



199. yıl



CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

5. İÇ HASTALIKLARI &

4. İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

KONGRESİ

11-13 EYLÜL 2026

Lazzoni Hotel, Beyoğlu, İstanbul

Prof. Dr. H. Hüsrev Hatemi anısına



BİLDİRİ KİTABI



Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

5. İç Hastalıkları ve

4. İç Hastalıkları Hemşireliği

Kongresi

11–13 Eylül 2026, Beyoğlu, İstanbul

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Ahmet Merih Dobrucalı

Kongre Sekreteri

Doç. Dr. Ahmet Murt

Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Ahmet Merih Dobrucalı

Prof. Dr. Aykut Ferhat Çelik

Prof. Dr. Mustafa Sait Gönen

Prof. Dr. Işıl Bavunoğlu

Prof. Dr. Serdal Uğurlu

Prof. Dr. Zeynep Hande Turna

Prof. Dr. Ayşe Salihoğlu

Doç. Dr. Yeşim Özgüler

Doç. Dr. Mevlüt Tamer Dinçer

Doç. Dr. Serdar Şahin

Doç. Dr. Ahmet Murt

Dr. Öğr. Üyesi Tuğrul Elverdi

Arş. Gör. Durdane Yağmur Ersoy

Uzm. Sağ. Yön. Fatma Gedikli

Uzm. Hem. Çiğdem Karacaköylü

Uzm. Hem. Pınar Eroğlu

Uzm. Hem. Nazlı Özsöz

Uzm. Hem. Tülay Aksoy

Dr. Hem. Ayten Dağ

Değerli Meslektaşlarımız,

“Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 5. İç Hastalıkları ve 4. İç Hastalıkları Hemşireliği Kongresi” Cerrahpaşa İç Hastalıkları Derneği tarafından 11-13 Eylül 2026 tarihleri arasında Lazzoni Hotel, Beyoğlu/İstanbul’da gerçekleştirilecektir.

İç hastalıklarında ilgi çeken güncel konuların, bireysel deneyimlerin paylaşarak aktif katılımlarla ele alınacağı ve tıptaki yeniliklerin gözden geçirileceği kongremizin, alanlarında uzmanlaşmış eski mezunlarımız ve Cerrahpaşa İç Hastalıklarına emek vermiş öğretim üyelerimizle bir araya gelebilmemiz için de güzel bir fırsat yaratması hedeflenmiştir.

Bilimsel ve sosyal anlamda başarılı geçmesini arzuladığımız kongremizde sizleri de aramızda görmekten büyük mutluluk ve onur duyacağız.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Ahmet Merih Dobrucalı

Kongre Başkanı

Kurs Programı		
11 Eylül 2026, Cuma		
Kurs Salonu (Moleni Salonu)		
Saat	KURS	KOORDİNATÖRLER
13:30-15:00	Kan gazı değerlendirme, asit / baz denge bozuklukları	Işıl Bavunoğlu
15:00-15:30	Kahve Molası	
15:30-17:00	Elektrolit denge bozukluklarının yönetimi	M .Tamer Dinçer

5. İç Hastalıkları Kongresi Bilimsel Programı	
12 Eylül 2026, Cumartesi	
A Salonu (Zeni Balo Salonu)	
08:30 - 09:00	Kongre Açılışı
	Hüseyin Botanlıoğlu, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörü
	Emin Köse, İ.Ü.C. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanı
	Ahmet Merih Dobrucalı, Kongre Başkanı
09:00 - 09:30	Açılış Konferansı Moderatör: Mehmet Rıza Altıparmak
	Tüberkülozda Güncelleme Konuşmacı: Gökhan Aygün
09:30 - 10:30	Oturum 1 İç Hastalıkları Pratiğinde Obezite: Tanıdan Tedaviye Bütüncül Yaklaşım Moderatörler: Mustafa Sait Gönen, Hande Mefkure Özkaya
	Obez Hasta Polikliniğe Geldiğinde: Güncel Kılavuzlar Işığında Work-up Konuşmacı: Serdar Şahin
	Inkretin bazlı tedaviler ve yan etkilerinin yönetimi Konuşmacı: Volkan Demirhan Yumuk
	Bariatrik ve Metabolik Cerrahi: Doğru Hasta Seçimi Konuşmacı: Emre Durcan
10:30 - 10:50	KAHVE MOLASI
10:50-12:15	Oturum 2 Tek Hasta, Dört Disiplin: Kardiyorenal Metabolik Sendromda Ortak Hedefler (Olgu temelli Vaka sunumu: Uğur Kimyon Panelistler: Barış İkitimur, Nurhan Seyahi, Ali İbrahim Hatemi
	Kardiyometabolik Risk Yönetimi ve Kalp Yetmezliği Perspektifi
	Diyabet ve Metabolik Sendromda Kardiyo-Renal Koruma Stratejileri
	MAFLD; Metabolik Aksın Diğer Yüzü
	Tartışma
12:15 - 13:15	ÖĞLE YEMEĞİ
13:15 - 13:45	Oturum 3 – Onkolojide Güncel Gelişmeler ve Gelecek Perspektifi Moderatör: Fuat Hulusi Demirelli Konuşmacı: Zeynep Hande Turna
13:45 - 14:30	Oturum 4- Yaşlılıkta önemli sorunlara akılcı yaklaşım Moderatör: Ülev Deniz Suna Erdinçler
	Uygunsuz ilaç kullanımı Konuşmacı: Suna Avcı Kılıvan
	Unutkanlık
	Konuşmacı: Tuğçe Gedik Emiroğlu

14:30 - 14:45	KAHVE MOLASI
14:45 - 16:00	Oturum 5 – Klinikte Hipogamaglobulinemi Moderatörler: Yıldız Aydın, Ayça Kıyıkım Erişkinde Hipogammaglobulinemiye Yaklaşım: CVID Tanı Kriterleri ve IVİg Replasman Kılavuzları Konuşmacı: Tuğrul Elverdi İyatrojenik İmmün Yetersizlikler ve CVID'in Otoimmün Yüzü Konuşmacı: Mert Öztaş Gözden Kaçan Kayıplar Konuşmacılar: Oğuz Kağan Bakkaloğlu, Ahmet Murt
16:00-16:40	Uydu Sempozyum Moderatör: Ayşe Salihoğlu aHÜS Konuşmacılar: Ahmet Murt, Tamer Dinçer PNH Konuşmacı: Deniz Özmen İbiş
16:45 - 17:45	Cerrahpaşa Dahiliye'nin Dününden Bugününe – Emekli hocalarımız ile Geçmişe Yolculuk Moderatör: Ahmet Merih Dobrucalı Konuşmacılar: Birsen Ülkü, Sadi Gündoğdu, Hasan Yazıcı, Yıldız Aydın, Ayşe Huri Özdoğan, Hülya Uzunismail, Rezzan Ataman, Kadir Bal, Meltem Pekpak
13 Eylül 2026, Pazar	
A Salonu (Zeni Balo Salonu)	
09:00 - 09:45	CTF Dahiliye Geleneksel Sabah Toplantısı İnteraktif Vaka Çözümlemesi Vaka sunumu: Özgün Önder Panelistler: Teoman Soysal, Ali İbrahim Hatemi, Sinem Nihal Esatoğlu
09:45 - 10:45	Oturum 6 İç Hastalıklarında İnflamasyon Yönetimi: Biyolojik Ajanlar Çağında Disiplinlerarası Yaklaşım Moderatörler: Serdal Uğurlu, Muhlis Cem Ar Patofizyoloji; Gen vs Flora Konuşmacı: Aykut Ferhat Çelik Kronik inflamasyonun klinik yansımaları, tanısal yaklaşım ve biyobelirteçler Konuşmacı: Yeşim Özgüler Tedavi ve Yönetim Stratejileri Konuşmacı: Sinem Nihal Esatoğlu
10:45 - 11:15	KAHVE MOLASI
11:15 - 12:30	Oturum 7 – İç Hastalıkları Pratiğinde Hematoloji Moderatörler: Zafer Başlar, Muhlis Cem Ar Lenfoma, Nereden Nereye Konuşmacı :Burhan Ferhanoğlu

	Trombofili Paneli Kimlerden İstenmeli, Sonuçlar Nasıl Yorumlanmalı ? Konuşmacı :Dilek Keskin Klinikte DOAC Kullanımı Konuşmacı :Sevil Sadri
12:30 - 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ
	Oturum 8 – Pulmoner Hipertansiyonda güncelleme Moderatörler: Bilun Gemicioğlu, Bilgehan Karadağ Pulmoner Hipertansiyonun Tanı Algoritması Konuşmacı: Ümit Yaşar Sinan Akciğer Hastalıklarına Bağlı Pulmoner Hipertansiyon Konuşmacı: Şermin Börekçi Romatolojik Hastalıklarda Pulmoner Hipertansiyon Konuşmacı: Emire Seyahi Tartışma
13:30 - 14:30	
14:30 - 15:00	KAHVE MOLASI
	Oturum 9 – İç hastalıkları pratiğinde tanısal zorluklar, akla gelmeyenler Moderatörler: Ahmet Merih Dobrucalı, İzzet Fresko Sık Görülen Semptomların Arkasındaki Nadir Nedenler: Kırmızı Bayraklar ve Akılcı Yönlendirme Konuşmacı: Serdal Uğurlu Tartışma
15:00 - 15:30	
15:30 - 16:00	Uydu Sempozyum: Her klinikte kanama ile mücadele Moderatör: Muhlis Cem Ar Konuşmacı: Uğur Kimyon
16:00 - 17:00	Oturum 10 - Kapanış Konferansı İç hastalıklarında yapay zeka ve klinik karar destek sistemlerinin kullanımı neler vadediyor? Moderatörler: Hande Mefkure Özkaya, Ahmet Baş Büyük veri ve yapay zeka, hayaller ve gerçekler Konuşmacı :Etem Koray Taşçılar Yapay zekanın tıbbi cihaz uzmanlık sınavı Konuşmacı :Burak Uzel
17:00 - 17:15	Akılcı İlaç Kullanımı Konuşmacı: Durdane Yağmur Ersoy
17:15 - 17:25	Kapanış Konuşması Kongre Başkanı ve Düzenleme Kurulu

Hemşirelik Bilimsel Programı	
12 Eylül 2026, Cumartesi	
B Salonu (Moleni Salonu)	
09:00 - 09:15	Hemşirelik Bilimsel Programı Açılışı
09:15 - 10:00	Konferans Moderatörler: Nuray Enç, Fatma Gedikli Araştırmayla Güçlenen Hemşirelik: Bilgiyle Bakım Vermek Konuşmacı: Melek Nihal Esin
10:00 - 10:40	Konferans Moderatörler: Nuray Enç, Fatma Gedikli Kuşak Çatışmaları Konuşmacı :Ferda Şule Kaya
10:40 - 11:15	KAHVE MOLASI
11:15 - 12:00	Panel 1 Yoğun Bakım Oturumu Moderatörler: Aycan Kelez Yayık, Çiğdem Karacaköylü Temel ve İleri Yaşam Desteği Konuşmacı: Tuğba Sözen Septik Şok ve Hemşirelik Bakımı Konuşmacı: Selin Denizsever
12:00 - 12:45	Panel 2 Diyabet-Endokrin Oturumu Moderatörler: Seçil Erden Melikoğlu, Sabriye Sibel Taze Akromegali ve Cushing Hastalığında Hemşirelik Bakımı: Yaşam Aktiviteleri Temelli Yaklaşım Konuşmacı: Seçil Erden Melikoğlu Diyabet ve Obezite Tedavisinde Yeni Nesil Tedaviler Konuşmacı: Şerife İnan
12:45 - 13:45	ÖĞLE YEMEĞİ
13:45 - 15:00	Panel 3 Hematoloji Oturumu Moderatörler: Zahide Vali, Hülya Çakır Hematoloji Hastalarında Hasta Odaklı Hemşirelik Yaklaşımı Konuşmacı: Duygu Güzelli Kanama Bozukluklarında Güncel Yaklaşımlar Konuşmacı: Sevgi Kahyaoğlu Aferez Acilleri ve Hemşirelik Yaklaşımı Konuşmacı: Nazlı Yıldız
15:00 - 15:15	KAHVE MOLASI
15:15 - 16:30	Sözel Bildiri Oturumu Moderatörler: Ayten Dağ, İlayda Türkoğlu SS – 01 - Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Kadın Hastaların Yaşam Deneyimleri: Nitel Bir Araştırma - Mehmet Ağaslan

	SS – 2 - Etiyolojisi belirsiz tekrarlayan orta-masif hemoptizili genç hastada hemşirelik yönetimi ve multidisipliner izlem: olgu sunumu - Abdulsamet Öger
	SS – 3 - Covid 19 Sonrası Gelişen Pnömoni ile Toplum Kökenli Pnömoninin Klinik Seyir ve Hemşirelik Bakımının Karşılaştırılması - Abdulsamet Öger
	SS – 4- Tip 2 diyabetes mellitus lu hastalarda uyku kalitesiyle konfor düzeyi ilişkisinin belirlenmesi - Nezahat Özer
	SS – 5- Hemşirelik Öğrencilerinde Yapay Zekâ Okuryazarlığı ile Bireysel Yenilikçilik Düzeyleri Arasındaki İlişki - Tuğçe Bilge Yıldırım
	SS – 6- Öğretmen Adaylarına Verilen Kardiyopulmoner Resüsitasyon Eğitiminde Anlatım ve Simülasyon Yöntemlerinin Karşılaştırılması - Zülfünaz Özer
	SS – 7- Romatoid Artritte Soğuk Uygulamanın Ağrı, Hastalık Aktivitesi ve Yaşam Kalitesine Etkisi - Betül Yılmaz Erten
	SS – 8- Yoğun Bakım Hemşirelerinde Bakım Davranışları Tutum Ölçeği Geliştirme - Esra Selçuk Yeniay
	SS – 9- Cerrahi Girişim Geçirmiş Akromegali Bireylerin Günlük Yaşam Deneyimlerinin Belirlenmesi - Seçil Erden Melikoğlu
13 Eylül 2026 Pazar	
B Salonu (Moleni Salonu)	
09:00 - 10:30	Panel 4 Semptom Oturumu Moderatörler: Zeliha Tülek, Nilay Şimşek İBH’da Semptom Yönetimi ve Hemşirelik Yaklaşımı Konuşmacı: Aynur Ayhan Kronik İnmede Hemşirelik Bakımı Konuşmacı: Aysel Çavuşoğlu Santral Katater İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonları Konuşmacı: Serpil Cengiz
10:30 - 11:00	KAHVE MOLASI
11:00 - 11:45	Panel 5 Nefroloji Oturumu Moderatörler: Zülfünaz Özer, Tülay Aksoy İklim Değişikliği ve Börek Sağlığı, Görünmeyen Riskler Konuşmacı: Zülfünaz Özer Böbrek Hastalıklarında Tanı Yöntemleri ve İdrar Testleri Konuşmacı: Nermin Erdoğan
11:45 - 12:30	Konferans Moderatörler: Seçil Erden Melikoğlu, Aysun Keleş Hemşirelikte Etik: Mesleki Değerler ve Güncel Yaklaşımlar Konuşmacı: İlayda Türkoğlu
12:30 - 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ
13:30 - 14:45	Panel 6 Romatoloji Oturumu Moderatörler: Şükran Yüksel Fındıkoğlu, Dilşen Çevirgen Romatolojik Hastalıklarda Gebelik Konuşmacı: Elif Altuntaş Abdullah Biyolojik İlaçlara Bağlı Alerjik Reaksiyon Yönetimi Konuşmacı: Dilşen Çevirgen Vexas Sendromu ve Bir Olgu Deneyimi Konuşmacı: Murat Candemir
14:45 - 15:15	KAHVE MOLASI
15:15 - 16:00	Panel 7

	Palyatif Bakım Moderatörler: Gülbeyaz Can, Zeyno Bayram Palyatif Bakımda Ağrı Yönetimi Konuşmacı: Dilek Yıldırım Palyatif Bakımda Nutrisyon Konuşmacı: Funda Çam
16:00 - 16:15	KAPANIŞ KONUŞMALARI

BİLDİRİ PROGRAMI	
12 Eylül 2026, Cumartesi	
Sözlü Sunumlar, C Salonu (Sumi Salonu)	
Oturum Başkanları: Nurhan Seyahi, Çiğdem Papila	
13:15-14:30	SS-01 SGLT-2 İnhibitörleri Kullanan Hastalarda Üriner Nükleer Matriks Protein 22 Düzeylerinin İncelenmesi İle Mesane Kanseri Gelişim Riskinin Değerlendirilmesi - Yağmur Ersoy
	SS-02 Kronik Lenfositik Lösemi'de Pozitron Emisyon Tomografisi Bulgularının Klinik Kararlara Etkisi - Alican Karakoç
	SS-03 Metastatik mide kanserinde RMH skorunun prognostik değeri - Selin Cebeci
	SS-04 Büyük Tiroid Nodüllerinde Maligniteyi Öngören Faktörler: Klinik, Biyokimyasal ve Ultrasonografik Özelliklerin Değerlendirilmesi - Mayıs Farajli
	SS-05 Plazma aterojenik indeksi, metabolik disfonksiyon ilişkili Yağlı karaciğer hastalarında insülin direncinin bağımsız bir göstergesi mi dir? Tek merkezli retrospektif analiz - Hilal Çakır Taşkın
	SS-06 Lenfomayı Taklit Eden Yoğun FDG Tutulumlu Servikal Lenfadenopati: Polimiyalji Romatika Olgusunda Germinal Merkezlerin Progresif Transformasyonu - Beyzanur Taşkın Yılmaz
	SS-07 Erkeklerde beklenmedik bir patojen: Gardnerella vaginalis ilişkili piyonefroz ve postrenal akut böbrek hasarı - Baran Acay
	SS-08 Yaşlı Bireylerde Kırılabilirlik ve Suplement Kullanımına Bir Bakış - Bilal Erden
	SS-09 Kronik Spontan Ürtüker Hastalarında Laboratuvar İncelemelerinin Klinik Etkisi - Deniz Eyice

BİLDİRİ PROGRAMI	
12 Eylül 2026, Cumartesi	
Poster Sunumlar, Fuaye Alanı (Zeni Balo Salonu)	
Oturum Başkanları: Güleren Yartaş Dumanlı	
14:45 - 15:30	PS-01 Transvers Kolon Adenokarsinomu ile Prezente bir Kronik Lenfositik Lösemi ve Lynch Sendromu Birlikteliği: Olgu sunumu – Dilek Keskin
	PS-02 Kemik iliği infiltrasyonu ile seyreden nadir bir anjiyosarkom vakası: Olgu sunumu - Dilek Keskin
	PS-03 Allopurinol ilişkili dress sendromu - Nihal Aksoy
	PS-04 Brusellozun serolojik tanısında Brucella Spot, Wright tüp aglütinasyon ve ELISA (IgM/IgG) testlerinin karşılaştırılması: tek merkezli retrospektif çalışma - Barış Can
	PS-05 HDL ve Hastane İçi Mortalite: Kardiyovasküler Koruyucu Etkilerin Ötesinde Bir Biyobelirteç - Burak Canbaz
	PS-06 Normal Glukozun Ardındaki Tehlike:SGLT2 İnhibitörlerine Bağlı Üç Öglisemik Ketoasidoz Olgusu - Umut Karakuş
	PS-07 Kolestatik enzim yüksekliği ile prezente olan hastada metastatik karaciğer lezyonları üzerinden tanı alan sigmoid kolon adenokarsinomu: atipik başlangıçlı bir olgu - Lale Khalilzade
	PS-09 Yaşlı bir HIV olgusu ve eşlik eden hematolojik bulgular – Gamze Yaman
	PS-10 Mor İdrar Torbası Sendromu: Görsel Bir Olgu - Selina Manan
	PS-11 Nadir Görülen Bir İmmün Yetersizlik : Good Sendromu – Dilek Keskin
BİLDİRİ PROGRAMI	
13 Eylül 2026, Pazar	
Sözlü Sunumlar, C Salonu (Sumi Salonu)	
Oturum Başkanları: Billur Canbakan, Abdüsselam Şekerci	
11:15 - 12:30	SS-10 Diyabetik ketoasidozu olan hastalarda asidoz şiddeti ile nötrofil lenfosit oranı arasındaki ilişki – Özgür Yılmaz
	SS-11 Yaşlı Yetişkinlerde GLP-1 Reseptör Agonistleri ve Dual GIP/ GLP-1 Reseptör Agonisti ile ilişkili Oral Advers Olay Bildirimleri: FAERS Veri Tabanının Yaş Tabakalı Analizi - Kübra Çingar Alpay
	SS-13 Akromegali Hastalarında Büyüme Hormon/IGF-1 Diskordansının Klinik Seyre Etkisi ve ilişkili Metabolik Faktörler: Tek Merkez Deneyimi - İlkin Muradov
	SS-14 İdame hemodiyaliz hastalarında mineral metabolizması ile depresif semptomlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi - İlhan Kılıç
	SS-15 Dahiliye Asistanlarında Yapay Zeka Kullanımına Yönelik Farkındalık, Tutum ve Beklentiler: Kesitsel Bir Anket Çalışması - Efekan Yılmaz
	SS-16 Geriatrik Bireylerde Primer Sarkopeni ile Barsak Bariyer Disfonksiyonu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: SARC-F, Serum DAO, Zonulin, LPS ve I-FABP Düzeylerinden Elde Edilen Bulgular - Seyda Bilgin
	SS-17 Diferansiye tiroid kansinomunda mitotik sayı ve Ki-67 proliferasyon indeksi: mikrokarsinomlar ve makrokarsinomların karşılaştırılması - Ali Tunç
	SS-18 Dahiliye Polikliniğine Nefes Darlığı ile Başvuran İki Hastada Spontan Hava Kaçağı Sendromları - Uğur Kimyon

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ 5. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

SÖZLÜ SUNUMLAR

(SS-01)

SGLT-2 İnhibitörleri Kullanan Hastalarda Üriner Nükleer Matriks Protein 22 Düzeylerinin İncelenmesi İle Mesane Kanseri Gelişim Riskinin Değerlendirilmesi

Durdane Yağmur Ersoy¹, Şeyda Gül Özcan², Nermin Cansu Tekgöl⁴, İbrahim Adaletli⁴, İrem Onur³, İbrahim Murat Bolayır⁵, Muammer Bilir¹, Sinan Trabulus², Nurhan Seyahi², Mevlüt Tamer Dinçer²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı

⁴İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı

⁵İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı

Amaç: SGLT-2 inhibitörleri tip 2 diyabette yaygın olarak kullanılmaktadır;ancak kronik glikozürinin mesane ürotelyumu üzerinde olası karsinojenik etkisikonusunda endişeler bulunmaktadır. Bu çalışmada, uzun süreli SGLT-2 inhibitörükullanan hastalarda erken dönem mesane kanseri riski üriner Nükleer Matriks Protein22 (NMP-22), idrar sitolojisi ve mesane ultrasonografisi ile değerlendirildi.

Yöntem: Kesitsel-karşılaştırmalı bu çalışmaya 163 tip 2 diyabet hastası alındı:114 uzun süreli SGLT-2 inhibitörü kullanıcısı ve 49 kontrol grubu (SGLT-2 inhibitörükullanmayan) dahil edildi. Birincil sonlanım üriner NMP-22 (ELISA) idi; ayrıca sitoloji(Paris Sistemi), mesane duvar kalınlığı, OAB-V8 ve IPSS değerlendirildi.

Bulgular: SGLT-2 inhibitörü kullanan grupta medyan kullanım süresi 77,9 ayıdı. NMP-22 hasta grubunda kontrole göre daha yüksekti [5,4 (4,07–6,75) vs 4,4 (3,6–5,5) ng/mL; p=0,005]; buna karşın mesane duvar kalınlığı, OAB-V8, IPSS,mikrohematüri, lökositüri ve sitoloji açısından fark yoktu (tüm sitoloji örnekleri yüksek dereceli karsinom için negatif). NMP-22, SGLT-2 inhibitörü kullanım süresi (r=0,233;p=0,003) ve glikozüri derecesi (r=0,196; p=0,015) ile koreleydi. Çok değişkenliregresyonda log-NMP-22 ile bağımsız ilişkili tek değişken glikozüri varlığıydı(β =0,118; %95 GA 0,011–0,225; p=0,032); SGLT-2 inhibitörü kullanımı ilişkilibulunmadı (p=0,866). Bulgular duyarlılık analizlerinde de korundu.

Hastaların Demografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu (n=49)	Hasta Grubu (n=114)	P
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	21 (42,9)	58 (50,9)	0,348 ^c
Erkek	28 (57,1)	56 (49,1)	
Yaş (yıl)	59,98±8,63	60,91±7,96	0,505 ^e
VKI	28,70 (25,4–31,5)	28,4 (24,9–32,7)	0,932 ^b
Sigara, n (%)			
Hayır	24 (72,7)	58 (70,7)	0,831 ^c
Evet	9 (27,3)	24 (29,3)	
Alkol, n (%)			
Hayır	31 (93,9)	80 (98,8)	0,201 ^d
Evet	2 (5,1)	1 (1,2)	
SGLT-2 inhibitörü kullanım Süresi (Ay)	0 (0–0)	77,9 (73,5–85,2)	<0,001 ^b
SGLT2niz, n (%)			
Kullanmıyor	49 (%100)	0 (0)	<0,001 ^d
10 mg	0 (0)	80 (70,2)	
25 mg	0 (0)	34 (29,8)	
RAS inhibitörü kullanm, n (%)			
Yok	25 (51)	33 (28,9)	0,012 ^d
Var	24 (49)	81 (71,1)	
GLP-1kullanm, n (%)			
Yok	49 (100)	102 (89,5)	0,019 ^d
Var	0 (0)	12 (10,5)	
Dişabet sùresi (yıl)	12 (6–15)	16 (10–20)	<0,001 ^b
Dişabetik retinopati, n (%)			
Yok	41 (83,7)	90 (78,9)	0,486 ^c
Var	8 (16,3)	24 (21,1)	
Dişabetik nùropati, n (%)			
Yok	40 (81,6)	90 (78,9)	0,696 ^c
Var	9 (18,4)	24 (21,1)	
Hipertansiyon, n (%)			
Yok	20 (40,8)	40 (35,1)	0,487 ^c
Var	29 (59,2)	74 (64,9)	
Hipertlipidemi, n (%)			
Yok	21 (42,9)	16 (14)	<0,001 ^c
Var	28 (57,1)	98 (86)	
Koroner Arter Hastalığı, n (%)			
Yok	37 (75,5)	95 (83,5)	0,243 ^c
Var	12 (24,5)	19 (16,7)	
Kalp Yetmezliği, n (%)			
Yok	48 (98)	111 (97,4)	1,000 ^d
Var	1 (2)	3 (2,6)	
Gut, n (%)			
Yok	49 (100)	114 (100)	NA
Var	0 (0)	0 (0)	

Veriler ortalama $\pm$ standart sapma, medyan (IQR) ya da n (%) olarak verilmiştir. ^a Bağımsız iki örneklem t testi, ^b Mann-Whitney U testi, ^c Ki-kare testi, ^d Fisher's exact testi; NA: Uygulanmadı. VKI: vùcut kitle indeksi; SGLT-2: sodyum-glukoz kotransporter-2; RAS: renin-anjiyotensin sistemi; GLP-1: glukagon benzeri peptit-1; IQR: çeyrekler arası aralık (IQR); SS: standart sapma.

