



198. yıl

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
4. İÇ HASTALIKLARI &
3. İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
KONGRESİ

5-7 EYLÜL 2025
ERESİN HOTELS, TOPKAPI/İSTANBUL



BİLDİRİ KİTABI

İÇİNDEKİLER

KURULLAR – 3

BİLİMSEL PROGRAM – 4

SÖZLÜ BİLDİRİLER – 13

OLGU SUNUMLARI – 30

POSTER BİLDİRİLER – 59

HEMŞİRELİK PROGRAMI BİLDİRİLERİ – 85

KURULLAR:

KONGRE BAŞKANI

Prof. Dr. Ahmet Merih Dobrucalı

KONGRE SEKRETERİ

Doç. Dr. Ahmet Murt

DÜZENLEME KURULU

Prof. Dr. Ahmet Merih Dobrucalı

Prof. Dr. Işıl Bavunoğlu

Prof. Dr. Ahmet Emre Eşkazan

Prof. Dr. Mefkure Hande Özkaya

Prof. Dr. Zeynep Hande Turna

Prof. Dr. Nebi Serkan Demirci

Doç. Dr. Ayşe Salihoğlu

Doç. Dr. Yeşim Özgüler

Doç. Dr. Mevlüt Tamer Dinçer

Doç. Dr. Ahmet Murt

Doç. Dr. Serdar Şahin

Dr. Öğr. Üyesi Tuğrul Elverdi

Arş. Gör. Pelin Öztürk

Uzm. Hem. Beyhan Budak

Uzm. Hem. Çiğdem Karacaköylü

Hem. Fatma Gedikli

Kurs Programı			
5 Eylül 2025, Cuma			
A Salonu (Topkapı Salonu)			
YOĞUN BAKIM NONİNVAZİV MEKANİK VENTİLASYON KURSU			
08.30-09.00	Kursun Amaçları ve Tanışma		Dr. Güniz Köksal
09.00-09.15	Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Kullanım Endikasyonlar, Kontrendikasyonlar, Komplikasyonlar, Ne zaman entübe ederiz?		Dr. Öznur Şen
09.15-09.30	Yoğun Bakım Dışı Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Uygulamaları		Dr. Güleren Yardaş
09.30-09.45	Noninvaziv Mekanik Ventilasyonda Sedasyon, analjezi uygulamaları		Dr. Lale Karabıyık
09.45-10.00	Pnömonilerde Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Uygulamaları		Dr. Gülden Aksu
10.00-10.15	Akut Pulmoner Fibrosis		Dr. Beliz Bilgili
10.15-10.45	Kahve Molası		
Pratik	Salon 1	Salon 2	Salon 3
	ECCOR (Dr. Güniz Köksal, Dr. Güleren Yardaş)	Hasta Ventilatör Uyumsuzluğu ve Tetik, NAVA (Dr. Beliz Bilgili, Dr. Lale Karabıyık)	High Flow (Dr. İsmail Cinel, Dr. Gülden Aksu)
10.45-11.45	KIRMIZI GRUP	SARI GRUP	MAVİ GRUP
11.45-12.45	MAVİ GRUP	KIRMIZI GRUP	SARI GRUP
12.45-13.45	SARI GRUP	MAVİ GRUP	KIRMIZI GRUP
13.45-14.45	ÖĞLE YEMEĞİ		
Pratik	Salon 1	Salon 2	Salon 3
	KOAH, Obesite, Deventilasyon (Dr. Aygen Türkmen, Dr. Öznur Şen)	Pressure Support, CPAP (Dr. Yavuz Demiraran, Dr. Beliz Bilgili)	Ara Yüzler ve Havanın Isıtılması (Dr. Gülden Aksu, Dr. Güleren Yardaş)
14.45-15.45	KIRMIZI GRUP	SARI GRUP	MAVİ GRUP
15.45-16.45	MAVİ GRUP	KIRMIZI GRUP	SARI GRUP
16.45-17.45	SARI GRUP	MAVİ GRUP	KIRMIZI GRUP
18.00	Kapanış ve Sertifika Dağıtımı, Fotoğraf Çekimi		

B Salonu (Tuğra Salonu)		
09:00 - 16:00	DAHİLİYECİLER İÇİN RADYOLOJİ KURSU Toraks ve Batın Görüntülemesinde Önemli Noktalar	
	Kurs Koordinatörleri: Dr. Onur Tutar, Dr. Şebnem Durmaz	
C Salonu (Burç Salonu)		
HEMŞİRELER İÇİN YARA BAKIM KURSU		
Kurs Koordinatörü: Beyhan Budak		
	KURS PROGRAMI	EĞİTİCİLER
11.30 - 11.45	Tanışma	Beyhan Budak
11.45 - 12.15	Yara Bakımının Temelleri: Tanım ve Tarihsel Süreç	Alev Kahraman
12.15 - 13.00	Yaraların Sınıflandırılması	Emine Kır Biçer
13.00 - 13.45	Yara İyileşme Süreci	Banu Katran
13.45 - 14.45	Öğle Yemeği	
14.45 - 15.45	Yara Tedavisi ve Bakımı	Eylem Toğluk Yiğitoğlu
15.45 - 16.15	Kahve Molası	
16.15 - 17.00	Olgularla Yara Bakımı	Hacer Tekin Gülümser Oral Adalı Emine Selçuk Kaymak Ahmet Şen
17.00	Kapanış ve Fotoğraf Çekimi	

Bilimsel Program	
6 Eylül 2025, Cumartesi	
A Salonu (Balo Salonu)	
08:30 - 09:30	Kongre Açılışı
	Dr. Emin Köse, İ.Ü.C. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanı
	Dr. Ahmet Merih Dobrucalı, Kongre Başkanı
09.30 - 10.00	Açılış Konferansı
	Oturum Başkanı: Dr. Mehmet Rıza Altıparmak
	Metil Alkol İntoksikasyonu: Dr. Işıl Bavunoğlu
10.00 - 11. 15	Panel 1: Nefroloji Oturum Başkanları: Dr. Nurhan Seyahi, Dr. Sinan Trabulus
10:00 - 10:20	Hipertansiyon Klavuzlarında Güncelleme - Dr. Sibel Gülçiçek
10:20 - 10:40	Gebelikte Böbrek Hastalıkları - Dr. Meral Meşe
10:40 - 11:00	Onkonefroloji - Dr. Tamer Dinçer
11:00 - 11:15	Tartışma
11:15 - 12:40	KAHVE MOLASI
11:30 - 12:45	Panel 2: Hematoloji Oturum başkanları: Dr. M. Cem Ar, Dr. Ayşe Salihoğlu
11:30 - 11:50	Hematoinflamatuvar Sendromlar - Dr. Deniz Özmen İbiş
11:50 - 12:10	INR'si Yüksek Hastanın Değerlendirilmesi - Dr. Zafer Başlar
12:10 - 12:30	Primer İmmün Yetersizlikler - Dr. Ayça Kıyıkım
12:30 - 12:45	Tartışma
12:40 - 13:45	ÖĞLE YEMEĞİ
13:45 - 14:15	Uydu Sempozyumu aHÜS ve PNH Hastalık Süreçlerinde Eculizumab Tedavisi Oturum Başkanı: Dr. Nurhan Seyahi Konuşmacı: Dr. Tuğrul Elverdi - PNH ve Eculizumab Tedavisi Konuşmacı: Dr. Ahmet Murt - aHÜS ve Eculizumab Tedavisi
14:15 - 15:30	Panel 3: Gastroenteroloji Oturum Başkanları: Dr. Hülya Uzunismail , Dr. Aykut Ferhat Çelik
14:15 - 14:35	H Pylori 2025 - Dr. Ahmet Merih Dobrucalı
14:35 - 14:55	IBH da Yeni Tedaviler - Dr. A. İbrahim Hatemi
14:55 - 15:15	GIS in Takip Gerektiren Premalign Lezyonları - Dr. Oğuz Kağan Bakkaloğlu
15:15 - 15:30	Tartışma
15:30 - 15:45	KAHVE MOLASI

15:45 - 16:30	Mini Konferans I
	İnflamasyon, Sonuçları ve Tedavi Prensipleri - Oturum Başkanı Dr. Gülen Hatemi
	IBH dan Behçet'e inflamatuvar hastalık profili - Dr. Aykut Ferhat Çelik
	Behçet ve antiinflamatuvar tedavi - Dr. Yeşim Özgüler
16:30 - 17:45	Panel 4: Geriatri Oturum Başkanları: Dr. Deniz Suna Erdinçler, Dr. Alper Döventaş
16.30 - 16.50	Yaşlıda Deliryum, Tanı ve Tedavi - Dr. Tuğçe Emiroğlu
16:50 - 17:10	Yaşlıda Beslenme Planlamasının Temel İlkeleri - Dr. Suna Avcı
17:10 - 17:30	İmmünoşenescens - Dr. Seyda Bilgin
17:30 - 17:45	Tartışma
7 Eylül 2025, Pazar	
A Salonu (Balo Salonu)	
09:00 - 10:15	Panel 5: Endokrinoloji Oturum Başkanları: Dr. Sadi Gündoğdu, Dr. Hande Mefkure Özkaya
09:00 - 09:20	Tip2 DM'de Güncelleme: Bireyselleştirilmiş Tedavi Dr. Ahmet Numan Demir
09:20 - 09:40	Sürrenal Kitleli olan Hastaya Klinikte Yaklaşım - Dr. Emre Durcan
09:40 - 10:00	Gebelikte Tiroid Hastalıkları - Dr. Mustafa Sait Gönen
10:00 - 10:15	Tartışma
10:15 - 10:30	KAHVE MOLASI
10:30 - 11:45	Panel 6: Onkoloji Oturum Başkanları: Dr. Çiğdem Papila, Dr. Mustafa Özgüroğlu, Dr. Hande Turna
10:30 - 10:50	Ülkemizde Kanser Tarama Programları - Dr. Teoman Yanmaz
10:50 - 11:10	Paraneoplastik Sendromlar - Dr. Özcan Yıldız
11:10 - 11:30	Immunoterapi Komplikasyonlarına Genel Bakış - Dr. Mesut Yılmaz
11:30 - 11:45	Tartışma
Mini Konferans II	
11:45 - 12:30	JAK inhibitörlerinin Klinikte Kullanımı Oturum Başkanları: Dr. Melike Melikoğlu, Dr. Serdal Uğurlu Gastroenteroloji - Dr. A. İbrahim Hatemi Romatoloji - Dr. Sinem Nihal Esatoğlu Dermatoloji - Dr. M.Çiğdem Oba Kaymaz
12:30 - 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ
13:30 - 14:45	Panel 7: Romatoloji Oturum Başkanları: Dr. İzzet Fresko, Dr. Melike Melikoğlu
13:30 - 13:50	Raynaud Pozitif Hastada Ayırıcı Tanı - Dr. Mustafa Erdoğan

13:50 - 14:10	ANA Testinin Yorumlanması - Dr. Gül Güzelant Özköse
14:10 - 14:30	Romatoloji Pratiğinde MAS - Dr. Berna Yurttaş
14:30 - 14:45	Tartışma
14:45 - 15:00	KAHVE MOLASI
15:00 - 16:15	Panel 8: Senkop Geçiren Hastaya Multidisipliner Yaklaşım Oturum Başkanları; Dr. Barış İkitimur, Dr. Memet Şakir Delil
	TİA mı Epileptik Atak mı? - Dr. Furkan Asan
	Aritmi Olabilir mi? Nasıl Tanı Koyalım? Tedavide Ne Önerelim? - Dr. Kıvanç Yalın
	Yapısal Kalp Hastalığı Olabilir mi? - Dr. Burçak Kılıçkiran Avcı
	Nörokardiyojenik Senkop - Dr. Damla Raimoğlu
16:15 - 17:15	Panel 9: Enfeksiyon Hastalıkları - Enfeksiyon Kontrol ve Takibinde Pratik Bilgiler Oturum Başkanları: Dr. Fehmi Tabak, Dr. İlker İnanç Balkan
16:15 - 16:35	Erişkin Aşılamanın İlkeleri - Dr. Neşe Saltoğlu
16:35 - 16:55	En Sık Görülen Hastane Enfeksiyonları ve Yönetimi Dr. Gökhan Aygün
16:55 - 17:15	Kapanış vakası: Nedeni Bilinmeyen Ateş - Dr. Rıdvan Karaali
17:15 - 17:30	Sık semptomların nadir bir tanısı: Fabry Hastalığı Dr. Tamer Dinçer
17:30 - 17:45	Akılcı İlaç Kullanımı - Dr. Ahmet Murt
17:45 - 18:00	Teşekkür Konuşması Kongre Başkanı Dr. Ahmet Merih Dobrucalı Kapanış Konuşmaları

Hemşirelik Bilimsel Programı	
6 Eylül 2025 Cumartesi	
08:30 - 09:30	Kongre Açılışı (A Salonu)
	Dr. Emin Köse, İ.Ü.C. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanı
	Dr. Ahmet Merih Dobrucalı, Kongre Başkanı
B Salonu (Kongre Merkezi)	
09:30-11:15	Panel 1. Kardiyoloji
	Oturum Başkanları: Nuray Enç, Emine Kır Bıçer
	Ani Kardiyak Ölüm ve Hemşirelik Yaklaşımı – Sevda Türen
	Ani Kardiyak Ölümünden Korunma – Meryem Yıldız Ayvaz
11:15 - 11:30	KAHVE MOLASI
11:30 - 12:30	Panel 2: Nadir ve Genetik Hastalıklar
	Oturum Başkanları: Yasemin Özer Güçlüel, Seher Altay
	Fabry – Fatma Gedikli
	Gaucher - Hülya Bayezit Ukşal
	Polikistik Böbrek Hastalığı – Nermin Erdoğan
12:30 - 13:45	ÖĞLE YEMEĞİ
13:45 - 15:30	Panel 3. Tip 2 DM’de Güncelleme
	Oturum Başkanları: Nermin Olgun, Alev Kahraman
	Diyabet ve Obezite – Emine Kır Bıçer
	Diyabet ve Egzersiz – Tuğba Yolal
	Diyabet ve Beslenme – Didem Güneş Kaya
15:30 - 15:45	KAHVE MOLASI
15:45 - 16:30	Panel 4: Dahiliye Yoğun Bakım
	Oturum Başkanları: Burcu Dedeoğlu Demir, Fatma Gedikli
	Yoğun Bakım Ünitesinde Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Uygulamaları ve Hemşirelik Bakımı Tuğba Sözen
16:30- 17:30	POSTER BİLDİRİ OTURUMU
	Oturum Başkanları: Emine Kır Bıçer, Beyhan Budak
	Kutanöz Leishmaniasis Tanılı Hastada Hemşirelik Yaklaşımı: Bir Olgu Sunumu - Hilal Nur Karakaya
	Radyoterapiye Bağlı Oral Mukozitte Orem Öz Bakım Eksikliği Teorisine Göre Hemşirelik Bakımı – Pınar Yel
	Tedaviyi Reddeden HIV Pozitif Bireyin Uzun Süreli İzlemi: Bir Vaka Üzerinden İnceleme – İrem Satın
	Epidermal Growth Faktör (EGF) Destekli Yara Yönetimi ile Başarılı Sonuçlanan Diyabetik Ayak Olgusu – Rümeyza Utku

7 Eylül 2025 Pazar	
B Salonu	
09:00 - 10:15	Panel 5. Kronik Hastalıklar
	Oturum Başkanları: Sevda Türen, Özkan Karadede
	Cilt Bulguları – Canan Alakuş
	Göz Bulguları – Esen Çavuşlu Huy
	Nörolojik Bulgular – Özlem Cılız
10:15 - 10:30	KAHVE MOLASI
10:30 - 12:15	Panel 6. Onkoloji
	Oturum Başkanları: Gülbeyaz Can, Zeyno Bayram
	Meme Kanseri Yenilikçi Yaklaşımlar – Ayşenur Çetin Üçeriz
	Genç Yetişkin Kanser Hastalarında Psikososyal İhtiyaçlar ve Hemşirelik Yaklaşımları Gizem Şahin Bayındır
12:15 - 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ
13:30 - 14:45	Panel 7. Geriatri
	Oturum Başkanları: : Selda Çelik, Esen Çavuşlu Huy
	Aktif ve Başarılı Yaşlanma – Nur Elçin Badırgal
	Bakıma Muhtaçlık ve Yaşlı Bakımı – Hatice Selin Irmak Yaşar
	Yaşlılık ve Nutrisyon Yönetimi – Banu Katran
14:45 - 15:00	KAHVE MOLASI
15:00 - 16:15	Panel 8. Enfeksiyon Hastalıkları
	(Bilmediklerimiz / Yanlış Bildiklerimiz)
	Oturum Başkanları: Pakize Aygün, Aylin Çarkı
	HİV/AİDS – Hacer Tekin
	Erişkin Aşılama – Beyhan Budak
	Hastane Enfeksiyonları ve İzolasyon Yöntemleri – Aylin Çarkı
16:15 - 17:55	SÖZEL VE OLGU BİLDİRİ OTURUMU Oturum Başkanları: Selda Çelik, Özkan Karadede HIV ile Yaşayan Kişilerde Erişkin Bağışıklama: Cerrahpaşa Deneyimi – Hacer Tekin Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyotelizm ve Dijital Demans Durumlarının Hasta Bakım Davranışlarına Etkisi - Mertcan KIRIŞ Hemşire Bakım Kalitesine İlişkin Göstergeler ile Hemşire-Hasta Oranları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi – Gülşen Turfan Hemodiyaliz Hastalarına Tele-Hemşirelik Yoluyla Verilen Eğitim ve Danışmanlığın Hastalık Yönetimine, Yaşam Kalitesine ve Öz Bakım Davranışına Etkisi – Emine Kır Biçer Hemşire Öğrencilerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeylerini ve Tutumunu Etkileyen Faktörler – Hilal Taşçı Ailesel Akdeniz Ateşi ve Amiloidozis Tanılı Hastada Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu - Çağla Yüksel Henoch-Schönlein Purpurası Tanılı Bir Hastada Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu - Berra Çok
17:55 - 18:10	KAPANIŞ KONUŞMALARI

6 Eylül 2025, Cumartesi	
SÖZLÜ SUNUMLAR	
C SALONU (TUĞRA SALONU)	
Oturum Başkanları: Dr. Özkan Alan ve Dr. Tuğçe Eskazan	
15:00 - 16:30 (her sunum 7 dakikadır, 3 dakika tartışma)	SS-2 Sitopatolog Eşliğinde Yapılan Hızlı Yerinde Değerlendirmenin Tiroid İnce İğne Aspirasyonunun Tanısal Yeterliliğine Etkisi - Dr. Lale Ekici
	SS-3 Kronik Böbrek Hastalarında D Vitamini Düzeyleri ile Hastalık Progresyonu Arasındaki İlişki: Retrospektif Bir Analiz - Dr. Sümeyye Memiş
	SS-5 Geriatrik Bireylerde Diyabetin Polifarmasi Üzerine Etkisi - Dr. Nazende Karaka
	SS-6 İmmün Kontrol Noktası İnhibitörleri ile İlişkili Böbrek Nakli Rejeksiyonu Olgularının Klinik Özellikleri ve Sonuçları: FAERS Veritabanı Analizi - Dr. Aydan Mütiş Alan
	SS-11 Theranova ve FX80 Diyalizörlerinin Hemodiyaliz Hastalarında KBH-MKB Üzerine Biyokimyasal Etkilerinin Karşılaştırılması - Dr. Merve Tatlıgün
	SS-12 Yaşlılarda İlaç Yönetiminde Time Kriterlerine Yaklaşım: Eğitim Sürecindeki Hekimlerde Durum Analizi - Dr. Nazire Gökçe Somak
	SS-14 Kritik Hastalarda Takotsubo Kardiyomiyopatisi Dr. Elif Koca
7 Eylül 2025, Pazar	
OLGU SUNUMLARI	
C SALONU (TUĞRA SALONU)	
Oturum Başkanları: Dr. Yeşim Özgüler ve Dr. Uğur Kimyon	
15:00 - 16:30 (her sunum 5 dakikadır, 2 dakika tartışma)	OS-2 Erdheim-Chester Hastalığı: Aortik Tutulumlu Ve Rs3pe Benzeri Klinikle Başvuran Nadir Bir Multisistemik Histiositoz Olgusu - Dr. Özge Saitoğlu
	OS-3 İdiyopatik Eritrositozun IgA Nefropatisi ile Olası Erken Bir Bulgusu Olarak Ortaya Çıkışı: Bir Olgu Sunumu ve Sistemik Derleme - Dr. Yağmur Ersoy
	OS-5 Seronegatif Romatoid Artrit Hastasında Tüberkülozun Maskeli Yüzü - Dr. Mehmet Ufuk Yanmaz
	OS-6 2 Miyastenia graves vakası ve Yönetimi - Dr. Bilal Erden
	OS-7 Rutin Hemodiyaliz Hastasında Kalp Yetmezliği ve Hipervolemiye bağlı Plevral Efüzyon Tedavisi - Dr. Elif Ece Bıyıklı
	OS-8 Odinofaji ile Prezente Olan Yüksek Dereceli Matür B Hücreli Primer Özofagus Lenfoması - Dr. Selçuk Candan
	OS-9 Genetik Olarak Doğrulanmış Hereditör Hemorajik Telenjektazi: Epistaksis ve Demir Replasmanları Arasında Gizlenen Tanı - Dr. Özlem Candan
	OS-10 Persistan Agranülositoz: Lösemi Çıkabilir - Dr. Dilek Keskin
	OS-11 Periton Diyalizine Bağlı Üremik Kardiyak Tamponad: Nadir Bir Olgu Sunumu - Dr. Tuncay Ataş

POSTER SUNUMLARI	
POSTER ALANI (BALO SALONU, FUAYE ALANI)	
Oturum Başkanı: Dr. Umut Yılmaz	
16:30-17:30	PS-1 Dalak enfarktı ile tanı alan primer antifosfolipid antikor sendromu: nadir bir olgu - Dr. Eda Nur Duran
	PS-2 AL Amiloidoz Tedavisi Alan Hastada Baş Ağrısı Şikayeti Üzerine Tanı Konulan Prolaktinoma: Olgu Sunumu - Dr. Dilek Keskin
	PS-3 Kronik Lenfositik Lösemi ve Primer Myelofibroz Beraberliği Gösteren Bir Olgu - Dr. Dilek Keskin
	PS-5 Metilen Mavisinin Septik Şokta Yeri - Dr. Burcu Sağlamer
	PS-6 Nadir Bir Metastaz: Kolon Adenokarsinomun Sağ Atrium Metastazı - Dr. Mustafa Kağan Erener
	PS-8 Ailesel Akdeniz Ateşi Olan Bir Olguda Karın Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Peritonit Ataklarını Taklit Eden Kist Hidatik Dr. İlker İhtiyaroğlu
	PS-9 Erişkinde geçici nötropeni: Parvovirüs B19 enfeksiyonu - Dr. Dilek Keskin
	PS-10 Covid 19 enfeksiyonu ile kötüleşen malarya olgusu - Dr. Dilek Keskin
	PS-12 Fistül Enfeksiyonu Nedeni ile Başvuran Hemodiyaliz Hastasında Aneminin Nadir Nedeni: Kronik Lenfositik Lösemi - Dr. Ayşegül Şentop
	PS-14 Nonsteroid Kullanımına Bağlı Akut böbrek Yetmezliği: Steroid Tedavisine Hızlı Yanıt - Dr. Ahmet Taha Üstüntepe
	PS-16 Bariatrik cerrahi sonrası sessiz ilerleyen kronik böbrek hastalığı: Olgu temelli risk faktörleri analizi - Dr. Ertuğrul Erol

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
4. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ
SÖZLÜ SUNUMLAR

(SS-2)

Sitopatolog Eşliğinde Yapılan Hızlı Yerinde Değerlendirmenin Tiroid İnce İğne Aspirasyonunun Tanısal Yeterliliğine Etkisi

Lala Soltanova¹, İrem Onur², Mustafa Sait Gönen¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç hastalıkları Anabilim Dalı, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Klinik Sitopatoloji Bilim Dalı

Amaç: Hızlı yerinde değerlendirme (HYD), tiroid ince iğne aspirasyon (İİA) biyopsilerinin tanısal yeterliliğini artırdığı ve tekrar biyopsi gereksinimini azaltarak toplam maliyeti düşürdüğü düşünülmektedir

Yöntem: Mayıs 2018 ile Mart 2023 tarihleri arasında üçüncü basamak bir merkezin endokrinoloji polikliniğinde gerçekleştirilen tiroid İİA işlemleri retrospektif olarak incelendi. Haziran 2019 ile Mart 2023 tarihleri arasında, endokrinoloji polikliniğindeki biyopsi odasında bir sitopatolog tarafından HYD uygulandı. Mayıs 2018 ile Haziran 2019 arasında biyopsiler HYD uygulanmadan değerlendirildi.

Bulgular: 1271 hastanın 1614 nodulüne İİA yapılmıştır. 1.212 nodüle HYD ile, 402 nodüle ise HYD olmaksızın işlem gerçekleştirildi. Bethesda 1- tanısal yetersiz olan nodül sayısı HYD ile yapılan grupta %24,6 (n = 297), HYD olmayan grupta ise %34,8 (n = 140) olarak bulundu(p < 0,001). HYD uygulanan 1212 nodülden %7,75'ine, HYD olmadan 402 nodülden %14,7'sine tekrar biyopsi yapılmıştır. Tekrar biyopsi oranları ve ilgili maliyetler birlikte değerlendirildiğinde, HYD grubunun işlem başına maliyeti başlangıçta daha yüksek olsa da, genel anlamda daha uygun maliyet etkinliği sağladığı görülmüştür.

Sonuç: Sitopatolog eşliğinde gerçekleştirilen HYD uygulaması, tiroid ince iğne aspirasyonunda yetersiz örnek oranını anlamlı şekilde azaltmakta, kesin tanıya ulaşma süresini kısaltmakta ve tekrar biyopsi ihtiyacını azaltarak hasta başına düşen maliyeti düşürmektedir

Anahtar Kelimeler

Hızlı Yerinde değerlendirme , İnce İğne Aspirasyonu , nodül , tiroid

(SS-3)

Kronik Böbrek Hastalarında D Vitamini Düzeyleri ile Hastalık Progresyonu Arasındaki İlişki: Retrospektif Bir Analiz

Sümeyye Memiş¹ , Ahmet Murt²

¹SBÜ Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

Amac: Kronik böbrek hastalığı (KBH) olan hastalarda, alfa-1 hidroksilaz enzim aktivitesindeki azalma sonucunda aktif vitamin D formu olan 1,25 dihidroksi-vitamin D düzeyi düşer. Bu durum sekonder hiperparatiroidi ve mineral-kemik hastalıkları gelişmesine yol açar. Yapılan güncel çalışmalar, vitamin D reseptörlerinin vücutta birçok organda yaygın olarak bulunduğunu ve yalnızca mineral metabolizmasını değil; aynı zamanda kardiyovasküler, immün ve sinir sistemi ile doku onarım süreçlerini de etkilediğini göstermiştir. Tüm bu özellikleri ile vitamin D, KBH progresyonunda rol oynayan düzenleyicilerden biri olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmada, KBH nedeniyle takip edilmekte olan hastaların vitamin D düzeylerinin KBH progresyonu üzerindeki etkisinin ortaya konması hedeflenmiştir.

Yöntem: Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda, Nefroloji Polikliniğine 01.02.2023–31.12.2023 tarihleri arasında başvuran ve KBH tanısı almış, en az 6 ay aynı hekim tarafından takibi yapılmış olan ve ilk başvuru anında hemodiyaliz ihtiyacı olmayan 462 KBH tanılı hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik verileri, hemoglobin, kreatinin, ürik asit, tahmini glomerüler filtrasyon hızı (tGFH), kalsiyum, fosfor, parathormon ve 25-OH vitamin D düzeyleri retrospektif olarak incelendi. Hastaların KBH progresyonu incelenmesi amacı ile KBH tanısı sırasındaki veya tanı sonrası erişilebilen ilk kreatinin ve tGFH değeri ‘ilk’, çalışma için veri toplama zamanı veya bu zamana en yakın ölçülen değer ise ‘son’ olarak tanımlandı. Hastalık progresyonunu değerlendirmek için hızlı progresyon gelişim durumu ve diyalize başlama durumları analiz edildi. Çalışmada hızlı progresyon, GFH’da kalıcı olarak yılda 5 mL/dk/1,73 m²’yi aşan düşüş olarak tanımlandı.

Bulgular: Takip süresi sonunda diyalize başlayan hastalarda takip süresince 25-OH vitamin D ortalaması 12.1±8.52 ng/mL iken, diyaliz ihtiyacı olmayan hastalarda ise 17.91±8.51 ng/mL idi ve diyalize başlama durumu ile vitamin D ölçüm ortalamaları arasındaki fark anlamlı idi (p=0.003). Hızlı progresyon gelişen hastaların takip süresince vitamin D ortalaması 14.69±8.45 ng/mL iken gelişmeyen hastalarda ise 19.21±11.11 ng/mL saptandı ve fark p=0,001 düzeyinde anlamlıydı. Yapılan tek değişkenli lojistik regresyon analizlerinde, diyalize başlama ve KBH progresyonu gelişim durumları ile düşük vitamin D düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardı. Çok değişkenli lojistik regresyon analizi modellerinde hasta yaşı (p < 0,001), düşük hemoglobin

seviyesi ($p < 0,001$), artmış proteinüri miktarı ($p < 0,001$) ve düşük D vitamini seviyesi (OR: 0,92 (%95 CI: 0,87-0,97) $p=0,004$) KBH hızlı progresyonu veya diyalize gidişle ilişkili bulundu.

Sonuç: Bizim çalışmamızda, hızlı KBH progresyonu gösteren veya diyaliz gereksinimi gelişen hastalarda 25-OH vitamin D düzeyleri anlamlı derecede daha düşük bulundu. Literatürdeki çalışmalar da benzer şekilde düşük 25-OH vitamin D düzeylerinin, KBH progresyonu ve mortalite ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda regresyon analizlerinde vitamin D düzeyinin artışı diyalize başlama ve KBH’da hızlı progresyon gelişme riskini azalttığı saptanmıştır. Sonuç olarak, KBH yönetiminde 25-OH vitamin D eksikliğinin erken saptanması ve düzeltilmesi; böbrek fonksiyonlarının korunması ve diyaliz gereksiniminin geciktirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: 25-hidroksi vitamin D, Kronik böbrek hastalığı, Progresyon

(SS-5)

Geriatrik Bireylerde Diyabetin Polifarmasi Üzerine Etkisi

Nazende Karaka², Kübra Çıngar Alpay¹, Duygu Özata¹, Suna Avcı¹, Alper Döventaş¹, Ülev Deniz Erdinçler¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Amac: Polifarmasi, genellikle beş veya daha fazla ilacın eşzamanlı kullanımı olarak tanımlanır ve yaşlı bireylerde kırılabilirlik, fonksiyonel yetersizlik, düşme, ölüm gibi ciddi sağlık sonuçlarıyla anlamlı şekilde ilişkilidir (1). Toplumda yaşayan yaşlı bireylerde polifarmasi prevalansı %46 civarındayken, huzurevinde kalan bireylerde bu oran %61'e kadar çıkabilmektedir (2-3). Yaşlı bireylerde sık görülen kronik hastalıklardan biri olan diyabet, birden fazla ilaç gereksinimiyle birlikte polifarmasi riskini artırabilmektedir (2). Çalışmamızın amacı, geriatrik diyabet hastalarında antidiyabetik ilaçların toplam ilaç yüküne katkısını ve polifarmasi üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Kesitsel tasarımla yürütülen çalışmaya, son 3 ay içinde geriatri polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri 201 birey dahil edildi. Polifarmasi, ≥ 5 ilaç kullanımı olarak tanımlandı. Akut hastalık nedeniyle geçici süreyle ilaç kullananlar dışlandı. Katılımcıların diyabet durumu, toplam ilaç sayısı ve ek hastalıkları kaydedildi. Tanımlayıcı istatistiklerde sayısal değişkenler için ortalama $\pm$ standart sapma, kategorik değişkenler için frekans ve yüzde kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda bağımsız örneklem t-testi ve ki-kare testi uygulandı. Diyabetin polifarmasiye bağımsız etkisini belirlemek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı. Bağımlı değişken polifarmasi (evet/hayır), bağımsız değişkenler ise yaş, cinsiyet, diyabet varlığı, son HbA1c düzeyi ve ek hastalık sayısı olarak modele dahil edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 201 hastanın yaş ortalaması $76,1 \pm 6,6$ yıl (65–94 yıl) olup, %68,7'si kadındı. Katılımcıların %50,7'si diyabet tanısı almıştı. Diyabet tanısı olan hastalarda en sık kullanılan antidiyabetik ajanlar metformin (%54,9), DPP-4 inhibitörleri (%48,0), SGLT2 inhibitörleri (%45,1), uzun etkili insülin (%34,3), kısa etkili insülin (%19,6), sulfonilüre (%6,9) ve pioglitazon (%2,9) olarak belirlendi. Diyabetli hastalarda ortalama toplam ilaç sayısı $8,4 \pm 2,8$ iken, diyabeti olmayanlarda bu değer $5,1 \pm 3,1$ idi ($t = 7,69$, $p < 0,001$). İki grup arasında toplam ilaç sayısı açısından yapılan karşılaştırmada, fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($t = 7,69$, $p < 0,001$). Polifarmasi oranı diyabetli grupta anlamlı şekilde daha yüksek bulundu (%91,2 vs. %54,1; $p < 0,001$). Diyabet Durumu Polifarmasi Yok Polifarmasi Var Diyabet Yok 45 53 Diyabet Var 9 93 Diyabetin polifarmasi riskine bağımsız etkisini değerlendirmek amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapıldı. Analize toplam ilaç sayısına göre tanımlanan polifarmasi durumu bağımlı değişken olarak alındı; diyabet varlığı (DM), yaş, cinsiyet, HbA1c ve ek hastalık sayısı

modele dahil edildi. Analiz sonucunda diyabetin polifarmasi ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptandı (OR: 5,81; p = 0,015). Bu etki, ek hastalık sayısı kontrol edildikten sonra da devam etmiş olup, diyabetin varlığının polifarmasi riskini yaklaşık 6 kat artırdığı görüldü. Aynı modelde ek hastalık sayısı da polifarmasi için anlamlı bir prediktör olarak bulundu (OR: 4,14; p < 0,001). Buna karşın yaş, cinsiyet ve HbA1c düzeylerinin polifarmasi ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p > 0,05).

Sonuç: Bu çalışma, yaşlı bireylerde diyabetin yalnızca kronik bir hastalık olarak değil, aynı zamanda polifarmasi açısından bağımsız ve güçlü bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur. Diyabetli bireylerin gerek glisemik kontrol amacıyla birden fazla antidiyabetik ilaç kullanmaları, gerekse diyabete bağlı gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle ek tedavilere ihtiyaç duymaları, bu hasta grubunda ilaç yükünü belirgin şekilde artırmaktadır. Çok değişkenli analizde, diyabetin etkisi ek hastalık sayısı gibi diğer önemli klinik faktörlerden bağımsız olarak anlamlı kalmış ve polifarmasi riskini yaklaşık altı kat artırdığı gösterilmiştir. Bu bulgu, diyabetin tedavisinde sadece kan şekeri kontrolüne değil, ilaç etkileşimleri, yan etkiler ve hasta uyumu gibi polifarmasiyle ilişkili risklere de dikkat edilmesi gerektiğini göstermektedir. Sonuçlarımız diyabetin yaşlı bireylerde yalnızca glisemik kontrol açısından değil, aynı zamanda tedavi rejiminin karmaşıklığı ve ilaç yükü açısından da dikkatle ele alınması gerektiğine işaret etmektedir. Bu nedenle diyabet yönetimi, polifarmasi riskini azaltacak şekilde bireyselleştirilmeli ve gereksiz tedavi yükünden kaçınılmalıdır. Bu yaklaşım, polifarmasiyle ilişkili komplikasyonların önlenmesine yardımcı olabilir.

Kaynakça:1- Gnjjidic, D., Hilmer, S. N., Blyth, F. M., Naganathan, V., Waite, L., Seibel, M. J., McLachlan, A. J., Cumming, R. G., Handelsman, D. J., & Le Couteur, D. G. (2012). Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *Journal of clinical epidemiology*, 65(9), 989–995. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2012.02.0182>- Fried, T. R., O'Leary, J., Towle, V., Goldstein, M. K., Trentalange, M., & Martin, D. K. (2014). Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(12), 2261–2272. <https://doi.org/10.1111/jgs.13153>

Anahtar Kelimeler: bireyselleştirilmiş tedavi, diyabet, geriatri, multimorbidite, polifarmasi

(SS-6)

İmmün Kontrol Noktası İnhibitörleri ile İlişkili Böbrek Nakli Rejeksiyonu Olgularının Klinik Özellikleri ve Sonuçları: FAERS Veritabanı Analizi

Aydan Mütiş Alan¹, Özkan Alan²

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Amaç: İmmün kontrol noktası inhibitörleri (İCİ'ler), birçok malignitenin tedavisinde temel ilaçlar haline gelmiştir. Ancak bu ilaçların, özellikle böbrek nakli uygulanmış hastalarda kullanımı, akut allogreft rejeksiyonu riski nedeniyle önemli bir klinik sorun oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı, FDA Advers Olay Bildirim Sistemi (FAERS) veritabanında bildirilen İCİ ile ilişkili böbrek nakli rejeksiyonu olgularının klinik özelliklerini değerlendirmektir.

Yöntem: Ocak 2012 ile Mart 2025 tarihleri arasında FAERS veritabanına bildirilen vakaları retrospektif olarak analiz ettik. Analize, böbrek nakli rejeksiyonu ve immün kontrol noktası inhibitörü (İCİ) kullanımı bildirilen olgular dahil edildi. Değerlendirilen değişkenler arasında demografik veriler (yaş, cinsiyet), eşlik eden malignite türü, uygulanan tedavi rejimi (monoterapi veya CTLA-4 inhibitörü ile kombinasyon), bildirimin coğrafi bölgesi, bildirim yapan kişi, bildirim yılı ve advers olaya bağlı mortalite yer almaktadır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 99 hasta dahil edildi. Hastaların %64'ü (n=63) erkekti. Medyan yaş 68 (40-84) olup, olguların %43,4'ü (n=43) 65 yaş ve üzerindeydi. En sık bildirilen malignite türü malign melanomdu (%41,4). En sık ilişkilendirilen ilaçlar Nivolumab (%54,5) ve Pembrolizumab (%24,2) idi. Kombinasyon tedavisi (İCİ + CTLA-4 inhibitörü) ise %13,1 oranıyla üçüncü sırada yer aldı. Kombinasyon tedavisine bağlı renal transplant rejeksiyonu bildirimleri, yıllar içinde anlamlı şekilde artış göstermiştir (≤ 2019 : %8,6; 2020-2022: %15; 2023-2024: %37,5; $p=0,03$). Kombinasyon tedavisi alan hastalarda en sık görülen malignite Malign Melanomdu (%84,6); bu oran tek ajan İCİ kullanan hastalarda %34,8 idi ($p=0,02$). Tek ajan İCİ grubunda en sık ikinci görülen malignite ise Kutanöz Skuamöz hücreli karsinomdu (%20,9). Renal rejeksiyona bağlı ölüm, tüm olguların %25,3'ünde bildirilmiş olup, monoterapi grubunda sayısal olarak daha yüksek oranda gözlenirse de (%27,9 vs. %7,6); bu fark istatistiksel olarak anlamlılığa yakındı ($p=0,08$). Bildirimlerin büyük çoğunluğu sağlık çalışanları (%91,9) tarafından yapılmış ve en sık bildirim yapılan bölge Kuzey Amerika olmuştur (%44,4).

