



İÇ HASTALIKLARI AKADEMİSİ • KONGRESİ

BİLDİRİ ÖZETİ KİTABI

9-12 HAZİRAN 2023
CONCORDE LUXURY
RESORT BAFRA/K.K.T.C



TAEDER

TIBBİ ARAŞTIRMALAR VE EĞİTİM DERNEĞİ

www.taeder.com.tr



BİLİMSEL KURUL

Abdulhalim Şenyiğit
Abdurrahman Şenyiğit

Ahmet Vural
Attila Önmez

Aşkı Vural
Berna Kömürcüoğlu
Bora Kaya

Erdal Belen
Erhan Tuncel

Ercan Gündüz
Ethem Ünver

Fatih Eskin

Faruk Hilmi Turgut

Hafize Uzun

Hakan Sayiner
Hüseyin Aydın

İrem Pembegül

Mehmet Ballı

Mehmet Sarıaydın
Meltem Sertbaş

Mustafa Kanat

Mustafa Ünübol
Mustafa Yurttaş

Muzaffer Onur Turan
Nedim Turan

Nurhan Haluk Belen

Özgür Karcıoğlu
Özkan Ulutaş

Pelin Uysal
Ramazan İlyas Öner

Ramazan Dertli
Selami Bülün

Selçuk Yaylacı

Serdar Uğurlu

Serdar Olt

Süleyman Hilmi İpekçi
Şule Taş Gülen

Tarık Akar
Yaşar Sertbaş

Yasemin Bozkurt Turan

Zeynal Doğan



TAEDER

TIBBİ ARAŞTIRMALAR VE EĞİTİM DERNEĞİ

www.taeder.com.tr



09-12 HAZİRAN 2023
CONCORDE LUXURY RESORT
BAFRA / K.K.T.C

BİLİMSEL PROGRAM



9 HAZİRAN 2023 , CUMA

DAHİLİYE PRATİĞİNDE PREOPERATİF DEĞERLENDİRME KURSU

14:00-15:00

DOÇ.DR.OSMAN ESEN -ANESTEZİST KLİNİSYENDEN NE BEKLER
KARDİYOLOJİ VE GÖĞÜS HASTALIKLARI AÇISINDAN PREOP.
DEĞERLENDİRME

DOÇ. DR. ETHEM ÜNVER (GÖĞÜS HASTALIKLARI)
PROF. DR. ERDAL BELEN (KARDİYOLOJİ)

15:00- 15:15

KAHVE ARASI

15:15-16:00

NEFROLOJİ VE GASTROENTEROLOJİ AÇISINDAN PREOP.
DEĞERLENDİRME

PROF.DR. FARUK HİLMİ TURGUT (NEFROLOJİ)
DOÇ.DR.ZEYNAL DOĞAN (GASTROENTEROLOJİ)

16:00-16:15

KAHVE ARASI

16:15-17:00

ENDOKRİNOLOJİ VE HEMATOLOJİ AÇISINDAN PREOP.
DEĞERLENDİRME

DR CEM ONUR KIRI (ENDOKRİNOLOJİ)
DR. ZEKERİYA AKSÖZ (HEMATOLOJİ)

10 HAZİRAN 2023, CUMARTESİ

09:00- 09:15	AÇILIŞ KONUŞMALARİ
09:15-10:15	Oturum Başkanı: PROF.DR.ERDAL BELEN GÜNCEL KLAVUZLAR EŞLİĞİNDE HİPERTANSİYON - PROF.DR. İSMAİL ERDEN DAHİLİYE PRATİĞİNDE KALP YETMEZLİĞİ YÖNETİMİ- PROF.DR. MUSTAFA YURTDaş ATRİAL FİBRİLASYON VE YENİ NESİL ORAL ANTİKOAGÜLAN KULLANIMI- PROF.DR. MUSTAFA YURTDaş
10:15-10:30	KAHVE ARASI
10:30-11:15	Oturum Başkanı: DOÇ.DR. R.İLYAS ÖNER TİP 2 DİYABETTE FİZYOLOJİK TEMELLİ TEDAVİ YAKLAŞIMI-PROF. DR. MUSTAFA KANAT
11:15-11:30	KAHVE ARASI
11:30-12:15	UYDU SEMPOZYUMU  Diyabet Yönetiminde İyi Takım Oyuncusu & Güvenli Liman: SİTAGLİPTİN! Prof. Dr. MUSTAFA ÜNÜBOL & DOÇ.DR. R.İLYAS ÖNER
12:30-13:15	ÖĞLE YEMEĞİ
13:15-14:15	UYDU SEMPOZYUMU  Demir Eksikliği ve Anemisinde Sürdürülebilir Tedavi Dr.Öğr.Üyesi MUHAMMET ÖZBİLEN
14:15-14:30	KAHVE ARASI
14:30-15:30	Oturum Başkanı: PROF.DR MUSTAFA ÜNÜBOL LADA VE MODY DİYABET - NE KADAR BİLİYORUZ - PROF.DR. SÜLEYMAN HİLMİ İPEKÇİ BÖBREĞİN GLUKOZ HOMEOSTAZINDAKİ ROLÜ - PROF.DR. MUSTAFA KANAT DİYABETİK NÖROPATİNİN YÖNETİMİ -DOÇ.DR. HAMİT YILDIZ
15:30- 15:45	KAHVE ARASI
15:45-16:15	Oturum Başkanı:DR. SERDAR OLT ROMATOLOJİK HASTALARDA LABORATUVAR BİZE NE DİYOR ? - PROF.DR. SERDAL UĞURLU
16:15-17:00	Oturum Başkanı:DR.SELÇUK YAYLACI UYKU KALİTESİNİN KARDİYOMETABOLİK HASTALIKLAR ÜZERİNE ETKİSİ - DOÇ.DR. ABDULHALİM ŞENYİĞİT
17:00-18:00	SÖZLÜ SUNUM BİLDİRİLERİ- DR SELAMİ BÜLÜN- DR HÜSEYİN AYDIN

11 HAZİRAN 2023, PAZAR

09:00-10:00	GASTROENTEROLOJİ OTURUMU Oturum Başkanı: DOÇ.DR.ZEYNAL DOĞAN DİSPEPTİK HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ- DOÇ.DR.SELÇUK YAYLACI PPI KULLANIMI- NE KADAR? NE ZAMAN? KİME?- DOÇ.DR. SERDAR OLT KARNİM AĞRIYOR, FMF OLABİLİRMİYİM? - DOÇ.DR. R.İLYAS ÖNER
10:00-10:15	KAHVE ARASI
10:15-10:45	GASTROÖZEFAGİAL REFLÜ VE GASTROPAREZİDE ENDOSKOPIK TEDAVİLER- DOÇ.DR. TARIK AKAR
10:45-11:15	Oturum Başkanı: DR. PINAR KARAKAYA OSTEOPOROZDA TANI, TEDAVİ VE TAKİP - DOÇ. DR. CEM ŞAHİN D - VİTAMİNİ - KİME, NE KADAR? - DR. SEFER ASLAN
11:15-11:30	KAHVE ARASI
11:30-12:15	UYDU SEMPOZYUMU  ABDİİBRAHİM ERKEN TEŞHİŞ AYAK KURTARIR :ALA'nın DPN'deki etkisi Prof.Dr. ENGİN GÜNEY
12:30-13:15	ÖĞLE YEMEĞİ
13:15-14:00	UYDU SEMPOZYUMU  ABDİİBRAHİM FBH&GÖRH: GİS'te Kesişen Durumlarda Tedavi Yaklaşımı Doç.Dr. İlyas Öner
14:00-14:15	KAHVE ARASI
14:15-15:15	Oturum Başkanı: DOÇ.DR. ABDULHALİM ŞENYİĞİT İNSİDENTALOMA- PROF. DR. SÜLEYMAN HİLMİ İPEKÇİ GEBELERDE HİPERTİROİDİ- PROF.DR. MUSTAFA ÜNÜBOL GEBELERDE HİPOTİROİDİ - DR. AHMET GÖRGEL
15:15-15:30	KAHVE ARASI
15:30-16:00	HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ OTURUMU Oturum Başkanı: DR. SERDAR OLT İMMÜNÖTERAPİLERİN VE MOLEKÜLER HEDEFLİ AJANLARIN YAN ETKİLERİ- PROF.DR. NEDİM TURAN
16:00-16:20	KAN ÜRÜNLERİNİ KULLANIRKEN NELERE DİKKAT ETMELİYİZ- DOÇ.DR.ATTİLA ÖNMEZ
16:20-16:40	NUTRİSYONEL BESLENME OTURUMU Oturum Başkanı: DOÇ.DR.ATTİLA ÖNMEZ KİME, NE KADAR, NE ZAMAN BAŞLAYALIM- PROF.DR. MURAT ALADAĞ
16:40-17:00	ENTERAL VE PARANTERAL BESLENME- DR. BÜLENT YAPRAK
17:00-18:00	SÖZLÜ SUNUM BİLDİRİLERİ- DR SELAMİ BÜLÜN- DR HÜSEYİN AYDIN



12 HAZİRAN 2023, PAZARTESİ

	DAHİLİYE SIK SORULANLAR
	Oturum Başkanı: DR KUBİLAY İŞSEVER
09:00-10:00	KAN GAZINI NASIL YORUMLAYALIM - DR. DENİZ GEZER
	ABY TANI, TEDAVİ VE TAKİBİ - DR. MUSTAFA GÜMÜŞ
	AYAKLARIM ŞİŞİYOR, DOKTOR BEY NE YAPMALIYIM? - DR ZEHRA KOCAMAN
10:00-10:30	AKILCI İLAÇ SUNUMU - DR KUBİLAY İŞSEVER



TAEDER

TIBBİ ARAŞTIRMALAR VE EĞİTİM DERNEĞİ

www.taeder.com.tr



**İÇ HASTALIKLARI
AKADEMİSİ
KONGRESİ**

09-12 HAZİRAN 2023
CONCORDE LUXURY RESORT
BAFRA / K.K.TC

BİLDİRİ ÖZETLERİ

DFGNadir Görülen Bir Hipertiroidi Vakası: Marine Lenhart Sendromu

[Oyku Uludag,](#)

[Abdolvahap Coşkun](#)

Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları ABD, Karabük

GİRİŞ: Hipertiroidinin en sık sebebi Graves hastalığı olup bu hastalığa tiroid nodülleri eşlik edebilir. Olgumuzda Graves hastalığıyla birlikte sıcak nodüllerin eşlik ettiği hipertiroidinin nadir sebeplerinden olan Marine Lenhart Sendrom vakamızı sunuyoruz.

OLGU: 47 yaş kadın hasta polikliniğe sinirlilik, çarpıntı, ellerde titreme ve kilo kaybıyla başvurdu. Demir eksikliği anemisi ve D vitamini eksikliği için tedavi almaktaydı. EKG'sinde sinüs taşikardisi saptanan hastanın laboratuvarında TSH <0.1IU/L (Referans Aralığı 0,35-5,5IU/L), FT4 3.44ng/dL (RA 0,89-1,76ng/dL), FT3 14.7pg/mL (RA 2,3-4,2pg/mL) olup tiroid otoantikörleri pozitif. Tiroid ultrasonografisinde (USG) sağ orta lobda 19 mm hipoekoik nodül saptandı ve tiroid parankimi kanlanması orta derece artmıştı. Tiroid sintigrafisinde tiroid parankiminde diffüz aktivite artışı ve sağ ortadaki nodülde artmış tutulum saptanmıştı. Hastaya ATİ ve B-blokör tedavisi başlandı. Göz hastalıklarına konsülte edildi, oftalmopati saptanmadı. Ötiroid olduktan sonra tiroid ince iğne aspirasyon biyopsisi (TİİAB) planlandı. Sıcak nodüllere TİİAB yapılması önerilmese de olgumuzda nodülün hipoekojenitesi ve hastanın aile öyküsünde tiroid karsinomu öyküsü bulunması nedeniyle TİİAB uygun görüldü. İki kez TİİAB yapılan hastanın patoloji sonuçlarının önemi belirsiz atipi (ÖBA, Bethesda 3) gelmesi üzerine kalıcı tedavi olarak cerrahi seçildi. Cerrahi materyalin patoloji sonucu benign idi.

Tartışma ve SONUÇ: Tirotoksikoz baskılanmış TSH, yüksek fT3-fT4 düzeyini ifade eder. Diffüz nodüler guatr ve Graves'te gözlenen tirotoksikoz/hipertiroidi tablosunun etiyolojisinde Marine Lenhart Sendromu bulunur. Nodülsüz Graves'e göre tiroid karsinomu riski daha yüksektir. Ayrıca tiroid nodüllerinde cerrahi endikasyonun doğru konulması ve hastanın pre- postop dönemlerde takibinin planlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipertiroidi, Graves, Sıcak Nodül, Hipoekoik, TİİAB, Crashi

Tiroid sintigrafisi



Tiroid sintigrafisinde tiroid parankiminde diffüz aktivite artışı ve sağ ortadaki nodülde artmış tutulum saptanmıştı

COVID-19 hastalarında kronik böbrek hastalığının entübe takip süresine etkisi var mıdır?

[Ahmed Cihad Genç](#)

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Sakarya

AMAÇ: COVID-19 enfeksiyonu birçok ülkeye yayılarak pandemiye neden olmuştur. COVID-19 pandemisi sürecinde, kronik böbrek hastalığı (KBH) olan hastaların COVID-19 enfeksiyonuna bağlı olarak daha ciddi komplikasyonlara sahip oldukları gözlemlenmiştir. Bu hastalarda entübasyon ve yoğun bakım ihtiyacı daha sık görülmektedir(1). COVID-19 nedeniyle yoğun bakım ünitesinde takip edilirken entübasyon ihtiyacı gelişmiş hastalarda mortalite süresine KBH'nın etkisi olup olmadığı araştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya dahil edilen COVID-19 nedeniyle yoğun bakım ünitesinde toplam 287 entübe hastaların özellikleri için tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Verilerin dağılım özelliklerinin tespiti için Kolmogorov-Smirnov / Shapiro-Wilk testleri ile birlikte olasılık ve histogram grafikleri kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenler ortalama ve standart sapma değerleri ile ifade edilmiştir ve Student-T testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ki-kare testleri kullanılmıştır ve sayı (% yüzde) ile ifade edilmiştir. KBH olan ve olmayan iki grubun entübasyondan mortaliteye kadar geçen takip süresinde fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Kaplan-Meier yaşam analizi yapılarak KBH'nın entübe sağ kalış süresine etkisi olup olmadığı belirlenmiştir. $P < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Post hoc yöntemler ile çalışmanın gücü G-power programı kullanılarak hesaplanmıştır. Analizler ve grafikler IBM SPSS istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR: KBH olan 122, olmayan 165 toplam 287 hasta çalışmanın popülasyonunu oluşturmaktadır. Bunların 192'si (66,6%) erkek, 96'sı (%33,4) kadındır. KBH olan grubun yaş ortalaması 74 ± 9 olup diğer grupta 69 ± 11 yıldır ($p < 0,005$). Hastaların hastaneye başvuru semptomları olan ateş, öksürük, halsizlik ve boğaz ağrısının iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır. Yoğun bakım ünitesine kabulü sırasındaki C-reaktif protein KBH hastalarında daha yüksektir ($p = 0,035$), (tablo 1

Entübe takip süresi KBH olan grupta 5 ± 6 gün iken KBH olmayan grupta 7 ± 6 gündür ($p=0,020$), (figür 1). Bu sonucun gücü %80,1 hesaplanmıştır. KBH hastalarında ortalama entübe yaşam süresi 5 gün (%95 CI: 4-6) iken KBH olmayan grupta entübe yaşam süresi 7 gün (%95 CI: 6-8) olup istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (Log Rank $p=0,015$, Breslow $p=0,009$, Tarone-Ware $p=0,007$), (Figür:2).

SONUÇ: Bu çalışma KBH olan COVID-19 hastalarının entübe takip süresinin daha kısa olduğunu, ancak mortalite riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Literatür taramasına göre bu bildirideki çalışma popülasyonunun COVID-19 nedeniyle sadece entübe hastaları içermesi bildirinin özgünlüğünü artırmıştır. Retrospektif dizayn edilmiş çalışmada güç analizinin

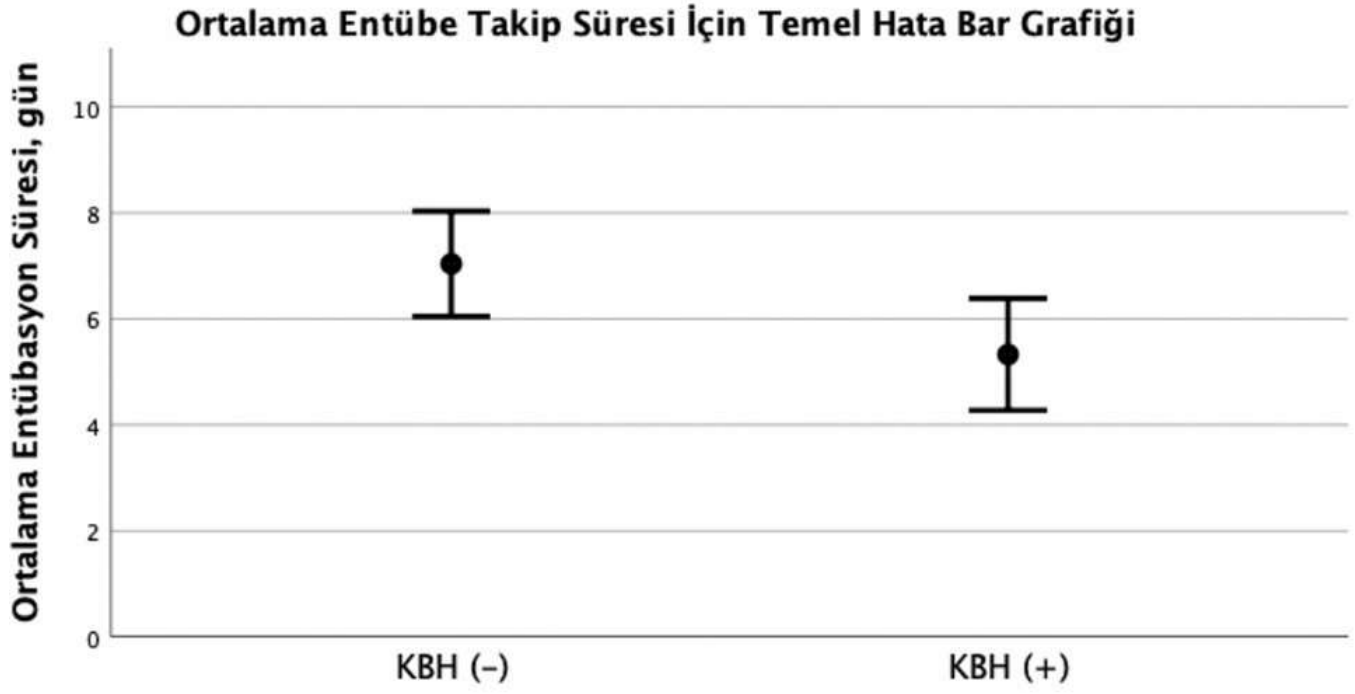
%80,1 olması tip 2 hata düzeyinin de düşük olduğunu göstermekte, çalışmanın sonucuna olan güveni artırmaktadır. Her hasta bireysel olarak değerlendirilmeli ve tedavi süreci hastanın özelliklerine, komorbiditelerine ve diğer faktörlere bağlı olarak belirlenmelidir. Özellikle KBH olan bireylerde entübasyondan sonra daha yakın klinik takibin yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Kaynaklar

Long JD, Strohbehn I, Sawtell R, Bhattacharyya R, Sise ME. COVID-19 Survival and its impact on chronic kidney disease. Transl Res. 2022 Mar;241:70-82. doi: 10.1016/j.trsl.2021.11.003. Epub 2021 Nov 10. PMID: 34774843; PMCID: PMC8579714.