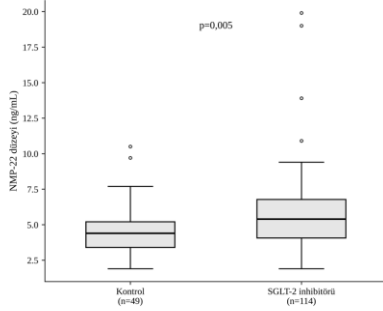
Laboratuvar Parametreleri Karşılaştırması

	Kontrol Grubu (n=49)	Hasta Grubu (n=114)	P
Hgb (gr/dl)	13,72 $\pm$ 1,76	14,26 $\pm$ 1,68	0,068 ^a
Transferrin satùrasyonu (%)	21 (15,5–24,5)	18 (14–24)	0,162 ^b
Ferritin (ug/L)	56,15 (37,92–110)	41,85 (23,45–72,23)	0,006 ^b
Ùrea (mg/dL)	38,00 (30–48)	35,50 (29–38,75)	0,047 ^b
Kreatinin (mg/dL)	0,96 (0,76–1,11)	0,79 (0,68–0,93)	0,003 ^b
eGFR (ml/min/1,73 m ²)	92 (64–102)	96 (83,25–104)	0,054 ^b
Evre, n (%)			
Evre I	27 (55,1)	75 (65,8)	0,009 ^d
Evre II	11 (22,4)	33 (28,9)	
Evre IIIA	7 (14,3)	2 (1,8)	
Evre IIIB	2 (4,1)	3 (2,6)	
Evre IV	2 (4,1)	1 (0,9)	
CRP (mg/L)	1,94 (1,14–7,4)	1,89 (0,84–4,13)	0,222 ^b
ALT (IU/L)	16 (12–23)	17 (13,25–24)	0,360 ^b
AST (IU/L)	16 (12–20,25)	18 (14–20)	0,221 ^b
ALP (U/L)	81 (67–91)	74,5 (63,25–90)	0,536 ^b
GGT (IU/L)	17 (14–25,5)	20 (13–27,75)	0,518 ^b
Ùrik asit (mg/dL)	5,1 (4,1–6,3)	4,5 (3,82–5,5)	0,031 ^b
Glukoz (mg/dL)	143 (116–185,25)	152 (126,25–181,75)	0,547 ^b
Sodyum (meq/L)	138 (136–140)	139 (137–140)	0,123 ^b
Potasyum (meq/L)	4,53 (4,20–4,70)	4,51 (4,32–4,77)	0,752 ^b
Dùzeltilmiř Kalsiyum (gr/dL)	9,16 $\pm$ 0,33	9,08 $\pm$ 0,36	0,173 ^a
Albumin (gr/dL)	4,51 (4,33–4,75)	4,58 (4,44–4,74)	0,176 ^b
Fosfor (mg/dL)	3,61 $\pm$ 0,54	3,62 $\pm$ 0,51	0,960 ^b
LDH (U/L)	184,5 (166,75–204,25)	178,00 (159–201)	0,264 ^b
25-OH vitamin D	21 (13,15–31,23)	21,95 (14,9–34,32)	0,540 ^b
HbA1c (%)	7,75 (6,8–9,2)	8 (7,3–8,8)	0,766 ^b
HDL (mg/dL)	46 (36–54)	45 (36,25–55)	0,801 ^b
LDL (mg/dL)	104,5 (86,5–136,75)	95 (81,25–116,25)	0,025 ^b
Trigliserid (mg/dL)	132 (92–171)	152,5 (95–201,75)	0,223 ^b
Total Kolesterol (mg/dL)	173 (143,00–207)	168 (144–190)	0,277 ^b
OABV8	7,5 (5–10,25)	9 (4–13)	0,601 ^b
IPSS Skoru	6 (2,75–8,5)	5 (2,25–9)	0,793 ^b

Veriler ortalama $\pm$ standart sapma, medyan (IQR) ya da n (%) olarak verilmiştir. ^a Bağımsız iki örneklem t testi, ^b Mann-Whitney U testi, ^c Ki-kare testi, ^d Fisher's exact testi. Hgb: hemoglobin; eGFR: tahmini glomerùler filtrasyon hızı; Evre: kronik bôbrek hastalığı evresi; CRP: C-reaktif protein; ALT: alanin aminotransferaz; AST: aspartat aminotransferaz; ALP: alkalen fosfataz; GGT: gama-glutamil transferaz; HDL: yùksek yoğunluklu lipoprotein; LDL: dùřuk yoğunluklu lipoprotein; HbA1c: glikozile hemoglobin; LDH: laktat dehidrogenaz; 25-

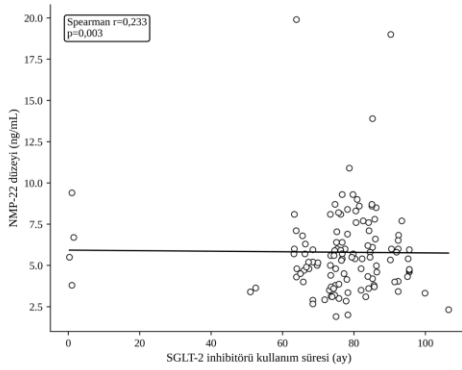
OH vitamin D: 25-hidroksi vitamin D; OAB-V8: Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Skoru (Overactive Bladder Questionnaire-V8); IPSS: Uluslararası Prostat Semptom Skoru.

SGLT-2 İnhibitörü Kullanan ve Kontrol Grubundaki Hastaların NMP-22 Düzeylerinin Karşılaştırılması



Kutu grafiğinde medyan değer (orta çizgi), çeyrekler arası aralık (kutu) ve dağılım aralığı (bıyıklar) gösterilmektedir. Gruplar Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. NMP-22: nükleer matriks proteini 22; SGLT-2: sodyum-glukoz kotransporter-2.

NMP-22 Düzeyi ile SGLT-2 İnhibitörü Kullanım Süresi Arasındaki İlişki



Dağılım grafiğinde her nokta bir katılımcıyı temsil etmektedir; ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. NMP-22: nükleer matriks proteini 22; SGLT-2: sodyum-glukoz kotransporter-2; GA: güven aralığı.

Sonuç: Uzun süreli kullanıcılarda gözlenen yüksek NMP-22, ilacın kendisinden ziyade glikozüri tarafından bağımsız olarak belirleniyordu ve başka hiçbir malignite göstergesi eşlik etmiyordu; bu durum benign, glikozüri ilişkili bir ürotelyal yanıtı düşündürmektedir. Sistoskopik/histolojik doğrulama içeren prospektif çalışmalar ihtiyacı vardır.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 diyabetes mellitus, Nükleer matriks protein-22, Mesane kanseri, SGLT-2 inhibitörleri

Kronik Lenfositik Lösemi'de Pozitron Emisyon Tomografisi Bulgularının Klinik Kararlara Etkisi

Alican Karakoc¹, Kubra Nur Toplutas², Muhammet Sait Sager², Umut Yılmaz³, Deniz Ozmen³, Tugrul Elverdi³, Ayse Salihoglu³, Ahmet Emre Eskazan³, Muhlis Cem Ar³, Zafer Baslar³, Teoman Soysal³

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı

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

Amaç: Kronik lenfositik lösemi (KLL), erişkinlerde en sık görülen lösemi olup nadiren agresif lenfomaya dönüşebilmektedir. Bu dönüşümün tanısında 18FDG-PET/BT önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmada, KLL/SLL hastalarında PET/BT'de saptanan SUVmaks değerlerinin histopatolojik tanı, klinik ve laboratuvar özellikler ile sağkalım arasındaki ilişkisi araştırıldı.

Yöntem: Ocak 2009-Eylül 2019 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı'nda takip edilen 302 KLL hastası arasından, kurumumuzda PET/BT çekilmiş ve PET/BT sonrası 3 ay içinde biyopsi yapılmış 39 hasta çalışmaya dahil edildi. Klinik, demografik, laboratuvar ve histopatolojik veriler geriye dönük olarak değerlendirildi. Tüm PET/BT görüntüleri, hastaların klinik bilgilerine kör olan tek bir nükleer tıp uzmanı tarafından yeniden yorumlandı. SUVmaks için kestirim değeri 10 olarak kabul edilerek analizler gerçekleştirildi.

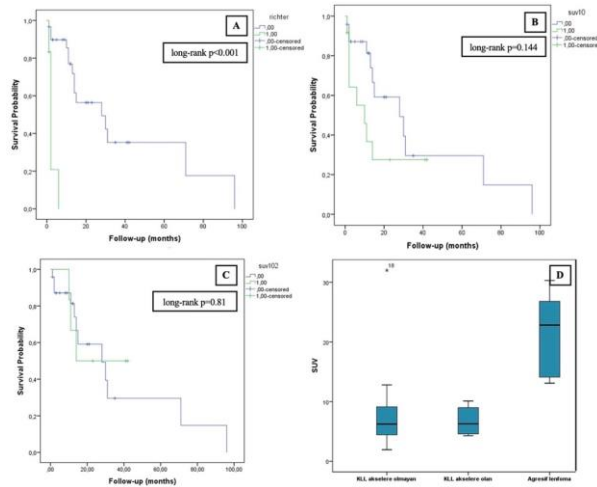
Bulgular: Çalışmaya alınan 39 hastanın %56,4'ü erkekti ve medyan takip süresi 47,1 aydı. İlk PET/BT değerlendirmesinde yalnızca LDH düzeyleri SUVmaks > 10 olan grupta anlamlı olarak yüksekti (p=0,045)(Tablo-1). İlk biyopsi sonuçları; akselere olmayan KLL/SLL (n=24), akselere KLL/SLL (n=6) ve agresif lenfoma (n=6) olarak saptandı. Agresif lenfoma tanısı alan tüm hastalarda SUVmaks değeri 10'un üzerindeydi. Bu hastalarda genel sağkalım, KLL/SLL hastalarına göre anlamlı derecede daha kısaydı (2 aya karşı 28 ay, log-rank p < 0,001). SUVmaks > 10 olan hastalarda genel sağkalım daha kısa olmakla birlikte fark istatistiksel anlamlılığa ulaşmadı (10 aya karşı 28 ay, p=0,144)(Şekil-1)Toplam 48 PET/BT ve ilişkili biyopsinin analizinde histopatolojik tanıları; akselere olmayan KLL/SLL (n=26), akselere KLL/SLL (n=9) ve agresif lenfoma (n=9) olarak bulundu. Medyan SUVmaks değerleri sırasıyla 6,25; 5,25 ve 19,3 idi. Klinik ve laboratuvar özellikler açısından SUVmaks grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo-2).

Tablo-1

	LN SUVmaks ≤ 10			LN SUVmaks > 10			p-değeri
	Ort.±S.S	Medyan	n (%)	Ort.±S.S	Medyan	n (%)	
Cinsiyet							
Kadın			10 (40)			7 (50)	0,546 ¹
Erkek			15 (60)			7 (50)	
Yaş							
Ortalama Yaş	60,9±10,5	60		62,4±13,2	64,3		0,692 ²
Toplam Takip Süresi (ay)	47,5±43,2	30,4		64±48,1	55,7		0,213 ²
Ortalama Sonrası Takip Süresi (ay)	18,1±22,0	11,5		15,3±16,1	9,6		0,539 ²
Tanıdaki Lenfosit Sayısı (10 ³ /µL)	40,3±55,3	8,4		18,1±27,2	4,1		0,290 ²
≤ 30.000			16 (72,7)			8 (72,7)	0,660 ¹
> 30.000			6 (27,3)			2 (27,3)	
Tanıdaki p-2 Mikroglobulin (pg/ml)	4,5±2,1	3,6		5±3,4	3,8		0,931 ²
Normal			1 (5,3)			2 (28,6)	0,167 ¹
Yüksek			18 (94,7)			5 (71,4)	
Tanıdaki İmmunoglobulin Düzeyi							
Normal/Yüksek			9 (47,3)			6 (85,7)	0,178 ¹
Düşük			10 (52,7)			1 (14,3)	
Tanıdaki Modifiye Rai Evresi							
Düşük			1 (4,5)			1 (9,1)	0,296 ¹
Orta			15 (68,2)			5 (45,5)	
Yüksek			6 (27,2)			5 (45,5)	
Tanıdaki Binet Evresi							
A			1 (4,5)			1 (9,1)	0,407 ¹
B			16 (72,7)			6 (54,5)	
C			5 (22,7)			4 (36,4)	
PET/CT Sırasında Yanı	64±10,6	65		66,1±13,3	67		0,649 ²
Tedavi-PET/CT Arası Süre (ay)	16,9±17,2	9,3		7,4±6,3	6,5		0,457 ²
PET/CT Sırasında LDH (IU/L)	290±111,3	266,5		532,9±525,7	361		0,048 ²
Normal			15 (62,5)			4 (30,8)	0,065 ¹
Yüksek			9 (37,5)			9 (69,2)	
PET/CT Sırasında Kalsiyum (mg/dl)	9,5±1,4	9,3		9,3±0,9	9,3		0,832 ²
Normal			21 (87,5)			13 (92,9)	1,000 ¹
Yüksek			3 (12,5)			1 (7,1)	
PET/CT Öncesinde Tedavi							
Alan			15 (57,7)			7 (46,1)	0,819 ¹
Almayan			11 (42,3)			6 (43,9)	
PET/CT Öncesinde 1. Ayda Tedavi							
Alan			3 (12)			2 (14,3)	1,000 ¹
Almayan			22 (88)			12 (85,7)	
PET/CT Sırasında B Semptomu							
Olan			13 (54,2)			7 (58,3)	0,813 ¹
Olmayan			11 (45,8)			5 (41,7)	
Biyopsi Yapılan LN SUVmaks	5,9±2,3	5,3		17,1±8,2	13		0,681 ²
Biyopsi Yapılan LN Boyutu (cm)	3,5±2,3	3		3,6±2,2	2,6		
Histopatolojik Yanı							
KLL/SLL (akuselere olmayan form)			19 (76)			5 (35,7)	
KLL/SLL (akuselere form)			5 (20)			1 (7,1)	
Agresif Form Lenfoma			0			6 (42,9)	
EBV ilişkili LPH			0			1 (7,1)	
Maltoma			0			1 (7,1)	
Antrikoz			1 (4)			0	
Son Durumu							
Canlı			13 (52)			5 (35,7)	0,328 ¹
Ölü			12 (48)			9 (64,3)	

KLL: Kronik Lenfositik Lösemi, LN: Lenf Nodu, LPH: Lenfoproliferatif Hastalık *Mann-Whitney U Test, Ort: Ortalama, SLL: Small Lenfositik Lenfoma, S.S: Standart Sapma, ¹Ki-Kare Test

Şekil-1



A-) Agresif Lenfoma ve KLL/SLL Tanısı Alan Hastaların Genel Sağkalımlarının Karşılaştırılması (Kaplan-Meier eğrisi, Yeşil Çizgi: Agresif Lenfoma, Mavi Çizgi: KLL/SLL, n=36) B-) SUVmax < 10 ve SUVmax > 10 Olan Hastaların Genel Sağkalımlarının Karşılaştırılması (Kaplan-Meier eğrisi, Yeşil Çizgi: SUVmax > 10, Mavi Çizgi: SUVmax < 10, n=36) C-) KLL/SLL Tanısı Olup SUVmax < 10 ve SUVmax > 10 Olanların Genel Sağkalımlarının Karşılaştırılması (Kaplan-Meier eğrisi, Yeşil Çizgi: SUVmax > 10, Mavi Çizgi: SUVmax < 10, n=30). D-) Tanılara Göre SUVmax Değerlerinin Dağılımı

Tablo-2

Tablo-2: Klinik, Laboratuvar Verilerinin ve Patoloji Sonuçlarının SUVmaks'a Göre Karşılaştırılması (n:48)						
	LN SUVmaks ≤ 10			LN SUVmaks > 10		
	Ort±S.S.	Medyan	n (%)	Ort±S.S.	Medyan	n (%)
Biyopsi Yapılan LN SUVmaks	5,6±2,2	5,1		17,7±7,7	13,6	
Biyopsi Yapılan LN Boyutu (cm)	3,8±2,8	3		4,2±2,5	2,8	
PET/BT Sırasında LDH (IU/L)	316±149,2	295		483,6±482,3	344	
Normal			16 (55,2)			5 (31,3)
Yüksek			13 (44,8)			11 (68,8)
PET/BT Sırasında Kalsiyum (mg/dl)	9,4±1,3	9,3		9,3±0,8	9,3	
Normal			26 (89,7)			17 (94,4)
Yüksek			3 (10,3)			1 (5,6)
PET/BT Öncesinde 1. Ayda Tedavi						
Alan			4 (13,3)			3 (16,7)
Almayan			26 (86,7)			15 (83,3)
PET/BT Sırasında B Semptomu						
Olan			13 (44,8)			10 (62,5)
Olmayan			16 (55,2)			6 (37,5)
Toplam Takip Süresi (ay)	16,7±20,3	11,5		12,6±15	5,7	
Histopatolojik Tanı						
KLL/SLL (akselere olmayan form)			20 (66,7)			6 (33,3)
KLL/SLL (akselere form)			8 (26,7)			1 (5,6)
Agresif Form Lenfoma			1 (3,3)			8 (44,4)
EBV ilişkili LPH			0			1 (5,6)
Maltoma			0			1 (5,6)
Antrakoz			1 (3,3)			0
Tendon Kılıfı Berrak Hücreli Sarkom			0			1 (5,6)
Histopatolojik Tanıların Karşılaştırılması						
1-) Agresif Form Lenfoma			1 (11,1)			8 (88,9)
1-) KLL/SLL (akselere form)			8 (88,9)			1 (11,1)
2-) Agresif Form Lenfoma			1 (4,8)			8 (57,1)
2-) KLL/SLL (akselere olmayan form)			20 (95,2)			6 (42,9)
3-) KLL/SLL (akselere form)			8 (28,5)			1 (14,2)
3-) KLL/SLL (akselere olmayan form)			20 (71,5)			6 (85,8)
						0,647 ^{o2}

KLL: Kronik Lenfositik Lösemi, LN: Lenf Nodu, LPH: Lenfoproliferatif Hastalık ^{o1}Mann-Whitney U Test, Ort: Ortalama, SLL: Small Lenfositik Lenfoma, S.S: Standart Sapma, ^{o2}Ki-Kare Test

Sonuç: KLL/SLL’de PET/BT rutin kullanımında olmamakla birlikte Richter dönüşümü veya ikincil malignite şüphesinde önemli bir tanısal araçtır. Bulgularımız, SUVmaks ≤10 değerinin Richter dönüşümünü büyük ölçüde dışlayabildiğini, ancak akselere ve akselere olmayan KLL/SLL ayırımında yetersiz kaldığını göstermektedir. Buna karşılık SUVmaks > 10 olan lezyonlarda agresif hematolojik malignite olasılığı akılda tutulmalı ve histopatolojik doğrulama mutlaka yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Lenfositik Lösemi, PET/BT, Richter Dönüşümü, SUVmaks

(SS-03)

Metastatik mide kanserinde RMH skorunun prognostik değeri

Zeliha Birsin¹, Selin Cebeci¹, Özkan Alan¹

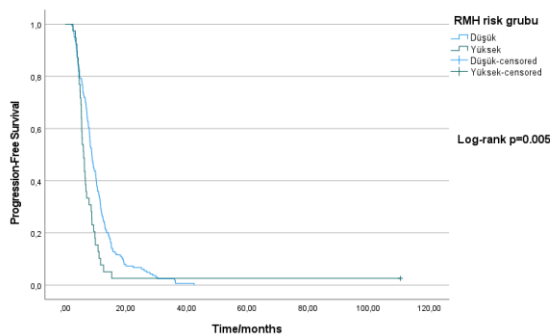
¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Amaç: Royal Marsden Hospital (RMH) skoru; serum albümin düzeyi, laktat dehidrogenaz (LDH) düzeyi ve metastatik bölge sayısını temel alan basit bir prognostik skordur. Metastatik mide kanserindeki prognostik değeri sınırlı sayıda çalışmada değerlendirilmiştir. Bu çalışmada RMH skorunun progresyonsuz sağkalım (PFS) ve genel sağkalım (OS) üzerine etkisinin araştırılması amaçlandı.

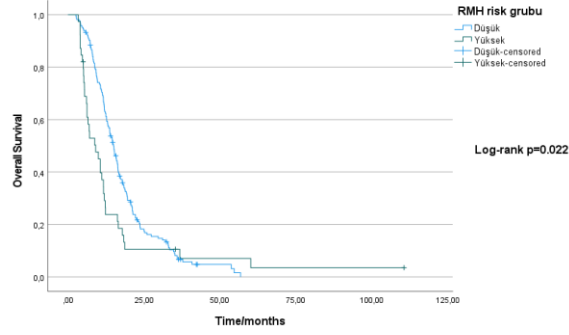
Yöntem: Metastatik mide veya gastroözofageal bileşke adenokarsinomu tanılı 203 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar RMH skoruna göre düşük risk (0-1 puan) ve yüksek risk (2-3 puan) gruplarına ayrıldı. Klinikopatolojik özellikler ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Sağkalım analizleri Kaplan-Meier yöntemi ve log-rank testi ile yapıldı. Bağımsız prognostik faktörler Cox regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 164'ü (%80,8) düşük, 39'u (%19,2) yüksek RMH risk grubundaydı. RMH grupları arasında klinikopatolojik özellikler genel olarak benzerdi; yalnızca karaciğer metastazı yüksek RMH grubunda daha fazlaydı (p=0,011). Medyan hastalıksız sağkalım düşük ve yüksek risk gruplarında sırasıyla 8,7 ve 6,0 ay idi (p=0,005) (Şekil-1). Hastalıksız sağkalım için yapılan multivaryant analizde yüksek RMH skoru (HR=1,61; %95 güven aralığı [GA]:1,12-2,31; p=0,010) ve kötü performans durumu (HR=2,29; %95 GA:1,23-4,26; p=0,009) bağımsız kötü prognostik faktörler olarak bulundu. Medyan genel sağkalım düşük ve yüksek risk gruplarında sırasıyla 14,9 ve 9,1 ay idi (p=0,022) (Şekil-2). Genel sağkalım için yapılan multivaryant analizde yüksek RMH skoru (HR=1,72; %95 güven aralığı [GA]:1,17-2,53; p=0,006), kötü performans durumu (HR=2,07; %95 GA:1,11-3,89; p=0,023) ve de novo metastatik hastalık (HR=1,65; %95 GA:1,15-2,38; p=0,007) bağımsız kötü prognostik faktörler olarak saptandı.

Şekil 1. RMH risk gruplarına göre progresyonsuz sağkalımın Kaplan-Meier analizi.



Şekil 2. RMH risk gruplarına göre genel sağkalımın Kaplan–Meier analizi.



Sonuç: RMH skoru metastatik mide kanserinde hem progresyonsuz hem de genel sağkalımı öngören bağımsız, kolay uygulanabilir ve düşük maliyetli bir prognostik skordur. Günlük klinik pratikte risk sınıflandırması ve prognozun öngörülmesinde yararlı bir araç olarak kullanılabilir. Bu bulguların daha geniş hasta serileri ve prospektif çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Metastatik mide kanseri, Royal Marsden Hospital skoru, Progresyonsuz sağkalım, Prognostik skor, Genel sağkalım

(SS-04)

Büyük Tiroid Nodüllerinde Maligniteyi Öngören Faktörler: Klinik, Biyokimyasal ve Ultrasonografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Mayıs Farajlı¹, Serdar Şahin¹, Ahmet Bera Aygün², Ali Tunç¹, Selen Soylu Yalman³, Emre Durcan¹, Hande Mefkure Özkaya¹, Serkan Teksöz³, 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, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Çapı ≥ 4 cm olan tiroid nodüllerinde malignite riski ve ince iğne aspirasyon biyopsisinin (İİAB) tanısal güvenilirliği tartışmalı olmaya devam etmektedir. Bu çalışmada, büyük tiroid nodülü nedeniyle opere edilen hastalarda histopatolojik sonuçların değerlendirilmesi, benign sitolojinin yalancı negatiflik oranının belirlenmesi ve maligniteyi öngören klinik, laboratuvar ile ultrasonografik (US) parametrelerin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Üçüncü basamak endokrinoloji merkezimizde 2018-2025 yılları arasında preoperatif US'de çapı ≥ 4 cm ölçülen ve tiroidektomi uygulanan 64 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Demografik özellikler, preoperatif laboratuvar parametreleri (TSH, sT3, sT4, Anti-TPO, Anti-TG, kalsitonin), US bulguları (boyut, yerleşim, şekil, kompozisyon, ekojenite, sınır, vaskülarite, kalsifikasyon) ve İİAB Bethesda kategorileri postoperatif histopatoloji ile karşılaştırıldı. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, kategorik verilerde Ki-kare ve Fisher'ın kesin testi kullanıldı.

Bulgular: Altmış dört hastanın (ort. yaş $53,8 \pm 11,9$ yıl; %58,3 kadın) 46'sında (%71,9) benign, 18'inde (%28,1) malign patoloji saptandı. Malign olgular papiller tiroid karsinomu ve varyantları (n=9, %50), minimal invaziv foliküler karsinom (n=8, %44,4) ve yüksek derece diferansiye karsinom (n=1, %5,6) olarak dağılım gösterdi. Yaş, cinsiyet, nodül boyutu, anatomik yerleşim ve tüm biyokimyasal parametreler açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmedi. US özellikleri arasından yalnızca ekojenite malignite ile ilişkili bulundu (p=0,004): hipoekojenik nodüllerin %52,4'ü (11/21) malign iken izoekojenik nodüllerin %90,9'u (20/22) benign sonuçlandı. Bethesda kategorisine göre malignite oranları; kategori I'de %13,3, kategori II'de %19,4 (yalancı negatiflik oranı), kategori III'te %36,4 ve kategori IV-VI'da %100 olarak saptandı.

Postoperatif Histopatolojik Tanıya Göre Hastaların Ultrasonografik ve Biyokimyasal Özellikleri

Tablo 1. Postoperatif Histopatolojik Tanıya Göre Hastaların Ultrasonografik ve Biyokimyasal Özellikleri

Değişken	Tüm Olgular(n=64)	Benign(n=46)	Malign(n=18)	p değeri
Ultrasonografik Özellikler				
Boyut (mm)	43.0 (40.0–50.0)	42.5 (40.0–50.0)	45.0 (42.0–50.0)	0.280
Ekojenite — n (%)				0.004
Hipoekojenik	21 (45.7%)	10 (47.6%)	11 (52.4%)	
İzoekojenik	22 (47.8%)	20 (90.9%)	2 (9.1%)	
Hiperekojenik	3 (6.5%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	
Biyokimyasal Parametreler				
TSH (mIU/L)	1.21 (0.53–1.98)	1.16 (0.53–1.92)	1.63 (0.92–2.30)	0.408
T3	3.24 (2.93–3.50)	3.30 (2.92–3.50)	3.18 (2.98–3.55)	0.969
T4	1.18 (1.02–1.36)	1.15 (0.98–1.35)	1.19 (1.15–1.36)	0.269
Anti-TPO	14.0 (9.00–33.4)	14.1 (8.76–33.9)	13.3 (10.2–15.8)	0.914
Anti-TG	19.6 (14.3–58.6)	19.5 (13.9–70.7)	19.8 (15.7–38.8)	0.824
Kalsitonin	7.55 (4.26–11.6)	8.58 (3.34–11.6)	6.32 (5.54–12.4)	0.885

Bethesda Sistemine Göre Tiroid Nodüllerinin Malignite Riski Değerlendirmesi

Tablo 2. Bethesda Sistemine Göre Tiroid Nodüllerinin Malignite Riski Değerlendirmesi

Bethesda Kategorisi	Ameliyat Edilen (n)	Malignite n (%)
I	15	2 (13.3%)
II	31	6 (19.4%)
III	11	4 (36.4%)
IV	1	1 (100%)
V	2	2 (100%)
VI	2	2 (100%)
Toplam	62	17 (27.4%)

Sonuç: Çapı ≥ 4 cm tiroid nodüllerinde malignite oranı yüksek (%28,1) ve sitolojik yalancı negatiflik oranı klinik açıdan anlamlıdır (%19,4). Hipoekojenite bu boyut grubunda maligniteyi öngören tek bağımsız US parametresi olarak öne çıkmakta; özellikle hipoekojenik büyük nodüllerde sitoloji sonucundan bağımsız olarak cerrahi tedavi ön planda değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Büyük tiroid nodülü, Bethesda sınıflaması, Papiller tiroid karsinomu

(SS-05)

Plazma aterojenik indeksi, metabolik disfonksiyon ilişkili yağlı karaciğer hastalarında insülin direncinin bağımsız bir göstergesi midir? Tek merkezli retrospektif analiz

Hilal Çakır Taşkın¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Kartal, İstanbul

Amaç: Metabolik disfonksiyon ilişkili yağlı karaciğer hastalığı (MAFLD), insülin direnci ve artmış kardiyovasküler risk ile ilişkili önemli bir metabolik hastalıktır. Plazma aterojenik indeksi (PAI), aterojenik dislipidemiye yansıtan kolay hesaplanabilir bir biyobelirteçtir. Bu çalışmada MAFLD hastalarında PAI'nin insülin direnci ve kardiyometabolik risk ile ilişkisini değerlendirmek ve PAI'nin bağımsız belirleyicilerini ortaya koymak amaçlandı.