Sonuç: Böbrek nakli rejeksiyonu en sık Nivolumab ve Pembrolizumab ile ilişkilendirilmiş olup, bu durum özellikle melanom hastalarında bildirilmiştir. CTLA-4 inhibitörleri ile kombine edilen tedavi rejimlerinin son yıllarda daha sık kullanılması, farklı klinik risk profillerine işaret etmektedir. Elde edilen bulgular, immün kontrol noktası inhibitörlerinin transplant hastalarında

dikkatli değeriendirilmesi gerektiğini ve tedavi kararlarının multidisipliner bir yaklaşımla verilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Tablo 1. İmmün Kontrol Noktası İnhibitörleri ile İlişkili Böbrek Nakli Rejeksiyonu Olgularının Demografik ve Klinik Özellikleri (n = 99)

Değişkenler		n=99 (%)
Yaş	Medyan (aralık)	68 (40-84)
	≥ 65	43 (43,4)
Cinsiyet	Kadın	11 (11,1)
	Erken	63 (63,6)
	Bildirilmemiş	25 (25,3)
İmmün Kontrol Noktası İnhibitörleri	Cemiplimab	7 (7,1)
	Nivolumab	54 (54,5)
	Nivolumab + Ipilimumab	9 (9,1)
	Pembrolizumab	24 (24,2)
	Pembrolizumab + Ipilimumab	4 (4)
	Avelumab	1 (1)
Malignite tipi	Kutanöz Skuamöz hücreli karsinom	18 (18,2)
	Akciğer Kanseri	18 (18,2)
	Malign Melanom	41 (41,4)
	Böbrek hücreli karsinom	4 (4)
	Diğer	5 (5)
	Bilinmiyor	13 (13,2)
Bildirim Tipi	Sağlık Çalışanı	91 (91,9)
	Hasta	8 (8,1)
Bildirim Bölgesi	Kuzey Amerika	44 (44,4)
	Avrupa	40 (40,4)
	Diğer	15 (15,2)
Bildirim Yılı	≥ 2023	8 (8)
	2020-2022	33 (33,3)
	≤ 2019	58 (58,7)
Yan etki ilişkili ölüm		25 (25,3)

Anahtar Kelimeler: immün kontrol inhibitörleri, nivolumab, pembrolizumab, renal tranplantsant rejeksiyon

(SS- 11)

Theranova ve FX80 Diyalizörlerinin Hemodiyaliz Hastalarında KBH-MKB Üzerine Biyokimyasal Etkilerinin Karşılaştırılması

Tuncay Şahutoğlu¹ , **Merve Tatlıgün**²

¹Nefroloji, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa

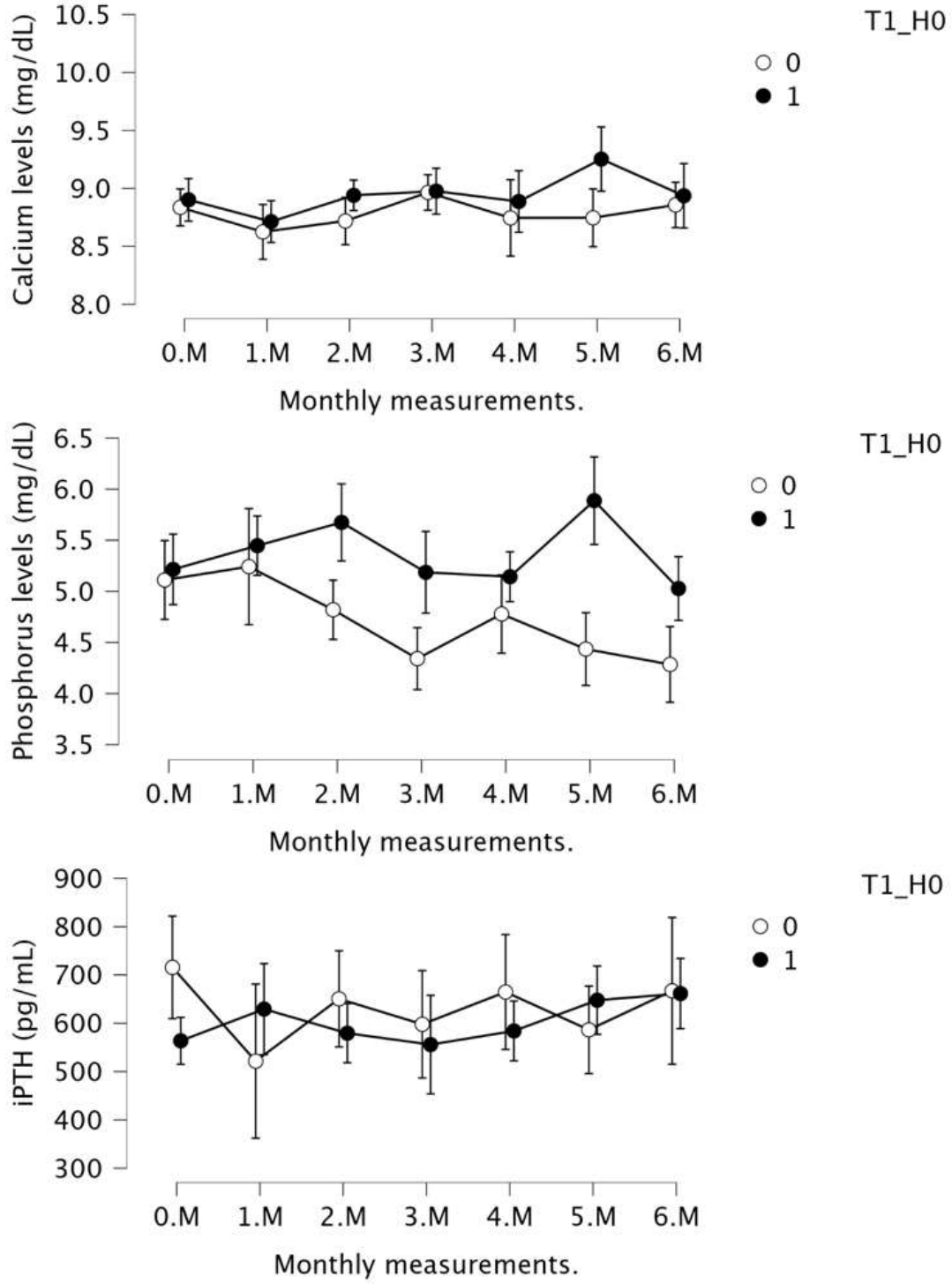
²İç Hastalıkları, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa

Amaç: Orta moleküler ağırlıktaki üremik toksinlerin (MUT) kronik böbrek hastalığına bağlı mineral ve kemik bozukluğunun (KBH-MKB) gelişiminde ve ilerlemesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bu durum, hastalığın etkin yönetimini güçleştirmektedir. Theranova diyalizörlerinin, MUT uzaklaştırılmasını hedef alarak KBH-MKB tedavisinde potansiyel bir avantaj sağlayabileceği öne sürülmektedir. Bu doğrultuda, çalışmamız Theranova diyalizörlerinin KBH-MKB ile ilişkili temel biyokimyasal parametreler üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu keşif niteliği taşıyan, tek merkezli, prospektif ve gözlemsel çalışma kapsamında, altı aylık izlem süresince Theranova-400 veya FX80 membranları ile diyalize giren toplam 50 hasta değerlendirmeye alınmıştır. Aylık izlem kapsamında; serum paratiroid hormonu (PTH), kalsiyum ve fosfor düzeyleri izlenmiş; oral fosfat bağlayıcı ilaçlar, intravenöz aktif D vitamini ve parikalsitol ile oral sinakalset reçeteleri, özel olarak tanımlanmış bir algoritmaya göre düzenlenmiştir.

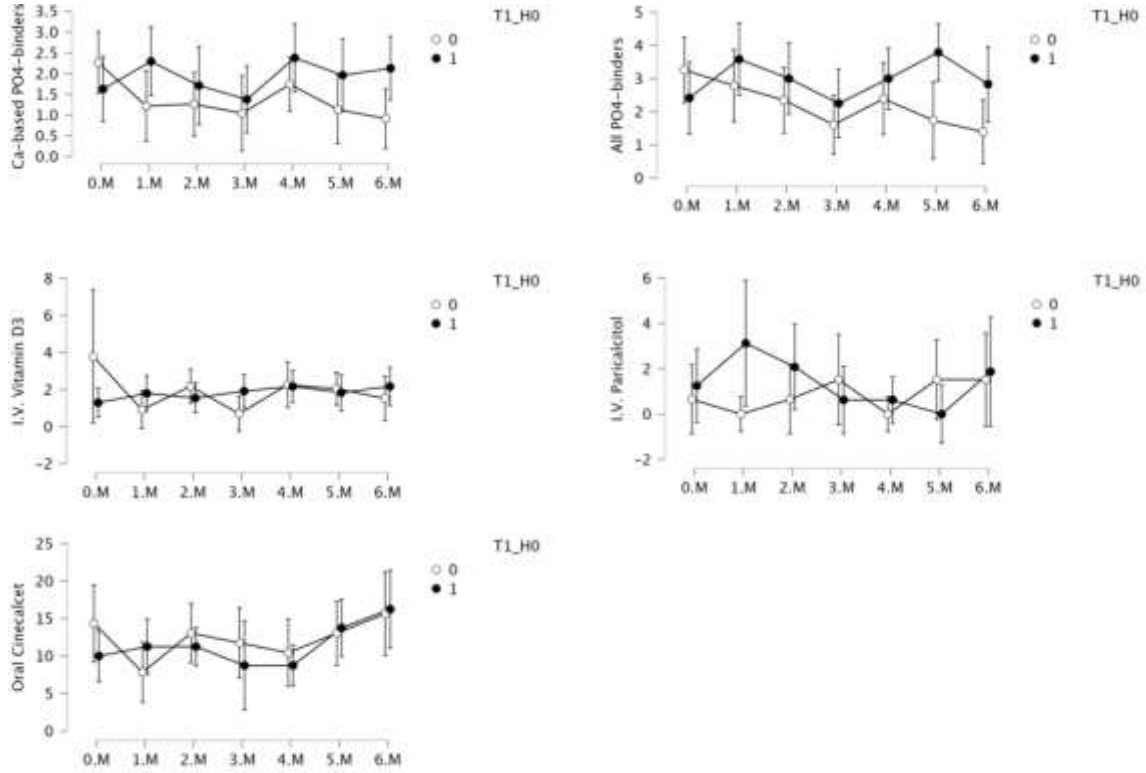
Bulgular: Her iki grup arasında demografik veriler ve başlangıç laboratuvar parametreleri benzerdi. Çalışma süresince Theranova-400 ve FX80 grupları arasında serum PTH, kalsiyum ve fosfor düzeylerinin medyan değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). FX80 grubunda serum fosfor düzeylerinde daha düşük bir eğilim gözlenmiş olsa da, bu fark yalnızca grup içi karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş; gruplar arasında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışma başlangıcında ve izlem süresince, FX80 ve Theranova-400 grupları arasında; oral kalsiyum bazlı ve kalsiyum içermeyen fosfat bağlayıcı ajanlar, intravenöz aktif D vitamini ve parikalsitol ile oral sinakalset tedavilerinin reçete edilme oranları benzer seyretti.

Şekil 1.



Theranova-400 ile FX80 Gruplarında KBH-MKB Parametrelerinin Zaman Serisi Analizi

Şekil 2.



KBH-MKB Yönetiminde Kullanılan İlaçların Diyalizör Tipine Göre Dağılımı:Theranova-400 ve FX80 Karşılaştırılması

Tablo 1.

	FX80 (n=25)	Theranova 400 (n=25)	P
Demografik Veriler			
Yaş (yıl)	53 (22)	52 (36)	0.838
Cinsiyet (erkek/kadın)	15/10	8/17	0.047
Diyaliz süresi (ay)	60 (89)	60 (74)	0.877
Kuru ağırlık (kg)	66 (24)	62 (25.6)	0.977
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	24 (5.4)	26 (7.3)	0.308
Son dönem böbrek yetmezliği etiyolojisi			
Diabetes mellitus (n, %)	10 (40%)	14 (56%)	0.180
Hipertansiyon (n, %)	9 (36%)	5 (20%)	
Kronik glomerulonefrit (n, %)	1 (4%)	4 (16%)	
Diğerleri (n, %)	5 (20%)	2 (8%)	

Vasküler erişim tipi			
AVF (arteriyovenöz fistül)	23 (92%)	24 (96%)	0.552
Tunelli kateter	2 (8%)	1 (4%)	
Tünelsiz kateter	0	0	
Verilen diyaliz dozu			
spKt/V	1.61 (0.47)	1.69 (0.55)	0.295
Laboratuvar			
Diyaliz öncesi üre (mg/dL)	130.27 (28.9)	128.63 (52.27)	0.878
Diyaliz öncesi kreatinin (mg/dL)	9.00 (4.05)	8.19 (2.5)	0.117
Hemoglobin (g/dL)	11.05 (1.34)	10.57 (1.39)	0.749
Ürik asit (mmol/L)	6.4 (1.4)	5.9 (1.3)	0.125
Sodyum (mmol/L)	136.6 (3)	136.3 (2.67)	0.808
Potasyum (mEq/L)	5.13 (0.67)	5.2 (0.56)	0.567
Kalsiyum (mg/dL)	8.98 (0.56)	8.96 (1.09)	0.839
Fosfor (mg/dL)	4.59 (1.75)	5.23 (1.67)	0.734
Albümin (g/dL)	4.19 (0.41)	4.03 (0.32)	0.077
Total protein (g/dL)	6.94 (0.49)	6.56 (0.51)	0.074
İntakt PTH (pg/mL)	414.7 (451)	409.7 (454)	0.538
Ferritin (ng/mL)	449.6 (243)	460.6 (151)	0.908
Total kolesterol (mmol/L)	158.3 (34)	152.8 (35)	0.641
LDL (mmol/L)	93.3 (27)	86.4 (33)	0.712
Trigliserid (mmol/L)	154 (155)	161.8 (115)	0.863
Bikarbonat (mEq/L)	18.9 (3.2)	18.1 (3.2)	0.177
hs-CRP (mg/L)	4.65 (6.8)	8.88 (9.8)	0.189

Başlangıç demografik veriler, hemodiyaliz bilgileri ve laboratuvar sonuçları

Sonuç: Yüksek akımlı diyaliz uygulanan 50 hastayı kapsayan bu çalışmada, FX80 diyalizöründen Theranova-400 diyalizörüne geçişin serum PTH, kalsiyum ve fosfor düzeylerinde ya da KBH-MKB yönetiminde kullanılan ilaçların sayılarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik oluşturmadığı saptanmıştır. Ancak çalışmanın randomize tasarlanmamış olması, diyet verilerinin yokluğu ve örneklem büyüklüğünün sınırlı kalması, olası gerçek farkların belirlenmesini kısıtlamış olabilir. Bulguların doğrulanması ve Theranova-400 diyalizörlerinin olası klinik

yararlarının daha kapsamlı şekilde ortaya konulabilmesi için daha geniş örneklemler, randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: fosfor, kalsiyum, kronik böbrek hastalığı–mineral kemik bozukluğu (KBH-MKB), parathormon, Theranova (MCO diyalizör)

(SS-12)

Yaşlılarda İlaç Yönetiminde Time Kriterlerine Yaklaşım: Eğitim Sürecindeki Hekimlerde Durum Analizi

Nazire Gökçe Somak¹, Pelin Değirmenci¹, Ülev Deniz Erdinçler¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Amaç: Yaşlı bireylerde polifarmasi ve uygunsuz ilaç kullanımı önemli sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Time-to-Start ve Time-to-Stop kriterleri; yaşlıda kullanılması genelde/bazı durumlarda uygun olmayan ancak klinik pratikte sıklıkla yanlış kullanılan ilaçlara ait kriterler ile yaşlıda kullanılması genelde/bazı durumlarda özellikle yararlı olan ancak klinik pratikte sıklıkla kullanılmayan ilaçlara ait kriterlere yönelik rehberlik sunar. Bu kriterlerin uzmanlık öğrencisi hekimler tarafından bilinmesi, hasta güvenliği ve uygun tedavi planlaması açısından önemlidir. Bu çalışmada, iç hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin Time-to-Start ve Time-to-Stop kriterlerine yönelik bilgi ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamız, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD' nda İç Hastalıkları uzmanlık öğrencisi olarak öğrenim gören 30 doktorun katıldığı kesitsel bir anket çalışmasıdır. Veriler, Google Forms üzerinden oluşturulan çevrimiçi anket yoluyla toplanmıştır. Anket; Time-to-Stop ve Time-to-Start kriterlerine yönelik kavramsal farkındalık (1-10.soru) ile kriter içeriklerine yönelik klinik bilgi (11-30.soru) bölümlerinde oluşan, 'doğru-yanlış' olarak cevaplandırılan 30 sorudan oluşmaktadır. Her sorunun doğru cevabı için '1 puan' verilmiştir. Anket verileri tanımlayıcı istatistik yöntemleriyle, özellikle yüzde oranları kullanılarak analiz edilmiş; yanıtlar, içerik temelli kategorilere ayrılarak yorumlanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %13,3 (n=4)'ü 1.sene, %16,7 (n=5)'si 2.sene, %46,7 (n=14)'si 3.sene, %23,3 (n=7)'ü 4.sene İç Hastalıkları uzmanlık öğrencileriydi. Çalışmamızda kaydedilen en yüksek puan 28 iken, en düşük puan 17'ydi (ortalama puan= 23,37/30, ortanca değer= 24/30). Katılımcıların Time-to-Start ve Time-to-Stop kriterlerine yönelik temel kavramsal bilgi düzeylerini değerlendiren ilk 10 soruya verilen yanıtlar analiz edildiğinde, yüksek düzeyde farkındalık saptandı. Özellikle, Time-to-Stop kriterlerinin potansiyel zararlı ilaçları tanımlamaya yönelik olduğu (%96,7), hasta güvenliğiyle ilişkili olduğu (%96,6) ve polifarmasiye bağlı advers olayların önlenmesinde kullanılabileceği (%100) bilgileri %90'ın üzerinde doğru yanıtlandı (Tablo-1). Time-to-Start kriterlerinin tanımı ve kapsamına yönelik sorularda da benzer şekilde yüksek doğru yanıt oranları elde edildi (Sorular 1, 3, 6, 7 ve 8)(Tablo-1). "Time-to-Start kriterleri, potansiyel olarak gereksiz ilaçları içerir" ifadesine %40 oranında yanlış yanıt verildi(Soru 5). "Time kriterlerinin amacı yaşlı bireylerde her zaman daha az ilaç başlanmasını sağlamaktır" ifadesini katılımcıların %20'si doğru olarak değerlendirdi (Soru 9).Katılımcıların Time-to-Start ve Time-to-Stop kriterlerinin klinik uygulamalarına yönelik sorulara verdikleri yanıtlar

incelendiğinde, hematolojik malignite varlığında destekleyici tedavi yaklaşımlarının Time-to-Start kriterlerine uygun olduğu ifadesi (%100) ve antikolinerjik etkili ilaçların yaşlılarda kullanılmaması gerektiği (%96,7) bilgisi en yüksek doğruluk oranlarına sahip sorular arasında yer aldı. Ayrıca trisiklik antidepresanların yaşlılarda ağrı tedavisinde ilk tercih olmadığı bilgisi (%93,3), HbA1c hedeflerinin yaşlı bireylerde esnek olması gerektiği (%93,3), osteoporozlu hastada farmakolojik tedavi başlama kriterleri (%93,1) gibi ifadelerde de yüksek oranda doğru yanıt verildi. Sistemik NSAİİ kullanımının osteoartritli yaşlı hastada ilk basamak tedavi olmadığı (%50) ve dekübit ülseri önleyici yüksek protein destek ürünlerinin rastgele kullanımının uygun olmadığı (%50) sorularında doğru yanıt oranları düşüktü(Tablo-2).

Tablo-1: Kavramsal farkındalık sorularına verilen yanıtların dağılımı (Soru 1-10)

Soru	Doğru Yanıt (n)	Yanlış Yanıt (n)	Doğru Yanıt (%)
1	27	3	%90
2	29	1	%96,7
3	26	4	%86,7
4	28	2	%96,6
5	18	12	%60
6	25	5	%83,3
7	25	5	%83,3
8	26	4	%86,7
9	6	24	%20
10	30	0	%100

Tablo-2: Kriter İçeriğine Yönelik Farkındalık Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı (Soru 11-30)

Soru	Doğru Yanıt (n)	Yanlış Yanıt (n)	Doğru Yanıt (%)
11	22	7	%75,9
12	25	5	%83,3
13	21	9	%70
14	21	9	%70
15	21	8	%72,4
16	26	4	%86,7
17	20	10	%66,7
18	28	2	%93,3
19	18	12	%60

20	18	12	%60
21	15	15	%50
22	27	2	%93,1
23	30	0	%100
24	15	15	%50
25	25	5	%83,3
26	28	2	%93,3
27	22	8	%73,3
28	22	8	%73,3
29	29	1	%96,7
30	28	2	%93,3

Sonuç: Çalışmamız, iç hastalıkları uzmanlık öğrencilerinin Time-to-Start ve Time-to-Stop kriterlerine yönelik temel kavramsal bilgi düzeylerinin büyük ölçüde yeterli olduğunu göstermektedir. Katılımcılar, kriterlerin tanımı, amacı ve hasta güvenliğiyle ilişkili yönleri konusunda yüksek doğruluk oranlarıyla yanıt vermiştir. Klinik uygulamalara yönelik bazı sorularda ise bilgi düzeylerinde değişkenlik gözlenmiştir. Bu durum, asistan eğitiminde Time kriterlerinin daha sistematik şekilde ele alınmasının faydalı olabileceğini düşündürmektedir. Elde edilen bulgular, eğitim programlarının güçlendirilmesine katkı sağlayabilecek veriler sunmaktadır ve bu kapsamda benzer değerlendirmelerin farklı kurumlarda da yapılması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: polifarmasi, Time-to-Start, Time-to-Stop

(SS-14)

Kritik Hastalarda Takotsubo Kardiyomiyopatisi

Elif Koca¹ , Güleren Yartaş Dumanlı¹ , Güniz Köksal¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Amaç: Takotsubo sendromu (TS) veya apikal balonlaşma sendromu, geçici sol ventrikül sistolik disfonksiyonu ile karakterize, akut koroner sendromu (AKS) taklit eden bir kardiyomiyopati türüdür. Tanı, Mayo Clinic kriterlerine dayanır; bunlar arasında, stresle ilişkili tek bir epikardiyal damar bölgesini aşan geçici duvar hareket bozukluğunun ekokardiyografi ile gösterilmesi, AKS'nin dışlanması, EKG değişiklikleri ve troponin artışı yer alır [1]. Ancak yoğun bakım (YBÜ) hastalarındaki klinik tablo farklılıkları, bazı tanısal kriterlerin uygulanmasını zorlaştırabilir. Özellikle, AKS'nin dışlanması, YBÜ hastalarında her zaman mümkün olmayabilir. TS, genellikle stresle ilişkilendirilen nadir bir hastalık olup, çoğunlukla benign seyirli bir kardiyomiyopati olarak tanımlanır. Ancak, yoğun bakım hastalarında aritmi, akut kalp yetmezliği ve yüksek mortalite gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir [2]. Sedasyon altında izlenen ve mekanik ventilasyon desteği alan hastalarda, göğüs ağrısı ve dispne gibi tipik semptomların değerlendirilememesi, klinik farkındalığı ve tanı sürecini güçleştirmektedir. Ayrıca, hemodinamik instabilite varlığında ileri tanısal görüntüleme yöntemlerine başvuru her zaman mümkün olmayabilir. TS'yi AKS'den ayırt etmedeki tanısal güçlükler, çeşitli skorelama sistemlerinin geliştirilmesine neden olmuştur. Bu alanda en yaygın şekilde kullanılan ve geçerliliği gösterilmiş skorelama sistemi, InterTAK skorudur. Bu yazıda, YBÜ'de izlenen, yüksek InterTAK skoruna sahip iki TS vakası sunulmaktadır.

Bulgular: Vaka 1 Tip 2 diabetes mellitus, romatoid artrit, hipertansiyon ve metastatik akciğer adenokarsinomu tanılı 63 yaşında kadın hasta, hiperosmolar hiperglisemik sendrom nedeniyle YBÜ'ye interne edildi. Sıvı resüsitasyonuna rağmen hipotansif olan hastaya yatışında yapılan transtorasik ekokardiyografide (TTE) sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu (LVEF) %55 ölçüldü ve segmental duvar hareket kusuru saptanmadı. Takip sürecinde vazopressör gereksiniminde artış izlenen ve kardiak indeksi 1.8 L/dk/m^2 saptanan hastanın tekrarlanan TTE'sinde LVEF %30 ve sol ventrikül apikal segmentlerinde belirgin hipokinezi saptandı. Hemodinamisi stabil olmayan hastaya koroner anjiyografi yapılamadı ancak iskemik EKG değişikliği ve AKS açısından anlamlı troponin artışı saptanmadı. Bu bulgular ve InterTAK skorunun 74 saptanması TS ile uyumlu olarak değerlendirildi. Uygun antimikrobiyal tedavi, hemodinamik destek ve sıvı yönetimi sonrasında klinik tabloda belirgin iyileşme sağlandı. Taburculuk öncesi tekrarlanan TTE'de LVEF %50 olup, duvar hareket kusuru izlenmedi. Vaka 2 Alzheimer hastalığı, Hashimoto tiroiditi, metastatik meme karsinomu ve atrial fibrilasyon tanılı 79 yaşında kadın hasta, antikoagulan ve antiagregan altında mesane hematomu ile başvurusunda üroloji tarafından opere edildi. Mevcut komorbiditeleri nedeniyle postoperatif dönemde, hemodinamik desteksiz olarak YBÜ'ye transfer

edildi. Takip sürecinde aspirasyon pnömonisi nedeniyle entübe edilen hastaya piperasilin-tazobaktam ve vazopressör desteği başlandı. Pro-BNP düzeylerinde belirgin artış saptanması üzerine yapılan TTE'de LVEF %35, apikal segmentlerde belirgin duvar hareket kusuru izlendi. EKG'de iskemik değişiklik görülmeyen, troponinlerde AKS açısından anlamlı artış olmayan ve InterTAK skoru 83 saptanan hasta TS olarak değerlendirildi. Takiplerinde hasta septik şok nedeniyle exitus oldu.

Sonuç: TartışmaTS, YBÜ hastalarında nadir olmayan bir klinik tablodur. Fransa'da gerçekleştirilen 280 hastalık tek merkezli prospektif bir çalışmada, YBÜ popülasyonunda TS insidansı %4,6 olarak bildirilmiştir. Bu oran, özellikle kadın cinsiyet ve onkolojik hasta alt grubunda daha da yüksek bulunmuştur [3].Yoğun bakım hastalarında sedasyon, entübasyon ve bilinç değişiklikleri nedeniyle tipik semptomlar değerlendirilememektedir. Ayrıca hemodinamik instabiliteye nedeniyle tanısal ileri görüntüleme yöntemlerine her zaman başvurulamamaktadır. Bu durum, TS'un tanınmasını önemli ölçüde güçleştirir.TS'nin AKS ile ayırıcı tanısını kolaylaştırmak amacıyla geliştirilmiş InterTAK skoru; yaş, cinsiyet, EKG değişiklikleri ve emosyonel tetikleyici gibi çeşitli klinik parametreleri temel alan bir tanısal araçtır. Skorun ≥ 70 olması durumunda, TS için özgüllük %89 olarak rapor edilmiştir [4].TS, YBÜ hastalarında ciddi mortalite ve morbiditeye neden olduğu için tanınması önemlidir. Bu nedenle, özellikle yeni gelişen aritmi, elektrokardiyografik değişiklikler, pro-BNP ve troponin düzeylerinde artış ve açıklanamayan yüksek vazopressör ihtiyacı olan YBÜ hastalarında TS mutlaka ayırıcı tanılar arasında değerlendirilmelidir. Referanslar1. Madhavan M, Prasad A (2010) Proposed Mayo Clinic criteria for the diagnosis of Tako-Tsubo cardiomyopathy and long-term prognosis. Herz 35:240–244. <https://doi.org/10.1007/S00059-010-3339-X>,2. Montone RA, La Vecchia G, Del Buono MG, et al (2022) Takotsubo Syndrome in Intensive Cardiac Care Unit: Challenges in Diagnosis and Management. Curr Probl Cardiol 47:. <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2021.1010843>. Doyen D, Moschietto S, Squara F, et al (2020) Incidence, clinical features and outcome of Takotsubo syndrome in the intensive care unit. Arch Cardiovasc Dis 113:176–188. <https://doi.org/10.1016/j.acvd.2019.11.0054>. Ghadri JR, Cammann VL, Jurisic S, et al (2017) A novel clinical score (InterTAK Diagnostic Score) to differentiate takotsubo syndrome from acute coronary syndrome: results from the International Takotsubo Registry. Eur J Heart Fail 19:1036–1042. <https://doi.org/10.1002/EJHF.683>

Anahtar Kelimeler: akut korener sendrom , Takotsubo sendromu , yoğun bakım ünitesi

OLGU SUNUMLARI

(OS-2)

Erdheim-Chester Hastalığı: Aortik Tutulumlu Ve Rs3pe Benzeri Klinikle Başvuran Nadir Bir Multisistemik Histiyositoz Olgusu

Özge Saitoğlu¹ , Ayşe Mine Önenerk Men² , Ahu Senem Demiröz³ , Işıl Bavunoğlu⁴ , Muhlis Cem Ar⁵

¹İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı

⁵İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı

Amaç: Erdheim-Chester hastalığı (ECH), kemik, retroperitoneum, santral sinir sistemi, kardiyovasküler sistem ve deri gibi birçok organı tutabilen sistemik bir non-Langerhans hücreli histiyositozudur. ECH; BRAF p.V600E başta olmak üzere MAPK/ERK yolak mutasyonları ile ilişkilidir. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE), ileri yaşta görülen, pitting ödemle karakterize seronegatif inflamatuvar bir artrit formudur. Bu yazıda, ECH ve RS3PE birlikteliği olan nadir bir olgu sunulmuştur.

Yöntem: 58 yaşında, bilinen kronik hastalığı olmayan erkek hasta, Ekim 2024'te sağ kolda başlayıp tüm ekstremitelere yayılan ağrı ile dış merkeze başvurmuş. Başvuru anında el ve ayaklarda pitting ödem izlenmiş. Sedim (56 mm/saat) ve CRP (82.88 mg/L) yüksekliği saptanmış. PET/BT'de sol böbrek orta-alt pol düzeyinde SUVmax 7.2 olan egzofitik karakterli nodüler lezyon, her iki omuz çevresinde inflamatuvar değişiklikleri düşündüren FDG tutulumu ve hipofiz lojunda SUVmax 4.5 fokal hipermetabolizma saptanmış. PET BT'de sol böbrek lojunda SUVmax 7.2 olan nodüler lezyon ilk planda malignite düşünülerek sol parsiyel nefrektomi yapılmış ve biyopsi sonucu ksantomatoz fibrohistiyositik lezyon olarak raporlanmış. PET BT'de her iki omuz çevresinde hafif FDG tutulumları dış merkezde polimiyalji romatika ile ilişkilendirilmiş ve deltacortril başlanmış.

Bulgular: Hasta, 2025 Mart ayında merkezimize başvurduğunda Deltacortril 5 mg 2×1 tedavisini sürdürmekteydi, el ve ayaklarda şişlik gözlenmedi. Ancak laboratuvar testlerinde akut faz reaktanlarında yükseklik (CRP 85 mg/L ve sedim 67 mm/saat) devam etmekteydi. Dış merkez PET/BT görüntüleri merkezimizde revize edildiğinde, abdominal aortta hafif artmış FDG

tutulumu (SUVmax 2.04) ile vaskülit şüphesi gelişti.Yapılan sistemik taramalarda malignite, temporal arterit veya takayasu arteriti lehine bulgu saptanmadı. Şubat ayında dış merkezde çekilen sağ ayak bileği kontrastsız MR'ında tibia distal diafizinde T1 de hipointens, T2 de hiperintens karakterde yaygın kemik iliği sinyal değişiklikleri izlendi. Ayırıcı tanıda Erdheim Chester hastalığı düşünülüp kemik sintigrafisi istendi.Sol parsiyel nefrektomi materyalinin patoloji revizyonunda histiositik infiltrasyon,Touton dev hücreleri, CD68(+), CD1a(-), S100(-) ile ECH tanısı desteklendi.Real-time PCR'da BRAF mutasyonu saptanmadı; ancak NGS ile %4.93 allel frekansta BRAF p.V600E mutasyonu bulundu.Kemik sintigrafisinde alt ekstremitelerde simetrik artmış osteoblastik aktivite izlendi. Hastaya kladribin tedavisi(0.14 mg/kg, gün 1-5, 28 günde bir) planlandı.

Şekil 1: Hastanın her iki ayak ve ellerde pitting ödem görünümü. (Görüntüler Ekim 2024 dış merkeze başvuru anında çekilmiştir)



Şekil 2: Bilateral alt ekstremitelerde diafizometafizer alanlarda simetrik vaskülerite ve osteoblastik aktivite artışı saptanan ve bu bulgularla Erdheim-Chester tanısını destekleyen 3 fazlı kemik sintigrafisi ve SPECT-BT çalışması

(OS-3)

İdiyopatik Eritrositozun IgA Nefropatisi ile Olası Erken Bir Bulgusu Olarak Ortaya Çıkışı: Bir Olgu Sunumu ve Sistematiik Derleme

Yağmur Ersoy¹, Şeyda Gül Özcan², Mevlüt Tamer Dinçer², Ayşe Salihoğlu³, Nurhan Seyahi², Sinan Trabulus²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı

Amaç: IgA nefropatisi (IgAN), dünyada en sık görülen primer glomerülonefrit olup, mezangiyal IgA birikimiyle karakterizedir ve zamanla kronik böbrek hastalığına yol açabilir. İdiyopatik eritrositoz ise, altta yatan hipoksi, tümör ya da miyeloproliferatif hastalık gibi bilinen nedenler olmaksızın gelişen eritrosit artışı ile tanımlanır. IgAN ile idiyopatik eritrositoz birlikteliği oldukça nadir bildirilmiştir ve bu durum, immün sistem aracılı ortak mekanizmaların varlığını düşündürmektedir. Bu çalışmada, IgAN tanısından önce idiyopatik eritrositoz gelişen bir olgu sunulmakta ve literatürdeki benzer vakalar sistematiik olarak incelenerek olası patofizyolojik ilişkilere ışık tutulmaktadır.

Yöntem: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesinde takip edilen 47 yaşındaki erkek hastanın tıbbi öyküsü, laboratuvar bulguları, görüntüleme ve biyopsi sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hasta, bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış olup, çalışmamız Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütülmüştür. Nisan 2025'te PubMed veri tabanı kullanılarak yapılan sistematiik taramada, "IgA nephropathy" ve "Berger's disease" terimleri ile "erythrocytosis," "polycythemia," ve "idiopathic erythrocytosis" anahtar kelimeleri birleştirilmiş ve "AND" bağlacı ile bir araya getirilmiştir. Toplam 14 çalışma değerlendirilmiş; editoryal yazılar, derlemeler, sekonder eritrositoz veya polistemi vera ile ilgili olanlar dışlanmıştır. Sonuç olarak, IgAN ve idiyopatik eritrositoz ilişkisini ele alan üç olgu sunumu ve bir kohort çalışması dahil edilmiştir.

Bulgular: 47 yaşındaki erkek hasta, 43 yaşında rutin kan tetkikleri sırasında tesadüfen saptanan hemoglobin yüksekliği mevcutmuş. Dış merkezde eritrositoz değerlendirmesi kapsamında yapılan JAK2, CALR, BCR-ABL ve MPL mutasyon analizleri negatif saptanarak yaygın miyeloproliferatif neoplaziler dışlanmış. O dönemde yapılan kemik iliği biyopsisinde eritroid ve granülositik serilerde artış saptanması üzerine idiyopatik eritrositoz tanısı konuldu. Hasta, hematokrit düzeyini %46'nın altında tutmak amacıyla aralıklı terapötik flebotomi ve günlük

düşük doz asetilsalisilik asit ile izleme alınmış.45 yaşında kreatinin yüksekliği nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Fizik muayenede bilateral hafif pretibial ödem izlendi. Laboratuvar değerlendirmesinde serum kreatinin 1.27 mg/dL, serum albümin 4.23 g/dL, trigliserid düzeyi ise 467 mg/dL olarak saptandı. İdrar tahlilinde 3+ proteinüri mevcut olup, lökosit ve hematuri izlenmedi. Renal ultrasonografide bilateral artmış parankimal ekojenite saptandı. 24 saatlik idrar analizi nefrotik düzeyde proteinüriyi doğruladı (toplam protein 5779.4 mg/gün, mikroalbümin 4972 mg/gün). Hastaya renal biyopsi yapılmasına karar verildi.Yapılan renal biyopsi sonucunda IgA nefropatisi ile birlikte kronik interstisyel nefrit ve tübüler hasar saptandı (MEST skoru: M1, E0, S1, T2). Ek olarak yapılan serolojik incelemelerde ANA, ANCA, anti-dsDNA, kompleman düzeyleri (C3, C4) ve hepatit serolojileri negatif bulundu. Eritropoietin (EPO) düzeyi referans aralığının altında (3.7 mIU/mL; referans: 4.9–29.0 mIU/mL) saptandı. Hastada hipoksi ya da sigara kullanımına dair bir öykü yoktu.Tanı sonrasında ramipril ve oral metilprednizolon (1 mg/kg/gün) tedavisi başlandı. Ancak tedavi, gelişen steroid ilişkili hiperglisemi ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları nedeniyle kesildi. Hasta daha sonra narsoplimab (anti-MASP-2 monoklonal antikor) ile yürütülen bir faz 3 klinik çalışmaya dahil edildi; ancak tedavi 12. haftada sonlandırıldı. Son dokuz aydır hasta, budesonid (9 mg/gün), dapagliflozin (10 mg/gün) ve ramipril (5 mg/gün) tedavisi almaktadır. Klinik ve biyokimyasal parametrelerde kademeli iyileşme gözlenmiştir. Tedavi altında laboratuvar seyri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. IgA Nefropatisi Klinik Seyri Boyunca Laboratuvar Parametreleri

	Eritrositoz Tanısı Anında	IgAN Tanısı Anında	Metilprednizolon Tedavisi Sonunda	Narsoplimab Tedavisi 12. Haftası	Güncel Durum
Kreatinin (mg/dL)	1.04	1.27	1.32	1.49	1.20
Hemoglobin (g/dL)	20.03	14.5	13.4	15	14.4
Hematokrit (%)	60.89	43.1	40.3	45.1	45.7
Ürik Asit (mg/dL)	9.4	8.4	6.1	7.1	6.7
24 Saat Proteinüri (mg/gün)	Yok	5779.4	3851.75	2103.3	2054.25
Mikroalbüminüri (mg/gün)	Yok	4972	3429.86	1629.34	1531.2
İdrar Strip Testi – Protein	Negatif	3+	3+	3+	3+

Uygulanan Tedavi	Allopurinol 150 mg/gün, Asetilsalisilik asit 100 mg/gün, Terapötik flebotomi	Allopurinol 150 mg/gün, Asetilsalisilik asit 100 mg/gün, Ramipril 5 mg/gün	Allopurinol 150 mg/gün, Asetilsalisilik asit 100 mg/gün, Ramipril 5 mg/gün, Metilprednizolon 1 mg/kg/gün	Allopurinol 150 mg/gün, Asetilsalisilik asit 100 mg/gün, Ramipril 5 mg/gün, Narsoplimab	Allopurinol 150 mg/gün, Asetilsalisilik asit 100 mg/gün, Ramipril 5 mg/gün, Budesonid 3 mg günde 3 kez
---------------------	--	--	---	--	---

Tablo 2. Literatür Özeti

Referans No	Çalışma / Yazar (Yıl)	Yaş/Cinsiyet	Eritrositoz Tanı Yaşı	IgAN Tanı Yaşı	İlk Kreatinin (mg/dl)	İlk 24s Proteinüri (g/gün)	EPO düzeyi	Kemik İliği Biyopsi Bulguları	Mutasyon Taraması	IgAN Tedavisi	Flebotomi	Renal Sonlanım
4	Maresh (2017)	31 / E	31	31	2.20	7.5	NORMAL	NORMAL	JAK2 (-)	ACEi	EVET	BELİRTİLMEMİŞ
5	Navaradnam (2021)	35 / E	35	35	3.19	BELİRTİLMEMİŞ	DÜŞÜK	Normal diğer hücre dizileriyle birlikte eritroid hiperplazi	JAK (-), CALR (-) MPL (-)	ACEi, STEROID, MYCOPHENOLATE MOFETİL	EVET	RENAL FONKSİYONLARDA İYİLEŞME
3	COHEN (2021)	64 / E	64	20	0.5	NEGATİF	NORMAL	BELİRTİLMEMİŞ	JAK (-)	ARB	EVET	KBH
3	COHEN (2021)	74 / E	74	63	2.6	4	NORMAL	BELİRTİLMEMİŞ	JAK (-)	ACEi and ARB	EVET	KBH
3	COHEN (2021)	69 / E	69	26	0.99	2.3	NORMAL	BELİRTİLMEMİŞ	JAK (-)	ACEi	EVET	KBH
3	COHEN (2021)	45 / E	45	20	1.17	0.3	NORMAL	BELİRTİLMEMİŞ	JAK (-)	ARB	EVET	STABİL
3	COHEN (2021)	63 / E	61	44	1.33	0.4	NORMAL	BELİRTİLMEMİŞ	JAK (-)	ARB	EVET	KBH
3	COHEN (2021)	42 / E	26	21	2.53	2.3	NOEMAL	BELİRTİLMEMİŞ	JAK (-)	ARB	EVET	KBH (STABİL)
6	PARKER (2024)*	36 / E	26	36	BELİRTİLMEMİŞ	BELİRTİLMEMİŞ	NORMAL-YÜKSEK	Eritroid seride baskın hematopoez ancak normal megakaryosit, normosellüler kemik iliği	JAK (-)	BELİRTİLMEMİŞ	EVET	KBH (STABİL)
	SUNULAN VAKA	47 / E	43	45	1.27	5.7	DÜŞÜK-NORMAL	Artmış eritroid ve granülositik seri	JAK (-), CALR (-), MPL (-), BCR-ABL (-)	ACEi, STEROID, NARSOPHIMA B, BUDENOSID	EVET	STABİL

ACEi: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü; ARB: Anjiyotensin reseptör blokleri; KBH: Kronik böbrek hastalığı; *Eritrositoz tanısı konulduğunda hastada böbrek fonksiyon bozukluğu mevcut ancak böbrek biyopsisi 36 yaşında yapılmış.

Sonuç: IgA nefropatisi ile idiopatik eritrositoz birlikteliği oldukça nadir raporlanmıştır. PubMed’de yapılan sistematik tarama sonucu dört çalışma bu ilişkiyi inceleyen kriterleri karşılamıştır. Bu çalışmalar üç olgu sunumu ve bir kohort çalışmasından oluşmaktadır. Vakaların büyük çoğunluğu erkek hastalardır ve eritrositoz genellikle IgAN tanısı ile eş zamanlı ya da sonrasında ortaya çıkmıştır. Sunulan mevcut vaka, literatürdeki diğer olgulardan farklı olarak, eritrositozun renal semptomlardan iki yıl önce başladığını göstermesi açısından dikkat çekicidir. Bu durum, bazı IgAN hastalarında polimerik IgA1 (pIgA1) komplekslerinin eritropoezi, EPO seviyeleri normal olsa bile, tetikleyebileceği hipotezini desteklemektedir. Cohen ve arkadaşlarının çalışmaları da, yüksek pIgA1/monomerik IgA1 oranları ve galaktozdan yoksun IgA1 (Gd-IgA1) düzeylerinin eritrositozla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Tablo 2’ de literatür verileri özetlenmiştir. Bu veriler, pIgA1’in hematolojik sistem üzerinde böbrek dışı etkiler yaratabileceğini düşündürmekte ve nedeni açıklanamayan eritrositoz vakalarında IgA nefropatisinin erken bir belirti olabileceğini göstermektedir. Böylece, erken tanı ve müdahale şansı doğabilir.

Anahtar Kelimeler: IgA nefropatisi, İdiyopatik Eritrositoz

(OS-5)

Seronegatif Romatoid Artrit Hastasında Tüberkülozun Maskeli Yüzü

Mehmet Ufuk Yanmaz¹, Subhana Alasgarli¹, Tuğçe Eşkazan¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Amaç: Tüberküloz (TB), Mycobacterium tuberculosis kompleksinin neden olduğu, başta akciğerleri tutan ancak ekstrapulmoner yayılım da gösterebilen, hava yoluyla bulaşan bir enfeksiyöz hastalıktır. TB granülomlar içinde latent kalabildiğinden; yeni bulaş sonrası primer enfeksiyon olarak gelişebildiği gibi endojen reaktivasyonla latent odaklardan aktif hale gelebilmektedir. Aktif hastalık genellikle ateş, gece terlemesi, kilo kaybı ve öksürük gibi belirtilerle seyreder. TB tanısı; hastalığın non-spesifik klinik bulgularla seyretmesi, latent enfeksiyonla aktif hastalık ayrımının güçlüğü ve benzer semptomlara yol açabilen diğer hastalıklarla (örneğin sarkoidoz, malignite) karışabilmesi nedeniyle oldukça güç olabilmektedir. Bu olgu sunumunda, sistemik tüberküloz enfeksiyonu tanısının konulmasındaki zorluklar ve ayırıcı tanılar ele alınacaktır.

Yöntem: Seronegatif romatoid artrit (RA) tanısı olan ve daha önce tüberküloz (TB) enfeksiyonu ya da maruziyet öyküsü bulunmayan hasta, tetkik edilmek üzere Cerrahpaşa Romatoloji Servisi'ne yatırıldı. Taburculuğun ardından, karaciğer enzim yüksekliği nedeniyle hasta ayaktan Cerrahpaşa Gastroenteroloji Bölümü'ne yönlendirildi ve tetkiklerine buradan da devam edildi.