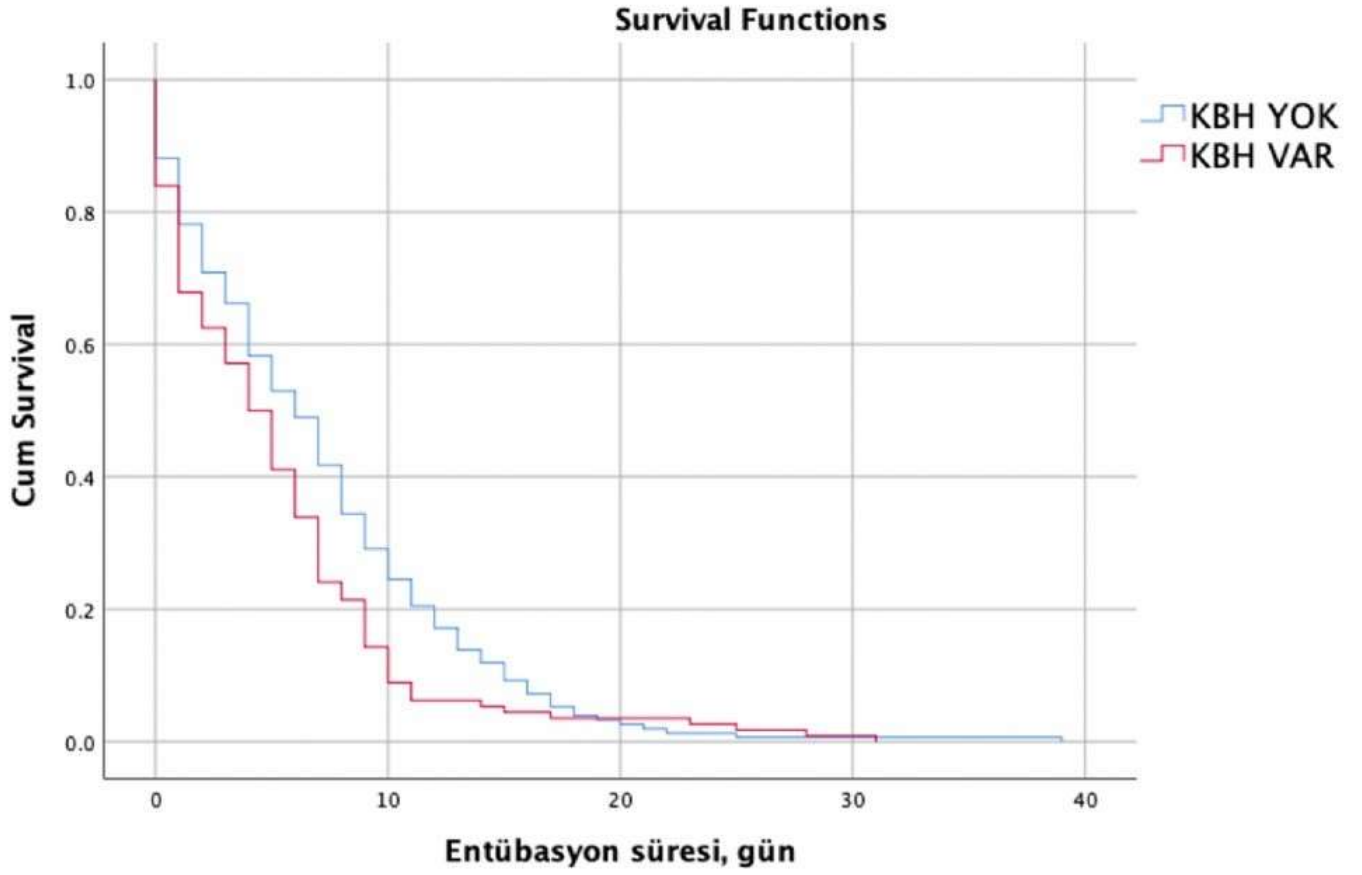
Anahtar Kelimeler: COVID-19, kronik böbrek hastalığı, yaşam analizi, yoğun bakım ünitesi

Figür 1



Kronik böbrek hastalığı olan ve olmayan hastaların ortalama entübe sağ kalımlarının karşılaştırıldığı bar grafiği

Figür 2



COVID-19 nedenli entübe takip edilen hastaların kronik böbrek yetmezliği olan ve olmayan gruplardaki yaşam süreleri grafiği

Tablo 1

COVID-19 Pozitif Hastalar				
	Kronik Böbrek Hastalığı (-) n:165	Kronik Böbrek Hastalığı (+)n:122	Total n:287	p
Yaş, yıl	69 ±11	74 ±9	71 ±11	<0,005
Cinsiyet Erkek	112 (67,9%)	79 (64,8%)	191 (66,6%)	0,579
Kadın	53 (32,1%)	43 (35,2%)	96 (33,4%)	
Rutin hemodiyaliz	18 (10,9%)	34 (27,9%)	52 (18,1%)	<0,005
Ateş, >38 °C	39 (23,6%)	25 (20,7%)	64 (22,4%)	0,551
Öksürük	56 (33,9%)	46 (38,0%)	102 (35,7%)	0,477
Balgam	7 (4,20%)	5 (4,10%)	12 (4,20%)	0,693
Halsizlik	54 (32,7%)	31 (25,6%)	85 (29,7%)	0,198
Boğaz ağrısı	14 (8,50%)	4 (3,30%)	18 (6,30%)	0,088
Beyaz küre, K/uL	12 ±12	12 ±7	12 ±10	0,978
Hemoglobin, g/dL	12 ±2	12 ±2	12 ±2	0,003
Platelet	196 ±100	207 ±84	201 ±93	0,331
C-reaktif protein, mg/L	132 ±95	157 ±98	142 ±97	0,035
Serum kreatinin, mg/dL	0,81 (0,32%)	1,77 (1,35%)	1,22 (1,03%)	<0,005
e-GFR	89,5 (16,2%)	46,3 (18,7%)	71,1 (27,5%)	<0,005
Entübe takip süresi, gün	7 ±6	5 ±6	6 ±6	0,020

Kategorik değişkenler için ki-kare testleri, sayısal değişkenler için Student T testi kullanılmıştır.

Yoğun bakım ünitesinde entübe takip edilen hastalardan kronik böbrek hastalığı olan ve olmayan grupların karşılaştırılması

Döküntü Ve Ateş birlikteliğinde Akla Gelmesi Gereken Nadir Bir Tanı:Erişkin Still Hastalığı

[Ahmet Emin Yayla](#)

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi,İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Erişkin Still Hastalığı (ESH) ateş, artrit, döküntü, hiperferritinemi, lökositoz, sedimantasyon yüksekliği ile karakterize bir hastalıktır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Tanısı enfeksiyon, malignite ve bahsedilen belirti ve bulgulara neden olabilecek diğer romatolojik hastalıkların dışlanması ile konur. Ateş ve artralji en sık görülen semptomlardır. Döküntünün de hastaların yarısından çoğunda görüldüğünü belirten klinik seriler mevcuttur.

BULGULAR: 23 yaşında kadın hasta, kronik hastalık öyküsü yok, bekar, seksüel ilişkisi yok, ailede özellik yok. 5 gündür olan eklem ağrısı, boğaz ağrısı, gece terlemesi ve döküntü şikayeti ile dahiliye polikliniğine geldi. Sorgusunda 5 gün önce üst solunum yolu enfeksiyonu düşünülerek semptomatik tedavi verildiği öğrenildi. Şikayetlerinde gerileme olmaması üzerine bize başvuran hastanın ölçülen ateşi yoktu ama gece olan üşüme titremesi mevcuttu. Döküntüleri 2 gündür bulunan hastanın yaygın eklem ve boğaz ağrısı vardı. Romatolojik sorgulamasında ilave özellik yoktu. Fizik muayenesinde orofarinks doğaldı, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, batin ve lenfadenopati muayenesinde özellik yoktu. Sağ dirsekte, dizlerin üstündesomon rengi döküntüleri vardı. Sol dirsek, bilateral el ve el bilek, dizlerinde artriti saptandı. Tetkiklerinde CRP:326, ESR:94 mm/h Ferritin:2000 WBC:16740 ANS:14620 (nötrofil yüzdesi 87) yüksek bulundu; karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, trigliserit normaldi, Brusella negatif, hepatit paneli ve Anti-HIV negatifti, idrarda enfeksiyon ve proteinüri yoktu, RF ve ANA negatifti. Hastanın yapılan torakoabdominal BT'sinde özellik yoktu. Hastanın kliniği, labaratuvar bulguları neticesinde romatolojik patoloji düşünülerek romatoloji polikliniğine yönlendirildi. Hastada ön planda ESH düşünüldü, metilprednizolon 80mg iv uygulandı ve azaltılan dozda steroid ve non-steroid başlandı. 1 hafta sonra poliklinik kontrolüne gelen hastanın döküntüleri ve artriti gerilemişti. Labaratuvar olarak ESR ve CRP değerleri normale geldi. Tedavisine metotreksat eklenerek poliklinik kontrolüne çağrıldı.

Tartışma ve SONUÇ: ESH eklem ağrısı, ateş, döküntü ile seyreden nadir bir hastalıktır. Tanı için enfeksiyon, malignite ve diğer

romatolojik hastalıkların dışlanması gerekmektedir. ESH seyrinde ateş, döküntü ve artralji birçok hastada görülmekte olup başlangıçta tüm semptomlar bir arada olmayabilir. Döküntü hastalığın başlangıcında yüksek ateşe eşlik edebilir ya da hastamızda olduğu gibi ateş, poliartralji şikayetlerinden sonra da ortaya çıkabilir. Ayrıca nedeni bilinmeyen ateş etiyolojisi araştırılan hastalar sıkı takip altında tutulmalı ve ESH açısından yeni gelişen bulgulara dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: döküntü,ateş,artralji

Lipit Depo Miyopatisi

[Ahmet Emin Yayla](#)

Afyonkarahisar Devlet Hastanesi,İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Lipit depo miyopatisi kas kasılmasının bazı aşamalarında gerekli olan lipit aktarım ve yıkım yolu bozukluklarına bağlı olarak gelişen,egsersiz intoleransı veya kas zaafı,bazen eşlik eden sistemik bulgularla kendini gösteren bir grup metabolik bozukluktur.Yoğun egzersiz ve özellikle açlık durumunda rabdomiyoliz gelişebilir.Bazen ilerleyici kas zaafı olabilir.Kas tutulumudışında bazı tiplerde karaciğer tutulumu bazı durumlarda ise ensefalopati ve sıklıkla kalp tutulumu görülebilir.Serum CK düzeyinormal veya hafif yüksek olabilir.Rabdomiyoliz dönemlerinde çok yüksek olabilir.EMG'de miyopati bulguları vardır.Bizim vakamızda kas güçsüzlüğü ile gelen ve kas biyopsisinde lipit depo miyopatisi tanısı konulan olgumuza sunmak istedik.

BULGULAR: 66 yaşında kadın hasta bacaklarda ve ayaklarda güçsüzlük,baş dönmesi,çarpıntı,yutma güçlüğü şikayeti ile acil dahiliye polikliniğine başvurdu.2 aydır olan bacaklarda güçsüzlük şikayetine son günlerde baş dönmesi,çarpıntı şikayetleri eklenmiş.Özgeçmişinde subtotal gastrektomi öyküsü,psörizasi ve hipertansiyonu mevcut.Hastanın fizik muayenesinde genel durumu iyi,bilinç açık,koopere,ateş:36.7 derece,kan basıncı:120/80 mm/hg, scleralar doğal ikteri ve siyanozu yoktu.Vücudundave extremitelerde psöriatik lezyonları mevcuttu.Solunum sistemi muayenesi normaldi ve periferik nabazanları açıktı.Gastrointestinal sistem muayenesinde organomegalisi yok rebound ve defansı yoktu.Lokomotor sistem muayenesinde üst extemitelerde kas güçsüzlüğü mevcuttu.Labaratuar olarak glikoz:82 mg/dl,üre:32,kreatinin:0.4, AST:81,ALT:39,LDH:226,CK:482,CK-MB:11.92,Ca:7.9,Na:135,K:4.5, PT:12.8 saniye,APTT:29.7,WBC:6500,Hg:9

mg/dl,Hct:28.7,MCV:85,Plt:401 bin,Crp:6.68,Albumin:2.6, B12:503,ESR:86/h. Hastanın kas enzimleri yüksekti ve nöroloji konsultasyonu yapıldı.

Nöroloji uzmanı muayenesinde distal reflekslerinin alınamaması, kas enzimlerinin yüksek olması nedeni ile ve 3 aylık öyküsünün olması sebebi ile akut demyelinizan inflamatuvar polinöropati (Guillan Barre sekeli) veya akut başlangıçlı kronik inflamatuvar demyelinizan polinöropati (CIDP) düşünüp EMG önerdi. EMG'de extremitelerinde belirgin, dejenerasyona seyreden miyogen tutulum ile uyumlu çıktı. Sedimantasyon ve kas enzimleri yüksekliği nedeniyle romatoloji konsültasyonu yapıldı. Romatoloji uzmanı proksimal kas güçsüzlüğü, yutma güçlüğü'nün olması akut faz reaktanlarının yüksek olması nedeni ile inflamatuvar miyopati olarak değerlendirip steroid tedavisi başladı. Hastanın beraberinde yutma güçlüğü de eklendi. 1 gr/gün pulse steroid başlandı. İdame tedavisine devam edildi ve metotreksat 15 mg haftada bir gün ve folik asit başlandı. ANA: 1/100 homojen patern, Anti Ro ve Anti La negatif, anti Scl 70 negatif, anti JO1 negatif, anti dsDNA: negatif saptandı. İnflamatuvar miyopatilerin beraberinde malignitenin de eşlik edebileceğinden malignite açısından toraks ve tüm batin bt istendi ve patoloji saptanmadı. Endoskopi ve kolonoskopi normal saptandı. Hastanın steroid tedavisine klinik yanıt alındı yutma güçsüzlüğü geriledi. Hastaya nöroloji uzmanı tarafından kas biyopsisi yapıldı. Kas biyopsisinde lipit depo miyopatisi tanısı konuldu. Hasta nöroloji polikliniğinde takibe alındı. Tartışma ve SONUÇ: Kas güçsüzlüğü ile gelen CK yüksekliği ile seyreden vakamızda olduğu gibi kas enzimlerini yükselten ve kliniği benzer olan toksik ve ilaçlara bağlı miyopatiler, rabdomyoliz, poliomyozit ve dermatomyozit gibi inflamatuvar miyopatiler ile karışabilir. Kas biyopsisi ile kesin teşhis konulur. Lipit miyopatisinin bugün için kesin bir tedavisi yoktur.

Anahtar Kelimeler: lipit, miyopati, organomegali, lenfadenopati

Karbamazepin tedavisi sırasında gelişen hiponatremi olgusu

Ayşe Burcu Çam

Lapseki Devlet Hastanesi Dahiliye

GİRİŞ: Bu olgu sunumunda antiepileptik tedaviler içinde halen önemli bir yeri olan karbamazepine bağlı ortaya çıkan hiponatremiye dikkat çekilmek amaçlanmıştır. KBZ kaynaklı hiponatreminin insidansı %4 ila %40 arasında değişmektedir. Karbamazepinin hiponatremiye neden oluşunu hastaya, ilacın kullanım dozajı ve birlikte kullanılan diğer ilaçlara ait çeşitli faktörler etkileyebilir. Acil durumlara yol açabilen bu klinik tablonun tanı ve tedavisi önem taşımaktadır.

OLGU: 70 yaş kadın hasta rutin kan tetkikinde Na:110 olması nedeni ile yatışı yapıldı. Hastanın alınan öyküsünde Karbamazepin 400 mg 2x1 kullandığı öğrenildi. Bunların yanında antihipertansif ve antidiabetik ilaç kullanımı da mevcuttu. Muayesinde bilinci uykuya meyili idi. Pretibial ödem (+) idi. PAAC grafisinde efüzyon bulgusu yoktu. Hastanın idrar osmolaritesi de normaldi. %3 Nacl 150 cc 4 saatte verildi. 4 saat sonraki Na:112 olan hastaya %3 Nacl 150 cc 4 saatte verildi. Na:115 olarak ölçüldü. Dirençli hiponatremisi olan hasta %3 Nacl 150 cc 4 saatte tekrar verildi. Na 120 olan hastaya 1000 cc izotonik 75 cc saatetn verildi. Na:121 olan hasta nörolojiye danışıldı. Karbamazepine bağlı olduğu düşünüldü Karbamazepin dozu azaltılarak Levetiresetama geçildi. Kontrol Na: 130 olarak ölçüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ: KBZ toksisitesi nörolojik ve kardiyovasküler etkilerle karakterizedir. Nörolojik rahatsızlıklar arasında nistagmus, ataksi, nöbet, distonik reaksiyonlar, apne, solunum depresyonu ve koma yer alır. Sodyum düşüklüğünün Artmış anti- diüretik hormon salgılanması (SIADH) veya periferik ozmoreseptörlerin antidiüretik hormona karşı duyarlılığının artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kardiyovasküler etkiler arasında hipotansiyon, miyokard depresyonu, sinüs taşikardi, bradikardi, QRS kompleksi ve QT aralığı uzaması, asistoli gibi kardiyak iletim anormallikleri bulunur. Hastamızın uykuya meyil dışında nörolojik bulgusu yoktu. Kardiak açıdan bir anormalik gözlenmedi. Tedavi sonrası bilinç normale döndü. Olgumuz, dahili problemlerle başvuran hastalarda ilaç kullanımının sorgulanması ve antiepileptik ilaçların bu konuda önemine değinmek amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, Hiponatremi, Karbamazepin

Bülent Yaprak¹, Nurgül ARSLAN², Hacer ALATAŞ³

¹MalatyaTurgut Özal Üniversitesi, İç hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye,
dr_bulentyaprak@hotmail.com, ORCHID: 0000-0001-5592-9755

²Dicle Üniversitesi, Atatürk Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Diyarbakır, Türkiye,
nuracar_1986@hotmail.com, ORCHID ID: 0000-0002-7618-0859

³MalatyaTurgut Özal Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Malatya, Türkiye,
hacer_alatas@hotmail.com, ORCHID ID: 0000-0002-6441-0362

ÖZET

Amaç: Obezite yani adiposopati olarak da anılan artan yağ dokusu, çeşitli mekanizmalar yoluyla kardiyovasküler (CV) sistem için patolojik olabilmektedir. Bu çalışmada morbid obez bireylerde kardiyovasküler risk faktörleri ile antropometrik indeksler arasındaki ilişki incelenmiştir.

