



KONGRE ÖZET KİTABI

Prof. Dr. Arzu YAREN 4. PAMUKKALE İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ

21 Aralık 2024
Anemon Denizli Oteli



www.pamukkaleichastaliklarigunleri.org



Prof. Dr. Arzu YAREN
4. PAMUKKALE
İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ
21 Aralık 2024
Anemon Denizli Otel



İÇİNDEKİLER

DAVET [3](#)

KURULLAR [4](#)

BİLİMSEL PROGRAM [5](#)

KONUŞMA ÖZETLERİ [6](#)

- Endokrin Hastalıklarda Preoperatif Değerlendirme / Ayten Eraydın [7](#)
Erişkin Hastada Kardiyopulmoner Resüsitasyon Yönetimi / Gökhan Önder [10](#)
Yetişkinlerde ileri kardiyak yaşam desteği (ACLS) / İsmail Hakkı Akbudak [11](#)
Artritli Hastaya Yaklaşım / Murat Taşçı [12](#)

Karaciğer Hastalıklarında Preoperatif Değerlendirme / Ufuk Kutluana [13](#)

SÖZLÜ BİLDİRİLER [15](#)

- Hepatosellüler Karsinom Tanılı Hastalarda Nadir Görülen Metastazlar / Selda Çakın Ünnü [16](#)
Meme Kanseri Nadir Metastazlı Olgular / Ceren Mordağ Çiçek [17](#)
Nivolumab Tedavisi Alan Metastatik Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Prediktif Belirteç Olan PD-L1 Ekspresyonu ve Nötrofil/Lenfosit Oranının Tedavi Yanıtı Üzerine Etkisi / Taliha Güçlü Kantar [18](#)
İleri Evre Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Brigatinib İle Tedavi Edilen Hastaların Klinikopatolojik Özellikleri / Gamze Serin Özel [19](#)
Malign Melanomda Adjuvan İmmünoterapi Verilen Hastaların Klinikopatolojik Özellikleri / Bedriye Açıkgöz Yıldız [20](#)
Metabolik Sendromlu Perimenopozal Obez Kadınlarda Hormonal Ve Metabolik Değişiklikler / Ramin Alizadeh Gheshlagh [21](#)
Hiperkalseminin Az Rastlanan Bir Nedeni: Familial Hipokalsiürik Hiperkalsemi / Kamil Fatih Türker [22](#)
Lokal İleri Serviks Kanseri Kemoradyoterapi Öncesi İnflamasyon Belirteçleri Sağkalımı Öngörebilir mi? / Semra Taş [23](#)
Septik Şoktaki Hastalarda Biosky Filtre Teknolojisi Kullanımı Deneyimlerimiz / Bahriye Kanyücel [25](#)
Malignite Şüphesi ile İnterne Edilen Hastada Kist Hidatik Olgu Sunumu / Ali Himmet Çakmak [26](#)
Ateş, Hipotansiyon Ve Döküntü İle Başvuran 37 Yaş Erkek: Streptokoksik Toksik Şok Sendromu Vaka Sunumu / Hakan Yıldırım [27](#)
Subklinik Hipotiroidili Hastalarda Sol Ventrikül Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi / Taha Okan [29](#)
Tnf-alfa İnhibitörü Kaynaklı Paradoksal Psöriazis Vakası / Eda Nilüfer Coşkun [30](#)

POSTER BİLDİRİLER [31](#)