Yöntem: Retrospektif kesitsel çalışmaya MAFLD tanılı 338 hasta dahil edildi. Demografik özellikler, antropometrik ölçümler, biyokimyasal parametreler, HOMA-IR, tip 2 diyabetes mellitus (T2DM) ve hipertansiyon verileri değerlendirildi. PAI $\log(\text{TG}/\text{HDL})$ formülü ile hesaplandı. Korelasyon, alt grup karşılaştırmaları ve çok değişkenli lineer regresyon analizleri yapıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması $49,2 \pm 11,0$ yıl olan hastaların %77,2'si kadındı. Ortalama VKİ $32,0 \pm 5,5$ kg/m^2 , HOMA-IR $4,19 \pm 3,86$ ve PAI $0,14 \pm 0,26$ idi. T2DM prevalansı %34,3, hipertansiyon prevalansı %31,1 olarak bulundu. PAI ile HOMA-IR ($r=0,223$; $p < 0,001$) ve HbA1c ($r=0,166$; $p=0,004$) arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı. T2DM bulunan hastalarda PAI düzeyi anlamlı olarak daha yüksekti ($0,21 \pm 0,27$ 'ye karşı $0,11 \pm 0,25$; $p=0,002$). Çok değişkenli regresyon analizinde HOMA-IR ($\beta=0,0176$; $p < 0,001$) ve T2DM varlığı ($\beta=0,0721$; $p=0,045$) PAI'nin bağımsız belirleyicileri olarak belirlendi.

Sonuç: PAI, MAFLD hastalarında insülin direnci ve T2DM ile bağımsız ilişkili bulundu. Bulgularımız, PAI'nin yalnızca aterojenik dislipidemiye değil metabolik bozukluğun şiddetini de yansıtabileceğini düşündürmektedir. Rutin lipid profilinden ek maliyet oluşturmadan hesaplanabilmesi nedeniyle PAI, MAFLD hastalarında kardiyometabolik risk sınıflandırmasında uygulanabilir bir biyobelirteç olarak değerlendirilebilir. Bu sonuçların prospektif ve çok merkezli çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Plazma aterojenik indeksi, İnsülin direnci, Kardiyometabolik risk, Metabolik disfonksiyonla ilişkili karaciğer hastalığı (MAFLD)

(SS-06)

Lenfomayı Taklit Eden Yoğun FDG Tutulumlu Servikal Lenfadenopati: Polimiyalji Romatika Olgusunda Germinal Merkezlerin Progresif Transformasyonu

Beyzanur Taşkın Yılmaz¹, Melissa Sena Duran¹, Muhammed Selim Yılmaz¹, Tuğrul Elverdi¹

¹IUC Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Giriş ve Amaç: Polimiyalji romatika (PMR), 50 yaş üzerindeki bireylerde omuz ve kalça kuşaklarında ağrı ve tutukluk ile sistemik inflamasyon bulgularının ön planda olduğu klinik bir sendromdur. Özgül bir tanı testi bulunmadığından yaşlı başlangıçlı romatoid artrit, inflamatuvar miyopati, enfeksiyon ve malignite gibi taklitçilerin dışlanması gerekir [1,2]. ¹⁸F-florodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (¹⁸F-FDG PET/BT), PMR ile uyumlu periartiküler-bursal dağılımı ve eşlik eden alternatif patolojileri aynı incelemede gösterebilmekle birlikte, artmış FDG tutulumu hastalığa özgü değildir [3]. Germinal merkezlerin progresif transformasyonu (PTGC) benign reaktif bir lenf nodu paternidir; ancak lenfoproliferatif hastalıkları klinik ve metabolik olarak taklit edebilir [4-6]. Bu bildiride, PMR ile uyumlu klinik tablo araştırılırken yoğun FDG tutulumlu servikal lenfadenopati saptanan ve lenfoma ön tanısıyla yapılan eksizyonel biyopside fokal PTGC paterni gösterilen bir olgu sunuldu.

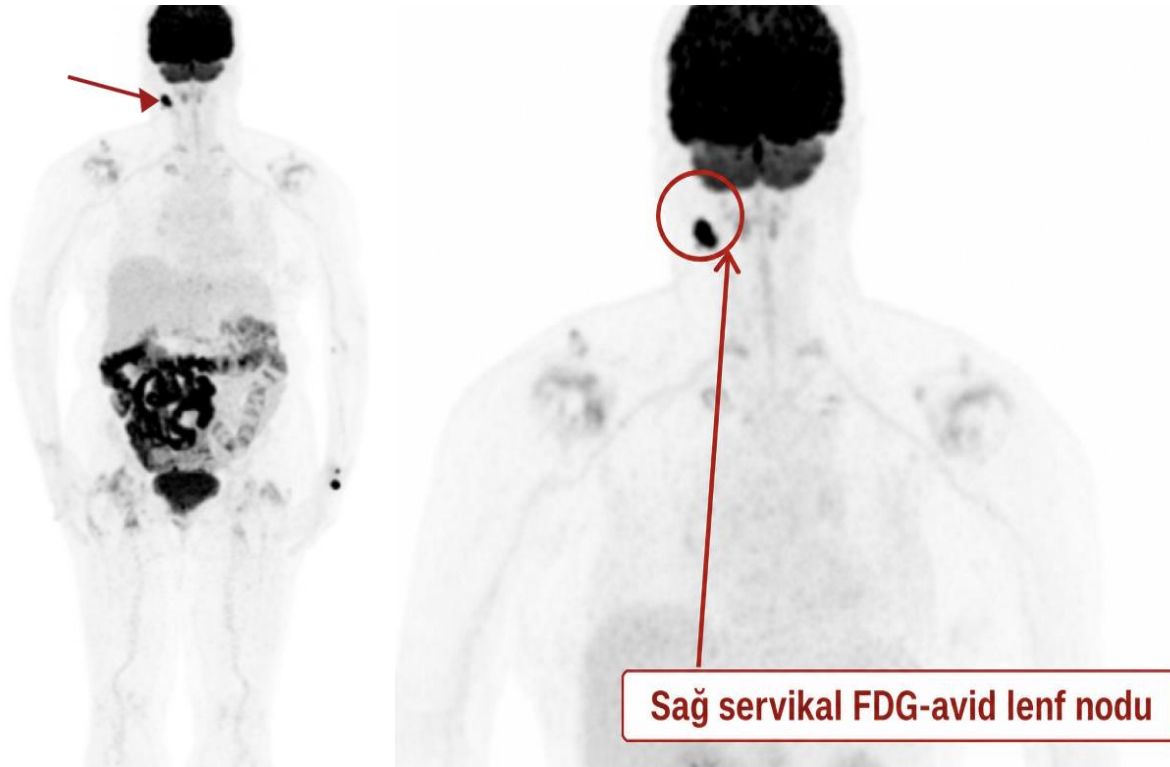
Olgu Sunumu: Altmış dokuz yaşında kadın hasta, üç aydır devam eden bilateral omuz ve kalça ağrısı ile yarım saatten uzun sürmeyen sabah tutukluğu nedeniyle başvurdu. Ağrı nedeniyle merdiven çıkmakta ve saçını toplamakta zorlanıyordu. Özgeçmişinde tip 2 diabetes mellitus, tedavi altında hipotiroidi ve hiperlipidemi vardı; atorvastatin 20 mg/gün kullanıyordu. Ateş, kilo kaybı ve gece terlemesi yoktu. Baş ağrısı, skalp hassasiyeti, çene kladikasyonu ve görme yakınması tariflemiyordu. Fizik muayenede küçük eklemlerde artrit saptanmadı; omuz ve kalça eklem hareket açıklıkları tam, dört ekstremitede kas gücü 5/5 idi. Akciğer bazallerinde yer yer ralleri mevcuttu.

Başlangıç tetkiklerinde C-reaktif protein 52,65 mg/L, eritrosit sedimentasyon hızı 59 mm/saat, lökosit $11,46 \times 10^9/L$, hemoglobin 11,8 g/dL ve trombosit $428 \times 10^9/L$ idi. Kreatin kinaz 30 U/L, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Romatoid faktör 6,1 IU/mL ve anti-siklik sitriline peptid antikoru <8 IU/mL idi; antinükleer antikor ile PR3- ve MPO-ANCA negatif bulundu. ENA profilinde yalnız Ro52 zayıf pozitif olmakla birlikte sicca yakınması yoktu ve minör tükürük bezi biyopsisi Sjögren hastalığını desteklemiyordu. Pelvik manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral peritrokanterik ödem, trokanterik bursit; sağ addüktör tendonlarında tendinozis ve sağ hamstring orijininde ödem ile iskiogluteal bursit saptandı.

¹⁸F-FDG PET/BT'de multipl eklem yüzeyleri ve pelviste tenosinovit/bursit ile uyumlu metabolik aktivite artışına ek olarak, sağ servikal seviye II'de lenfoproliferatif malignite açısından şüpheli bulunan 3-4 yoğun FDG tutulumlu lenf nodu izlendi (Şekil 1). Boyun ultrasonografisinde aynı bölgede yağlı hilusu baskılanmış, hipoeoik korteksli ve konglomerasyon eğilimli 4-5 lenf nodu saptandı; en büyük nod $13,2 \times 6,1 \times 12,6$ mm ölçüldü.

PET/BT raporunda bu bölgedeki SUVmax değeri 33,61 olarak bildirildi. Temporal arter Doppler ultrasonografisinde incelenen segmentlerde arterit lehine bulgu izlenmedi. Yüksek çözünürlüklü toraks BT'de alt loblarda belirgin subplevral retikülasyon, buzlu cam alanları ve hafif traksiyon bronşektazileri NSİP paterni olarak değerlendirildi; belirgin pulmoner kitle veya patolojik mediastinal lenf nodu saptanmadı ve spirometri normaldi.

Romatoloji değerlendirmesinde PMR ön tanısıyla leflunomid başlanmıştı. Servikal lenf nodları Hodgkin lenfoma ön tanısıyla eksize edildi. Histopatolojik incelemede malignite veya spesifik inflamasyon saptanmadı; morfolojik ve immünohistokimyasal bulgular fokal PTGC ile uyumlu değerlendirildi. Biyopsi sonrasında prednizolon 15 mg/gün başlandı ve kademeli doz azaltımı planlandı. İzlemde prednizolon 7,5 mg/gün kullanırken ağrıları tamamen geriledi ve ek semptom gelişmedi. Postoperatif boyun ultrasonografisinde patolojik servikal lenf nodu rezidüsü ya da nüksü izlenmedi.



Şekil 1. ^{18}F -FDG PET/BT maksimum yoğunluk projeksiyonunda sağ servikal bölgede belirgin fokal tutulum (ok). Seviye II lokalizasyonu ve SUVmax 33,61 değeri PET/BT

raporuna dayanmaktadır. Bilateral omuz bölgesinde daha düşük düzeyli periartiküler aktivite artışları izlenmektedir.

Tartışma: Hastamız; 50 yaş üzerinde yeni başlayan bilateral omuz ağrısı, yüksek akut faz reaktanları, kalça ağrısı, negatif RF/anti-CCP ve periferik eklem ağrısı olmamasıyla, 2012 EULAR/ACR sınıflama algoritmasında ultrasonografi kullanılmadan 4/6 puan almaktaydı. Sabah tutukluğu yalnız “30 dakikadan kısa” olarak belgelendiği için >45 dakika ölçütüne puan verilmedi. Bu ölçütlerin tanı değil sınıflama amacı taşıdığı; pelvik MR ve PET/BT bulgularının algoritmadaki omuz-kalça ultrasonografi puanlarının yerine kullanılamayacağı göz önünde bulunduruldu [1]. Normal kas gücü ve kreatin kinaz, seronegatiflik, periferik sinovit olmaması ve bursal-periartiküler görüntüleme dağılımı PMR lehineydi. Literatürde PET/BT'de omuz, kalça, iskiyal tüberkül ve interspinöz bursalar gibi birden fazla anatomik bölgedeki tutulumun PMR olasılığını destekleyebileceği bildirilmiş olmakla birlikte, yöntem tek başına tanısal değildir [3].

Bu olgudaki tanısal dönüm noktası, PMR ile uyumlu yaygın periartiküler tutulumdan farklı olarak sağ servikal bölgede fokal ve çok yoğun FDG-avid lenfadenopatinin bulunmasıydı. PTGC'de de FDG tutulumu görülebilir ve yüksek metabolik aktivite maligniteyi düşündürse de SUVmax benign-malign ayrımını güvenilir biçimde yapamaz [4]. Bu nedenle SUVmax 33,61 olan lenf nodunun eksizyonel biyopsiyle değerlendirilmesi, maligniteyi dışlamak ve benign reaktif paterni göstermek açısından belirleyiciydi.

PTGC, manto zonundaki küçük B lenfositlerin genişlemiş germinal merkeze infiltrasyonuyla karakterize benign reaktif bir histopatolojik paterndir. Nodüler lenfosit predominant B-hücreli lenfoma (önceki adıyla nodüler lenfosit predominant Hodgkin lenfoma) ile aynı anda, önce veya sonra görülebilmesi ayırıcı tanı ve izlem açısından önem taşır; bununla birlikte PTGC, kanıtlanmış bir premalign lezyon olarak kabul edilmemektedir [5,6]. Türkiye'den bildirilen 33 erişkin hastalık seride iki hastada PTGC ile eşzamanlı lenfoma saptanmış, diğer hastalarda izlem sırasında lenfomaya ilerleme gösterilmemiştir [5]. Güncel sistematik derleme, yayınların çoğunun retrospektif ve heterojen olduğunu, standart bir izlem protokolü bulunmadığını vurgulamaktadır [6]. Standart bir protokol bulunmadığından klinik risk temelli takip; yeni veya büyüyen lenfadenopati, B semptomları ya da uyumsuz klinik seyirde yeniden görüntüleme ve gerektiğinde doku örnekleme düşünülebilir.

İzlemde ağrının ve akut faz değerlerinin gerilemesi PMR tanısını desteklemiş oldu. PMR ile PTGC arasında yerleşik bir nedensel ilişki gösterilmemiştir. Bu olgu, iki sürecin eşzamanlılığını göstermekte; patogenetik birliktelik iddiası taşımamaktadır.

Sonuç: PMR ile uyumlu klinik ve periartiküler PET/BT bulguları bulunan hastalarda, fokal ve yoğun FDG tutulumlu lenfadenopati ayrı bir tanısal problem olarak ele alınmalıdır. Yüksek SUVmax doku tanısının yerini tutmaz; PTGC lenfomayı taklit edebilen benign bir patern olarak ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu tür belirgin ve klinikle uyumsuz lenfadenopatide doku tanısı gündeme alınmalı, PTGC sonrasında izlem klinik risklere göre bireyselleştirilmeli ve PMR ile PTGC arasında nedensellik kurulmasından kaçınılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Polimiyalji romatika; germinal merkezlerin progresif transformasyonu; servikal lenfadenopati; FDG PET/BT; lenfoma taklitçisi.

Kaynaklar

1. Dasgupta B, Cimmino MA, Maradit-Kremers H, ve ark. 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2012;71(4):484-492. doi:10.1136/annrheumdis-2011-200329.
2. Mukhtyar CB, Nikiphorou E, Bartoletti A, ve ark. 2025 EULAR recommendations for the management of polymyalgia rheumatica and primary large vessel vasculitis. *Ann Rheum Dis*. 2026. Online ahead of print. doi:10.1016/j.ard.2026.06.009.
3. van der Geest KSM, Treglia G, Glaudemans AWJM, ve ark. Diagnostic value of [¹⁸F]FDG-PET/CT in polymyalgia rheumatica: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2021;48(6):1876-1889. doi:10.1007/s00259-020-05162-6.
4. Chang CA, Kumar B, Nandurkar D. A case report of high ¹⁸F-FDG PET/CT uptake in progressive transformation of the germinal centers. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(23):e412. doi:10.1097/MD.0000000000000412.
5. Cömert Özkan M, Özsan N, Hekimgil M, Saydam G, Töbü M. Progressive transformation of germinal centers: single-center experience of 33 Turkish patients. *Clin Lymphoma Myeloma Leuk*. 2016;16 Suppl:S149-S151. doi:10.1016/j.clml.2016.03.010.
6. Keyrouz E, Boueri M, Akl T, Harb M, Issa AK, Saade R. Progressive transformation of germinal centers: a systematic review. *Cureus*. 2026;18(2):e104275. doi:10.7759/cureus.104275.

Erkeklerde beklenmedik bir patojen: Gardnerella vaginalis ilişkili piyonefroz ve postrenal akut böbrek hasarı

Baran Acay¹, Ömrüm Uzun¹

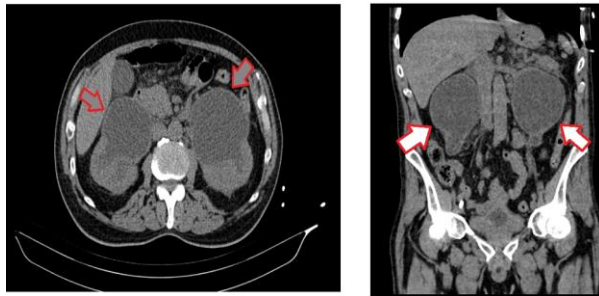
¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Giriş: Gardnerella vaginalis kadınlarda bakteriyel vajinozisin başlıca etkeni iken erkeklerde ürogenital enfeksiyon yapma durumu nadirdir ve çoğunlukla erkeklerde asemptomatik üretral kolonizasyon şeklinde bulunurlar. Erkeklerde üst üriner sistem tutulumu ve piyonefroz oldukça nadirdir. Obstrüktif üropati zemininde bilateral nefrostomi ve idrar kültüründe G. vaginalis izole edilen, postrenal akut böbrek hasarı (ABH) ve eş zamanlı akut pankreatitin eşlik ettiği bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Kronik ağır alkol kullanım öyküsü olan 56 yaşında erkek hasta birkaç gündür olan hematuri ve yaklaşık 1 aydır devam eden idrar inkontinansı ile üroloji polikliniğine başvurmuş, ciddi elektrolit imbalansı saptanması üzerine acil servise yönlendirilmiş. Tetkiklerinde hiperkalemi (K:7,33 mEq/L), hiponatremi (Na: 117 mEq/L), böbrek fonksiyon testlerinde yükseklik (kreatinin: 13,3 mg/dL; tahmini glomerüler filtrasyon hızı [eGFR]: 3 mL/dk), metabolik asidoz (pH 7,12), nötrofil hâkim lökositoz, akut faz yüksekliği (C-reaktif protein [CRP]:197 mg/L, prokalsitonin: 6,3 ng/mL) ve lipaz: 8036 U/L olarak görülmüş. Yapılan batın tomografisinde taş olmaksızın bilateral ileri hidroüreteronefroz, mesane duvar kalınlaşması ve prostat büyümesi izlenmiştir. Dirençli hiperkalemi nedeniyle hemodiyaliz uygulanmış, bilateral perkütan nefrostomi takılmıştır. Yatıştaki idrar kültürü üremesiz iken her iki nefrostomi püy kültürü ve tekrar idrar kültüründe G. vaginalis üremiştir. Ampirik olarak başlanan ampicilin-sulbaktam kesilerek intravenöz metronidazole geçilmiştir. Yedi günlük tedaviyle tam klinik ve laboratuvar yanıt (CRP ve prokalsitonin normalleşmesi, kreatininin 1,4 mg/dL'ye gerilemesi) sağlanmış, kontrol kültürleri negatifleşmiştir. Postrenal patolojiler etyoloji tespiti açısından hastanın akut durumunun toparlanmasının sonrasında üroloji poliklinik kontrolüne gelmesi önerildi.

Şekil 1-2: Piyonefrozun koronal ve transvers BT kesitlerindeki görünümü.



Tablo 1. Yatıştan taburculuğa seçilmiş laboratuvar seyri

Parametre	Yatış anında	4. gün	Taburculuk öncesi	Referans
Kreatinin (mg/dL)	13,3	6,2	1,4	0,7–1,3
eGFR (mL/dk/1,73m ²)	3	9	>60	—
BUN (mg/dL)	170	56	20	8–23
Potasyum (mEq/L)	7,33	3,3	4,4	3,5–5,1
Sodyum (mEq/L)	117	127	133	136–145
pH (venöz)	7,12	—	7,40	7,32–7,42
Lökosit ($\times 10^3/\mu\text{L}$)	17–24	23,3	10,8	4–10
Hemoglobin (g/dL)	6,9	9,3	9,4	13–17
CRP (mg/L)	197	56	4,4	<5
Prokalsitonin (ng/mL)	6,3	1,4	0,08	<0,5
Lipaz (U/L)	8036	—	58	13–60
Amilaz (U/L)	2790	—	128	28–100

Sonuç: Gardnerella vaginalis obstrüktif üropati, üriner staz, üriner maligniteler ve immün baskılanma (kronik alkolizm, malnütrisyon) gibi predispozan faktörlerin varlığında erkekte üst üriner sistemi tutarak piyonefroza ve ciddi postrenal ABH'ye yol açabilir. Fastidiyöz bir mikroorganizma olduğundan standart aerobik kültürlerde gözden kaçabilir, uygun kültür koşulları ve MALDI-TOF ile tür tayini tanıda kritiktir. Metronidazol tedavisine yanıt genellikle iyidir.

Anahtar Kelimeler: Gardnerella vaginalis, piyonefroz, komplike üriner sistem enfeksiyonu, postrenal akut böbrek hasarı

Yaşlı Bireylerde Kırılğanlık ve Suplement Kullanımına Bir Bakış

Bilal Erden², Ümmügülsüm Durak¹, Suna Avcı¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıklar Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

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

Amaç: Geriatri polikliniğine başvuran bireylerde supplement kullanımını incelemek ve kullanan ile kullanmayanların özelliklerini karşılaştırmak.

Yöntem: Geriatri polikliniğimize son 2 ayda başvuran 1043 hastadan 392'sine (dil bariyeri, demans, akut enfeksiyon, aktif malignite dışlanarak) anket uygulandı. Kırılğanlık FRAIL Scale ile (Robust/Prefrail/Frail) sınıflandırıldı. Supplement Kullanım durumuna göre gruplar demografik özellikler ve kırılğanlık açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması 74.8±6.6 yıl, %63.5'i kadındı. Katılımcıların %30.4'ü Frail, %46.4'ü Prefrail, %23.2'si Robust idi; kadınlarda Frailty oranı daha yüksekti (%34.5 vs %23.1). Supplement kullanan ve kullanmayanlar arasında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve FRAIL kategorisi açısından anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Supplement kullananlarda evli olma durumu daha düşük ve anlamlıydı (%56.0 vs %68.3, p=0.012). En sık kullanılan supplementler D vitamini (%54.1), B12/B kompleks (%31.1), magnezyum (%24.9), omega-3/balık yağı (%13.4) ve C vitamini/çinko (%8.6) idi; bunları bitkisel çay, kollajen, glukozamin ve multivitamin ürünler gibi diğer ürünler izlemekteydi. Supplement önerisi doktor (%81.8), komşu/arkadaş (%10.0) ve eczacıdan (%6.7) geliyordu. 75 yaş altı/üstü karşılaştırmasında fark saptanmadı. Supplement kullanım kararıyla doğrudan ilişki saptanmayıp, gelir düzeyi kırılğanlıkla anlamlı biçimde ilişkiliydi (p < 0.001); en düşük gelir grubunda Frail oranı %43.9 iken en yüksek gelir grubunda %15.4'e geriliyordu.

Sonuç: Polikliniğimize başvuran bireylerde kırılğanlık sık (%30.4 Frail) ve supplement kullanımı yaygındır, ancak ikisi arasında ilişki saptanmamıştır; kullanım kararı kırılğanlık durumundan çok medeni durum ve hekim önerisiyle şekillenmektedir. Buna karşın gelir düzeyi düşüklüğü, supplement kullanımından bağımsız olarak kırılğanlıkla anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. (p < 0.001)

Tablo 1

Tablo 1. Supplement Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Karşılaştırılması

Özellik	Kullanan (n=209)	Kullanmayan (n=183)	p
Yaş, yıl, ortalama	75.0±6.6	74.6±6.5	0.598
Kadın cinsiyet, %	67.0	59.6	0.156
Eğitim düzeyi (Üniversite), %	21.5	16.4	0.075
Gelir düzeyi (≥3 asgari ücret), %	16.7	16.4	0.268
FRAIL kategorisi (Frail, %)	28.7	32.2	0.259
Medeni durum (Evli, %)	56.0	68.3	0.012

Not: Gelir düzeyi kategorileri 2026 net asgari ücret esas alınarak yapılmıştır.

Supplement Kullanan ve Kullanmayan Bireylerin Karşılaştırılması

Anahtar Kelimeler: supplement, takviye edici gıda, kırılğanlık, geriatri

(SS-09)

Kronik Spontan Ürtiker Hastalarında Laboratuvar İncelemelerinin Klinik Etkisi: Tek Merkez Deneyimi

Deniz Eyice Karabacak¹

¹Kocaeli Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları, Kocaeli, Türkiye

Amaç: Kronik spontan ürtiker (KSÜ), klinik olarak tanı konulan bir hastalık olmasına rağmen günlük uygulamada sıklıkla geniş laboratuvar incelemeleri yapılmaktadır. Güncel uluslararası rehberler, ayrıntılı öykü ve fizik muayene sonrasında yalnızca seçilmiş hastalarda hedefe yönelik laboratuvar değerlendirmesi önermektedir. Fakat günlük pratikte laboratuvar testlerinin tanısallık katkısı ve hasta yönetimine etkisi tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada, KSÜ tanısıyla takip edilen hastalarda laboratuvar testlerinin tanısallık verimini, klinik yönetim üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Erişkin İmmünoloji ve Alerji Polikliniğine 6 aylık süreçte başvuran KSÜ hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik ve klinik bilgileri hastane sistemindeki hasta dosyalarından elde edildi. Laboratuvar incelemeleri ve bunların tanı ve klinik yönetim üzerindeki etkileri incelendi. Yeni bir tanı konulmasına, ek inceleme yapılmasına, konsültasyon istenmesine veya tedavinin değiştirilmesine neden olan sonuçlar belirlendi.

Bulgular: 2 Ocak 2026-15 Haziran 2026 döneminde Kocaeli Şehir Hastanesi İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Polikliniğinde değerlendirilen erişkin hastaların dosyası elektronik ortamda taranmıştır. KSÜ tanısıyla takip edilen 385 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların %68.8' i kadındı (n=265). Medyan yaş(IQR) 39(27-51)yıldı, hastalık süresi 18(6-36)aydı. 240 hastada AÖ eşlik etmekteydi. Toplamda 8274 test değerlendirildi. En sık istenen/ değerlendirilen test sırasıyla tam kan sayımı, CRP, TSH olarak gözlendi. 265 hastada en az 1 anormal sonuç vardı bunların büyük kısmı klinik olarak anlamlı saptanmadı. Klinik olarak saptanan en sık bulgular Hashimoto tiroiditi/ TSH anormallliği(%20), D vit düşüklüğü(%24.9), H.pylori pozitifliği(%8.8), parazit enfeksiyonu(%2) ve diğer sebeplerdi(anemi, B12 eksikliği)(%23.8) olarak gözlendi. Hastaların %21.8'inde yeni tanı konulmasını sağladı,%12.7'inde saptanan patolojilerin kronik ürtikerle doğrudan ilişkili olduğu saptandı.