Materyal-Method: Bu çalışma Malatya Turgut Özal Üniversitesi Beslenme ve Diyet polikliniğine başvurmış 38 morbid obez birey ile yürütülmüştür. Bireylerin laboratuvar bulguları, antropometrik ölçümleri ve genel beslenme alışkanlıkları bilgi toplama formu ile toplanmıştır. Bireylerin antropometrik ölçümleri TANITA MC 420 ile ölçülmüştür. Bireylerin, beden kütle indeksi (BKİ), yağ dokusu indeksi, kas dokusu indeksi hesaplanmıştır. Bireylerin atorejenik risk indeksi log (TG/HDL-K) ile hesaplanmıştır. Antropometrik indeksler atorejenik risk indeksi log (TG/HDL-K)'ne göre incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin (n=16) %42.10'unun kadın bireyler olduğu, bireylerin ortalama yaşının 47.25±11.33 yıl olduğu saptanmıştır. Bireylerin %30.05'inin üniversite mezunu olduğu, %57.89'unun evli bireyler olduğu saptanmıştır. Bireylerin BKİ, yağ dokusu indeksi, kas dokusu indeksi ile atorejenik risk indeksi arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon görülmüştür (p<0.05). Bireylerin atorejenik risk indeksi ile regresyon analizi yapılmıştır. Aterojenik risk indeksini etkileyen faktörler önem sırasına göre şu şekilde sıralanmıştır; BKİ, TG, yağ dokusu indeksi, kas dokusu indeksi ile birlikte kadın cinsiyetinin olduğu görülmüştür.

Tartışma-Sonuç: Çalışma sonuçlarına göre morbid obez bireylerde kardiyometabolik riski artıran birçok faktör vardır. Morbid obezitede vücut yağ dokusunun artışı beraberinde birçok sağlık problemi getirmektedir. Özellikle bel çevresi yağ dokusunun artışı inflamasyonu artırdığı ve ateroskleroz neden olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada atorejenik risk faktörü ile yağ dokusu indeksi arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Yağ dokusu indeksi yüksek olan bireylerin log (TG/HDL-K) indeksinin yüksek olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Morbid obezite, kardiyometabolik riski, yağ dokusu

Giriş

Obezite küresel halk sağlığını tehdit eden ciddi bir hastalıktır. Dünya çapında bir milyardan fazla kişi obez olup bu sayı gitgide artmaktadır. Dünyada her yıl en az 2,8 milyon kişi aşırı kilolu ve obez olması nedeniyle ölmektedir. Obezite artık sadece yüksek gelirli kesimin değil düşük ve orta gelirli kesimin ve tüm yaş grubundaki insanların büyük bir problemidir. Bu yüzden ilk yapılacak olan obeziteyi erkenden değerlendirip önlemler almaktır (1).

Obezite, bireylerde kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, bazı kanser türleri, diyabet, hiperlipidemi, anksiyete, stres, depresyon gibi fizyolojik ve psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Ayrıca obezitenin kronik bir rahatsızlık olması, hem bireysel hem toplumsal sorunlara, iş gücünde azalmaya ve sağlık harcamalarında artışa sebep olmaktadır. Obezite yol açtığı bu fizyolojik ve psikososyal sorunlar nedeniyle tedavi edilmesi gereken bir hastalıktır (2).

Obeziteyi değerlendirmek için çeşitli göstergeler vardır. Vücut kitle indeksi (VKİ) ve bel çevresi (BÇ), obezitenin en sık kullanılan iki göstergesidir. Genel olarak VKİ, genel obezitenin bir göstergesidir. BÇ ve bel-kalça oranı (BKO) ise santral (ya da abdominal) obezitenin tespiti için kullanılır. Santral obezite BÇ veya BKO'nun artmış olduğu obezite tipidir ve Tip 2 diyabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalıklar başta olmak üzere çoğu metabolik hastalığı öngörmede sadece BMI ye göre daha iyi bir göstergedir (3). Aterogenik plazma indeksi (API) aterojenik dislipidemiye saptamada çok önemlidir (4). Önceki çalışmalar API indeksi ile insülin direnci, diyabetes mellitus ve metabolik sendrom arasında yakın bir ilişki olduğunu bildirmiştir (5,6). API değeri <0.11 ise düşük, 0.11 ile 0.21 arasında orta >0.21 ise yüksek KVVH riskli olarak kabul edilmektedir (7).

Bu çalışmada morbid obez bireylerde kardiyovasküler risk faktörleri ile antropometrik indeksler arasındaki ilişki incelenmiştir.

Materyal method

Çalışmanın yeri-zamanı ve bireyler

Bu çalışma Malatya Turgut Özal Üniversitesi Beslenme ve Diyet polikliniğine başvurmuş 38 morbid obez birey ile yürütülmüştür. Bireylerin laboratuvar bulguları, antropometrik ölçümleri ve genel beslenme alışkanlıkları bilgi toplama formu ile toplanmıştır. Bireylerin antropometrik ölçümleri TANITA MC 420 ile ölçülmüştür.

Dahil Edilme Kriterleri;

Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

BKİ ≥ 40

Bilişsel ve mental rahatsızlığı olmaması

İletişim sorunu olmaması

Hekim tarafından tanımlanmış psikiyatrik bir rahatsızlığının olmamasıdır.

Antropometrik ölçümler

Beden kütle indeksinin değerlendirilmesi

Beden Kütle İndeksi, kuru vücut ağırlığının (kg) ve boy uzunluğu (m) karesine bölünmesi ile hesaplanmıştır.

Kas dokusu indeksi ve yağ dokusu indeksi

Yağ dokusu indeksi (YDi)=Vücut yağ kütlesi/ boy uzunluğu²

Kas dokusu indeksi (KDi)=Vücut kas kütlesi/ boy uzunluğu²

Laboratuvar bulguları

- Sabah açlığı (en az 12 saat açlık) venöz kan ile açlık serum glukoz, total kolesterol, yüksek yoğunluklu lipoprotein-kolesterol (HDL-K), düşük yoğunluklu lipoprotein-kolesterol (LDL-K), çok düşük yoğunluklu lipoprotein-kolesterol ve trigliserit seviyeleri ölçülmüştür. Serum örnekleri 1000 rpm ile 10 dakika santrifüj edildikten sonra serumun üst tabakası santrifüj tüpüne alınmıştır. Tüm kan örnekleri laboratuvar analizine kadar -80 °C buzdolabında saklanmıştır.
- Plazma aterojenite indeksi (PAİ): TG'nin HDL-K'ye oranının logaritması alınarak [log (TG/HDL-K)] hesaplanmıştır. PAİ risk sınıflaması; hesaplanan değerlere göre <0,1 düşük risk, 0,1-0,24 orta risk, >0,24 yüksek risk olarak sınıflandırılmıştır (6).
- İstatiksel analizler
- Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler, "Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0" (IBM Corp. Released 2013 IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu ise Shapiro-Wilk testi kullanılarak incelenmiştir. Değişkenler özetlenirken, tanımlayıcı istatistik olarak ortalama±standart sapma değerler sunulmuştur. Korelasyon analizi non-parametrik veriler için, Spearman korelasyon testi ile yapılmıştır. Çok değişkenli bir lineer regresyon modeli kullanılarak farklı prediktörlerin aterojenik risk skoru üzerindeki bağımsız etkileri incelenmiştir. p değerinin <0,05 olması istatiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir

Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin ortalama yaşı 47.25 ± 11.33 yıl olarak saptanmıştır. bireylerin %42.11 i kadın,% 57.89'u evli,% 31.58'i üniversite mezunu,% 78.95'i aktif olarak çalışmakta, %63.16'sının sigara kullanım alışkanlığı bulunmakta, %84.21' i alkol kullanım alışkanlığı bulunmamaktadır.

Tablo 1. Çalışmaya katılan bireylerin genel bilgileri

	n	%
Yaş	47.25 ± 11.33	
Cinsiyet		
Kadın	16	42.11
Erkek	22	57.89
Medeni Durum		
Evli	22	57.89
Bekar	8	21.05
Boşanmış/Dul	8	21.05
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	5	13.16
Lise	13	34.21
Üniversite	12	31.58
Lisansüstü	8	21.05
Çalışma Durumu	30	78.95
Hayır	8	21.05
Sigara Kullanım Alışkanlığı		
Evet	24	63.16
Hayır	14	36.84
Alkol Kullanım Alışkanlığı		
Evet	6	15.79
Hayır	32	84.21
Tanısı Konulmuş Hastalık		
Evet	29	76.32
Hayır	9	23.68

Bireylerin aterojenik risk indeksine göre laboratuvar bulguları ile antropometrik ölçüm ve indeksleri Tablo 2’de verilmiştir. Plazma aterojenite indeksi yüksek olan kadın bireylerde bel çevresi erkeklerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. PAİ yüksek riski olan bireylerin LDL-K, total kolesterol ve demir bağlama kapasiteleride anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo 2. Çalışmaya katılan bireylerin aterojenik risk indeksine göre laboratuvar bulguları ile antropometrik ölçüm ve indeksleri

	PAİ= 0,1-0,24 Orta risk (n=24)	PAİ > 0,24 Yüksek risk (n=14)	p
Laboratuvar bulguları			
HDL-K	42.22±4.13	40.33±6.21	0.201
LDL-K	92.34±8.22	142.44±14.25	0.001
TG (mg/dL)	167.19±16.34	198.15±22.33	0.189
Total kolesterol	199.90±22.13	209.99±27.99	0.009
Demir	45.22±11.68	55.15±6.23	0.207
Demir Bağlama Kapasitesi	309.13±35.23	366.34±55.13	0.001
Hemoglobin	14.13±4.22	15.21±3.25	0.671
Hba1c	7.11±2.25	7.04±2.55	0.723
Glukoz (Açlık)	109.35±16.80	114.13±11.99	0.065
Antropometrik Ölçümler			
Bel Çevresi (cm)			
Kadın	109.13±11.90	117.18±3.45	0.039
Erkek	129.15±9.25	125.25±6.44	0.789
BKİ (kg/m ²)	39.45±2.13	41.24±2.39	0.239
Kas Dokusu İndeksi	21.03±4.25	22.15±2.11	0.439
Yağ Dokusu İndeksi	32.13±3.22	36.23±3.55	0.290

Bireylerin aterojenik risk indeksi ile BKİ, yağ dokusu indeksi, kas dokusu indeksi arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 3 de verilmiştir. Bireylerin BKİ, yağ dokusu indeksi, kas dokusu indeksi ile aterojenik risk indeksi arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir korelasyon görülmüştür ($p<0.05$).

Tablo 3. Bireylerin aterojenik risk indeksi ile BKİ, yağ dokusu indeksi, kas dokusu indeksi arasındaki korelasyon katsayıları ve anlamlılık değerleri

Bireylerin aterojenik risk indeksi	BKİ	Yağ dokusu indeksi	Kas dokusu indeksi
PAİ	.301*	.299*	.209*

* $p<0.05$

Bireylerin aterojenik risk indeksi ve ilişkili faktörlerin lineer regresyon analizi Tablo 4 de verilmiştir. Aterojenik risk indeksini etkileyen faktörlerden anlamlı olanların, risk indeksi üzerine etkisi incelenmiştir. Kadın cinsiyeti erkek cinsiyetine göre 2.201 kat daha riskli bulunmuştur. BKİ değerindeki 0.901 birimlik artış aterojenik risk indeksini 1 birim artırmaktadır. TG, yağ dokusu indeksi, kas dokusu indeksi sırasıyla 0.415, 1.101, 0.702 birimlik artışlar aterojenik risk indeksini 1 birim artırabilmektedir.

Tablo 4. Aterojenik risk indeksi ve ilişkili faktörlerin lineer regresyon analizi ile incelenmesi

	p	OR	Güven Aralığı (%95)	
Cinsiyet	0.001	2.201	2.002	3.701
Kadın(ref.)				
Erkek				
BKİ (kg/m ²)	0.091	0.901	0.675	1.992
TG (mg/dL)	0.001	0.415	0.211	0.606
Yağ dokusu indeksi	0.039	1.101	0.809	1.402
Kas dokusu indeksi	0.041	0.702	0.408	0.977

Sonuç

Çalışma sonuçlarına göre morbid obez bireylerde kardiyometabolik riski artıran birçok faktör vardır. Morbid obezitede vücut yağ dokusunun artışı beraberinde birçok sağlık problemi getirmektedir. Özellikle bel çevresi yağ dokusunun artışı inflamasyonu artırdığı ve ateroskleroz neden olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada aterojenik risk faktörü ile yağ dokusu indeksi arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Yağ dokusu indeksi yüksek olan bireylerin log (TG/HDL-K) indeksinin yüksek olduğu görülmüştür.

• Kaynaklar

1. Piché ME, Tchernof A, Després JP. Obesity Phenotypes, Diabetes, and Cardiovascular Diseases. *Circ Res.* 2020;126(11):1477-1500
2. Jans G, Matthys C, Bogaerts A, Amaye L, Deleare F, Roelens K, et al. Depression and anxiety: lack of associations with an inadequate diet in a sample of pregnant women with a history of bariatric surgery-a multicenter prospective controlled cohort study. *Obes Surg* 2018, 28: 1629-35.
3. Sahakyan KR, Somers VK, Rodriguez-Escudero JP, Hodge DO, Carter RE, Sochor O, Coutinho T, Jensen MD, Roger VL, Singh P & Lopez-Jimenez F. Normal-Weight Central Obesity: Implications for Total and Cardiovascular Mortality. *Annals of internal medicine*, 2015; 163(11), 827–835
4. Zhu X, Yu L, Zhou H, Ma Q, Zhou X, Lei T, Hu J, Xu W, Yi N, Lei, S. Atherogenic index of plasma is a novel and better biomarker associated with obesity: A population-based cross-sectional study in China. *Lipids Health Dis.* 2018; 17: 37
5. Zhang X, Zhang X, Li X, Feng J, & Chen X. Association of metabolic syndrome with atherogenic index of plasma in an urban Chinese population: A 15-year prospective study. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases. NMCD.* 2019.
6. Qin Z, Zhou K, Li Y, et al. The atherogenic index of plasma plays an important role in predicting the prognosis of type 2 diabetic subjects undergoing percutaneous coronary intervention: results from an observational cohort study in China. *Cardiovasc Diabetol.* 2020;19:23
7. Dobiášová M & Frohlich J. The plasma parameter log (TG/HDL-C) as an atherogenic index: correlation with lipoprotein particle size and esterification rate in apoB-lipoprotein-depleted plasma (FER(HDL)). *Clinical biochemistry.* 2001; 34(7), 583–588.

Metformin ilişkili laktik asidoz: olgu sunumu

[Ceren Mordağ Çiçek](#), [Gamze Serin Özel](#)

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş

Metformin, dünyada en yaygın olarak reçete edilen oral antihiperglisemik ilaçtır ve yeni teşhis edilmiş tip 2 diyabet için birinci basamak tedavi olarak kabul edilmektedir (1).

Metformin böbrek veya karaciğer yetmezliği olan hastalarda, ileri yaşlı hastalarda ve konjestif kalp yetmezliği gibi dolaşım bozukluğu olan hastalarda laktik asidoz riskinin artması nedeniyle kontrendikedir. Metformin ile ilişkili laktik asidoz (MALA) son derece nadir bir durum olmasına rağmen (100.000 hasta-yılında 10 vaka) vakalar bildirilmeye devam etmektedir ve %30 ila

%50'lik ölüm oranları ile ilişkilidir (2).

Metforminin laktik asidoza yol açma mekanizması tam belli değildir. Pirüvat dehidrojenaz aktivitesini ve tüketilen ajanların mitokondrial transportunu azaltır, böylece anaerobik metabolizmayı artırır. Metformin ilişkili laktik asidoz iskelet kaslarından değil ekstrahepatik splanknik yaktan kaynaklanır (3).

Olgu

57 yaş kadın hasta, acil servise baygınlık hissi oral alımda azalma şikayeti ile başvurdu. Gün içinde yemek yememiş, bir kez kusması olmuş. Tuz ruhu ve çamaşır suyu ile yoğun bir temizlik yapmış akşama doğru uyku hali olmuş. Fizik muayenede bilinç uykuuya meyilli, seslenince göz açıyor ve sorulara uygun yanıtlar veriyordu. Tansiyonu 110/60 mm Hg, nabızı 78/dk, ateşi 36 o, Sao2 93, bilinen Diyabetes Mellitus dışında ek hastalığı olmayan hasta 2000 mg/gün metformin kullanmaktaydı. Başvuru kan glukozu 39 mg/dl, kreatin 6.48 mg/dl eGFR 7, Na 137 mmol/L, K 6 mmol/L, Crp 18, WBC 23.71, Neu 18.28, Hgb 13.8, Plt 512, kan gazında PH 6.86 HCO3 6, laktat 13.9 PCO 2 35' ti. Tam idrar tahlilinde proteinüri dışında bulgu yoktu. Hipotansif taşikardik değildi, ateşi yoktu, septik tablosu yoktu. Kalp yetmezliği öyküsü olmayan fizik muayenede bacaklarda ödemi, asiti, ortopnesi olmayan hastanın kardiyak fonksiyonları da normaldi, ön planda kardiyak sebep düşünülmeydi. Bazal kreatini 1.5 mg/dl eGFR'si 40 ml/dk olan hastanın akut böbrek yetmezliği kliniği mevcuttu. Kreatin kinaz düzeyi normaldi. Laktik asidoz yapabilecek diğer sebepler dışlandıktan sonra hastanın laktik asidozu metformin kullanımına bağlandı. Başvuruda hipoglisemik olan hastaya dektroz verildi, sonrasında tamponize mayi ile devam edildi. Yoğun bakımda hemodiyalize alınan hastanın kontrol kan gazında ph 6.8 olarak sebat etmesi üzerine hemodiyafiltrasyon tedavisine geçildi. 72 saat HDF alan hastanın bilinci normal gözleri spontan açıldı, kan gazında asidozu düzeldi, laktatı geriledi, metabolik asidoz tablosu düzeldi, kreatini bazal kreatine geriledi, idrar çıkışı normale döndü. Genel durumu düzelince servise alındı ve takibinde ek sıkıntı gelişmeyen hasta önerilerle taburcu edildi.

Tartışma

Metformin kan konsantrasyonları 0.5-2.0 mg/L arasında değişen terapötik aralık içindeyken, 4.0 mg/L'den yüksek düzeyler genellikle toksik olarak kabul edilir (4). Bazı merkezlerde metformin düzeyi bakılabilmekle birlikte hastanemizde metformin düzeyi çalışılmamaktadır.

Metformin, kreatinin seviyesi >1.4 mg/dL olan kişilerde kullanılmamalıdır (5), bizim hastamız kreatini 1.5 mg/dl olmasına rağmen 2 gram/gün metformin kullanmaktaydı.

Metformine bağlı laktik asidozda bikarbonat tedavisi tartışmalıdır, bu amaçla sıklıkla uygulanan yöntemler parenteral NaHCO₃, HCO₃'lı devamlı venövenöz hemodiyafiltrasyon ve aralıklı hemodiyalizdir. Hemodiyaliz tedavisini hemodinamik olarak tolere edemeyen hastalarda hemofiltrasyon tedavisi önerilmiştir. Erken dönemde başlanan venövenöz hemodiyafiltrasyon veya hemodiyaliz ile tedavi edilen hastalarda sağ kalım daha yüksek düzeydedir (6).