- Nazofarenks Kanseri Olgusunda Vertebroplasti Sonrası Gelişen Nadir Bir Pulmoner Emboli Nedeni; Sement Embolisi / Semra Taş [32](#)
Periton Diyalizi Hastasında Sphingomonas Paucimobilis Kaynaklı Nadir Peritonit Olgusu: Tedavi Süreci Ve Yönetim Yaklaşımları / Şerife Büşra Dayar [33](#)
Hereditör Hemorajik Telenjiektazi ve Eşlik Eden Hematolojik Malignitesi Olan Üç Olgu Sunumu / Ali Himmet Çakmak [34](#)
HCC Tanılı Hastada Nivolumab ile Uzun Süreli Progresyonsuz Sağkalım / Bedriye Açıkgöz Yıldız [36](#)
Pembrolizumab Tedavisine Yanıtlı Msi-H Metastatik Endometrium Kanseri Tanılı Olgu Sunumu / Gamze Serin Özel [37](#)
Nivolumab Tedavisi Altında Tama Yakın Yanıt İle Seyreden Metastatik Özofagus Kanseri Vakası / Ceren Mordağ Çiçek [38](#)
Trabektedin İle Gelişen Toksik Hepatit / Selda Çakın Ünnü [39](#)



Prof. Dr. Arzu YAREN
4. PAMUKKALE
İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ
21 Aralık 2024
Anemon Denizli Otelı



DAVET

Değerli Meslektaşlarımız,

Geleneksel hale getirme yolunda ilerlediğimiz ve bu yıl dördüncüsünü düzenleyeceğimiz Pamukkale İç Hastalıkları Günleri toplantısının 21 Aralık 2024 tarihinde Anemon Denizli Otelı'nde yapılması planlanmaktadır. İç Hastalıkları alanında öne çıkan konuların olgu sunumları eşliğinde tartışıldığı oturumlarda güncel bilgilerin ele alınması ve meslektaşlarımızla paylaşılması hedeflenmektedir. Ayrıca poster ve sözlü sunum oturumlarında meslektaşlarımıza çalışmalarını sunma ve tartışma fırsatı sağlanacaktır. Başta İç Hastalıkları alanında çalışmakta olan asistan ve uzman hekimlerimiz olmak üzere, bu alanda bilgilerini güncellemek isteyen tüm meslektaşlarımızı toplantımıza davet ediyoruz. Gerek bilimsel ve gerekse sosyal anlamda meslektaşlarımız arasında etkileşimi artıran doyurucu bir toplantı olmasını diliyoruz. Toplantımıza bugüne kadar göstermiş olduğunuz ilgi ve desteğin devamını bekliyoruz ve sizlerle 21 Aralık 2024 tarihinde Anemon Denizli Otelı'nde Prof. Dr. Arzu YAREN 4. Pamukkale İç Hastalıkları Günleri'nde buluşmayı diliyoruz. Düzenleme kurulu adına en içten sevgi ve saygılarımızı sunuyoruz.

Doç. Dr. Ufuk Kutluana

Dr. Öğr. Üyesi Uğur Karasu



Prof. Dr. Arzu YAREN
4. PAMUKKALE
İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ
21 Aralık 2024
Anemon Denizli Oteli



KURULLAR

Doç. Dr. Ufuk KUTLUANA

Prof. Dr. Veli ÇOBANKARA
Doç. Dr. Atike GÖKÇEN DEMİRAY
Dr. Öğr. Üyesi Ayten ERAYDIN

Prof. Dr. Mustafa YILMAZ
Prof. Dr. Veli ÇOBANKARA
Prof. Dr. Belda DURSUN
Prof. Dr. Nil GÜLER
Prof. Dr. Arzu YAREN
Prof. Dr. Gamze GÖKÖZ DOĞU
Prof. Dr. Melahat Semin FENKÇİ
Prof. Dr. Güzin FİDAN YAYLALI
Doç. Dr. Mevlüt ÇERİ
Doç. Dr. Sibel HACIOĞLU
Doç. Dr. Şenay TOPSAKAL
Doç. Dr. Davut AKIN
Doç. Dr. Mustafa ÇELİK

Sempozyum Başkanları

Düzenleme Kurulu

Bilimsel Kurul

Dr. Öğr. Üyesi Uğur KARASU

Doç. Dr. Davut AKIN
Doç. Dr. İsmail Hakkı AKBUDAK
Dr. Öğr. Üyesi Nevin ALAYVAZ ASLAN