Sonuç: KSÜ hastalarında kapsamlı laboratuvar ve görüntüleme incelemeleri nadiren tanıya katkı sağlamakta veya tedavi yaklaşımını değiştirmekte, buna karşın sağlık hizmeti maliyetini artırmaktadır. Bulgularımız, güncel uluslararası kılavuzlarla uyumlu olarak, KSÜ'de laboratuvar değerlendirmesinin ayrıntılı öykü ve fizik muayene doğrultusunda planlanan, hedefe yönelik bir yaklaşımla yapılmasının hem klinik etkinlik hem de kaynakların efektif kullanımı açısından daha uygun olduğunu desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: kronik spontan ürtiker, allerji, anjiyoödem

(SS-10)

Diyabetik ketoasidozu olan hastalarda asidoz şiddeti ile nötrofil lenfosit oranı arasındaki ilişki

Özgür Yılmaz¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Amaç: Diyabetik ketoasidoz (DKA); hiperglisemi, ketoasidoz ve ketonüri ile karakterize, diyabetin ciddi ve ölümcül olabilecek bir komplikasyonu olup enfeksiyondan bağımsız bir sistemik inflamatuvar yanıt sendromudur. Nötrofil lenfosit oranı (NLO), vücuttaki inflamatuvar yanıtın yeni, kolay ve uygun maliyetli bir göstergesidir. Bu çalışmanın amacı, Tip 2 diyabet vakalarında asidoz şiddeti ile NLO arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Hastanemiz ayaktan tedavi polikliniklerine başvuran hastaların verileri, hastane elektronik kayıtlarından retrospektif olarak taranıp bilgilerine erişilebilen 93 diyabetik ketoasidoz hastası çalışmaya dahil edildi. Kan şekerinin > 250 mg/dl olması, pH'nın ≤ 7.3 olması, serum bikarbonatının ≤ 15 mEq/l olması ve ketonemi veya ketonüri varlığı diyabetik ketoasidoz tanı kriterleri olarak kullanıldı. Hastalar, pH değerlerine göre pH < 7.1 olanlar Grup 1 (n=29), 7.1-7.25 arası olanlar Grup 2 (n=31) ve 7.25-7.3 arası olanlar Grup 3 (n=33) olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Sistemik inflamatuvar hastalığı olanlar (bağ dokusu hastalıkları, inflamatuvar barsak hastalıkları vb.), Tip 1 diyabeti olanlar, gebeler, pediatrik popülasyon, son dönem böbrek ve karaciğer yetmezliği olanlar, onkolojik hastalığı olanlar ve akut veya kronik enfeksiyonu olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 93 hastanın yaş ortalaması 53 ± 20 olup, 53'ü erkek (56.9%) cinsiyetteydi. Kan glukoz düzeyi, nötrofil sayısı, anyon açığı ve NLO açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanıp ($p = 0.043$, $p < 0.001$, $p = 0.026$, $p = 0.044$, sırasıyla); lenfosit sayısı ve C reaktif protein (CRP) düzeyleri bakımından fark tespit edilmedi (Tablo 1). Grupların kendi aralarında post-hoc analizinde; NLO açısından Grup 1 ile Grup 3 arasında istatistiksel fark olduğu bulundu ($p < 0.001$). Kan pH seviyesi ile NLO, nötrofil sayısı ve glukoz düzeyleri arasında anlamlı negatif korelasyon ($r = -0.288$, $p = 0.005$; $r = -0.552$, $p < 0.001$; $r = -0.221$, $p = 0.034$, sırasıyla) saptandı (Tablo 2).

Sonuç: Retrospektif çalışmamızda, poliklinik pratiğinde yaygın olarak kullanılan hemogram parametrelerinden kolaylıkla hesaplanabilen NLO ile diyabetik ketoasidoz hastalarında kan pH düzeyi arasında negatif korelasyon ilişkisi saptadık. İnflamasyon belirtici olarak ön plana çıkan nötrofil lenfosit oranının, DKA hasta grubunda asidozun şiddetini yansıtan pratik ve maliyeti düşük bir belirteç olarak değerlendirilebileceği sonucuna varılabilir. Daha geniş örneklem büyüklüğüne sahip, daha kapsamlı ve prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nötrofil lenfosit oranı; asidoz; diyabetik ketoasidoz; pH; inflamasyon.

	Grup 1 (n=29)	Grup 2 (n=31)	Grup 3 (n=33)	P
Yaş, yıl	52 ± 20	53 ± 20	56 ± 21	0.313
Kadın cinsiyet, n (%)	9 (31)	16 (51.6)	15 (45.4)	0.261
Glukoz, mg/dL	444 (276-617)	422 (265-548)	323 (249-391)	0.043
Bikarbonat, mmol/L	9.7 (6.12-7)	12.8 (10.55-14.59)	12.9 (12.3-14.2)	< 0.001
pH	7.056 (7-7.09)	7.234 (7.221-7.24)	7.28 (7.26-7.294)	< 0.001
Nötrofil, 10 ³ /uL	15.87 (12.86-19.88)	10.32 (8.06-12.89)**	8.5 (6.01-11.96)***	< 0.001
Lenfosit, 10 ³ /uL	1.95 (1.17-3.48)	1.47 (0.94-2.62)	1.9 (1.25-2.88)	0.527
NLO	8.91(5.06-20.47)	6.33 (3.73-10.52)	3.44 (2.12-8.67)*	0.026
Sodyum, mmol/L	132.4 (129.7-134.3)	131.5 (127.4-135.1)	133.5 (130.7-135)	0.4
Klor, mmol/L	105 (96-107)	101 (96-104.5)	104 (100-106)	0.21
Anyon açığı, mmol/L	20.1 (16.8-23.2)	18.4 (15.15-21.95)	15.8 (12.6-20)	0.044
CRP, mg/L	1.14 (0.6-3)	0.6 (0.59-1.17)	0.98 (0.6-2.5)	0.112

CRP: C reaktif protein, NLO: nötrofil lenfosit oranı.

İstatistiksel anlamlı veriler koyu işaretlenmiştir ve anlamlılık düzeyi p < 0.05 kabul edilmiştir.

Post-hoc Dunn analizi: *Grup 1-3 p = 0.007, ** Grup 1-2 p <0.001, *** Grup 1-3 p < 0.001

Tablo 1. Gruplar arasında demografik ve laboratuvar verilerin karşılaştırılması.

Tablo 2. Kan pH seviyesi ile laboratuvar parametreleri arasında korelasyon analizi.

		<i>Nötrofil</i>	<i>Lenfosit</i>	<i>NLO</i>	<i>Anyon açığı</i>	<i>Glukoz</i>
<i>pH</i>	<i>r</i>	-0.552	-0.022	-0.288	-0.198	-0.221
	<i>p</i>	<0.001	0.833	0.005	0.057	0.034

NLO: nötrofil lenfosit oranı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p < 0.05 kabul edilmiştir.

Kaynaklar

1. Zahorec R. Neutrophil-to-lymphocyte ratio, past, present and future perspectives. Bratisl Lek Listy. 2021;122(7):474-488. doi: 10.4149/BLL_2021_078.
2. <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetesmellitus2024.pdf>
3. Scutca AC, Nicoară DM, Mang N, Jugănar I, Brad GF, Mărginean O. Correlation between Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio and Cerebral Edema in Children with Severe Diabetic Ketoacidosis. Biomedicines. 2023 Nov 5;11(11):2976. doi: 10.3390/biomedicines11112976. PMID: 38001976; PMCID: PMC10669654.
4. Aslan Sirakaya H, Sipahioglu H, Cetinkaya A, Aydin K. Relationship Between Inflammatory Markers (IL-6, Neutrophil–Lymphocyte Ratio, and C-Reactive Protein–Albumin Ratio) and Diabetic Ketoacidosis Severity: Correlation with Clinical Outcomes. *Medicina*. 2025; 61(2):321. <https://doi.org/10.3390/medicina61020321>

(SS-11)

Yaşlı Yetişkinlerde GLP-1 Reseptör Agonistleri ve Dual GIP/GLP-1 Reseptör Agonisti ile İlişkili Oral Advers Olay Bildirimleri: FAERS Veri Tabanının Yaş Tabakalı Analizi

Kübra Çingar Alpay¹, Süha Alpay², Duygu Özata¹, Tuğçe Emiroğlu Gedik¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Aydın Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Glukagon benzeri peptit-1 (GLP-1) reseptör agonistleri ve dual GIP/GLP-1 reseptör agonisti ile ilişkili oral advers olay bildirimlerinin yaşa göre değerlendirilmesi ve yaşlılardaki sinyallerin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: FDA Advers Olay Bildirim Sistemi (FAERS) 2018Q1–2026Q1 kayıtları tekilleştirildi. Birincil şüpheli semaglutid, liraglutid, dulaglutid ve tirzepatid raporları 18–64 ve ≥65 yaşta incelendi. Sonlanımlar ağız kuruluğu, tükürük hiposekresyonu ve odontojenik/periodontal olaylardı (pulpit, apse, gingivit, diş/kök kanal enfeksiyonu). Bildirim olasılık oranı (ROR), %95 güven aralığı (GA) ve yanlış keşif oranı (FDR) düzeltmesi uygulandı. Tip 2 diabetes mellitus (T2DM) analizlerinin ardından, post hoc keşifsel duyarlılık analizinde metformin (kombinasyonlar dışlandı) aktif karşılaştırıcı alındı. Sinyalin sistemik sıvı kaybına ikincil olup olmadığını değerlendirmek için dehidratasyon eş-bildirimi incelendi ve dışlanarak analizler yinelenildi.

Bulgular: Tekilleştirilmiş 6.310.827 erişkin vaka analiz edildi (≥65 yaş: 2.591.489). Semaglutid ile oral kuruluk kompoziti ≥65 yaşta anlamlıydı (92/12.830; ROR=1,79; GA=1,45–2,20); 18–64 yaşta ROR=1,29 (GA=1,06–1,57). Sinyali ağız kuruluğu taşıdı (ROR=1,76; GA=1,43–2,16); tükürük hiposekresyonu olgusu nadirdi. T2DM ile sınırlandırıldığında sinyal güçlendi (≥65 yaş ROR=2,92; GA=2,12–4,03). Post hoc analizde ≥65 yaşta ağız kuruluğu bildirimi semaglutidde metformine göre yüksekti (7,34 vs 1,50/1.000 rapor; ROR=4,93; GA=2,67–9,10; FDR-q < 0,001); 18–64 yaşta fark anlamlı değildi (ROR=1,28; GA=0,78–2,10). Yaş etkileşimi anlamlıydı: bu fark ≥65 yaşta 18–64 yaştağının 3,85 katıydı (GA=1,75–8,46; FDR-q=0,003). Dehidratasyon yaşlı raporlarında daha sık bildirilmemişti. Bu raporlar çıkarıldığında da ≥65 yaş farkı (ROR=4,54; GA=2,44–8,44) ve yaş etkileşimi (ROR oranı=3,21; FDR-q=0,007) sürdü.

Sonuç: Semaglutid ile ilişkili, T2DM endikasyonunda güçlenen ve yaşla belirginleşen bir ağız kuruluğu bildirim disproportionalitesi saptandı. Sinyalin dehidratasyon raporları dışlandıktan sonra korunması, ağız kuruluğunun yalnızca sistemik sıvı kaybına ikincil olmadığını düşündürmektedir. Farkın aynı endikasyondaki metformine karşı yalnız ≥65 yaşta belirmesi yaşa özgü bir bildirim paternine işaret etmektedir. Ağız kuruluğu yaşlıda kök çürüğü, odontojenik enfeksiyon ve azalmış oral alıma bağlı malnütrisyon zincirini başlatabildiğinden, GLP-1 alan yaşlılarda oral semptom sorgulaması ve dental değerlendirme klinik izleme eklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kserostomi, Semaglutid, Farmakovijilans, Ağız ve diş sağlığı, Geriatri

Renal Replasman Tedavisi Alan Hastalarda Paratiroidektomi Sonrası Aç Kemik Sendromunun Sıklığı ve Risk Faktörleri

Aydan Mütiş Alan¹, Ertuğrul Erol²

¹) Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği

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

Aydan Mütiş Alan / 1) Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği

Amaç: Son dönem böbrek hastalığında gelişen sekonder hiperparatiroidizm, kronik böbrek hastalığına bağlı mineral ve kemik bozukluğunun önemli bir bileşenidir. Medikal tedaviye dirençli olgularda paratiroidektomi etkili bir tedavi seçeneği olmakla birlikte, aç kemik sendromu (AKS), uzamış hipokalsemi ve intravenöz kalsiyum replasmanı gereksinimine yol açabilen önemli bir postoperatif komplikasyondur. Bu çalışmada, renal replasman tedavisi alan hastalarda paratiroidektomi sonrası AKS gelişim sıklığı ve ilişkili klinik risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Ocak 2018-Haziran 2025 tarihleri arasında iki üçüncü basamak merkezde paratiroidektomi uygulanan ve renal replasman tedavisi alan hastalar retrospektif olarak incelendi. Demografik özellikler, klinik veriler ve laboratuvar parametreleri elektronik tıbbi kayıtlardan elde edildi. AKS, paratiroidektomi sonrası ilk 72 saat içerisinde serum total kalsiyum düzeyinin < 8,4 mg/dL olması ve/veya hipokalsemiye bağlı semptomlar nedeniyle intravenöz kalsiyum tedavisi gereksiniminin gelişmesi olarak tanımlandı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 55 hasta dahil edildi. Hastaların medyan yaşı 50 yıl (22-78) olup, %54,5'i erkekti. Hastaların %85,5'i hemodiyaliz, %9,1'i periton diyalizi tedavisi görmekteydi; %5,4'üne ise renal transplantasyon yapılmıştı. Medyan diyaliz süresi 135,5 ay (10-293) idi. Medyan preoperatif kalsiyum düzeyi 9,9 mg/dL (7,1-11,5), fosfor düzeyi 5,1 mg/dL (2,8-10,1), alkalen fosfataz düzeyi 413 U/L (59-4721), parathormon düzeyi 2120 pg/mL (497-5000) ve vitamin D düzeyi 20 ng/mL (4,9-109) olarak saptandı. AKS, 47 hastada (%85,5) gelişirken, 35 hasta (%63,6) intravenöz kalsiyum replasmanı gerektirdi (Table1). AKS gelişen ve gelişmeyen hastalar arasında yaş, cinsiyet, renal replasman tedavisi, diyaliz süresi, preoperatif kalsiyum, alkalen fosfataz, parathormon düzeyleri ve aktif D vitamini replasmanı açısından anlamlı fark saptanmadı (tümü p > 0,05). Buna karşın, uygulanan cerrahi yöntem ile AKS gelişimi arasında sınırda anlamlı bir ilişki gözlemlendi (p=0,05).

Tablo 1. Renal replasman tedavisi alan ve paratiroidektomi uygulanan hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve cerrahi özellikleri (n=55)

Değişkenler		n=55 (%)
Yaş	Medyan (yıl)	50 (min 22-max 78)
	≥ 65 yaş	8 (14,5)
Cinsiyet	Kadın	25 (45,5)

	Erkek	30 (54,5)	
KBY etyolojisi	Diabet	4 (7,3)	
	Hipertansiyon	13 (23,6)	
	Glomerulonefrit	6 (10,9)	
	Vezikoüreteral reflü (VUR)	5 (9,1)	
	Diğer	11 (20)	
	Bilinmeyen	12 (21,8)	
Renal Replasman Türü	Hemodiyaliz	47 (85,5)	
	Periton Diyalizi	5 (9,1)	
	Renal Transplant	3 (5,4)	
Diyaliz süresi (medyan) (Ay)	Medyan (Ay)	135,5 (min 10-max 293)	
	≥ 120 ay	32 (58,1)	
Preoperatif Kalsiyum seviyesi (mg/dl) (medyan)		9,9 (min 7,1-max 11,5)	
Preoperatif Fosfor seviyesi (mg/dl) (medyan)		5,1 (min 2,8-max 10,1)	
Preoperatif Alkalen Fosfataz seviyesi (U/L) (medyan)		413 (min 59-max 4721)	
Preoperatif Parathormon seviyesi (pg/ml) medyan)		2120(min 497-max 5000)	
Preoperatif Vitamin D seviyesi (ng/ml) (medyan)		20 (min 4,9-max 109)	
Preoperatif oral aktif vitamin D replasmanı		37 (67,5)	
Operasyon tipi	Subtotal paratiroidektomi	16 (29,1)	
	3,5 paratiroidektomi	32 (58,2)	
	Total paratiroidektomi	7 (12,7)	
Patoloji	Paratiroid adenom	28 (50,9)	
	Paratiroid hiperplazi	26 (47,3)	
	Paratiroid karsinom	1 (1,8)	
Postoperatif Kalsiyum seviyesi (mg/dl) (medyan)		6,7 (min 4,2-max 9,2)	
Postoperatif Fosfor seviyesi (mg/dl) (medyan)		4,4 (min 1,1-max 6,6)	
Postoperatif Alkalen Fosfataz seviyesi (U/L) (medyan)		302 (min 39-max 5867)	
Postoperatif Parathormon seviyesi (pg/ml) medyan)		178,5 (min 1,2-max 2201)	
Postop 1.ay Kalsiyum seviyesi (mg/dl) (medyan)		7,04 (min 4,1-max 10,1)	
Aç Kemik Sendromu	Yok	8 (14,5)	
	Var	47 (85,5)	
IV Kalsiyum Replasman		35 (63,6)	

Sonuç: Renal replasman tedavisi alan hastalarda paratiroidektomi sonrası AKS oldukça sık görülen ve olguların önemli bir kısmında intravenöz kalsiyum replasmanı gerektiren bir komplikasyondur. Çalışmada değerlendirilen demografik, klinik ve biyokimyasal değişkenlerin büyük çoğunluğu AKS gelişimi ile ilişkili bulunmamış, yalnızca uygulanan cerrahi yöntem ile AKS gelişimi arasında sınırda anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aç kemik sendromu, Paratiroidektomi, Sekonder hiperparatiroidizm

Akromegali Hastalarında Büyüme Hormon/IGF-1 Diskordansının Klinik Seyre Etkisi ve İlişkili Metabolik Faktörler: Tek Merkez Deneyimi

İlkin Muradov¹

¹Özel Medipol Mega Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Bölümü

²İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa; Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı

Amaç: Akromegali, multiorgan tutulumlu, yaşam süresi ve kalitesini ciddi etkileyen nadir bir endokrin hastalıktır. Primer tedavisi transsfenoidal cerrahi (TSS) olan bu hastalıkta remisyon değerlendirmesi büyüme hormonu (GH) ve İnsülin büyüme faktörü (IGF-1) düzeyleriyle yapılmakta olup, GH/IGF-1 diskordansı literatürün en tartışmalı konularından biridir. Bu çalışmada, cerrahi sonrası biyokimyasal diskordansın klinik ve metabolik belirleyicilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: İÜC-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Bilim Dalı'nda TSS uygulanan akromegali hastalarının post-operatif bazal GH ve yaşa göre normalize IGF-1 düzeyleri retrospektif incelendi. Remisyon/diskordans değerlendirmesinde GH için 1 µg/L eşiği kullanıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda kategorik veriler için Ki-kare, sürekli değişkenler için non-parametrik testler uygulandı (p < 0,05 anlamlı kabul edildi).

Bulgular: Başlangıçta 62 hasta değerlendirilmiş; pegvisomant kullananlar ve izole IGF-1 yüksekliği olanlar dışlandıktan sonra 28 hasta (10 diskordans, 18 diskordans yok) analize alındı. Diskordans grubunun yaş ortalaması 43±11, diğer grubunki 40±12 yıld; her iki grupta kadın baskınlığı mevcuttu (%70 vs %61); yaş ve cinsiyet açısından fark saptanmadı. Diskordans grubunda başlangıç VKİ daha düşüktü (medyan 24 vs 29 kg/m²; p=0,053, sınırda). Bazal GH, IGF-1, IGF-1/ULN, lipid profili, tümör boyutu, ki-67, TSS sayısı açısından fark yoktu. Son vizitte IGF-1, IGF-1/ULN, lipid profili, HbA1c, diyabet kontrolü ve MRG'de rezidü/rezidü boyutu açısından da gruplar benzerdi. D vitamini eksikliği diskordans grubunda daha düşük oranda izlense de sınırda kaldı (p=0,057). Lineer regresyonda D vitamini eksikliği bağımsız negatif prediktör (beta=-0,410, p=0,034), VKİ ise pozitif prediktör (beta=0,478, p=0,045) olarak saptandı.

Sonuç: Post-operatif biyokimyasal diskordans, tümörün radyolojik, klinik seyir özelliklerinden çok metabolik parametrelerle ilişkili görünmektedir. D vitamini eksikliği ve VKİ bağımsız prediktörler olarak öne çıkmıştır. Kısıtlı örneklem hacmi sebebiyle elde ettiğimiz verilerin, ileriye dönük ve daha geniş hasta popülasyonlarını kapsayan çalışmalarla doğrulanması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akromegali, IGF-1, Büyüme hormonu, Diskordans

(SS-14)

İdame hemodiyaliz hastalarında mineral metabolizması ile depresif semptomlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Evnur Kahyacı Kılıç², İlhan Kılıç¹

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi

Amaç: Depresyon, idame hemodiyaliz hastalarında yaşam kalitesini ve klinik sonuçları olumsuz etkileyen yaygın bir komorbiditedir. Bu çalışmada, depresif semptomlar ile özellikle mineral metabolizması parametreleri başta olmak üzere klinik ve biyokimyasal değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif kesitsel çalışmaya idame hemodiyaliz tedavisi alan 34 erişkin hasta dahil edildi. Depresif semptomlar Beck Depresyon Envanteri ile değerlendirildi. Demografik özellikler, diyaliz süresi, mineral metabolizması parametreleri, inflamasyon ve beslenme belirteçleri ile demir metabolizmasına ait laboratuvar verileri analiz edildi. Depresyon skorları ile klinik değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ve çok değişkenli doğrusal regresyon analizi ile incelendi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 64,1±11,9 yıl olup %55,9'u kadındı. Medyan Beck Depresyon Envanteri skoru 10,5 (7,25–16) idi. Korelasyon analizinde depresyon skorları ile laboratuvar parametreleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Çok değişkenli regresyon analizinde ileri yaştan depresyon skorları ile bağımsız olarak pozitif ilişkili olduğu görüldü ($\beta=0,436$; $p < 0,001$). Ortalama serum kalsiyum düzeyi depresyon skorları ile bağımsız ve ters yönde ilişkiliydi ($\beta=-3,118$; $p=0,015$), serum fosfor düzeyi ise bağımsız olarak pozitif ilişki gösterdi ($\beta=1,765$; $p=0,014$). Modelin açıklayıcılık düzeyi %67,6 ($R^2=0,676$) olarak bulundu.

Tablo 1. Çalışma popülasyonunun özellikleri

Değişken	Değer
Yaş	64,1 ± 11,9*
Kadın cinsiyet	19 (%55,9)
Sosyoekonomik durum	
Düşük	9 (%26,5)
Orta	24 (%70,6)
Yüksek	1 (%2,9)
Diyaliz süresi (yıl)	5,5 (2–8,75)**
Beck Depresyon Envanteri skoru	10,5 (7,25–16)**

Değişken	Değer
Paratiroid hormon (PTH, pg/mL)	238 (169–683)**
Fosfor (mg/dL)	4,72 ± 0,98*
Kalsiyum (mg/dL)	9,18 (8,72–9,45)**
Hemoglobin (g/dL)	10,1 (8,13–16,7)**
Kt/V	1,63 ± 0,26*
Aktif D vitamini kullanımı	30 (%93,3)
Fosfat bağlayıcı kullanımı	23 (%76,7)
Sinakalset kullanımı	9 (%30,0)
Ferritin (ng/mL)	858 ± 418*
Transferrin satürasyonu (%)	34,4 ± 11,0*
CRP/Prealbumin oranı	31,2 (19,2–66,5)**

Veriler ortalama ± standart sapma veya medyan (çeyrekler arası aralık; Q1–Q3)* olarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler n (%) olarak ifade edilmiştir. Kısaltmalar: PTH: Paratiroid hormon; Kt/V: Diyaliz yeterlilik indeksi; CRP: C-reaktif protein.

Tablo 2. Tedaviye ilişkin değişkenleri içeren klinik olarak düzeltilmiş çok değişkenli doğrusal regresyon modeli

Değişken	β	SH	p
Yaş	0,436	0,094	<0,001
Kalsiyum (mg/dL)	-3,118	1,125	0,015
Başlangıç fosfor düzeyi (mg/dL)	1,765	0,629	0,014
Sinakalset kullanımı	-3,570	1,657	0,049
Eritropoez uyarıcı ajan (ESA) kullanımı	-3,862	1,679	0,037
Fosfat bağlayıcı kullanımı	5,059	2,290	0,044
Kt/V	-6,918	3,881	0,096
Transferrin satürasyonu (%)	0,127	0,101	0,229

Model uyumu: $R^2 = 0,676$ Veriler, regresyon katsayısı (β), standart hata (SH) ve p değerleri olarak sunulmuştur. Kısaltmalar: ESA: Eritropoez uyarıcı ajan; Kt/V: Diyaliz yeterlilik indeksi.

Sonuç: İdame hemodiyaliz hastalarında serum kalsiyum ve fosfor düzeyleri depresif semptomlarla bağımsız ilişki göstermektedir. Bulgular, kronik böbrek hastalığına bağlı mineral metabolizması bozukluklarının depresif semptomların gelişiminde rol

oynayabileceğini düşündürmekte olup, bu ilişkinin daha geniş ve prospektif çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemodiyaliz, depresif semptomlar, mineral metabolizması, kronik böbrek hastalığı, Beck Depresyon Envanteri

(SS-15)

Dahiliye Asistanlarında Yapay Zeka Kullanımına Yönelik Farkındalık, Tutum ve Beklentiler: Kesitsel Bir Anket Çalışması

Efekan Yılmaz¹, Seyda Bilgin², Gökalp Kurthan Avlağı²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Amaç: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi hastanesinde görev yapan dahiliye asistanlarının yapay zeka (YZ) teknolojilerine ilişkin farkındalık düzeylerini ve tutumlarını sistematik biçimde değerlendirmektir.