Şiddetli laktik asidozu olan ve doz aşımı olmasa bile metformin alan tip 2 diabetes mellituslu hastalarda MALA'nın ayırıcı tanısı olarak düşünülmesi gerekir. Oldukça nadir, önlenebilir bir yan etki olmakla birlikte, hasta seçimi iyi yapılmadığı zaman mortal bir yan etki olabilmektedir.

Kaynakça

1. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, Peters AL, Tsapas A, Wender R, Matthews DR; American Diabetes Association (ADA); European Association for the Study of Diabetes (EASD). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. 2012 Jun;35(6):1364-79.
2. Peters N, Jay N, Barraud D, Cravoisy A, Nace L, Bollaert PE, Gibot S. Metformin-associated lactic acidosis in an intensive care unit. Crit Care. 2008;12(6):R149.
3. Bailey CJ, Wilcock C, Day C. Effect of metformin on glucose metabolism in the splanchnic bed. Br J Pharmacol 1992; 105:1009-13.
4. Vecchio S, Giampreti A, Petrolini VM, Lonati D, Protti A, Papa P, et al. Metformin accumulation: lactic acidosis and high plasmatic metformin levels in a retrospective case series of 66 patients on chronic therapy. Clin Toxicol (Phila). 2014;52:129–35.
5. Lalau JD. Lactic acidosis induced by metformin: incidence, management and prevention. Drug Saf 2010; 33(9): 727-40.
6. Arroyo AM, Walroth TA, Mowry JB, Kao LW. The MALAdy of metformin poisoning: Is CVVH the cure? Am J Ther. 2010;17(1): 96-00.

Anahtar Kelimeler: metformin, laktik asidoz, hemodiyafiltrasyon

Artralji ve Ateş Şikayetleri Sonrası Sarkoidoz Tanısı Alan Hasta: Olgu Sunumu

Çisem Yılmaz

Osmaniye Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Sarkoidoz, non-kazeifiye granülomatöz inflamasyonla seyreden, nedeni bilinmeyen, sistemik ve kronik bir hastalıktır. En sık akciğerler olmak üzere lenfatik sistem, karaciğer göz, deri, gibi birçok organ ve doku tutulabilir. Klinikte akciğer bulguları tabloya hakim olsa da romatolojik olarak ise en sık rastlanılan bulgu artralji ve artrittir. Bu vaka sunumunda, 38 yaşında ateş ve artralji şikayeti ile başvuran ve sarkoidoz tanısı alan erkek hasta sunulmuştur.

OLGU: 38 yaşında erkek hasta, ateş, gece terlemesi, üst ve alt ekstremitte eklem yerlerinde şiddetli ağrı yakınması ile başvurdu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Yapılan fizik muayenede; tansiyon arteryel 120/75 mmHg, nabız:95/ dk, ateş 39 °C, sistem muayeneleri ise normal idi. Laboratuvar incelemesinde; tam kan sayımında; lökosit: 12.3×10^3 / u/L, hemoglobin: 12.4 g/dl, trombosit: 430×10^3 / u/L, rutin biyokimya incelemesinde; glukoz: 110 mg/dl, üre: 29.6 mg/dl, kreatinin:

0.89 mg/dl, potasyum: 4.6 mmol/l, sodyum: 138.3 mmol/l, direkt bilirubin: 0.23 mg/dl, total bilirubin: 0.90 mg/dl, gama glutamil transferaz(GGT): 140 u/l, aspartat transaminaz (AST): 70 u/L, alanin transaminaz (ALT): 123 u/L, alkalen fosfataz: 203 u/l, total protein: 6.8 g/dL, albumin: 3.6 g/dL, INR: 1.11 sedimentasyon: 49/saat idi. Periferik kan yayması incelemesinde; eritrositler normokrom normositer ve trombositler seri yeterli idi. Atipik hücre görülmedi. Karaciğer enzimlerinde yükseklik saptanması üzerine yapılan abdomen US' de; hepatomegali dışında patoloji saptanmadı. Ateş ve artralji etyolojisine yönelik bakılan viral markerları, Brucella tüp aglütinasyon testi, RF, ANA, Anti-ds DNA, Anti-SM/RNP, Anti SS-A, Anti SS-B, Anti Jo-1, Anti Scl-70, Anti-Sm negatif idi. Akciğer grafisinde ise bilateral hiler dolgunluk mevcuttu. Serum ACE düzeyi:50 u/L (8-52 u/L) geldi. Kontrastlı toraks BT incelemesinde bilateral hiluslarda konglomere görünümde en büyüğü yaklaşık 24 mm boyutunda olmak üzere multiple hipodens LAP' lar ve mediastinal bölgede en büyüğü sağ paratrakealde 15*16mm boyutunda olmak üzere paratrakeal, karinal ve preaortik alanlarda multipl LAP' lar saptandı. Hastaya bronkoskopi yapıldı ve bronkoalveolar lavajda mikobakteri kültürü ve PCR (-) geldi, sitoloji ise az sayıda lenfositler ve bronş epitel hücreleri olarak yorumlandı. Mediastinoskop ile yapılan lenf nodu (LN) biyopsi sonucu non kazeifiye granülom olarak rapor edildi ve hastaya bu verilerle sarkoidoz tanısı konuldu.1x40mg/gün prednol başlandı. Takiplerinde kliniği düzelen hasta prednol dozu azaltılarak poliklinik kontrolü ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: Sarkoidoz, non-kazeifiye granülomlar oluşturarak ilerleyen, nedeni bilinmeyen granülomatöz bir hastalık olarak

tanımlanmaktadır.Özellikle 20-40 yaş arasında pik yapar. Kadınlarda erkeklere oranla sıktır. Tanı klinik ve radyolojik bulguların histopatolojik olarak desteklenmesiyle konulur. En etkin tedavisi steroiddir, ancak hastaların önemli bir kısmında sistemik tedavi gerekmez ve prognoz iyidir. Bizim vakamızda genç erkek hasta klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde yapılan LN biyopsi sonucu ile histopatolojik olarak sarkoidoz tanısı almış olup, prednol tedavisi başlandı ve ılımlı iyileşme gözlemlendi. Sonuç olarak bu olgu artralji,ateş bulgularına ek olarak bilateral hiler dolgunluğu olan hastalarda sarkoidozun akılda tutulması gerektiği literatür bilgileri ışığında sunulmaya değer görüldü.

Anahtar Kelimeler: Ateş,Hiler Lenfadenopati, Sarkoidoz

Fatal heart failure in soft tissue sarcoma patient treated with pazopanib

[Zafer Kök](#)¹, [Oktay Halit Aktepe](#)², [Elif Vuslat Kök](#)³

¹Bolu Abant izzet Baysal University, Cardiology Department, Bolu

²Bolu Abant izzet Baysal University, Medical Oncology, Bolu

³Bolu Abant izzet Baysal University, Internal Medicine Department, Bolu

CASE: A 55 years old postmenopausal female patient with hypertension and osteoporosis was admitted to the outpatient clinic with complaints of abdominal pain and dyspeptic complaints. In the whole abdominal ultrasonography; 133x59mm hypoechoic heterogeneous appearance with cystic openings in the uterus was reported. Dynamic pelvic MRI performed for further examination revealed a giant 90x80x115 mm mass that had almost completely invaded the right half of the uterus and the righthalf of the cervix. The mass invaded the piriformis muscle, bladder neck, and rectum in the right posterior region and had multiple feeding vascular structures from the internal iliac and external iliac arteries. The mass was not suitable for surgery and uterine epithelial leiomyosarcoma was diagnosed as a result of histopathological sampling with tru-cut biopsy.

Anthracycline-based systemic chemotherapy was planned. Transthoracic echocardiography performed before chemotherapy started, left ventricular ejection fraction (LVEF) 60% was measured. In addition, there was no finding in favor of distant organ metastasis in the imagings. The patient received 6 cycles of combined adriamycin and ifosfamide chemotherapy.

Chemotherapy was finished in July 2021.

During the routine controls performed in September 2021, there were metastatic nodules in both lung parenchyma and metastatic lymph nodes in the right iliac chain on 18F-FDG PET-CT. Pazopanib was planned to be started after the development of progression was reported, and the LVEF was calculated as 60% in the echocardiography performed before the treatment. Pazopanib treatment was started with a daily dose of 800 mg.

On the 35th day of the treatment, the patient was admitted to the emergency department with complaints of weakness, shortness of breath, and cough. His fever was 37.1, his blood pressure was 110/75 mmHg, his heart rate was 120/min, spo2:97. There were moderate pretibial edema and bilateral rales in the lower and middle zones of the lung. Covid-19 pcr test was negative. Complete blood count, liver kidney thyroid function tests were normal. Electrocardiogram showed tachycardia in sinus rhythm. Pulmonary CT angiography and arterial blood gas were not compatible with pulmonary embolism. In thorax CT, pleural effusion with a width of 2,5 cm in the right hemithorax and 2 cm in the left hemithorax was observed. In the echocardiographic examination performed in the emergency department, LVEF was found to be 15%, she was hospitalized and coronary angiography was performed for newly diagnosed heart failure. LMCA: normal, LAD: normal, CX: normal, RCA: normal, RESULT: normal coronary arteries. Coronary pathologies and Covid-19 were excluded. Recently the patient did not have any medication that could cause heart failure, except pazopanib. Pazopanib treatment was immediately discontinued.

Carvedilol 6.25mg 2*1, irbesartan-hydrochlorothiazide 150/12.5 1*1, spironolactone 25 mg 1*1 was started for heart failure. Although the patient was relieved relatively symptomatically in the follow-ups, she died on the 10th day of the treatment.

CONCLUSION: When managing the use of pazopanib, physicians should be aware of the risk of cardiotoxicity and should share the cardiac risks with their patients. This highlights the importance of performing a full cardiac study before starting such treatments and during follow-up.

Keywords: cardio-oncology, fatal, heart failure, pazopanib

A rare skin infection: Primary Cutaneous Cryptococcosis

[Elif Vuslat K k](#)

Bolu Abant izzet Baysal University, Internal Medicine Department, Bolu

CASE: A 68-year-old female patient was diagnosed with Scleroderma, Diabetes and Atrial fibrillation. She uses regularly; methylprednisolone, azathioprine and apixaban. There are applications to family medicine and external hospitals for redness, pain and ulcerated lesion on the anterior surface of the right hip. Amoxicillin and ampicillin were prescribed many times with the preliminary diagnosis of cellulitis. She applied to us after his complaints and lesions did not regress and she was taken to the service. Wound culture was taken by recommendation of the dermatologist. There was growth of Cryptococcus neoformans in culture. Surgical + medical treatment was planned for the patient as treatment. Debridement was performed and amphotericin-b was started medically.

CONCLUSION: In this case, we want to emphasize that c.neoformans may be responsible for unexplained and persistent skin lesions, and that wound culture should be taken immediately and treatment should be planned in cases resistant to antibiotics.

Keywords: cryptococcus, cutaneous, primary, scleroderma

Şubat 2023 Depremleri Sonrası Adıyaman İlinde Sunulan Acil Sağlık Hizmetleri Ve Entegre Mobil Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Erdoğan Öz

Adıyaman İl Sağlık Müdürlüğü

AMAÇ: 6 Şubat 2023'te Kahramanmaraş merkezli meydana gelen ve Adıyaman'da büyük yıkıma sebep olan iki büyük deprem, binlerce insanın ölümüne veya yaralanmasına sebep olmuştur. Depremler iletişim, ulaşım, elektrik, su, doğalgaz, kanalizasyon gibi tüm alt yapıya ve binalara zarar vermiş; depremzedelerin çoğu evleri yıkıldığı için çadır veya konteynerlarda barınmaya başlamıştır.

Depremin ilk anından itibaren Adıyaman'da sağlık hizmeti, afet planına uygun şekilde 7/24 kesintisiz şekilde sürdürülmüştür. Ancak çoğu kişinin araçlarını depremde kaybetmesi, toplu ulaşımında kesinti, deprem öncesinde var olan veya deprem sebebiyle oluşan engellilik gibi sebeplere bağlı hasta mobilizasyonunda güçlükler, kişilerin sağlık tesislerine ulaşmasında ciddi aksamalara yol açmıştır. Bu sebeple hem il merkezinde hem de ilçe merkezlerinde sahra hastaneleri, acil sağlık üniteleri olan tıbbi uç noktaları (TUN) açılmıştır.

Bununla birlikte, çadırların birçok dağınık lokalizasyonlarda oluşu, artçı depremlerde tek katlı binaların daha güvenilir olması sebebiyle deprem sonrası birçok kişinin kırsal alana göç etmesi; aynı alan içinde barınsalar dahi yaşlı, engelli, gebe ve lohusaların çadır veya konteyner kentlerdeki sağlık merkezlerine gitmesinin zor oluşu sebebiyle depremzedelere acil sağlık hizmetlerine entegre mobil sağlık hizmeti sunulmaya başlanmıştır. Bu çalışma, sunulan bu hizmetin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışma, tanımlayıcı tipte olup, veriler İl Sağlık Müdürlüğü veri tabanından alınmıştır. Yedi gün hizmet veren mobil sağlık ekipleri; acil sağlık, hastanelere bağlı evde sağlık, UMKE ve İlçe Sağlık

Müdürlükleri/Toplum Sağlığı Merkezleri ekiplerinden oluşturulmuştur. Ekiplerin koordinasyonu, depremin ilk 2 ayı il SAKOM tarafından, daha sonra ise Halk sağlığı Hizmetleri Başkanlığınca yürütülmüştür. Deprem öncesi evde sağlık hizmeti alan bakıma muhtaç kişiler, yaşlı, gebe, bebek, çocuk, lohusa, engelli bireyler başta olmak üzere tüm özellikli nüfus, mobil sağlık ekiplerinin hedef nüfusu olarak planlanmıştır.

Merkez ve kırsal alanlar dahil il geneli toplam 44 mobil sağlık ekibi kurulmuştur. Mobil ekipler, biri doktor; biri sağlık hizmetleri sınıfı; biri de şoför olmak üzere en az üç kişiden oluşturulmuştur. Ekipler, acil sağlık hizmetleri, muayene, aşı, gebe, bebek, lohusa izlemi, enjeksiyon, pansuman, sonda takılması vb işlemlerin yanı sıra gerekli gördükleri hastaların hastaneye sevk işlemlerini de gerçekleştirmiştir. Hane ziyareti sırasında, ekip doktoru tarafından yazılan ilaçlar ve kronik hastaların raporlu ilaçları, mobil sağlık ekiplerince ücretsiz olarak verilmiştir. Nebulizatör, tekerlekli sandalye, koltuk değneği, hasta alt bezi, çocukbezi, dezenfektan ve benzeri tıbbi cihaz ve hijyen malzemeleri ihtiyaç sahibi bireylere teslim edilmiştir. Ziyaret sırasında hastaveya hasta yakınlarının diğer kurum ve kuruluşlara ait talepleri alınıp, gün sonunda ilgili kurumlara iletilmiştir.

BULGULAR:

Deprem sonrasında 3.142'si Adıyaman, 4.722 'si il dışı ve 464'ü UMKE gönüllüsü olmak üzere toplam 8.328 sağlıkprofesyoneli görev almıştır. Bu personellerden 786'sı dönüşümlü olarak mobil sağlık ekiplerinde çalışmıştır.

Afet sağlık hizmetleri bünyesinde 246 ambulans ve 65 UMKE aracında 464 UMKE gönüllüsü ve 738 ambulans personeli; 112komuta merkezi, 4 sahra hastanesi, 18 TUN ve mobil sağlık ekiplerinde görev almıştır. İl dışına 460'ı hava yolu ve 869'u karayolu ile olmak üzere toplam 1.279 sevk yapılmıştır. TUN'larda yapılan toplam muayene sayısı 87.090'dır. Buna ilaveten 149 aile hekimliği biriminde 271.557; Ağız ve Diş sağlığı Merkezi ve il geneli tüm kamu hastanelerinde ise toplam 606.241 hasta muayene edilmiştir.

44 mobil sağlık ekibinin 24'ü acil sağlık hizmetleri (17 ambulans, 7 UMKE araçlı), 15'i hastanelere bağlı evde sağlık hizmetleri(15 hasta nakil araçlı) ve 5'i İlçe Sağlık Müdürlüğü/TSM'ye bağlı (5 araçlı) ekiplerinden oluşturulmuştur. Deprem sonrası, 3 aylık süre içerisinde toplam 44 mobil sağlık ekibi tarafından, 4.242 mahalle/köy/çadırkent/konteynerkent ziyareti gerçekleştirilmiştir. Bu ziyaretler sırasında 138.482 muayene yapılmış ve 100.552 ilaç dağıtılmıştır. 348 hasta, doktor muayenesine müteakip hastaneye sevk edilmiştir.

Toplam muayenenin 75.473'ü (%54,50) acil sağlık hizmetleri, 47.222'si (% 34,10) evde sağlık hizmetleri ve 15.787'si (%11,40) ise İlçe Sağlık Müdürlüğü ve Toplum Sağlığı Merkezleri ekipleri tarafından yapılmıştır.

SONUÇ: Deprem gibi afetlerden sonra hem sağlık tesislerinde meydana gelebilecek hasarlar, hem de kişilerin sağlık tesislerine ulaşmakta güçlük çekmesi, mobil sağlık hizmetlerinin en kısa sürede hizmete alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Mobil sağlık hizmetleri kapsamında bakılan hasta sayısının sahra hastaneleri/TUN'lardan fazla olması, bu görüşümüzü doğrular niteliktedir. Ayrıca evde sağlık hizmetleri kapsamında takip edilen hastaların klinik durumlarının deprem sonrasında kötüleşme ihtimaline karşın çok daha sık aralıklarla takip edilmesi, ancak rutin hizmet veren hastanelere bağlı evdesağlık hizmetlerinin acil, UMKE ve birinci basamak ekiplerince takviye edilmesi ile mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Deprem, mobil sağlık hizmeti, acil sağlık, evde sağlık

Kronik Kaviter Pulmoner Aspergilloz: Olgu Sunumu

[Esin Havare](#)¹, Ekrem Cengiz Seyhan²

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ

Aspergillus, hastanın bağışıklık durumuna ve yapısal akciğer hastalıklarına bağlı olarak alerjik hastalıktan invazif hastalığa kadar farklı klinik tablolara yol açabilen bir küf türüdür. Kronik pulmoner aspergilloz, özellikle kronik akciğer hastalığı olan hastalarda bildirilen lokal invaziv bir tabloya sahip bir enfeksiyondur.

OLGU

47 yaşında erkek bilinen KOAH öyküsü olan hasta 4 gündür devam eden üşüme ve titreme, sırt ağrısı şikayetleri ile dışmerkeze başvurmuş. Acil serviste çekilen toraks BT'de sağ akciğer üst lobda yaklaşık 4 cm kaviter lezyon ve sağ akciğer alt lobda yamalı buzlu cam dansitesi odaklar saptanması üzerine ileri tetkik ve tedavi amacı ile merkezimize sevk edilerek servise yatırıldı.