Bulgular: 2014 yılından beri seronegatif romatoid artrit (RA) tanısı bulunan ve bilinen başka bir hastalık öyküsü olmayan 38 yaşında erkek hasta, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji Polikliniği'nde takip edilmekteydi. Daha önce düşük doz kortikosteroid, metotreksat ve leflunomid kullanımı mevcut olan hastada leflunomid tedavisi almaktayken eklem şikayetlerinin devam etmesi üzerine anti-tümör nekroz faktörü (TNF) tedavisinin başlanmasına karar verildi. Anti-TNF başlanmadan önce bakılan Quantiferon testi pozitif saptanan hastaya, öncesinde Isoniazid (INH) profilaksisi verilerek Adalimumab başlandı. Takipte eklem yakınmaları kontrol altına alınan hastada Adalimumab tedavisinin 3. ayında karaciğer enzimlerinde (Aspartat Aminotransferaz: 124 IU/L [< 40], Alanin Aminotransferaz: 236 IU/L [< 41]) artış görülmesi nedeniyle ön planda INH'ya ikincil hepatotoksisite düşünülerek INH kesildi. Aynı vizitte, hastanın sistem sorgulamasında son 6 ayda %25 oranında kilo kaybı ve eşlik eden gece terlemesi olduğu öğrenildi. INH tedavisi kesilmesine rağmen takip eden kontrollerde karaciğer enzimleri yüksek seyretmeye devam eden hasta eşlik eden B semptomlarının da varlığı nedeni ile interne edildi. Quantiferon pozitifliği olan ve anti-TNF kullanan hastada ülkemiz açısından da endemik bir enfeksiyon olan TB ayırıcı tanıya alındı ve hastadan kan, balgam, idrar kültürleri ve TB kültürleri gönderildi. Çekilen kontrastlı toraks BT'de mediastende 1 cm'den küçük lenf nodları ve her iki

hiler bölgede en büyüğü 12 mm lenf nodları saptandı ancak akciğer parankiminde belirgin kitle ve infiltrasyon gösteren lezyon görülmedi. Hastada devam eden kilo kaybı, iştahsızlık, akut faz reaktanlarında yükseklik olması, mediastinal lenf nodlarının varlığı, 3 ayrı balgam kültüründe aside dirençli mikroorganizma saptanmamış olması, akciğer parankiminde tutulum olmaması ve bilateral hiler lenfadenopatilerinin varlığı nedeniyle TB'nin yanı sıra sarkoidoz ve malignite de ayırıcı tanıya alındı ve PET-BT istendi. PET-BT sonucunda "Bilateral servikal, sağ supraklaviküler, mediastinal, parasternal, abdominal ve inguinal çok sayıda yoğun FDG tutulumu gösteren malign karakterde olduğu düşünülen lenf nodları, karaciğerde FDG tutulum odakları, her iki akciğer parankim sahalarında sol akciğer üst lob anterior, sağ akciğer üst lob posterior, apikal ve alt lob mediobazal segmentte en büyükleri 1 cm'den küçük izlenen çok düşük yoğunlukta FDG tutulumunun eşlik ettiği milimetrik nodüler dansite artışları" saptandı (Figür 1). Malignite ekartasyonu açısından sağ inguinal bölgeden lenf bezi eksizyonel biyopsisi (SUVmax=22.75) yapılan hastanın histopatolojik incelemesinde "nekrotizan granülamatöz inflamasyon" saptandı ancak gönderilen biyopsi örneğinden tüberküloz basili üremedi. Aynı örnekten TB için bakılan polimeraz zincir reaksiyonu negatif sonuçlandı. Bu nedenle granümatöz reaksiyon yapan diğer nedenler açısından ileri tetkike devam edildi. Takibinde hastadan daha önce gönderilen balgam kültürünün 48. gününde Mycobacterium tuberculosis complex üremesi üzerine sistemik tüberküloz enfeksiyonu tanısı konularak 4'lü anti-tüberküloz tedavisine başlandı. Tedavi başlangıcını takiben hastanın ateş, kilo kaybı ve gece terlemeleri şikayetleri belirgin şekilde geriledi ve karaciğer enzimleri ve akut fazı regrese oldu. (son vizit AST: 30 IU/L [< 40], ALT: 48 IU/L [< 41] CRP: 22.8±2.01 mg/L [0-5]) Hastanın tedavinin 2. ayında çekilen kontrol Posteror anterior akciğer grafisi Figür 2'de gösterilmiştir. Hastanın anti-tüberküloz tedavisi altında takiplerine devam edilmektedir.

Figür 1



PET-BT

Figür-2



Tedavi sonrası kontrol akciğer grafisi

Sonuç: Bu olgu, seronegatif RA tanısı ile takip edilen ve immünosüpresif tedavi altında olan bir hastada, tüberkülozun akciğer dışı, yaygın lenf nodu tutulumu ve sistemik belirtilerle maskelenmiş formunu ortaya koymaktadır. Hastada TB'ye ait klasik akciğer tutulumunun bulunmaması, kültür ve mikroskopik testlerde başlangıçta TB saptanmaması, nekrotizan granümatöz lenfadenopati gibi sarkoidoz ve malignitede de görülebilen bulguların varlığı nedeniyle tanı koymak zorlaşmıştır. Bu olgu, özellikle tüberküloz enfeksiyonu açısından risk oluşturan immunsüpresif tedavi alan hasta gruplarında; klasik dışı prezentasyon varlığında dahi klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulgularının bütüncül değerlendirilmesiyle TB tanısı koymanın mümkün olabileceğini göstermektedir. Yaygın lenfadenopati, B semptomları ve granümatöz inflamasyon varlığında, mikrobiyolojik testler başlangıçta destekleyici olmasa dahi tüberküloz ülkemiz gibi endemik ülkelerde mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır. Uygun antitüberküloz tedaviyle klinik iyileşme sağlanması, bu yaklaşımın önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, Malignite, Mycobacterium tuberculosis, Sarkoidoz, Seronegatif Romatoid Artrit

(0S-6)

2 Miyastenia graves vakası ve Yönetimi

Bilal Erden¹ , Işıl Bavunoğlu¹ , Güleren Dumanlı² , Güniz Köksal²

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

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı

Amaç: Myastenik kriz, nöromusküler kavşak hastalıklarının şiddetlenmesi sonucu gelişen ve solunum yetmezliğine yol açabilen bir acildir. Tanıda fizik muayene kritik öneme sahiptir ve mekanik ventilasyon ihtiyacının öngörülmesine yardımcı olabilir. Bu çalışmada, yoğun bakımda plazmaferez ve yüksek doz pridostigmin (600 mg/gün) ile tedavi edilen iki hasta sunulmuş; fizik muayene bulgularının klinik seyir üzerindeki belirleyici rolü ve yüksek doz pridostigmin kullanımının güvenliğine dair gözlemler tartışılmıştır.

Yöntem: Myastenik kriz, myastenia gravis (MG) ve Lambert-Eaton myastenik sendromu (LEMS) gibi nöromusküler kavşak hastalıklarının ağır seyreden formu olup, solunum kaslarının zayıflaması nedeniyle mekanik ventilasyon gerektirebilir [1,2]. Hastaların %15-20'si ömürde en az bir kez myastenik kriz geçirmektedir [3].Baş tutma süresi, mimik kasların kullanımı, pitoz, yutma güçlüğü gibi bulgular solunum yetmezliğinin erken tespit edilmesi, entübasyon ihtiyacının önceden öngörülmesini sağlayarak prognozu etkileyebilir [4,5,6].Plazmaferez, otoantikörlerin hızla uzaklaştırılmasını sağlayarak klinik iyileşmeyi hızlandırabilen etkili bir tedavi yöntemidir [7,8]. Pridostigmin, nöromusküler iletimi güçlendiren bir asetilkolinesteraz inhibitörüdür; ancak yüksek dozlarda kullanımına dair veri sınırlıdır.[9,10]Bu olgu sunumunda, plazmaferez ve 600 mg/gün pridostigmin ile tedavi edilen iki hasta sunulmuş ve fizik muayene bulgularının tanı ve prognoz üzerindeki etkisi tartışılmıştır.

Bulgular: Olgu 120 yaş erkek hasta, nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurusunda Solunum yetmezliği nedeni yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Tablo 1’de yoğun bakıma kabul laboratuvar değerleri belirtilmiştir. Nazal kanül 5lt/dk ile oksijen desteği ile spontan solunumda takibine başlandı. Özgeçmişinde 5 aydır konuşma bozukluğu ve çabuk yorulması olan hastanın acil başvurusundan 2 gün önce yutma ve çiğnemede zorlanması başlamış. Mimik kaslarını kullanamayan, alnını kırıştıramayan, başını tutamayan, kas gücü ekstremitelerinde global 2/5 olan hastanın akciğer grafisinde ön mediastende kitle imajı mevcuttu (Şekil1). Ön planda miyastenik kriz olarak değerlendirilen hasta yoğun bakım yatışının 5. saatinde dispnesi artması nedeniyle orotrakeal entübe (OTE) edildi ve pressure regulated volüm controle (PRVC, PEEP:8cmH20, VT:600ml FiO2:%40 frekans:16/dk) modda invaziv mekanik ventilasyon (IMV) desteği başlandı. Pridostigmin 600mg/gün enteral yolla uygulandı. Pnömoni ve sepsis nedeniyle

meropenem 3x1 gr (iv), teikoplanin 1x400mg (iv) antibiyoterapileri başlandı. Solunum kaslarında etkilenmesi olması ve sepsis nedeniyle teröpatik plasma değişimi (TPE) ve oxiris filtre ile hemadsorbsiyon tedavisi başlandı. TPE tedavisinin 3. seansından sonra hasta ekstübe edildi. Yoğun bakım yatışının 7. gününde şuuru açık, kas gücü global 5/5, yürüyüşü normal, mimik kaslarını kullanabilen hasta nöroloji servisine devredildi. Olgu 293 yaş erkek hasta nöroloji servisinde Lambert Eaton Myastenik sendrom nedeniyle takip ve tedavi ediliyor, 5 gün 0,4gr/kg/gün dozundan IVIG, pridostigmin 300mg/gün ve prednisolon 60mg/gün tedavilerine rağmen dispneik olması nedeniyle yoğun bakıma kabul edildi. Tablo 2’de yoğun bakıma kabul laboratuvar testleri gösterilmiştir. Başını < 30sn tutabiliyor, mimik kaslarını kullanamıyordu. Noninvasif mekanik ventilasyon (NIMV) desteği başlanan hastaya miyastenik kriz düşünülerek TPE başlandı. Pridostigmin dozu 600mg/gün olarak düzenlendi. Yatışının 2. gününde NIMV desteğine rağmen respiratuvar asidozu (pH:7,19 paCO2:74mmHg paO2:68 SaO2:93 HCO3:22mmol/L Lac:1,3mmol/L) gelişmesi üzerine OTE edildi, PRVC modda IMV desteği başlandı (PEEP:10cmH2O, VT:600ml FiO2:%40 frekans:20/dk), TPE 2. seans uygulandı. Yoğun bakım yatışının 4. gününde ani kardiyak arrest gelişen hasta exitus oldu.

Tablo 1

WBC	9,69 10 ³ /µL	Glukoz	131 mg/dL	pH	7,423
RBC	6,08 10 ⁶ /µL	Üre	13 mg/dL	pCO2	37,3 mmHg
HGB	18 g/dl	Kreatinin	0,83 mg/dL	pO2	38,7 mmHg
HCT	51,1 %	AST	13 IU/L	Hct	42,7 %
MCV	84 fl	ALT	8 IU/L	thb	13,9 gr/dl
MCH	29,6 pg	Total Protein	7,6 g/dl	sO2	65,8 %
MCHC	35,2 g/dl	Albumin	4,58 gr/dl	COHb	0,7
RDW	14,5 %	GST	14 IU/L	MetHb	1 %
PLT	190 10 ³ /µL	LDH	242 U/L	FHHb	33,6 %
MPV	8,8 fl	Ürik Asit	4,2 mg/dL	p50(act)	30,53
PCT	0,17 %	Sodyum	141 mEq/L	Na+	133 mmol/L
PDW	9,6 %	Potasyum	4,4 mEq/L	K+	3,9 mmol/L
NEUT	8,47 10 ³ /µL	Klor	102 mEq/L	Ca++	1,07 mmol/L
LYMPH	0,82 10 ³ /µL	Magnezyum	2 mg/dL	Cl-	109 mmol/L
MONO	0,31 10 ³ /µL	Kalsiyum	9,5 mg/dL	Glu	151 mg/dL
EOS	0,05 10 ³ /µL	Fosfor	3,1 mg/dL	Lac	1,9 mmol/L
BASO	0,04 10 ³ /µL	Total Bilirubin	0,8 mg/dL	tO2	12,6 ml
NEUT%	87,4 %	Direkt	0,35 mg/dL	O2Hb	64,7 %
LYMPH	8,5 %	CRP	219,46 mg/L	pCO2(T)	37,3
MONO	3,2 %	ALP	67 U/L	SBE	0
EOS%	0,5 %	CK	75 U/L	HCO3-	23,9 mmol/L
RDW-SD	42,6 fl	CK-MB	13 U/L	ABE	0,3
BASO%	0,4 %				

Tablo 2

WBC	7,46 10 ³ /μL	Glukoz	88 mg/dL
RBC	3,03 10 ⁶ /μL	Üre	62 mg/dL
HGB	9,5 g/dl	Kreatinin	1,17 mg/dL
HCT	28,5 %	AST	51 IU/L
MCV	94,1 fL	ALT	50 IU/L
MCH	31,4 pg	Total	6,8 g/dl
MCHC	33,3 g/dl	Albümin	2,79 gr/dl
RDW	12,5 %	GGT	38 IU/L
PLT	145 10 ³ /μL	LDH	197 U/L
MPV	10,9 fL	Sodyum	142 mEq/L
PCT	0,16 %	Potasyu	4,1 mEq/L
PDW	12,4 %	Klor	109 mEq/L
NEUT	5,61 10 ³ /μL	Magnezy	1,77 mg/dL
LYMPH	1,16 10 ³ /μL	Kalsiyum	8,3 mg/dL
MONO	0,68 10 ³ /μL	Fosfor	2,4 mg/dL
EOS	0 10 ³ /μL	Total	0,89 mg/dL
BASO	0,01 10 ³ /μL	Direkt	0,34 mg/dL
NEUT %	75,3 %	CRP	0,89 mg/L
LYMPH %	15,5 %		
MONO %	9,1 %		
EOS %	0 %		
RDW-SD	43,4 fL		
BASO %	0,1 %		

Sonuç: Plazmaferez ve yüksek doz pridostigmin, genç MG hastalarında etkili ve güvenli tedavi seçenekleridir. Ancak ileri yaş ve LEMS gibi durumlarda tedaviye yanıt sınırlı olabilir. Fizik muayene bulgularının erken değerlendirilmesi, kriz yönetiminde önemlidir. Klinik kararlarda fizik muayene bulguları dikkatle incelenmeli ve uygun hastalarda yüksek doz pridostigmin kullanımından çekinilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: miyastenia graves, oxiris, plazmaferez, pridostigmin

(OS-7)

Rutin Hemodiyaliz Hastasında Kalp Yetmezliği ve Hipervolemiye bağlı Plevral Efüzyon Tedavisi

Elif Ece Bıyıklı¹ , Ece Karasu¹ , Rukiye Saka Tuna¹ , Ferdi Karagöz¹ , Bennur Atay¹

¹Sağlık Bakanlığı Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

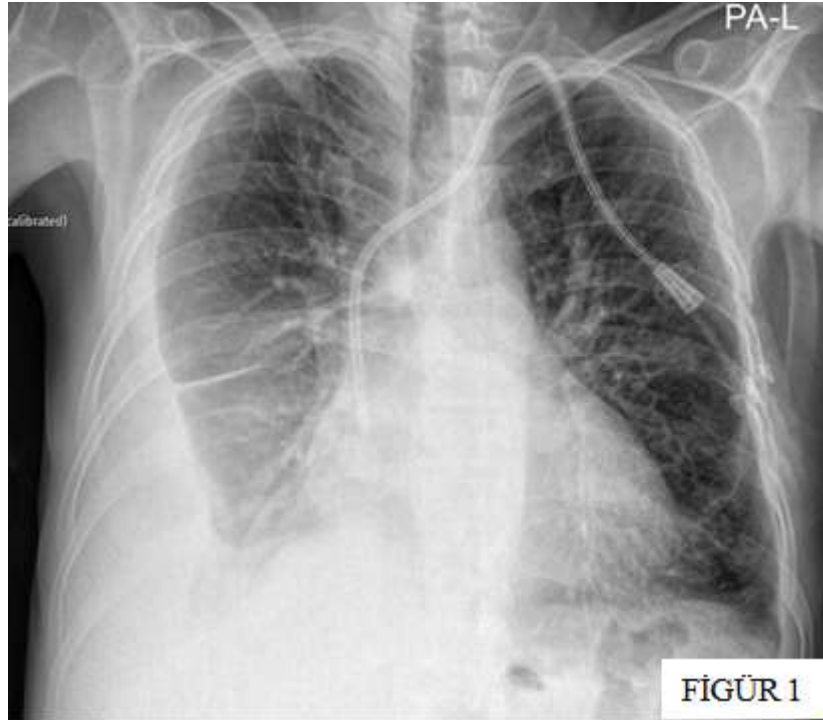
Amaç: Kronik böbrek yetmezliğinde glomerüler filtrasyon hızının azalması vücutta sıvı birikimine yani hipervolemiye neden olur. Bu olgu sunumunda uzun zamandır hemodiyalize giren son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) ve konjestif kalp yetmezliği (KKY) olan 49 yaşındaki bir erkek hastanın nefes darlığı ile kliniğimize başvurusu anlatıldı. Sıvı alımında yeterli takibi olmayan ve kuru ağırlığından fazla volüm yüküne sahip olan hastanın ardışık hemodiyaliz seansları ve toraks su altı drenajı sonrasında kliniğinde belirgin iyileşme görüldü. Bu olgu sunumu özellikle KKY'si olan rutin hemodiyaliz hastalarında kuru ağırlığının yakın takibi ve volüm yükünün kontrolünün önemini gösterir.

Yöntem: Hipervolemi intravasküler, interstisyel ve intrasellüler alanda sıvı yükünün artmasıdır. SDBY'de böbrek fonksiyon kaybı ile sodyum atılımının azalması ve tübüler reabsorbsiyonun uygunsuz çalışması volüm artışına neden olur. Volüm artışı klinik olarak hipertansiyon, ödem veya KKY olarak kendini gösterebilir. Plevral boşlukta plevral sıvının üretim ve emilimi arasındaki dengenin bozulması ile plevral efüzyon gelişir. Light kriterlerine göre bu sıvı transüdatif, eksüdatif ya da hem transüdatif hem eksüdatif olabilir.

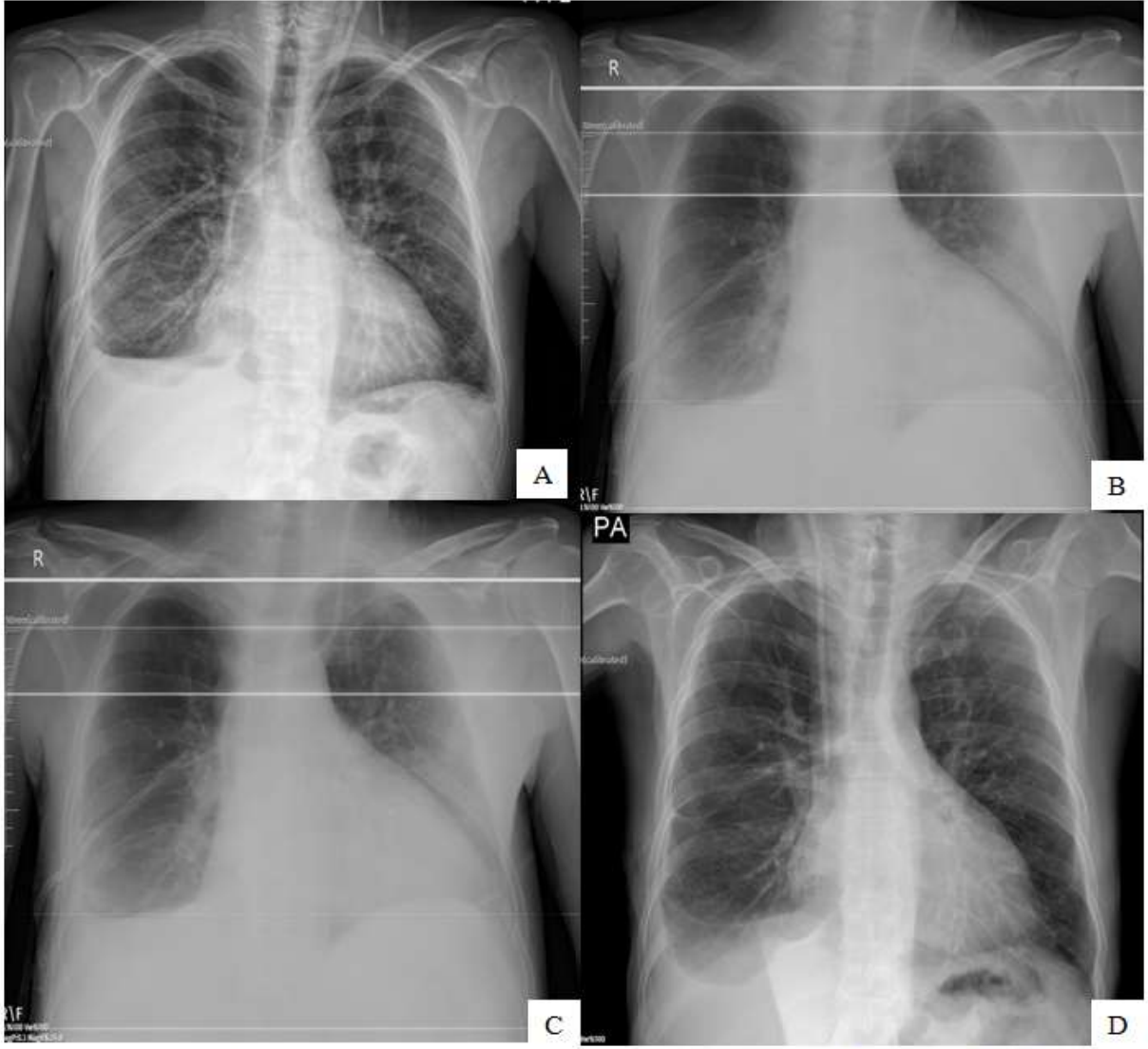
Bulgular: Kırk dokuz yaşında bilinen SDBY, diabetes mellitus, hipertansiyon, psikoz tanılı erkek hasta, nefroloji kliniğinde 2 seneden fazladır 3/7 sol subklavian kalıcı kateterden rutin hemodiyaliz(HD) almaktaydı. Nefes darlığı, ortopne ve efor dispnesi şikayeti ile başvuran hastanın rutin HD ile şikayeti gerilemedi. Akciğerde HD ile gerilemeyen loküle sıvı birikimi nedeniyle “hipervolemi” ön tanısıyla kliniğimize interne edildi. Fizik muayenesinde genel durumu orta, hemodinamisi stabil, Nabız 98 ve saturasyonu oda havasında % 93 idi. Tansiyon:110/60. Kuru ağırlığı 67 kilogramdı. Solunum sesleri bilateral sağda orta alandan bazale kadar, solda ise alt alandan itibaren alınmıyordu. Bacaklarda bilateral pretibial ödem mevcuttu. Laboratuvar tetkikleri: Üre: 96 mg/dL, Kreatinin: 6.29 mg/dL, Na: 134.7 mmol/L, K: 6.26mmol/L, Ca: 9.3 mg/dL, P: 5.4 mg/dL, Albümin: 38.8 g/L, LDH: 182 U/L, Pro-BNP: 2504.79ng/L, CRP: 40.3 mg/L, Lipaz: 101.6 U/L, WBC: 4.96, Hg:11.9, Hct: 37, Plt: 173, Procalcitonin: 0.38 ng/mL.PA AC grafisinde sağ atriumda hemodiyaliz kateteri mevcut, kardiyomegali, atelektazi ve sağda daha belirgin olmak üzere bilateral plevral efüzyon tespit edildi. EKG’de sinüs ritmi görüldü. Toraks BT: Bilateral aksiller bölgede sayıca artmış kalın korteksli lenf nodları, sağ hemitoraksta en kalın yerinde 6 cm'e ulaşan yaygın plevral effüzyon, sol hemitoraksta ise bant tarzında plevral effüzyon, kardiyotorasik

indeks kardiyomegali lehine artmış, perikardiyal efüzyon saptanmadı. Mediastinal ve hiler istasyonlarında sayıca artmış kısa aksı 1 cm'nin altında lenf nodları, sağ akciğer alt loblarda daha belirgin olmak üzere yaygın kompresyon atelektazileri, her iki akciğer alt lob bazallerde interlobüler septal kalınlaşmalar dikkati çekmiş olup akciğer yüklenmesine sekonder olarak yorumlandı. Transtorasik Ekokardiyografi: Sol ventrikül genişliği ve duvar kalınlıkları artmış, global hipokinetik alanlar, EF %25. Sol atrium genişliği artmış, sağ kalp boşlukları genişliği artmış, kalbi çepeçevre saran minimal perikardiyal efüzyon izlendi. TAPSE:13mm. IVC: 26. LV segmenter duvar hareket kusuru, LV sistolik disfonksiyon, tüm kalp boşlukları dilate, LV hipertrofisi, Orta MY, ileri TY (TPAB: 45 mmHg), minimal perikardiyal efüzyon izlendi. Kuru ağırlığı 67 kg olan hastaya ardışık HD yapıldı. Kuru ağırlığı 58 kg'a düşürüldü. Göğüs cerrahisi ile konsülte edildi. Sağdaki plevral aralıktaki loküle sıvıya tüp torakostomi kapalı sualtı drenajı yapıldı. Torasentezden alınan biyokimya örneği transuda ile uyumlu bulundu. Plevral sıvıda aside dirençli mikroorganizma (ARB) negatifti, anaerob ve aerob üreme olmadı. Torasentez ile 5 gün drene edilen hasta PA AC grafileri ile takip edildi. Hastada bu süreçte semptomatik rahatlama izlendi. Ortopne geriledi. Efor kapasitesi arttı. Saturasyon oda havasında %98'e yükseldi. Hastanın taburculuk öncesi yapılan EKO'sunda EF artmış olarak %28 ölçüldü. Laboratuvar tetkiklerinde Pro-BNP değeri 1187.83 ng/L 'ye geriledi. Hasta kuru ağırlığı 57.5 kg olarak 26. günün sonunda şifa ile ve vitalleri stabil bir şekilde taburcu edildi.

Plevral Efüzyon



Hastanın hastane başvuru anındaki PAAC grafisinde görülen plevral efüzyon ve atelektazi
Torasentez Seansları Arasında ve Sonrasında PAAC Grafisi



A) 1500 cc gelen sonrası PAAC grafisi B) 3. günün sonunda PAAC grafi ile takibi C) 5. günün sonunda PAAC grafi ile takibi. Hastanın kuru ağırlığı 57.5 kg düşürülmüştür. Bu süreçte hasta hemodiyaliz almaya devam etmektedir. D) Hastanın taburculuk öncesi PAAC grafisi

Torasentez seansları arasında ve sonrasında çekilen PAAC grafipleri

Plevral Sıvı Biyokimya

Adenozin deaminaz, plevra sıvısı	6.7
Protein, plevra sıvısı	30.1
Laktik dehidrogenaz (LDH), plevra sıvısı	164

Glukoz, plevra sıvısı	97
Albümin, plevra sıvısı	20.3

Plevral sıvıdan yapılan biyokimya çalışması

Sonuç: SDBY'de HD replasmanı alan hastalarda sıvı yönetimi çok önemlidir. Kuru ağırlık takibi iyi yapılmadığında hipervolemi gelişir ve KKY uzun süreli hipervoleminin kaçınılmaz sonudur. SDBY ve KKY tanısı alan hastalarda genellikle karşılaşılan plevral efüzyon transüda vasfındadır. Volüm yükünün takibinde altın standart yöntem ağırlık takibidir. Tanı posteroanterior akciğer grafilerinde kostofrenik açıda küntleşme ile konulabilir. Torasentez hem diagnostik hem de terapötik olarak plevral efüzyonun yönetiminde önemlidir. Semptomatik hastalarda seans başına 1500 mL'i geçmeyen drenaj da terapötiktir. Torasentez materyalinden gönderilen biyokimya, kültür ve sitoloji incelenir ve Light kriterlerine göre transüda veya eksüda ayrımı yapılır. SDBY'de mortalitenin en yaygın sebebi kardiyovasküler nedenlerdir ve hipervolemi bunu tetiklemektedir. Bunun sebebi volüm yükünün fazla olmasının sol ventrikül hipertrofisine yol açmasıdır. Bu nedenle SDBY olan hastalarda prognozun gelişmesinde sıvı yönetiminin uygun yapılması önemlidir. Bu olgu sunumunda ardışık HD ve tüp torakostomi kapalı sualtı drenajı ile hipervolemisi gerileyen ve semptomatik rahatlama sağlanan bir SDBY hastası sunuldu. Bu vaka HD alan hastada sıvı yönetiminin önemini vurgulaması açısından değerlidir.

Anahtar Kelimeler: HD , Hipervolemi, KKY, Plevral Effüzyon, SDBY

(OS-8)

Odinofaji ile Prezente Olan Yüksek Dereceli Matür B Hücreli Primer Özofagus Lenfoması

Selçuk Candan¹ , Dilek Keskin² , Özlem Candan² , Alper Uysal¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ABD, Gastroenteroloji BD

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ABD, Hematoloji BD

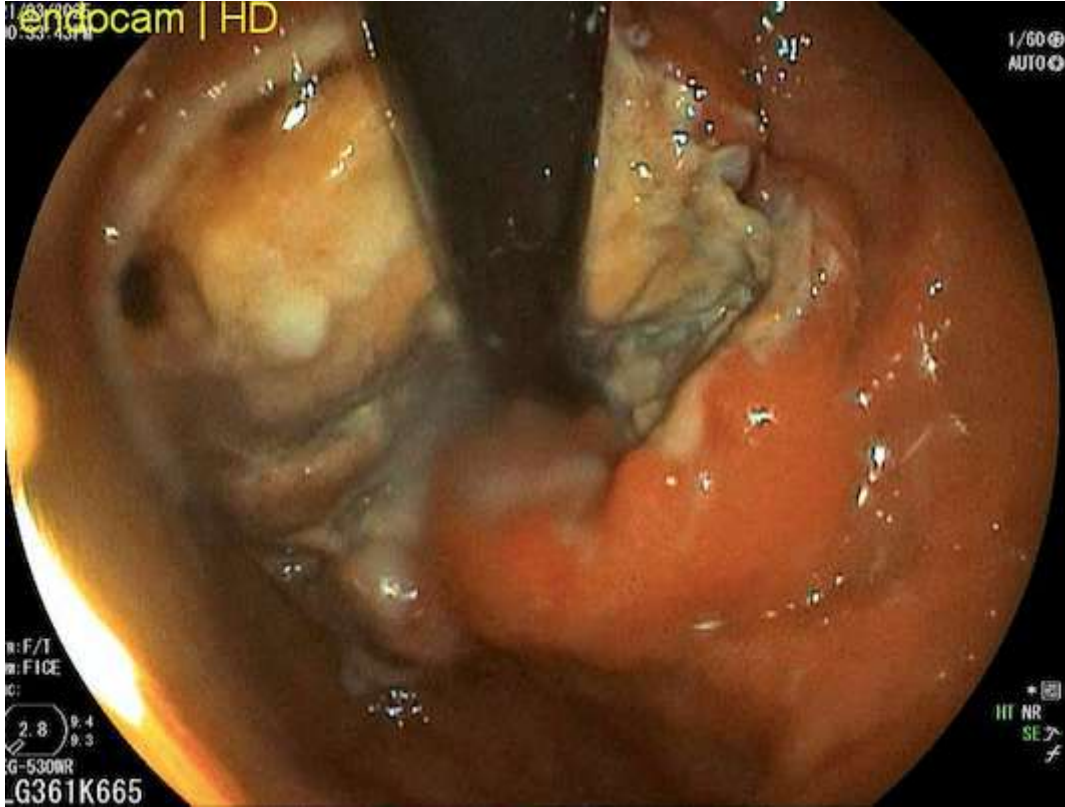
Amaç: Odinofaji, özofagus malignitelerinde görülebilir ve daha ziyade özofagus karsinomu ile ilişkilendirilir. Ancak gastrointestinal sistemin nadir görülen malignitelerinden biri olan primer özofagus lenfoması, benzer klinik ve endoskopik bulgularla prezente olabilir. Gastrointestinal non-Hodgkin lenfomaların yaklaşık %60'ı mide yerleşimlidir; özofagus ise oldukça nadir tutulan bir bölgedir. Endoskopik olarak ülserovejetan kitle şeklinde izlenen lezyonlarda tanı çoğunlukla karsinom yönünde düşünülse de gastroenterologların lenfoproliferatif hastalıkları da ayırıcı tanıya dahil etmesi kritik önemdedir. Bu yazıda, odinofajiyle başvuran, kanama komplikasyonu gelişen primer özofagus yerleşimli agresif bir lenfoma olgusu sunulmaktadır.

Yöntem: Olgu Sunumu: Seksen bir yaşındaki kadın hasta, birkaç haftadır giderek artan yutma güçlüğü ve ağrılı yutma şikayetiyle gastroenteroloji polikliniğine başvurdu. Eşlik eden ateş, kilo kaybı ya da gece terlemesi gibi sistemik semptomları yoktu. Fizik muayenesi doğaldı. Laboratuvar testlerinde hemoglobin: 9.7 g/dL, laktat dehidrogenaz: 441 U/L ve C-reaktif protein: 111 mg/L olarak saptandı. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Üst gastrointestinal endoskopide, özofagusun 30–42. santimetreleri arasında yerleşmiş, fragil, ülserovejetan, lümeni ciddi ölçüde daraltan büyük bir kitle saptandı (Resim 1). Görünüm öncelikle özofagus karsinomunu düşündürdü. Yeterli sayıda ve derinlikte biyopsi örnekleri alındı. İşlem sırasında aktif kanama izlenmedi. Takip sürecinde hastada hematemez gelişti. Yapılan değerlendirmelerde kanamanın endoskopide görülen kitleden kaynaklandığı düşünüldü. Ancak hemodinamik instabilite gelişmeden, kanama spontan olarak durdu. Bu nedenle endoskopik müdahale (enjeksiyon, klips, APC vb.) uygulanmadı. Biyopsi örneklerinin histopatolojik incelemesinde mukozal alt tabakada atipik lenfoid hücre infiltrasyonu izlendi. İmmünohistokimyasal boyamalarda CD20, CD79a, BCL6 (%94–98), MUM1 (%96–98) pozitifliği; MYC (%5–10) ekspresyonu ve yaklaşık %90 düzeyinde Ki-67 proliferasyon indeksi ile yüksek dereceli matür B hücreli non-Hodgkin lenfoma tanısı konuldu. CD10 ve TdT negatifti. Tanıyı takiben yapılan 18F-FDG PET/BT'de özofagustaki kitlenin belirgin hipermetabolik tutulumu (SUVmax: 26,6) izlendi (Resim 2). Ek olarak servikal, torakal, abdominal ve pelvik lenf nodlarında yaygın tutulum; karaciğerde ve vertebral kolon boyunca kemikte tutulum saptandı. Kemik iliği trefin biyopsisinde hastalık tutulumu görülmedi. Hasta Evre IIIE yüksek dereceli matür B hücreli non-Hodgkin

lenfoma olarak değerlendirildi. Büyük ve semptomatik lezyonun primer olarak özofagusta yerleşim göstermesi, PET/BT'de en yüksek FDG tutan bölgenin yine özofagusta olması diğer tutulumların sekonder yayılım olduğunu destekledi. Böylece hasta primer özofagus lenfoması olarak tanımlandı. Ancak tedavi planlandığı sırada gelişen sistemik enfeksiyon (sepsis) nedeniyle hasta kaybedildi.

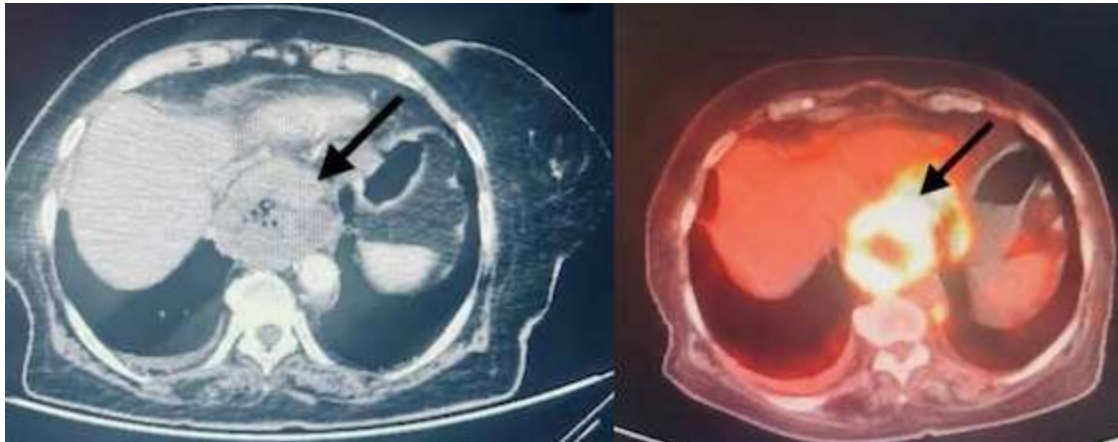
Bulgular: Resim 1, 2

Resim 1



Özofagusta lümeni belirgin daraltan yer yer normal mukozanın korunduğu yer yer ülserovejetan görünümlü kitle görülmektedir.

Resim 2



PET/BT' de özofagusu çepeçevre saran (siyah ok) kitlesel lezyon görülmektedir.

Sonuç: Primer özofagus lenfoması, gastrointestinal sistemin en nadir lenfomalarından biridir. Literatürde, lenfomaların özofagusa yerleşme oranı %1'den azdır. Klinik olarak genellikle disfaji, göğüs ağrısı veya kilo kaybı gibi semptomlarla başvururlar. Endoskopik bulgular ise çoğu zaman özofagus karsinomu ile benzerlik gösterir. Bu nedenle ayırıcı tanı sadece epitel kaynaklı tümörlerle sınırlı kalmamalı, lenfoproliferatif hastalıklar da göz önünde bulundurulmalıdır. Lenfomalar sıklıkla submukozal yerleşim gösterdiği için yüzeysel biyopsiler tanı koydurmayabilir. Bu olguda, dikkatli bir endoskopik değerlendirme ve yeterli derinlikte alınan biyopsiler sayesinde tanı hızlıca konulabilmiştir. PET/BT ile gösterilen metabolik aktivite dağılımı, lezyonun özofagusta primer yerleşimli olduğunu, diğer nodal ve kemik tutulumların sekonder yayılım olduğunu düşündürmektedir. Primer ektranodal yerleşimli lenfomaların çoklu ektranodal tutulum yapabileceği bilinmektedir. Hastamızın çoklu ektranodal tutulumları bununla ilişkilendirilebilir. Takip sürecinde gelişen hematemez, bu tip lezyonlarda nadir görülen ancak klinik önemi büyük bir komplikasyondur. Literatürde gastrointestinal sistem lenfomalarına bağlı kanamalarda endoskopik hemostazın genellikle sınırlı etki sağladığı, mukozal fragilitate nedeniyle perforasyon riski taşıdığı bildirilmiştir. Bu nedenle kanamanın devam ettiği ve hemodinamik bozulmaya yol açtığı durumlarda, cerrahi müdahale veya palyatif radyoterapi tercih edilebilir. Bizim olgumuzda kanama spontan olarak durduğu için müdahale gerekmemiştir; ancak bu klinik seyir her zaman bu kadar elverişli olmayabilir. Hastanın tanı sonrası kısa sürede sistemik enfeksiyon nedeniyle kaybedilmesi, tanı konduktan sonra hematolojik tedaviye geçişin mümkün olan en kısa sürede planlanması gerektiğini göstermektedir. Bu gibi olgular, gastroenteroloji uzmanlarının nadir lenfoma yerleşimlerini tanıyabilme ve multidisipliner yönetim sürecini hızla başlatabilme becerisini vurgulamaktadır. Odisofaji ve disfaji ile başvuran, endoskopik olarak özofagus karsinomu düşündüren kitle lezyonlarında, primer özofagus lenfoması nadir de olsa ayırıcı tanıda mutlaka yer almalıdır. Lenfomalar, endoskopik biyopsiyle tanı alabilen nadir hematolojik malignitelerdir; bu nedenle derin ve çok sayıda örnekleme yapılması tanı şansını artırır. Kanama gibi komplikasyonlarda endoskopik müdahale sınırlı başarı sağlayabileceği için, alternatif yaklaşımlar erken değerlendirilmelidir. Bu olgu hem özofagus lenfomasının nadir prezentasyonuna hem de klinik yönetim zorluklarına dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: disfaji, kanama, odinofaji, primer özofagus lenfoması

(OS-9)

Genetik Olarak Doğrulanmış Herediter Hemorajik Telenjiektazi: Epistaksis ve Demir Replasmanları Arasında Gizlenen Tanı

Büşra Erdoğan¹, **Özlem Candan**², Dilek Keskin²

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ABD

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ABD, Hematoloji BD

Amaç: Herediter hemorajik telenjiektazi (HHT), vasküler gelişim bozukluğu ile karakterize, otozomal dominant geçişli, nadir görülen bir hastalıktır. Hastalık, sıklıkla tekrarlayan epistaksis, mukokutanöz telenjiektaziler ve visseral arteriovenöz malformasyonlar (AVM) ile prezente olur. Tanı çoğu zaman gecikir; özellikle AVM saptanmayan ve yalnızca mukozal belirtilerle başvuran olgularda, semptomlar sıklıkla başka etiyolojilere atfedilebilir. Bu bildiride, uzun yıllar boyunca demir eksikliği anemisi nedeniyle parenteral tedavi almış, ancak HHT tanısı geç konulmuş bir olgu sunulmaktadır. Bu sayede tanının zorlukları, klinik ipuçları ve genetik doğrulamanın önemi vurgulanmaktadır.

Yöntem: Olgu: Elli yaşında kadın hasta, tekrarlayan burun kanamaları (epistaksis), çarpıntı ve halsizlik yakınmaları ile başvurdu. Son 4 yıl içerisinde defalarca parenteral demir (ferrik karboksimaltoz) tedavisi aldığı öğrenildi. Sistemik sorgulamada gastrointestinal sistemde kanama veya melena öyküsü olmamakla birlikte epistaksislerin haftada birkaç kez tekrarladığı belirtildi. Fizik muayenede dudak iç yüzü, dil, damak ve nazal mukozada çok sayıda telenjiektazik lezyon gözlemlendi (Resim 1,2). Hematolojik değerlendirmede hemoglobin: 7.5 g/dL, MCV: 67 fL, ferritin: 3 ng/mL olarak bulundu. Beyaz küre ve trombosit değerleri normal sınırlardaydı. Periferik yaymasında ağır hipokromi, mikrositoz, anizositoz ve poikilositoz olup demir eksikliği anemisi ile uyumluydu. Endoskopik incelemede fundus ve korpus bölgelerinde belirgin mukozal telenjiektazik lezyonlar izlendi; ayrıca duodenal mukozada da benzer görüntüler saptandı. Kolonoskopi normaldi. Toraks BT, abdominal BT ve beyin MRG incelemelerinde visseral AVM'ye dair bulgu saptanmadı. Aile öyküsü dikkatle sorgulandığında; annede akciğer kanamasına bağlı hastane yatışı öyküsü olduğu, dayı ve teyzede ise burun kanamaları ve bilinmeyen nedenli anemiler bulunduğu öğrenildi. Curaçao kriterlerine göre hasta "kesin HHT" olarak değerlendirildi. Genetik incelemede ENG geninde c.917T > C (p.Leu306Pro) heterozigot varyantı saptandı. Bu varyant literatürde daha önce HHT ile ilişkili olarak bildirilen, muhtemelen patojenik bir mutasyondur. Böylece tanı moleküler olarak doğrulanmış HHT olarak kesinleştirildi. Hastaya oral demir tedavisine ek olarak gerektiğinde parenteral replasman planlandı. Epistaksis ataklarını azaltmak amacıyla KBB tarafından lokal lazer tedavisi uygulandı. Aile bireylerinin taranması için genetik danışmanlık verildi.