Doç. Dr. Serkan DEĞİRMENCİOĞLU
Doç. Dr. Ufuk KUTLUANA
Doç. Dr. Gülsüm AKGÜN ÇAĞLAYAN
Doç. Dr. İsmail Hakkı AKBUDAK
Doç. Dr. Atike GÖKÇEN DEMİRAY
Doç. Dr. Burcu YAPAR TAŞKÖYLÜ
Dr. Öğr. Üyesi Başak ÜNVER KOLUMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nevin ALAYVAZ ASLAN
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ALPUA
Dr. Öğr. Üyesi Ayten ERAYDIN
Dr. Öğr. Üyesi Uğur KARASU
Dr. Öğr. Üyesi Murat YİĞİT

Prof. Dr. Arzu YAREN
4. PAMUKKALE
İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ
21 Aralık 2024
Anemon Denizli Otelı



08:45-09:00	AÇILIŞ
	ENDOKRİN HASTALIKLARDA PREOPERATİF DEĞERLENDİRME (DİYABET, TİROİD, HİPOFİZ)
09:00-09:30	Vaka Sunumu: Uzm. Dr. İbrahim Çelik Konuşmacı: Dr. Öğr. Üyesi Ayten Eraydın Oturum Başkanı: Prof. Dr. Semin Fenkçi, Prof. Dr. Güzin Fidan Yaylalı
	GERİATRİK YAŞ GRUBUNDA ANEMİ VE TROMBOSİTOPENİYE YAKLAŞIM
09:30-10:00	Vaka Sunumu: Uzm. Dr. Kayıhan Kaya Konuşmacı: Dr. Öğr. Üyesi Nevin Alayvaz Aslan Oturum Başkanı: Doç. Dr. Sibel Kabukçu Hacıoğlu, Dr. Öğr. Üyesi Başak Ünver Koluman
10:00-10:30	KAHVE ARASI
	YOĞUN BAKIM CPR ve POST, CPR BAKIM
10:30-11:00	Vaka Sunumu: Dr. Gökhan Önder Konuşmacı: Doç. Dr. İsmail Hakkı Akbudak Oturum Başkanı: Doç. Dr. İsmail Hakkı Akbudak
	KANSER HASTALIGINDA AĞRIYA YAKLAŞIM VE AKCİĞER KANSERİNİN GÜNCEL TEDAVİSİ
11:00-11:30	Vaka Sunumu: Uzm. Dr. Taliha Güçlü Konuşmacı: Doç. Dr. Burcu Yapar Taşköylü Oturum Başkanları: Prof. Dr. Gamze Gököz Doğu, Doç. Dr. Atike Gökçen Demiray
11:30-13:00	ÖĞLE YEMEĞİ
	POSTER SUNUMLARI
12:15-13:00	Oturum Başkanları: Doç. Dr. Davut Akin, Doç. Dr. Şenay Topsakal
	KARACİĞER HASTALIKLARINDA PREOPERATİF DEĞERLENDİRME
13:00-13:30	Vaka Sunumu: Uzm. Dr. Yekta Duygu Çimen Beşirli Konuşmacı: Doç. Dr. Ufuk Kutluana Oturum Başkanı: Prof. Dr. Mustafa Yılmaz, Prof. Dr. Mustafa Çelik
	GASTROİNTESTİNAL SİSTEMİ KORUMAK
13:30-14:00	Vaka Sunumu: Uzm. Dr. Kamil Enli Konuşmacı: Prof. Dr. Mustafa Çelik Oturum Başkanı: Prof. Dr. Mustafa Yılmaz, Doç. Dr. Ufuk Kutluana
14:00-14:15	KAHVE ARASI
	ARTRİTLİ HASTAYA YAKLAŞIM
14:15-14:45	Konuşmacı: Dr. Öğr. Üyesi Murat Taşçı Oturum Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Uğur Karasu, Prof. Dr. Veli Çobankara
	SPONDİLARTROPATİLER KLİNİK VE TEDAVİ
14:45-15:15	Vaka Sunumu: Uzm. Dr. Ayşenur Bayındır Konuşmacı: Dr. Öğr. Üyesi Murat Yiğit Oturum Başkanı: Dr. Öğr. Üyesi Uğur Karasu, Prof. Dr. Veli Çobankara