Yapılan fizik muayenesinde hasta kaşektik görünümde, oskültasyonda bilateral alt zonlarda ince raller duyulmaktaydı. Tetkiklerinde Hb:10.7 g/dl Hct:%31.4 MCV:85.1 fL Wbc:22.3 Neu:20.89 10e3/uL 10e3/uL Lym:0.56 10e3/uL Plt:73 10e3/uL ALT:18 U/L AST:15 U/L Üre:104 mg/dl Cre:2.54 mg/dl eGFR:29 ml/dk/1.7 Na:132 mmol/L K:3.5 mmol/L LDH:196 U/L Glu:93 mg/dl Alb:29.7 g/L pH:7.43 pCO2:33.5 mmHg HCO3:21.8 mmol/L INR:1.2 izlendi.

Hastadan alınan Covid PCR negatif sonuçlandı. Hastaya ampirik antibiyoterapi başlandı. Etiyolojiye yönelik nonspesifik balgam kültürü, balgamda ARB, tüberküloz PCR ve serum galaktomannan gönderildi, negatif sonuçlandı. Hastadan gönderilen ANCA, ANA, ENA profilinde ve kist hidatik markerlarında patoloji saptanmadı. Tanısal amaçlı yapılan bronkoskopide alınan lavaj örneğinden tüberküloz PCR, ARB, mantar kültürü, galaktomannan antijeni ve sitoloji gönderildi. Gönderilen sitolojide nonspesifik bulgular izlendi, tüberküloz PCR ve ARB negatif saptandı. Mantar kültüründe küf morfolojisinde mantar üremesi gözlenerek galaktomannan antijeni pozitif sonuçlandı.

Takiplerinde CRPSi regrese, kreatinini bazal değerlere gerileyen, platelet ve lökositleri normal aralıkta gözlenen, aktif şikayeti olmayan hasta enfeksiyon polikliniğine yönlendirilerek vorikonazol tedavisi başlandı.

TARTIŞMA

Çoğunlukla *Aspergillus fumigatus*'un neden olduğu aspergilloz, akciğerlerde en sık görülen küf enfeksiyonudur, üç ana başlıkta incelenir. *A. fumigatus*, astım ve kistik fibroz hastalarının akciğerlerinde alerjik bronkopulmoner aspergilloz (ABPA) olarak bilinen alerjik reaksiyonlara neden olabilir. İnvazif pulmoner aspergilloz (İPA); hematolojik maligniteler, kemoterapiye bağlı nötropeni vb. gibi immün baskılanma ile başvuran hastaları etkiler. Kronik pulmoner aspergilloz (CPA) ise immünokompetan veya hafif derecede immün sistemi baskılanmış ve altta yatan akciğer hastalığı (KOA, sekel tüberküloz, nontüberküloz mikobakteriyel enfeksiyonlar) olan bireyleri etkiler. Basit aspergillomadan, pulmoner aspergillozun kronik kaviter, fibrozan ve mikrovaziv formlarına kadar birbiriyle örtüşen klinik sunumlara sahip farklı CPA paternleri vardır.

Kronik pulmoner aspergillozda tedavinin amacı hayatı tehdit eden hemoptizi önlemek, semptomları ve hastanın yaşam kalitesini iyileştirmektir. Standart tedavide ilk olarak oral azoller (itakonazol, vorikonazol) verilir. Seçilmiş vakalarda, özellikle enfeksiyonun hızlı ilerlediği, tedavinin başarısız olduğu veya *Aspergillus* suşlarının azol direnci gösterdiği hastalarda kısa süreli intravenöz amfoterisin B ve ekinokandinler de kullanılabilir.

KOA gibi altta yatan akciğer patolojisi ve kaviter lezyonu olan kişilerde aspergilloma akılda tutulması gereken önemli bir tablodur. BAL örneğinden çalışılan galaktomannan antijeninin sensitivitesinin (%85) serum galaktomannan antijeni sensitivitesine (%58) göre daha yüksek olduğu da altı çizilmesi gereken bir husustur.

REFERANSLAR

Lamoth F, Calandra T. Pulmonary aspergillosis: diagnosis and treatment. *Eur Respir Rev* 2022; 31: 220114

Russo, A., Tiseo, G., Falcone, M. et al. Pulmonary Aspergillosis: An Evolving Challenge for Diagnosis and Treatment. *Infect Dis Ther* 9, 511–524 (2020)

Anahtar Kelimeler: Aspergillozis, Galaktomannan, Vorikonazol

Metastatik Rcc(Sarkomatoid Ve Rabdoid Komponent İçeren) Olguda Kutanöz Metastazın Vasküler Yolla Dağılımı

Gökhan Demirci, Berksoy Şahin

Çukurova Üniversitesi,İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı,Adana

GİRİŞ: Renal hücreli karsinom (RCC), renal neoplazmların yaklaşık % 80-85'inden sorumludur.Renal korteksten kaynaklanan RCC'ler tüm kanserlerin yaklaşık % 3,8'ini oluşturur. RCC genellikle 6. ile 8.dekat arasında görülür ve medyan tanı yaşı 64'tür. RCC erkeklerde kadınlara göre 2 kat daha fazla görülmektedir. Tanı anında vakaların yaklaşık %17'si metastatik hastalık olarak ortaya çıkmaktadır Renal hücreli karsinomların yüzde 75 şeffaf hücreli,papiller hücreli yüzde 15,kromofob hücreli yüzde 5,onkositik yüzde 3 oranında görülür.Sarkomatoid özelliklere sahip RHK, RCC'nin herhangi bir histolojik alt tipinde sarkomatoid farklılaşması görülebildiğinden ayrı bir alt tip olarak kabul edilmez.

OLGU: 54 yaşında erkek hasta 30.07.2019 yılında yan ağrısı ve hematüri şikayeti ile dış merkez başvurusunda sol radikal nefrektomi ve periaortik lenf nodu diseksiyonu yapılmış.Eylül 2019 tarihli pet ct raporunda sağ trapezius medial kesiminde fdg artışı gösteren odak ve bilateral akciğer metastazları olarak raporlanmış.Hastaya ekim 2019 da renal cell karsinomlarda tercih edilen trozin kinaz inhibitörlerinden pazopanib tedavisi başlandı.Aralık 2019 da operasyon patolojisi hastanemizde şeffaf hücreli renal hücreli karsinom,sarkomatoid ve rabdoid differansiasyon gösteren who/isup grade 4 radikal nefrektomi patolojik evresi PT3a N0 şeklinde raporlandı.Hastanın mart 2020 kontrolünde lezyonların progrese olması sebebiyle nivolumab(anti pd1) tedavisi başlandı.3 ayda bir kontrol görüntüleme ile hasta takip edildi.Mayıs 2021 tarihine kadarki tedavi sürecinde genel olarak akciğerdeki lezyonları regrese ve stabil,sağ trapez medialindeki lezyon stabil veya hafif progrese oldu.Mayıs 2021 tarihli MR raporunda sağ supraklavikular ve trapezius kas planları ile cilt altı planları invaze eden,üst servikal düzeye dek uzanan yaklaşık 21x19x15 cm çaplı malign tümöral lezyon met?tümör intratorasik ve spinal invazyon göstermemiş şeklinde raporlandı.Ağustos 2021 yılında lezyon üzerinden kanamaları olan hasta 2 kez embolizasyon işlemi yapıldı.Bu dönemde ilgili konsültasyonlarda operasyon düşünülmedi.Hasta embolizasyon işlemini takiben boyun bölgesinde yeni gelişen cilt üzeri lezyonlar ile başvurdu.Dermatolojiye konsulte edilen hasta anjiodan sonra sternuma doğru yayılan lezyonlar mevcut kutanöz metastazın vasküler yolla dağılımına bağlı düşünüldü.Hastanın tedavisi nivolumab ile devam etmekte olup kontrol MR görüntülemesinde mevcut lokalizasyondaki tümöral lezyon 17x15x9 cm multilobüle düzensiz nekroz alanları içermektedir.Ekim 2021 tarihli görüntüsü ile kıyaslandığında intratorasik lezyonlar hafif progrese ekstratorasik lezyonlar parsiyel regresedir şeklinde raporlanmıştır.

SONUÇ: Trozin kinaz inhibitörleri metastatik renal hücreli karsinom tedavisinde 1.basamakta faydası gösterilmiştir.Ancak bizim

olgumuzda olduğu gibi sarkomatoid komponent içeren olgular yanıt oranı düşüktür.Bizim olgumuzda tki altında progrese olan hastalığın immünoterapi altında stabil seyretmiştir.Ayrıca olguda gelişen kutanöz metastazın vasküler yolla dağılımı nadir bir gözlem oldu

Kaynakça1. SEER Stat Fact Sheets: Kidney and Renal Pelvis Cancer. Bethesda, MD: National Cancer Institute; Available at: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/kidrp.html>. Accessed November 9, 2018.2. Thompson RH, Ordonez MA, Iasonos A, et al. Renal cell carcinoma in young and old patients-- is there a difference? J Urol 2008; 180:1262.3. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. CA Cancer J Clin 2021; 71:7.4. Capitanio U, Montorsi F. Renal cancer. Lancet 2016;387:894–906.

Anahtar Kelimeler: tirozin kinaz inhibitörleri,anti-PD-1 monoklonal,nivolumab

Rcc Cilt Metastaz



Hipokalemik Periyodik Paralizi: Bir Olgu Sunumu

Gökhan Köker, Merve Eren Durmuş, Mehmet Mutlu Çatlı, Gülhan Özçelik
Köker, Yasin ŞahintürkSağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Antalya

GİRİŞ: Hipokalemik periyodik paralizi, epizodik hipokaleminin eşlik ettiği geri dönüşümlü kas güçsüzlüğü atakları ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Solunum sistemi kasları tutulumu durumunda ölümcül olabilir. Ailesel periyodik paralizi, tirotoksik periyodik paralizi ve sporadik periyodik paralizi gibi tipleri mevcuttur. Polikliniğimize kas güçsüzlüğü, halsizlik ve ayağa kalkarken zorlanma ile başvuran ve tetkikler sonucu hipokalemi ve paralizi tespit edilen bir olgu sunmayı planladık.

OLGU: 36 yaşında kadın hasta 1 haftadır olan son 3 günde gittikçe artan kas güçsüzlüğü, halsizlik, ayağa kalkarken zorlanma, ellerde ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanma şikayeti ile acil servise başvurdu. Özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik yoktu. Hastada bulantı, kusma, ishal, ilaç kullanımı ve alkol alımı öyküsü gibi hastanın semptomlarını açıklayacak herhangi bir özellik mevcut değildi. Fizik muayenede tansiyon: 118/84 mmHg, nabız 88/dk, ateş normaldi. Nörolojik muayenesinde; üst ekstremitede 3/5, alt ekstremitede 2/5 kas gücü kaybı tespit edildi, duyu kaybı ve patolojik refleks tespit edilmedi. Hastanın diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemelerinde; Açlık kan şekeri: 108 mg/dL, BUN: 11 mg/dL, kreatinin: 0.84 mg/dL, AST: 54 U/L, ALT: 68 U/L, sodyum: 138 mEq/L, potasyum: 2.1 mEq/L, kalsiyum: 9.3 mg/dL, magnezyum: 1.7 mg/dL, TSH: 0.89 uIU/mL, sT3: 2.56 pg/mL, sT4: 1.36 ng/dL, parathormon: 56 pg/mL olarak saptandı. WBC: 15.17/uL, Hb: 14.6 gr/dL, Hct: %42.3, plt: 421000 /u, sedim: 10 mm/saat, CRP: 3 mg/dL, arter kan gazı ve tam idrar tetkiki normal bulundu. Hastanın izole hipokaleminin olması, bakılan diğer tetkiklerinin normal olması; ilaç ve meyan kökü kullanımı gibi potasyumu düşürecek başka bir sebep olmaması üzerine hastada hipokalemik periyodik paralizi düşünüldü. Potasyum replasmanı yapıldı ve yatışının 2. gününde şikayetleri gerileyen hastanın 4. günde potasyum seviyesi normal saptandı. Hastaya asetolazomid 250 mg 2x1 başlandı ve poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Ani başlangıçlı simetrik ve/veya asimetrik kas güçsüzlüğü gelişen bir hastada hipokalemiye bağlı paralizi akla gelmelidir. Ciddi hipokalemi acil durumdur, tedavinin yanında altta yatan diğer ailevi ve hipertiroidi gibi ikincil nedenlerin araştırılması önemlidir. Bu hastalar, atakları tetikleyebilecek stres, aşırı egzersiz ve karbonhidrattan zengin beslenme gibi kolaylaştırıcı faktörler konusunda bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: hipokalemi, hipokalemik periyodik paralizi, potasyum

Dahiliye Polikliniğine Başvuran Hastada Dev Paratiroid Adenomu: Olgu Sunumu

Hatike Hançer

İç Hastalıkları Bölümü, SBÜ Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kartal, İstanbul

Ayaktan dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda saptanan insidental hiperkalseminin en sık nedeni paratiroid adenomudur ve bu tablo nadir görülmektedir. Bu klinik durum sinsi seyredebilmektedir ve hastalar genellikle farklı branşlar tarafından değerlendirilirken gözden kaçırılabilir. Bu olgu sunumunda daha önceden ellerde uyuşma şikayeti ile farklı branşlar (nöroloji, ortopedi & travmatoloji, kalp & damar cerrahisi) tarafından değerlendirilmiş ancak tanı konmamış, 55 yaşında bir kadın hastada saptanan hiperkalsemi ve dev paratiroid adenomu olgu sunumunu sunulmaktadır. Hastanın özgeçmişinde herhangi bir bilinen rahatsızlığı bulunmamakla birlikte mevcut şikayeti nedeniyle farklı tiplerde analjezik tedavi dışında da medikal tedavi almamıştır. Primer şikayetine ek olarak genel vücut yorgunluğu ve aralıklı konstipasyon tariflemekte idi. Fizik muayenesinde belirgin patolojik özellik yok idi. Hastanın merkezimizde yapılan ilk laboratuvar değerlendirmesinde serum kalsiyum seviyesi 12,2 mg/dL, serum parathormon (PTH) seviyesi de 243 ng/L olarak saptandı. Radyodiagnostik görüntülemelerde sağ-üst paratiroid bez lokasyonuna denk gelen bölgede 5-cm boyutunda kitle saptandı. Sintigrafik değerlendirmede sağ-üst paratiroid bezinde (kitlede) belirgin tutulum saptandı. Hasta için genel cerrahi konsültasyonu istendive takiplerinde genel cerrahi tarafından paratiroidektomi ameliyatı ile rezeksiyon saptandığı gözlemlendi. Birinci yıl takibin sonunda an itibarıyla hasta normokalsemik olarak seyretmektedir. Dev paratiroid adenomları ciddi hiperkalsemiye neden olabilmektedir. Görüntüleme çalışmaları (özellikle sintigrafi) ameliyat öncesi lokalizasyon saptanması ve fonksiyonel tanı için çok önemlidir. Dev paratiroid adenomları, boyutlarına rağmen cerrahi olarak çıkarıldıkları takdirde iyi bir prognoza sahiptir.

Paratiroid adenomları ile ilişkili hiperkalsemi hayatı tehdit edici olabilir, ve bu tip hastalar non-spesifik genel şikayetler ile farklı polikliniklerde tanı almadan atlanma ihtimali yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Dev Paratiroid Adenomu, Hiperkalsemi, Primer Hiperparatiroidizm

Demir Eksikliği Kliniğine Başvuran Hastalarda Çay-Kahve Tüketim Miktarları ve Demir Eksikliği ile İlişkisi

Muhammet Özbilen

Ordu Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ordu

AMAÇ: Demir eksikliği nedenlerinden biri olan çay, ülkemizde tüketim açısından dünya genelinde ilk sırada yer almaktadır. Bir diğer sıcak içecek olan ve çaya nazaran daha az tükettiğimiz kahve de demir eksikliği nedenleri arasında yer almaktadır. Bu çalışmada ise demir eksikliği kliniğine başvuran hastalar arasında çay-kahve tüketimi ve onların miktarıyla demir eksikliği arasındaki ilişki incelenmeye çalışılmıştır.

YÖNTEM: Çalışma örnekleme, Nisan 2021 ile Ağustos 2022 dönemleri arasında demir eksikliği kliniğine başvuran yetişkin erkek ve postmenopozal kadın hastalardan oluşmuştur ve veriler retrospektif olarak incelenmiştir. Demir eksikliğin yukarıda tarif edilen popülasyondaki sıklıkla nedenleri olan hemoroid ve anal fissür, bariyatrik cerrahi, gastrektomi ve bağırsak cerrahisi, çölyak hastalığı, inflamatuvar barsak hastalıkları, helicobacter pylori varlığı, malignite ve antikoagülan kullanımı çalışmanın dışlama kriterlerini oluşturmuştur. Bununla birlikte ciddi düzeyde eksik verisi olan hastalar da çalışmaya dahil edilmemiştir. İlgili dönem boyunca 484 hasta başvurusu olduğu anlaşılmış olup bu rakam ilgili kriterlerin uygulanmasından sonra 43 (kırk üç)'e düşmüş olup örneklemin son halini oluşturmuştur. Hasta dosyalarından demografik bilgiler (yaş, cinsiyet), hemogram ve demir parametreleri, çay ve kahve tüketim miktarları not edilmiştir. İçecekler, beyan edilen bardak türlerine göre ve tüketim sıklıklarıyla birlikte hesaplanarak hacim birimlerine çevrilmiştir. Kullanılan bardak hacimleri klasik çay bardağı için 125 mL, su bardağı için 200 mL, kupa için 250 mL ve kahve fincanı için 90 mL olarak kabul edilmiştir. Yine transferrin satürasyonu ve çay tüketim miktarları ordinal değişkenlere de çevrilerek veri setine eklenmiştir. Toplanan veriler bir istatistik analiz programı olan Jamovi'de işlenip analiz edilmiştir. Analiz olarak tanımlayıcı istatistikler, bağımsız örneklem t-testi, ki-kare testi ve korelasyon testleri yapılmıştır. Hemoglobinin, transferrin satürasyonu (TSAT) ve ferritin düzeylerinin cinsiyet, çay ve kahve tüketimiyle olan ilişkileri incelenmiştir.

BULGULAR: Kırk üç hastanın cinsiyet dağılımı 19'u kadın (yaş ortalaması 55.8±11.0) ve 24'ü erkek (yaş ortalaması 50.1±15.6) şeklinde olmuştur ve yaş bakımından aralarında fark görülmemiştir (p=0.163). Cinsiyet açısından bakıldığında çay tüketimi yönünden erkek hastalarda ortalama değer 1062.50 cc (0-2250) iken, kadınlarda bu rakam 250 cc (0-1625) olmuştur (p=0.046). Kahve tüketiminde ise kadınlar 82.1±95.66 cc/gün ile erkeklerden (66.8±93.98 cc/gün) daha fazla tüketmiş olup anlamlı bir farklılık göstermemiştir (p=0.602). Erkek hastalardaki TSAT ve ferritin ortalama değerleri kadınlara oranla daha düşük olmasına rağmen istatistiksel farklılık oluşturmamıştır (sırasıyla p=0.642, p=0.653). İlgili içecek tüketimlerinin biyokimyasal parametrelere olan etkisi incelendiğinde kahve açısından anlamlı bir bulgu elde edilememiştir. Fakat çayın TSAT üzerindeki olumsuz etkisi analizlere yansımıştır. Buna göre, çok çay tüketenlerde (>750 cc/gün) TSAT düzeyi, az içenlere göre anlamlı farklılık gösterirken (p=0.019), bu durum ferritin ve hemoglobinde gözlenmemiştir (sırasıyla p=0.335, p=0.800). Ek olarak çayın çok içilme durumu TSAT ile anlamlı bir korelasyon göstermiştir (r=-0.361, p=0.018). Son olarak TSAT'ın çok düşük olma durumu (<10) ile çay tüketim miktarları, ki-kare testi ile karşılaştırıldığında yine anlamlı bir fark tespit edilmiştir (X²=9.99, df=4, p=0.041). Hastaların çay tüketimlerinin TSAT'a göre ordinal dağılımları Figür-1 ile gösterilmeye çalışılmıştır.