Bulgular: Resim 1,2.

Resim 1



Oral mukozada ektazik vasküler yapılan görülmektedir.

Resim 2



Oral mukozada ektazik vasküler yapılar görülmektedir.

Sonuç: Herediter hemorajik telenjiektazi, Osler-Weber-Rendu sendromu olarak da bilinir ve en sık mutasyonlar ENG (endoglin), ACVRL1 ve SMAD4 genlerinde görülür. Hastalık penetransı

yüksek, ancak fenotipik spektrumu oldukça değişkendir. Bu nedenle tanı sıklıkla atlanmaktadır veya gecikmektedir. Epistaksis, HHT'nin en yaygın ve genellikle ilk bulgusudur. Ancak, yalnızca demir eksikliği anemisi ile prezente olan olgularda bu yakınmanın sorgulanmaması, tanının gecikmesine neden olabilir. Bu olguda olduğu gibi, gastrointestinal telenjiectaziler de önemli kan kaybı kaynağı olabilir ancak çoğu zaman asemptomatiktir ve endoskopik olarak saptanır. Curaçao kriterleri, HHT tanısında halen klinik standardı oluşturur. Bu kriterler arasında; tekrarlayan epistaksis, mukokutanöz telenjiectaziler, visseral AVM'ler ve pozitif aile öyküsü yer alır. Üç kriterin bulunması "kesin", iki kriterin bulunması ise "olası" HHT tanısı için yeterlidir. Olguda, dört Curaçao kriterinden üçü (epistaksis, mukokutanöz telenjiectazi, aile öyküsü) mevcuttu. Genetik analizle birlikte tanı moleküler düzeyde doğrulanmış ve aile taraması planlanmıştır. Genetik doğrulama sadece kesin tanı açısından değil, asemptomatik aile bireylerinde AVM taraması ve koruyucu önlemler açısından da büyük önem taşır. Özellikle pulmoner veya serebral AVM'ler asemptomatik seyredebilir ve ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Olası HHT ya da kesin HHT olarak değerlendirilmiş ancak mutasyon gösterilememiş hastaların olduğu, bu kişilerin HHT'lerin %15'ine tekabül ettiği ve henüz tanımlanmamış mutasyonlara sahip olduğu düşünülmektedir. Negatif bir genetik test bu yüzden HHT'yi dışlamaz. Sonuç olarak HHT tanısı, özellikle visseral AVM'lerin bulunmadığı olgularda gözden kaçabilir. Uzun süredir demir eksikliği anemisi nedeniyle tedavi gören hastalarda, özellikle epistaksis ve mukozal telenjiectaziler varlığında HHT mutlaka akılda tutulmalıdır. Tanı sürecinde detaylı anamnez, fizik muayene ve genetik testler kritik öneme sahiptir. Curaçao kriterlerinin kullanılması tanısall olabilir. Bu olgu, tanının gecikmemesi adına klinik farkındalığın önemini ve genetik doğrulamanın tanıya katkısını vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: curaçao kriterleri, demir eksikliği anemisi, ENG mutasyonu, epistaksis, herediter hemorajik telenjiectazi

(OS-10)

Persistan Agranülositoz: Lösemi Çıkabilir

Kemal Keser¹, Işıl Erdoğan Özünal², **Dilek Keskin**³

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ABD

²Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları ABD, Hematoloji BD

³Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ABD, Hematoloji BD

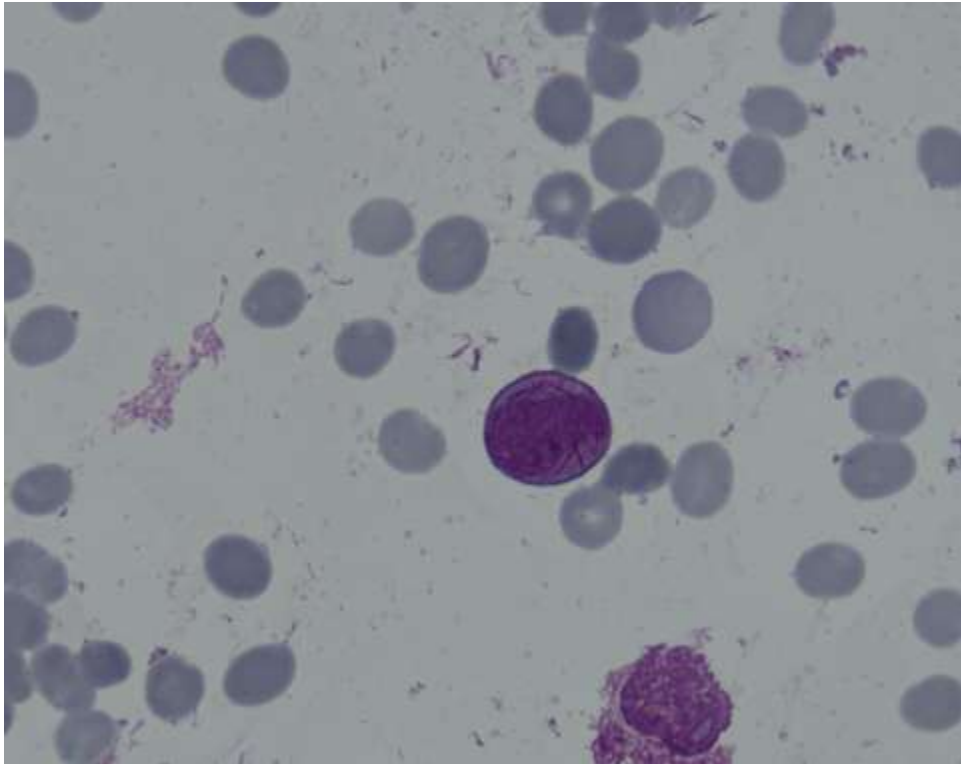
Amaç: Agranülositoz, antitiroid ilaçların yaptığı, herkes tarafından bilinen ve güncel tıp pratiğinde karşılaşılmamasından en çok korkulan yan etkilerden biridir. Nötropeni iyi yönetilmediğinde morbidite ve mortalite sebebi olabilirken, altta başka bir sebebin varlığı durumunda sonuçları daha vahim hale gelebilir. Bu yüzden özellikle sorumlu ilaçların kesilmesine rağmen devam eden nötropenin altındaki sebepleri hızla aydınlatmak gereklidir. Olgumuz öncelikle antitiroid ilaca sekonder nötropeni olarak değerlendirilmiş ancak akabinde akut promyelositik lösemi tanısı almış ve tedavisi yapılmıştır.

Yöntem: Olgu: On dokuz yaşında erkek hasta, Suriye’de Basedow Graves tanısı almıştı ve üç yıldır propiltiourasil tedavisi almaktaydı. Olgu ilk defa Endokrinoloji polikliniğine Haziran 2024 tarihinde başvurdu. İlk muayenesinde bilateral hafif egzoftalmisi ve canlı bakışı mevcuttu. Laboratuvarında serbest T3:21.7 ng/dl, serbest T4:3.87 ng/dl, TSH < 0.01 mIU/L olup primer hipertiroidi ile uyumlu olup tiroid stimulan antikoru kuvvetli pozitif olması üzerine dirençli Basedow Graves vakası olarak kabul edildi. Olgunun kan sayımında lökosit:1680/mm³, nötrofil:430 /mm³ olarak bulundu ve propiltiourasili kesilerek metimazole geçildi. Tiroidektomi olması uygun bulunan olgu öncelikle ötiroid hale getirildi. Kulak Burun Boğaz tarafından sağ lobektomi + isthmektomi yapıldıktan bir gün sonra tetkiklerinde lökosit: 1600/ mm³, nötrofil: 560/mm³, hafif KCFT yüksekliği görüldü ve Dahiliye’ ye danışıldı. Altta yatan nedeni saptamak için tetkikleri gönderildi. Ateşi olmayan olgunun metimazolü kesildi. Taburcu olup Endokrinoloji polikliniğine geldiğinde (operasyondan yaklaşık 1 ay sonra) halen hipertiroidik olduğu ve metimazol kesilmesine rağmen devam eden nötropeni tablosuna trombositopeninin de eklendiği görüldü. İlk defa nötropenin tespitinden 10 hafta sonra Hematoloji’ye danışılan olgu poliklinikte görüldüğünde ateşi, sol tonsilomegali ve aynı servikal lojda ağrılı lenf nodları tespit edilerek febril nötropeni ön tanısıyla yatırıldı. Periferik yaymasında granüllü blastların görülmesi ve pansitopeni tablosunun derinleşmesi üzerine periferik kandan RT-PCR t (15;17) gönderildi. Febril nötropeni gibi davranılarak gerekli mikrobiyolojik incelemeler alındıktan sonra piperasilin- tazobaktam antibiyoterapisi başlandı. Akut promiyelositik lösemi ön tanısı ile izlenen olgunun kanama ya da tromboz sorunu olmayıp hemostaz testlerinde de dissemine intravasküler koagülopati görünümü saptanmadı. Kemik iliği aspirasyonu ve trefin biyopsisi yapıldı, yaymalarda bolca Auer rod içeren

atipik promiyelositler ve Faggot hücreleri görüldü (Resim1,2). Flow sitometrik analizde HLA DR negatif, CD34 negatif, CD15 pozitif blastlar ile APL ön tanısı konuldu. Olgu ileri tetkiki ve tedavisi için başka bir hastaneye nakledildi. Moleküler incelemelerinde FISH ile %95 oranında t(15;17) pozitif, RT-PCR t(15;17) PML/RARA füzyon transkripti % 17 oranında saptandı. Olgu düşük riskli bir APL olup indüksiyon rejimi olarak 45 mg/m² bölünmüş dozda D1-36 all trans retinoik asit (ATRA) ve 0,15 mg/kg dozdan D9-36 arsenik trioksit (ATO) aldı. Miyozit tablosu şeklinde ATRA diferansiasyon sendromu gelişti. İndüksiyon rejimi alırken tromboflebit olup staphylococcus aureus etmenli septik artrit oldu. Cerrahi debridman sonrası 6 hafta daptomisin tedavisi verilerek taburcu edildi. İndüksiyon rejimi sonrası RT-PCR t(15;17) negatifleşti ve moleküler remisyon elde edildi. Konsolidasyon rejimi olarak kombine ATRA ve ATO' ya devam edilerek tamamlandı. Şu an idame tedavi olarak ATRA, metotreksat ve 6-merkaptopürin alan olgu hala moleküler remisyonunu korumaktadır.

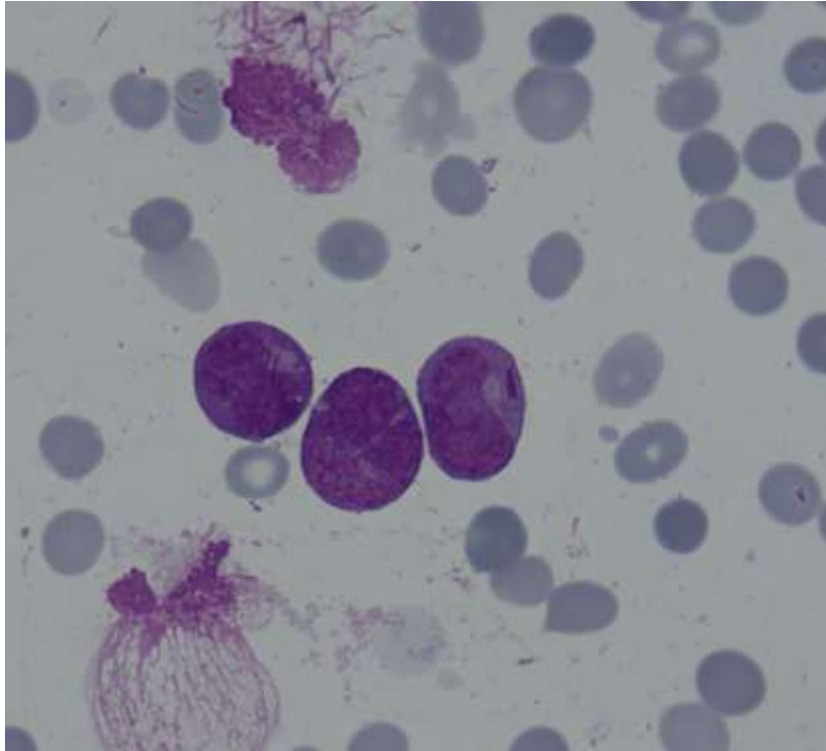
Bulgular: Resim 1,2

Resim 1



Kemik iliğinde Faggot hücresi görülmektedir. x100 büyütme, Romanowsky boyaması

Resim 2



Kemik iliğinde granüllü blastlar ve Auer rodları bulunan atipik promyelositler seçilmektedir.

x100 büyütme, Romanowsky boyaması

Sonuç: Agranülositoz yapabilecek ilaçların reçete edilmesi; gelişen yan etkinin yönetiminin zorluğu, yatak ihtiyacı doğurması ve yan etkinin kalıcı olması nedenleriyle hekimlerin zor kararlarından biridir. Ancak bazen sebep sadece ilacın kendisi olmayabilir. Graves olup antitiroid ilaç alanların %0,2- 0,5' inde agranülositoz görülebileceği tahmin edilmektedir. Bazen direkt sitotoksikite ile bazen de immun reaksiyonu ile gelişebilir. Antitiroid ilacın agranülositozdan sorumlu olup olmadığının anlaşılabilmesi için birtakım öneriler mevcuttur. Aşağıdaki üç kriterin sağlanması ile sorumlu ilan edilebilir.1) Tedavi esnasında veya aynı ilaca daha önce maruz kalındıktan sonraki 7 gün içinde agranülositoz başlangıcı ve ilacın kesilmesinden sonraki 1 ay içinde mutlak nötrofil sayısının $> 1500/\text{mm}^3$ ile tamamen iyileşme, (2) Sorumlu ilaca tekrar maruz kalındığında agranülositozun tekrarlaması (yüksek ölüm riski nedeniyle nadiren görülür, hekimler bu yolu çoğu kez seçmezler), (3) Dışlama kriterleri: doğuştan nötropeni veya immün nötropeni öyküsü; yakın zamanda geçirilmiş bulaşıcı hastalık (özellikle yakın zamanda geçirilmiş viral enfeksiyon); yakın zamanda kemoterapi, radyoterapi veya immünoterapi; ve altta yatan hematolojik hastalık olmaması. Bir diğer önemli kavram ise etnik nötropenide olduğu gibi mutlak nötrofil sayısı $< 1000/\text{mm}^3$ 'ün normal olabileceğidir. Olgumuz bu kriterlere tam olarak uymamaktadır. Bu yüzden aslında ileri tetkikin beklenmeden yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Opere edilirken de orta-ağır şiddette nötropenik olup septik komplikasyon yaşanmaması lehine olmuştur. Öncelikle antitiroid ilaçların kesilmesi böyle durumlarda ilk yapılacak manevra olup bir yandan diğer sorumlu etmenlerin araştırılması gereklidir. Operasyon

sonrası nötropeni sebebiyle Dahiliye konsültasyonu yapılmış ve 19 yaşında olduğundan toksoplazma, CMV, parvovirüs, hepatit ve HIV serolojisi görülerek negatif olduğu saptanmıştı. Otoimmün hastalık geçmişi nedeniyle istenen ANA ve ANCA serolojileri de negatifti. Periferik yayması o zaman değerlendirilmiş ancak patolojik bir bulgu olmadığı belirtilmişti. Akut promyelositik lösemi son derece nadir, iyi prognozu olan akut myeloid lösemilerdendir. Alfa trans retinoik asit tedavisiyle tedavi şansı son derece yüksektir ve kür şansı elde edilmektedir. Olgunun tüm bu süreçte hayatı tehdit eden bir komplikasyon yaşamaması düşük riskli bir APL olmasından kaynaklanabilir.

Anahtar Kelimeler: agranülosito , akut promiyelositik lösemi, metimazol, propiltiourasil

(OS-11)

Periton Diyalizine Bağlı Üremik Kardiyak Tamponad: Nadir Bir Olgu Sunumu

Tuncay Atas¹, Güleren Yartaş Dumanlı¹, Işıl Bavunoğlu¹, Güniz Köksal¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD

Amaç: Kardiyak tamponad, perikardiyal boşlukta sıvı birikimine bağlı olarak intraperikardiyal basıncın artması, kalp boşluklarının dolumunun engellenmesi ve sonuç olarak düşük kardiyak output ile karakterizedir. Bu tablo, acil tanı ve tedavi gerektiren obstrüktif şok nedenlerinden biridir [1]. Perikardiyal sıvının birikim hızı ve miktarı klinik belirti ve bulguları belirler. Yavaş gelişen perikardiyal efüzyonlar daha geç belirti verirken, hızlı gelişenler daha dramatik tablolara yol açabilir. Etiyolojik nedenler arasında maligniteler (özellikle akciğer, meme, hematolojik), enfeksiyonlar (tüberküloz başta olmak üzere bakteriyel nedenler), travma, aort diseksiyonu, otoimmün hastalıklar ve renal yetmezlik öne çıkmaktadır. Üremik perikardit ve buna bağlı tamponad, diyaliz yeterliliği sağlanamayan kronik böbrek yetmezlikli hastalarda nadiren görülen ancak ölümcül olabilen bir durumdur [2,3].

Yöntem: Olgu Sunumu 54 yaşında erkek hasta, acil servise nefes darlığı, halsizlik, göğüs ve sırt ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Şikayetlerin bir gün önce başladığı, giderek arttığı bildirildi. Özgeçmişinde koroner arter hastalığı (2019 perkütan girişim, 2023 miyokard infarktüsü ve stent), hipertansiyon, diabetes mellitus, son dönem böbrek yetmezliği (son 3 aydır periton diyalizi), periferik arter hastalığı, serebrovasküler hastalık, renal hücreli karsinom nedeniyle sağ nefrektomi öyküsü mevcut. Fizik muayenede şuur açık, koopere ve oryante, TA: 70/40 mmHg (sağ), 75/40 mmHg (sol) Nabız: 105/dakika (sinüs taşikardisi) SpO₂: %98, sol juguler venöz dolgunluk, kalp sesleri derinden işitiliyor, batın rahat ve periton diyaliz katateri mevcuttu. Acil serviste sıvı resüsitasyonu uygulanmasına rağmen sebat eden hipotansiyonu nedeniyle noradrenalin infüzyonu başlanan hasta şok ön tanısıyla yoğun bakıma alındı. Yoğun bakım yatışının birinci saatinde ani kardiyak arrest gelişen hastaya 3 dakika kardiyopulmoner resüsitasyon ile spontan dolaşımı sağlandı. Yatak başı yapılan ekokardiyografide belirgin perikardiyal efüzyon (yaklaşık 25 mm, kalbin tüm duvarlarını çevrelemiş) izlendi. Obstrüktif şok düşünülen hastaya acil perikardiyosentez ile 700 cc hemorajik sıvı boşaltıldı. Kısa sürede sıvının tekrar birikmesi üzerine kalp damar cerrahisi tarafından acil operasyona alındı, sağ ventrikül primer onarımı ve perikardiyal pencere açılması operasyonu yapıldı. Postoperatif dönemde 3. Gününde hemodinamik ve solunumsal stabilizasyonu sağlanan hasta ekstübe edildi. 7 günlük yoğun bakım takibi sonrası genel durumu düzelen hasta dahiliye servisine devredildi. Serviste yapılan transtorasik ekokardiyografide: sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu: %50, orta düzeyde mitral, aort ve triküspid yetmezlik, sağ ventrikül / sol ventrikül çap oranı < 1, sol ventrikül

lateralinde 3 mm, bası yapmayan perikardiyal efüzyon saptandı. Hasta haftada 3 gün konvansiyonel hemodiyaliz seansına alındı. Periton diyaliz solüsyonu, ultrafiltrasyon kapasitesi daha yüksek bir formülasyon ile değiştirildi. Klinik iyileşme sonrası, periton diyalizine devam edilmek üzere taburcu edildi.

Bulgular: TartışmaKardiyak tamponad, hızlı tanı ve tedavi gerektiren bir kardiyak acildir. Üremik perikardit, özellikle yeterli diyaliz uygulanmayan hastalarda gelişebilir ve tamponadla komplike olabilir. Üremik perikardit genellikle aseptiktir; bu nedenle sıvı karakteri eksuda şeklindedir, ancak sekonder enfeksiyon eklenebilir [4].Periton diyalizinin yetersizliği; volüm yükü, metabolit birikimi ve inflamatuvar yanıtı artırarak perikardiyal inflamasyona yol açabilir [5]. Bu olguda, perikardiyosentez sonrası hızlı sıvı yeniden birikimi ve cerrahi gereksinim olması, klinik ciddiyetin göstergesidir.Ekokardiyografi, hem tanı hem de takipte vazgeçilmezdir. Tanı anında kardiyak tamponad için klasik üçlü bulgu (Beck triadı: hipotansiyon, juguler venöz dolgunluk, kalp seslerinin boğukluğu) her zaman görülmeyebilir. Bu nedenle hemodinamik instabil hastalarda yüksek klinik şüphe ve acil ekokardiyografi gereklidir [6].

Sonuç: Periton diyalizi uygulanan hastalarda kardiyak tamponad, nadir ancak ciddi bir komplikasyondur. Diyaliz yeterliliği düzenli olarak izlenmeli; üremik belirti ve bulgular ortaya çıktığında, perikardiyal efüzyon açısından dikkatli olunmalıdır. Erken tanı, uygun müdahale ve destek tedavisi ile mortalite önemli ölçüde azaltılabilir.Kaynaklar1.Spodick DH. Acute cardiac tamponade. N Engl J Med. 2003;349(7):684–690.2.Rostand SG, Rutsky EA. Pericarditis in end-stage renal disease. Cardiol Clin. 1990;8(4):701–709.3.National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guidelines for Cardiovascular Disease in Dialysis Patients. Am J Kidney Dis. 2005;45(4 Suppl 3):S1–153.4.Rubin J, Almendral AC, Koo M. Uremic pericarditis: Clinical features and management. J Am Soc Nephrol. 2011;22(8):1356–1362.5.Nakayama M, et al. Pericardial effusion and cardiac tamponade in peritoneal dialysis patients: a case report and review of the literature. Renal Replacement Therapy. 2019;5:55.6.Tsang TS, Freeman WK, Sinak LJ, et al. Echocardiography in cardiac tamponade. Clin Cardiol. 1992;15(4):264–268.

Anahtar Kelimeler: Kardiyak tamponad, obstrüktif şok, perikardiyosentez, periton diyalizi, üremik perikardit

POSTER SUNUMLAR

(PS-1)

Dalak enfarktı ile tanı alan primer antifosfolipid antikor sendromu: nadir bir olgu

Eda Nur Duran¹ , Sezin Turan² , Dilek Keskin³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji, İstanbul

Amac: Antifosfolipid antikor sendromu (APS), arteriyel veya venöz trombozlar ve/veya obstetrik komplikasyonlarla seyreden, antifosfolipid antikorlarının varlığı ile karakterize otoimmün edinsel bir trombofili tablosudur. Dalak enfarktüsü, APS'nin nadir ciddi bir komplikasyonudur. Bu bildiride, izole dalak enfarktüsü sonrasında primer APS tanısı alan 70 yaşındaki kadın hasta sunulmuştur.

Yöntem: Olgu: Özgeçmişinde epilepsi tanısı bulunan 70 yaşında kadın hasta, sol üst kadranda ağrısı şikâyetiyle acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde sadece sol üst kadranda hassasiyet tespit edildi. Özgeçmişinde haftası bilinmeyen bir abortu olduğu öğrenildi. Laboratuvar tetkiklerinde C-reaktif protein (CRP) düzeyi artmıştı. Kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografide dalak parankiminde periferik yerleşimli wedge tarzda hipodens alanlar enfarkt olarak değerlendirildi (Resim 1). Portal ven doppler incelemesinde tromboze yapılar görülmedi. Ekokardiyografide, enfarktüse yol açabilecek trombüs ya da vejetasyon izlenmedi. Antikardiyolipin IgM (29.38 U/mL) ve anti-β2 glikoprotein IgG (51.91 RU/mL) düzeyleri yüksek bulunarak pozitif saptandı. Ayrıca lupus antikoagülan tarama testi de pozitif. Sekonder neden gösterilemeyen hastada, trombofili paneli ve otoimmün taramalar sonucu primer antifosfolipid antikor sendromu (APS) tanısı konuldu. Tedavi sürecinde asetilsalisilat başlanan hasta klinik bulguların gerilemesi üzerine taburcu edildi. Takibinde CRP düzeyi normale inen hastada trombositopeni gelişmedi.

Bulgular: Resim 1



Sonuç: Antifosfolipid antikor sendromu (APS), venöz ve arteriyel trombozlara neden olabilen bir otoimmün hastalıktır. Çoğunlukla obstetrik, santral sinir sistemi ve derin venöz sistem komplikasyonlarıyla ilişkilendirilse de, visseral enfarktlar literatürde tanımlanmıştır. Bu tutulumlar genellikle özgül olmayan semptomlarla seyrettiğinden tanı gecikebilmektedir. Dalak enfarktüsü, antifosfolipid sendromunda nadiren karşılaşılan klinik tablolardan biridir. Bu olguda, herhangi bir sistemik belirti ya da eşlik eden trombotik tablo olmaksızın izole splenik tutulum saptanmış ve primer APS tanısı ile ilişkilendirilmiştir. Olgumuzda, APS'nin yalnızca dalak enfarktüsü ile prezente olabileceğini ve benzer tablolarla başvuran hastalarda altta yatan sistemik nedenlerin göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir. Sonuç olarak, viseral enfarktlarda APS akla gelmeli ve araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler : Antifosfolipid sendromu, arteriyel tromboz, dalak enfarktüsü, lupus antikoagülanı

(PS-2)

AL Amiloidoz Tedavisi Alan Hastada Baş Ağrısı Şikayeti Üzerine Tanı Konulan Prolaktinoma: Olgu Sunumu

Dilek Keskin¹, Hasan Mutlu²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

Amaç: Sistemik AL (immünoglobulin hafif zincir) amiloidoz, monoklonal plazma hücre klonunun ürettiği anormal hafif zincirlerin dokularda amiloid fibril birikimi oluşturmasıyla karakterize nadir bir hastalıktır. Klinik tablo, genellikle kalp, böbrek, sinir sistemi ve karaciğer tutulumuna bağlıdır. Kardiyak ve renal tutulum prognoz üzerinde belirleyicidir. AL amiloidoz, plazma hücre diskrazilerinin yaklaşık %10-15'inde görülür ve sıklıkla multiple miyelomdan bağımsız olarak gelişir. Prolaktinoma hipofiz adenomu kaynaklı en sık endokrin tümördür ve tüm hipofiz adenomlarının yaklaşık %40'ını oluşturur. Klinik tabloda amenore, galaktore, infertilite gibi endokrinolojik bulgular yanı sıra baş ağrısı ve görme alanı kaybı gibi nörolojik belirtiler ön plandadır. AL amiloidoz ve prolaktinomanın birlikteliği oldukça nadirdir. Her iki hastalık da farklı patofizyolojik mekanizmalarla seyretmesine rağmen, AL amiloidozda endokrin bezlerde amiloid infiltrasyonu görülebilir ve bu durum hipofiz fonksiyonunu dolaylı olarak etkileyebilir. Literatürde AL amiloidozlu bir hastada yeni tanı konulan prolaktinoma olgusu son derece az bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda AL amiloidoz tedavisi alan 71 yaşında bir kadın hastada baş ağrısı şikayeti üzerine yapılan görüntüleme ve laboratuvar incelemeleri sonucunda prolaktinoma tanısı konulan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Yöntem: 71 yaşında kadın hasta yaklaşık 9 aydır Hematoloji bölümü tarafından takip edilmekteydi. İlk klinik prezentasyonu multipl miyelom düşündüren hastaya bilgisayarlı tomografi/ PET-BT incelemelerinde herhangi bir tutulum alanı izlenmemesi ve kemik iliği biyopsisinde Kongo Red ile boyanma görülmesi üzerine primer (AL) amiloidoz tanısı konulmuştu. 6 ay daratumumab, bortezomib, siklofosfamid ve deksametazon (VCD) içeren kemoterapi protokolüne hematolojik yanıt göstermiş olan hastanın rutin poliklinik kontrolü sırasında yeni gelişen baş ağrısı şikayeti olduğu saptandı.

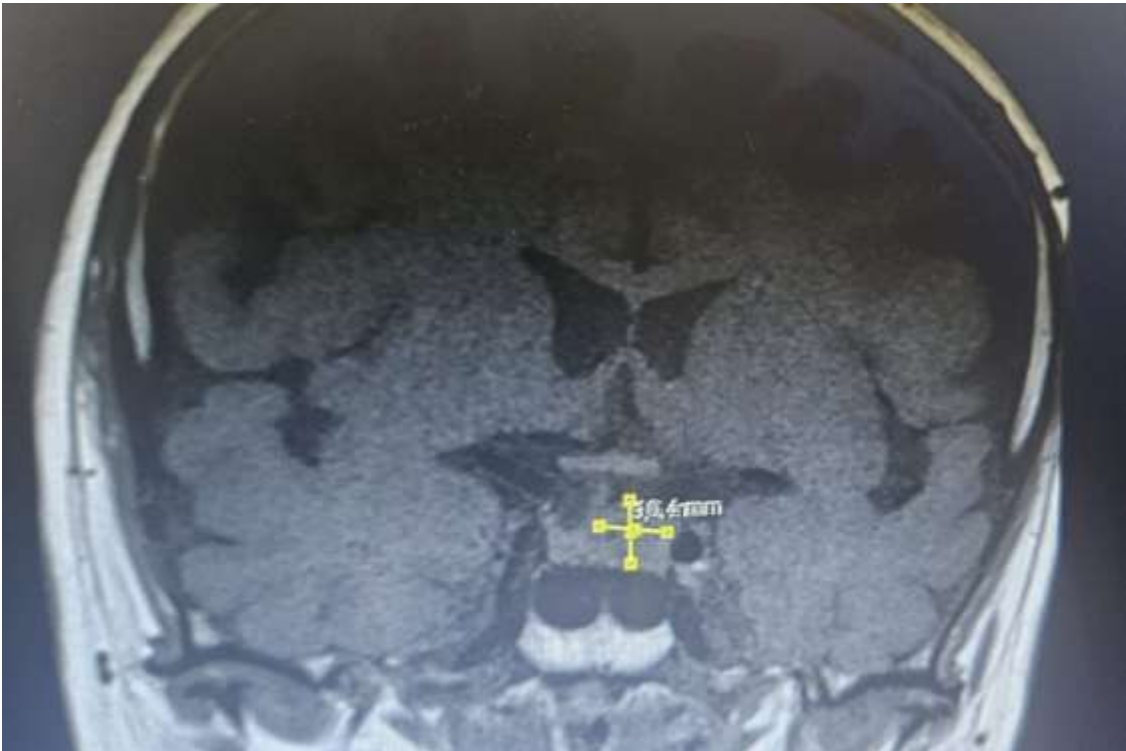
Bulgular: Fizik muayenede genel durumu orta, koopere oryante, vitalleri stabil izlenen hastanın solunum sesleri doğaldı, organomegali bulgusu yoktu, nörolojik muayenesinde patoloji izlenmemekteydi. Tetkiklerinde böbrek fonksiyon testleri bazaliyle uyumlu izlenen (evre 2-3 KBH) hastanın hemogram ve diğer biyokimyasal tetkiklerinde belirgin bir patoloji saptanmadı.

Hastalık aktivasyonuna yönelik herhangi bir bulgusu olmayan hastanın yapılan kontrastsız kraniyal manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde yaklaşık 9 mm X 9 mm boyutlarında mikroadenomla uyumlu görünüm izlenmesi üzerine (Figür 1 ve 2) hastanın ön hipofiz hormon tetkikleri ve oftalmolojik incelemesi planlandı. Görme alanı muayenesinde patoloji izlenmeyen hastanın prolaktin düzeyleri 1570 ug/mL saptandı. Diğer hormon tetkiklerinde patoloji izlenmeyen hasta Endokrinoloji bölümüne yönlendirildi.

Figür 1: Hastada izlenen prolaktinomanın sagittal kesitteki görüntüsü



Figür 2: Hastada izlenen prolaktinomanın koronal kesitteki görüntüsü



Sonuç: Primer amiloidozda endokrin bezlerde amiloid infiltrasyonu bildirilmiş olmasına rağmen nadiren endokrin disfonksiyona neden olmaktadır. En sık olarak tiroid bezi tutulmakla beraber pankreas, pitüiter bez, adrenal bezler ve testislerde amiloid birikimi görülebilmektedir. Ancak primer amiloidoz vakalarında prolaktinoma çok nadir olarak bildirilmiştir. Bizim olgumuzda da AL amiloidoz tedavisi görmekte olan bir yaşlı kadın hastada yeni gelişen baş ağrısının altta yatan prolaktinoma tanısına götürmesi dikkat çekicidir. Geriyatrik popülasyonda prolaktinomaların daha az sıklıkla hormon salgılayıcı özellikler gösterdiği ve daha sık olarak non-fonksiyone olduğu bilinmektedir. Normalde hastamızdaki kadar yüksek prolaktin düzeylerinin makroadenomlarda görülmesi beklenir. Bununla ilişkili olarak hastamızın tedavisinde kullanılan deksametazonun hipotalamo-hipofizier aks üzerindeki baskılayıcı etkisi ve anti-ödem etkileri nedeniyle prolaktin düzeylerini ve adenomu süprese etmiş olması; tedavinin bitmesini takiben de rebound yükseklik gelişmiş olması yorumu yapılabilir. Olgumuz AL amiloidozlu hastalarda baş ağrısı gibi yeni gelişen şikayetlerin göz ardı edilmemesi gerektiğini ve farklı etyolojilerden kaynaklı endokrin tümörlerin sistemik hastalıklarla birlikte görülebileceğini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: hematoloji, primer amiloidoz, prolaktinoma

(PS-3)

Kronik Lenfositik Lösemi ve Primer Myelofibroz Beraberliği Gösteren Bir Olgu

Zeynep Kara¹ , **Dilek Keskin**²

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi , İç Hastalıkları ABD

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi , İç Hastalıkları ABD, Hematoloji BD

Amaç: Kronik lenfositik lösemi (KLL), yaşlı bireylerde en sık görülen lösemi türlerinden biridir. Primer myelofibroz (PMF) ise bir myeloproliferatif neoplazm olup, kemik iliğinde fibrozis ve anormal hematopoez ile karakterizedir. Kronik lenfositik lösemi ve PMF birlikteliği oldukça nadirdir ve klinik yönetimde zorluk yaratabilir. Bu bildiride KLL tanısıyla izlenen bir hastanın izleminde tespit edilen PMF beraberliği sunulmaktadır.

Yöntem: Olgu Sunumu: 2019 yılından beri prostatizm şikayetleri bulunan, görüntülemelerinde prostat boyutunun artması ve prostat spesifik antijen seviyesinin yükselmesi nedeniyle 65 yaşında erkek olguya prostat biyopsisi yapılarak SLL (küçük lenfositik lenfoma) infiltrasyonu saptanmıştı. Bunun üzerine ilk defa 2021’ de Hematoloji polikliniğine refere edildi. Bilinen hipertansiyonu ve atriyal fibrilasyonu olup rivaroksaban, bisoprolol, telmisartan tedavileri almaktaydı. Fizik muayanesinde kot altı 3 cm splenomegali, servikal 1-2 cm ağrısız mobil lenf nodları saptandı. Kan sayımında lenfositik lökositoz (lökosit: 18.900/mm³, lenfosit: 9700/mm³), hafif anemi (hemogloblin: 12.1 gr/dl), hafif trombositoz (trombosit: 478. 000/mm³) dışında bulgu olmayıp periferik yaymasında sepet hücreleri, olgun küçük lenfositler ve göz yaşı hücreleri mevcuttu. Modifiye Rai evre 2 KLL tanısı konularak hasta tedavisiz izleme alındı. Takibinde lökositozun hemen hemen aynı kaldığı, ancak trombositozun ve aneminin belirginleştiği, hafif eozinofilinin ve bazofilinin geliştiği farkedildi. Kan sayımı Tablo 1’ de özetlenmiştir. Muayenesinde dalak kot altı 7 cm olup gelişine göre 4 cm büyümüşü. Zaman zaman kemik ağrıların olduğunu ve halsizleştiğini söyledi. Periferik yayması kontrol edildiğinde olgun lenfosit hücrelerinden zengin, basket hücrelerinin yanı sıra myeloid öncül, göz yaşı hücreleri ve kan sayımı ile uyumlu eozinofili, hafif bazofili olduğu görüldü. Açıklayacak ek bir hastalık ya da allerjik durum olmadığı görülerek t (9;22) RT- PCR ve JAK2V617F mutasyonu istendi. JAK2V617F % 0.02 olup çok düşük allel yükü vardı. Klinik tabloyu açıklayamayacağı düşünülerek CALR ve MPL istendi. CALR mutasyonu pozitif olup PMF ön tanısı ile kemik iliği aspirasyonu ve trefin biyopsisi yapıldı. Kemik iliğinde KLL infiltrasyonu ile birlikte MF3 düzeyinde fibrozis gözlemlendi. Kemik iliği hücreliliği artmış olup %70-80’di. Lenfosit oranı %60-70, blast oranı %1-2, plazma hücre oranı %5-10 olarak sayıldı. Miyeloid/ eritroid oranı 3-4/1 olarak bulundu. Granülopoez ve eritropoez serilerinde hiperplazi ve normal maturasyon, megakaryosit serisinde atipi saptandı. Bu bulgular ışığında olgu CALR pozitif PMF tanısı da aldı. Kardiyovasküler riski, yaşı hesaba katılarak

hidroksiüre tedavisi ile sitoredüksiyona başlandı. Fakat anemisi derinleşti. Bu yüzden ruksolitinin 40 mg/gün iki eşit dozda verilmeye başlandı. Tedavi başlangıcından 2 ay sonra olgunun lökositozunda belirgin artış olup kan sayımında ve yaymada bu artışın lenfosit artışı olduğu görüldü. Dalağı infiltre eden KLL hücrelerinin ruksolitinin etkisiyle dalak küçüldükçe periferik dolaşıma katıldıkları düşünüldü. Tedavi başında 17.300/mm³ olan lökosit 113.000/mm³ oldu. Kısa süreli steroid tedavisi eklendi ve kontrolü sağlandı. Bu süre içinde olgunun tedavisi kesilmedi. Semptomatik stabilizasyon sağlanarak dalağı küçülmeye başladı. Hemogloblin düzeyi 10.2 gr/dl olup hastaya kan transfüzyonu yapılmasına gerek olmadı. Trombosit sayısı normal aralıkta izlendi. Son muayenesinde dalak boyutu kot altında 3-4 cm olup Hematoloji polikliniğine başvuru noktasına erişti. Henüz KLL tedavisi için endikasyon gelişmedi.

Bulgular: Tablo 1.

Tablo 1

Lökosit (mm ³)	23.000
Nötrofil (mm ³)	8.980
Lenfosit (mm ³)	10.450
Eozinofil (mm ³)	2.100
Bazofil (mm ³)	300
Hemogloblin (gr/dl)	10.2
Trombosit (mm ³)	764.000

Olgunun PMF tanısı konulduğundaki kan sayımı bulguları sunulmaktadır.

Sonuç: Kronik lenfositik lösemi ile PMF birlikteliği oldukça nadirdir. Genellikle KLL'nin kronik seyri sırasında başka bir hematolojik malignitenin gelişmesi nadiren rapor edilmiştir. CALR mutasyonu; JAK2 negatif PMF olgularının bulunduğu farklı serilerde % 25-75 oranında hastalığın driver mutasyonundan sorumlu olduğu bildirilmektedir. Diğer driver mutasyonlara göre kemik iliğinde retikülin fibrozis gelişimine daha fazla, daha hızlı katkıda bulunmaktadır. Olgumuzda her iki tablonun benzer muayene bulguları verebilmesi nedeniyle ilk gelişinde PMF yakalanamamıştır. Klinik bulguların, laboratuvarın ve periferik yayma bulgularının iyi anlaşılması olgunun 2. hematolojik neoplazisinin tespitinde yol gösterici olmuştur. Doku infiltrasyonu ile tanı alan, daha evvel asemptomatik yaşayan KLL olgusunun, dalak infiltrasyonundan da sorumlu olduğu öncelikle düşünülmüştür. Geriye doğru bakıldığında serum laktat dehidrogenaz düzeyinin hafif artmış olması, ilk periferik yayma değerlendirmesinde göz yaşı hücrelerinin olması, kan sayımında hafif trombositozun bulunması aslında altta diğer hastalığın olduğunun sinyallerini

vermektedir. Kronik lenfositik lösemi tanısı için kemik iliği örneklemesine gerek olmaması ve zaten prostat biyopsisinde SLL halinde tanılanması PMF tanısını geciktirmiştir. Periferik kan akış sitometrisinde kappa klonal, CD5, CD20, CD23 pozitif B hücrelerinin gösterilmesi KLL tanısını netleştirmiştir. Ancak her bulgunun analiz edilmesi önem arz etmektedir. Tedavide kullanılan ruksolitinib ile dalağın küçülmeye başlaması ve ardından lenfositik lökositozun belirginleşmesi klinik seyri renklendirmiştir. Neyse ki belirgin bir soruna yol açmadan yönetilebilmiştir. Ruksolitinib, JAK2 inhibitörü olup JAK2V617F mutasyonu pozitif PMF’ de daha etkili olmaktadır. CALR pozitif bir PMF olgusu olmasına rağmen dalağın küçülmesi ve konstitüsyonel semptomların kaybolması etkili olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca literatürde JAK2V617F mutasyonu olmayan PMF olgularında da etkili olduğuna dair veriler mevcuttur. Olguda KLL klonunun PMF klonunu bastırarak düşük JAK2V617F alleli saptanmasına yol açması da mümkündür. Gerçek allel yükünü şu haliyle saptamak ve bunu aydınlatmak zor olacaktır. Ancak NGS (next-generation sequencing) ile doğru veriye ulaşmak mümkündür. Belki de daha yüksek bir JAK2V617F allel yükü mevcuttu ve ruksolitinibten bu yüzden fayda gördü. Sonuç olarak; KLL % 80 oranında tedavi edilmeksizin izlenen benign bir neoplazi olup zaman içinde hızlı kötüleşen klinik ve laboratuvar bulguları KLL ile ilişkilendirirken, eleştirel ve analitik düşünceden kopmadan olguları yönetmek akılcı olacaktır. Olgumuz CALR pozitif bir PMF olmasına rağmen ruksolitinibten fayda görmesi gerçek yaşam verisi sunarak güncel pratiğe fayda sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: CALR, JAK2V617F, KLL, PMF, Ruksolitinib

(PS-5)

Metilen Mavisinin Septik Şokta Yeri

Burcu Sağlamer¹, Güleren Yurttaş Dumanlı¹, Işıl Bavunoğlu¹, Güniz Köksal²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı

Amaç: Septik şok, bakteriyel, viral veya fungal mikroorganizmaların neden olduğu enfeksiyonlara karşı gelişen aşırı immün yanıt sonucu, doku perfüzyonunun sağlanması için sıvı replasmanına ve vazopressör desteğine ihtiyaç duyulan klinik bir tablodur. Organ disfonksiyonu ile seyreden bu durum, tüm dünyada hastane içi mortalitenin başlıca nedenlerinden biridir. Tedavide temel hedefler; erken ve uygun antimikrobiyal tedavi, enfeksiyon kaynağının kontrolü ve doku perfüzyonunun sürdürülmesini amaçlayan sıvı resüsitasyonu ve vazopressör uygulamalarıdır. Ancak uzun süreli ve yüksek dozda kullanılan vazoaktif ajanlar taşiaritmi, miyokardiyal disfonksiyon ve periferik iskemi gibi ciddi yan etkilerle ilişkilidir. Bu nedenle, özellikle refrakter septik şok olgularında, hemodinamik desteği artırabilecek alternatif tedavi ajanlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Metilen mavisini, endotelial ve indüklenabilir nitrik oksit sentaz (NOS) enzimlerinin inhibisyonu yoluyla vasküler tonusu geri kazandırabilir. Bu etkisi sayesinde vazodilatasyona bağlı hipotansiyonu azaltarak septik şok yönetiminde yardımcı bir ajan olarak değerlendirilmektedir.