Yöntem: Araştırmacılar tarafından geliştirilen 33 soruluk anket, asistan hekimlere (n=68) uygulandı. Anket; demografik bilgiler, YZ farkındalığı ve eğitim durumu, klinik kullanım pratikleri, geriatri pratiğinde YZ tutumları, etik ve sosyal kaygılar ile gelecek beklentilerini kapsayan altı bölümden oluşmaktaydı. Tutum maddeleri 5'li Likert ölçeğiyle değerlendirildi; analizlerde frekans ve yüzde dağılımları kullanıldı, kategorik karşılaştırmalar için Fisher veya Ki-kare testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık eşiği $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların %83,8'i (25-29) yaş grubunda olup %52,9'u kadındı. YZ araç kullandığını bildirenlerin oranı %80,9 iken yapılandırılmış yapay zekâ eğitimi alanların oranı yalnızca %4,4 olarak saptandı; YZ eğitimi almak isteyenlerin oranı ise %83,8'di. Katılımcıların %55,9'u YZ'yı sık veya çok sık kullandığını bildirdi. En faydalı hasta grubu olarak çoklu morbiditesi olan yaşlı hastalar cevabı görüldü (%48,5). Klinik tutum maddeleri arasında polifarmasi yönetimi (%79,4 olumlu), gelecekte YZ'nin vazgeçilmez parça olacağı (%80,9) ve ulusal yasal düzenleme gereği (%80,9) en yüksek olumlu oranları aldı. Buna karşın klinik doğruluğa güven düşük kaldı (%35,8 olumlu, %53,7 kararsız). Kurumsal altyapıyı yeterli bulanların oranı yalnızca %4,4 idi. YZ araç kullanımında anlamlı cinsiyet farkı saptandı: erkeklerde %100, kadınlarda %63,9 ($p < 0,001$). YZ'nin tıbbi hataları azaltacağı görüşünde de cinsiyet farkı istatistiksel olarak anlamlıydı (Erkek %78,1, Kadın %38,9; $p=0,001$). Asistanlık yılına göre engel algısında anlamlı farklılık gözlemlendi ($p=0,004$): 1. yıl asistanları güven sorununu (%50) öncelikli engel olarak bildirirken, 4. yıl asistanlarında hukuki/etik belirsizlik (%33) ve teknik altyapı eksikliği (%33) ön plana geçti.

Sonuç: Dahiliye asistanları YZ araçlarını yapılandırılmış yapay zekâ eğitimi almaksızın ve klinik doğruluğa tam güven duyulmadan klinik pratiğe entegre etmektedir. Bu bulgular; asistanlık müfredatına YZ okuryazarlığının erken dönemde eklenmesi, açıklanabilir ve klinik doğrulaması yapılmış YZ araçlarının yaygınlaştırılması ve sorumluluk çerçevesini netleştirecek ulusal düzenleyici politikaların geliştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler: yapay zeka, klinik karar desteği, geriatri, polifarmasi, tıp eğitimi

(SS-16)

Geriatrik Bireylerde Primer Sarkopeni ile Barsak Bariyer Disfonksiyonu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: SARC-F, Serum DAO, Zonulin, LPS ve I-FABP Düzeylerinden Elde Edilen Bulgular

Seyda Bilgin¹, Seyda Bilgin³, Veysel Suzan¹, Bahar Bektan Kanat¹, Gülru Uluggerger Avcı¹, Suna Avcı¹, Hakan Yavuzer¹, İbrahim Murat Bolayırılı², Alper Döventaş¹, Deniz Suna Erdinçler¹

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

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

³İstanbul üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İmmünoloji Departmanı

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yaşlı bireylerde DAO (diamin oksidaz), LPS (lipopolisakkarit), I-FABP (intestinal yağ asidi bağlayıcı protein) ve zonulinin serum düzeyleri ile primer sarkopeni arasındaki ilişkiyi değerlendirmek ve bu biyobelirteçlerin tanısal performansını SARC-F skoru ile karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya 65 yaş ve üzeri 88 birey (sarkopeni n=44, sarkopeni olmayan n=44) dahil edildi. Komorbiditeler ve geriatrik sendromlar değerlendirildi ve sekonder sarkopenisi olanlar hariç tutuldu. Sarkopeni tanısında EWGSOP2 kriterleri uygulandı. Sarkopeni riski altında olan bireyleri belirlemek için SARC-F anketi kullanıldı. Serum DAO, zonulin, LPS ve I-FABP düzeyleri ELISA ile ölçüldü.

Bulgular: İki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı bir fark gözlenmedi. SARC-F, serum DAO ve zonulin konsantrasyonları sarkopeni grubunda belirgin şekilde daha yüksekti ($p < 0.001$). İstatistiksel olarak anlamlı parametreler ardışık çoklu regresyon kullanılarak analiz edildi. Bu analiz sonucunda, hem DAO hem de zonulin skorlarının sarkopeni ile ilişkili olduğu bulundu (olasılık oranı [OR] 1.041, %95 güven aralığı [CI]: 1.020–1.063, $p < 0.001$; OR 1.108, %95 CI: 1.018–1.206, $p = 0.018$, sırasıyla). ROC eğrisi analizi, DAO, zonulin ve SARC-F için eğri altındaki alanın sırasıyla 0.807 ($p < 0.001$), 0.723 ($p < 0.001$) ve 0.943 ($p < 0.001$) olduğunu ortaya koydu. Spearman korelasyon testi, serum zonulin ile SARC-F skoru arasında anlamlı, düşük düzeyde bir korelasyon ($r = 0.3583$, $p = 0.0006$) ve serum DAO ile SARC-F skoru arasında ise orta düzeyde bir korelasyon ($r = 0.4384$, $p < 0.0001$) ortaya koydu.

Tablo 1. Sarkopenisi olan ve olmayan grubun demografik verileri, kronik hastalıkları ve antropometrik ölçümleri

	Sarkopeni (+)	Sarkopeni (-)	p
Hasta Sayısı	44	44	
Cinsiyet (Kadın / Erkek)***	29/15	29/15	1.000
Yaş*	74.93±6.31	74.40±4.42	0.654
El kavrama gücü*	18.5±5.05	27.25±6.11	<0.001
Kas kütlesi (SMMI)*	5.17±0.68	6.4±0.76	<0.001
Yürüme hızı (m/sn)*	0.77±0.21	1.13±0.19	<0.001
SARC-F**	3 (3-4)	0 (0-1)	<0.001
FRAIL*	2.54±0.81	1.61±0.65	<0.001
MNA-SF*	12.70±1.09	13.52±0.66	<0.001
MNA-LF*	26.42±1.69	28.21±1.19	<0.001
BMI*	25.18±4.01	30.58±4.94	<0.001
Charlson Comorbidity Index **	1 (0-1)	0 (0-1)	0.360
İlaç Sayısı *	2.06±1.61	2.36±1.80	0.421
Kronik Hastalık Sayısı *	1.52±1.08	1.84±1.31	0.219
Koroner Arter Hastalığı ***	3 (%6.8)	1 (%2.2)	0.616
Diyabetes Mellitus***	9 (%20.4)	13 (%29.5)	0.325
Hipertansiyon***	22 (%50)	29 (%65.9)	0.131
Kalp Yetersizliği***	0 (%0)	0 (%0)	1.000
Hipotiroidizm ***	4 (%9)	8 (%18)	0.214
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ***	1 (%2.2)	1 (%2.2)	1.000
Benign Prostatik Hiperplazi ***	3 (%6.8)	5 (%11.3)	0.713
Atriyal Fibrilasyon ***	16 (%36.3)	7 (%15.9)	0.029
Hiperlipidemi ***	6 (%13.6)	12 (%27.2)	0.113
İnkontinans ***	0 (%0)	2 (%4.5)	0.494
Astım ***	2 (%4.5)	2 (%4.5)	1.000
ACE-I / ARB ***	17 (%38.6)	25 (%56.8)	0.088
Beta Bloker ***	13 (%29.5)	10 (%22.7)	0.467
Kalsiyum Kanal Blokeri ***	9 (%20.5)	7 (%15.9)	0.580
Antiagregan / Koagulan ***	3 (%6.8)	4 (%9.1)	0.694
Tiroid Hormonu ***	12 (%9.1)	8 (%18.2)	0.214
Alfa-1 Bloker ***	4 (%9.1)	6 (%13.6)	0.502
Diüretik ***	7 (%15.9)	10 (%22.7)	0.418
Statin ***	9 (%20.5)	13 (%29.5)	0.325
Oral Anti-Diyabetikler ***	9 (%20.5)	13 (%29.5)	0.325
İnsülin ***	1 (%2.3)	2 (%4.5)	0.557

İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu olarak belirtilmiştir *ortalama±standart sapma **medyan (25. persentil-75. persentil) ***n (%) SMMI (skeletal muscle mass index) MNA-SF (Mini Nutritional Assessment-Short Form) MNA-LF (Mini Nutritional Assessment-Long Form) BMI (Body Mass Index) ACE-I (Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor) ARB (Angiotensin Receptor Blockers)

Tablo 2. Sarkopeni ve sarkopeni olmayan gruplarda serum DAO, IFABP, LPS ve Zonulin düzeylerinin karşılaştırılması

	Sarkopeni (+)	Sarkopeni (-)	p
DAO (ng/mL)*	74.00 (46.65 – 105.00)	35.80 (24.50 – 55.40)	<0.001
IFABP (ng/mL)*	5.50 (3.56 – 8.50)	6.70 (4.76 – 8.50)	0.187
LPS (EU/L)*	474.40 (393.20 – 575.97)	434.36 (364.30 – 512.32)	0.093
Zonulin (ng/mL)*	44.85 (40.87 – 46.97)	40.65 (33.40 – 44.70)	<0.001

İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu olarak belirtilmiştir Veriler* medyan (25. yüzdalık dilim-75. yüzdalık dilim) olarak gösterilmiştir DAO: Diamin Oksidaz IFABP: İnce Barsak Yağ Asidi Bağlayıcı Protein LPS: Lipopolisakkarit

Tablo 3. Sarkopeni tanısı için aşamalı çok değişkenli lojistik regresyon analizi.

	Odds Ratio (95% CI)	p
Zonulin (ng/mL)	1.108 (1.018-1.206)	0.018
DAO (ng/mL)	1.041 (1.020-1.063)	<0.001
Haemoglobin (g/dL)	0.614 (0.371 – 1.015)	0.057
AF	1.369 (0.366-5.123)	0.640

İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu olarak gösterilmiştir DAO: Diamin Oksidaz CI (confidence interval) AF (Atriyal Fibrilasyon)

Tablo 4. Sarkopeni için DAO, Zonulin ve SARC-F'nin ROC analizi ve göreceli değerleri.

	Sensitivity (%)	Specifity (%)	AUC	Cutoff	Asymptotic significance
DAO	79.5	65.9	0.807	45.75	<0.001
Zonulin	72.7	54.5	0.723	41.25	<0.001
SARC-F	70.5	97.7	0.943	4	<0.001

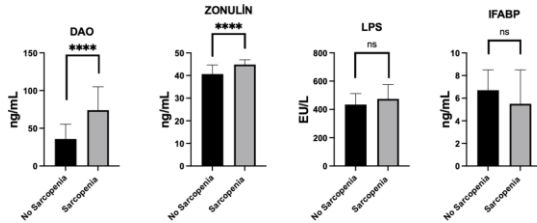
İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu olarak gösterilmiştir AUC (Area Under the Curve) DAO: Diamin Oksidaz

Tablo 5 . Sarkopenisi olan ve olmayan gruptaki serum biyokimyasal değerlerin karşılaştırılması.

	Sarkopeni (+)	Sarkopeni (-)	p
Nötrofil Sayısı* (10 ³ /µL)	2.39±1.30	1.95±1.00	0.084
Monosit Sayısı*(µL)	581.39±217.40	545.45±164.88	0.387
Trombosit Sayısı*(µL)	256604.65±68735.21	250022.72±61574.86	0.639
Lenfosit Sayısı*(µL)	1976.74±963.58	2122.72±712.95	0.423
Haemoglobin* (g/dL)	12.59±1.25	13.30±1.22	0.010
Kreatinin* (mg/dL)	0.81±0.19	0.87±0.27	0.230
Vit-D* (pg/L)	25.81±11.97	25.07±12.10	0.777
B12* (ng/L)	454.92±330.77	420.72±199.99	0.560
Folik Asit* (ng/mL)	7.96±3.43	8.33±4.14	0.657
CRP* (mg/L)	3.92±4.92	4.64±6.74	0.574
Sedimentasyon Hızı* (mm)	15.93±9.29	17.00±10.45	0.616
Açlık Glukozu* (mg/dL)	96.55±19.46	99.84±23.80	0.484
HbA-1c* (%)	6.03±1.33	5.96±0.72	0.741
Ferritin* (ug/L)	74.20±49.21	80.28±56.74	0.595
Transferrin Saturasyonu* (%)	20.56±8.11	23.73±9.33	0.095

İstatistiksel olarak anlamlı p değerleri koyu olarak belirtilmiştir *ortalama±standart sapma CRP (C- Reactive Protein)

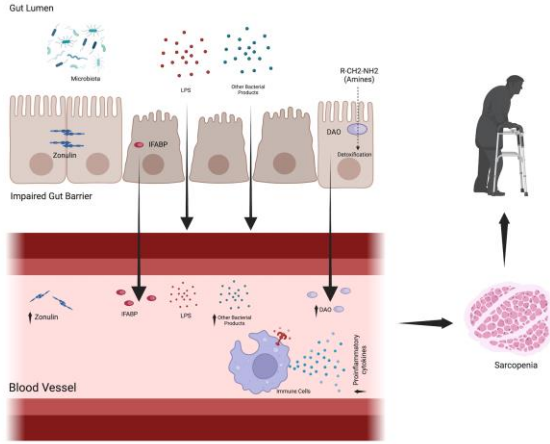
Şekil 1. Sarkopeni ve sarkopenisi olmayan gruplarda serum DAO, IFABP, LPS ve Zonulin seviyelerinin karşılaştırılması.



Serum DAO ve Zonulin seviyeleri sarkopeni grubunda anlamlı derecede ($p < 0.001$) daha yüksek bulundu. Serum LPS seviyeleri sarkopeni grubunda daha yüksekti; bu, istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p = 0.093$). **** $p < 0.001$, ns (non significant), $p = 0.093$ (LPS), $p = 0.187$ (IFABP) . Veriler medyan (25. persentil-75. persentil) olarak gösterildi. DAO: Diamine Oksidase, LPS: Lipopolyisaccharide, IFABP: Intestinal Fatty Acid Binding Protein .

Sonuç: Bu çalışma, primer sarkopeni ile intestinal bariyer disfonksiyonu arasında bir bağlantı olduğunu gösteren ilk çalışmadır. Bulgular, SARC-F anketinin rutin uygulamada kullanılmasını desteklerken, SARC-F anketinin uygulanmadığı durumlarda serum DAO ve zonulin düzeyleri alternatif olarak kullanılabilir.

Şekil 2. Sarkopeni ve bağırsak bariyer disfonksiyonu.



Bağırsak bariyerinin bütünlüğünün bozulması, antijenlerin ve bakteriyel ürünlerin kontrolsüz geçişine yol açabilir, bu da inflamasyonu tetikleyerek sistemik olarak sarkopeniye neden olabilir. (I-FABP, bağırsak yağ asidi bağlayıcı protein; LPS, lipopolisakkarit; DAO, diamin oksidaz.)

Anahtar Kelimeler: Yaşlanma, Primer Sarkopeni, İntestinal Bariyer Disfonksiyonu, DAO, Zonulin

(SS-17)

Diferansiye tiroid karsinomunda mitotik sayı ve Ki-67 proliferasyon indeksi: mikrokarsinomlar ve makrokarsinomların karşılaştırılması

Ali Tunç¹, Serdar Şahin¹, Berk Solak², Mayıs Farajlı¹, Emre Durcan¹, Hande Mefkure Özkaya¹, Tülin Öztürk³, Taner Damcı¹, Mustafa Sait Gönen¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Endokrinoloji, Metabolizma ve Diyabet Bilim Dalı

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

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

Amaç: Diferansiye tiroid karsinomunda proliferatif aktivitenin tümörün biyolojik davranışı ve agresiflik potansiyeli hakkında bilgi sağlayabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, mikrokarsinomlar ile makrokarsinomlar arasındaki proliferatif aktivite farklılıklarına ilişkin veriler sınırlıdır. Bu çalışmada, diferansiye tiroid karsinomunda mikrokarsinomlar ve makrokarsinomlar arasında Ki-67 proliferasyon indeksi ile mitoz sayısının karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Bu retrospektif, tek merkezli çalışmaya 2023–2025 yılları arasında tiroid cerrahisi uygulanan 60 diferansiye tiroid karsinomlu hasta dahil edildi. Bazı hastalarda birden fazla tümör odağı bulunduğundan toplam 79 tümör analiz edildi. Tümörler mikrokarsinom (≤ 10 mm) ve makrokarsinom (> 10 mm) olarak sınıflandırıldı. Proliferatif aktivite, Ki-67 proliferasyon indeksi ve 2 mm² başına mitoz sayısı kullanılarak değerlendirildi. Bu parametreler mikrokarsinomlar ile makrokarsinomlar arasında ve patolojik tümör evresine göre karşılaştırıldı.

Bulgular: Değerlendirilen 79 tümörün 39'u (%49,4) mikrokarsinom, 40'ı (%50,6) ise makrokarsinomdu. Hem mitoz sayısı hem de Ki-67 proliferasyon indeksi makrokarsinomlarda mikrokarsinoma kıyasla anlamlı olarak daha yüksekti. Mikrokarsinomlarda medyan mitoz sayısı 2 mm² başına 1 [0–2] iken, makrokarsinomlarda 2 [1–3] idi ($p=0,007$). Benzer şekilde, medyan Ki-67 proliferasyon indeksi mikrokarsinomlarda %3 [2–4], makrokarsinomlarda ise %4 [3–5] olarak bulundu ($p=0,009$). Makrokarsinomlarda lenfatik invazyon ve kapsüler invazyon daha sık saptandı. Tümör çapı ile hem Ki-67 proliferasyon indeksi ($r=0,527$; $p < 0,001$) hem de mitoz sayısı ($r=0,305$; $p=0,039$) arasında pozitif korelasyon bulundu. Ayrıca Ki-67 proliferasyon indeksi ile mitoz sayısı arasında da pozitif korelasyon saptandı ($r=0,428$; $p=0,007$). Mitoz sayısı ile anti-TPO düzeyi arasında ise zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon izlendi ($r=-0,335$; $p=0,040$). Proliferasyon göstergeleri patolojik T evresine göre de anlamlı farklılık gösterdi; pT3 tümörlerde pT1 tümörlere kıyasla daha yüksek mitoz sayıları ve Ki-67 proliferasyon indeksleri saptandı.

Tablo 1. Çalışma popülasyonunun klinik, laboratuvar, tedavi ve takip özellikleri (n = 60)

Tablo 1. Çalışma popülasyonunun klinik, laboratuvar, tedavi ve takip özellikleri (n = 60)

Parametre	Değer
Demografik ve klinik özellikler	
Yaş (yıl), ortalama ± SS	47.6 ± 13.6
Kadın cinsiyet, n (%)	42 (70)
Önceki radyoterapi öyküsü, n (%)	1 (1.7)
Alilde tiroid kansinomu öyküsü, n (%)	0 (0)
Laboratuvar parametreleri	
TSH (μIU/mL), medyan [IQR]	1.06 [0.08–4.10]
T3 (ng/mL), medyan [IQR]	2.76 [2.40–3.30]
T4 (ng/dL), medyan [IQR]	1.44 [1.11–1.71]
Anti-TPO (IU/mL), medyan [IQR]	13.0 [9.96–23.45]
Anti-Tg (IU/mL), medyan [IQR]	18.85 [16.83–23.95]
Tiroglobulin (ng/mL), medyan [IQR]	0.1 [0.04–0.51]
Cerrahi tedavi	
Total tiroidektomi, n (%)	53 (88.3)
Lobektomi, n (%)	7 (11.7)
Lenf nodu diseksiyonu, n (%)	12 (20)
RAI özellikleri	
RAI tedavisi, n (%)	26 (43.3)
RAI tedavi sayısı, medyan [IQR]	1 [1–1]
Kümülatif RAI dozu (mCi), medyan [IQR]	100 [100–150]
Takip	
Takip süresi (ay), medyan [IQR]	8.5 [4–16]
Nüks, n (%)	2 (3.3)
Uzak metastaz, n (%)	1 (1.7)

IQR, çeyrekler arası aralık; RAI, radyoaktif iyot; TSH, tiroid uyarıcı hormon; T3, triiyodotironin; T4, tiroksin; Anti-TPO, anti-tiroid peroksidad antikor; Anti-Tg, anti-tiroglobulin antikor.

Tablo 2. Tümörlerin klinikopatolojik özellikleri ve proliferasyon indeksleri (n = 79)

Tablo 2. Tümörlerin klinikopatolojik özellikleri ve proliferasyon indeksleri (n = 79)

Parametre	Değer
Tümör özellikleri	
Tümör boyutu (mm), medyan [IQR]	10 [6–16]
Mikrokarsinom (≤10 mm), n (%)	39 (49.4)
Makrokarsinom (>10 mm), n (%)	40 (50.6)
Proliferasyon indeksleri	
Mitotik sayım (2 mm ² bölge), medyan [IQR]	1 [1–2]
Ki-67 proliferasyon indeksi (%), medyan [IQR]	3 [3–5]
Tümör lokalizasyonu	
Sağ lob, n (%)	45 (57)
Sol lob, n (%)	29 (36.7)
İstmus, n (%)	5 (6.3)
Histolojik tip	
Papiller tiroid kansinomu, n (%)	69 (87.3)
Foliküler tiroid kansinomu, n (%)	7 (8.9)
Onkositik kansinom, n (%)	3 (3.8)
Histolojik alt tip (PTK)	
PTK – klasik varyant, n (%)	41 (51.9)
PTK – foliküler varyant, n (%)	21 (26.6)
PTK – Warthin-benzeri varyant, n (%)	4 (5.1)
PTK – uzun hücreli varyant, n (%)	1 (1.3)
PTK – onkositik varyant, n (%)	1 (1.3)
Patolojik özellikler	
Vasküler invazyon, n (%)	5 (6.3)
Lenfatik invazyon, n (%)	12 (15.2)
Kapsüler invazyon‡, n/N (%)	20/36 (55.6)
Perinöral invazyon, n (%)	1 (1.3)
Tümör nekrozu, n (%)	3 (3.8)
Ekstratiroidal uzanım, n (%)	5 (6.3)
Pozitif cerrahi sınır, n (%)	4 (5.1)
Unifokal, n (%)	33 (41.8)
Multifokal, n (%)	46 (58.2)
Patolojik T evresi	
pT1a, n (%)	40 (50.6)
pT1b, n (%)	22 (27.8)
pT2, n (%)	11 (13.9)
pT3, n (%)	6 (7.6)

‡ Yalnızca kapsüllü tümörlerde değerlendirilmiştir. PTK, papiller tiroid kansinomu; IQR, çeyrekler arası aralık.

Tablo 3. Tek tümörlü hastalarda mikrokarsinom ve makrokarsinom arasında klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması (n = 48)

	Mikrokarsinom (n = 21)	Makrokarsinom (n = 27)	Etki büyüklüğü (%95 GA)	P değeri
Demografik ve klinik özellikler				
Yay (yıl), medyan [IQR]	53 [44-57]	44 [33-52]	$r = -0.377$ (-0.668, -0.065)	0.026
Kadın cinsiyet, n (%)	15 (71.4)	18 (66.7)	OR = 1.25 (0.36, 4.32)	0.724
Lenf nodu metastazi, n (%)	2 (9.5)	5 (18.5)	OR = 0.46 (0.08, 2.67)	0.381
Laboratuvar parametreleri				
TSH (µU/mL), medyan [IQR]	1.23 [0.08-3.23]	1.26 [0.04-11.10]	$r = 0.051$ (-0.27, 0.38)	0.763
T3 (ng/mL), medyan [IQR]	2.74 [2.45-2.82]	3.04 [2.40-3.43]	$r = 0.243$ (-0.11, 0.57)	0.152
T4 (ng/dL), medyan [IQR]	1.42 [1.27-1.49]	1.55 [0.97-1.71]	$r = 0.090$ (-0.24, 0.43)	0.596
Anti-TPO (IU/mL), medyan [IQR]	14.6 [11.4-38.2]	10.9 [9.5-16.5]	$r = -0.366$ (-0.68, 0.00)	0.051
Anti-Tg (IU/mL), medyan [IQR]	19.6 [17.1-24.4]	18.9 [16.2-23.5]	$r = -0.007$ (-0.34, 0.33)	0.966
Tiroglobulin (ng/mL), medyan [IQR]	0.05 [0.04-0.28]	0.12 [0.04-0.79]	$r = 0.158$ (-0.17, 0.47)	0.348
Cerrahi tedavi				
Total tiroidektomi, n (%)	20 (95.2)	24 (88.9)	OR = 0.40 (0.04, 4.15)	0.430
Lenf nodu diseksiyonu, n (%)	1 (4.8)	9 (33.3)	OR = 0.10 (0.01, 0.87)	0.016
RAI özellikleri				
RAI tedavisi, n (%)	3 (14.3)	16 (59.3)	OR = 0.12 (0.03, 0.49)	0.002
RAI tedavi sayısı, medyan [IQR]	1 [1-1]	1 [1-1]	$r = 0.188$ (0.00, 0.38)	0.634
Kümülatif RAI dozu (mCi), medyan [IQR]	100 [100-100]	100 [100-150]	$r = 0.133$ (-0.27, 0.47)	0.875
Takip				
Takip süresi (ay), medyan [IQR]	9 [4-15]	13 [4-20]	$r = 0.166$ (-0.16, 0.49)	0.327
Nüks, n (%)	0 (0)	2 (7.4)	DE*	0.203

* Bir grupta sıfır olay olması nedeniyle hesaplanamamıştır. IQR, çeyrekler arası aralık; RAI, radyoaktif iyot; TSH, tiroid uyarıcı hormon; T3, triiyodotironin; T4, tiroksin; Anti-TPO, anti-tiroid peroksidaz antikor; Anti-Tg, anti-tiroglobulin antikor; OR, odds oranı; GA, güven aralığı.

Tablo 4. Mikrokarsinom ve makrokarsinom arasında tümör patolojik özelliklerinin karşılaştırılması (n = 48)

	Mikrokarsinom (n = 21)	Makrokarsinom (n = 27)	Etki büyüklüğü (%95 GA)	P değeri
Tümör özellikleri				
Tümör boyutu (mm), medyan [IQR]	5 [3-7]	17 [14-25]	---	<0.001
Proliferasyon indeksleri				
Mitotik sayım (2 mm ² başına), medyan [IQR]	1 [1-2]	2 [1-3]	$r = 0.375$ (0.076, 0.653)	0.023
Ki-67 proliferasyon indeksi (%), medyan [IQR]	3 [2-3.75]	4 [3-5]	$r = 0.531$ (0.237, 0.792)	0.004
Tümör lokalizasyonu				
Sağ lob, n (%)	12 (57.1)	19 (70.4)	OR = 0.55 (0.17, 1.80)	0.342
Sol lob, n (%)	9 (42.9)	8 (29.6)	---	
Histolojik tip				
Papiller tiroid karsinomu, n (%)	21 (100)	19 (70.4)	DE*	0.024
Foliküler tiroid karsinomu, n (%)	0 (0)	5 (18.5)	---	
Onkositik karsinom, n (%)	0 (0)	3 (11.1)	---	
Patolojik özellikler				
Vasküler invazyon, n (%)	0 (0)	3 (11.1)	DE*	0.115
Lenfatik invazyon, n (%)	0 (0)	6 (22.2)	DE*	0.021
Kapsüler invazyon†, n/N (%)	0/4 (0)	12/16 (75.0)	DE*	0.006
Tümör nekrozu, n (%)	0 (0)	3 (11.1)	DE*	0.115
Ekstratiroidal uzanım, n (%)	0 (0)	4 (16.7)	DE*	0.050
Pozitif cerrahi sınır, n (%)	1 (4.8)	2 (7.4)	OR = 0.63 (0.05, 7.51)	0.707
Patolojik T evresi				
pT1, n (%)	21 (100)	15 (55.6)	DE*	<0.001
pT2, n (%)	0 (0)	7 (25.9)	---	
pT3, n (%)	0 (0)	5 (18.5)	---	

* Bir grupta sıfır olay olması nedeniyle hesaplanamamıştır. † Yalnızca kapsüllü tümörlerde değerlendirilmiştir. IQR, çeyrekler arası aralık; OR, odds oranı; GA, güven aralığı.