SONUÇ: Bu çalışma, ülkemizde kahveden daha çok tüketilen çayın ve onun alınan miktarlarıyla TSAT arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Özellikle de yetişkin erkeklerde ve postmenopozal kadınlarda tipik demir eksikliği etyolojileri ekarte edildikten sonra çay tüketim miktarlarının da dikkate alınması gerektireceğini göstermektedir. Bu bulguların daha büyük örneklem gruplarında ve standardize edilmiş çay çeşitleri ve tüketim şekliyle doğrulanmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Anemi, çay, demir eksikliği, etyoloji, kahve, tüketim

Romatoid Artrit ve Trigliserid/Glukoz İndeksi İlişkisi

Oğuzhan Zengin

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Amaç

Trigliserit-glukoz indeksi, açlık trigliserit ve glukoz seviyeleri ile hesaplanan birçok hastalıkta kullanılan belirteçtir. Trigliserid/Glukoz İndeksi 'nin ateroskleroz, kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık, metabolik sendrom ile ilişkisini gösteren literatürde birçok çalışma vardır. Bazı çalışmalarda da Trigliserit-glukoz indeksinin otoimmün hastalıklarla ilişkisi incelenmiştir. Romatoid artritte bağışıklık sisteminin eklemlere saldırması nedeniyle ortaya çıkan bir otoimmün hastalıktır. Çalışmamızda romatoid artrit tanısı olan erişkinlerde romatoid artrit ile Trigliserit-glukoz indeksi arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Gereç ve Yöntemler

Araştırmamız retrospektif, tek merkezli, gözlemsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmaya Ankara Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Servisi ve polikliniğinde takip edilen 18 yaş üstü 24 Romatoid Artrit hastası ve 23 herhangi bir romatolojik hastalığı olmayan kontrol grubu dahil edildi. Çalışmamızda her iki grupta hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği dışlandı. Ayrıca her iki grupta 6 adet diyabet hastası mevcuttu. Çalışmamızda elde edilen laboratuvar değerleri romatoid artrit ve kontrol gruplarıyla karşılaştırılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS versiyon 25.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir.

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı analizler sunulurken ortalama, standart sapma kullanılmıştır. İki grup değerlendirilirken bağımsız t testi ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular

Çalışmamızda kontrol ($36,09 \pm 14,21$) ve romatoid artrit ($67 \pm 12,89$) grupları arasında yaş dağılımı istatistiksel olarak anlamlılık göstermekteydi. $p < 0,001$ Çalışmaya dahil edilen gruplar arasında açlık glukoz kontrol grubunda $86,83 \pm 9,03$, romatoid artrit grubunda $122,25 \pm 47,75$ ($p = 0,002$). HDL kontrol grubunda $52,48 \pm 19,97$, romatoid artrit grubunda $38,38 \pm 15,8$ saptandı. ($p = 0,010$) Kontrol grubunda Trigliserid/Glukoz İndeksi $8,2 \pm 0,4$ saptanırken romatoid artrit grubunda $8,7 \pm 0,57$ olarak saptandı. ($p = 0,01$) Kontrol grubunda yaş, Glukoz ve Trigliserid/Glukoz İndeksi daha düşük iken HDL daha yüksekti.

Sonuçlar

Çalışmamız Trigliserid/Glukoz İndeksi 'nin romatoid artrit ilişkisi gösteren ilk çalışmalardandır.. Trigliserid/Glukoz İndeksi 'nin ateroskleroz, kalp yetmezliği, serebrovasküler hastalık, metabolik sendrom ile ilişkisini gösteren literatürde birçok çalışma vardır.Ayrıca literatürde IgA nefropatisi, Anca ilişkili vaskülit gibi otoimmüniteyle ilişkili bazı çalışmalarda Trigliserid/Glukoz İndeksi incelenmiştir. Wang ve arkadaşlarının romatoid artrit tanılı hastalarda Trigliserid/Glukoz İndeksi ve romatoid faktörün kardiyovasküler hastalık arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışma Romatoid artrit popülasyonunda, TyG indeksi ve romatoid faktörün kardiyovasküler hastalık riskini belirlemede beraber kullanılmasını önermektedir. Bizde bu çalışmada farklı olarak bir otoimmünite hastalık olan Romatoid artritte Trigliserid/Glukoz İndeksi 'ni inceledik.

Wang ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sadece romatoid artrit tanısı olan hastaları içermektedir.Bizde bu çalışmadan farklı olarak Trigliserid/Glukoz İndeksi'ni romatoid artrit ve kontrol grubuyla karşılaştırdık. Romatoid artrit hastalarında Trigliserid/Glukoz İndeksi'nin kontrol grubuna göre yüksek saptadık.

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar mevcuttu.Gruplar arasında yaş dağılımının homojen olmaması,romatoid arriti olan grupta açlıkglukoz değerinin istatistiksel olarak daha yüksek olması, her iki grupta eşit sayıda diyabet hastası olmasına rağmen kan şekeri regülasyonlarının farklı olması, hasta sayısının az olması çalışmamızın kısıtlılıklarıydı.

Sonuç olarak Trigliserid/Glukoz İndeksi romatoid artrit olan hastalarda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı saptadık.Romatoid arriti tanısı olan hastalarda Trigliserid/Glukoz İndeksi' nin literatürde ilişkisi saptanan hastalıklar açısından dikkatli izlenmesini önermekteyiz. Ayrıca farklı otoimmünite hastalıklarda Trigliserid/Glukoz İndeksi ile ilişkisine yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit,Trigliserit-glukoz indeksi,Otoimmünite,inflamasyon

Romatoid artrit ve Kontrol grubu arasında demografik ve laboratuvar bulgularının karşılaştırılması.

Kontrol grubunda yaş, Glukoz ve Trigliserid/Glukoz İndeksi daha düşük iken HDL daha yüksektir.

Tablo 1

		Hashimoto	Ra	Total	p ¹
		Ort±s.s.	Ort±s.s.	Ort±s.s.	
Cinsiyet	Kadın	13 (56,52)	19 (79,17)	32 (68,09)	0,096 ²
	Erkek	10 (43,48)	5 (20,83)	15 (31,91)	
Yaş		36,09±14,21	67±12,89	51,87±20,58	<0,001
HGB		13,17±2,33	12,45±1,53	12,8±1,98	0,216
LDL		98±28,67	83,88±33,51	90,79±31,71	0,128
HDL		52,48±19,97	38,38±15,8	45,28±19,14	0,010
NON HDL		115,87±31,53	106,46±35,59	111,06±33,64	0,343
TRİGLİSERİD		90,48±33,33	112,38±42,32	101,66±39,36	0,056
GLUKOZ		86,83±9,03	122,25±47,75	104,91±38,72	0,002
TRİGLİSERİD/GLUKOZ İNDEKSİ		8,2±0,4	8,7±0,57	8,46±0,55	0,001

¹Bağımsız T Testi ²Ki-Kare Testi

Kontrol grubunda yaş, Glukoz ve Trigliserid/Glukoz İndeksi daha düşük iken HDL daha yüksektir.

Deprem İli Adıyaman'da Afet Sonrasında Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Su Sanitasyonu

Osman Küçükkelepçe

Adıyaman İl Sağlık

Müdürlüğü

AMAÇ: 6 Şubat 2023 tarihinde meydana gelen depremde binlerce ifade edilen can kayıpları yaşanmış, sakinlerinin önemli bir kısmı bedensel ve ruhsal travmalara maruz kalmıştır. Depremde yapıların önemli bir kısmı hasar görmüş sağlık hizmetlerine ait kamu binaları etkilenmiştir. Çalışmada yaşanan depremler sonrasında birinci basamak sağlık hizmetlerinin kaç personelle yürütülebildiği, aile sağlığı merkezlerinin(ASM) hizmet verebilme durumu ve su sanitasyonunun ne kadar sağlanabildiğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmada depremde hasar gören birinci basamak sağlık hizmeti veren binalardan hasar görenlerin ne kadarının tadil edildiği ne kadarının kullanılmaz durumda olduğu, bu sağlık tesislerinde hangi hizmetlerin verildiği değerlendirilmiştir. Çadır ve konteyner kentlerde sunulan poliklinik hizmetleri de değerlendirme kapsamına alınmıştır. İçme suyu sanitasyonunun nasıl ve ne kadar sağlanabildiği değerlendirilmiştir. İçme suyunun mikrobiyolojik analizi ve bakiye klor ölçümleri baz alınmıştır. 0.3-0.5 arası bakiye klor değeri normal kabul edilmiştir. Ayrıca bu hizmetlerin il dışından görevlendirme ile desteğe gönderilen ve ilden kaçır personel ile yürütüldüğü değerlendirilmiştir.

BULGULAR: İl genelinde hizmet veren 86 ASM'nin 13'ü(%15) kullanılmaz hale gelmiştir. 73(%85) ASM tadilat ile kullanılabilir hale gelmiştir. 8(%9) ASM konteyner tahsis edilerek, 3(%3.5) ASM ise geçici olarak başka bir binada hizmete açılmıştır. 2 ASM ise halen hizmet vermemektedir. Kullanılmaz hale gelen ASM'lerin 6'sı Merkez ilçede, 2'si Besni'nda, 2'si Kahta'da, 2'si Sincik'te, 1'i Gölbaşı'nda bulunmaktadır. ASM'ler dışında 8 Çadır kent, 3 Konteyner kent olmak üzere 11 noktada sağlık hizmet verilmektedir. Bu noktaların tümü Merkez ilçede bulunmaktadır. Bunların dışında aile hekimlerinin hizmet sunduğu Merkez, Besni ve Gölbaşı ilçelerinde birer adet sağlık hizmet noktası bulunmaktadır. Depremi ilk günlerinden itibaren ASM'lerde

271.557 kişi, sağlık hizmet noktalarından 61.528 kişi hizmet almıştır. ASM ve hizmet noktalarında depremin ilk günlerinden itibaren veriler toplanmaya ve surveyans çalışmalarına başlanmıştır. Depremi başından beri il genelinde döküntülü hastalık vakası yaşanmamıştır. İshal ve solunum yolu hastalıklarının da takibi yapılmaktadır. ASM'lerde 149 aile hekimi ve 141 aile sağlığı çalışanı, Çadır/konteyner kentlerde 14 hekim ve 13 sağlık personeli görev yapmaktadır.

Su sanitasyonu çadır kentlerde kurulan su depolarının klorlanma işlemi ile başlamış, su alt yapısının onarılması ile birlikte şehirsuyu da klorlanmaya başlanmıştır. Bakiye klor ölçümlerinde sürecin başından beri yapılan ölçümlerin il genelinde %19.89'u yetersiz tespit edilmiştir. Bu oran Merkez ilçede %11.41, Besni'de %20.60, Çelikhane'da %21.61, Gerger'de %19.71, Gölbaşı'nda %49.96, Kahta'da %12.88, Samsat'ta % 6.67, Sincik'te %72.45, Tut'ta %13.64 olarak gerçekleşmiştir. Şu anda il geneli bakiye klor ölçümlerinin %86'sı yeterli olarak tespit edilmektedir. Mikrobiyolojik analizlerde ise sürecin başından beri alınan numunelerde %41.37 oranında uygunsuzluk tespit edilmiştir. Bu oran Merkez ilçede %35.60, Besni'de %45.54, Çelikhane'da %64.42, Gerger'de %67.53, Gölbaşı'nda %41.02, Kahta'da %40.18, Samsat'ta %38.82, Sincik'te %50.67, Tut'ta

%44.93 olarak gerçekleşmiştir. Şu anda mikrobiyolojik analizler bakiye klor ölçümleri ile paralel olarak %85-90 arasında uygunseyretmektedir. Su sanitasyonu hizmetleri ilde bulunan 28 çevre sağlığı teknisyeni ve il dışından gelen 7 çevre sağlığı teknisyeni ile yürütülmektedir.

SONUÇ: Deprem sonrasında hasar görmüş binaların çoğu aktif hale getirilmiş ancak alt yapı problemi sebebiyle içilebilir su temini için şehir suyu hala güven vermemektedir. Nitekim yapılan analizlerde mikrobiyolojik uygunsuzluk halk sağlığı açısından kabul edilebilir değildir. Hizmetlerin çoğu ilin kendi personeli ile yürütülmektedir ve ilde henüz döküntülü hastalık görülmemiş olması hizmetin verimliliğini ve bağışıklama hizmetlerinin çoğunlukla devam ettiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Afet tıbbı, koruyucu sağlık hizmetleri, su sanitasyonu.

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda hipotalamo-hipofizer-gonadal aks hormonları ile seksüel fonksiyonun ilişkisinin değerlendirilmesi

[Sakine Damla Açikel Yüksel](#)¹, [Sibel Gulcicek](#)²

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nefroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Cinsel İşlev Bozukluğu (CİB) dünya genelinde her 3 kişiden 1'nin yaşadığı bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünyada olduğugibi Türkiye'de de CİB sık görülmektedir. Kronik böbrek yetmezlikli (KBY) hastaları, biyomedikal, psikolojik, sosyal ve kişilerarası faktörlerin bir arada bulunması sebebiyle artan CİB riski altındadır. CİB, normal popülasyona göre KBY'li hasta popülasyonunda daha sık görülmektedir.

Çalışmamızda KBY hastalarında CİB'nin normal popülasyon ile karşılaştırılması ve KBY hastalarındaki CİB'in etiyojisi araştırılması amaçlanmış olup cinsiyet, yaş, body mass indexi, glomerül filtrasyon hızı (GFR), KBY'e sekonder gelişen faktörler (anemi, asidoz, üremi, hiperfosfatemi), ilaç kullanımı, ek hastalık varlığı, hipotalamo hipofizer gonadal aks etkileyen hormonlar, depresyon ve çift uyumu arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: 11 Mayıs 2022 tarihi ile 11 Mart 2023 aralığındaki İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji polikliniğine ayaktan başvuran 18-65 yaş aralığı renal replasman tedavisi almayan cinsel aktif 101 KBY hastası (49 erkek, 51 kadın yaş ortalamaları 50,1±10,6), kontrol grubu KBY tanısı olmayan cinsel aktif 50 kontrol hastası (19 erkek, 31 kadın yaş ortalamaları 40,2±12,6) prospektif olarak dahil etme/hariç tutma kriterlerine göre dahil edildi. Hastaların başvurularında boy, kilo, vücut kitle indeksi, sistolik ve diyastolik kan basınçları ölçülerek kaydedildi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Djatic Çift Uyum Ölçeği (DÇUÖ) her hasta için ayrıntılı olarak dolduruldu. Her iki grupta da 8-12 saat açlık sonrası rutin nefroloji takip tetkikleri ve dehidroepiandrosteron(DHEAS), folikül stimüle edici hormon(FSH), luteal hormon(LH), prolaktin (PRL), östradiol, progesteron, total ve serbest testosteron tetkik kanları alındı.

BULGULAR: KBY'li popülasyonda, sağlıklı popülasyona göre serum PRL, LH seviyelerinde artış; serum DHEAS seviyelerinde anlamlı azalma tespit edilmiştir. Her iki grup arasında BDÖ, ACYÖ anlamlı ($p>0.05$) farklılık göstermemiştir. Vaka grubunda DÇUÖ kontrol grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha düşük bulunmuştur. 101 KBY hastasının % 85.1'inde, kontrol grubunun %78'inde CİB olduğu tespit edilmiştir. Kadın cinsiyette KBY'li popülasyonda CİB oranı, sağlıklı popülasyona göre anlamlı olarak yüksek olarak bulunmuştur. KBY'li popülasyonda depresyon oranı %24.8, sağlıklı popülasyonda ise depresyon oranı %24 olarak bulunmuştur. KBY'li hastalardaki CİB ile depresyon arasındaki ilişki anlamlı olarak bulunmuş olup CİB olan hasta grubunda BDÖ puanı düşük bulunmuştur. KBY'li hastalardaki CİB olan grupta DÇUÖ >98 olan hasta oranı CİB olmayan grubundan anlamlı ($p<0.05$) olarak daha yüksek olarak bulunmuştur.