Yöntem: Septik şok, akut inflamatuvar yanıtla ilgili olarak salınan TNF- α , IL-1 ve IL-6 gibi sitokinlerin oluşturduğu proinflamatuvar süreçlerin, antiinflamatuvar mekanizmalarla denge kuramaması sonucunda gelişmektedir. Bu süreçte endotelial bütünlük bozulur, vasküler permeabilite artar ve yaygın vazodilatasyon ortaya çıkar. Patofizyolojide nitrik oksit (NO) önemli bir rol oynamaktadır. Solubl guanilat siklaz (sGC) içindeki hem grubunun NO ile nitrozilasyonu, siklik guanozin monofosfat (cGMP) üretimini artırarak düz kas gevşemesi ve dolayısıyla vazodilatasyona neden olur. Bu da klinikte hipotansiyon, doku perfüzyonunun bozulması ve ilerleyici organ disfonksiyonu ile kendini gösterir. Metilen mavisini, nitrik oksit sentezini inhibe ederek sGC aktivasyonunu azaltır ve cGMP düzeyini düşürür. Böylece vazodilatasyon engellenir, damar tonusu korunur ve doku perfüzyonu desteklenir. Literatürde, özellikle refrakter septik şokta erken dönemde metilen mavisini kullanımının vazopressör ihtiyacını azalttığı ve organ disfonksiyonunun ilerlemesini sınırladığına dair çalışmalar mevcuttur. Bununla birlikte, optimal doz, tedavi süresi ve hasta seçimi konularında daha fazla randomize kontrollü çalışmaya ihtiyaç vardır.

Bulgular: 64 yaşındaki kadın hasta, bilinç bulanıklığı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Başvuru anında kan basıncı 85/50 mmHg, nabız 120/dk idi. Kan gazında pH: 7.30, pCO₂: 22 mmHg, HCO₃⁻: 10.6 mmol/L, laktat: 4.8 mmol/L, glukoz: 1100 mg/dL olarak saptandı. Tam idrar tetkikinde keton negatif idi, serum osmolalitesi 335 mOsm/kg olarak hesaplandı. Özgeçmişinde metastatik akciğer adenokarsinom tanısı olan hasta, şok tablosu ve non-ketotik hiperosmolar koma tanısıyla yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Yoğun bakım takibinde derin şok tablosu nedeniyle orotrakeal entübe edilen hastaya invaziv mekanik ventilasyon desteği başlandı. Septik şok olarak değerlendirilerek ampirik meropenem (3x1 gr/gün) ve vankomisin (2x1gr/gün) başlandı. Sıvı resusitasyonuna rağmen hipotansif seyreden hastaya noradrenalin infüzyonu başlandı. Yüksek doz noradrenalin desteğine rağmen (> 1mcg/kg/dk) hemodinamik stabilizasyon sağlanamayan hastaya hidrokortizon 200mg/gün ve adrenalin infüzyonu başlandı. İkili vazopressör ihtiyacı olması nedeniyle 2 mg/kg dan yüklemesi ve 1 mg/kg dan 3 gün olacak şekilde serum fizyolojik içinde metilen mavisi infüzyonu yapılmıştır. Metilen mavisi tedavisinden 24 saat sonra adrenalin infüzyonu sonlandırıldı, 72. saatinde noradrenalin desteği < 0,1mcg/kg/dk solunumsal ve hemodinamik stabilizasyonu sağlanan hasta ekstübe edildi. İdrarda yeşil renk değişikliği dışında metilen mavisine bağlı herhangi bir yan etkiye rastlanmamıştır.

Sonuç: Metilen mavisi, septik şokta vazopressör ihtiyacını ve maruziyet süresini azaltabilir; hastanede kalış süresi ve mortalite üzerinde olumlu etkiler sağlayabilir. Organ disfonksiyonu henüz geri dönüşlü iken uygulandığında daha belirgin klinik fayda sağladığı görülmektedir. Ancak bu etkinin net olarak ortaya konabilmesi için geniş çaplı, prospektif ve randomize çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Metilen Mavisi, Septik Şok

(PS-6)

Nadir Bir Metastaz: Kolon Adenokarsinomun Sağ Atrium Metastazı

Mustafa Kağan Erener¹ , Güleren Yartaş Dumanlı¹ , Güniz Meyancı Köksal¹, Işıl Bavunoğlu¹

¹İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları

Amaç: Kolon kanserleri genel olarak hem erkeklerde hem de kadınlarda en sık görülen kanserler arasındadır. %90 oranında adenokarsinom alt tipi olmakla birlikte ortalama görülme yaşı 7-8. Dekatlardır. Metastatik evrede en sık karaciğer metastazı görülür ve bu dönemde verilen kemoterapi ve hedefe yönelik ajanlar palyasyon sağlamak adına verilir. Diğer uzak organ metastazları daha düşük oranda seyretmekte olup kalp vb. organlarda bildirilmiş metastazlar çok nadirdir. Vakamız literatüre katkı açısından paylaşılmış olup kolorektal kanser ve kardiyak metastazı açısından yapılacak olan ileri çalışmalara ışık tutacaktır.

Yöntem: Vakamız 33 yaşında erkek hasta olup, pnömoni nedeniyle başvurduğu merkezde yapılan tetkiklerinde portunun uç bölgesinde atrioventriküler bileşkede şüpheli lezyon saptanması üzerine tarafımıza yönlendiriliyor. Hastanın servis takiplerinde takipnesinin derinleşmesi, oksijen satürasyonunun düşmesi ve yardımcı solunum kaslarını kullanmaya başlaması üzerine NIMV ihtiyacı nedeniyle yoğun bakım ünitesine alınıyor. Burada yapılan TEE görüntülemesinde sağ atrium lateral duvarına yapışık, kateter ile de ilişkili olduğu gözlenen 3.3x3.2x2.8 cm boyutlarında trombüs uyumlu imaj izleniyor. Kardiyovasküler cerrahi ile görüşülüp operasyon planlanıyor ve sağ atriotomi yapıp sağ atrium içinde tromboze kitle görülüyor.

Bulgular: Patolojik değerlendirmede CDX2+, CK20+ olan örnek adenokarsinom ile uyumlu değerlendirilip kolon karsinom metastazını destekler nitelikte sonuçlanmıştır.

Sonuç: Literatür tarandığında bu zamana kadar bildirilen kolorektal kansere sekonder gelişen kardiyak metastaz sayısı 40'tan az sayıdadır. Survi oranı yüksek olmayıp tedavi planı açısından ortak bir konsensus henüz yoktur. Vakamız literatüre katkı açısından paylaşılmış olup kolorektal kanser ve kardiyak metastazı açısından yapılacak olan ileri çalışmalara ışık tutacaktır.

Anahtar Kelimeler: kalp , kolon kanseri , metastaz , sağ atrium

(PS-8)

Ailesel Akdeniz Ateşi Olan Bir Olguda Karın Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Peritonit Ataklarını Taklit Eden Kist Hidatik

İlker İhtiyaroğlu¹ , Hande Öğün³ , Ahmet Murt²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

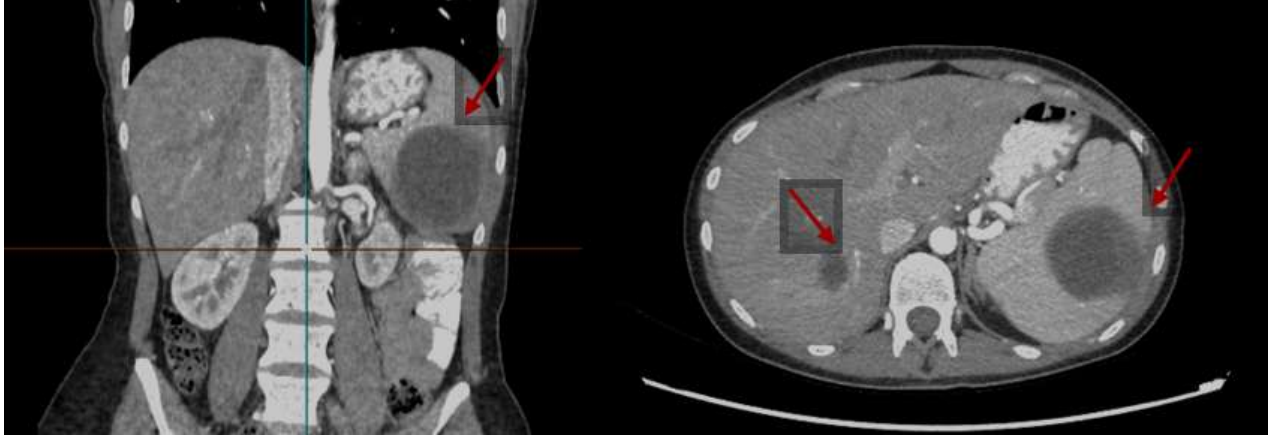
Amaç: Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) ateş ve seröz memran inflamasyonu ile karakterize, otozomal resesif kalıtılan tekrarlayan ateş ve sıklıkla karın ağrısı atakları ile seyreden otoinflamatuvar bir hastalıktır. FMF tanılı bir hastada abdominal ağrı sıklıkla peritonit ile ilişkilendirilse de karın ağrısına neden olabilecek diğer patolojiler de ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir. Kist Hidatik, Echinoccus granulosus kaynaklı paraziter bir hastalıktır. Karaciğer en sık yerleşim yeridir. Dalak hidatik hastalığı nadir görülen bir tutulumdur. Hastalık kistler büyüyene kadar uzun yıllar asemptomatik olabilir. Bu yazıda, peritonit atağı ön tanısı ile başvuran FMF tanılı bir hastada inceleme sonucunda karaciğer ve dalak yerleşimli kist hidatik teşhis edilen nadir bir olgu sunmaktayız. Bu olgu ile, FMF hastalarında peritonit ataklarını taklit edebilecek diğer karın içi patolojilerin ayırıcı tanıda mutlaka değerlendirilmesi gerektiğine dikkat çekmeyi amaçladık.

Yöntem: 29 yaş kadın, subfebril ateş ve sol hipokondriyak bölgede daha şiddetli olan yaygın karın ağrısı ile başvurdu. FMF tanısı ile 6 yıldır kolşisin kullanan hastanın aile öyküsü pozitif; MEFV gen analizinde M694V ve M680I heterozigot mutasyonları mevcuttu. Karın muayenesinde rebound, defans yoktu, palpasyonla sol üst kadranda hassasiyet saptandı. Laboratuvar testlerinde nötrofilik lökositoz akut faz reaktanlarında artış ve transaminaz yüksekliği saptandı (laboratuvar testleri tablo 1’de sunulmuştur). Ultrasonografide dalak boyutları 115x80 mm ve dalak alt polde 74x54 mm ve karaciğer segment 7’de 15x13 mm anekoik kist izlendi. Bilgisayarlı tomografi (resim 1) ve indirekt hemaglutinasyon testi (1/5120 titre) Kist Hidatik teşhisini doğruladı. Albendazol medikal tedavisi altında laparoskopik splenektomi uygulanmasının ardından karaciğerde rezidü hastalık nedeniyle albendazol tedavisi altıncı ayda devam etmektedir.

Bulgular: FMF hastalarında karın ağrısı sıklıkla inflamasyonun neden olduğu peritonit tablosuna bağlı gelişir. Ancak bu semptomların her zaman FMF atağı ile ilişkilendirilmesi diğer önemli patolojilerin atlanmasına neden olabilir. Tekrarlayan inflamatuvar atağın neden olduğu keskin karakterli yaygın ve 12-72 saat süren atakların aksine kist hidatik, künt karakterli ön planda lokalize karın ağrısına yol açabilmektedir. Kist rüptürü ise şiddetli peritonit ve anafilaksiden

sorumlu olabilir. Bu nedenle FMF hastalarında farklı karakterde karın ağrısı geliştiğinde, uygun görüntüleme yöntemlerinin kullanılması doğru tanı ve tedavi için önem arz etmektedir. Literatürde FMF'li bir hastada abdominal ağrının kist hidatik kaynaklı olduğu az sayıda olgu bildirilmiştir. Türkiye gibi endemik bölgelerde kist hidatik ayırıcı tanılar arasında yer almalıdır.

dalak ve karaciğerde kist hidatik lezyonları



Sonuç: FMF hastalarında karın ağrısının klasik peritonit atağı dışında nedenlerle de gelişebileceği unutulmamalıdır. Bu olgu Türkiye gibi endemik bölgelerde sık görülen ancak FMF tanısı nedeniyle göz ardı edilebilecek bir kist hidatik olgusunu ortaya koymaktadır. Karın ağrısı ile başvuran FMF hastalarında kapsamlı değerlendirme yapılarak alternatif tanılar düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: ailesel akdeniz ateşi, FMF, karın ağrısı, kist hidatik

(PS-9)

Erişkinde geçici nötropeni: Parvovirüs B19 enfeksiyonu

Sinem Özüberk¹, Özlem Muratoğlu¹, **Dilek Keskin**², Ömür Tabak¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ABD

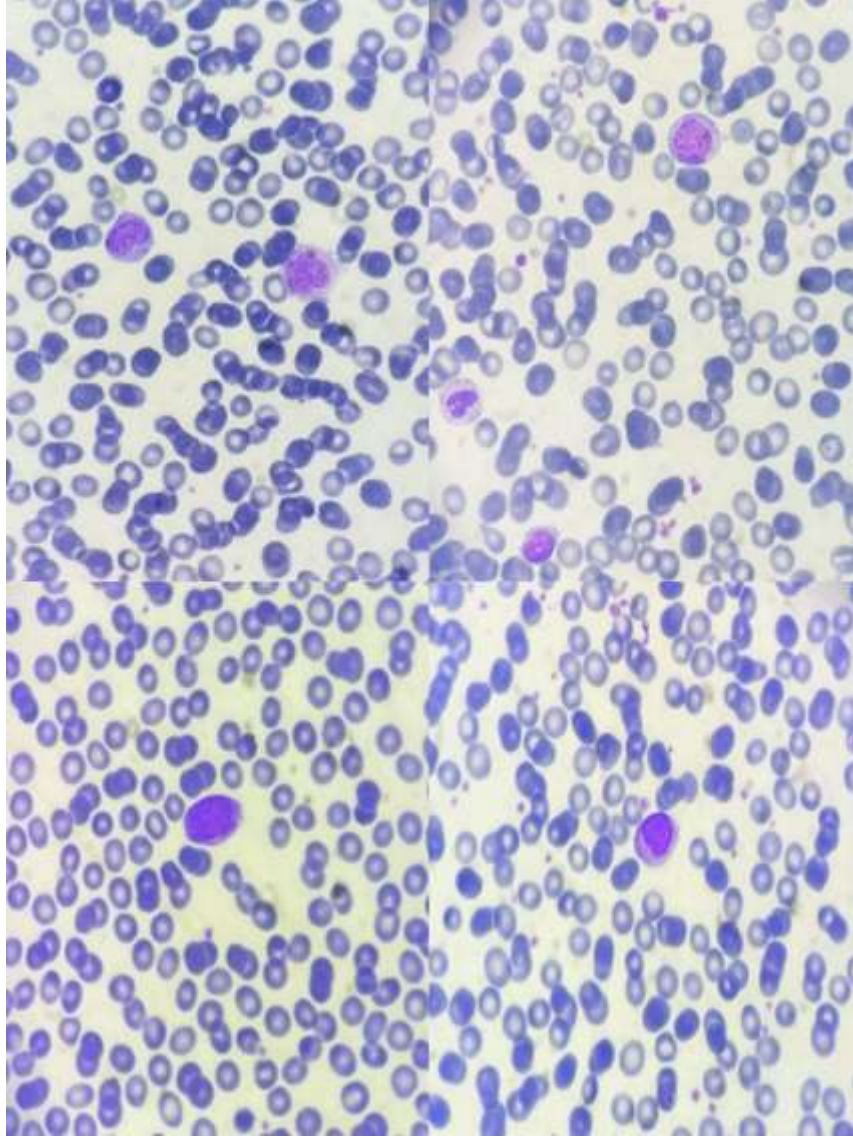
²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ABD , Hematoloji BD

Amaç: Parvovirüs B19 enfeksiyonu, saf eritroid seri aplazisi (SEDA) yaratarak karşımıza özellikle çocukluk çağında ağır anemi ile çıkmaktadır. Erişkin dönemde ise kök hücre nakli olmuş ve henüz immün sistemi yeterince yapılanmamış olgularda SEDA oluşturarak altta yatan neden olmaktadır. Beklenenden farklı olarak saf myeloid seri aplazisi gibi seyreden erişkin olguda; başlatıcı nedenin Parvovirüs B19 enfeksiyonu olması nedeniyle bildirmeyi amaçladık.

Yöntem: Olgu: Bilinen kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olmayan 28 yaş kadın hasta, 3-4 gündür devam eden yaygın vücut ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde sadece traube alanı kapalıydı. Kan sayımında lökosit: 1550/mm³, hemoglobin:12.9 gr/dl, trombosit: 93.000/mm³, nötrofil: 750/mm³ saptanınca bisitopeni etiyolojisinin araştırılması amacıyla Dahiliye servisine yatırıldı. On gün önceye kadar boğaz enfeksiyonu için parenteral klindamisin ve oral amoksisilin kullanım öyküsü vardı. Karın ultrasonunda dalak boyutu minimal artmıştı, 130 mm olarak tespit edildi. Periferik yaymasında lökopeni dikkati çekmişti, nötrofillerin hemen tamamı çomak safhasında olup maturasyon duraklamıştı ve trombosit sayısı yeterliydi, kümeler mevcuttu. Bu hali ile izole nötropenik olduğu anlaşıldı. Ayrıca uyarılmış lenfositler seçildi (Resim 1). Ön planda geçirilmiş viral enfeksiyona sekonder olarak değerlendirildi. Olgunun nötropenisi için istenen tetkikleri Tablo 1. de gösterilmiştir. Etiyolojiye yönelik yapılan testlerde: ENA paneli: negatifti, hepatit ve HIV serolojisi negatifti, CMV anti-IgG pozitif, kalan TORCH grubu serolojisi de negatifti. İlk değerlendirilmesinde Parvovirüs B19 anti-IgM:153 IU/L (pozitif), Parvovirüs B19 anti-IgG: negatif olarak saptandı. Takiplerinde nötropeni tablosu açılmaya başladı. Parvovirüs B19 anti-IgM antikor titresi yüksek olup PCR ile de DNA kopya sayısının arttığı tespit edildi. Olgunun akut Parvovirüs B19 enfeksiyonu geçirdiği görüldü. Servis takiplerinde ateşi saptanmayıp vücut ağrılarında hafifleme olunca ayaktan takibe alınarak taburcu edildi. Hematoloji poliklinik kontrolünde IgM antikorlarının negatifleştiği, IgG tipi antikorlarının pozitifleşip arttığı görüldü. Olgu bu süre içinde tamamen nötropeniden çıktı. Hastanın nötrofil sayısı, Parvovirüs B19 antikorlarının değişim grafiği Resim 2 'de görülmektedir.

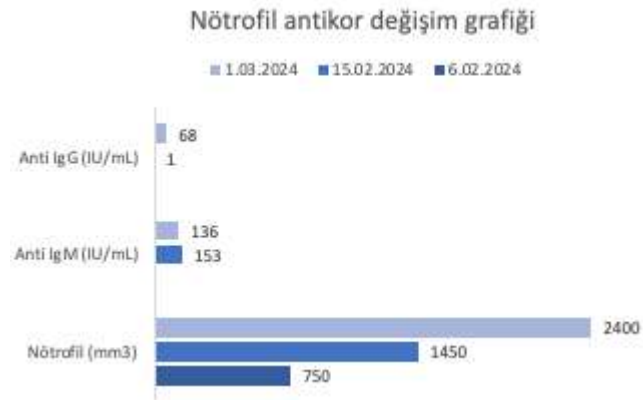
Bulgular: Resim 1, 2, Tablo 1

Resim 1



Periferik yaymada çomak safhasında nötrofil, uyarılmış lenfositler ve yeterli sayıda trombositler görülmektedir

Resim 2



Nötrofil sayısı ve antikor titrasyonundaki değişim grafiği görülmektedir.

Tablo 1

Ferritin	84 mg/dl (n)
Folik asit	5.4 ng/ml (n)
B12 vitamini	354 ng/ ml (n)
Ig A/ G/ M	Yeterli
Anti HIV	negatif
Anti HCV	negatif
Hbs Ag	negatif
Anti Hbs	pozitif
ANA	negatif
ANCA	negatif

Olgunun nötropeni nedeni ile istenen tetkikleri görülmektedir.

Sonuç: Parvovirüs B19 enfeksiyonu çocukluk çağı hastalığı olup çoğu kez ateşli ve tokat yemiş çocuk görüntüsüne neden olan yanakta eritemle karşımıza çıkmaktadır. Virüs enfeksiyonlarının kemik iliğine etkileri bilinmektedir ve tek seride sitopeniden tüm serilerde sitopeni yapabilecek sitopatik etkileri mevcuttur. Bu etkiler en iyi ve en sık Parvovirüs B19 enfeksiyonlarında bilinmekle beraber olgular çoğu kez çocuk yaştadır. Olgumuz erişkin yaşa kadar seronegatif kalması yönünden ilginçtir. Olgu bekar ve yalnız yaşayan biri olup kalabalık bir mekanda çalışmaya başladığı için enfekte çocuklara maruz kalabileceğini belirtmiştir. Parvovirüs B19 enfeksiyonu, erişkinlerde çoğu kez asemptomatik ya da mononukleoz sendromları olarak kendini göstermektedir. En bilinen sitopeni etkisi, SEDA olup olgumuzda aksine hiç anemi gelişmemiştir. Çocukluk çağında kronik hemolitik anemi, orak hücreli anemi olgularında aplastik krize, sekestrasyon krizine yol açabilen virüs erişkinde özellikle kök hücre nakli olgularında SEDA saptandığında sorumlu ajan olarak karşımıza çıkmaktadır. Virüsün immünsupresif bireylerde, HIV olgularında ağır nötropenilere neden olabildiği bildirilmiştir. Olgumuzun bilinen bir hastalığı yoktu, HIV ile enfekte değildi. Enfeksiyon tablosundan birkaç hafta sonra sitopenileri belirmiş halde ve hemen hemen ateşsiz peryodda kliniğe başvurmuştu. Nonspesifik vücut ağrıları dışında bir şikayeti yoktu. Hemofagositoz (HFS) postviral enfeksiyonların sitopeni ve ateşin persiste ettiği olgularda mutlaka akla gelmesi gereken bir tablodur. Olgumuzda HFS açısından klinik ve laboratuvar desteği yeterli olmadığı için kemik iliği aspirasyonuna gerek duyulmadı. Erişkin Parvovirüs B19 olgularının büyük kısmında nötropeni ve sitopenileri aydınlatmak için kemik iliği aspirasyonları yapılmış ve histiyosit artışı olduğu bildirilmiştir. Ancak bu olguların ateşli olduğu ve kliniğin gürültülü olduğu da belirtilmiştir. Erişkinde viral enfeksiyondan sorumlu ajanın tespiti her zaman kolay olmayıp klinik şüphe ile yola çıkıldığında ajanın tespit edildiği bir gerçektir. Olgu riskli grupta olmadığı için atlanabilirdi. Ancak nötropeniden nadiren sorumlu olacağını akılda

tutmak ve gereken serolojik, mikrobiyolojik kanıtları toplamak hastanın yönetimi için gereklidir. Spontan iyileşmenin görüldüğü olguların yanı sıra destek tedavi olarak steroid, intravenöz immünglobulin ve granülosit stimulan faktör alan olgular da bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: erişkin, nötropeni, Parvovirüs B19

(PS-10)

Covid 19 enfeksiyonu ile kötüleşen malarya olgusu

Ahmed Said Dünder¹, **Dilek Keskin**²

¹Prof. Dr. Feriha Öz Acil Durum Hastanesi, İç Hastalıkları ABD

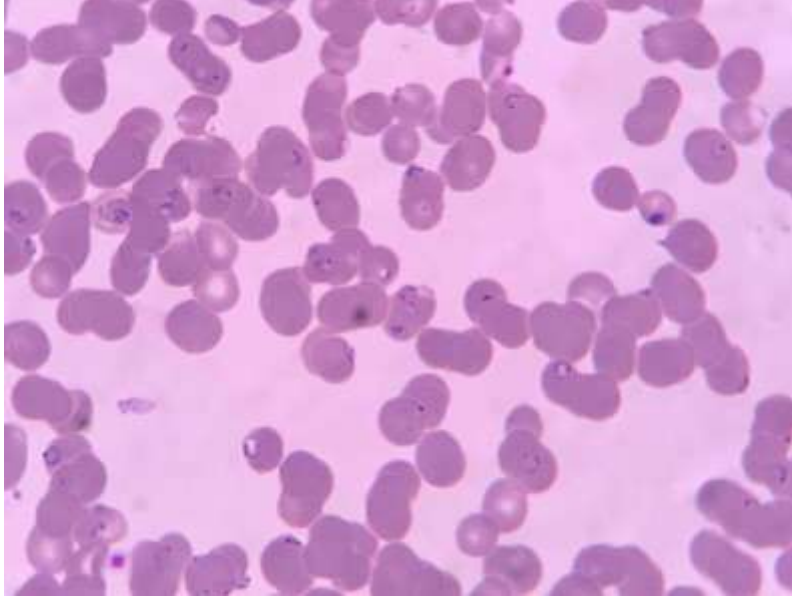
²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ABD, Hematoloji BD

Amaç: Pandemik ve endemik iki ayrı enfeksiyon tablosu ile gelen hastanın iki ayrı enfeksiyon dalgası ile gelişen hemofagositik sendrom tablosunu bildirmeyi amaçladık.

Yöntem: Olgu: Elli yaşında erkek hasta yüksek ateşle acil servise başvurdu. Hipertansiyon dışında bir komorbiditesi bulunmayan olgunun TA: 130/83 mm Hg, kalp hızı: 79/ dk, oda havasında spO₂: %94, ateş: 38,5 0C idi. Hafif dezoryante, solgun ve subikterikti. Afrika'dan Türkiye'ye geldiğinde rutin sağlık kontrolünde COVID-19 enfeksiyonu tespit edilmişti, yatırılmadan evde takip edilmesine karar verilmişti. Ateşi tamamen düştükten kısa süre sonra ateşi tekrarladı için tekrar hastaneye yatırıldı. Hemoglobini: 7.3 g/dL (anemik), trombosit: 67 000 u/L (trombositopenik), lökosit: 8080 u/L, AST: 40 U/L, ALT: 22 U/L, LDH: 769 U/L (yüksek), total bilirubin: 2.28 mg/dL (yüksek), indirekt bilirubin: 1.33 mg/dL (artmış), CRP: 122.57 mg/L (artmış), haptoglobini: 0.1 g/L (düşük seviyede), hiper ferritinemi dikkat çekiciydi. Periferik kan yaymasında her 100x büyütmede 20-30 halka hücre gibi görünen eritrosit içi inklüzyonlar olup, orta dereceli malarya parazitemisi olarak değerlendirildi (Resim 1). Haliyle hemolizi, kan tablosunu, kliniği net olarak ortaya koymaktaydı. Periferik kan yayma bulgularını doğrulamak için ELISA tabanlı sıtma testi kontrol edildi. Test sonucu Plasmodium falciparum için pozitif geldi. Bu hali ile olguda malarya ve Covid-19 enfeksiyonunun tetiklediği hemofagositoz tablosu geliştiği düşünüldü. Fizik muayenesinde hepatosplenomegali tespit edilmemişti. Nörolojik semptomları nedeniyle yoğun bakıma alındı ve IV artemeter + lumefantrine başlandı. Olguya sitopenileri desteklemek için folik asit ve vitamin B12 takviye edildi, enoksaparin başlandı. İlk dozdan sonra ateşi geriledi ve CRP seviyesi düştü. Anti malaryal ilaçların 3. dozundan sonra servise alındı, 5. gün taburcu edildi. Taburcu olduktan 2 hafta sonra hemoglobini: 11,5 g/dL, trombosit: 387 000 u/L, CRP: 1,32 mg/L olup retikülositoz başladı. Hiçbir şikayeti kalmadı. Periferik kan yaymasında plazmodium trofozoidleri klirens oldu ve sağlıklı retikülositleri seçilmeye başlandı (Resim 2).

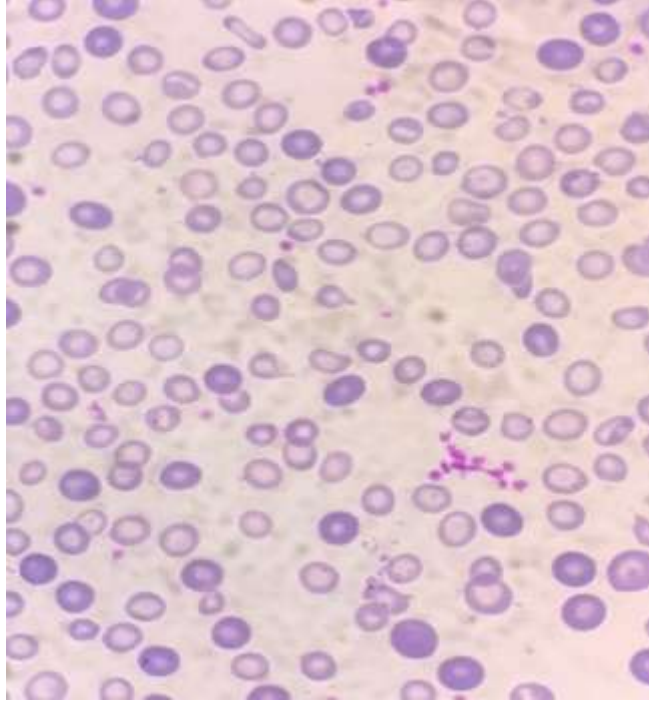
Bulgular: Resim 1 ve 2 olarak gösterilmiştir.

Resim 1



Eritrositlerin içinde plasmodium trofozoidleri görülmektedir.

Resim 2



Eritrositlerin içinden tamamen klirensin sağlandığı ve retikülositlerin belirttiği kontrol yayması

Sonuç: Pandemi günlerinden uzaklaşılmasına rağmen hala ara ara COVID-19'un ataklar yaparak etkisini sürdürmesi güncel tıp pratiğinin kaçınılmaz etkilerinden biri olmaya devam etmektedir. Sitokin salınımı sendromu ile komplike olması ölümcüllüğün önemli sebeplerinden biridir. Tedavi olmamış malaryanın da benzer immün sistem karmaşasına neden olduğu bilinmektedir. Olgu daha evvel malaryanın endemik olduğu bölgelerde çalışmasından ötürü mükerrer malarya enfeksiyonu geçirmiş ancak bu ziyaretinde anti malaryal profilaksisi almamıştı. Nörolojik olarak kötü olması serebral malarya ihtimalini akla getirirse de Covid-19 enfeksiyonunun ensefalit benzeri

tablo yapabileceği bilinmektedir. Olgunun ikinci ateş atağında konfüze olması daha ziyade malaryanın nörolojik kötüleşmeye neden olduğunu düşündürmektedir, verilen anti malaryal tedavi ile dramatik açılışı sebebin malarya olduğunu daha da desteklemiştir. Malarya olgularında hipoglisemi komplikasyonunun nöroglükopenik bulgular yaratacağını, karıştırıcı unsur olabileceğini akılda tutmak gerekmektedir. Bu nedenle olgulara dekstrozlu sıvılar ile sıvı resüsitasyonu yapılması ihmal edilmemelidir. Olgunun sitokin salınım sendromu için ek bir tedavi ihtiyacı olmamıştır. Destek tedaviler ve altta yatan hastalığın tedavisi verilmiştir, hızla yanıt alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: ateş, covid-19, hemofagositoz, malarya, plasmodium

(PS-12)

Fistül Enfeksiyonu Nedeni ile Başvuran Hemodiyaliz Hastasında Aneminin Nadir Nedeni: Kronik Lenfositik Lösemi

Aysegül Sentop¹, Aybüke Özgüner¹, Aslıhan Karaca¹, Sümeyye Memiş¹, Bennur Atay¹

¹Sağlık Bakanlığı Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Amac: Hemodiyaliz hastalarında anemi, sıklıkla kronik böbrek yetmezliğine (SDBY) sekonder gelişen eritropoietin eksikliği veya diyalize bağlı kayıplar ile ilişkilendirilir. Ancak bazı olgularda aneminin altında yatan hematolojik ya da sistemik nedenleri göz ardı edilmekte bu durum da tanıda gecikmelere neden olmaktadır. Hemodiyaliz hastalarında vasküler erişim yolu olan arteriyovenöz (AV) fistüller, hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ve tedavi sürekliliği açısından kritik öneme sahip olup, enfeksiyonları ciddi lokal ve sistemik komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu olguda, kolda şişlik nedeni ile başvuran 3/7 hemodiyaliz alan bir hastada bisitopeni tespit edilerek Kronik Lenfositik Lösemi(KLL) tanısı konuldu.

Yöntem: Son dönem böbrek yetmezliği tanısı ile 17 yıldır haftada 3 gün rutin hemodiyaliz (HD) tedavisi alan 83 yaşında kadın hasta, son iki aydır devam eden halsizlik, sağ kolda kızarıklık ve şişlik yakınmaları ile başvurdu. Fizik muaynesinde hasta soluk görünümlü, sağ kolda şişlik ve kullanılmayan AV fistülü mevcuttu. Venlerde belirginleşme, belirgin çap ve ısı artışı, lokal hassasiyet mevcuttu. Bilateral axiller lenfadenomegalisi tespit edildi. Yapılan rutin kan tetkiklerinde Hgb: 8.9 g/dL ve Plt: 94.000/mm³ saptanması üzerine sellülit ve bisitopeni ön tanıları ile dahiliye servisine yatırıldı. Venöz doppler ultrasonografide fistül hattında %30 darlık oluşturan mural kalınlık, geniş dilatasyon ve tromboze segmentler saptandı. Mevcut görünüm tromboflebit ile uyumlu değerlendirildi. Enfeksiyon hastalıkları ile görüşülerek seftriakson tedavisine başlandı ve klinik olarak yanıt alındı. Enfeksiyon kontrolü sonrası 29.04.2025 tarihinde fistül Kardiovasküler cerrahi ekibi tarafından blokaj yöntemi ile kapatıldı. Hastada saptanan anemi başlangıçta renal etiyoloji ile ilişkilendirilmiş olsa da, detaylı hematolojik incelemelerde periferik yaymada olgun lenfositöz, smudge hücreleri, hipokromi ve anizositöz izlendi. Hastanın torax-batın tomografisinde sağ supraklavikuler bölgede büyüğü 11.5 mm boyutunda birkaç adet lenfadenomegali (LAP), her iki aksillada büyüğü sağda 28x15 mm boyutuna varan korteksleri kalınlaşmış çok sayıda LAM izlendi. Mediastinal bölgede büyüğü sağ orta paratrakeal alanda yaklaşık 25x17 mm boyutlarında ölçülen sayıca artmış LAP'lar izlendi. Hematoloji ile ileri değerlendirme planlandı. Kemik iliği biyopsisi yapıldı.

Bulgular: Hastanın Flow sitometri, serum protein elektroforezi (SPE)ve Serum immün elektroforez (SİE) sonuçları doğrultusunda Lenfoproliferatif Hastalık, Plazma hücre diskrazisi ve Waldenström makroglobulinemi ayırıcı tanıları arasında yer aldı. Hastaya yapılan kemik iliği

biyopsisinde, subkortikal kemik altında yer alan intertrabeküler alanlarda belirgin seröz dejenerasyon ve belirgin hiposellülarite saptandı; hematopoez izlenmedi. İmmünohistokimyasal çalışmada CD34, CD117, MPO ve CD61 negatif bulundu; CD38 ile %2-3 düzeyinde plazma hücresi görüldü ancak kappa-lambda boyalarında monoklonalite lehine bulgu saptanmadı. Bulgularla, Aplastik Anemi olasılığı yönünden yakın takip önerildi. Flow sitometri bulguları KLL ile uyumlu olup, serum immunelektroforezinde lambda monoklonal bant ve gamma bölgesinde düşük volümlü bant yapısı izlendi ve hastaya KLL tanısı konuldu. Hematoloji polikliniğinde takibe alındı.

Sonuç: Hemodiyaliz hastalarında anemi yaygın bir bulgu olmakla birlikte, her zaman yalnızca renal kaynaklı olarak değerlendirilmemelidir. Bu olguda, SDBY bağlamında geliştiği düşünülen anemiye eşlik eden hematolojik anormallikler, ayrıntılı tetkikler ile daha ciddi sistemik nedenlerin habercisi olmuştur. Özellikle periferik yaymada smudge hücrelerinin görülmesi ve olgun lenfositoz, olası KLL tanısı açısından uyarıcı olmuştur. Bununla birlikte, olguda klinik gidişatı belirleyen temel unsur, sağ koldaki enfekte fistül olmuştur. Fistül kaynaklı lokal enfeksiyon, tromboflebit ve ödem, sistemik inflamatuvar yanıtı tetiklemiş, bu süreç aneminin derinleşmesinde ve hastaneye yatışın gerekliliğinde belirleyici rol oynamıştır. Vasküler erişim yolu enfeksiyonları, SDBY olan HD hastalarında mortaliteyi artıran önemli komplikasyonlar arasında yer almakta olup, erken tanı ve tedavi ile hızlıca yönetilmelidir. Kemik iliği biyopsisinde hiposellüler yapı, hematopoetik aktivitenin belirgin baskılanması ve seröz dejenerasyon varlığı dikkat çekicidir. İmmünohistokimyasal analizde hematopoetik hücre belirteçlerinin negatif saptanması ve plazma hücrelerinde monoklonalite izlenmemesi, bir yandan Aplastik Anemi olasılığını gündeme getirirken, diğer yandan SİE de lambda monoklonal bant saptanması ve SPEde de gamma bandında düşük volüm izlenmesi, eşlik eden Monoklonal Gamopatilerin değerlendirilmesini gerektirmiştir. Flowsitometri bulgularının KLL lehine yorumlanmıştır. Tüm bu bulgular, enfekte fistülün tetiklediği sistemik stresin yanı sıra eş zamanlı gelişen veya açığa çıkan hematolojik bir sürecin varlığını desteklemektedir. Bu olgu, hem enfekte fistülün lokal ve sistemik etkilerini, hem de SDBY hastalarında alışılmışın dışında seyreden anemilerin dikkatli değerlendirilmesinin önemini göstermesi açısından klinik açıdan öğreticidir.

Fistül onarımı öncesi



fistül onarımı sonrası



Anahtar Kelimeler: Anemi , A-V Fistül , Hemodiyaliz , KLL

(PS-14)

Nonsteroid Kullanımına Bağlı Akut böbrek Yetmezliği: Steroid Tedavisine Hızlı Yanıt

Ahmet Taha Üstüntepe¹ , Hakan Hüseyin Sakarya¹ , Oğuzhan Karalı¹ , Seda Şafak

Öztürk¹ , Bennur Atay¹

¹Sağlık Bakanlığı Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

Amaç: Analjezik nefropati, renal papiller nekroz ve akut interstisyel nefrit ile karakterize, akut böbrek yetmezliğinin (ABY) iyi tanımlanmış bir nedenidir. Akut interstisyel nefrit (AİN), böbreklerde tübülointerstisyel bölgenin inflamasyonu ile birlikte ABY tablosunun ortaya çıkması olarak tanımlanabilir. Vakaların %40-60 kadarı ilaçlara bağlı olarak gelişmektedir. Döküntü, ateş, eozinofili gibi alerjik bulgular olabilir. Bu üçlü bulgu hastaların %10'unda görülür. Biz bu olguda Nonsteroid Antiinflamatuvar(NSAİD) ilaç kullanımına bağlı oligüri ve ABY tablosu gelişen Hemodiyaliz gerektiren ve düşük doz steroide hızla yanıt veren genç erkek hastayı sunduk.

Yöntem: 42 yaşında bilinen ek hastalığı bulunmayan erkek hasta idrarda bulanıklaşma, eklem ağrıları, bulantı, şiddetli halsizlik olması nedeni ile nefroloji polikliniğimize başvurdu. Hastanın 10 gün bel fıtığı nedeni ile NSAİD kullanma öyküsü mevcuttu. Hastanın son üç ay içerisinde bakılan bazal kreatinin seviyesi 1mg/dl olarak görüldü. Sistem sorgulamasında bulantı ve halsizlik dışında özellik yoktu. Aile öyküsünde özellik yoktu. Yapılan tetkiklerde hiperürisemi ve kreatinin yüksek olması nedeniyle hastanın AİN-ABY ön tanısı ile servise yatırılı yapıldı.