Sonuç: Diferansiye tiroid karsinomunda Ki-67 proliferasyon indeksi ve mitoz sayısı ile değerlendirilen proliferatif aktivite, makrokarsinomlarda mikrokarsinomlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Artmış proliferatif aktivite aynı zamanda daha ileri patolojik tümör evresi ile ilişkilidir. Bu bulgular, proliferasyon belirteçlerinin diferansiye tiroid

karsinomunda daha agresif klinikopatolojik özelliklerin belirlenmesine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diferansiye tiroid karsinomu, papiller tiroid mikrokarsinomu, Ki-67, mitotik sayı, tümör proliferasyonu

(SS-18)

Dahiliye Polikliniğine Nefes Darlığı ile Başvuran İki Hastada Spontan Hava Kaçağı Sendromları

Uğur Kimyon¹, Kadirhan Gürsoy², Emine Güner³, Kayra İrem Altun³, Oğuz Tıknaz³, Muammer Bilir¹, Işıl Bavunoğlu¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

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

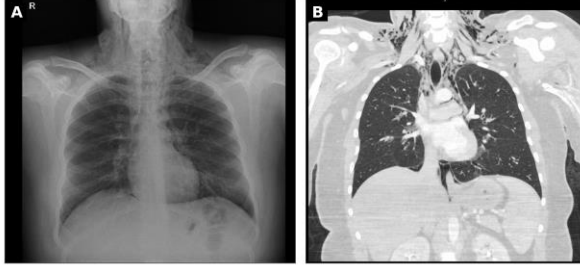
Uğur Kimyon / İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Nefes darlığı dahiliye polikliniklerinde sık karşılaşılan ve geniş ayırıcı tanı gerektiren bir semptomdur. Spontan pnömomediastinum ve pnömotoraks genellikle acil başvuru ile ilişkilendirilse de, subakut dispne yakınmasıyla poliklinik koşullarında da tanı alabilir. Bu iki olgu ile, dahiliye polikliniğine dispne ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda spontan hava kaçağı sendromlarının akılda tutulması amaçlandı.

Yöntem: Dahiliye polikliniğine subakut nefes darlığı yakınması ile başvuran ve spontan hava kaçağı sendromu tanısı alan iki olgu; başvuru özellikleri, fizik muayene bulguları, görüntüleme sonuçları, uygulanan tedavi ve klinik seyir açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

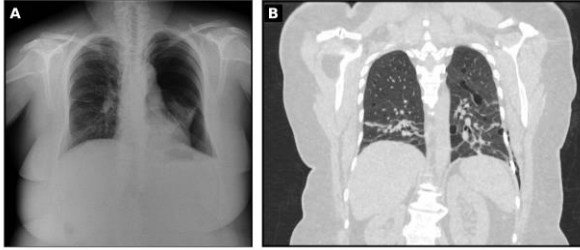
Bulgular: İlk olgu, ailesel hiperlipidemi nedeniyle statin tedavisi altında izlenen, vücut kitle indeksi 34 kg/m² olan genç erkek hastaydı. Son üç gündür özellikle eforla belirginleşen nefes darlığı ile başvurdu. Vital bulguları stabildi ve oda havasında oksijen satürasyonu %96 idi. Fizik muayenede boyun çevresinde cilt altı amfizemi/krepitasyon saptanması üzerine çekilen Toraks BT'de pnömotoraks ya da parankimal lezyon saptanmazken mediasten, servikal kompartmanlar ve anterior göğüs duvarına uzanan hava dansiteleri izlendi. Bronkoskopi ve özefagus pasaj grafisinde sekonder neden saptanmaması üzerine idiyopatik spontan pnömomediastinum olarak değerlendirildi ve konservatif izlemle düzeldi. İkinci olgu, prediyabet, obezite ve hiperlipidemi öyküsü olan, vücut kitle indeksi 39 kg/m² olan orta yaş kadın hastaydı. Kontrol başvurusunda son üç gündür hafif eforla belirginleşen ciddi nefes darlığı tarifledi. Sol hemitoraksta solunum seslerinin alınamaması üzerine çekilen posteroanterior akciğer grafisinde geniş sol pnömotoraks saptanması sonrası sol tüp torakostomi uygulandı. Takip toraks BT'de pnömotoraksa ek olarak her iki akciğerde yaygın ince cidarlı hava kistleri izlendi; diffüz kistik akciğer hastalığı açısından ileri tetkik planlandı.

Şekil-1



Spontan pnömomediastinum olgusu A: PA grafide servikal subkutan amfizem B: BT'de mediastinal hava

Şekil-2



Sol pnömotoraks ve kistik akciğer hastalığı A: PA grafide geniş sol pnömotoraks B: Tüp torakostomi sonrası BT'de bilateral ince cidarlı hava kistleri

Sonuç: Stabil vital bulgular veya subakut semptom süresi, spontan hava kaçağı sendromlarını dışlamaz. Dahiliye polikliniğinde dispne ile başvuran hastalarda dikkatli fizik muayene ve zamanında akciğer grafisi tanı koydurucu olabilir. Pnömotoraks saptanan hastalarda altta yatan yapısal/kistik akciğer hastalıkları ayrıca araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: "Dispne", "subkutan amfizem", "spontan hava kaçağı", "pnömotoraks", "pnömomediastinum"

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ 5. İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ

POSTER SUNUMLAR

(PS-01)

Transvers Kolon Adenokarsinomu ile Prezente bir Kronik Lenfositik Lösemi ve Lynch Sendromu Birlikteliği: Olgu sunumu

Hasan Mutlu¹, Dilek Keskin²

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji Bilim Dalı

Amaç: Kronik lenfositik lösemi (KLL) Batı ülkelerinde en sık görülen lösemi tipidir ve matür görünümüne immün-inkompetan lenfositlerin birikimiyle karakterizedir (1). Lynch sendromu ise en sık herediter kanser sendromlarından biri olarak kolorektal/endometriyal kanser vakalarının yaklaşık %3'ünden sorumludur (2). Bu olgu sunumunda; hem malign bir solid tümör hem de bir lenfoproliferatif hastalığın beraber tanı aldığı bir vakanın sunulması amaçlanmıştır.

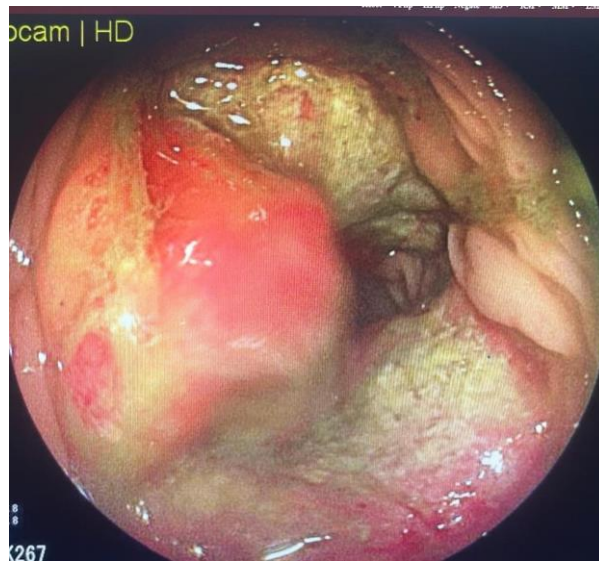
Yöntem: 52 yaşında, bilinen hastalığı olmayan erkek hasta kilo kaybı ve halsizlik şikayeti ile Hematoloji polikliniğine başvurdu.

Bulgular: Fizik muayenede genel durumu orta, soluk görünümde, koopere/oryante ve vitalleri stabildi. Yüzeyel ağrısız mobil 1-2 cm lenfadenomegali, splenomegali bulguları izlenen hastanın tetkiklerinde WBC $21.57 \times 10^3/\mu\text{L}$ (Neu 18.1, Lym 2.0), Hgb 8.1 g/dL, hematokrit %27.3, MCV 68.5 fL, MCH 20.3 pg, CRP 15.53 mg/L, retikülosit oranı %2.38 saptandı. Periferik yayma incelemesinde hipokromik mikrositoz, lenfositoz ve sepet hücreleri görülmesi de lenfoproliferatif hastalık şüphesini desteklemekteydi. Akım sitometrik incelemesi KLL ile uyumlu saptandı. B semptomları nedeniyle Richter sendromunu ekarte etmek için çekilen PET-BT incelemesinde transvers kolonda 45 mm'lik bir segmentte lümeni daraltan yoğun hipermetabolik (SUVmax: 15.59) duvar kalınlaşması ve bilateral aksiller (SUVmax: 2), servikal (SUVmax: 1.8) ve mediastinal (SUVmax: 1.8) alanlarda multipl düşük aktiviteli lenf nodu ile kemik iliğinde diffüz minimal artmış FDG tutulumu (SUVmax: 3.6) rapor edildi (Figür 1). Kolonoskopik incelemede de anal kanaldan 70 cm mesafede, transvers kolonda lümeni çepeçevre saran, frajil, ülserovejetan kitle izlendi ve biyopsi alındı (Figür 2). Cerrahi-onkoloji konseyinde operabl olarak değerlendirilen ve rezeke edilen kolon segmentindeki tümör dokusunda MLH1, MSH2 ve MSH6 proteinlerinin nükleer ekspresyonu korunmuşken, PMS2 proteininde tam nükleer ekspresyon kaybı mevcuttu. Rezeke edilen lenf nodları reaktif ve lenfoid hiperplazi olarak sınıflandırılmıştı. Lynch sendromu zemininde gelişen kolon malignitesi saptanan; KLL tanılı hasta takibe alındı ve ailesi genetik danışmanlığa yönlendirildi.

Figür 1: Hastanın PET-BT incelemesinden bir kesit



Figür 2: Hastanın endoskopik incelemesinden bir kesit



Sonuç: Kronik lenfositik lösemi ve Lynch sendromu birlikteliği nadir görülse de, tedavi seçimi (immün checkpoint inhibitörleri vb.) ve prognoz açısından dikkate alınması gereken bir tablodur.

Anahtar Kelimeler: kronik lenfositik lösemi, Lynch sendromu, kolon, malignite

Kemik iliği infiltrasyonu ile seyreden nadir bir anjiyosarkom vakası: Olgu sunumu

Hasan Mutlu¹, Mehmet Güler¹, Taşkın Erkinüresin², Dilek Keskin³, Şengül Aydın Yoldemir⁴

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

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji Bilim Dalı

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

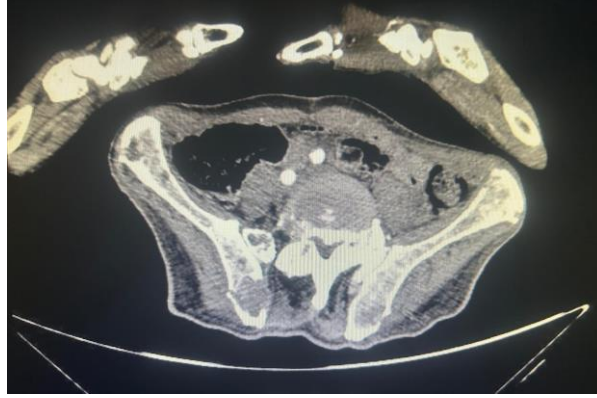
⁴Biruni Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları

Amaç: Anjiyosarkomlar, damar endotelinden köken alan agresif seyirli malign tümörlerdir ve kemik iliği tutulumu klinik tabloyu karmaşıklştırabilir (1). Bu olgu sunumunda, başlangıçta klinik ve radyolojik olarak multipl miyelom (MM) ön tanısıyla incelenen, ancak yapılan ileri tetkikler ve kemik iliği biyopsisi sonucunda nadir görülen anjiyosarkom infiltrasyonu tanısı alan 78 yaşında bir erkek hastanın sunulması amaçlanmaktadır.

Yöntem: 78 yaşındaki erkek hasta yaklaşık iki aydır devam eden, bacaklara vuran şiddetli bel ağrısı, iştahsızlık ve iki ayda yaklaşık 8 kg kilo kaybı şikayetleriyle başvurdu.

Bulgular: Özgeçmişinde tip 2 diyabetes mellitus, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı öyküsü bulunmaktaydı. Yapılan tetkiklerde Hgb: 7.8 g/dL, kreatinin 0.78 mg/dL, düzeltilmiş kalsiyum 8.94 mg/dL, CRP: 112 mg/L, LDH 254 U/L, Pro-BNP 6746 ng/L saptandı. Periferik yaymasında belirgin toksik granülasyon izlenen hastada rulo formasyonu izlenmemekteydi. Lomber ve pelvik BT incelemelerinde L5 vertebra transvers çıkıntı ve korpusunda fraktür, sağ ramus pubiste, sakrumda ve asetabulumda geçirilmiş deplase kırık görünimleri ile yaygın litik lezyonlar izlendi (Figür 1). PET-BT incelemesinde L3-L5 vertebralar, sağ 1. kot ve pelvik kemiklerde yaygın litik lezyonlar izlendi ve başlangıçta multipl miyelom ile uyumlu olarak raporlandı. Radyolojik bulgular (yaygın litik lezyonlar) ve hastanın yaş grubu başlangıçta multipl miyelom düşündürmekle beraber; biyokimya ve periferik yayma bulguları bunu desteklememekteydi. Kemik iliği biyopsisi ve aspirasyon sitolojisinde tümör hücrelerinde CD31, CD34, Faktör VIII ve Vimentin gibi vasküler belirteçlerin pozitif olduğu, lezyonda CD138 ve MUM1 negatif olduğu izlenmesi üzerine anjiyosarkom infiltrasyonu olduğu tespit edildi.

Figür 1: Hastanın pelvik bilgisayarlı tomografi incelemesinden bir kesit



Sonuç: Anjiyosarkomlar agresif endotelyal tümörler olarak yüksek rekürrens ve metastaz oranlarına sahiptir. En sık olarak akciğerlere metastaz yapar ve bunu karaciğer, kemik ve lenf nodları takip eder (2) Bu olgu, yaygın litik kemik lezyonları ile başvuran yaşlı hastalarda ayırıcı tanıda multipl miyelom dışında nadir görülen anjiyosarkom gibi vasküler tümörlerin de akılda tutulması gerektiğini vurgulamaktadır. Kesin tanı için immünohistokimyasal çalışmalarla desteklenmiş kemik iliği biyopsisi kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: anjiyosarkom, multipl miyelom, kemik iliği, metastaz

(PS-03)

Allopurinol ilişkili dress sendromu

Ahsen Nihal Aksoy¹, Alper Azak¹, Şükran Gürses²

¹Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Eğitim Kliniği, Balıkesir

²Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Nefroloji Kliniği, Balıkesir

Giriş: DRESS sendromu; deri döküntüsü, hematolojik anormallikler ve multisistemik organ tutulumu ile karakterize, mortalitesi yüksek (%10) şiddetli bir ilaç reaksiyonudur. Bu vaka, allopurinol kullanımı sonrası gelişen ciddi hepatik ve kutanöz tutulumlu bir DRESS sendromu tablosunu sunmaktadır.

Olgu: 75 yaşında kadın hasta; 15 gündür devam eden ateş, yaygın döküntü ve şişlik şikâyetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde DM, HT, PAD ve Evre 4 kronik böbrek yetmezliği bulunan hastanın 2,5 ay önce allopurinol tedavisi başlandığı öğrenildi. Fizik muayenede 38-39°C ateş, yüzde ödem ve vücutta diffüz eritemli, kalın deskuame plaklar izlendi. Laboratuvar incelemelerinde eozinofili (%29), transaminaz yüksekliği (AST: 406 U/L, ALT: 413 U/L) ve böbrek fonksiyonlarında bozulma (Cr: 2.61 mg/dL, eGFR: 17 mL/dk) saptandı. Batın ultrasonografide asit, hepatosteatoz ve safra kesesi ödemi izlendi. Periton sıvısı analizinde SAAG > 1.1 bulunarak portal hipertansiyon ile uyumlu olduğu görüldü. RegiSCAR kriterlerine göre allopurinol ilişkili DRESS sendromu tanısı konuldu. Allopurinol kesilerek 60 mg/gün IV prednol başlandı. Klinik yanıtın iyi olmasıyla steroid dozu tedricen azaltılarak hasta taburcu edildi.

vakanın squamlı lezyonları



Vakanın labaratuvar değerleri

Parametre (Birim)	Değer	Referans Aralığı	Klinik Anlamı
WBC ($10^3/\mu\text{L}$)	15.40	4.0 - 10.0	Lökositoz
Eozinofil (%)	29.0	0.0 - 5.0	Eozinofili (DRESS)
AST (U/L)	406	0 - 35	Hepatik Tutulum
ALT (U/L)	413	0 - 35	Hepatik Tutulum
Kreatinin (mg/dL)	2.61	0.5 - 0.9	Renal Yetmezlik
eGFR (mL/dk)	17	>90	Evre 4 KBY
Albumin (g/L)	29.3	35 - 52	Malnütrisyon/İnflamasyon

Sonuç: DRESS sendromu, ilaç maruziyetinden 2-8 hafta sonra ortaya çıkan, allopurinol, sülfonamidler ve antiepileptiklerle sık tetiklenen ciddi bir reaksiyondur. Özellikle HLA-B*58:01 pozitifliği olan ve renal klirensi azalmış yaşlı hastalarda allopurinol toksisitesi belirginleşmektedir. Patogeneizde reaktif metabolit birikimi ve viral (HHV-6) reaktivasyonun rol oynadığı düşünülmektedir. En sık karaciğer, böbrek ve akciğer tutulumu gözlenirken; vakamızda saptanan eozinofilik gastroenterit/kolit şüphesi, nadir ancak ciddi bir gastrointestinal tutulumu temsil etmektedir. Tedavide temel strateji, sorumlu ajanın derhal kesilmesi ve erken dönemde yüksek doz sistemik kortikosteroid uygulamasıdır. Sonuç olarak; kronik böbrek yetmezliği olan yaşlı hastalarda allopurinol kullanımı sonrası gelişen multisistemik tablolarda, DRESS sendromu ayırıcı tanıda mutlaka yer almalı ve multidisipliner yaklaşımla yönetilmelidir.

RegiSCAR Puanlama Sistemi (DRESS Tanı Kriterleri)

RegiSCAR Parametresi	Hastamızdaki Mevcudiyet	Puanlama Durumu
Ateş $>38.5^{\circ}\text{C}$	Mevcut ($38-39^{\circ}\text{C}$)	(+)
Deri Döküntüsü	Yaygın plaklar/Deskuamasyon	(+)
Lenfadenopati	KBB/Fizik muayene ile takip	(+)
Eozinofili $>1.5 \times 10^9/\text{L}$	Mevcut (%29)	(+)
Organ Tutulumu	Karaciğer (AST/ALT), Böbrek (Cr)	(+)
Viral Seroloji/Dışlama	Otomin/Viral panel gönderildi	(-) Dışlandı

Skorlama Notu: Kesin (Definite) DRESS: >5 puan, Muhtemel (Probable): 4-5 puan, Olası (Possible): 2-3 puan, DRESS Değil: <2 puan.

Anahtar Kelimeler: DRESS sendromu, allopurinol, eozinofilik gastroenterit, sistemik kortikosteroid

Brusellozun serolojik tanısında Brucella Spot, Wright t p aglutinasyon ve ELISA (IgM/IgG) testlerinin karşılaştırılması: tek merkezli retrospektif alışma

Barış Can¹, Arzu İlki¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Amaç: Bruselloz tanısında serolojik yöntemler yaygın olarak kullanılmakta olup farklı immünolojik yanıtları değerlendiren testler arasında uyumsuz sonuçlar görülebilmektedir. Brucella Spot, Wright t p aglutinasyon ve ELISA (IgM/IgG) testlerinin birlikte değerlendirilmesi tanısal yaklaşımın doğruluğunu artırabilir, klinik karar sürecine katkı sağlayabilir. Bu alışmada, Brucella Spot, Wright t p aglutinasyon ve ELISA (IgM/IgG) sonuçlarının gerçek yaşam verilerinde karşılaştırılması ve Wright t p aglutinasyon titreleri ile ELISA pozitifliği arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Nisan 2024–Temmuz 2026 tarihleri arasında laboratuvarımızda aynı serumdan Brucella Spot, Wright t p aglutinasyon, Brucella IgM ELISA ve Brucella IgG ELISA testleri birlikte çalışılan olgular retrospektif olarak incelendi. Brucella Spot ve Wright t p aglutinasyon testleri Brucella Coombs Gel sistemi (ODAK, Türkiye) kullanılarak üretici firma  nerileri doğrultusunda gerçekleştirildi ve $\geq 1/160$ titre pozitif kabul edildi. Brucella IgM ve IgG testleri EUROIMMUN Anti-Brucella abortus ELISA kitleri (EUROIMMUN Medizinische Labordiagnostika AG, Lübeck, Almanya) kullanılarak üretici önerilerine göre çalışıldı. ELISA sonuçları üretici firma önerilerine göre negatif, sınır ve pozitif olarak sınıflandırıldı. Dört testin tamamının bulunduğu 3234 serolojik panel değerlendirmeye alındı. Wright t p aglutinasyon titreleri ile kombine ELISA pozitifliği arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 3234 serolojik panelin 220'sinde (%6,8) Brucella Spot pozitifliği saptandı. Wright t p aglutinasyon testi 228 örnekte çalışıldı; bunların 219'unda pozitif, 9'unda ise negatif sonuç elde edildi. ELISA IgM pozitifliği 123 (%3,8), ELISA IgG pozitifliği 133 (%4,1), kombine ELISA pozitifliği ise 225 (%7,0) olarak bulundu. Wright t p aglutinasyon titreleri arttıkça kombine ELISA pozitiflik oranının arttıkı gözlendi (Tablo 1). Wright t p aglutinasyon titresi ile kombine ELISA pozitifliği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptandı (Spearman $\rho=0,512$; $p < 0,001$).

Tablo 1. Wright t p aglutinasyon titresine göre kombine ELISA pozitifliği

Wright t�p aglutinasyon titresi	n	Kombine ELISA pozitifliği*, n (%)
Negatif	9	2 (22,2)
1/40	46	11 (23,9)
1/80	52	18 (34,6)
1/160	61	39 (63,9)
1/320	26	20 (76,9)

1/640	19	18 (94,7)
1/1280	12	12 (100,0)
1/2560	3	3 (100,0)

* Kombine ELISA pozitifliği: Brucella IgM ve/veya Brucella IgG pozitifliği.

Sonuç: Brucella Spot, Wright tüp aglütinasyon ve ELISA testleri brusellozun serolojik tanısında birbirini tamamlayan yöntemlerdir. Wright tüp aglütinasyon titresi ile kombine ELISA pozitifliği arasında saptanan anlamlı pozitif ilişki, serolojik testlerin birlikte değerlendirilmesinin tanısal doğruluğunu desteklemektedir. Klinik değerlendirme ile birlikte bu testlerin tanısal yaklaşımı destekleyebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, Wright tüp aglütinasyon, ELISA, Brucella Spot

(PS-05)

HDL ve Hastane İçi Mortalite: Kardiyovasküler Koruyucu Etkilerin Ötesinde Bir Biyobelirteç

Burak Canbaz¹, Süleyman Sami Güzel², Nebi Serkan Demirci², Özkan Alan²

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

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

Amaç: HDL kolesterol (HDL), genellikle kardiyovasküler koruyuculuğu ile tanınsa da son yıllarda inflamasyon ve immün yanıt üzerindeki etkileriyle de dikkat çekmektedir. Bu çalışmada, ileri evre solid tümörlü hastalarda HDL düzeylerinin hastane içi mortalite ile ilişkisi araştırılmıştır.

Yöntem: Ocak–Haziran 2025 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi medikal onkoloji servisinde yatışı olan 120 ileri evre solid tümörlü hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar taburcu olanlar ve vefat edenler olarak iki gruba ayrıldı. HDL, CRP, albümin, LDL ve trigliserid düzeyleri karşılaştırıldı; inflamatuvar belirteçlerle korelasyon analizleri yapıldı.

Bulgular: Vefat eden hastalarda HDL düzeyi anlamlı olarak daha yüksekti (48.3 ± 12.8 mg/dL vs. 39.8 ± 12.3 mg/dL, $p = 0.038$). HDL ile CRP arasında negatif korelasyon ($\rho = -0.31$), albümin ile pozitif korelasyon ($\rho = +0.19$) saptandı. CRP ve albümin arasında ise güçlü bir negatif korelasyon mevcuttu ($\rho = -0.47$).

Sonuç: HDL-C'nin kardiyovasküler koruyucu etkilerinin ötesinde immün sistem ve inflamatuvar süreçlerle ilişkili olduğu giderek daha fazla kabul görmektedir. Ancak bu çalışmada elde edilen sonuçlar, HDL düzeyinin beklenenin aksine hastane içi mortaliteyle pozitif yönde ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu durum, HDL'nin fonksiyonel niteliğinin bozulduğu, yani “disfonksiyonel HDL” olarak adlandırılan bir durumu düşündürmektedir. Disfonksiyonel HDL partikülleri, anti-inflamatuvar ve antioksidan özelliklerini yitirmiş olabilir; hatta bazı çalışmalarda proinflamatuvar etki gösterdikleri ileri sürülmüştür. Ayrıca, ileri evre kanser hastalarında görülen katabolik süreçler, akut faz yanıtları ve steroid gibi tedavilerin lipit metabolizması üzerine değişiklikleri HDL düzeylerinde yapay artışlara yol açabilir. Bu bağlamda, HDL düzeyinin mutlak değerinden ziyade fonksiyonel kapasitesinin değerlendirilmesi gerektiği anlaşılmaktadır. Çalışmamızda HDL'nin CRP ile ters, albümin ile pozitif korelasyon göstermesi de bu parametrenin inflamasyon ekseninde anlamlı bir biyolojik etkileşimi olduğunu desteklemektedir. Sonuç olarak HDL, klasik anlamda olmasa da karmaşık bir biyobelirteç olarak ileri evre kanserli hastalarda klinik karar destek süreçlerine entegre edilebilir. Bunun için HDL'nin fonksiyonel alt tipleri ve inflamatuvar bağlamdaki davranışlarının ileri araştırmalarla netleştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: HDL, Mortalite, Solid tümör, Biyobelirteç

(PS-06)

Normal Glukozun Ardındaki Tehlike:SGLT2 İnhibitörlerine Bağlı Üç Öglisemik Ketoasidoz Olgusu

Umut Karakuş¹, Özgün Önder¹, Güleren Yartaş Dumanlı¹, Işıl Bavunoğlu¹, Güniz Köksal¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Giriş: SGLT2 inhibitörleri, Tip 2 Diabetes Mellitus(DM) tedavisinde giderek artan sıklıkta kullanılan ilaçlar olup, nadir ama hayati tehdit oluşturan metabolik komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu komplikasyonlardan biri olan öglisemik diyabetik ketoasidozda glukoz düzeylerinin klasik diyabetik ketoasidoza göre altında seyretmesi nedeniyle tanı gecikmesine neden olabilmektedir.