- SONUÇ: KBY hastalarındaki CİB etiyolojisinde KBY'ye sekonder gelişen komplikasyonlar rol oynamakta olup artan FSH, LH, paratiroid hormonu (PTH), fosfor(P) ve eşlik eden hemotokrit düşüşü ile ilişkili bulunmuş olup kadın cinsiyet önemli risk faktörlerinden biri olarak kabul edilmektedir. KBY hastalarında fizyolojik etkilerin yanı sıra psikojenik faktörler, sosyoekonomik düzey ve çift uyumu cinsel işlev fonksiyon değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulmalıdır. KBY hastalarında CİB etiyolojisinin multifaktöriyel olduğu unutulmamalıdır. Doğru tanı, hastalığın tedavisini kolaylaştıracak ve hayat standartında yükselme sağlayacaktır.
-
- **Anahtar Kelimeler:** cinsel işlev bozukluğu, çift uyumu, erektil disfonksiyon, depresyon, kronik böbrek yetmezliği

TABLÖLER

Tablo 1: Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Demografik Özellikleri

		Min-Mak	Medyan	Ort±ss/n-%
Yaş		20 - 65	49	47 ± 12
Cinsiyet	Erkek			68 45.0%
	Kadın			83 55.0%
Boy		150 - 190	168	168 ± 9
Kilo		45 - 118	76	79 ± 15
BMI		16 - 45	27	28 ± 5
	< 18.5			2 1.3%
	18.6-25			45 29.8%
	25-30			59 39.1%
	>30			45 29.8%
Sistolik Kan Basıncı		90 - 180	125	127 ± 19
Diastolik Kan Basıncı		60 - 100	80	80 ± 10
Sigara Kullanımı	(-)			87 57.6%
	(+)			64 42.4%
Alkol Kullanımı	(-)			113 74.8%
	(+)			38 25.2%
Menstrüal siklus	Postmenapozal			47 56.6%
	Premenapozal			36 43.4%
DM	(-)			108 71.5%
	(+)			43 28.5%
ACEİ-ARB kullanımı	(-)			71 48.6%
	(+)			75 51.4%
	Bilgi Yok			5
BDÖ		0 - 32	12	12 ± 6
Depresyon	Minimal			63 41.7%
	Hafif			51 33.8%
	Orta			36 23.8%
	Şiddetli			1 0.7%
ACYÖ		5 - 30	15	16 ± 5
ACYÖ	≥11			125 82.8%
	<11			26 17.2%
DÇUÖ		38 - 135	108	103 ± 19
DÇUÖ	≤ 98			51 33.8%
	> 98			100 66.2%

Tablo 2: Vaka-Kontrol Grubunda Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p
		Ort ± ss/n-%	Medyan	Ort ± ss/n-%	Medyan	
Yaş		40.2 ± 12.6	37.5	50.1 ± 10.6	51.0	0.000 ^m
Cinsiyet	Erkek	19	38.0%	49	48.5%	0.222 ^{X²}
	Kadın	31	62.0%	52	51.5%	
Boy		167.7 ± 9.6	169.0	167.7 ± 9.0	168.0	0.994 ^m
Kilo		74.7 ± 14.5	75.0	80.9 ± 15.4	80.0	0.034 ^m
BMI		26.6 ± 4.9	26.3	28.8 ± 5.5	28.1	0.020 ^m
BMI	< 18.5	1	2.0%	1	1.0%	0.016 ^{X²}
	18.6-25	21	42.0%	24	23.8%	
	25-30	16	32.0%	43	42.6%	
	>30	12	24.0%	33	32.7%	
Sigara Kullanımı	(-)	26	52.0%	61	60.4%	0.326 ^{X²}
	(+)	24	48.0%	40	39.6%	
Alkol Kullanımı	(-)	33	66.0%	80	79.2%	0.078 ^{X²}
	(+)	17	34.0%	21	20.8%	
DM	(-)	45	90.0%	63	62.4%	0.000 ^{X²}
	(+)	5	10.0%	38	37.6%	
ACE ARB	(-)	41	91.1%	30	29.7%	0.000 ^{X²}
	(+)	4	8.9%	71	70.3%	

^m Mann-whitney u test / ^{X²} Ki-kare test

Tablo 3: Vaka-Kontrol Grubunda BDÖ, ACYÖ, DÇUÖ Karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Vaka Grubu		p	
	Ort ± ss/n-%	Medya n	Ort ± ss/n-%	Medya n		
BDÖ	12.6 ± 6.2	12.0	11.8 ± 6.5	11.0	0.449	^m
Depresyon şiddeti						
Minimal	18	36.0 %	45	44.6 %	0.919	^{x²}
Hafif	20	40.0 %	31	30.7 %		
Orta	12	24.0 %	24	23.8 %		
Şiddetli	0	0.0%	1	1.0%		
ACYÖ	15.2 ± 5.1	14.0	16.1 ± 5.2	15.0	0.147	^m
ACYÖ ≥11	39	78.0 %	86	85.1 %	0.274	^{x²}
ACYÖ <11	11	22.0 %	15	14.9 %		
DÇUÖ	107.8 ± 17.7	114.0	100.8 ± 18.7	105.0	0.005	^m
DÇUÖ ≤ 98	12	24.0 %	39	38.6 %	0.074	^{x²}
DÇUÖ > 98	38	76.0%	62	61.4 %		

^m Mann-whitney u test / ^{x²} Ki-kare test

Tablo 4: CİB Olan ve Olmayan Grubun Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması

		ACYÖ ≥11(CİB Olan)		ACYÖ <11(CİB Olmayan)		p
		Ort ±ss/n-%	Medyan	Ort ±ss/n-%	Medyan	
Yaş		50.0 ± 11.0	51.0	50.7 ± 8.0	53.0	0.943 ^m
Cinsiyet	Erkek	35	40.7%	14	93.3%	0.000 ^{X²}
	Kadın	51	59.3%	1	6.7%	
Boy		166.9 ± 9.3	165.0	172.4 ± 4.7	174.0	0.013 ^m
Kilo		79.7 ± 15.3	77.0	87.6 ± 14.6	83.0	0.061 ^m
BMI		28.6 ± 5.6	27.7	29.5 ± 5.4	28.4	0.613 ^m
BMI	< 18.5	1	1.2%	0	0.0%	0.267 ^{X²}
	18.6-25	22	25.6%	2	13.3%	
	25-30	35	40.7%	8	53.3%	
	>30	28	32.6%	5	33.3%	
Sistolik Kan Basıncı		134.8 ± 17.0	130.0	130.3 ± 12.3	130.0	0.458 ^m
Diastolik Kan Basıncı		83.1 ± 7.3	80.0	84.3 ± 6.2	85.0	0.365 ^m
Sigara Kullanımı	(-)	55	64.0%	6	40.0%	0.080 ^{X²}
	(+)	31	36.0%	9	60.0%	
Alkol Kullanımı	(-)	71	82.6%	9	60.0%	0.047 ^{X²}
	(+)	15	17.4%	6	40.0%	
Menstrual Dönem						
Postmenapozal		35	68.6%	1	100%	1.000 ^{X²}
Premenapozal		16	31.4%	0	0.0%	
DM	(-)	52	60.5%	11	73.3%	0.342 ^{X²}
	(+)	34	39.5%	4	26.7%	
ACE ARB	(-)	28	32.6%	2	13.3%	0.133 ^{X²}
	(+)	58	67.4%	13	86.7%	

^m Mann-whitney u test / ^{X²} Ki-kare test (Fischer test)

Tablo 5: CİB Olan ve Olmayan Grubun BDÖ, Depresyon ve DÇUÖ Karşılaştırılması

	ACYÖ ≥11(CİB Olan)		ACYÖ <11 (CİB Olmayan)		p
	Ort ±ss/n-%	Medyan	Ort ±ss/n-%	Medyan	
BDÖ	12.8 ± 6.1	12.0	6.1 ± 5.7	5.0	0.000 ^m
Depresyon					
Minimal	32	37.2%	13	86.7%	0.079 ^{X²}
Hafif	30	34.9%	1	6.7%	
Orta	23	26.7%	1	6.7%	
Şiddetli	1	1.2%	0	0.0%	
DÇUÖ	98.0 ± 18.2	101.0	117.1 ± 12.6	119.0	0.000 ^m
DÇUÖ	≤ 98	38	44.2%	1	0.006 ^{X²}
	> 98	48	55.8%	14	

^m Mann-whitney u test / ^{X²} Ki-kare test (Fischer test)

Tablo 6: CİB Olan ve Olmayan Grubun Biyokimyasal Parametrelerle Karşılaştırılması

	ACYÖ ≥11(CİB Olan)		ACYÖ <11(CİB Olmayan)		p
	Ort ±ss/n-%	Medyan	Ort ±ss/n-%	Medyan	
Glukoz	128.8 ± 67.6	106.0	113.5 ± 18.7	108.0	0.615 ^m
Üre	62.2 ± 47.9	39.9	39.1 ± 10.0	40.9	0.223 ^m
Kreatin	1.9 ± 1.8	1.2	1.5 ± 0.4	1.5	0.385 ^m
EGFR	55.7 ± 30.1	58.5	57.6 ± 19.0	55.0	0.879 ^m
Ürik Asit	6.5 ± 1.8	6.3	6.5 ± 1.9	7.3	0.963 ^t
T Protein	70.0 ± 6.8	71.7	68.8 ± 7.3	70.0	0.535 ^m
Albumin	43.6 ± 5.8	45.0	43.2 ± 6.3	44.0	0.632 ^m
CA	9.3 ± 0.8	9.5	9.3 ± 0.4	9.2	0.642 ^m
NA	139.6 ± 2.7	140.0	139.5 ± 3.8	140.0	0.648 ^m
P	3.7 ± 1.0	3.5	2.9 ± 0.7	3.2	0.007 ^m
CRP	5.8 ± 7.6	2.6	2.7 ± 2.5	2.0	0.281 ^m
PTH	101.3 ± 76.9	79.0	57.7 ± 26.5	48.9	0.036 ^m
Sİ P/K	978.5 ± 1567.4	209.0	1587.9 ± 3004.8	235.0	0.710 ^m
Hematokrit	37.2 ± 6.2	37.4	43.0 ± 3.8	44.0	0.001 ^t
WBC	7.5 ± 2.3	7.5	7.9 ± 1.7	7.5	0.465 ^m
PLT (x10 ³)	271.6 ± 74.9	268.5	268.8 ± 59.4	269.0	0.893 ^t
Total Testesteron	4.1 ± 1.8	4.0	5.5 ± 3.1	4.6	0.143 ^m
Serbest Testesteron	17.3 ± 8.0	16.5	22.0 ± 5.9	20.5	0.069 ^t
DHEAS	166.3 ± 117.6	141.0	203.4 ± 118.9	190.0	0.145 ^m
PRL	16.0 ± 15.5	12.0	12.8 ± 8.2	11.0	0.722 ^m
Estradiol	51.7 ± 69.1	17.0	43.3 ±	43.3	0.526 ^m
Progesteron	1.9 ± 5.3	0.2	0.8 ±	0.8	0.231 ^m
FSH	34.6 ± 40.8	8.0	11.4 ± 17.6	5.8	0.021 ^m
LH	25.1 ± 26.3	12.5	10.8 ± 17.2	6.8	0.003 ^m

^t Bağımsız örneklem t test / ^m Mann-whitney u test

Adıyaman'da Ekstrapulmoner Tüberküloz Hastalarının Epidemiyolojik ve Klinik Tutulumlarının Yıllara Göre Dağılımı

Sefer Aslan¹, Hakan Sezgin Sayiner²

¹Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Adıyaman

²Adıyaman Üniversitesi Tıp Fak. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D, Adıyaman

Amaç

Tüberküloz (TB), günümüzde ciddi bir küresel halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Olguların çoğunluğunu akciğer tüberkülozu (PTB) oluşturmakla birlikte; lenf düğümleri, kas ve iskelet sistemi, gastrointestinal sistem, meninksler vb. gibi diğer organ ve organ sistemlerinin etkilenmesi ekstrapulmoner tüberküloz (EPTB) olarak sınıflandırılır.

EPTB, insanlarda tüm TB vakalarının %15 ile %20'sini oluşturur ve bu sayının son on yılda arttığı bildirilmektedir. EPTB tanısında tüberkülin deri testi, interferon gama salınım testi, polimeraz zincir reaksiyonu, aside dirençli basil aranması (ARB), radyolojik görüntüleme, kültür (altın standart) yöntemleri kullanılmaktadır. EPTB'nin tanı, tedavi ve takibinde; hemen hemen tüm organlarda görülebilmesi, oldukça geniş klinik belirtiler yelpazesine sahip olması, vücut sıvılarını etkilemesi ve vücutta erişimi zor bölgelere yerleşmesi nedeni ile zorluklar yaşanmaktadır. Tanısında ve takibinde yaşanan bu zorluklar nedeni ile EPTB vakalarının tespit edilenden daha fazla olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı önemli bir halk sağlık sorunu olan ekstrapulmoner tüberküloz vakalarının Adıyaman'da 2012-2022 yılları arasındaki organ tutulumlarının dağılımının, demografik özelliklerinin gösterilmesi ve epidemiyolojik değerlendirme yapılarak bu hastalığın önemine dikkat çekmektir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya 2012-2022 yılları arasında polikliniğimize başvuran hastalardan EPTB tanısı alan 144 hasta dahil edilerek retrospektif olarak incelenmiştir. EPTB tanısında aşağıda belirlenen kriterlerden en az birinin tespit edildiği olgular kabul edilmiştir:

Ekstrapulmoner odaktan alınan materyalin (periton sıvısı, idrar, mide suyu, lenf bezi ponksiyon materyali, vb) direk bakıda asidorezistan basil (ARB) görülmesi veya kültüründe üremesi, PPD testinin pozitif olması, PPD sonucunda endürasyon çapı BCG skarı olmayanlarda 10 mm ve üzerinde olması, BCG skarı olanlarda ise 15 mm ve üzerinde olması pozitif olarak kabul edildi.

EPTB Olguları yaş, cinsiyet, tutulan organ veya organ sistemi oranları, yıllara göre dağılım oranları göz önünde bulundurularak incelenmiştir.

Bulgular

Çalışmanın yapıldığı 10 yıllık süre içinde 144 EPTB hastası saptandı. EPTB tanısı alan hastaların %70,8'i (102) kadın, %29,2'si (42) erkek idi. Hastaların yaşları 20 ile 88 arasında değişmekle birlikte kadınların yaş ortalaması 54,2, erkeklerin yaş ortalaması ise 55 olarak gözlemlendi. Takip edilen hastalarda 2019 ile 2021 yılları arasında ki anlamlı düşüşün COVID salgını nedeni ile hastaların hastaneye başvuramaması olarak düşünülmüştür. Saptanan olguların yıllara göre sayı dağılımı grafik 1 de belirtilmiştir.

Grafik 1: Yıllara göre EPTB hasta sayısı

Çalışmaya alınan olgulardan 81 olgunun tanısında histopatolojik inceleme kullanılırken, 7 olguda moleküler ve histopatolojik tanı, 4 olguda moleküler tanı, 3 olguda mikrobiyolojik olarak tanı konmuş, geri kalan 49 olguda ise diğer yöntemler kullanılmıştır. EPTB olgularında kullanılan tanı yöntemleri tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: EPTB tanısında kullanılan yöntemler Tanı yöntemi Hasta sayısı (n) % Histopatolojik 81 56,5
Mikrobiyolojik ve histopatolojik 3 2
Moleküler 4 2,7
Moleküler ve histopatolojik 7 4,8
Diğer tetkikler 49 34

*Diğer tetkikler: Radyolojik tetkikler, PPD, sıvı adenoazin deaminaz, lenfositten zengin sıvı vb.

Tutulan organ türlerine bakıldığında en sık %54,8 (79) oranı ile lenf bezi tutulum görülmüştür. Bunu sırasıyla kemik-eklem % 18,7(27), periton % 10,4(15), santral sinir sistemi % 4,1(6) olarak izlemiştir. Genitoüriner sistem, gastrointestinal sistem, meme ve cilt olarak ise %2,7(4) oranında görülmüştür. Olgular arasında bir tane farenks (%0,6) EPTB saptanmıştır.

Servikal tutulumlar arasında en sık servikal lenf nodları tutulmuş olup kemik eklem tutulumunda ise en sık vertebra tutulumu saptanmıştır. Olguların tutulan organ dağılımı tablo 2'de gösterilmiştir

Tablo 2: Tutulan organ ve sıklığı

Tutulan Organ(n) Hasta(n)(%) Tutulan Organ Hasta (n)(%)

Lenf Nodu 79(54,8) Kemik Eklem 27(18.7)

Servikal 53(67) Vertebra 13

Aksiller 9(11,39) Kalça 3

Mediastinal 9 (11,39) Spondilodiskit 3

İntraabdominal 6(7,59) Femur 1

Submandibular 2 (2,54) Ayak 2

Periton 15(10,4) Klavikula 1

Genitoüriner 4 (2,7) Diğer 4

over 1 Gastrointestinal 4(2,7)

Mesane 3 Meme 4(2,7)

Santral sinir sistemi 6(4,1) Cilt 4(2,7)

Farinks 1(0,6)

Grafik 2: EPTB Tutulan organ dağılımı

Sonuç

Ekstrapulmoner tüberkülozun (EPTB) belirti ve bulguları vücutta tutulan organ ve dokulara göre farklılıklar göstermektedir. EPTB vakalarının dağılımı ile ilgili epidemiyolojik veriler incelenmiştir.

EPTB olgularının alt türleri değerlendirildiğinde çalışmamızda en sık lenf nodu tutulumu saptanmıştır. Ülkemizde ve yurtdışında yapılan birçok çalışmada da plevradan sonra en sık lenf nodu tutulumunun olduğu belirtilmiştir.

Sonuç olarak lenf nodu tüberkülozu ve kemik eklem tüberkülozu EPTB'nin en sık tutulum şekilleridir. Tüberküloz sıklığının yüksek olduğu ülkemizde, tüberküloz vakalarının epidemiyolojik verilerinin ve yıllar içindeki değişimlerinin izlenmesiyle, tüberkülozun kontrol altına alınması ve yayılımının önlenmesi sağlanabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları; çalışmanın retrospektif olması, Adıyaman ili ile sınırlı olması, dosyalarda eksik verilerin olabilmesi, il dışına giden hastaların çalışma dışı bırakılması, plevra tüberküloz olgularının enfeksiyon hastalıkları polikliniğinde takip edilmemesidir.

Anahtar Kelimeler: ARB,Ekstrapulmoner Tüberküloz, Histopatoloji, Lenf Nodu

Sistemik skleroz ve otozomal dominant polikistik böbrek hastalığı olan bir hastada gelişen distalrenal tübüler asidoz

Teyfik Demir, Uğur Hatipoğlu

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Samsun

67 yaşında kadın hasta kliniğimize son bir haftadır artan halsizlik ve özellikle üst ekstremitelerin distal kas gruplarında belirgin güçsüzlük şikayeti ile başvurdu. Medikal geçmişinde 10 yıldır sistemik skleroz tanısıyla izlendiği ve uzun yıllardır otozomal dominant böbrek hastalığı nedeniyle nefroloji kontrollerine gittiğini belirten hastanın, kas ağrıları için arada non-steroidal antiinflatuar ve kabızlık için bisakodil kullanımı mevcuttu. Fizik muayenesinde tansiyon sağ koldan 125/75 mm / Hg, nabız 78 atım / dk, solunum sayısı 16/dk, ateş 36,9 °C ölçüldü. Bilinç açık ve oryantasyon-kooperasyon tamdı. Ciltte yaygın incelleme, kuruluk ve yüzde telenjiyektaziler belirgindi. Solunum muayenesinde patoloji tespit edilmedi, batin muayenesinde bilateral büyük böbrekler palpe edilebiliyor fakat ağrısızdı. Alt ekstremitelerde nabızlar açı ve kas gücü 5/5 olan hastanın bilateral üst ekstremitelerinde kas gücü 4/5 ölçüldü. Chvostek bulgusu pozitif izlendi. Laboratuvar incelemesinde glukoz 87 mg/dL, kreatinin 1 mg/dL, albumin 39.6 g/L, kalsiyum 5.1 mg/dL, fosfor 1 mg/dL, magnezyum 1.3 mg/dL, potasyum 3.4 mmol/L, parathormon 401 pg/mL, 25-OH vitamin D düzeyi 11,8 ng/mL, tam idrar analizinde idrar pH 6.5, eritrosit ve protein negatif, heralanda 35 lökosit, nitrit ve bakteri negatif, idrar dansitesi 1010, venöz kan gazı incelemesinde pH:7.32, bikarbonat 19 mmol/L, anyon gap 9 olarak saptandı. Spot idrarda elektolit incelemesinde idrar sodyum 43 mmol/L saptandı. İdrar anyon gap +4 idi. Bubulgular ışığında distal renal tubuler asidozdan şüphelenilen hastada 24 saat idrar toplanarak sitrar ekskresyonuna bakıldı.

Günlük idrar sitrar atılımı 43 mg/gün saptanan hastada; normal anyon açıklıklı metabolik asidoz, 5.5'tan büyük idrar pH değeri, pozitif idrar anyon açığı ve hipositratüri bulguları göz önüne alındığında distal tip renal tübüler asidoz tanısı konulmuş oldu. Distal renal tubuler asidozun romatolojik hastalıklarda en sık Sjögren sendromunda görüldüğü bilinse de, sistemik sklerozlu hastalarda da akla getirilmesi gerektiğini bizim vakamız klinisyenlere hatırlatmıştır. Otozomal dominant böbrek hastalığının seyrinde de bazen distal renal tubuler asidoz gelişmekte olup, bu durumun hastalığın ilerlemesine ve son dönem böbrek hastalığına yol açabilecek olmasından dolayı erken tanınması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: asidoz, hipositratüri, idrar pH

Dahiliye Polikliniğine Obezite nedeniyle Başvuran Tip 1 DM Öykülü bir Tip 2 DM Vakası

Yunus Coşkun

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği, Adana

GİRİŞ:

Mutlak insülin eksikliği ile giden Tip 1 Diyabetin tedavisinde bazal bolus insülin tedavisi kullanılmaktadır. Tip1 DM sıklıkla çocukve adölesanlarda görülmekle birlikte son yıllarda genç yetişkinlerdeki sıklığı artmakta yine son yıllarda beslenme bozukluğu ve hareket azlığı çocuklarda obeziteye sebep olmakta bu da Tip 2 DM görülme yaşını düşürmektedir.