Bulgular: Fizik muayenesinde hipervolemi tespit edilmedi. Laboratuvarında kreatinin 10mg/dl, üre 187mg/dl, ürik asit:8.7, k:6.5 , fosfor:5,6, Tit normal, microalbüminüri/kreatinin oranı:569 mg/dl bulundu. Kan gazında asidoz tespit edilmedi. WBC:7000, hgb:12.6, hct:37, platelet:171000, crp:31, Albümin:3.6, Eozinofili izlenmedi. Diğer laboratuvar testleri normal sınırlarda izlendi. Oligürisi ve hiperkalemisi olması nedeniyle hastaya geçici sağ juguler hemodiyaliz kateteri takılarak ardışık hemodiyalize (HD) alındı. Ayrıntılı tetkiklerinde vaskülit paneli negatif, pANCA, cANCA, C3,C4, protein elektroforezi normal. CRP yüksekliği nedeni ile çalışılan kan ve idrar kültürü negatif. Tüm Batın USG de böbrek boyutları ve parankim kalınlığı normal, bilateral perirenal yağlı planlarda lineer dansite artışı (İnflamasyon ?) izlendi. Torax BT de bilateral hafif buzlu cam görünümü izlendi. Viral serolojisi negatif geldi. Ekokardiyografide patoloji saptanmadı. Göz dibi normal izlendi. Yatışının üçüncü gününde enfeksiyon parametreleri negatif gelen hastaya intravenöz metil prednizolon (İMP) tedavisi (80 mg/gün) başlandı. Tedavinin 4. gününde kreatinin yükselmesi stabilleşti. Sonrasında İMP tedavisine 60 mg/gün olarak devam edildi. Hasta toplam 6 kez HD alındı. Polürik faza giren, hasta kreatinni değerleri normal seviyelerine gelince kateteri çekilip diyalizsiz takip edildi. İMP dozu azaltılarak poliklinikten izlenmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: Hastalar AİN de genellikle akut böbrek yetmezliği tablosu ile başvururlar. AİN düşünülen olgularda sistemik infeksiyon, sistemik lupus eritematozus, Sjögren sendromu, sarkoidoz varlığı dışlanmalıdır İdrarda proteinüri hafif-orta derecededir, mikroskopide lökositler, eritrositler ve bunların silendirleri görülebilir. Kanda eozinofili ve idrarda eozinofilüri her zaman görülmez. AİN seyri çok hafif asemptomatik olabileceği gibi, oligürik ve diyaliz tedavisini gerektirecek kadar şiddetli de olabilir. Hastaların çoğunda non-oligürik akut böbrek yetmezliği kliniği vardır. Non-oligürik vakalar yakından izlenerek diyalize alınmadan takip edilebilirler; ancak oligürik vakalarda diyaliz tedavisi çoğu zaman gerekir. Oligürik ve uzamış vakalarda kortikosteroidlerin kısa dönem kullanımının (1-2 mg/kg prednizolon) böbrek fonksiyonlarında düzelmeyi hızlandırdığı klinik tecrübe ile sabittir. Ancak AİN tedavisinde kortikosteroidlerin yararlarını gösteren geniş kapsamlı çalışmalar mevcut değildir. Bu olgu; NSAİ kullanımına bağlı oligüri ile seyreden ve hemodiyaliz replasmanına gerek duyulan AİN tanısı konulan hastanın prednizolon tedavisine hızlı yanıt vermesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: STEROİD- AİN- ABY

3. İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ SUNUMLARI

SÖZLÜ SUNUMLAR

(SS-1)

Yaşlı Yetişkinlerde Uyku ve Bilişsel Fonksiyonlara Yönelik Nonfarmakolojik Bir Müdahale: Aromaterapinin Etkililiği

Belçim Ede Sarıkaya¹, Sebahat Ateş², Tuğba KAMAN¹, Ayşe Arzu Şakul⁴

¹Üsküdar Üniversitesi

²İstanbul Bilgi Üniversitesi

³Üsküdar Üniversitesi

⁴Medipol Üniversitesi

Amaç: Bu araştırmanın amacı, inhalasyon yoluyla uygulanan çok bileşenli aromaterapi uygulamasının, yaşlı bireylerde uyku kalitesi, uyku düzeni ve bilişsel fonksiyonlar üzerindeki etkilerini değerlendirmektir. Günümüzde yaşlı nüfusun hızla artmasıyla birlikte, bu yaş grubunda uyku bozuklukları ve bilişsel gerileme gibi geriatrik sorunların görülme sıklığı da artmaktadır. Uyku sorunları; gece uykusunun kalitesizliği, uykuya dalmada güçlük, gece boyunca sık uyanma ve sabah erken uyanma gibi belirtilerle kendini göstermekte; bu durum, bireylerde gündüz uykululuk hali, konsantrasyon eksikliği, düşme riski, oryantasyon bozukluğu ve yaşam kalitesinde azalma gibi çok yönlü olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Ayrıca artan bakım gereksinimi nedeniyle sağlık hizmetleri üzerinde de önemli bir yük oluşturmaktadır. Aynı zamanda yaşlanma sürecine bağlı olarak gelişen nörofizyolojik değişimler, dikkat, hafıza ve yürütücü işlevlerde azalma ile karakterize bilişsel bozulmaların da temelini oluşturmaktadır. Bu sorunların yönetiminde sıklıkla başvuru farmakolojik tedavi seçeneklerinin çoklu ilaç kullanımına bağlı olarak ciddi yan etkilere, ilaç etkileşimlerine ve düşme riskine yol açabildiği bilinmektedir. Bu durum, yaşlı bireyler için daha güvenli, etkili ve yan etkisiz alternatif tedavi yöntemlerinin araştırılmasını gerekli kılmaktadır. Bu doğrultuda, araştırma İstanbul Darülaceze yerleşkesinde randomize kontrollü bir deneysel desenle tasarlanmış ve yürütülmüştür. Müdahale grubuna, gündüz saatlerinde peppermint ve palmarosa; gece saatlerinde ise vetiver, sedir, misk adaçayı, petitgrain (turunc) ve greylift esansiyel yağlarını içeren özel aromaterapi karışımı, dört hafta boyunca günde iki kez inhalasyon yoluyla uygulanmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında katılımcıların uyku kalitesi ve yapısı, giyilebilir teknoloji kullanılarak nesnel biçimde ölçülmüş; ayrıca Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI), Epworth Uykululuk Ölçeği (ESS), standartlaştırılmış Uyku Günlüğü ve Blessed Oryantasyon-Bellek-Konsantrasyon Testi (BOBKT) gibi geçerliliği kanıtlanmış ölçüm araçlarıyla çok boyutlu değerlendirmeler gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmayla birlikte, inhalasyon yöntemiyle uygulanan çok bileşenli

aromaterapi karışımının yaşlı bireylerde hem uyku hem de bilişsel düzey üzerinde bir ay gibi kısa bir sürede anlamlı etkiler oluşturabileceği gösterilmiş ve aromaterapinin bakım programlarına güvenli biçimde entegre edilebilecek bir yaklaşım olduğu desteklenmiştir. Elde edilen veriler, farmakolojik müdahalelere alternatif olarak aromaterapinin hem bireysel sağlık sonuçları hem de sağlık sisteminin iş yükü açısından olumlu katkılar sunabileceğini ortaya koymuştur. Araştırma sonuçlarının, yaşlı bireylerin yaşam kalitesini artırmaya yönelik yenilikçi, bütüncül ve güvenli müdahale stratejilerinin geliştirilmesine bilimsel dayanak oluşturması hedeflenmektedir.

Yöntem: Katılımcıların Belirlenmesi Araştırmanın Tipi: Bu çalışma, Darülaceze’de yaşayan yaşlı bireylere uygulanan karışım aromaterapisinin uyku süresine, uyku kalitesine, uykuya dalma süresine ve bilişsel fonksiyonlara etkisini değerlendirmek amacıyla randomize kontrollü tasarımda gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Araştırma verileri, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’na bağlı Darülaceze’de Ocak 2024 – Haziran 2024 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Evreni, Darülaceze’de yaşayan, 65 yaş ve üzeri, soruları anlayabilecek-cevaplayabilecek yetkinlikte, uygulamalara katılmasına engeli bulunmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 194 yaşlı yetişkin oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, Genç vd. (2020) çalışmasından elde edilen $d = 1,07$ etki büyüklüğü temel alınarak G*Power 3.1 ile hesaplanmış; %95 güven düzeyi ve %95 test gücünde her gruba 24’er kişi düşecek şekilde 48 katılımcı bulunmuştur. Olası kayıplar öngörülerek örneklem %20 artırılmış, müdahale ve kontrol gruplarında 30’ar kişi olmak üzere toplam 60 katılımcı yer almıştır. Gruplarda 15’er erkek ve 15’er kadın bulunmasına özen gösterilmiştir. Bağımlı/Bağımsız Değişkenler: Bağımlı değişkenler uyku süresi, uyku kalitesi, uykuya dalma süresi ve bilişsel fonksiyonlar (oryantasyon, bellek, konsantrasyon); bağımsız değişken aromaterapi uygulaması olmuştur. Müdahale ve Kontrol Grubunun Randomizasyonu Randomizasyon: Araştırma kriterlerine uyan yaşlı sakinlerin adları listelenmiş, cinsiyet değişkenine göre tabakalandırılmış ve basit rastgele yöntemle her gruba eşit dağıtım sağlanmıştır; her iki gruba da 15’er erkek ve 15’er kadın atanmıştır. Araştırılacak Popülasyon & Gönüllülerin Seçimi: Sağlıklı, 65 yaş ve üzeri 30 kadın ile 30 erkek olmak üzere toplam 60 gönüllü seçilmiştir. Gönüllülerin Araştırmaya Katılım Düzenlemeleri: Katılımcılara araştırmanın amacı, süreci, olası yararları ve sonlandırma koşulları hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş ve yazılı onam alınmıştır. Araştırmaya Alınma Kriterleri: Katılımcıların 65 yaş üstünde bulunması, uygulamaya engel durumu olmaması, araştırmaya katılmayı kabul etmesi, psikiyatrik sorunu ve mental yetersizlik tanısı almamış olması, iletişimi kısıtlayacak işitme-konuşma engeli veya koku alma bozukluğu bulunmaması, solunum sistemi hastalığı ya da allerjik deri hastalığı öyküsü olmaması, çalışmada kullanılacak esansiyel yağlara alerjisinin bulunmaması, araştırma döneminde başka geleneksel-tamamlayıcı uygulama kullanmaması, Epworth Uykululuk Ölçeği puanının ≥ 11 ve PUKİ puanının ≥ 5 olması sağlanmıştır. Araştırmaya Alınmama Kriterleri: Uyku kalitesini etkileyen ilaç kullanımı, BKİ ≥ 30 ,

5 ve üzeri ağrı skoru, bitki veya koku alerjisi, astım ya da KOAH öyküsü varlığı dışlama nedeni oluşturmıştır. Müdahale Öncesi ve Sonrası Verilerin Toplanması Veri Toplama Araçları: Tanıtıcı Bilgi Formu, Epworth Uykululuk Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Blessed Oryantasyon-Bellek-Konsantrasyon Testi (BOBKT) kullanılmıştır. Anketler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniğiyle doldurulmuştur. Uykuya ilişkin objektif veriler, katılımcılara verilen invaziv olmayan Oppo Watch Free akıllı saatler ve Oppo A16 telefonlar aracılığıyla kaydedilmiştir. Epworth Uykululuk Ölçeği: Johns (1991) tarafından geliştirilmiş, Türkiye geçerlilik-güvenirlilik çalışması İzci vd. (2008) tarafından yapılmıştır; Cronbach $\alpha = 0,737$ saptanmıştır. PUKİ: Buysse vd. (1989) tarafından geliştirilen ölçek, Ağargün vd. (1996) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır; toplam 7 bileşenden oluşan puan 0-21 aralığında değerlendirilmiştir. BOBKT: Blessed vd. (1968) tarafından geliştirilen, Katzman vd. (1983) tarafından revize edilen ve Türkçe standardizasyonu yapılan test 6 madde içermiştir; Cronbach $\alpha = 0,758$ bulunmuştur. Giyilebilir Cihazlar: Oppo Watch Free cihazları, üç eksenli ivmeölçer, bilek sıcaklığı ve ortam ışığı sensörleri aracılığıyla kesintisiz veri kaydı sağlamıştır. Bu cihaz aracılığıyla toplam uyku süresi, uykuya dalma süresi, REM ve derin uyku süresi, uyanma sayısı ve gece boyunca geçirilen uyku evreleri nesnel olarak kaydedilmiştir. Veriler senkronize Oppo A16 telefonlar aracılığıyla haftalık olarak toplanmıştır. Kaydedilen veriler araştırma sonunda istatistik yazılımına aktarılmıştır. Aromaterapi Uygulamasında Kullanılan Yağların Hazırlanması Araştırma Materyali: Vetiver, sedir, misk adaçayı, greyfurt, petitgrain (turunç), peppermint ve palmarosa esansiyel yağları aynı üretici firmadan temin edilmiş ve koyu renkli, 10 mL hacimli, emniyet kapaklı cam şişelerde korunmuştur. Literatür (Johnson, 2015; Son vd., 2019; Lin vd., 2019) ve lisanslı aromaterapi uzmanı görüşü doğrultusunda gündüz için peppermint, palmarosa, gece için vetiver, sedir, misk adaçayı, petitgrain, greyfurt karışımları hazırlanmıştır. Materyalin Hazırlanması: Karışımlar 1:1 oranda oluşturulmuştur. Gri kapaklı şişede (gündüz, saat 11.00) peppermint-palmarosa, mavi kapaklı şişede (gece, saat 21.30) vetiver-sedir-misk adaçayı-petitgrain-greyfurt yağları yer almıştır. Şişeler, okunabilir etiketlerle “Gündüz” ve “Gece” şeklinde işaretlenmiştir. Deney Protokolünün Uygulanması Müdahale Grubu: İlk gün tüm anketler uygulanmış ve giyilebilir cihazlar takılmıştır. Katılımcılar, araştırmacı gözetiminde 4 hafta boyunca gündüz saat 11.00’de peppermint-palmarosa, gece saat 21.30’da vetiver-sedir-misk adaçayı-petitgrain-greyfurt karışımlarını pamuk üzerine beş damla damlatarak 10’ar dakika inhalasyon yoluyla solumuştur. Dördüncü hafta sonunda Epworth, PUKİ ve BOBKT tekrar uygulanmış; akıllı saat ve telefonlar geri toplanarak veriler bilgisayara aktarılmıştır. Katılımcılar beşerli gruplar hâlinde işlem görmüştür. Kontrol Grubu: İlk gün anketler doldurulmuş ve giyilebilir cihazlar takılmıştır. Kontrol grubuna aromaterapi uygulanmamış; dört hafta sonunda anketler tekrarlanmış ve cihazlar geri alınmıştır. Tüm veriler aynı yöntemle bilgisayara aktarılmıştır. Katılımcılar beşerli gruplar hâlinde izlenmiştir.

Bulgular: Uyku Kalitesi PUKİ Toplam Puanı Dört haftalık müdahale sonunda PUKİ toplam skoru, müdahale grubunda $13,97 \pm 1,33$ 'ten $7,73 \pm 1,68$ 'e gerileyerek anlamlı bir iyileşme göstermiştir (Welch $t = -16,74$; $p < 0,001$; Cohen's $d = -3,84$). Kontrol grubunda başlangıç ve son ölçüm arasında anlamlı değişiklik izlenmemiştir ($13,93 \pm 1,22 \rightarrow 13,83 \pm 1,39$; $p = 0,427$). Bu bulgu, aromaterapinin yaşlı bireylerin genel uyku kalitesini klinik olarak "çok büyük" etki düzeyinde artırdığını göstermektedir. PUKİ Alt Bileşenleri Friedman testi, müdahale grubunda PUKİ'nin yedi alt boyutunun tamamında zamana bağlı anlamlı düşüşler olduğunu doğrulamıştır ($\chi^2 = 49,10$; $p < 0,001$), kontrol grubunda ise hiçbir alt boyutta istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır ($\chi^2 = 3,73$; $p = 0,155$). Öznel uyku kalitesi skoru %48, uyku latansı skoru %34, uyku süresi skoru %54 oranında iyileşmiştir. Uyku etkinliği ve uyku bozukluğu indekslerinde de benzer derecede düşüşler gözlenirken (her ikisi için $p < 0,001$), uyku ilacı kullanımı puanındaki azalma aromaterapinin farmakolojik desteğe gereksinimi azaltabileceğini düşündürmektedir. Gündüz işlev bozukluğu bileşeninde sağlanan %36'lık düşüş, gece uykusundaki iyileşmenin gündüz performansına doğrudan yansıdığını desteklemektedir. Objektif Uyku Parametreleri Toplam Gece Uykusu Giyilebilir cihaz verileri, müdahale grubunda toplam uyku süresinin $322,07 \pm 15,28$ dakikadan $374,57 \pm 11,37$ dakikaya yükseldiğini ortaya koymuştur (Welch $t = 14,16$; $p < 0,001$; $d = 2,63$). Kontrol grubunda artış önemsizdir ($334,57 \pm 20,12 \rightarrow 338,03 \pm 16,04$ dk; $p = 0,241$). REM ve Derin Uyku Evreleri Müdahale grubunda REM süresi $42,57 \pm 8,72 \rightarrow 71,73 \pm 9,91$ dk (Welch $t = 12,78$; $p < 0,001$; $d = 2,83$) ve derin uyku (N3) süresi $16,97 \pm 6,07 \rightarrow 42,10 \pm 14,50$ dk (Welch $t = 7,12$; $p < 0,001$; $d = 0,98$) arasında artış göstermiştir. REM'deki bu belirgin yükselme, yaşlı bireylerde hafıza pekiştirme ve duygusal düzenleme süreçlerine olumlu katkı sağlayacak düzeydedir (Walker & Stickgold, 2004). Uykuya Dalma Süresi ve Bölünmeler Müdahale grubunda uyku latansı $63,93 \pm 8,82 \rightarrow 38,87 \pm 6,10$ dk'ya gerilemiş ($p < 0,001$; $d = -3,05$) ve gece boyunca uyanıklık süresi $47,5 \rightarrow 23,2$ dk azalmıştır. Uyku bölünmeleri $2,23 \pm 0,50 \rightarrow 1,37 \pm 0,40$ seviyesine düşerek kesintisiz uyku bütünlüğünün güçlendiğini göstermiştir ($p < 0,001$). Gündüz Uykululuğu Gündüz Uyku Süresi Müdahale grubunda gündüz uyku süresi $64,30 \pm 4,28 \rightarrow 47,43 \pm 9,07$ dk'ya inerek anlamlı olarak azalmıştır ($\chi^2 = 50,24$; $p < 0,001$; $d = -1,94$). Kontrol grubunda süre artış eğilimindedir ($p > 0,05$). Epworth Uykululuk Ölçeği Epworth skoru müdahale grubunda $11,8 \pm 3,0 \rightarrow 7,53 \pm 2,3$ şeklinde azalmış ($p < 0,001$; $d = -2,38$). Kontrol grubunda skor artmıştır ($12,6 \pm 2,6 \rightarrow 13,2 \pm 2,4$; $p = 0,087$). Sonuç, aromaterapinin gündüz aşırı uykululuğu klinik olarak anlamlı düzeyde azalttığını ve günlük işlevselliği desteklediğini teyit eder. Bilişsel İşlev Blessed Oryantasyon-Bellek-Konsantrasyon Testi (BOBKT) ortalaması müdahale grubunda $12,47 \pm 5,1$ 'den $6,80 \pm 3,5$ 'e düşerek kayda değer bir iyileşme göstermiştir (Welch $t = -6,94$; $p < 0,001$; $d = -1,60$). REM ve N3 artışlarının bellek konsolidasyonuna etkisiyle birlikte uçucu yağların limbik sistem aracılığıyla nörotransmitter modülasyonu bu sonuca katkıda bulunmuş olabilir (Jo et al., 2018). Kontrol grubunda BOBKT puanı anlamlı değişmemiştir. Etki Büyüklüğü ve İstatistiksel

GüçÇalışmadaki temel parametrelerin tamamında Cohen's d değerleri 0,80'in üzerinde, çoğunda ise > 2,50 olarak saptanmıştır (ör. PUKİ d = -3,84; REM d = 2,83). Post-hoc güç analizi, örneklemin (% 95'in üzerinde güç; 1-β > 0,94) sonuçların rastlantısallıktan uzak ve yüksek iç geçerliliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Müdahale ve Kontrol Gruplarının Aromaterapi öncesi 0. Gün ve Aromaterapi 30. Güne Göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Tablo 1: Müdahale ve Kontrol Gruplarının Aromaterapi öncesi 0. Gün ve Aromaterapi 30. Güne Göre Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Değişken	Müdahale Ort±Std Sapma (Med) (Min-Mak)	Kontrol Ort±Std Sapma (Med) (Min-Mak)	t	p	Cohen_d
^a Aromaterapi Öncesi 0.Gün PUKİ	13,97±1,38 (14) (10-17)	13,93±1,44 (14) (11-17)	0,092	0,927	0,024
^c Aromaterapi 30.Gün PUKİ	7,73±1,86 (8) (4-10)	13,83±1,26 (14) (11-16)	-14,889	0,000	-3,844
<u>Wilcoxon Test</u> Değeri	465	135			
<u>p değeri</u>	0,000	0,787			
Etki Büyüklüğü	0,876	0,002			

Müdahale ve Kontrol Gruplarının Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puanlarının Karşılaştırmalı Değerlendirmesi Bu çalışmada, aromaterapinin yaşlı bireylerde uyku kalitesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) toplam puanları müdahale ve kontrol gruplarında karşılaştırılmıştır. Müdahale grubuna uygulanan aromaterapi öncesi ve sonrası puanlar ile kontrol grubundaki değişimler çok yönlü analiz edilmiştir. Aromaterapi uygulamasının öncesinde, müdahale grubunun ortalama PUKİ puanı 13,97±1,38 (min: 10, maks: 17) olarak belirlenmiş, bu değer kontrol grubunda 13,93±1,44 (min: 11, maks: 17) olarak saptanmıştır. Gruplar arasında başlangıç düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı

görülmüştür ($t=0,092$; $p=0,927$; Cohen's $d=0,024$). Ancak aromaterapi uygulamasının ardından 30. gün sonunda, müdahale grubunun PUKİ puanı anlamlı düzeyde azalarak $7,73\pm1,86$ (min: 4, maks: 10) olarak hesaplanmıştır. Buna karşılık kontrol grubunun PUKİ puanı $13,83\pm1,26$ (min: 11, maks: 16) düzeyinde sabit kalmıştır. Gruplar arası bu fark istatistiksel olarak son derece anlamlı bulunmuştur ($t= -14,889$; $p<0,001$). Etki büyüklüğü ise Cohen's $d= -3,844$ olarak hesaplanmış, bu da aromaterapinin çok güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Grup içi analizlerde Wilcoxon testi kullanılmış; müdahale grubunda anlamlı bir değişim gözlemlenmiştir (Wilcoxon değeri=465; $p=0,000$; etki büyüklüğü=0,876). Buna karşılık kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır (Wilcoxon değeri=135; $p=0,787$; etki büyüklüğü=0,002). Bu bulgular, inhalasyon yoluyla uygulanan çok bileşenli aromaterapinin, yaşlı bireylerde öznel uyku kalitesini istatistiksel olarak anlamlı ve klinik açıdan önemli düzeyde iyileştirdiğini göstermektedir.

Müdahale ve Kontrol Gruplarının Aromaterapi öncesi 0. Gün ve Aromaterapi 30. Güne Göre Blessed Oryantasyon Bellek Konsantrasyon Testi (BOBKT) Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Tablo 2: Müdahale ve Kontrol Gruplarının Aromaterapi öncesi 0. Gün ve Aromaterapi 30. Güne Göre Blessed Oryantasyon Bellek Konsantrasyon Testi (BOBKT) Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Değişken	Müdahale Ort±Std (Med) (Min-Mak)	Sapma	Kontrol Ort±Std (Med) (Min-Mak)	t	p	Cohen_d
^a Aromaterapi Öncesi 0.Gün Toplam BOBKT	12,47±5,07 (12) (2-26)		13,37±5,07 (13) (6-22)	-0,688	0,494	-0,178
^c Aromaterapi 30.Gün Toplam BOBKT	6,8±3,46 (6,5) (0-13)		14,47±5,82 (13,5) (6-28)	-6,205	0,000	-1,602
Wilcoxon Test Değeri	351		67,5			
p değeri	0,000		0,018			
Etki Büyüklüğü	0,857		0,404			

Müdahale ve Kontrol Gruplarının Blessed Oryantasyon-Bellek-Konsantrasyon Testi (BOBKT) Toplam Puanlarının Karşılaştırmalı Değerlendirmesi Çalışmanın bu bölümünde, aromaterapi uygulamasının yaşlı bireylerde bilişsel işlevler üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla Blessed Oryantasyon-Bellek-Konsantrasyon Testi (BOBKT) toplam puanları incelenmiştir. Müdahale ve kontrol gruplarının 0. gün ve 30. gün değerleri karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir. Araştırmanın başlangıcında, müdahale grubunun ortalama BOBKT puanı $12,47 \pm 5,07$ (min: 2, maks: 26) iken, kontrol grubunun puanı $13,37 \pm 5,07$ (min: 6, maks: 22) olarak belirlenmiştir. Başlangıç puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = -0,688$; $p = 0,494$; Cohen's $d = -0,178$). Ancak 30. gün itibarıyla aromaterapi uygulanan müdahale grubunda BOBKT puanı anlamlı düzeyde azalarak $6,80 \pm 3,46$ (min: 0, maks: 13) seviyesine gerilemiştir. Kontrol grubunda ise BOBKT puanı $14,47 \pm 5,82$ (min: 6, maks: 28) düzeyinde artış göstermiştir. Bu fark istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlıdır ($t = -6,205$; $p < 0,001$) ve etki büyüklüğü Cohen's $d = -1,602$ olarak hesaplanmıştır; bu da aromaterapinin bilişsel işlevler üzerinde güçlü bir etkisi olduğunu göstermektedir. Grup içi değişimler Wilcoxon testi ile analiz edildiğinde, müdahale grubunda anlamlı bir bilişsel iyileşme saptanmıştır (Wilcoxon değeri=351; $p = 0,000$; etki büyüklüğü=0,857). Kontrol grubunda ise istatistiksel olarak daha sınırlı düzeyde bir değişim görülmüş (Wilcoxon değeri=67,5; $p = 0,018$) ve etki büyüklüğü daha düşük bulunmuştur (0,404). Bu bulgular, aromaterapinin yalnızca uyku kalitesi üzerinde değil, aynı zamanda yaşlı bireylerde bilişsel işlevleri de geliştirme potansiyeline sahip olduğunu ve bu etkinin istatistiksel olarak anlamlı ve klinik olarak anlamlı düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç: Bu randomize kontrollü araştırma, bakım evi ortamında yaşayan yaşlı bireylerde inhalasyon yoluyla uygulanan çok bileşenli aromaterapi müdahalesinin, uyku kalitesi, uyku yapısı, gündüz uykululuk düzeyi ve bilişsel işlevler üzerinde çok boyutlu ve anlamlı etkiler yarattığını ortaya koymuştur. Dört haftalık müdahale sonucunda, aromaterapi uygulaması ile müdahale grubunda: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı ve klinik açıdan büyük düzeyde iyileşme (Cohen's $d = -3,84$), Toplam gece uykusu süresi ile birlikte REM ve N3 (derin uyku) sürelerinde belirgin artış, Uykuya dalma süresi, gece bölünmeleri ve uyanıklık periyotlarında anlamlı azalma, Gündüz uyku süresi ve Epworth Uykululuk Ölçeği puanlarında dikkat çekici düşüş, Blessed Oryantasyon-Bellek-Konsantrasyon Testi (BOBKT) puanlarında bilişsel performans artışı gözlenmiştir. Gerek öznel ölçeklerle (PUKİ, ESS, BOBKT), gerekse nesnel ölçümlerle (giyilebilir uyku izleme cihazları) desteklenen bulgular, aromaterapinin yalnızca kısa vadeli bir rahatlama aracı değil; yaşlı bireylerde uyku fizyolojisini yeniden yapılandıran ve bilişsel fonksiyonları anlamlı düzeyde destekleyen bütüncül bir müdahale modeli olduğunu göstermektedir. Gündüz ve gece saatlerinde farklı yağ bileşimleriyle yapılandırılan protokolün sirkadiyen ritme uygunluğu, hem gece uykusunu iyileştirmekte hem de gündüz bilişsel performansı artırmaktadır. Araştırma bulguları, aromaterapinin yaşlı bireylerde

farmakolojik müdahalelere güvenli bir alternatif olarak kullanılabileceğini; non-invaziv, maliyeti düşük ve uygulaması kolay bir yöntemle hem bireysel hem kurumsal bakım süreçlerine entegre edilebileceğini ortaya koymuştur. Klinik pratikte hemşirelik müdahalesi olarak aromaterapinin daha yaygın biçimde kullanılması, hasta konforunu ve yaşam kalitesini artırmak açısından önemli bir potansiyel taşımaktadır. Sonuç olarak, inhalasyon yoluyla uygulanan aromaterapi, yaşlı bireylerde uyku sağlığı ve bilişsel kapasiteyi bütüncül biçimde destekleyen, bilimsel olarak geçerli, güvenilir ve uygulanabilir bir tamamlayıcı sağlık uygulaması olarak değerlendirilmelidir. Bu yönüyle, yaşlı bakımında bireyselleştirilmiş, multidisipliner ve kanıta dayalı yaklaşımlara entegre edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aromaterapi , Bilişsel Fonksiyonlar , İnhalasyon , Uyku , Yaşlılar

(SS-2)

HIV İle Yaşayan Kişilerde Erişkin Bağışıklama: Cerrahpaşa Deneyimi

Hacer Tekin¹, Yonca Gül Yakut¹, Beyhan Budak¹, Sibel Yıldız Kaya¹, Birgül Mete¹, Neşe Saltoğlu¹, Fehmi Tabak¹

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Amaç: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV), bağışıklık sistemini zayıflatarak kişileri fırsatçı enfeksiyonlara karşı savunmasız hale getirmektedir. HIV pozitif kişilerde, akut enfeksiyonlar genel popülasyona oranla daha şiddetli seyredebilir ve kronikleşme daha sık görülebilir. Bu nedenle, aşılama stratejileri bu hasta grubunda kritik bir öneme sahiptir. Aşılama döneminde, ideal olarak immün yanıtın gelişebilmesi için CD4+ T hücre sayısının 200/mm³ üzerinde olması tercih edilmektedir. HIV ile yaşayan kişilerde önerilen aşılama şeması; her yıl mevsimsel influenza aşısı, pnömokok aşısı (KPA13, ardından 8 hafta sonra PPV23), Tdap aşısı (10 yılda bir rapel), HPV aşısı, COVID-19 aşısı ve koruyucu antikorlu olmayanlar için Hepatit B ve A ve kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK) ve suçiçeği aşılarını içermektedir. Çalışmamızda polikliniğimizden takipli hastalarımızın aşı geçmişini gözden geçirerek bağışıklanma oranlarını ve Hepatit B aşısına karşı yanıtlarını değerlendirmeyi hedefledik. Bununla birlikte Hepatit B aşısına karşı antikor oluşmayan bazı hastalarda çift doz eş zamanlı intradermal+intramuskuler aşı tekniklerini deneyip sonuçlarını irdeledik.

Yöntem: Çalışmaya, Ocak 2009–Ağustos 2024 tarihleri arasında Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğinde HIV/AIDS tanısıyla takip edilen toplam 1244 hasta içerisinde düzenli gelen ve verileri eksiksiz olan 990 kişi (%79,6) dahil edildi. Laboratuvar sonuçlarına hastane bilgi sisteminden retrospektif olarak ulaşıldı. İnfluenza dışında diğer tüm aşılar CD4 T hücre sayısı 200/mm³’ün üzerinde iken uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 990 kişinin 885’i (%89) erkek, 105’i (11) kadın idi. Hepatit A’ya karşı bağışıklığı olmayan 158 kişiye aşı uygulandı. Seroloji negatifliği nedeniyle (11 kızamık, 5 kabakulak, 3 kızamıkçık, 4 bilinmeyen) 23 kişiye KKK aşısı uygulandı. Hepatit B serolojisi eksiksiz olan 872 hastanın 581’inde (%66,6) anti-HBs pozitif olarak saptandı anti-HBs negatif olan 278 kişiye Hepatit B aşısı uygulandı. 3 doz aşıya rağmen anti Anti-HBs negatif olan 7 kişiye çift doz intradermal+intramuskuler aşı uygulanmasının ardından 6’sında antikor yanıtı olduğu görüldü. Hastaların aşılanma durumu tabloda belirtilmiştir.

HIV ile yaşayan kişilerde aşılanma durumu

Aşı	Uygulanan Kişi Sayısı	Yüzde (%)
KPA13	524	52,92

KPA13 + PPV23	250	25,25
Td	273	27,57
Hepatit A	158	19,3
Meningokok	17	1,7
KKK	23	2,3
Hepatit B		
1 doz	90	9,09
2 doz	62	6,26
3 doz	104	10,50
4 doz	15	1,5
3 kez çift doz	7	0,7
Toplam (Hepatit B)	278	28,08

Hastaların aşılama oranları

Sonuç: Veriler hastane bilgi sisteminden retrospektif olarak değerlendirildiğinden eksiklikler olsa da hepatit A ve B ve KKK aşılama oranlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Yıllar içerisinde stratejiler değiştiğinden ve bazı dönemlerde aşılarla ulaşamadığından dolayı eksiklikler nedeniyle ise pnömokok aşı oranlarının ise %50 düzeyinde kaldığı görülmüştür. Koruyucu sağlık politikası bağlamında hastaların aşılama durumları yakın takip edilmeli ve aşı poliklinikleri ile iş birliğiyle uyarıcı sistemler aracılığıyla eksik aşıların tamamlanması konusunda hassasiyet gösterilmelidir.

Anahtar Kelimeler: "Erişkin bağışıklama" , "HIV bağışıklama"

(SS-3)

Kemik Tümörlü Hastalarda Hemşirelik Yaklaşımı: Bibliyometrik Çalışma

Kevser Varol¹ , Yasemin Güçlüel²

¹Metin Sabancı Baltalimanı Kemik Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Haliç Üniversitesi

²Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

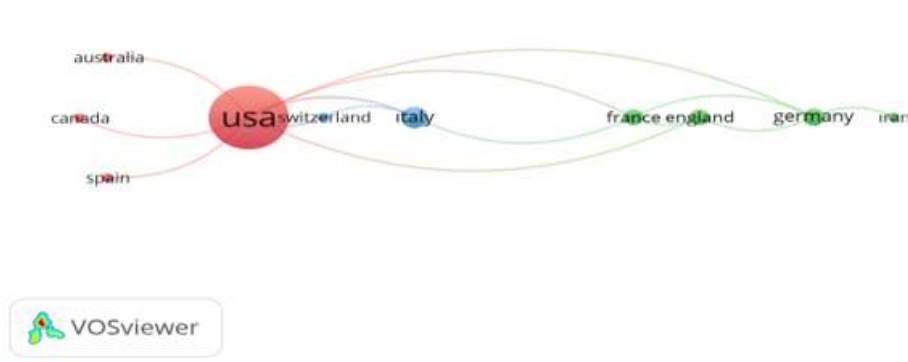
Amaç: Bu çalışmada kemik tümörü ve hemşirelik bakımı ile ilişkisi konusunda “Web of Science Core Collection (WoS)” veri tabanında yayınlanan araştırmalar bibliyometrik açıdan incelenerek, uluslararası düzeyde mevcut durumun ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bibliyometrik analizler için araştırmacıların en çok tercih ettiği veri seti olan Web of Science bu araştırmada kullanılmıştır (Moral-Munoz,2020). Bu araştırmanın verileri 10-15 Temmuz 2024 tarihinde (WoS) veri tabanında 2004-2024 yılları aralığında bulunan yayınlar arasından toplanmış ve VOSviewer (1.6.15) programı kullanılarak performans analizi ve bilimsel haritalama kullanılarak bibliyometrik olarak analizi yapılmıştır.

Bulgular: Bibliyometrik analizde; Web of Science kategorisine, doküman çeşidi, yayın yılları, öne çıkan araştırmacılar, öne çıkan ülkeler ve en fazla kullanılan anahtar kelimeler analiz edilmiştir. Yayınlar Web of Science kategorisinde incelenmiş olup en az 2 yayının yer aldığı kategoriler listelendiğinde sıralamanın; Onkoloji (n=36), Hemşirelik (n=20), Hematoloji (n=10), Sağlık Bakım Hizmetleri (n=7), Genel Dahili Tıp (n=6), İmmünoloji (n=6), Pediatri (n=6), Multidisipliner Bilimler (n=4), Ortopedi (n=4), Klinik Nöroloji (n=3), Sağlık Politikası Hizmetleri (n=3), Tamamlayıcı Tıp (n=3), Tıpta Deneysel Araştırmalar (n=3), Kamu Çevre ve İş Sağlığı (n=3), Metabolik Endokrinoloji (n=2), Obstetrik Jinekoloji (n=2), Farmakoloji İlaç (n=2), Tıbbi Görüntüleme (n=2), Rehabilitasyon (n=2), Romatoloji (n=2) şeklinde olduğu görülmektedir. Yayınların doküman türüne göre dağılımı incelendiğinde; Makale (n=77), Derleme Makale (n=23), Özet Bildiri (n=4), Editöre Mektup (n=3), Kitap Bölümü (n=1) şeklinde olduğu görülmektedir. Yayınların yıllara göre dağılımı incelendiğinde; 2024 yılında (n=2), 2023 yılında (n=4), 2022 yılında (n=12), 2021 yılında (n=8), 2020 yılında (n=6), 2019 yılında (n=3), 2018 yılında (n=3), 2017 yılında (n=11), 2016 yılında (n=5), 2015 yılında (n=4), 2014 yılında (n=7), 2013 yılında (n=5), 2012 yılında (n=3), 2011 yılında (n=5), 2010 yılında (n=4), 2009 yılında (n=5), 2008 yılında (n=6), 2007 yılında (n=4), 2006 yılında (n=0), 2005 yılında (n=6), 2004 yılında (n=2) olduğu görülmüştür. Yayınlarda yazarlara göre yayın sayısı incelendiğine her yazarın en fazla iki yayını olduğu gözlemlenmiş olup alıntı sayısı 150’den fazla olan yazarların; Giancotti F. (n=423), Malavasi F (n=171), Tamagnane I. (n=171), Vaisitti T. (n=171), Bergui I. (n=171), Bonello I. (n=171), Boumsel I. (n=171), Deaglio S. (n=171), Horenstien Al. (n=171) olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmada yayınların ülkelere göre dağılımı incelendiğinde ülkelere; ABD (n=41), Çin

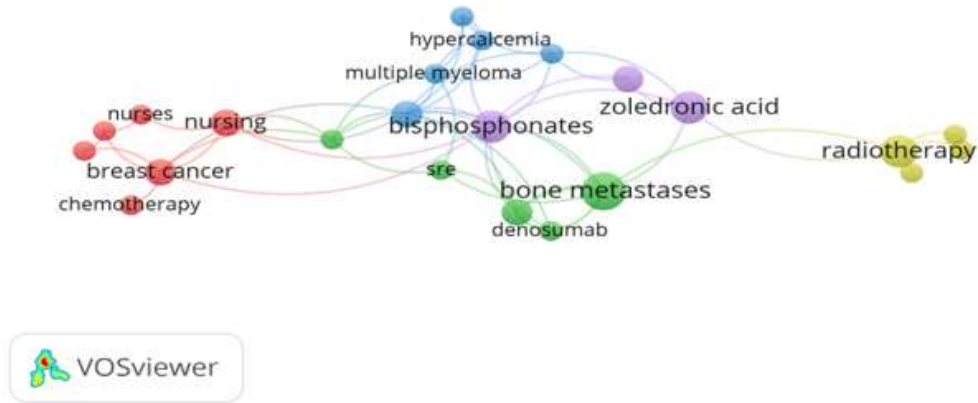
(n=12), İtalya (n=9), Almanya (n=7), İngiltere (n=6), Fransa (n=6), Avusturalya (n=3), Kanada (n=3), İran (n=3), Polonya (n=3), İspanya (n=3), İsviçre (n=3), Nijerya (n=2), Japonya (n=2), Arjantin (n=2) olduğu görülmektedir. Yayınlardaki anahtar kelimelerin kullanımı doğrultusunda oluşturulan haritada en çok 'bone metastases' kelimesinin kullanıldığı ve etkileşim aldığı görülmektedir.

Ülkelere Göre Yayınların Haritalanması



Şekil 1. Ülkelere Göre Yayınların Haritalanması

Makalelerde Yer Alan Anahtar Kelimelerin Haritalanması



Şekil 2. Makalelerde Yer Alan Anahtar Kelimelerin Haritalanması

Web of Science Kategorisine Göre Yayınların Dağılımı (2004-2024)

Web of Science Kategorisi	Yayın Sayısı 105	Yayın Yüzdesi (%)
Onkoloji	36	34.286
Hemşirelik	20	19.048
Hematoloji	10	9.524
Sağlık Bakım Hizmetleri	7	6.667
Genel Dahili Tıp	6	5.714
İmmünoloji	6	5.714
Pediyatri	6	5.714
Multidisipliner Bilimler	4	3.810
Ortopedi	4	3.810
Klinik Nöroloji	3	2.857
Sağlık Politikası Hizmetleri	3	2.857
Tamamlayıcı Tıp	3	2.857
Tıpta Deneysel Araştırmalar	3	2.857
Kamu Çevre ve İş Sağlığı	3	2.857
Cerrahi	3	2.857
Metabolik Endokrinoloji	2	1.905
Obstetrik Jinekoloji	2	1.905
Farmakoloji İlaç	2	1.905
Tıbbi Görüntüleme	2	1.905
Rehabilitasyon	2	1.905
Romatoloji	2	1.905

Bibliyometrik analizde; Web of Science kategorisine, doküman çeşidi, yayın yılları, öne çıkan araştırmacılar, öne çıkan ülkeler ve en fazla kullanılan anahtar kelimeler analiz edilmiştir. Yayınlar Web of Science kategorisinde incelenmiş olup en az 2 yayının yer aldığı kategoriler listelendiğinde sıralamanın; Onkoloji (n=36), Hemşirelik (n=20), Hematoloji (n=10), Sağlık Bakım Hizmetleri (n=7), Genel Dahili Tıp (n=6), İmmünoloji (n=6), Pediyatri (n=6), Multidisipliner Bilimler (n=4), Ortopedi (n=4), Klinik Nöroloji (n=3), Sağlık Politikası Hizmetleri (n=3), Tamamlayıcı Tıp (n=3), Tıpta Deneysel Araştırmalar (n=3), Kamu Çevre ve İş Sağlığı (n=3), Metabolik Endokrinoloji (n=2), Obstetrik Jinekoloji (n=2), Farmakoloji İlaç (n=2), Tıbbi Görüntüleme (n=2), Rehabilitasyon (n=2), Romatoloji (n=2) şeklinde olduğu görülmektedir.

Yazarlara Göre Alıntılarının Dağılımı (2004-2024)

Yazarlar	Alıntı Sayısı
Flippo G.	423
Giancotti	171
F.Malavasi	171
I Tamagnane	171
T. Vaisitti	171
I Bergui	171
I Bonello	171
I Boumsel	171
S. Deaglio	171
Al. Horenstein	171
*Alıntı sayısı 150'nin üzerinde olan yazarlar alınmıştır.	