Olgu: Olgu 1:52 yaşında erkek hasta, oral alımda azalma ve bilinç bulanıklığı sebebiyle acil servise başvurmuş.Özgeçmişinde Williams sendromu ve DM tanıları mevcut. Dapagliflozin, linagliptin+metformin kullanım öyküsü olan hastanın başvuru anında arteriyel kan gazında pH:7,15,pCO2:21,1mmHg paO2:86mmHg saO2%96 HCO3-act 6,5mmol/L Laktat :1,39mmol/L olması üzerine yoğun bakım ünitesine(YBÜ) alındı. Glukoz:205 mg/dl ve idrar ketonu 2+ görüldü. Hastaya iv sıvı tedavisi ve insülin infüzyonu başlandı.Takiplerinde metabolik asidozu düzeldi, kan şekeri regülasyonu sağlandı ve endokrin servisine devredildi.Olgu 2:73 yaşında kadın hasta melen ve derin metabolik asidoz nedeniyle YBÜ'ye alındı. Başvuru anında pH:7.22 HCO3-act:8mmol/L paCO2:20mmHg, paO2:80mmHg,saO2:%95 Laktat :1,49mmol/L glukoz:222 mg/dl olarak görüldü. Özgeçmişinde DM, HT,KAH tanıları mevcuttu.Dapagliflozin ve gliklazid kullanan hastanın idrar ketonu +1 pozitif saptandı. Hastaya iv hidrasyon, insulin infüzyonu başlandı. Takiplerinde metabolik asidozu gerileyen hasta YBÜ yatışının 3. gününde masif pulmoner emboli nedeniyle entübe edildi ve exitus oldu. Olgu 3:59 yaşında erkek hasta üriner sistem enfeksiyonu ve derin metabolik asidoz sebebiyle YBÜ'ye alındı. Bilinen multisistem atrofisi, DM tanıları mevcut. Empagliflozin ve sitagliptin+metformin kullanan hastanın başvuru anında pH:7,14 , paCO2 38,6mmHg,paO2:75mmHg saO2%94 HCO3 -act 13mmol/L, Laktat :1,35mmol/L ve idrar ketonu +3 görüldü. Hastaya uygun antibiyoterapi, iv hidrasyon, insülin infüzyonu tedavileri başlandı. Takiplerinde kan şekeri regülasyonu sağlanan ve metabolik asidozu düzelen hasta nöroloji servisine transfer edildi.

Sonuç: SGLT2 inhibitörü kullanan hastalarda normal veya hafif yüksek glukoz düzeyleri diyabetik ketoasidozu(DKA) dışlamaz. Bu olgu serisi, oral alım bozukluğu, akut hastalık veya hemodinamik stres varlığında SGLT2 inhibitörlerine bağlı öglisemik diyabetik ketoasidozun hızla gelişebileceğini göstermektedir. Açıklanamayan metabolik asidoz saptanan her SGLT2 inhibitörü kullanan hastada keton varlığı mutlaka araştırılmalı, ilaç derhal kesilmeli ve standart DKA ve glukoz tedavisi gecikmeden başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Öglisemik ketoasidoz, Dapagliflozin, Empagliflozin, ICU, Diyabet

(PS-07)

Kolestatik enzim yüksekliği ile prezente olan hastada metastatik karaciğer lezyonları üzerinden tanı alan sigmoid kolon adenokarsinomu: atipik başlangıçlı bir olgu

Lala Khalilzade¹, Hakan Eroğlu², Serdar Karataş³

¹Özel Medicabil Yıldırım Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Bursa, Türkiye

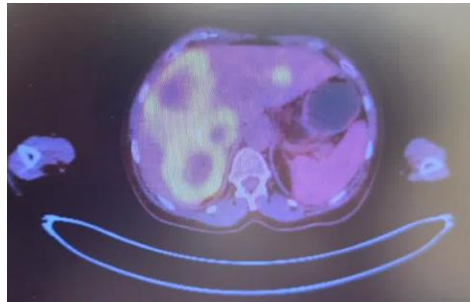
²Özel Medicabil Yıldırım Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa, Türkiye

³Özel Medicabil Yıldırım Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Bursa, Türkiye

Giriş: Kolestatik karaciğer enzim yüksekliği sıklıkla hepatobiliyer sistem hastalıklarını düşündürmekle birlikte, bazı olgularda okkült malignitelerin ilk laboratuvar bulgusu olabilir. Bu olguda kolestatik biyokimyasal patern ile başlayan ve metastatik kolorektal kanser tanısına uzanan tanısal sürecin sunulması amaçlandı.

Olgu: Altmış iki yaşında kadın hasta bir haftadır devam eden bulantı, kusma, karın krampları ve iştahsızlık yakınmaları ile dahiliye polikliniğine başvurdu. Son iki ayda yedi kilogram istemsiz kilo kaybı mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde gama glutamil transferaz (GGT) 206 U/L, alkalen fosfataz (ALP) 530 U/L, aspartat aminotransferaz (AST) 69 U/L, alanin aminotransferaz (ALT) 38 U/L ve C-reaktif protein (CRP) 17.9 mg/L saptandı. Tam kan sayımı ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Viral ve otoimmün hepatit belirteçleri negatifti. Bu olgu, kolorektal kanserin klasik prezentasyonunun dışında, kolestatik karaciğer fonksiyon testleri ile başlayan tanısal süreci göstermektedir. Karaciğer metastazlarının intrahepatik safra yolları ve portal ven üzerinde yaptığı bası, kolestatik enzim yüksekliğinin olası mekanizması olarak değerlendirilebilir. Kolestatik enzim yüksekliği saptanan hastalarda yalnızca primer hepatobiliyer patolojiler değil, metastatik maligniteler de ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Sistemik yaklaşım primer odağın saptanmasında kritik rol oynar. Abdominal ultrasonografide karaciğerde en büyüğü 67×102 mm boyutunda multipl heterojen lezyonlar metastaz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Alfa-fetoprotein (AFP) normal, karsinoembriyonik antijen (CEA) 266.8 ng/mL ve karbonhidrat antijen 19-9 (CA 19-9) 68.5 U/mL saptandı. Gaitada gizli kan testi pozitif. Batın bilgisayarlı tomografide karaciğerde metastatik lezyonlar, asit ve sigmoid kolon düzeyinde yaklaşık 7 cm segmentte duvar kalınlaşması izlendi. Kolonoskopide sigmoid kolonda lümeni daraltan, endoskop geçişine izin vermeyen vejetan kitle saptandı. Histopatolojik inceleme kolon adenokarsinomu (grade 2) ile uyumlu olup mikrosatellit stabil ve HER2 negatiftir. PET ile karaciğer metastazları doğrulandı.

Pet Ct karaciğerdeki metastatik kitleler



Laboratuvar değerleri

Tetkik	Sonuç	Referans
GGT	206 U/L	0-38 U/L
ALP	530 U/L	44-147 U/L
AST	69 U/L	0-35 U/L
ALT	38 U/L	0-35 U/L
CRP	17.9 mg/L	0-5 mg/L
AFP	0.2 ng/mL	<10 ng/mL
CEA	266.8 ng/mL	<5 ng/mL
CA 19-9	68.5 U/mL	<37 U/mL

Sonuç: Kolestatik enzim yüksekliği saptanan hastalarda yalnızca hepatobiliyer hastalıklar değil, metastatik maligniteler de ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Karaciğer metastazlarının safra yolları ve vasküler yapılara etkisi kolestatik enzim yüksekliğinin olası mekanizmasıdır. Sistematik yaklaşım primer odağın saptanmasında kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: kolestaz, adenokanser, kolon, karaciğer, malignite

Yaşlı bir HIV olgusu ve eşlik eden hematolojik bulgular

Semanur Gamze Yaman¹, Dilek Keskin²

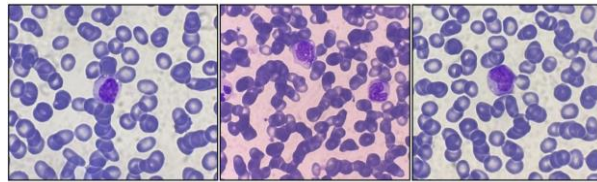
¹SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları AD.

²SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları AD. Hematoloji BD.

Amaç: İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (HIV), multisistemik etkileri nedeniyle hematolojik sistemi de farklı mekanizmalarla etkileyebilen bir virüstür. Trombositopeni, HIV enfeksiyonunun herhangi bir evresinde görülebilen komplikasyonlarından biridir. Bu bildiride, rutin kontrol sırasında saptanan trombositopeni ve hafif anemi sonrası tanı alan bir HIV olgusu sunulmaktadır.

Yöntem: Bilinen pre-diyabet dışında ek komorbiditesi bulunmayan 67 yaşında erkek hasta kan şekeri takibi için Dahiliye polikliniğine başvurmuştur. Kan sayımında lökosit: $4.7 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobin: 12.9 g/dL, trombosit: $65.000/\mu\text{L}$ saptanması üzerine Hematoloji polikliniğine yönlendirilmiştir. Fizik muayenesinde sağ aksiller bölgede 1.5 cm ağrısız birkaç adet lenfadenopati palpe edilen hastanın güncel kan sayımında benzer düzeyde sitopenileri görülmüştür. Periferik yaymasında reaktif lenfositler ve gerçek trombositopeni saptanmıştır (Resim 1). Eski kan sayımları incelendiğinde sitopenilerin yeni belirdiği anlaşılmış, lenfadenopatileri ve yaymadaki reaktif lenfositleri ile olası viral enfeksiyon ajanlarına öncelikle bakılmıştır. Anti-HIV antikoru pozitif saptanınca konfirmasyon testleri ile tanı doğrulanmış, serum HIV-RNA: 150.000.000 UI/kopya tespit edilmiş ve tedavisi için Enfeksiyon Hastalıkları'na yönlendirilmiştir. Ayırıcı tanı amaçlı istenen lupus antikoagülanının (LAK) tespit edilmesi HIV enfeksiyonunda görülen yalancı pozitiflik olarak yorumlanmıştır.

Resim 1



Olgunun periferik yaymasında reaktif lenfositler ve gerçek trombositopeni görülmektedir.

Bulgular: Bu olguda dikkat çekici olan ilk nokta, hastanın ileri yaşta olması ve tanının rutin kontrol sırasında saptanan trombositopeni ve hafif anemi ile konulmasıdır. İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü ile ilişkili trombositopeni; kemik iliğinde megakaryosit disfonksiyonu, immün komplekslerin trombosit yüzeyine çökmesi veya periferik yıkım (İTP benzeri tablo) mekanizmalarıyla gelişebilmektedir. Olguda saptanan aksiller lenfadenopati ve hafif anemi tablosu, ayırıcı tanıda lenfoproliferatif hastalıkları ön plana çıkarsa da, yaymasında seçilen reaktif lenfositler ile viral serolojinin tanıdaki kritik rolü bu vakada net bir şekilde görülmektedir. Olgunun bir diğer önemli özelliği ise LAK pozitifliğidir. Enfeksiyon süreci

içinde kronik B lenfosit aktivasyonu ve moleküler taklit mekanizmalarıyla LAK pozitifliği gelişebilmektedir. Ancak bu antikorlar genellikle klinik bir trombotik olayla (Antifosfolipid Sendromu) ilişkili olmaktan ziyade, virüsün tetiklediği immün disregülasyonun bir yansımasıdır. Bu durumun "yalancı pozitiflik" olarak değerlendirilmesi, hastanın aşırı tanı almasından ve gereksiz antikoagülan tedavilerden korumak adına tıbbi öneme sahiptir.

Sonuç: Olgu, İç Hastalıkları pratiğinde rutin tetkiklerde saptanan ve açıklanamayan hematolojik anomalilerin (trombositopeni, lökopeni veya lenfadenopati) ayırıcı tanısında, hastanın yaşına bakılmaksızın HIV enfeksiyonunun mutlaka dışlanması gerektiğini hatırlatmaktadır. Ayrıca, HIV seyrinde saptanabilen otoantikör ve LAK pozitifliklerinin her zaman sekonder bir otoimmün hastalığa işaret etmediği, enfeksiyonun bir parçası olabileceği klinik yönetimde akılda tutulmalıdır. Erken tanı, sadece uygun antiretroviral tedavinin başlanması için değil, toplumsal yayılımın engellenmesi için de kritiktir.

Anahtar Kelimeler: trombositopeni, HIV, lupus antikoagulanı, yalancı pozitiflik

(PS-09)

Mor İdrar Torbası Sendromu: Görsel Bir Olgu

Selina Manan Güven¹, Burak Canbaz¹, Mehmet Serdar Parlakyiğit¹, Uğur Kimyon², Işıl Bavunoğlu², Muammer Bilir²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Mor idrar torbası sendromu [purple urine bag syndrome (PUBS)], uzun süreli üriner kateterizasyonu olan hastalarda görülebilen, nadir fakat dikkat çekici bir tablodur. Bu olguda, renk değişikliğinin idrarın kendisinden çok drenaj sisteminde ortaya çıkmasına, patofizyolojik mekanizmaya ve klinik önemine dikkat çekilmesi amaçlandı.

Yöntem: Olgu, klinik, laboratuvar ve görsel bulgular eşliğinde retrospektif değerlendirildi.

Bulgular: Seksen altı yaşında kadın hasta akut böbrek hasarı ve hipervolemi nedeniyle servise yatırıldı. Özgeçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon ve yeni tanı hepatoselüler karsinom tanıları mevcuttu. ECOG performansı 3-4 olması nedeniyle palyatif destekle takip edildi. Yaklaşık üç aydır serviste izlenen hastanın oral alımı kısıtlıydı, intravenöz nütrisyon almaktaydı ve belirgin malnütrisyonu vardı. Yatışı boyunca diürez takibi aralıklı değiştirilen üriner kateter ile yapıldı. Kabızlık, assit ve böbrek fonksiyon bozukluğu mevcuttu. Yatışının yaklaşık 65. gününde idrar torbasında gelişen mor renk değişikliği fark edildi. Eş zamanlı olarak mor torbadan alınan idrar örneğinin ayrı kapta normal renkte olduğu görüldü (Şekil 1 ve 2). İdrar tetkikinde dansite 1016, pH 7,5, lökosit +++, eritrosit +++, nitrit negatif olup sedimentte 22 lökosit, 24 eritrosit ve 5 bakteri izlendi. İdrar kültüründe Escherichia coli üredi. Kateter ve drenaj torbası değiştirildikten sonra sistem normal renkte izlendi ve takipte renk değişikliği tekrarlamadı.

Şekil-1



Şekil-2



Sonuç: Dealler ve ark.'nın klasik çalışmasında tanımlandığı üzere, triptofan metabolizması sonucu oluşan indoksil sülfat, bakteriyel sülfataz/fosfataz aktivitesiyle indigo ve indirubin pigmentlerine dönüşür; bu pigmentlerin kateter ve torba plastiğinde birikmesi mor renk değişikliğine yol açar. Literatürde en sık *Escherichia coli* ve *Proteus mirabilis* izole edilmiş olup *Klebsiella*, *Providencia*, *Morganella*, *Pseudomonas* ve *Enterobacter* türleri de bildirilmiştir. İleri yaş, kadın cinsiyet, uzun süreli kateterizasyon, yatağa bağımlılık, kabızlık, böbrek fonksiyon bozukluğu, alkali idrar ve yüksek bakteri yükü başlıca risk faktörleridir. PUBS çoğu olguda benign olmakla birlikte, kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu açısından klinik tabloyla birlikte değerlendirilmelidir. Dealler ve ark., 1988, *Journal of Clinical Microbiology*.

Anahtar Kelimeler: "Mor idrar torbası sendromu", "PUBS", "*Escherichia coli*", "indigo", "indirubin"

(PS-10)

Nadir Görülen Bir İmmün Yetersizlik : Good Sendromu

Merve Yılmaz Mert¹, Dilek Keskin², Murat Akarsu¹

¹SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları AD,

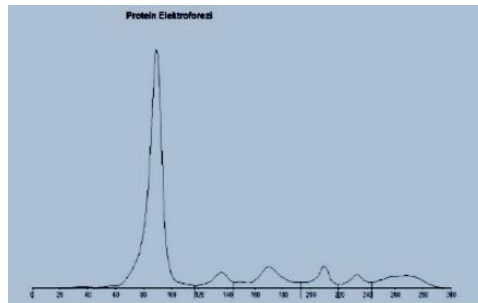
²SBÜ Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları AD, Hematoloji BD

Amaç: Saf eritroid dizi aplazisi (SEDA), normokrom normositer anemi, retikülositopeni ve kemik iliğinde eritroid seri öncüllerinin izlenmemesi ile karakterize olup, lökosit ve trombosit serilerinin genellikle normal olduğu nadir bir hematolojik tablodur. Bu çalışmanın amacı, SEDA ile başvuran olgularda ayırıcı tanıda immün yetersizlik tablolarının da düşünülmesi gerektiğine dikkat çekmektir.

Yöntem: 56 yaşında erkek hasta halsizlik ve baş dönmesi ile başvurmuş, belirgin kanama öyküsü olmayan hastada ağır anemi (Hb: 5,4 g/dL) saptanmış ve tekrarlayan kan transfüzyonları yapılmıştır. Başlangıçta B12 eksikliği (143 mg/dL) saptanarak replasman başlanmış, ancak anemi aylardır devam etmiştir. Hematoloji değerlendirmesinde periferik yayma nonspesifik bulunmuş, ancak ağır anemi nedeniyle hasta yatırılmıştır.

Bulgular: Laboratuvar incelemelerinde belirgin hipogammaglobulinemi ve serum protein elektroforezinde gama globulin düzeyinde azalma saptanmıştır (Tablo 1 ve Resim 1). PA akciğer grafisinde seçilen ve Toraks BT' de 71×61 mm boyutlarında, ön mediastende yerleşimli, perikarda geniş tabanla oturan solid kitle izlenmiş ve timoma ön tanısı konulmuştur (Resim 2, 3). Kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisinde eritroid seri öncüllerinin yokluğu ile SEDA tanısı doğrulanmıştır. Parvovirus B19 enfeksiyonu ekarte edilmiştir. Hastaya 1 mg/kg metilprednizolon başlanmış, yeterli yanıt alınamaması üzerine 2 g/kg IVIG uygulanmış ve hemoglobin düzeyi 10 g/dL üzerine çıkınca cerrahiye alınmıştır. Operasyon sonrası timoma (Tip A) doğrulanmıştır. Ancak anemi nüks etmiş, tekrar steroid ve düzenli IVIG tedavisi başlanmış ve hemoglobin düzeyi 14,2 g/dL'ye ulaşmıştır. Olguda ayrıca SLE ve antifosfolipid antikor pozitifliği saptanmıştır. Bu bulgular Good sendromu ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Good sendromu; timoma, hipogammaglobulinemi ve immün yetmezlik ile karakterize nadir bir primer immün yetmezliktir. SEDA, bu hastalarda sekonder olarak gelişebilmektedir.

Resim 1



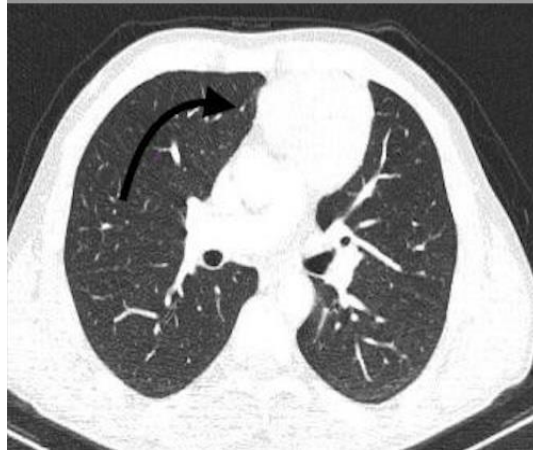
Olgunun serum protein elektroforezinde hipogamaglobulinemi görülmektedir.

Resim 2



PA AC grafisinde perikarda oturan masif mediastinal kitle siyah okla gösterilmektedir.

Resim 3



Toraks BT'sinde mediastinal kitle siyah okla gösterilmektedir.

Tablo 1

WBC: 6010/mm ³	PT: 14.8 sn	Anti SS A: NEGATİF
NEU: 3270/mm ³	APTT: 26.4 sn	Anti SS B: NEGATİF

LYM: 2200/mm ³	Fibrinojen: 283 mg/dL	C3: 1.01 gr/L
HB: <u>4.6 gr/dL</u>	APA: NEGATİF	C4: 0.17 gr/L
HCT: <u>% 13.6</u>	T. protein: <u>5.73 gr/L</u>	Anti Ds DNA: <u>POZİTİF</u>
Ret: <u>%0.09</u>	Albumin: 3.89 gr/L	Anti kardiyolipin IgM: <u>POZİTİF</u>
PLT: 287.000/mm ³	IgA: 1.26 gr/L	Parvovirus B19 : NEGATİF
MCV: 84 fl	IgG: <u>5.5 gr/L</u>	LAK: NEGATİF
FERRİTİN: 236 ng/dL	IgM: <u>0.3 gr/L</u>	Anti HIV: NEGATİF
VİT B12: <u>143 pg/dL</u>	IgG1: <u>4.8 gr/L</u>	Anti Hbs: 25 IU/L
FOLAT: 5.6 mg/dL	IgG2: <u>0.25 gr/ L</u>	HBs Ag: NEGATİF
LDH: 238 UI/L	IgG3: <u>0.25 gr/L</u>	Anti HCV: NEGATİF
AST: 22 IU/L	IgG4: <u>0.06 gr/L</u>	CRP: 2.4 ng/L
ALT: 42 IU/L	ANA: <u>POZİTİF</u>	ESH: 12 / saat
T.bili/ D.bili: 0,78/0.52 mg/dl	Serum kappa / lambda: 1.7/ 1.14 g/L	

Olgunun laboratuvar bulguları görülmektedir.

Sonuç: Sonuç olarak, SEDA olgularında timoma ve immün yetmezlik ilişkisi mutlaka araştırılmalı, Good sendromu akılda tutulmalıdır. Olguların T hücre yetersizliğine de sahip olduğu unutulmamalıdır. Timomalı hastalarda yalnız cerrahi yeterli olmayabilir; erken immünsupresif tedavi ve IVIG replasmanı gereklidir. Erken tanı ve multidisipliner yaklaşım mortaliteyi azaltmada kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: SEDA, Good Sendromu, Timoma

4.İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ

SÖZLÜ SUNUMLAR

(SS-01)

Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Kadın Hastaların Yaşam Deneyimleri: Nitel Bir Araştırma

Mehmet Ağaslan¹, Meral Gün²

¹Tarsus Üniversitesi

²Mersin Üniversitesi

Amaç: Bu araştırmanın amacı, kalp yetersizliği olan yaşlı kadın hastaların hastalık sürecine ilişkin yaşam deneyimlerini, hastalığın günlük yaşama etkilerini ve hastalık yönetimine yönelik algılarını incelemektir.

Yöntem: Araştırma, tanımlayıcı fenomenolojik desende yürütülen nitel bir çalışmadır. Çalışmaya amaçlı örnekleme yöntemiyle 65 yaş ve üzeri, kalp yetersizliği tanısı olan, iletişim kurabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 15 kadın hasta dahil edilmiştir. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak yüz yüze görüşmeler yoluyla toplanmış; her bir görüşme ortalama 25–30 dakika sürmüştür. Görüşmelerde hastaların tanı alma süreci, semptom deneyimleri, günlük yaşam aktiviteleri, hastalık yönetimi, destek kaynakları ve hastalığa ilişkin önerileri sorgulanmıştır. Verilerin analizinde tematik analiz yaklaşımı esas alınmış; mevcut bildiri özeti için görüşmeler ön tematik değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma öncesinde etik kurul izni alınmış ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Bulgular: Ön tematik değerlendirme sonucunda katılımcıların kalp yetersizliği tanısını öğrendiklerinde çoğunlukla üzüntü yaşadıkları ve hastalığı kabullenmekte güçlük çektikleri belirlenmiştir. Hastaların en sık deneyimlediği semptomlar nefes darlığı ve yorgunluk olup, bu semptomların günlük yaşam aktivitelerini ve hareketlilik düzeylerini belirgin biçimde sınırlandırdığı görülmüştür. Katılımcılar, hastalık öncesi dönemde sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktiviteye yeterince önem vermediklerini ifade etmiştir. Tanı sonrasında ise çoğu hastanın yaşam tarzında kapsamlı değişiklikler yapmadığı, ancak beslenmesine daha fazla dikkat etmeye çalıştığı belirlenmiştir. Hastalık yönetiminde fiziksel ve psikolojik zorlanmalar öne çıkarken, maddi sorunlar ve ilaca erişim güçlüğü belirgin bir sorun olarak bildirilmemiştir. Hastaların en önemli destek kaynağının aileleri olduğu, bununla birlikte hastalığa ve tedavi sürecine uyum sağlamada güçlük yaşadıkları görülmüştür. Katılımcılar, benzer hastalığı olan bireylere beslenmeye dikkat etmeyi ve düzenli yürüyüş/egzersiz yapmayı önermiştir.

Sonuç: Kalp yetersizliği olan yaşlı kadın hastaların deneyimleri, hastalığın fiziksel semptomlarla sınırlı kalmadığını; psikolojik uyum, günlük yaşam, sağlık davranışları ve aile desteğiyle ilişkili çok boyutlu bir süreç olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda yaşlı kadın

hastalara yönelik bireyselleştirilmiş eğitim, semptom yönetimi, yaşam tarzı danışmanlığı ve aile destekli bakım yaklaşımlarının güçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: yaşlı, kalp yetersizliği, nitel araştırma

(SS-02)

Etiyolojisi belirsiz tekrarlayan orta-masif hemoptizili genç hastada hemşirelik yönetimi ve multidisipliner izlem: olgu sunumu

Abdulsamet Öger¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Giriş: Hemoptizi, alt solunum yollarından kaynaklanan kanın öksürükle dışarı atılmasıdır ve hafif kanlı balgamdan yaşamı tehdit eden masif kanamaya kadar değişen geniş bir klinik tabloyla görülebilir. Orta-masif ve masif hemoptizide temel risk, kan kaybından çok hava yolu açıklığının bozulması, aspirasyon ve hipoksemi gelişmesidir. Bu nedenle hemoptizi ile izlenen hastalarda erken değerlendirme, kanama miktarının objektif takibi, oksijenizasyonun sürdürülmesi ve multidisipliner yaklaşım önemlidir.

Olgu: Yirmi altı yaşında erkek hasta, öksürükle birlikte ağızdan kan gelmesi şikâyetiyle acil servise başvurdu. Hastanın bilinen kronik hastalığı, kan sulandırıcı ilaç kullanımı ve kanama diyatezi düşündüren öyküsü yoktu. Önceki yıllardan beri tekrarlayan hemoptizi atakları bulunan hastada daha önce yapılan değerlendirmelerde kesin etiyoloji belirlenememişti. Mevcut başvuruda toraks bilgisayarlı tomografi anjiyografi değerlendirmesinde pulmoner emboli, alveoler hemoraji ve akut pulmoner patoloji lehine bulgu saptanmadı. Kulak burun boğaz ve genel cerrahi değerlendirmelerinde belirgin üst hava yolu veya gastrointestinal sistem kaynaklı kanama odağı izlenmedi. Servis izleminde hemoptizi miktarı artarak 150 cc'ye ulaştı; hemoglobın değeri 15,9 g/dL'den 14,2 g/dL'ye geriledi. Takipte toplam kanama miktarının 200 cc'nin üzerine çıkması nedeniyle hasta acil rijid bronkoskopiye alındı. Hemşirelik yönetiminde hava yolu güvenliği, 45 derece pozisyon, oksijen desteği, ölçekli kap ile hemoptizi takibi, oral kapalı izlem, vital bulgu ve hemogram takibi ön planda yer aldı.

Sonuç: Etiyolojisi belirsiz hemoptizi olgularında hemşirelik izlemi; erken kötüleşmenin fark edilmesi, kanama miktarının objektif değerlendirilmesi, hava yolu güvenliğinin sağlanması ve multidisipliner karar sürecinin desteklenmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Hemoptizi, orta-masif hemoptizi, hemşirelik yönetimi, bronkoskopi, multidisipliner izlem

Covid 19 Sonrası Gelişen Pnömoni ile Toplum Kökenli Pnömoninin Klinik Seyir ve Hemşirelik Bakımının Karşılaştırılması

Abdulsamet Öger¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Amaç: Bu araştırmada, Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) sonrası gelişen pnömoni ile toplum kökenli pnömoni (TKP) tanılı hastaların klinik seyirleri ve hemşirelik bakım gereksinimlerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Araştırma retrospektif, karşılaştırmalı ve tanımlayıcı türde yürütüldü. Çalışmaya İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Prof. Dr. Murat Dilmener Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi'nde yatarak tedavi gören toplam 150 hasta dahil edildi. Hastaların 75'i COVID-19 sonrası pnömoni, 75'i TKP grubunda yer aldı. Veriler hasta dosyaları, hastane otomasyon sistemi ve hemşirelik bakım kayıtları üzerinden toplandı. Sosyodemografik özellikler, klinik bulgular, laboratuvar parametreleri, klinik seyir göstergeleri ve hemşirelik bakım uygulamaları değerlendirildi.