OLGU:

37 yaşında kadın hasta, yaklaşık 20 yıldır Tip 1 DM nedeniyle takipliymiş. Hastanede yatış ve Diyabetik ketoasidoz öyküsü yoktu. Günde bir kez 26 ünite insülin detemir, günde 3 kez preprandial insülin aspart 24 ünite, günde toplam 98 ünite insülin kullanmaktaydı. 6 yıldır hipertansiyon nedeniyle ramipril 10mg kullanıyordu. Anne ve babasında Tip 2 DM öyküsü mevcuttu. Diyabetik retinopati açısından kontrollerine gitmeyen hastanın şiddetli polinöropati bulguları mevcuttu. Fizik muayenede BMI:37,6 kg/m², sol koldan ölçülen tansiyonu 134/88mmHg nabız 77/dk idi. Laboratuvar incelemesinde hemogram normal, kreatinin 0,93 mg/dl, ALT: 65 U/L, TSH: 5,57mU/L, TG: 262 mg/dl, LDL:199 mg/dl, AKŞ 274, HbA1c: 10,9 olarak ölçüldü.

İstenen Anti-GAD antikorları negatif, C-peptid: 3,87 ng/ml şeklindeydi. Kontrol C-peptid düzeyi de 3,64 ng/ml olarak ölçülen hasta hospitalize edilerek insülin infüzyonu ile kan şekerleri regüle hale getirildikten sonra uygun yaşam tarzı değişikliği uygulamaları ile pioglitazon 30mg/gün, metformin 2000mg/gün ve empagliflozin 25mg/gün, pitavastatin 4mg/gün, alfalipoik asit600mg/gün başlandı. Takiplerinde ölçülen kan şekerleri regüle seyretti. 3 ay sonraki kontrollerinde 14 kg veren ve kendini iyihisseden hastanın evde takip kan şeker düzeyleri regüle, HbA1C düzeyi 6,4 ALT:32, TG: 129 LDL:101 olarak ölçüldü.

TARTIŞMA:

Tip 1 Diyabetin tanısında mutlaka Anti-GAD, ICA ve IAA ölçülmeli, tanı dikkatle konulmalıdır. Tip 1 DM tanısında rutin olarak C-Peptid düzeylerinin ölçülmesine gerek olmasa da insülin rezervini iyi gösterdiği için Tip 2 DM ile otoimmün diyabet ayrımında yine Tip 2 DM de insülin tedavisi değerlendirilmesinde ölçülmesi çok önemlidir. Sonuç olarak; diyabet tanısı konulurken detaylı anamnez, aile öyküsü ve c-peptid düzeyi ile otoantikorların bakılması diyabetin sınıflandırılmasında ve doğru tanı ile fizyopatolojiye göre uygun tedavi planlamasında çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Tip 1 DM, Tip 2 DM, C-Peptid, Obezite

Yasemin Bozkurt Turan

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul
AMAÇ:

COVID-19 hastalığına neden olan SARS CoV-2, korona virüs ailesinden olup ciddi solunum yetmezliği oluşturan zarflı bir RNA virüsüdür. Semptomlar, virüse maruziyet sonrası 2 gün ile 2 hafta arasında ortaya çıkabilmektedir. Akciğerdeki inflamasyona sekonder olarak, gaz değişiminde bozulma ile oksijenizasyon bozulur, hipoksemi ortaya çıkar. Bu noktadan sonra solunum fonksiyonlarında hızlı bir bozulma ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle, hipokseminin başladığı dönemde ($SpO_2 < \%93$) ilk tedavi yaklaşımı oksijen tedavisi olmalıdır. Ancak bazı hastalarda erken dönemde oksijen tedavisine rağmen solunum yetmezliği gelişebilmekte ve hastanın invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı olabilmektedir. 12 haziran 2020 tarihli DSÖ raporunda COVID-19 ölüm oranı %5.6 olarak bildirilmiştir. COVID-19 hastalarında gerek enfeksiyonun şiddeti, gerekse prognoz açısından takip edilmesi gereken birtakım parametreler ön plana çıkmıştır. Bu çalışmada yoğun bakım ünitesine kabul edilmiş olan hipoksik Covid-19 hastalarının WBC, platelet, prokalsitonin, monosit, nötrofil/lenfosit oranı, troponin, proBNP, CRP, ferritin, IL-6, LDH, Rox index, pO_2/fiO_2 oranı, D-dimer, fibrinojen, laktat, spO_2 , pH, HCO_3 , BE, pO_2 ve pCO_2 değerlerinin prognoz ve mortalite üzerine etkilerinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM:

Çalışma Temmuz 2021- Ocak 2022 tarihleri arasında, Marmara Üniversitesi Hastanesi Covid Yoğun Bakım Ünitesine yatan, 18 yaş ve üzeri Covid-19 tanılı hastalarda retrospektif olarak yapıldı. Etik kurul onayı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından (No: 09.2021.807) alındı.

BULGULAR:

Hasta Klinik ve Laboratuvar Özellikleri (Tablo 1)

Hastaların medyan yaşı 70 olup %57,6'sı erkekti. Hastaların %80,2 ex idi ve yoğun bakımda medyan kalış süresi 17 gündü. Hastaların medyan Rox indeks skoru 4 idi. Hastaların %72,4 ü entübe edilmiş ve %97,6 sı pnömoni tanısı almıştı. Hastaların %77,6'sında ek hastalık vardı ve yarısından fazlasında DM, HT, KAH, KKY, AF veya KOAH ek hastalıklarından en az biri vardı. IL-6, troponin, proBNP, prokalsitonin, ferritin, pH, pCO_2 , pO_2 , sPO_2 , BE, WBC, monosit, nötrofil/lenfosit, platelet, LDH, fibrinojen, CRP, laktat, pO_2 /fiO_2 ve D-dimer Tablo 1'de sunuldu.

Sağkalım Analizi

Yoğun bakım hastalarında medyan sağkalım süresi 18 [16,5 – 19,5] gün iken, 28 günlük sağkalım olasılığı 0,29 [0,25 – 0,34]. olarak hesaplandı(Tablo 2). Yoğun bakım hastalarının Kaplan-Meier sağkalım eğrisi Şekil 1'de gösterilmiştir. Yoğun bakım hastalarında sağkalım ile ilişkili parametreleri öngören univariate Cox regression analizi Tablo 3'te sunuldu. Sağkalım süresindeki azalma yaş >70 (HR=1,92[1,53 – 2,40]), fiO2 > 0,9 (HR=1,40[1,13 – 1,75]), Rox index ≤4 (HR=1,42[1,14 – 1,77]), entübasyon dışı oksijen kaynağı kullanımı (HR=1,66[1,27

– 2,17]), komorbidite varlığı (HR=1,39[1,05 – 1,84]), prokalsitonin >1µg/L (HR=1,33[1,07 – 1,65]), sPO2 ≤ 90 % (HR=1,63[1,30 – 2,04]), pH ≤7,4 (HR=1,40[1,10 – 1,78]), HCO3 ≤23 mmol/L (HR=1,73[1,38 – 2,16]), BE ≤-1 mmol/L (HR=1,35[1,08 – 1,68]), WBC >15200 /µL (HR=1,48[1,19 – 1,84]), nötrofil/lenfosit oranı >24 (HR=1,49[1,20 – 1,85]), fibrinojen >596

mg/dl (HR=1,28[1,03 – 1,59]), CRP >102 mg/L (HR=1,51[1,21 – 1,84]) ve pO2/fiO2 oranı ≤92 (HR=1,29[1,04 – 1,61]) olması ile ilişkilendirildi (p<0,05). Yoğun bakım hastalarının sağkalımı ile ilişkili parametreleri öngören multivariate zamana bağlı Cox regresyon modeli Tablo 4'te sunulmuştur. Yapılan bu analizde sağkalımda düşüş, 70 yaş üstü hastalarla ilişkilendirilmiştir (HR=1,87[1,45 – 2,42]; p<0,001). Erkeklerin ölüm riski kadın hastalara göre 2,58 kat daha fazlaydı (HR=2,58[1,70 – 3,91]; p<0,001). Sağkalımda azalma, komorbidite olmaması ile karşılaştırıldığında komorbidite olması ile ilişkiliydi (HR=6,84[3,41 – 13,72]; p<0,001). WBC düzeyi >15200/µL olan hastalarda ölüm riski WBC düzeyi ≤15200 /µL olanlara göre 1,61 kat daha yüksekti (HR=1,61[1,25 – 2,08]; p<0,001). CRP düzeyi >102 mg/L olan hastalarda ölüm riski, CRP mg/L düzeyi ≤102 olanlara göre 1,63 kat daha fazlaydı (HR=1,63[1,23 – 2,16]; p=0,001). Rox indeks ≤4, prokalsitonin >1 µg/L, pH >7,4, BE ≤-1 mmol/L, nötrofil/lenfosit oranı >24, fibrinojen >596 mg/dl ve pO2/fiO2 oranı ≤92 ile yoğun bakım hastalarının sağkalımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı (p>0,05).

SONUÇ:

Covid-19 hastalarında yapılan univariate analizde yaş >70, fiO2 >% 90, Rox index ≤4, entübasyon dışı oksijen kaynağı kullanımı, komorbidite varlığı, prokalsitonin >1 µg/L, pH ≤7,4, sPO2 ≤ %90, HCO3 ≤23 mmol/L, BE ≤-1 mmol/L, WBC >15200 /µL, nötrofil/lenfosit oranı >24, fibrinojen >596 mg/dl, CRP >102 mg/L ve pO2/fiO2 oranı ≤92 olması sağkalım süresindeki azalma ile ilişkilendirildi.

Fakat tüm değişkenlerin eklendiği multivariate analizde, mortalite riski 70 yaş üstünde erkek hastalarda, komorbidite varlığında, WBC>15 200 /µL olduğunda ve CRP>102 mg/L olduğunda artmaktadır.

Sonuç olarak Covid-19 erkek hastalarında yaş, komorbidite, WBC ve CRP'nin mortaliteyi öngördüğü tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Covid-19,Hipoksemi,Mortalite

Figure 1. Kaplan-Meier survival estimate of the ICU patients

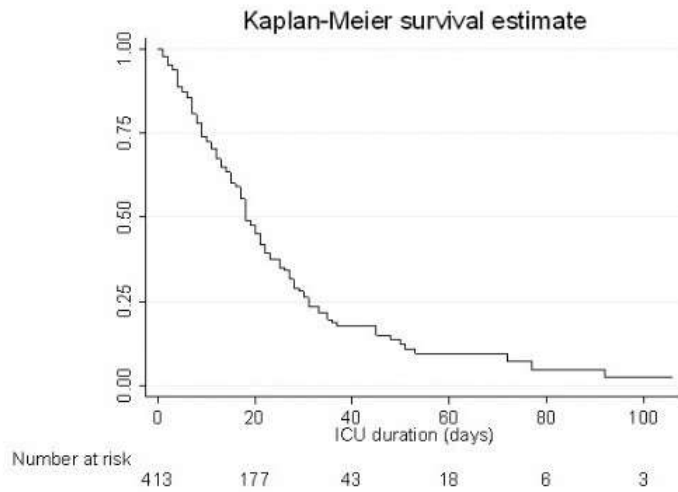


Table 1. Patient Clinical and Laboratory Parameters (n=413)

Parameter	n (%)	Mean (SD)	Median (IQR)
Age	413	67,94 (14,91)	70 (58-79)
Gender			
Male	238 (57,63)		
Female	175 (42,37)		
Status			
Alive	82 (19,85)		
Ex	331 (80,15)		
ICU duration (days)	413	20,81 (18,06)	17 (8-28)
FiO2	371	0,87 (0,14)	0,9 (0,7-1)
Respiratory rate	318	29,09 (5,67)	29 (23-33)
Box index	312	3,77 (1,21)	4 (3-5)
Oxygen use			
Nasal	3 (0,73)		
Face mask	7 (1,69)		
Reservoir mask	29 (7,02)		
HF	62 (15,01)		
NIV	13 (3,15)		
Intubated	299 (72,4)		
Diagnosis			
Pneumonia	397 (96,83)		
is SxS	3 (0,73)		
pneumonia+ malignancy	3 (0,73)		
post operation	7 (1,71)		
Comorbidity presence			
absent	79 (19,27)		
present	318 (77,56)		
unknown	13 (3,17)		
Comorbidity type			
DM, HT, KAH, KKY, AF, K	244 (59,51)		
OAH	31 (7,56)		
Demantia, Parkinson, SVO	43 (10,49)		
Other	12 (2,93)		
Unknown	80 (19,51)		
None			
IL-6 pg/ml	78	343,86 (530,13)	67 (25-344)
Troponin µg/L	379	197,54 (875,45)	56 (31-117)
ProBNP ng/L	242	3576,82	1514 (720-4098)
Procalcitonin µg/L	409	6,53 (3,17)	1 (0-3)
Ferritin µg/L	404	1686,87	1026 (558-1713)
pH	413	(3205,05)	7,4 (7,3-7,4)
pCO2 mmHg	413	7,25 (0,76)	44 (35-57)
pO2 mmHg	413	48,06 (19,73)	79 (67-105)
sO2 %	413	86,45 (29,15)	90 (85-92)
HCO3 mmol/L	413	87,82 (6,65)	23 (20-28)
BE mmol/L	413	23,81 (6,46)	-1 (-5 - 4)
WBC /µL	413	-0,94 (7,3)	15200 (10600-19500)
Monocyte /µL	413	16655,5	400 (200-700)
Neutrophil/Lymphocyte	413	(9944,1)	24 (13-49)

Platelet /µL	413	231,75 (117,34)	218 (145-302)
LDH U/L	385	778,94	574 (440-813)
Fibrinogen mg/dl	401	(1374,87)	596 (461-692)
CRP mg/L	407	581,33 (187,5)	102 (55-215)
Lactate mmol/L	413	139,45 (106,15)	3 (2-3)
pO2/iO2	371	3,26 (3,08)	92 (72-127)
D-dimer mg/L	407	101,85 (39,88)	2 (1-4)
IQR: (Q1 - Q3)		6,68 (37,17)	

Table 2. Overall survival of the ICU patients

Overall survival ^a		Number of Events	Total N
Median overall survival time (days)	18 [16,52-19,48]	331	413
28-days overall survival probability [95% CI]	0,29 [0,25-0,34]	268	413

^aKaplan-Meier survival estimate

Table 3. Univariate Cox regression

Covariate	reference	HR [95% CI]	p
Age>70	≤70	1,92 [1,53-2,40]	<0,001
Male	Female	1,22 [0,98-1,52]	0,082
fiO2>0,9	≤0,9	1,40 [1,13-1,75]	0,002
Respiratory rate>29	≤29	1,10 [0,88-1,37]	0,401
Rox index≤4	>4	1,42 [1,14-1,77]	0,002
Oxygen, other than intubation	Intubated	1,66 [1,27-2,17]	<0,001
Diagnosis			0,208
IS SVO	Pneumonia	2,07 [0,66-6,5]	0,212
Pneumonia+malignancy	Pneumonia	0,46 [0,15-1,45]	0,184
Postoperative	Pneumonia	1,91 [0,61-6,01]	0,270
Comorbidity presence			0,0453
present	absent	1,39 [1,05-1,84]	0,020
unknown	absent	1,06 [0,54-2,07]	0,868
Comorbidity type			0,0204
DM,HT,KAH,KKY,AF,KOAH	none	1,52 [1,14-2,02]	0,004
Demantia,Parkinson, SVO	none	1,14 [0,71-1,83]	0,594
Other	none	1,07 [0,7-1,63]	0,747
Unknown	none	1 [0,5-2,01]	0,997
IL>67 pg/ml	≤67	1,87 [1,29-2,71]	0,001
Troponin>56 ng/L	≤56	0,81 [0,65-1]	0,053
ProBNP>1514 ng/L	≤1514	0,96 [0,76-1,21]	0,729
Procalcitonin>1 µg/L	≤1	1,33 [1,07-1,65]	0,010
Ferritin>1026 µg/L	≤1026	1,22 [0,98-1,51]	0,081
pH≤7,4	>7,4	1,40 [1,10-1,78]	0,007
pCO2>44 mmHg	≤44	0,91 [0,73-1,13]	0,374
pO2>79 mmHg	≤79	0,91 [0,73-1,13]	0,374
sPO2≤90 %	>90	1,63 [1,30-2,04]	<0,001
HCO3≤23 mmol/L	>23	1,73 [1,38-2,16]	<0,001
BE ≤-1 mmol/L	>-1	1,35 [1,08-1,68]	0,008
Lactate>3 mmol/L	≤3	1,22 [0,97-1,53]	0,095
WBC>15200 /µL	≤15200	1,48 [1,19-1,84]	<0,001
Monocyte>400 /µL	≤400	1,06 [0,85-1,31]	0,617
Neutrophil/Lymph>24	≤24	1,49 [1,2-1,85]	<0,001
Platelet>218 /µL	≤218	1,13 [0,91-1,4]	0,279
LDH>574 U/L	≤574	1,13 [0,91-1,41]	0,271
Fibrinogen>596 mg/dl	≤596	1,28 [1,03-1,59]	0,027
CRP>102 mg/L	≤102	1,51 [1,21-1,89]	<0,001
D-dimer>2 mg/L	≤2	1,03 [0,83-1,27]	0,820
pO2, fiO2≤92	>92	1,29 [1,04-1,61]	0,022

HR: Hazard Ratio.

Table 4. Multivariate Time dependent Cox regression model (n=410)

Covariate	reference	HR [95% CI]	p
Age>70	≤70	1,87 [1,45-2,42]	<0,001
Male	Female	2,58 [1,70-3,91]	<0,001
Comorbidity			
present	absent	6,84 [3,41-13,72]	<0,001
Unknown	absent	1,07 [0,23-5,09]	0,930
ROX index≤4	>4	0,76 [0,48-1,20]	0,240
Procalcitonin>1 µg/L	≤1	1,01 [0,77-1,31]	0,956
pH>7,4	≤7,4	0,91 [0,69-1,22]	0,536
BE ≤-1 mmol/L	>-1	1,19 [0,92-1,54]	0,177
WBC>15200 /µL	≤15200	1,61 [1,25-2,08]	<0,001
Neutrophil/Lymph>24	≤24	1,14 [0,89-1,48]	0,303
Fibrinogen>596 mg/dl	≤596	1,16 [0,88-1,51]	0,288
CRP>102 mg/L	≤102	1,63 [1,23-2,16]	0,001
pO2/fiO2≤92	>92	1,09 [0,83-1,45]	0,534
<i>time dependent covariates</i>			
Male	Female	0,97 [0,95-0,99]	0,002
Comorbidity			
present	absent	0,92 [0,90-0,95]	<0,001
Unknown	absent	1,00 [0,93-1,08]	0,926
ROX index≤4	>4	1,03 [1,01-1,05]	0,004