Alıntı sayısı 150'den fazla olan yazarların; Giancotti F. (n=423), Malavasi F (n=171), Tamagnane I. (n=171), Vaisitti T. (n=171), Bergui I. (n=171), Bonello I. (n=171), Boumsel I. (n=171), Deaglio S. (n=171), Horenstien Al. (n=171) olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışma kapsamında, Web of Science “bone metastases”, “nursing” ve “nursing care” kategorisinde çalışmalar olduğu, konu ile ilgili ele alınan yayınlara 558 yazarın katkıda bulunduğu, yazarların bu konu hakkında en fazla iki çalışma yürütmüş olduğu, Giancotti F.G. tarafından yapılan çalışmalarda atıf sayısının daha fazla olduğu, en çok yayının sırayla Amerika Birleşik Devletleri ve Çin’de olduğu saptanmıştır. Yayın oranının yoğun şekilde 2022 yılında olduğu, en sık kullanılan ve en fazla bağlantı bulunan anahtar kelimenin “bone metastases” olduğu sonuçları elde edilmiştir. Kemik tümörü ve hemşirelik bakımı hakkında yapılan çalışmaların az olduğu, hemşirelik çalışmalarının sınırlı olduğu ve konu ile ilgili daha fazla çalışmanın yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu konuda yayınların ve araştırmaların teşvik edilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: hemşirelik , hemşirelik bakımı , kemik tümörü , Malign kemik tümörü

(SS-4)

Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyotelizm ve Dijital Demans Durumlarının Hasta Bakım Davranışlarına Etkisi

Ezgi Seyhan Ak¹, **Mertcan Kırış**², Hatice Merve Alptekin³

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

²Özel Gaziosmanpaşa Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi

³Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Amaç: Hemşirelik öğrencilerinin sosyotelizm ve dijital demans durumlarının hasta bakım davranışlarına etkisini incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte gerçekleştirilen çalışmanın örneklemini 285 öğrenci oluşturdu. Veriler, öğrencilerin demografik ve bireysel özelliklerini belirlemeye yönelik “Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Sosyotelizm Ölçeği, Dijital Demans Değerlendirme Formu”, “Bakım Davranışları Ölçeği-24” kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Araştırma kapsamında elde edilen veriler, SPSS for Windows (Version 20.0, Statistical Package for Social Sciences) programı ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmada öğrencilerin yaş ortalamasının 21,51±1,54 yıl, %81,1’inin kadın olduğu görüldü. Öğrencilerin %98,9’unun akıllı telefon kullandığı ve internet erişiminin olduğu belirlendi. Öğrencilerin dijital demans ile ilgili durumları değerlendirildiğinde; öğrencilerin telefon numaralarını ezberlemekte güçlük (%50,5), ve unutkanlık yaşadıkları (%51,2) görüldü. Sosyotelizm Ölçeği toplam puanının 28,39 ± 6,0; Bakım Davranışları Ölçeği toplam puanının 4,84 ± 0,67 olduğu bulundu. Öğrencilerin bir günde internette geçirdikleri süre ile sosyotelizm ölçeği toplam puanı arasında anlamlı ilişki olduğu belirlendi (F=8,02; p=0,00). Bir günde telefona bakmadan geçirilen süre ve cinsiyet ile bakım davranışları ölçeği toplam puanı arasında anlamlı ilişki olduğu bulundu (F=3,66; p=0,01). Sosyotelizm Ölçeği telefon tutkusu alt boyutu ile Bakım Davranışları Ölçeği bağlılık alt boyutu puanları dışında diğer tüm alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı ilişki olduğu belirlendi.

Sonuç: Çalışmada öğrencilerin sosyotelizm ölçeğinden aldıkları puana göre sosyotelizm (phubbing) bağımlılığı olmadığı; nadiren de olsa unutkanlık yaşadığı, unutkanlıktan dolayı klinik uygulamada zorlandığı, teknolojik alet kullanımına bağlı konsantrasyon kaybı yaşadığı ilaç ve insan isimlerini ezberlemekte zorlandıkları belirlendi. Öğrencilerin BDÖ-24 puan ortalamalarının düşük olmadığı görüldü. Öğrencilerin sosyotelizm durumlarının bakım davranışlarını etkilediği bulundu.

Anahtar Kelimeler: Bakım, Dijital demans, Dijital teknoloji, Hemşirelik öğrencisi, Sosyotelizm

(SS-6)

Hemşire Bakım Kalitesine İlişkin Göstergeler İle Hemşire-Hasta Oranları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Gülşen Turfan¹, Naile Boduç¹, Beyhan Budak¹, Seher Altay¹, Esen Çavuşlu Huy¹, Özkan Karadede¹, Nadiye Alkay¹, Sermin Dinç¹, Derviş Güneş¹

¹ÜC-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi

Amaç: Araştırmanın amacı; 2018-2021 yıllarındaki hemşirelik bakım göstergelerinden olan basınç ülseri, oral mukozit, düşme, periferik venöz katater enfeksiyonları ile hemşire-hasta oranlarının incelenmesi.

GİRİŞBakım, insanlığın tarihiyle başlayan ve etik yönleri olan bir kavramdır (Gül, 2019). İnsan büyüme ve gelişiminin temel parçası olup her birey için yaşam boyu süren bir gereksinimdir. Var olmanın yolu olan bakım, çok boyutlu bir kavram olup literatürde farklı şekillerde tanımlanmıştır (Korkut Bayındır ve Biçer, 2019). Türk Dil Kurumuna (TDK) göre bakım; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenmek ve sağlamaktır (TDK, <https://sozluk.gov.tr/> Erişim: 12.11.2024). Watson'a göre bakım, sağlığı geliştirmek, ve hastalıkları önlemek için insan gereksinimlerinin karşılanmasıyla sonuçlanan kişilerarası süreci kapsayan girişimdir (Korkut Bayındır ve Biçer, 2019). Yalnızca hemşireliğe özgü olmamakla birlikte hemşireler tarafından sürdürülen bakım, hemşireliğin var olma sebebi olarak tanımlanmaktadır (Gül, 2019). Bakım, hemşirelik bilgisi, becerisi ve uygulamasının merkezindedir. Sağlanan bakımın etkinliği, hastanın tedaviye uyumunda rol oynamaktadır. Sağlıklı bir bireyin sağlığını iyileştirmek veya hasta bir bireyin sağlığını geri kazandırmak, etkili ve kaliteli hemşirelik bakımıyla mümkün olmaktadır (Karaca ve ark. 2022). Bu nedenle hasta yatışından taburculuğa kadar bakım sürecinin kalitesinin arttırılması ve değerlendirilmesi, klinik sonuçların iyileştirilmesi amacıyla kalite göstergeleri veya indikatörler kullanılmaktadır (Efe ve ark. 2018). Bu indikatörler sayı, oran, ortalama, sıklık, yüzde gibi ifadelerle gösterilmektedir (Bıyık ve Türe, 2020). Yatak doluluk oranları, ilaç hataları, mortalite oranı, periferik venöz kateter enfeksiyonu, oral mukozit, düşme, bası yarası, hasta bakım maliyeti gibi indikatörler bakım kalitesini değerlendirmede sık kullanılmaktadır (Dursun Ergezen ve Kol 2021). Periferik venöz kateterler (PVK); hemşirelik uygulamalarında sık kullanılan invaziv girişimler olup destekleyici ve müdahale edici tedavinin doğrudan kan dolaşımına verilmesini sağlamaktadır. Periferik venöz kateterlerle ilişkili komplikasyonlar arasında en sık olarak enfeksiyonlar görülmektedir. Enfeksiyona ek olarak, periferik venöz kateterler tıkanıklık, infiltrasyon, flebit gibi komplikasyonlara yol açabilmektedirler (Marsh ve ark. 2024). Hasta bakım indikatörlerinden olan düşmeler; hastalar ve sağlık kuruluşları açısından büyük sorun oluşturmaktadır. Düşmeler; yaralanmaya, düşme korkusuna, işlevsel gerilemeye ve hatta ölüme yol açabilmekle beraber hastanede kalış süresini uzatabilmektedir. Hastalık veya tedavi nedeniyle hastaneye yatmak ve

alışık olunmayan bir ortam, düşme ve düşmeye bağlı yaralanma riskini artırmaktadır (Katsulis ve ark. 2016; Mitchell ve ark. 2018). Alan yazında hastanede uzun süre yatan hastaların yaklaşık %15'inin düşme deneyimlediği belirtilmektedir (Bayraktar ve Türk 2021). Bası yarası yaşlılarda ve hareket kabiliyeti kısıtlı hastalarda yaygın olarak görülen ağrılı, maliyetli ancak önlenabilir bir sorundur. Tedavi maliyeti, önlenmesinin 2,5 katı olup hastanede kalış süresini 4 günden 30 güne çıkarır. Bası yarası, yaşam kalitesini düşürür ve ağrıyı, morbiditeyi ve mortaliteyi artırır (Dalvand ve ark. 2018). Sağlık bakım kuruluşları için önemli bir kalite indikatörü olan bası yarası, basınç veya basınçla birlikte kesme sonucu kemik çıkıntısı üzerindeki ciltte ve/veya alttaki dokuda oluşan lokal bir yaralanma olarak tanımlanmaktadır (Ghorbani Vajargah ve ark. 2023). Bası yarası riskinin belirlenmesinde, önleyici girişimlerin planlanmasında birçok risk tanımlama ölçekleri kullanılmaktadır. En yaygın kullanılanı Braden Risk Değerlendirme Ölçeği'dir. Sağlık hizmetlerinde bası yarası insidans ve prevelansına ilişkin veriler, sunulan bakımın kalitesini değerlendirmede bir gösterge olarak alınmaktadır (Fırat Kılıç ve Sucudağ 2017). Oral mukozit (OM), ülserasyonla karakterize, ağrıya, yutma güçlüğüne ve konuşma yeteneğinin bozulmasına neden olabilen mukozal membranın iltihabı olarak tanımlanmaktadır (Wallhult ve ark. 2018). Oral mukozitin önlenmesi ve tedavisi için izlem ve değerlendirme gerekmektedir. Oral değerlendirmede şiddet ve toksisitenin belirlenmesi amacıyla birçok ölçekler geliştirilmiştir. Ölçekler genellikle likert tipinde puanlandırma yapmaktadır. Kullanımı kolay olduğu, objektif ve sübjektif ölçütleri içerdiği için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Oral Toksisite Ölçeği en sık kullanılan ölçektir (Cerit ve Turan, 2024). Hemşire – hasta oranları hastaya doğrudan bakım sağlamak için mevcut hemşire sayısının bir ifadesidir. Sağlık hizmetlerinde hemşire-hasta oranları bakımın kalitesini ve güvenliğini etkilemektedir (Carlisle ve ark. 2020). Periferik Venöz kateter enfeksiyonları, düşme, oral mukozit, bası yarası ve bunlara bağlı mortalite oranları ve hasta memnuniyeti gibi sonuçlar hastaların aldıkları bakımın değerini belirlemede hayati öneme sahip olan “hemşire-hasta oranı” ile ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle, bakım kalitesini artırmada “hemşire-hasta oranlarının” hasta sonuçlarını nasıl etkilediğini anlamak çok önemlidir (Aljlime ve ark.2022).

Yöntem: Araştırmanın amacı; 2018-2021 yıllarındaki hemşirelik bakım göstergelerinden olan basınç ülseri, oral mukozit, düşme, periferik venöz kateter enfeksiyonları ile hemşire-hasta oranlarının incelenmesi. Bu doğrultuda araştırma tanımlayıcı-retrospektif tasarımda planlanmıştır.EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ Araştırmada 2018-2021 yıllarına ait tüm gösterge raporları ile bu yıllara ait aktif çalışan tüm hemşireler ve yatan hastalar dahil edilmiştir.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE VERİLERİN TOPLANMASI Veriler, “Basınç Ülseri Değerlendirme ve İzlem Formu”, “Oral Mukozit İzlem Formu”, “Düşme Bildirim Formu”, “Periferik Venöz Kateter İzlem Formu” kullanılarak toplanmıştır.ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ Bu araştırma için xx üniversite

hastanesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan izin alınmıştır (2022 /01 No'lu)ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI2018-2021 yılları arasındaki verilerle kısıtlıdır.

Bulgular: BASINÇ ÜLSERİAraştırma 2018-2021 tarihleri arasında Bir Üniversite Hastanesinde %50,4'ü (n=347) kadın, %49,6'sı (n=341) erkek olmak üzere toplam 688 olguyla yapılmıştır. Olguların yaşları ile arasında değişmekte olup; ortalaması 65,07±19,52'dir. Araştırmaya katılanların tanıları incelendiğinde; % 46,9'u (n=323) cerrahi tanı, %12,1'i (n=83) covid 19, %40'ı (n=275) medikal tanı, %1'i (n=7) tetkik tanısı olduğu görülmüştür.Olgularda yaranın olduğu bölgeler incelendiğinde; %10,8'i (n=74) baş, %1'i (n=7) üst ekstremit, %7,3'ü (n=40) sırt, %46,2'si (n=318) sakrum, %36,5'i (n=251) gluteal, %18,5'i (n=127) alt ekstremit bölgelerinde oldukları 2018 yılında toplamda hasta sayısı 15772, riskli hasta sayısı 5317 iken; basınç yaralı hasta sayısı 165 olduğu görülmüştür. Riskli hastaların %3,1'i basınç yaralı hastalardan oluşmaktadır. 2019 yılında toplamda hasta sayısı 15579, riskli hasta sayısı 5916 iken; basınç yaralı hasta sayısı 151 olduğu görülmüştür. Riskli hastaların %2,6'sı basınç yaralı hastalardan oluşmaktadır. 2020 yılında toplamda hasta sayısı 13829, riskli hasta sayısı 6154 iken; basınç yaralı hasta sayısı 185 olduğu görülmüştür. Riskli hastaların %2,5'i basınç yaralı hastalardan oluşmaktadır. 2021 yılında toplamda hasta sayısı 22243, riskli hasta sayısı 9533 iken; basınç yaralı hasta sayısı 187 olduğu görülmüştür. Riskli hastaların %1,96'ı basınç yaralı hastalardan oluşmaktadır. göre basınç yaralı hastaların oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001; p < 0,01). 2021 yılında basınç yaralı hasta oranı, 2018, 2019 ve 2020 yıllarından daha düşük saptanmıştır.Yıllara göre hemşire başına düşen hasta sayısı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p > 0,05).ORAL MUKOZİTHastanesinde %49,8'i (n=285) kadın, %50,2'si (n=287) erkek olmak üzere toplam 572 olguyla yapılmıştır.2018 yılında toplamda yatan hasta sayısı 42729, riskli hasta sayısı 31337 iken; oral mukozitli hasta sayısı 149 olduğu görülmüştür. Riskli hastaların %0,48'i oral mukozitli hastalardan oluşmaktadır.2019 yılında toplamda yatan hasta sayısı 47769, riskli hasta sayısı 36777 iken; oral mukozitli hasta sayısı 158 olduğu görülmüştür. Riskli hastaların %0,43'ü oral mukozitli hastalardan oluşmaktadır.2020 yılında toplamda yatan hasta sayısı 36590, riskli hasta sayısı 27266 iken; oral mukozitli hasta sayısı 120 olduğu görülmüştür. Riskli hastaların %0,44'ü oral mukozitli hastalardan oluşmaktadır.2021 yılında toplamda yatan hasta sayısı 46847, riskli hasta sayısı 27502 iken; oral mukozitli hasta sayısı 144 olduğu görülmüştür. Riskli hastaların %0,52'si oral mukozitli hastalardan oluşmaktadır.Yıllara göre oral mukozitli hastaların oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p > 0,05).Yıllara göre hemşire başına düşen hasta sayısı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,049; p < 0,05). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; 2019 yılında hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı 2020 yılından daha fazladır (p=0,041; p < 0,05).DÜŞME Hastanesinde %46,7'si (n=157) kadın, %53,3'ü (n=179) erkek olmak

üzere toplam 336 olguyla yapılmıştır. Olguların yaşları 0,083 ile 93 arasında değişmekte olup; ortalaması $55,43 \pm 25,05$ 'dir. Olguların %63,4'ü (n=213) servis/klinikte, %23,8'i (n=80) WC/banyoda, %6,3'ü (n=21) koridorda, %2,4'ü (n=8) hasta odasında, %1,2'si (n=4) görüntülenme alanında, %0,6'sı (n=2) ayaktan tedavi alanında ve %5,7'si (n=19) diğer yerlerde düşmüştür. Olguların %5,1'i (n=17) banyoda, %19,6'sı (n=66) yerde bulunmuş, %22'si (n=74) yataktan, %23,8'i (n=80) kayma nedeniyle, %6,5'i (n=22) takılma nedeniyle, %1,8'i (n=6) baş dönmesi, %2,7'si (n=9) denge kaybı, %13,1'i (n=44) bayılma nedeniyle düşmüş; %2,1'i (n=7) muayene masasından, %6,8'i (n=23) kısıtlamadan kurtularak ve %11,3'ü (n=38) diğer nedenlerle düşmüştür. Olguların %62,5'i (n=210) oryante/koopere, %34,8'i (n=117) sakin, %5,7'si (n=19) disoryante, %7,7'si (n=26) uykuya eğilimli, %6'sı (n=20) ajite, %2,1'i (n=7) konfüze ve %4,2'si (n=14) diğer durumdadır. 2018 yılında toplamda hasta sayısı 29727, riskli hasta sayısı 25797 iken; düşme yaralı hasta sayısı 94 olduğu görülmüştür. Riskli hastaların %0,25'i düşme yaralı hastalardan oluşmaktadır. 2019 yılında toplamda hasta sayısı 26242, riskli hasta sayısı 24512 iken; düşme yaralı hasta sayısı 98 olduğu görülmüştür. Riskli hastaların %0,40'ı düşme yaralı hastalardan oluşmaktadır. 2020 yılında toplamda hasta sayısı 12360, riskli hasta sayısı 11580 iken; düşme yaralı hasta sayısı 62 olduğu görülmüştür. Riskli hastaların %0,54'ü düşme yaralı hastalardan oluşmaktadır. 2021 yılında toplamda hasta sayısı 20916, riskli hasta sayısı 19520 iken; düşme yaralı hasta sayısı 82 olduğu görülmüştür. Riskli hastaların %0,42'si düşme yaralı hastalardan oluşmaktadır. Yıllara göre riskli hastaların düşme yaralı olma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Yıllara göre hemşire başına düşen hasta sayısı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$; $p < 0,01$). Farklılığın kaynağını belirlemek üzere yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; 2020 yılında hemşire başına düşen hasta sayısı oranları 2018 ve 2019 yıllarından daha yüksek saptanmıştır ($p=0,006$; $p=0,006$; $p < 0,01$). PVK Hastanesinde %43,8'i (n=222) kadın, %56,2'si (n=285) erkek olmak üzere toplam 507 olguyla yapılmıştır. Olguların yaşları 0,0027 ile 93 yıl arasında değişmekte olup; ortalaması $39,69 \pm 30,03$ 'tür. Kanülün kalış süresi incelendiğinde; 0,08 ile 240 saat arasında değişmekte olup ortalama $47,51 \pm 35,99$ saattir. Olgularda komplikasyon türleri incelendiğinde; %44,6'sında (n=226) flebit, %16,6'sında (n=84) infiltrasyon, %6,3'ünde (n=32) giriş yeri enfeksiyonu görülmüştür. 2018 yılında toplam kateter sayısı 224628, kateter gün sayısının ortalama 7372 olduğu, PVK yarası sayısının ise 170 olduğu görülmüştür. 2019 yılında toplam kateter sayısı 193683, kateter gün sayısının ortalama 9020 olduğu, PVK yarası sayısının ise 119 olduğu görülmüştür. 2020 yılında toplam kateter sayısı 164625, kateter gün sayısının ortalama 8898 olduğu, PVK yarası sayısının ise 99 olduğu görülmüştür. 2021 yılında toplam kateter sayısı 195430, kateter gün sayısının ortalama 7785 olduğu, PVK yarası sayısının ise 119 olduğu görülmüştür. Yıllara göre hemşire başına düşen kateter sayısı oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,026$; $p < 0,05$). 2018 yılında hemşire başına

düşen katater sayısı oranları 2020 ve 2021 yıllarından anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,041; p=0,028; p < 0,05).

Yıllara Göre Riskli Hastaların Basınç Yaralı Olma, Oral Mukozit Olma,Düşme, Periferik Venöz
Kateter Oranlarının Karşılaştırılması

Yıllara Göre Riskli Hastaların Basınç Yaralı Olma Oranlarının Karşılaştırılması				
		Yok	Var	p
Yıllar	2018	5152 (96,9)	165 (3,1)	0,001**
	2019	5765 (97,4)	151 (2,6)	
	2020	5969 (97,0)	185(3,0)	
	2021	9346 (98,0)	187 (2,0)	
Pearson Chi-Square Test *p<0,05				
Yıllara Göre Riskli Hastaların Oral Mukozitli Olma Oranlarının Karşılaştırılması				
		Yok	Var	p
Yıllar	2018	31188 (99,5)	149 (0,5)	0,324
	2019	36619 (99,6)	158 (0,4)	
	2020	27146 (99,6)	120 (0,4)	
	2021	27358 (99,5)	144 (0,5)	
Pearson Chi-Square Test *p<0,05				
Yıllara Göre Riskli Hastaların Düşme Yaralı Olma Oranlarının Karşılaştırılması				
		Yok	Var	p

Yıllar	2018	25703 (31,7)	94 (28,0)	0,120
	2019	24410 (30,1)	98 (29,2)	
	2020	11518 (14,2)	62 (18,5)	
	2021	19438 (24,0)	82 (24,4)	
Pearson Chi-Square Test *p<0,05				
Yıllara Göre Hemşire Başına Düşen Kateter Oranının Karşılaştırılması				
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	p
Yıllar	2018	27,13±10,40	26,3 (10-46,8)	0,026*
	2019	23,10±14,13	19 (5-56)	
	2020	16,42±7,51	18,3 (3,4-26,7)	
	2021	16,13±6,54	15,2 (6,6-29,4)	
One-Way ANOVA Test *p<0,05				

Yıllara Göre Hemşire Başına Düşen Basınç Yaralı,Oral Mukozitli, Düşen Hasta Oranının Karşılaştırılması

	Basınç Ülserinde Hasta Sayısı / Hemşire Sayısı	
--	---	--

		Ort±Ss	Medyan (Min- Maks)	p
Yıllar	2018	1,87±0,88	1,95 (0,3- 3,4)	0,337
	2019	1,87±0,85	2 (0,9- 3,4)	
	2020	1,41±0,71	1,65 (0,4- 2,5)	
	2021	1,83±0,36	2 (1,2- 2,20)	
<i>Kruskal Wallis Test</i>				
		Oral Mukozitte Hasta Sayısı / Hemşire Sayısı		p
		Ort±Ss	Medyan (Min- Maks)	0,049*
Yıllar	2018	5,18±2,27	5,3 (1,3- 9,4)	
	2019	5,73±1,64	5,9 (3- 8,1)	
	2020	3,79±1,65	3,6 (1,3- 6,8)	
	2021	3,84±2,31	3,7 (1,3- 8,5)	
<i>One-Way ANOVA Test & Bonferroni Test</i>				
<i>*p<0,05</i>				
		Düşmede Hasta Sayısı / Hemşire Sayısı		p

		Ort±Ss	Medyan (Min- Maks)	0,001**
Yıllar	2018	3,58±2,18	3 (0,9- 7,7)	
	2019	3,17±1,30	3 (1,2- 5,4)	
	2020	1,28±0,87	1,2 (0,2- 3,6)	
	2021	1,71±1,08	1,5 (0,4- 4,1)	
<i>Kruskal Wallis Test & Dunn-Bonferroni Test</i>				

Sonuç: Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda; Hemşire başına düşen hasta sayısı azaldıkça, hastalarda bakım kalite göstergelerinden Basınç Ülseri, Oral Mukozit, Düşme ve Periferik Venöz Katater Komplikasyonunun görülme riskinin azaldığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: "basınç ülseri", "düşme", "hemşire-hasta oranları", "oral mukozit", "periferik venöz katater enfeksiyonları"

(SS-7)

Hemodiyaliz Hastalarına Tele-Hemşirelik Yoluyla Verilen Eğitim Ve Danışmanlığın Hastalık Yönetimine, Yaşam Kalitesine Ve Öz Bakım Davranışına Etkisi

İlker Tutar¹, **Emine Kır Bıçer**²

¹TC Sağlık Bakanlığı, Kırıkhan Devlet Hastanesi

²Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi

Amaç: Bu randomize kontrollü deneysel çalışma, tele-hemşirelik eğitimi ve danışmanlığının hemodiyaliz hastalarında hastalık yönetimi, yaşam kalitesi ve öz-bakım davranışları üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Çalışma, Eylül 2022–Haziran 2023 tarihleri arasında Devlet Hastanesi Hemodiyaliz Ünitesi'nde müdahale ve kontrol grubu olmak üzere iki grup ile yürütülmüştür. Veriler; Hemodiyaliz Hastaları için Diyet Bilgi Ölçeği (SDKHP), Hemodiyaliz Hastalarında Diyet Tedavisine Yönelik Tutum Ölçeği (ASDTHP), Diyaliz Semptom İndeksi (DSI), Hemodiyaliz Hastalarında Sıvı Kontrolü Ölçeği (FCHPS), Arteriyovenöz Fistül (AVF) Öz-Bakım Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği ve Böbrek Hastalığı Yaşam Kalitesi-36 (KDQOL-36) ölçekleri kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Ön test-son test karşılaştırmalarında, müdahale grubunun SDKHP, ASDTHP ve FCHPS ortalama puanlarında anlamlı artışlar gözlenmiş; kontrol grubunda ise düşüşler olmuştur. DSI puanları, müdahale grubunda semptomların azaldığını, kontrol grubunda ise arttığını göstermiştir. AVF Öz-Bakım Ölçeği sonuçları, müdahale grubunda öz-bakım davranışlarının arttığını, kontrol grubunda ise azaldığını ortaya koymuştur. KDQOL-36'nın fiziksel ve zihinsel işlevsellik, hastalık yükü ve semptom yönetimi alt ölçeklerinde de müdahale grubunda iyileşme, kontrol grubunda ise düşüş görülmüştür. Bu bulgular, tele-hemşirelik müdahalelerinin çoklu sonuç değişkenleri üzerinde etkili olduğunu doğrulamaktadır.

Sonuç: Bu çalışma, hemşire liderliğinde yürütülen tele-hemşirelik eğitimi ve danışmanlığının, hemodiyaliz hastalarının hastalık yönetimi, yaşam kalitesi ve öz-bakım davranışları üzerinde anlamlı ve olumlu etkiler yarattığını göstermektedir. Müdahale grubunda diyet bilgi ve tutum düzeylerinde artış, semptom yükünde azalma, sıvı kontrolüne yönelik davranışlarda iyileşme, arteriyovenöz fistül bakımına ilişkin öz-bakım davranışlarında gelişme ve yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında ilerleme gözlenmiştir. Bu sonuçlar, tele-hemşireliğin kronik hastalıkların yönetiminde etkili bir yaklaşım olduğunu ve özellikle hemodiyaliz hastalarının sürekli izlem, danışmanlık ve eğitime erişimini kolaylaştırarak klinik sonuçları iyileştirdiğini ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda, tele-hemşirelik uygulamalarının rutin hemşirelik bakımına entegre edilmesi ve yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastalık Yönetimi, Hemodiyaliz, Öz-Bakım, Tele-hemşirelik, Yaşam Kalitesi

(SS-9)

Hemşire Öğrencilerinin Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeylerini ve Tutumunu Etkileyen Faktörler

Hilal Taşcı¹, Kimya Kılıçaslan¹, Gülbeyaz Can¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Amac: Dünya Sağlık Örgütü tarafından Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) uygulamaları; sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi, teşhisi ve tedavisinde kullanılan, farklı kültürel temellere dayalı kuram, inanç ve tecrübelerden beslenen yöntemler olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde GETAT, sağlık sorunlarına yönelik sıkça başvurulanan yöntemler arasında yer almakta ve modern tıbbı destekleyici olarak etkinliği birçok bilimsel çalışmayla gösterilmiştir. Ancak yanlış veya bilinçsiz kullanımı, özellikle sağlık profesyonellerine danışılmadan uygulandığında, hasta sağlığı açısından risk oluşturabilir. Bu nedenle, hasta bakımında önemli bir rol üstlenen hemşirelerin GETAT konusunda bilgi sahibi olmaları, bilinçli tutum geliştirmeleri ve danışmanlık yapabilmeleri büyük önem taşımaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin GETAT uygulamalarını bilimsel temellere dayandırarak değerlendirebilme becerisi kazanmaları, hasta güvenliğinin sağlanması ve etkili bakım sunulması açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı, hemşirelik öğrencilerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına ilişkin bilgi düzeylerini ve tutumlarını etkileyen faktörlerini belirlemektir.

Yöntem: Bu çalışma, kesitsel ve tanımlayıcı araştırma tasarımıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde bulunan bir kamu üniversitesinin hemşirelik fakültesinde Aralık 2023 – Haziran 2024 tarihleri arasında öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur. Çalışma, 484 hemşirelik öğrencisi ile tamamlanmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan Birey Tanılama Formu ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Yönelik Tutum Ölçeği ve Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Sağlık İnanış Anketi kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Elde edilen veriler, istatistiksel analizler SPSS 22 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 484 hemşirelik öğrencisinin büyük çoğunluğu kadınlardan oluşmakta olup (%81,6), yaş ortalaması 20,5'tir. Katılımcıların %84,5'i çekirdek aile yapısına sahiptir ve ebeveynlerinin çoğunluğu ilköğretim mezunudur. Öğrencilerin %41,3'ü ailesinde kronik hastalık bulunduğunu bildirmiştir. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) ile ilgili bilgi kaynakları incelendiğinde en sık başvurulanan kaynakların TV/internet (%46,1), sağlık personeli (%41,9), çevre (%40,3) ve kitap/gazete (%29,1) olduğu görülmüştür. Katılımcıların %53,1'i GETAT'a kısmen ilgi duyduğunu belirtirken, yalnızca %3,5'i çok fazla ilgi duyduğunu ifade etmiştir. GETAT uygulamalarını tamamen güvenli bulanların oranı %24,8 iken, %69,8'i kısmen

güvenli bulmaktadır. Katılımcıların %46,9'u ise GETAT hakkında danışmanlık almayı düşündüğünü belirtmiştir. GETAT tercihlerinde en sık belirtilen nedenler; iyileşme sürecini hızlandıracağına inanma (%49,0), vücuda iyi geldiğine inanma (%38,8) ve tavsiye üzerine kullanım (%31,6) olarak öne çıkmıştır. Kadın öğrencilerin GETAT'ye yönelik inanç ve tutum puanları, erkek öğrencilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0,01$). Korelasyon analizleri sonucunda; GETAT inanç puanı ile alternatif tıp tutumu ($r=0,525$), tamamlayıcı tıp tutumu ($r=0,347$) ve toplam tutum ($r=0,508$) arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p < 0,01$). Ayrıca alternatif ve tamamlayıcı tıp tutumları arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişki saptanmıştır ($r=0,521$). Yaş değişkeni ile GETAT'ye yönelik tutumlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Sonuç: Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğunun GETAT uygulamalarına kısmen veya tamamen ilgi duyduğu ve önemli bir kısmının bu yöntemleri güvenli bulduğu belirlenmiştir. Katılımcılar, en çok sağlık çalışanları ve internet gibi kaynaklardan bilgi edinmektedir. GETAT'a yönelimde, iyileşeceğine inanma ve çevresel öneriler gibi inanç ve sosyal etkenler ön plana çıkmaktadır. Kadın öğrencilerin GETAT'a yönelik inanç ve tutum puanlarının erkek öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, ayrıca inanç ve tutum puanları arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler bulunduğu tespit edilmiştir. Yaş ile tutumlar arasında ise anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Bu bulgular, hemşirelik öğrencilerinin GETAT'ye karşı genel olarak olumlu bir tutum sergilediğini ancak bilgi kaynaklarının sınırlı kaldığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi düzeyi, Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT), Hemşirelik öğrencileri, İnanç, Tutum

(OS-1)

Ailesel Akdeniz Ateşi ve Amiloidozis Tanılı Hastada Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Ayşenur Çetin Üçeriz¹, **Çağla Yüksel¹**

¹Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik (İngilizce) Bölümü

Amaç: Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri(FSÖ), bireyin sağlıklı ve iyilik halinde bulunması olarak tanımlanırken disfonksiyonel veya olası disfonksiyonel sağlık örüntüleri ise sağlık sorunları ve sağlığın bozulması olarak belirtilmektedir. Bu model, bireyi biyopsikososyal yönlerden değerlendirerek bireyin ihtiyaçlarını 11 fonksiyonel alanda ele almaktadır ve bu fonksiyonlar birbirleriyle ilişkili olarak açıklanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, bireyin sağlık durumunu biyopsikososyal açıdan bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmeye olanak tanıyan Gordon'un FSÖ Modeli doğrultusunda veri toplayarak, elde edilen bulgularla North America Nursing Diagnoses (NANDA-I) sınıflamasına göre hemşirelik tanılarını belirlemek ve bu doğrultuda bireye özgü bir hemşirelik bakım planı geliştirmektir.

Yöntem: Bu çalışma, nitel araştırma desenine sahip bir olgu sunumu olup, Ailesel Akdeniz Ateşi ve amiloidozis tanılı bir bireyin hemşirelik bakım sürecini Gordon'un FSÖ Modeli doğrultusunda ele almaktadır. Olgu, İstanbul'da bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören bir hastadan oluşmaktadır. Veri toplama süreci, hastanın klinik değerlendirme, hemşire gözlemi, fizik muayene bulguları, laboratuvar test sonuçları ve hasta ile yapılan birebir görüşmelere dayanmaktadır. Bireyin sağlık durumu; Gordon'un 11 fonksiyonel sağlık örüntüsüne göre sistematik olarak incelenmiş ve mevcut/potansiyel sağlık sorunları belirlenmiştir. Bu örüntüler doğrultusunda, hemşirelik tanıları North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I) sınıflamasına göre yapılandırılmış; uygun hemşirelik girişimleri Nursing Interventions Classification (NIC) ile belirlenmiş ve beklenen sonuçlar Nursing Outcomes Classification (NOC) kullanılarak planlanmıştır. Veri toplama ve bakım planlama süreci, hemşirelik sürecinin beş temel aşaması olan veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme adımlarını içerecek şekilde yapılandırılmıştır. Girişimler, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı temelinde, güncel literatür ve klinik rehberler dikkate alınarak planlanmış ve uygulanmıştır. Etik açıdan, çalışmada yer alan olgunun kimliği gizli tutulmuş; hasta onamı yazılı ve sözlü olarak alınmış ve tüm süreç mesleki gizlilik ilkelerine uygun şekilde yürütülmüştür.

Bulgular: 52 yaşında, evli, ilkokul mezunu, erkek hasta. Bilinen hipertansiyon, ailesel akdeniz ateşi, amiloidozis, nefrotik sendrom, akut böbrek yetmezliği tanıları ve klaritromisin alerjisi bulunmaktadır. Ek olarak, 2008 yılında geçirdiği iş kazası sonucunda bilateral el orta parmak amputasyonu geçirmiştir. Olgu, Anakinra tedavisinin 11.gününde yaklaşık 5-6 gündür devam eden üşüme, titreme, ishal ve kusma şikayetleri ile acile başvurmuştur. Son üç gündür artan

semptomlar doğrultusunda yapılan laboratuvar incelemelerinde; CRP düzeyinin 332 mg/L, prokalsitonin düzeyinin 12 ng/mL olarak saptandığı ve serum kreatinin değerinde anlamlı bir artış (0.8 mg/dL'den 4 mg/dL'ye) olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda hastada ön planda amiloid fırtınası tablosu düşünülmüş ve nefroloji servisine yatışı yapılmıştır. Hastanın nefroloji servisindeki yatışı sırasında hemşirelik girişimleri kapsamında kapsamlı fiziksel değerlendirmesi gerçekleştirilmiş, Gordon'un FSÖ Modeli doğrultusunda sağlık durumu sistematik olarak incelenmiş ve mevcut/potansiyel sağlık riskleri belirlenmiştir (Bkz. Tablo 1; Şekil 1). Bu doğrultuda, North America Nursing Diagnoses (NANDA-I)'ya göre sekiz hemşirelik tanısı (düşme riski, enfeksiyon, gereksiniminden az beslenme, bulantı, sıvı volüm fazlalığı, bozulmuş oral mukoza bütünlüğü, uyku düzeninde bozulma ve anksiyete) konularak, Nursing Interventions Classification (NIC) ve Nursing Outcomes Classification (NOC) ile hemşirelik bakımı planlanmıştır. Medikal tedavi sürecinde Anakinra, İnsan normal immün globulini (IVIg), kortikosteroid, antibiyotik, antiemetik, mukolitik ve destekleyici tedaviler uygulanmış; hastaya kalıcı hemodiyaliz kateteri takılarak düzenli diyaliz programına başlanmıştır. Klinik seyir ve radyolojik bulgular doğrultusunda atipik pnömoni ve immün yetersizlik değerlendirilmiş, hematolojik malignite açısından ileri tetkikler planlanarak hasta romatoloji servisinde takip edilmiştir. Tedavisinin 21.gününde test sonuçlarının takibi ve tedavi süreci hakkında hasta bilgilendirilmiş ve poliklinik kontrolleri planlanarak hasta taburcu edilmiştir.

Şekil 1. Amiloid birikimi ve tekrarlayan inflamasyona bağlı olguda gelişen Halluks Valgus deformitesi



Tablo 1. Olguya ait risk değerlendirme puanları

Ölçek	Puan	Değerlendirme
BRADEN Bası Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği	18	Düşük risk
Glasgow Koma Skalası (GKS)	15	Oryante
İtahi Düşme Riski Ölçeği	11	Yüksek risk
Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)	3	Yüksek risk
Oral Mukoz Membran Bütünlüğü Değerlendirme ve İzleme Formu	10	Oral mukoz membranda bozulma riski

Sonuç: Bu olgu sunumunda, Ailesel Akdeniz Ateşi ve amiloidozis tanılı birey, Gordon'un FSÖ Modeli doğrultusunda biyopsikososyal olarak değerlendirilmiş; belirlenen örüntülere göre NANDA tanılarıyla bireye özgü hemşirelik bakım planı oluşturulmuştur. Kanıta dayalı yaklaşımla planlanan girişimler, karmaşık klinik tabloya uygun etkili bakım süreci sağlamış; modelin hemşirelik tanımlarını belirlemede ve bakım kalitesini artırmada işlevsel olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli, hemşirelik bakımı, olgu sunumu

(OS-4)

Henoch-Schönlein Purpurası Tanılı Bir Hastada Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Berra Çok¹, Meryem Dikmen¹, Canan Sarı¹

¹Liv Hospital Ulus Hastanesi

Amaç: Bu olgu sunumunda, Henoch-Schönlein purpurası tanısı alan bir hastada bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ve multidisipliner yaklaşımın, olası komplikasyonların önlenmesi ve iyileşme sürecinin desteklenmesindeki rolü ve önemi tartışılmıştır.

Yöntem: Bu olgu sunumunda, Henoch-Schönlein purpurası tanısı alan 21 yaşındaki erişkin bir hastanın tanı, tedavi ve hemşirelik bakım süreci retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastanın klinik verileri, hemşirelik bakım kayıtları ve laboratuvar sonuçları hasta dosyasından elde edilmiştir. Olguya ilişkin bakım girişimleri, NANDA Uluslararası Hemşirelik Tanıları ve güncel literatür doğrultusunda planlanmıştır. Olguya ait verilerin paylaşımında hasta mahremiyetine özen gösterilmiş ve kimlik bilgileri gizli tutulmuştur.