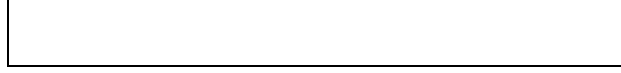
Bulgular: Gruplar cinsiyet ve yaş açısından benzerdi. COVID-19 sonrası pnömoni grubunda ateş %93,3, dispne %81,3, miyalji %72,0, baş ağrısı %50,7 ve tat-koku kaybı %38,7 oranında görüldü; ateş, miyalji, baş ağrısı ve tat-koku kaybı TKP grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksekti. Laboratuvar bulgularında COVID-19 sonrası pnömoni grubunda C-reaktif protein düzeyi $55,4 \pm 24,7$ mg/L, TKP grubunda $42,1 \pm 18,7$ mg/L bulundu. Lenfosit sayısı COVID-19 sonrası pnömoni grubunda daha düşüktü. Klinik seyrinde COVID-19 sonrası pnömoni grubunda yoğun bakım yatışı %40, entübasyon %29,3, oksijen tedavisi gereksinimi %86,7 ve mortalite %20 olarak saptandı. TKP grubunda bu oranlar sırasıyla %16, %10,7, %64 ve %6,7 idi. Hemşirelik bakımında COVID-19 sonrası pnömoni grubunda solunum desteği, sık vital bulgu takibi, laboratuvar izlemi, izolasyon önlemleri ve psikososyal destek daha fazla öne çıktı.

Katılımcıların Cinsiyetlerine İlişkin Bulgular

Cinsiyet	COVID-19 Gelişen (n=75)	Sonrası TKP Pnömoni (n=75)	Test Değeri	p Değeri
Erkek	42 (56.0%)	39 (52.0%)	$\chi^2=0.218$	0.641
Kadın	33 (44.0%)	36 (48.0%)		

Katılımcıların Yaş Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Yaş (Yıl)	COVID-19 Sonrası Gelişen Pnömoni (n=75)	TKP Pnömoni (n=75)	Test Değeri	p Değeri
Ortalama $\pm$ SS	62.8 ± 11.5	59.4 ± 13.2	t=1.56	0.121
Min-Maks	41-89	38-85		



Katılımcıların Medeni Durumuna İlişkin Bulgular

Medeni Durum	COVID-19 Sonrası Gelişen Pnömoni (n=75)	TKP (n=75)	Test Değeri	p Değeri
Evli	53 (70.7%)	50 (66.7%)	$\chi^2=0.267$	0.605
Bekar	22 (29.3%)	25 (33.3%)		

Katılımcıların Eğitim Durumuna İlişkin Bulgular

Eğitim Durumu	COVID-19 Sonrası Gelişen Pnömoni (n=75)	TKP (n=75)	Test Değeri	p Değeri
İlköğretim ve altı	34 (45.3%)	29 (38.7%)	$\chi^2=0.887$	0.641
Lise	28 (37.3%)	30 (40.0%)		
Üniversite ve üzeri	13 (17.3%)	16 (21.3%)		



Katılımcıların Çalışma Durumuna İlişkin Bulgular

Çalışma Durumu	COVID-19 Sonrası Gelişen Pnömoni (n=75)	TKP (n=75)	Test Değeri	p Değeri
Çalışıyor	15 (20.0%)	18 (24.0%)	$\chi^2=0.308$	0.857
Emekli	40 (53.3%)	38 (50.7%)		
Çalışmıyor	20 (26.7%)	20 (26.7%)		



Katılımcıların Sahip Olduğu Kronik Hastalığın Varlığına İlişkin Bulgular

Kronik Hastalık	COVID-19 Sonrası Gelişen Pnömoni (n=75)	TKP (n=75)	Test Değeri	p Değeri
-----------------	---	------------	-------------	----------

Pnömoni

(n=75)

Var	55 (73.3%)	48 (64.0%)	$\chi^2=1.317$	0.251
Yok	20 (26.7%)	27 (36.0%)		

--

COVID-19 Sonrası Gelişen Pnömoni ve TKP Hastalarının Semptom Bulgularının Karşılaştırılması

	COVID-19	TKP		
Semptom	Sonrası Gelişen Pnömoni (n=75)	(n=75)	Ki-kare (χ^2)	p Değeri
Ateş	70 (93.3)	61 (81.3)	4.239	0.039
Öksürük	68 (90.7)	64 (85.3)	0.946	0.331
Dispne (Nefes Darlığı)	61 (81.3)	52 (69.3)	3.012	0.083
Miyalji (Kas Ağrısı)	54 (72.0)	37 (49.3)	8.087	0.004
Baş Ağrısı	38 (50.7)	22 (29.3)	7.318	0.007
Tat ve Koku Kaybı	29 (38.7)	4 (5.3)	26.125	<0.001
Göğüs Ağrısı	21 (28.0)	18 (24.0)	0.317	0.573
İshal	15 (20.0)	7 (9.3)	3.845	0.050

COVID-19 Sonrası Gelişen Pnömoni ve TKP Hastalarının Laboratuvar Bulgularının Karşılaştırılması

Laboratuvar Parametresi	COVID-19 Sonrası Gelişen	TKP (n=75), Ortalama $\pm$ SS	Test Değeri (t/ χ^2)	p Değeri
-------------------------	--------------------------	-------------------------------	----------------------------	----------

	Pnömoni (n=75), Ortalama ± SS			
CRP (mg/L)	55.4 ± 24.7	42.1 18.7	± 3.92	<0.001
Lökosit Sayısı (x10 ³ /µL)	6.8 ± 2.5	8.4 ± 3.6	-3.47	0.001
Lenfosit Sayısı (x10 ³ /µL)	0.9 ± 0.4	1.3 ± 0.7	-4.35	<0.001
D-dimer (ng/mL)	750 ± 300	37 (49.3)	4.72	<0.001
Ferritin (ng/mL)	48.0 ± 22.0	22 (29.3)	5.23	<0.001
Prokalsitonin (PCT) (ng/mL)	0.10 ± 0.07	4 (5.3)	-2.98	0.004
LDH (U/L)	380 ± 100	18 (24.0)	4.45	<0.001
Troponin (ng/mL)	0.07 ± 0.03	7 (9.3)	5.10	<0.001
ALT (U/L)	45 ± 30	40 ± 20	1.54	0.13
AST (U/L)	50 ± 35	40 ± 25	2.36	0.02
BUN (mg/dL)	22 ± 10	17 ± 7	3.67	<0.001
Kreatinin (mg/dL)	1.10 ± 0.40	0.92 0.25	± 3.12	0.002
Albumin (g/dL)	3.2 ± 0.5	3.6 ± 0.5	-4.22	<0.001
IL-6 (pg/mL)	35 ± 20	18 ± 13	6.22	<0.001
ESR (mm/saat)	40 ± 15	33 ± 14	3.18	0.002

COVID-19 Sonrası Gelişen Pnömoni ve TKP Hastalarının Klinik Seyir Parametrelerinin Karşılaştırılması (n=150)

Klinik Parametre		COVID-19 Sonrası Gelişen TKP (n=75) Pnömoni (n=75)		Test (t/χ ²)	Değeri p Değeri
Yoğun Yatışı	Bakım	30 (40%)	12 (16%)	11.32 (χ ²)	0.001

Entübasyon	22 (29.3%)	8 (10.7%)	9.11 (χ^2)	0.003
Oksijen Tedavisi	65 (86.7%)	48 (64%)	11.72 (χ^2)	0.001
Non-invaziv Ventilasyon	18 (24%)	5 (6.7%)	9.85 (χ^2)	0.002
Ortalama Hastanede Kalış Süresi	14.8 ± 7.2	9.4 ± 5.1	6.21 (t)	<0.001
Mortalite	15 (20%)	5 (6.7%)	6.32 (χ^2)	0.012
Sepsis Gelişim	10 (13.3%)	4 (5.3%)	3.17 (χ^2)	0.075
Organ Yetmezliği	12 (16%)	3 (4%)	6.67 (χ^2)	0.01
İntrakranial veya Pulmoner Tromboz	8 (10.7%)	1 (1.3%)	6.44 (χ^2)	0.011



COVID-19 Sonrası Gelişen Pnömoni ve TKP Hastalarında Hemşirelik Bakımındaki Farklılıklar

Bakım Alanı	COVID-19 Gelişen Pnömoni	Sonrası Toplumsal Pnömoni	Farklılıklar
Semptom Takibi	Sürekli, sık vital bulgu kontrolü, özellikle solunum ve oksijen saturasyonu takibi	Standart vital bulgu takibi	COVID-19'da dispne ve oksijen ihtiyacı daha fazla, bu nedenle takip daha yoğun ve sık yapılır.
Solunum Desteği	Oksijen tedavisi, non-invaziv ve invaziv ventilasyon ihtiyacı daha yüksek	Genellikle sadece oksijen tedavisi yeterli	COVID-19'da mekanik ventilasyon gereksinimi ve entübasyon oranı belirgin şekilde yüksektir.
Laboratuvar İzlemi	İnflamasyon ve pıhtılaşma parametreleri (D-dimer, CRP, IL-6) düzenli izlenir; tromboz riski nedeniyle özel önlemler alınır	Genellikle sadece oksijen tedavisi yeterli	COVID-19'da mekanik ventilasyon gereksinimi ve entübasyon oranı belirgin şekilde yüksektir.
Klinik Seyir Yönetimi	Uzun hastane kalışı, yoğun bakım ve komplikasyonlar nedeniyle kompleks bakım; psikososyal destek ve rehabilitasyon ön planda	Temel laboratuvar takibi, komplikasyon varsa ileri tetkik	COVID-19'da tromboz ve inflamasyon komplikasyonları nedeniyle daha ayrıntılı ve sık izleme gereklidir.
Aile ve Psikososyal Destek	Yoğun bakım süreci ve mortalite riski nedeniyle aile iletişimi	Daha kısa kalış, yoğun bakım ihtiyacı ve	COVID-19 hastalarında bakım süresi ve komplikasyon riski

Eğitim ve Koordinasyon	ve palyatif bakım önemli	komplikasyonlar daha az	daha yüksek, özel bakım planlaması gerekir.
	COVID-19'un özgün özellikleri nedeniyle sürekli eğitim ve multidisipliner ekip çalışması şart	Daha az kritik vaka, rutin hasta ve aile iletişimi	COVID-19'da psikososyal destek ve iletişim hemşireliği kritik öneme sahiptir.

COVID-19 Sonrası Gelişen Pnömoni Hastalarında Semptomların Cinsiyete Göre Dağılımı

Semptom	Erkek (n=42), n(%)	Kadın (n=33), n(%)	Ki-kare (χ^2)	p Değeri
Ateş	41 (97.6%)	29 (87.9%)	3.251	0.047
Öksürük	40 (95.2%)	28 (84.8%)	1.733	0.188
Dispne	37 (88.1%)	24 (72.7%)	2.984	0.084
Kas Ağrısı	35 (83.3%)	19 (57.6%)	5.783	0.016
Baş Ağrısı	25 (59.5%)	13 (39.4%)	4.017	0.045
Tat/Koku Kaybı	20 (47.6%)	9 (27.3%)	5.013	0.025
İshal	12 (28.6%)	3 (9.1%)	4.298	0.038

Cinsiyete Göre COVID-19 Sonrası Gelişen Pnömonili Hastaların Laboratuvar Bulguları Karşılaştırması

Laboratuvar Parametresi	Erkek (n=42), Ort. $\pm$ SS	Kadın (n=33), Ort. $\pm$ SS	t Değeri	p Değeri
CRP (mg/L)	87.5 $\pm$ 24.3	73.8 $\pm$ 20.9	2.68	0.009
D-dimer (μ g/mL)	1.6 $\pm$ 0.7	1.2 $\pm$ 0.5	2.94	0.004
LDH (U/L)	322 $\pm$ 64	288 $\pm$ 59	2.34	0.022
Ferritin (ng/mL)	64.0 $\pm$ 18.0	51.0 $\pm$ 15.0	3.41	0.001
Lökosit ($10^3/\mu$ L)	9.1 $\pm$ 2.0	8.4 $\pm$ 2.1	1.55	0.125
Lenfosit ($10^3/\mu$ L)	1.0 $\pm$ 0.3	1.3 $\pm$ 0.4	3.07	0.003
Nötrofil/Lenfosit Oranı (NLR)	7.8 $\pm$ 2.5	5.2 $\pm$ 1.9	4.21	<0.001

Sonuç: COVID-19 sonrası gelişen pnömoni, TKP'ye göre daha ağır klinik seyir ve daha yoğun hemşirelik bakımı gerektirmektedir. Bu nedenle pnömoni hastalarında hastalık tipine özgü hemşirelik bakım planlarının geliştirilmesi hasta güvenliği ve bakım kalitesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Pnömoni, Klinik Seyir, Hemşirelik Bakımı, Toplum Kökenli Pnömoni

(SS-04)

Tip 2 diyabetes mellitus lu hastalarda uyku kalitesiyle konfor düzeyi ilişkisinin belirlenmesi

Nezahat Özer¹

¹Anadolu Sağlık Merkezi

Amaç: Diyabet ve diyabete eşlik eden uyku sorunları, bireyin yaşam kalitesini ve konfor düzeyini de etkiler. Bu araştırma, Tip 2 Diabetes Mellitus'lu hastalarda uyku kalitesiyle konfor düzeyi ilişkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Son bir yılda hastaneye yatan Tip 2 Diyabetes Mellitus'lu hasta sayısının 130 olduğu belirlenmiştir. Evreni bilinen örneklem hesabı ile ulaşılması gereken hasta sayısının en az 97 olması gerektiği hesaplanmış, veri kaybı ihtimali göz önünde bulundurularak en az 105 hastaya ulaşılması planlanmıştır. Veriler, 20 sorudan oluşan Hasta Bilgi Formu, Genel Konfor Ölçeği, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Richards- Campbell Uyku Ölçeği ile toplanmıştır. Elde edilen veriler, SPSS 25.0 istatistik programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırma bulgularına göre, hastaların yaş ortalaması $51,37 \pm 16,33$ (min=18; maks=89; medyan=49) olup, katılımcıların %52,7'si (n=58) kadın, %55,5'i (n=61) 50 yaş ve altı, %43,6'sı (n=48) üniversite mezunu ve %86,4'ü (n=95) evlidir. Katılımcıların %43,6'sı (n=48) oral antidiyabetik tedavi almakta olup, diğer kronik hastalıklar arasında en sık görüleni %32,9 (n=25) ile hipertansiyondur. Oral antidiyabetik kullanan bireylerin %29,2'si iyi uyku kalitesine sahipken, %70,8'i kötü uyku kalitesine sahiptir. Sadece insülin kullananların %16,7'si iyi, %83,3'ü kötü uyku kalitesine sahiptir. Hem oral antidiyabetik hem de insülin kullananların ise %16,7'si iyi, %83,3'ü kötü uyku kalitesine sahiptir. Diyabet tedavi tipi ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,044; p<0,05). Araştırma sonucunda, glisemik kontrolü daha iyi olan Tip 2 diyabet hastalarının uyku kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Bu doğrultuda, hastaların beslenme ve tedavi süreçlerinin düzenli takibi, tedaviye uyumlarının artırılması ve özdenetim becerilerinin geliştirilmesiyle uyku kalitesinin iyileştirilebileceği öngörülmektedir

Anahtar Kelimeler: Tip 2 diabet, konfor düzeyi, diyabet

(SS-05)

Hemşirelik Öğrencilerinde Yapay Zekâ Okuryazarlığı ile Bireysel Yenilikçilik Düzeyleri Arasındaki İlişki

Yağmur Dağ¹, Tuğçe Bilge Yıldırım², Zülfünaz Özer³

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

²İstanbul Aydın Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, İstanbul

³İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul

Amaç: Hemşirelik öğrencilerinin yapay zekâ okuryazarlığı düzeyleri ile bireysel yenilikçilik düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve kesitsel araştırma tasarımında gerçekleştirilen bu araştırmanın evrenini Kasım 2025-Mayıs 2026 tarihleri arasında İstanbul ilinde bir vakıf üniversitesinin hemşirelik bölümünde öğrenim gören öğrenciler oluşturmuştur. Araştırma 184 öğrencinin katılımıyla tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu”, “Yapay Zekâ Okuryazarlığı Ölçeği (YAPZEKO)” ve “Bireysel Yenilikçilik Ölçeği (BYÖ)” kullanılmıştır. Veriler çevrimiçi anket formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizi Jamovi 2.6.19.0 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin YAPZEKO toplam puan ortalaması 45,05±8,31, BYÖ toplam puan ortalaması ise 63,19±11,85 olarak bulunmuştur. BYÖ toplam puanı ile YAPZEKO toplam puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0,571$; $p < 0,001$). Sınıf düzeyi YAPZEKO toplam puanı ve Değerlendirme alt boyutunu, cinsiyet ve ailenin ekonomik durumu yalnızca Değerlendirme alt boyutunu, sosyal medya/dijital platform kullanım sıklığı ise yalnızca Etik alt boyutunu anlamlı olarak etkilemiştir ($p < 0,05$). Daha önce yapay zekâ uygulamalarını kullanmış olma, yapay zekâ teknolojilerini kullanma konusunda bilgi düzeyi ve meslekte yapay zekâ kullanma isteği arttıkça YAPZEKO puanları anlamlı düzeyde yükselmiş ($p < 0,05$); yapay zekâ teknolojilerini kullanma konusunda bilgi düzeyi ve meslekte yapay zekâ kullanma isteği arttıkça BYÖ puanları da anlamlı olarak artmıştır ($p < 0,05$). Yapay zekâ teknolojilerini kullanma konusunda bilgi düzeyi ($\beta=0,140$, $p=0,030$) ile YAPZEKO toplam puanı ($\beta=0,531$, $p < 0,001$) bireysel yenilikçiliğin anlamlı ve pozitif yordayıcıları olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Öğrencilerin yapay zekâ okuryazarlığı düzeylerinin görece yüksek, bireysel yenilikçilik düzeylerinin ise sorgulayıcı kategorisinde olduğu belirlenmiştir. Yapay zekâ okuryazarlığı ile bireysel yenilikçilik arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Yapay zekâ okuryazarlığı; sınıf düzeyi, yapay zekâ deneyimi, yapay zekâ bilgi düzeyi ve meslekte yapay zekâ kullanma isteğinden etkilenirken bireysel yenilikçilik düzeyi ise yapay zekâ bilgi düzeyi, meslekte yapay zekâ kullanma isteği ve yapay zekâ okuryazarlığı düzeyinden etkilenmiştir. Bu doğrultuda yapay zekâ ve yenilikçilik eğitimlerinin müfredata eklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bireysel yenilikçilik, Hemşirelik öğrencileri, Yapay zekâ okuryazarlığı

(SS-06)

Öğretmen Adaylarına Verilen Kardiyopulmoner Resüsitasyon Eğitiminde Anlatım ve Simülasyon Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Ayşe Dilara Demir¹, Ayşe Kaplan¹, Şevval Kılıçaslan¹, İkra Çatkin¹, Zülfünaz Özer¹

¹İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Amaç: Bu çalışma, öğretmen adaylarına verilen kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) eğitiminde video destekli anlatım ve simülasyon yöntemlerinin temel yaşam desteği (TYD) bilgi düzeyi, öğrenme memnuniyeti ve öz güven üzerindeki etkilerini karşılaştırmak amacıyla yürütüldü.

Yöntem: Ön test-son test kontrol gruplu deneysel çalışmaya bir vakıf üniversitesinin eğitim fakültesinde öğrenim gören 45 öğretmen adayı katıldı. Katılımcıların 25'i anlatım, 20'si simülasyon grubunda yer aldı. Anlatım grubuna teorik sunum ve demonstrasyonla eğitim verilirken simülasyon grubunda KPR maketi, eğitici geri bildirimi ve tekrar uygulamaları kullanıldı. Veriler Kişisel Bilgi Formu, TYD Bilgi Değerlendirme Testi ve Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Öz Güven Ölçeği ile toplandı.

Bulgular: Başlangıç bilgi puanı anlatım grubunda simülasyon grubundan yüksekti ($9,36 \pm 3,85$ 'e karşı $6,30 \pm 4,64$; $p=0,023$). Anlatım grubunda bilgi puanı $10,96 \pm 4,49$ 'a yükselirken ortalama artış $1,60 \pm 4,52$ puan olup anlamlı değildi ($p=0,089$; $d=0,35$). Simülasyon grubunda puan $11,20 \pm 4,05$ 'e yükseldi; $4,90 \pm 3,55$ puanlık artış anlamlı ve güçlüydü ($p < 0,001$; $d=1,38$). Değişim puanı simülasyon grubunda daha yüksekti ($p=0,009$; $d=0,80$). Grup $\times$ zaman etkileşimi anlamlıydı ($B=3,30$; %95 güven aralığı: 0,99–5,61; $p=0,005$). Ön test puanı kontrol edildiğinde düzeltilmiş son test farkı anlamlı değildi ($B=1,90$; $p=0,114$). Simülasyon grubunda memnuniyet puanı $4,28 \pm 0,46$, öz güven puanı $4,00 \pm 0,53$ ve toplam ölçek puanı $4,12 \pm 0,36$ 'dır.

Sonuç: Simülasyon temelli KPR eğitimi, düzeltilmiş son test puanında bağımsız bir grup farkı oluşturmamakla birlikte, öğretmen adaylarının TYD bilgi düzeyindeki gelişimi anlatıma göre daha fazla artırmıştır. Öğretmen yetiştirme programlarında KPR eğitiminin uygulama, geri bildirim ve tekrara dayalı simülasyonlarla desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyopulmoner resüsitasyon, öğretmen adayları, simülasyon, temel yaşam desteği, öz güven

(SS-07)

Romatoid Artritte Soğuk Uygulamanın Ağrı, Hastalık Aktivitesi ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Betul Yılmaz Erten¹, Besey Ören¹, Serdal Uğurlu²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi

²Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi

Amaç: Bu çalışma romatoid artritte soğuk uygulamanın ağrı, yaşam kalitesi ve hastalık aktivitesine etkisini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Randomize kontrollü, deneysel olarak yapılan araştırma, İstanbul'da bir üniversite hastanesinin romatoloji polikliniğine 14.10.2024- 01.12.2026 tarihleri arasında başvuran romatoid artrit tanılı hastalarla yapıldı. Hastalar uygulama (n=44) ve kontrol (n=40) grubu olarak gruplandı. Örneklem sayısı G*Power (v3.1.9.4) güç analizi programıyla belirlendi. Uygulama grubundaki hastaların ağrılı eklemine günde 3 kez 15'er dakika olarak, 21 gün boyunca buz uygulaması yapıldı. Kontrol grubundaki hastalara yalnızca rutin tedavi uygulandı. Uygulama ve kontrol grubuna başlangıçta ve üçüncü haftada VAS ağrı, RADAI-5 hastalık aktivitesi ve SF-36 yaşam kalitesi ölçekleri uygulandı. Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics 22.0 programı kullanılarak verilerin normal dağılım analizi yapıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare analizi, sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Korelasyon Analizi ve gruplar arasındaki farkların büyüklüğünü değerlendirmek için Cohen'in d etki büyüklüğü analizi kullanıldı. $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi

Bulgular: Gruplar arasında cinsiyet, medeni durum, beden kitle indeksi, birlikte yaşanan kişiler, eğitim düzeyi ve çalışma durumu açısından anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0,05$). Başlangıçta hastalık aktivitesi her iki grupta benzer iken ($p > 0,05$), üçüncü haftada uygulama grubunda hastalık aktivitesinde anlamlı azalma saptandı ($p < 0,001$), kontrol grubunda değişim gözlenmedi ($p > 0,05$). Soğuk uygulamanın yaşam kalitesinin; fiziksel işlevsellik, enerji-yorgunluk, sosyal işlevsellik ve ağrı alt boyutlarında anlamlı iyileşme sağladığı belirlendi ($p < 0,01$). Kontrol grubunda yaşam kalitesinin alt boyutlarda gözlenen kısmi iyileşmeler, devam eden rutin tedavinin etkisi olarak değerlendirildi. Uygulama grubundaki daha yüksek düzeydeki değişimler müdahalenin katkısını ortaya koymaktadır.

Sonuç: Çalışmada romatoid artritte soğuk uygulamanın ağrı, hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu hastaların bakımında soğuk uygulama önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Buz Uygulaması, Hasta, Romatoid Artrit

(SS-08)

Yoğun Bakım Hemşirelerinde Bakım Davranışları Tutum Ölçeği Geliştirme

Esra Selçuk Yeniay¹, Esra Akın¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi

Amaç: Araştırmanın amacı yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışlarıbelirlemek için ‘Yoğun Bakım Hemşirelerinde Bakım Davranışları Tutum Ölçeği’ningeliştirilmesidir.

Yöntem: Araştırma nicel araştırma deseni içinde yer alan metodolojik tiptegerçekleşmiştir. Araştırmanın evrenini Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Hastanesiile Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi’nin Dahili ve Cerrahi Yoğun BakımBirimlerinde Ocak 2023-Eylül 2023 tarihleri arasında çalışan 414 hemşireoluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, Dr. Suat Seren Göğüs HastalıklarıHastanesi ile Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi’nin Dahili ve Cerrahi YoğunBakım Birimlerinde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 200 hemşiredenoluşmuştur. Araştırma kapsamında seçilen örneklemin güç analizine bakıldığında;0.05 α ve 0.80 güçlülük oranında 0.79 oranında yüksek düzeyde güçlü olduğubulunmuştur. Araştırma verilerinin elde edilmesinde “Hemşire Tanıtım Formu” ile“Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bakım Davranışları Ölçeği” kullanılmıştır. “YoğunBakım Hemşirelerinin Bakım Davranışları Ölçeği” literatürde yer alan, yoğun bakımhemşirelerinde bakım davranışlarıyla ilgili pek çok araştırma incelenerek ve uzmangörüşleri alınarak geliştirilmiştir. İlk geliştirildiğinde 45 madde olarak oluşturulantaslak ölçek uzman görüşleri ve geçerlilik analizleri sonucunda önce 41 maddelikhalini almış sonrasında yapılan geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda adayölçek tek boyuttan oluşan 26 maddelik son halini almıştır. İlgili verilerin analizindeSPSS 27 paket programı ile Mplus Version 7.4 kullanılmıştır. Bu bağlamda ölçeğingeliştirilmesinde “Açımlayıcı Faktör Analizi, Doğrulayıcı Faktör Analizi, BarlettTesti, Ki-Kare Uyum Testi, Cronbach Alfa İç Tutarlılık Testi, Çarpıklık ve BasıklıkTesti, Kolmogorov-Smirnov Testi, Varimax Rotasyonu ve Test-Tekrar Testi”kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin %46’sının 26-30 yaş aralığında,%74’ünün kadın, %89,5’inin lisans ve üzeri mezunu olduğu bulunmuştur. Açıklayıcıfaktör analizi sonucunda ölçek 26 maddeden oluşan tek boyutlu yapı olarakbelirlenmiştir. Ölçeğin kapsam geçerlik indeksi 0,78, toplam varyansı %73,120madde-toplam test korelasyon değerleri 0,725 - 0,915, Cronbach alfa güvenirlikkatsayısının 0,987 olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Yapılan analizler sonucu Yoğun Bakım Hemşirelerinde Bakım DavranışlarıTutum Ölçeğinin yoğun bakım hemşirelerinin bakım davranışları tutumlarınınbelirlenmesinde kullanılmak üzere geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu tespitedilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun Bakım, Bakım Davranışları, Tutum, Ölçek Geliştirme.