Bulgular: Olgu, 21 yaşında ve önceden bilinen herhangi bir kronik hastalığı olmayan erkek hastadır. 27 Ocak 2025 tarihinde üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmiştir. Bu enfeksiyonu takiben bacaklarda başlayan yaygın döküntü, eklem ağrısı ve karın ağrısı şikâyetleriyle 12 Şubat 2025 tarihinde hastanemize başvurmuştur. Döküntüler alt ekstremiteden başlayarak üst ekstremitelere ve gövdeye yayılmış, buna zaman zaman diyare ve ayak bileklerinde hafif ödem eşlik etmiştir. Fizik muayenede alt ekstremitelerde, el, dirsek ve omuz-sırt bölgesinde palpabl purpura ile batında hassasiyeti tespit edilmiştir. Laboratuvar incelemelerinde lökositoz, C-reaktif protein yüksekliği, gaitada gizli kan, idrarda mikroskopik hematüri ve proteinüri saptanmış; serum IgA düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Batın ultrasonografisinde bağırsak duvarında hafif ödem izlenmiş ve cilt biyopsisi ile tanı kesinleştirilmiştir. Klinik ve laboratuvar bulguları doğrultusunda Henoch-Schönlein Purpurası tanısı konmuştur.**KLİNİK SEYİR:**Takip 1. Gün: Hastamız, 12 Şubat 2025 tarihinde, geğirme, midede yanma, batında distansiyon ve sağ orta-alt kadranda ağrı şikâyetleri ile başvurmuştur. Fizik muayenede batın rahat olarak değerlendirilmiş; gaita mikroskobisi, amip ve gaitada kalprotektin testleri planlanmıştır. Diyeti düzenlenmiş ve döküntülerinin Henoch-Schönlein purpurasına benzer olması nedeniyle olası vaskülit açısından ileri tetkiklere karar verilmiştir.Takip 2. Gün: 13 Şubat'ta karın ağrısı gerilemiş ancak batında distansiyon şikâyeti devam etmiştir. Ateşi olmayan hastanın vaskülit açısından otoimmün markerları alınmış ve göğüs hastalıkları ile romatoloji konsültasyonları planlanmıştır. Laboratuvar incelemelerinde lökositoz, CRP yüksekliği, gaitada gizli kan, idrarda mikroskopik hematüri ve proteinüri tespit edilmiştir. Serum IgA düzeyi yüksek bulunmuş, batın ultrasonunda bağırsak duvarında hafif ödem izlenmiştir.Takip 3. Gün: 14 Şubat tarihinde yapılan cilt biyopsisi

sonucu lökositoklastik vaskülit olarak raporlanmış, romatoloji önerisiyle intravenöz prednol 12 mg oral tedavisi başlanmıştır. Aynı gün burun tıkanıklığı ve kanama nedeniyle kulak burun boğaz konsültasyonu istenmiş ve hastaya nemlendirilmiş nazal oksijen tedavisi eklenmiştir. Hastanın karın ağrısı zaman zaman şiddetlenmiş, diyare atakları görülmüştür. Purpuraların sayısında artış gözlenmiştir. Oral alım azaldığı için sıvı desteği verilmiştir. Böbrek fonksiyonları ve idrar tetkikleri yakından takip edilmiştir. Takip 4. Gün: 15 Şubat itibarıyla hastanın genel durumu iyiye gitmiş, diyare ve karın ağrısı şikayetleri kalmamıştır. Takip 5. Gün: 16 Şubat tarihinde destekleyici tedavi ve semptomatik bakım sürdürülmüştür. Analjezik ve antiinflamatuvar tedavi başlanmıştır. Her iki alt ekstremitedeki döküntülerin solduğu ve ayak bileğinde artrit bulgusu olmadığı gözlenmiştir. Takip 6. Gün: 17 Şubat tarihinde yapılan kolonoskopide rektal ülserler saptanmış; cilt biyopsisinde lökositoklastik vaskülit bulgusu doğrulanmıştır. Olası mide tutulumu açısından gastroenteroloji konsültasyonu istenmiş ve ertesi gün gastroskopi planlanmıştır. Takip 7. Gün: 18 Şubat tarihinde gastroskopi uygulanmış, hastanın işlem sonrası takibi dahiliye servisinde devam etmiş ve komplikasyon gelişmemiştir. Duodenum ve mide biyopsileri alınmış ve patoloji sonuçları beklenmiştir. Takip 8. Gün: 19 Şubat tarihinde gastrointestinal semptomlarda belirgin gerileme izlenmiştir. Cilt lezyonlarında solma başlamıştır. Ağrı yönetimi ile hasta mobilize edilmiştir. Genel durumu iyiye giden hasta, böbrek ve gastrointestinal sistem tutulumları açısından yakın takip önerilmiştir. Taburculuk sonrası ilk bir ay haftalık, ardından aylık kontroller planlanmıştır. Hasta, romatoloji tarafından istenen tetkik sonuçlarıyla poliklinik kontrolüne çağrılarak taburcu edilmiştir. Tedavi: 2x1 Buscopan 20mg (iv), 1x1 D-colefor (oral), 1x1 Enox 4000 IU (SC), 1x1 İzotonik 1000ml (iv), 3x1 Sterimar 50ml (inhalasyon), 1x1 Prednol 12 mg (oral), 1x1 Tavanic 750 mg (iv), 1x2 Novosef 2000mg (iv) Takip: 1X1 Kilo Takibi, 1X1 Kan Şekeri Takibi, 6x1 Vital Takibi, 3x1 Aldığı-Çıkardığı Takibi Diyet: Crohn hastalığına ve tedaviye uygun olarak laktozsuz, glutensiz ve yağsız diyet (R3) Vital Bulguları: Ateş: 36.9 °C, TA: 128/76 mmHg, Nabız: 79/dk, Satürasyon: %96 Referans Dışı Laboratuvar Sonuçları: D-CRP (kantitatif): 19,2 mg/L (Genellikle < 5 mg/L.) HDL-Kolesterol: 32 mg/dL (L) (Kadınlarda > 50 mg/dL, erkeklerde > 40 mg/dL.) Total Demir Bağlama Kapasitesi (TIBC): 231 µg/dl (L) (250-450 µg/dl arası.) Ferritin: 224 ng/mL (Genellikle 20-250 ng/mL arasındır (yaşa ve cinsiyete göre değişir).) Ig A: 383 mg/dL (Genellikle 70-400 mg/dL.), İdrar Tahlili Lökosit Esteraz: +2 (Pozitif) Gaita Tahlili Anormallikleri: Gizli Kan Testi: Pozitif HEMŞİRELİK BAKIM PLANI 1. Doku Bütünlüğünde Bozulma Riski: Ciltte purpura ve ödemli alanlar günde en az iki kez, her vardiyada gözlemlendi; bütünlük, nemlilik ve renk değişikliği açısından değerlendirildi. Kaşıntı ve tahrişten kaçınıldı; tırnaklar kısaltıldı, hastaya döküntüleri kaşımaması konusunda eğitim verildi. Temiz, yumuşak, pamuklu ve tahriş etmeyen giysiler tercih edildi. Basınç noktalarında koruyucu bariyer krem ve düzenli pozisyon değişikliği uygulandı. 2. Akut Ağrı: Ağrı düzeyi VAS ölçeğiyle düzenli olarak değerlendirildi. Hekim istemine göre analjezik uygulandı. Ağrıya neden olabilecek hareketlerden kaçınıldı; hastaya rahatlatıcı

pozisyon verildi.3. Sıvı Dengesinde Bozulma Riski: Günlük oral/parenteral sıvı alımı ve çıkışı (idrar, dışkı) izlenip kaydedildi.Karın ağrısı, ishal, dışkıda kan gibi GİS semptomlarında hekim istemine göre sıvı desteği sağlandı.Vital bulgular ve cilt turgoru düzenli aralıklarla takip edildi.4. Böbrek Fonksiyonunda Bozulma Riski: İdrar rengi, miktarı ve içeriği (hematüri, proteinüri) düzenli olarak izlendi.Hekim istemiyle renal fonksiyon testleri (BUN, kreatinin) takip edildi.Aldığı-çıkardığı sıvı izlem takibi yapıldı.5. Enfeksiyon Riski: El hijyeni ve steril teknik uygulamalarına dikkat edildi.Ateş, yara ve kateter yerlerinde enfeksiyon bulguları gözlendi. Laboratuvar değerleri (lökosit, CRP) düzenli olarak izlendi.6. Yorgunluk: Sessiz ve konforlu bir ortamda dinlenme sağlandı. Günlük aktivite, hastanın kapasitesine göre planlandı. Uyku düzeni desteklendi.7. Anksiyete: Hasta ve ailesiyle açık, güven verici iletişim kuruldu. Hastalık seyri, tedavi planı ve süreç hakkında düzenli bilgilendirme yapıldı. Psikososyal destek sağlandı.8. Bilgi Eksikliği: Hasta ve ailesine hastalık, tedavi ve evde bakım süreci hakkında eğitim verildi. Evde dikkat edilmesi gereken bulgular, ilaç kullanımı ve kontrol muayeneleri anlatıldı. Eğitim sonrası anlaşılabilirlik, geri bildirim ile değerlendirildi.9. Düşme Riski: Düşme riski açısından düzenli değerlendirme yapıldı.- Ortam güvenliği sağlandı, gerekli önlemler alındı. Mobilizasyonda destek verildi.10. Kanama Riski: Kanama bulguları (cilt, idrar, dışkı) gözlendi. İnvaziv işlemler öncesinde gerekli önlemler alındı. Kanama riski olan ilaçlar/işlemler konusunda dikkatli olundu.11. Kendine Bakımda Güçlük Riski: Öz bakım aktivitelerinde ihtiyaç duyulan alanlarda yardım sağlandı. Hastanın bağımsızlık düzeyi desteklendi.12. Fiziksel Hareketlerde Kısıtlılık Riski: Günlük hareket kapasitesi ve mobilite düzenli olarak değerlendirildi.Egzersiz ve fizik tedavi desteği sağlandı.13. Bağırsak Motilitesinde Değişim Riski: Bağırsak hareketleri ve defekasyon sıklığı izlendi. Diyet ve sıvı desteği ayarlandı, gerekiyorsa hekim istemiyle ilaç verildi.14. Vücut İmajında Bozulma Riski: Cilt lezyonları, purpuralar ve ödemin hasta psikolojisine etkisi düzenli olarak gözlendi. Hasta ve ailesine psikososyal destek verildi, baş etme becerileri desteklendi.

purpura1



Hastanın her iki alt ekstremitesinde yaygın, palpabl purpura lezyonları.

purpura2



Hastanın üst ekstremitesinde palpabl purpura ve döküntüler. Lezyonlar eklem çevresinde kümelenme eğilimindedir.

Sonuç: Henoch-Schönlein purpurası tanısı alan hastalarda, multidisipliner ekip yaklaşımı ve güncel kanıta dayalı hemşirelik bakımı; komplikasyonların önlenmesi, renal ve gastrointestinal sistem bulgularının erken tanısı ve hastanın yaşam kalitesinin korunması açısından büyük önem taşımaktadır (Nyugen ve ark., 2023). Hastalığın en ciddi komplikasyonları arasında akut dönemde gastrointestinal sistem (GİS) kanaması ve geç dönemde renal tutulum sonucu gelişen böbrek fonksiyon kaybı yer alır. Renal tutulum, hastalığın başlangıcından itibaren 6 ay, hatta 1 yıla kadar gecikmeli olarak ortaya çıkabileceğinden, bu hastalarda en az 1 yıl boyunca düzenli idrar analizi ile izlem önerilmektedir (Hetland et al., 2017; Kawasaki, 2011). Bu olgu sunumunda, hasta için bireyselleştirilmiş hemşirelik girişimleri ve yakın klinik takip sayesinde cilt bütünlüğü, sıvı dengesi, renal fonksiyonlar ve psiko-sosyal durum etkin şekilde yönetilmiş; semptomlarda gerileme ve komplikasyon gelişmeden iyileşme sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakımı, Henoch-Schönlein Purpurası, Multidisipliner Yaklaşım, NANDA hemşirelik tanıları, Olgu Sunumu

(PS-4)

Kutanöz Leishmaniasis Tanılı Hastada Hemşirelik Yaklaşımı: Bir Olgu Sunumu

Hilal Nur Karakaya¹, Beyhan Budak², Nazmiye Korkut¹, Sibel Yıldız Kaya¹, Gökhan Aygün¹, Neşe Saltoğlu¹

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

²Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Amaç: Leishmaniasis, halk arasında “Şark Çıbanı” olarak da bilinen, Leishmania türü protozoan parazitlerin tatarcık sinekleri aracılığıyla bulaşan vektör kaynaklı bir enfeksiyon hastalığıdır (1,2). Özellikle tropikal ve subtropikal bölgelerde yaygın olan bu hastalık, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmekte ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından “İhmal Edilen Tropikal Hastalıklar” (Neglected Tropical Diseases – NTDs) arasında yer almaktadır (3). Kutanöz formunda her yıl bir milyondan fazla yeni vaka bildirilmekte olup, hastalığın seyri enfeksiyona neden olan parazit türü ile konağın bağışıklık yanıtına bağlı olarak değişiklik göstermektedir (4,5). Türkiye’de kutanöz leishmaniasis, özellikle Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde (Şanlıurfa, Diyarbakır, Gaziantep, Mardin, Batman) ile Akdeniz ve Doğu Anadolu bölgelerinde yaygın olarak görülmektedir. 1990-2010 yılları arasında bildirilen toplam 46.003 vakanın %96’sı Şanlıurfa, Adana, Osmaniye, Hatay, Diyarbakır, İçel ve Kahramanmaraş illerinden bildirilmiştir. Son yirmi yıl içinde, vakaların yarısının Şanlıurfa’dan geldiği belirlenmiş, ancak bu bölgede vaka sayılarında azalma eğilimi gözlenirken, diğer bazı illerde artış meydana gelmiştir. Özellikle Şanlıurfa, Osmaniye, Adana, Diyarbakır, Mersin ve Kahramanmaraş gibi illerde olgu sayılarında azalma yaşanırken; Aydın, Antalya ve Hatay gibi illerde vaka sayılarının arttığı tespit edilmiştir(6). Kutanöz leishmaniasis formunda tanı, tedavi ve izlem süreçlerinde hemşirelik bakımı kritik bir öneme sahiptir. Bu çalışmanın amacı, kutanöz leishmaniasis tanısı alan bir hastaya uygulanan hemşirelik yaklaşımları ve tedavi sürecini sunarak, tanı ve tedavi sürecinde hemşirelik bakımının ve hasta eğitiminin önemini ortaya koymaktır.

Yöntem: Bu çalışmada, kutanöz leishmaniasis tanısı konmuş bir hasta üzerine uygulanan hemşirelik yaklaşımları ve tedavi süreçleri tanımlayıcı nitelikte incelenmiştir. Hastanın klinik bulguları, tanı yöntemleri ve tedavi protokolleri doğrultusunda hemşirelik bakım planı oluşturulmuş; yara bakımı, enfeksiyon kontrolü, hasta eğitimi ve psikososyal destek gibi temel hemşirelik uygulamaları sistematik olarak yürütülmüştür. Ayrıca, hastanın tedaviye uyumu ve izlem süreci takip edilmiştir. Çalışma, hasta merkezli bakım yaklaşımıyla multidisipliner tedavi sürecine hemşirelik katkısını vurgulamaktadır.

Bulgular: Elli dört yaşında, ev hanımı ve bilinen hipertansiyon tanısı olan kadın hasta, sol yanağında yaklaşık dokuz ay önce gelişen ve giderek büyüyen cilt lezyonu nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Dermatoloji bölümünün almış olduğu bilgilere göre hasta, lezyonun ortaya çıkmasından yaklaşık iki ay önce Mardin iline seyahat ettiğini, aynı dönemde kendisiyle birlikte bulunan kız kardeşlerinde de benzer deri lezyonlarının geliştiğini ifade etmiştir. Dermatoloji polikliniğinde yapılan fizik muayenede, sol yüzde akıntı içermeyen, makülopapüler özellikte ve kaşıntılı lezyonlar saptanmıştır. Lezyondan alınan punch biyopsi örneğinde, Leishmania enfeksiyonu ile uyumlu histopatolojik bulgular izlenmiştir. Tedavi olarak intralezyonel meglumin antimonat (Glucantime®) ile 10 seanslık bir uygulama protokolü gerçekleştirilmiş, ancak tedaviye yeterli yanıt alınamaması ve lezyonlarda regresyon olmaması üzerine hasta enfeksiyon hastalıkları polikliniğine yönlendirilmiştir. Tarafımızca değerlendirilen hastanın fizik muayenesinde, sol yanağın orta bölümünde, yaklaşık 3×3 cm boyutlarında, kızarıklık (eritemli) zemin üzerinde yer yer krutlanma gözlenen ve kaşıntı şikayetiyle birlikte seyreden bir cilt lezyonu tespit edildi. Sistemik enfeksiyon bulgularından ateş, üşüme veya titreme tariflememekle birlikte; lezyon bölgesinde ağrı, gece terlemesi ve istemsiz kilo kaybı gibi semptomlar bildirilmiştir. Laboratuvar değerlendirmesinde hemoglobin düzeyi 11 g/dL, eritrosit sedimentasyon hızı 38 mm/saat olarak saptanmıştır. Diğer biyokimyasal parametreler normal sınırlarda seyretmiştir. Yatış sonrası tanının doğrulanması amacıyla lezyondan yollanan örnekte istenen Leishmania PCR pozitif saptanmıştır. Hastaya sistemik tedavi olarak 3mg/kg (1-5. günler, 14. gün ve 21. günde, toplam 7 doz) liposomal amfoterisin B (Ambisome®) uygulanmıştır. Tedavi sürecinde liposomal amfoterisin B ile ilişkili gelişen hipokalemi ve hiperfosfatemi nedeniyle potasyum destek tedavisi ve fosfat düzeyini düşürücü tedavi başlanmış, hastanın elektrolit ve sıvı dengesi izlem altına alınmıştır. Tedavi sonrası lezyonda regresyon görülmüştür.

Hastanın servise yatışının ilk günü mevcut lezyonu



Hastanın liposomal amfoterisin B tedavisi 5. dozu sonrası lezyonu



Hastanın liposomal amfoterisin B tedavisi 5. dozu sonrası lezyonu

Kutanöz Leishmaniasis Tanılı Hastaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik Tanısı	Amaç	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
Kutanöz Leishmaniasis'e bağlı cilt bütünlüğünde bozulma	Hastanın cilt bütünlüğü korunacak, mevcut yara iyileştirilecektir	- Lezyonlu bölge her gün aseptik teknikle temizlendi - Enfeksiyon bulguları (kızarıklık, şişlik, akıntı, ısı artışı)	Yara bölgesinde iyileşme gözlemlendi, enfeksiyon gelişmedi. Hasta pansuman sürecine aktif katılım gösterdi

		yönünden düzenli değerlendirme yapıldı - Cildin iyileşmesi için yeterli sıvı ve protein alımı sağlandı - Uygun yatak ve pozisyon değişiklikleri uygulandı - Hasta ve bakım verene yara bakımı eğitimi verildi	
Cilt bütünlüğünün bozulması ile ilişkili ağrı	Hastanın ağrısının hafifletilmesi ve günlük yaşam aktivitelerini daha konforlu sürdürebilmesinin sağlanması	- Ağrının şiddeti, sıklığı ve süresi düzenli olarak değerlendirildi - Hekim istemiyle analjezik tedavi uygulandı ve etkinliği izlendi	VAS ile ağrı değerlendirmesi yapıldı: Başlangıçta 6 puan, tedavi sonrası 0 olarak kaydedildi
Kutanöz leishmaniasis kaynaklı enfeksiyon	Hastada enfeksiyon gelişimini önlemek; belirtileri erken fark etmek ve gerekli önlemleri zamanında uygulamak	- Lezyon bölgesi enfeksiyon belirtileri açısından gözlemlendi - El hijyeni konusunda bilgilendirme yapıldı - Steril teknikle pansuman yapıldı - Riskli	Yatış süresince enfeksiyon bulguları gözlenmemiştir

		davranışlar hakkında hasta ve yakını bilgilendirildi - Vücut ısısı takip edildi - Lökosit ve CRP gibi laboratuvar bulguları izlendi	
Yüz bölgesinde lezyon olmasıyla ilişkili beden imajında bozulma	Hastanın beden imajını olumlu algılaması ve psikososyal uyumun desteklenmesi	- Açık ve empatik iletişim kuruldu - Gerekirse psikolojik danışmanlık için yönlendirme anlatıldı - Hasta tedavi süreci hakkında bilgilendirildi - Aile desteği teşvik edildi	Hasta, başlangıçta yarasını kapatma eğilimindeydi; girişimler sonrası beden algısı düzeldi, sosyal etkileşime isteklilik gösterdi
Amfoterisin B tedavisine bağlı sıvı-elektrolit dengesizliği (hipokalemi ve hiperfosfatemi)	Hastanın sıvı ve elektrolit dengesi korunacaktır	- Serum potasyum ve fosfat düzeyleri günlük takip edildi - Sıvı alım-çıkım takibi yapıldı - Elektrolit dengesizliği belirtileri gözlemlendi	Potasyum düzeyi 3,8'den 4,1 mmol/L'ye çıktı, fosfat 4,8'den 3,8 mg/dL'ye düştü. Sıvı dengesi sağlandı
Hastalık süreci, tedavi yöntemi ve bakım uygulamaları	Hasta, Leishmania hastalığı ve tedavi süreci hakkında bilgi	- Mevcut bilgi düzeyi değerlendirildi - Leishmania	Hasta, doğru bilgiye sahip oldu ve sürece aktif katıldı

hakkında bilgi eksikliği	sahibi olacak, bilinçli katılım gösterecek	hakkında bireysel eğitim verildi - Soru sormaya teşvik edildi - Eğitim anlaşılması geri anlatımla teyit edildi	
--------------------------	--	--	--

Bu tablo, kutanöz leishmaniasis tanısı almış bir hastaya yönelik hemşirelik tanıları, her bir tanıya ilişkin hedeflenen amaçlar, uygulanan hemşirelik girişimleri ve elde edilen sonuçları kapsamlı bir şekilde özetlemektedir. Hastanın biyopsikososyal gereksinimlerine yönelik bütüncül hemşirelik bakım sürecini yansıtmaktadır

Sonuç: Sonuç olarak, kutanöz leishmaniasis tanısı alan bu olguda, hastanın detaylı anamnezinin alınması, seyahat öyküsünün sorgulanması ve cilt lezyonlarının dikkatli klinik değerlendirilmesi tanı sürecinde belirleyici rol oynamıştır. Başlangıçta uygulanan intralezyonel meglumin antimonat tedavisine yanıtızsızlık gelişmesi üzerine sistemik liposomal amfoterisin B tedavisine geçilmiş; tedavi sürecinde ortaya çıkan hipokalemi ve hiperfosfatemi, düzenli laboratuvar izlemi, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması ve hasta ile yakınlarına yönelik eğitimler kapsamında etkin bir şekilde yönetilmiştir. Bu olgu, Leishmania enfeksiyonlarında yalnızca farmakolojik tedavinin değil, aynı zamanda bütüncül ve hasta merkezli hemşirelik bakımının da tedavi başarısında kritik bir rol oynadığını ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR1. Çelik, B. A., Çelik, Ö. Y., & Şahin, T. (2019). Retrospective Evaluation of Canine Leishmaniasis in Turkey. *Firat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Veteriner Dergisi*, 33(2).2. Dinçer, D., Arca, E., Koç, E., Topal, Y., Özkan, A. T., & Çelebi, B. (2012). Ülkemizin Endemik Olmayan Bir İlinde (Ankara) Saptanan Leishmania infantum'a Bağlı Bir Kutanoz Leishmanyazis Olgusu. *Mikrobiyol Bul*, 46(3), 499-506.3. Zeyrek, F. Y., Gürses, G., Uluca, N., Doni, N. Y., Toprak, Ş., Yeşilova, Y., & Çulha, G. (2014). Şanlıurfa'da Şark Cıbanı Etkeni Değişiyor mu? İlk Leishmania major Vakaları. *Türkiye Parazitol Derg*, 38, 270-4.4. World Health Organization. (n.d.). Leishmaniasis. Retrieved July 29, 2025, from <http://www.who.int/leishmaniasis/en/> 5. Steverding, D. (2017). The history of leishmaniasis. *Parasites & Vectors*, 10(1), 82. 6. Gürel, M. S., Yeşilova, Y., Ölgün, M. K., & Özbel, Y. (2012). Türkiye'de kutanöz leishmaniasisin durumu [Cutaneous leishmaniasis in Turkey]. *Türkiye Parazitol Derg*, 36, 121-129.7. NANDA International. (2021). NANDA International nursing diagnoses: Definitions and classification, 2021-2023 (12th ed.). Thieme Medical Publishers.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon Önleme , Hasta İzlem , Hemşirelik Müdahaleleri , Kutanoz Leishmaniasis , Tedavi Yönetimi

(PS-07)

Radyoterapiye Bağlı Oral Mukozitte Orem Öz Bakım Eksikliği Teorisine Göre Hemşirelik Bakımı

Pınar Yel¹ , Gülşah Evren Dal²

¹Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

²Bursa Ali Osman Sönmez Onkoloji Hastanesi, Onkoloji Kliniği, Bursa

Amac: Radyoterepi en yaygın kanser tedavisi olup, yüksek dozda radyasyon enerjisinin tümör odaklı kullanılmasıdır. Tümörlü dokuya uygulanan radyoterapi çevresindeki sağlam dokulara da zarar vermektedir. Oral mukozit, radyoterapi tedavisi alan hastalarda erken dönemde sık görülen yan etkilerden biridir. Hemşireler oral mukozitin önlenmesi ve tedavisinde kanıta dayalı klinik uygulama rehberlerini ve bakım modellerini kullanarak bakımın niteliğini ve kalitesini arttırabilirler. Bu çalışmada, radyoterapi tedavisinden sonra oral mukozit gelişen bireyde Orem'in öz bakım eksikliği kuramına göre hemşirelik bakımı ele alınmıştır.

Yöntem: Orem Öz Bakım Eksikliği kuramı çerçevesinde bireyin bakım gereksinimleri belirlenmiş ve hemşirelik süreci, Orem'in tümüyle eksikliği giderici, kısmen eksikliği giderici ve destekleyici ve eğitsel hemşirelik sistemi çerçevesinde planlanmıştır.

Bulgular: H.K. lisans mezunu, 65 yaşında, bir kız çocuk babası, emekli memurdur. Altı ay önce, geçmeyen baş ağrısı, görmede bulanıklık, unutkanlık ve ara ara bilinç bulanıklığı şikâyeti ile sağlık kuruluşuna başvurmuş, yapılan tetkikler sonucunda, beyinde malign tümör saptanmış ve opere edilmiştir. Radyoterapi tedavisi başladıktan iki gün sonra ağız içinde acı, yemek yemede zorlanma yaşayan hastanın oral muayenesinde mukozit tespit edilmiştir. Hemşirelik bakımı için Orem'in öz bakım teorisine göre bireyin bakım gereksinimleri değerlendirilmiştir. Evrensel öz bakım gereksinimlerine yönelik bireyin mukozite bağlı iştahsızlık yaşadığı, hastane ortamında yeterli uyku uyuyamadığı belirlenmiştir. Gelişimsel öz bakım gereksinimlerine göre radyoterapi ve yan etkilerine yönelik eğitim ihtiyacı olduğu saptanmıştır. Sağlıktan sapma öz bakım gereksinimlerinde ağız içi değerlendirilmiş ve mukozit derecesinin Evre III olduğu belirlenmiştir. Orem'in hemşirelik modeline göre değerlendirilen hastaya, hastaneye yatışa bağlı uyku örüntüsünde bozulma, hareketlerinde azalma olması nedeniyle konstipasyon riski, kranial radyoterapiye bağlı yanık riski, hastanın hastalık ve taburculuk sonrası süreç ile ilgili bilgi edinme talebi nedeniyle bilgi eksikliği, radyoterapi tedavisi sonrası gelişen oral-mukoz membranda bozulma tanıları konulmuştur. Bakım gereksinimleri belirlenen hastanın hemşirelik süreci, Orem'in tümüyle eksikliği giderici, kısmen eksikliği giderici ve destekleyici ve eğitsel hemşirelik sistemi çerçevesinde ele alınmıştır.

oral mukozit



oral mukozit iyileşme süreci



Sonuç: Orem'in öz bakım eksikliği kuramı çerçevesinde olgunun ihtiyaçlarına göre planlanan hemşirelik bakımında hastanın öz bakım gücünü artırıcı girişimlerde bulunulmuştur. Kanser

tedavisine bağlı gelişen oral mukozit gibi yan etkilerin yönetiminde hemşirelik kuramının kullanımı, bakımın kalitesini ve etkinliğini artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakımı , Oral mukozit , Orem , Öz Bakım , Radyoterapi

(PS-11)

Tedaviyi Reddeden HIV Pozitif Bireyin Uzun Süreli İzlemi: Bir Vaka Üzerinden İnceleme

İrem Satın¹, Hacer Tekin¹, Beyhan Budak¹, Rıdvan Karaali¹, Fehmi Tabak¹, Bilgöl Mete¹

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Prof.Dr Murat Dilmener Hastanesi

Amaç: HIV (Human Immunodeficiency Virus – İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü, ICD-10 kodu B24), bağışıklık sisteminde yer alan CD4, T lenfositlerini hedef alarak bağışıklığı baskılayan ve fırsatçı enfeksiyonların ve malignitelerin ortaya çıkmasına zemin hazırlayan bir retrovirüs türüdür. Bu virüs kontrol altına alınmadığı müddetçe bağışıklık sistemi giderek zayıflar ve hastalık, AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome – Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu) olarak adlandırılan ilerlemiş evreye ulaşır.HIV'in kontrol altına alınmasında en etkili yaklaşım, antiretroviral tedavi (ART) olarak bilinen ilaç protokolüdür. Bu tedavi, hiv pozitif bireyin vücudundaki viral yükü baskılayarak bağışıklık sisteminin normal işlevini sürdürmesini amaçlar. Ancak bu tedavinin başarısı yalnızca medikal uygulamayla değil, aynı zamanda bireyin tedavi sürecine aktif ve istekli katılımıyla, düzenli ilaç kullanımı ve hastalığı kabullenmesiyle mümkündür. Fakat bazı bireyler, damgalanma korkusu ve bilgi eksikliği nedeniyle tedaviyi reddetmekte veya geciktirmektedir. Oysa U=U (Undetectable = Untransmittable / Baskılanmış = Bulaştırmaz) prensibi doğrultusunda, tedavi ile baskılanmış virüs bulaşmaz; bu da HIV tedavisinin yalnızca bireysel değil, toplumsal açıdan da bir sorumluluk olduğunu gösterir.Antiretroviral tedaviler (ART) sayesinde, hiv pozitif bireyler sağlıklı yaşam sürdürebilmektedirler.Bu çalışmada ise tanısını 10 yıldır bilmesine rağmen tedaviyireddeden bir hastanın uzun süreli izlemi ve hemşirelik yaklaşımı sunulmaktadır.Bu olgu sunumunun amacı, tedaviyi 10 yıl boyunca reddeden ve enfeksiyon hastalıkları servisinde takip edilen bir HIV pozitif bireyin klinik komplikasyonlarını ve bu süreç boyunca uygulanan hemşirelik bakımlarını incelemek; antiretroviral (ART) tedavinin ve uygulanan hemşirelik yaklaşımlarının hasta sağlığı üzerindeki belirleyici önemini ortaya koymaktır.

Yöntem: Bu çalışma, HIV tanısını bilen ama yaklaşık 10 yıl boyunca tedaviyi reddeden bir bireyin klinik yatışı sonrasında gözlenen fiziksel, nörolojik ve sistemik bulgular ile hemşirelik bakım sürecinden oluşan nitel bir olgu sunumudur. Olgu değerlendirmeleri hemşirelik tanıları doğrultusunda yapılmış, bakım planları bireyselleştirilmiş ve multidisipliner ekip iş birliğiyle uygulanmıştır. Olguda ele aldığımız hasta, 53 yaşında erkek, bekar, temizlik işçisi; sigara, alkol, madde bağımlılığı yok. Bilinen B24 ve HCV tanısı mevcut. B24 tanısını yaklaşık 10 yıl önce aldığı bilinmekle birlikte, böyküsünden uğüne kadar düzenli takip ve tedavi almadığı anlaşılmıştır. Kliniğimize 2025 mayıs ayında, yaklaşık 4 aydır devam eden sağ kolda güçsüzlük, ara ara tekrarlayan zona atakları, dizartri, bulantı, kusma, baş ağrısı, son 15 gündür artan denge kaybı ve

tekrarlayan düşme atakları nedeniyle yatırıldı. Yapılan ilk değerlendirmede ağız içi grade 1, itaki düşme risk puanı 20, Braden puanı 17 , GKS ise 13 olarak değerlendirildi. Hastaya foley sonda takılarak takip edildi. Yapılan fizik muayenede sol kol medialinde, sağ dirsek içinde ve ensede kaşıntısız ve ağrısız, papüler lezyonları mevcuttu. Yapılan kan tetkiklerinde kantitatif gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu ile HIV- RNA 2.292.829 kopya/ml olarak saptanırken, HCV- RNA saptanamaz düzeydeydi. CD4 100 hücre/mm³, CRP 1,36 mg/dL olarak saptandı Radyolojik tetkiklerde anlamlı patoloji saptanmadı. BOS'un çini mürekkebi ile boyanması ile Cryptococcus spp.' yi düşündüren kapsüllü maya hücreleri görülmesi üzerine ART'ye tedaviye ek olarak antifungal tedavi başlandı. Tedavi sürecinde hastada tekrarlayan kasılmalar gelişip, GKS: 8'e gerileyince hasta yoğun bakım ünitesine nakledildi. Üç gün sonra genel durumu kısmen düzelince enfeksiyon hastalıkları kliniğine yeniden yatırıldı. Fizik muayenesi yeniden değerlendirildiğinde; ağız içi: grade1, itaki düşme riski: 30 ve Braden bası yarası riski: 10, GKS 9 olarak hesaplandı. Nazogastrik sonda ile beslendiği gözlenen hastanın beslenme durumu hemşirelik bakım planına entegre edildi, bu süreçte disfaji, artan dizartri, baş ağrısı ve immobilité geliştiği gözlemlendi.

kapsüllü maya hücresi



çini mürekkebiyle boyanan bos kültüründeki kapsüllü maya hücresi görüntüsü

Bulgular: Hasta, servise ilk yatışında hastalığının komplikasyonları ve tedavi süreci hakkında yeterli bilgiye sahip değildi. Kendisine ve hastalığı bilen yakınlarına, hastane kuralları, HIV'in bulaşma yolları, korunma yöntemleriyle ilgili ayrıntılı eğitim verildi. Tedaviye uyumun önemi ve tedavide kullanılan ilaçların tüm olası yan etkileri açık ve sade şekilde anlatıldı. İlerleyen günlerde damgalanma hissi, göz önünde bulundurularak psikiyatri konsültasyonu sağlandı ve psikososyal destek verildi. Hastalığın seyrinin kötüleşmesiyle, bilinç düzeyinde bozulma ve tekrarlayan kasılma şikayetleri (GKS:8) ile ilişkili yüksek düzey düşme riski belirlenip, yatak kenarlıkları kapalı tutuldu ve odada yalnız kalmaması sağlandı. Uzun süre immobilité (Braden skoru:10) ve mevcut kaşıntılı papüler lezyonlarla ilişkili cilt bütünlüğünde bozulma riski belirlenip, tedaviyi takiben cilt temiz tutuldu, havalı yatak kullanımı sağlandı ve yatak içi pozisyon değişiklikleri planlandı. Papüler lezyonlar için dermatoloji konsültasyonu sağlandı. Yutma refleksinde azalma ve bilinç bozukluğu ile ilişkili aspirasyon riski bulgulanıp, hastaya beslenme öncesi ve sonrası pozisyonlama sağlandı, hasta yakınları bilinçlendirildi, sekresyonlar sürekli temizlendi, ağız bakım rutini (grade1) oluşturuldu ve rutin ağız içi gözlemlendi. Dizartri olan hastaya terapötik iletişim teknikleri uygulandı ve hastanın tedavi sürecine aktif katılımı sağlandı. Tüm bakım süresince hasta mahremiyeti ve hakları gözetildi. Hemşirelik tanılarına göre plan düzenli olarak güncellendi. Enfeksiyon riski değerlendirildi, izolasyon önlemleri alındı ve bireyin fiziksel-duygusal ihtiyaçları holistik yaklaşımla karşılandı.

Sonuç: Tedaviye olan uyum HIV ile enfekte olan bireylerde en önemli konulardan biridir. Erken tanı ve ART sayesinde bu virüs ile enfekte bireyler, enfekte olmayan bireyler gibi bir yaşam sürdürebilirler. Ama toplumumuzda HIV pozitif bazı bireyler damgalanma korkusu, eğitimsizlik ve inkar gibi nedenlerden tedaviyi reddetmekte, hastalığını yok sayarak yaşamını sürdürmeye çabalamaktadır. Birey ART kullanmayınca CD4 + T lenfositlerine saldıran virüs bağışıklık sistemini iyice baskılamakta ve bireyi en basit enfeksiyona karşı bile savunmasız hale getirmektedir. Başlangıçta basit enfeksiyonlara savunmasızken durum ileriki evrede tüberküloz, kriptokok menenjit, lenfoma-Kaposi sarkomu gibi kanserlere ve nörolojik komplikasyonlara sebep olmakta ve tablo ölümle sonuçlanabilmektedir. HIV ile yaşayan bireylerde öz bakım ve öz yönetim becerileri, yaşam kalitesine ve tedaviye olan uyumu belirleyen en önemli faktörlerdendir. Hemşireler olarak, danışman, eğitici, savunucu rollerimizi kullanarak yaptığımız müdahaleler, bireyin ART kullanım uyumunu, CD4 hücre sayısını, yaşam kalitesini, psikososyal iyilik hallerini, baş etme stratejilerini, öz bakım becerilerini ciddi şekilde iyileştirir. Böylece hastanın sağlığını sürmesi konusunda hem hastaya, hem de virüsün bulaştırıcılığını önleme konusunda topluma büyük katkı sağlanmış olur.

Anahtar Kelimeler: ART, hemşirelik bakımı, HIV, olgu sunumu, tedavi reddi

(PS-13)

Epidermal Growth Faktör(EGF) Destekli Yara Yönetimi ile Başarılı Sonuçlanan Diyabetik Ayak Olgusu

Rümeysa Utku¹ , Hacer Tekin¹ , Meryem Billur Miroğlu¹ , Rıdvan Karaali¹ , İlker İnanc Balkan¹ , Neşe Saltoğlu¹

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı

Amaç: Giriş; Diyabet pankreasın β hücrelerinden salgılanan insülin hormonunun üretimi, salınımı veya etkisindeki bozukluklar sonucunda gelişen kronik metabolik hastalıktır. Küresel ölçekte hızla artan diyabet prevalansı nedeni ile ciddi komplikasyonları da artmaktadır. Önemli komplikasyonlardan biri olan diyabetik ayak enfeksiyon, ülserasyon ve doku kaybı ile karakterize olup alt ekstremitte amputasyonlarının en yaygın nedenleri arasında yer almaktadır. Diyabetik ayak yara ve enfeksiyonlarının zamanında etkin yönetilmesi amputasyon oranlarını azaltmada kritik öneme sahiptir. Konvansiyonel bakım yaklaşımlarına ek olarak geliştirilen yeni yöntemler, diyabetik ayak yönetiminde multidisipliner ve kanıta dayalı bakım uygulamalarının önemini ortaya koymaktadır. Son yıllarda, yara iyileşmesini hızlandıran kanıta dayalı birçok yeni yöntem ve yaklaşımlar ön plana çıkmaktadır. Bu yöntemlerden biri olan rekombinant epidermal Growth Faktörün(EGF) topikal uygulamalarının diyabetik ayak yaralarının iyileşmesini arttırdığı bildirilmiştir.

Yöntem: Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Diyabetik Ayak Kurulu'na başvuran, diyabetik ayak yarası bulunan hastanın klinik yönetim planını içeren retrospektif tanımlayıcı bir olgu sunumudur. Diyabetik ayak yarası nedeniyle başvuran hasta 12 hafta boyunca düzenli olarak izlenmiş ve hemşirelik bakım hizmetleri esnasında yara tedavisinin etkinliği değerlendirilmiştir. Olgu sunumu için hastadan sözel ve yazılı onam alınmış; kişisel bilgiler gizli tutulmuş, etik kurallara uygunluk sağlanmıştır.

Bulgular: Yetmiş yaşında erkek hasta, sağ ayak 5. parmakta 6 ay önce gelişen yara nedeniyle Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Diyabetik Ayak Kurulu'na başvurmuştur. Hastanın özgeçmişinde tip 2 diyabetes mellitus (DM), periferik arter hastalığı (PAH), hipertansiyon (HT) ve kalp yetmezliği (KY) mevcuttur. Altı ay önce, diyabetik ayak enfeksiyonuna bağlı gelişen gangren nedeniyle sol alt ekstremitesine trans-femoral amputasyon uygulanmıştır. Operasyon sonrası önerilen varis çorabının hatalı kullanımı nedeniyle sağ ayak 5. parmakta yeni bir yara oluşmuştur. Hasta, başka bir merkezde yaklaşık altı ay süreyle takip edilen ancak yara iyileşmesi sağlanamayan hasta ileri değerlendirme amacıyla kurulumuza yönlendirilmiştir. Hastanın manyetik rezonans (MR) incelemesinde sağ ayak 5. parmakta şüpheli osteomyelit izlenmiş, yapılan kan tahlillerinde CRP:74,6mg/L, HbA1c: 6,1 olarak saptanmıştır. Derin doku kültüründe metisiline duyarlı

Staphylococcus aureus (MSSA) üremesi üzerine Levofloksasin başlanmış ve toplam 8 hafta süreyle kullanılmıştır. Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanı tarafından yapılan muayenede alt ekstremitte arterlerinde trifazik akım izlenmiştir. Plastik Cerrahi uzmanı tarafından cerrahi debridman uygulanmış, takiben hastaya günde iki kez steril ıslak pansuman yapılması önerilmiştir. Haftalık kontrollere çağrılan hastada üçüncü haftanın sonunda enfeksiyon gerilemiş, yara alanı temizlenmiştir. Bu aşamada yara iyileşmesini hızlandırmak amacıyla topikal EGF uygulamasına geçilmiştir. Islak pansuman ve EGF uygulama yöntemleri, birebir eğitimle hasta yakınına öğretilmiş, pansuman uygulaması sağlık personeli gözetiminde hasta yakını tarafından gerçekleştirilmiştir. Sonrasında evde günde iki kez steril ıslak pansuman ve EGF tedavisine devam edilmiştir. Yara takibi, haftalık kontrollerde fotoğraflı görüntülerle yapılmış; 10. haftanın sonunda yara boyutunun küçüldüğü, 12. haftada ise tam iyileşme sağlandığı gözlenmiştir. Takip sürecine ait yara evreleri tablo halinde verilmiştir. Hastanın kullandığı ilaçlar: Tavanic 750mg tb, Ecoprin 100mg tb, Pletal 100mg tb, Metformin 1000mg tb, Delix 2,5 mg tb, Monoket 20mg tb, Beloc 50mg tb.

2. hafta yara görüntüsü



debridman sonrası yara görüntüsü

12. hafta yara yeri görüntüsü



Sonuç: HEMŞİRELİK BAKIMI: Diyabetik ayak yarası nedeniyle başvuran, trans-femoral amputasyon öyküsü bulunan ve eşlik eden çoklu kronik hastalıkları (DM, PAH, HT, KY) olan bu hastaya yönelik hemşirelik bakımı, bütüncül ve bireyselleştirilmiş bir yaklaşımla planlanmıştır. Bakım sürecinde hemşirelik girişimleri; enfeksiyonun kontrol altına alınması, yara iyileşmesinin desteklenmesi, mobilite gereksinimlerinin karşılanması, hasta ve ailesine yönelik eğitimlerin verilmesi ve psikososyal desteğin sağlanması başlıkları altında yapılandırılmıştır. Yara bölgesine yönelik hemşirelik izlemleri; günlük pansuman uygulamaları sırasında aseptik tekniklere uygunluk, eksüda miktarı, doku bütünlüğü ve yara çevresinde koku gibi enfeksiyon göstergeleri dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir. Hastaya uygulanan steril ıslak pansuman ve topikal Epidermal Growth Factor (EGF) tedavisi, sağlık personelinin gözetiminde başlanmış, ardından bu uygulamaların hasta yakını tarafından güvenli biçimde sürdürülebilmesi amacıyla birebir eğitim

verilmiştir. Eğitim süreci; uygulamalı gösterim, yazılı protokol desteği ve görsel materyallerle pekiştirilmiştir. Diyabetik yara iyileşmesinde hasta ve ailenin eğitimi, bakımın ev ortamında sürdürülebilirliğini sağlamak adına hemşirelik bakım sürecinin önemli temel bileşenlerinden biri olarak ele alınmıştır. Yara bakımı, enfeksiyon belirtilerinin tanınması, EGF uygulama basamakları, ayak hijyeni, uygun ayakkabı ve çorap seçimi ile kontrol randevularının düzenliliği konularında kapsamlı ve kişiye özel mükerrer eğitimler sunulmuştur. Bu eğitimler, hastanın aktif katılımını artırmayı ve komplikasyon gelişimini önlemeyi hedeflemiştir. Bu bakım süreci, hemşirelerin yalnızca uygulayıcı değil; aynı zamanda eğitimci, danışman ve koordinatör rolleriyle yara iyileşme sürecinde ne denli kritik bir konumda olduğunu ortaya koymuştur. Benzer klinik vakalarda, bireyselleştirilmiş hemşirelik yaklaşımlarının modern biyolojik tedavi yöntemleriyle entegre edilmesi; yara iyileşme oranlarını artırmakta ortaya çıkabilecek komplikasyonları önleyebilmektedir. SONUÇ: Ampütasyon öyküsü bulunan, birden fazla kronik hastalığı olan ve yara iyileşmesi 6 ay üzerinde sağlanamayan bu zor olguda, EGF uygulaması ile konvansiyonel yara bakım yöntemlerinin birlikte kullanılması ile 12 haftalık izlem süresi sonunda tam doku iyileşmesi sağlanmıştır. Diyabetik ayak yaralarının yönetiminde erken müdahale, multidisipliner yaklaşım, profesyonel hemşirelik bakımı ve hasta-aile-sağlık personeli iş birliği başarı için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: diyabetik ayak, diyabetik ayak tedavi, hemşirelik bakımı