15:15-15:30	KAHVE ARASI
	HEPATORENAL SENDROM VE COMPLEMAN İLİŞKİLİ TROMBOTİK MİKROANJİOPATİ
15:30-16:00	Vaka sunumu: Uzm. Dr. Hülya Yorulmaz Konuşması: Doç. Dr. Davut Akin Oturum Başkanları: Prof. Dr. Belda Dursun, Prof. Dr. Mevlüt Çeri
	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU
	Oturum Başkanları: Dr. Öğr. Üyesi Nevin Alayvaz Aslan, Dr. Öğr. Üyesi Murat Yiğit
16:00-16:05	HEPATOSELLÜLER KARSİNOM TANILI HASTALARDA NADİR GÖRÜLEN METASTAZLAR - Selda Çakın Ünnü
16:05-16:10	MEME KANSERİNDE NADİR METASTAZLI OLGULAR - Ceren Mordag Çiçek
16:10-16:15	NİVOLUMAB TEDAVİSİ ALAN METASTATİK KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE PREDİKTİF BELİRTEÇ OLAN PD-L1 EKSPRESYONU VE NÖTROPİL/LENFOSİT ORANININ TEDAVİ YANITI ÜZERİNE ETKİSİ - Taliha Güçlü Kantar
16:15-16:20	İLERİ EVRE KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİNDE BRİGATİNİB İLE TEDAVİ EDİLEN HASTALARIN KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ - Gamze Serin Özel
16:20-16:25	MALİGN MELANOMDA ADJUVAN İMMUNOTERAPİ VERİLEN HASTALARIN KLİNİKOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ - Bedriye Açıkgoz Yıldız
16:25-16:30	METABOLİK SENDROMLU PERIMENOPOZAL OBEZ KADINLARDA HORMONAL VE METABOLİK DEĞİŞİKLİKLER - Ramin Alizadeh Gheshlagh
	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU
	Oturum Başkanları: Doç. Dr. Gülsüm Akgün Çağlayan, Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Alpua
16:30-16:35	HİPERKALSEMİNİN AZ RASTLANAN BİR NEDENİ: FAMILİYAL HİPOKALSİÜRİK HİPERKALSEMİ - Kamil Fatih Türker
16:35-16:40	LOKAL İLERİ SERVİKS KANSERİNDE KEMORADYOTERAPİ ÖNCESİ İNFLAMASYON BELİRTEÇLERİ SAĞKALIMI ÖNGÖREBİLİR Mİ? - Semra Taş
16:40-16:45	SEPTİK ŞOKTAKİ HASTALARDA BİOSKY FİLTRE TEKNOLOJİSİ KULLANIMI DENEYİMLERİMİZ - Bahriye Kanyücel
16:45-16:50	MALİGNİTE ŞÜPHEİ İLE İNERNE EDİLEN HASTADA KİST HİDATİK OLGU SUNUMU - Ali Himmet Çakmak
16:50-16:55	ATES, HİPOTANSİYON VE DÖKÜNTÜ İLE BAŞVURAN 37 YAŞ ERKEK: STREPTOKOKSİK TOKSİK ŞOK SENDROMU VAKA SUNUMU - Hakan Yıldırım
16:55-17:00	SUBKLİNİK HİPOTİROİDİLİ HASTALARDA SOL VENTRİKÜL FONKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ - Taha Okan
17:00-17:05	TNF-ALFA İNHİBİTÖRÜ KAYNAKLI PARADOKSAL PSÖRİAZİS VAKASI - Eda Nilüfer Coşkun
17:31-17:45	KAPANIŞ



Prof. Dr. Arzu YAREN
4. PAMUKKALE
İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ

21 Aralık 2024
Anemon Denizli Oteli

KONUŞMA ÖZETLERİ

www.pamukkaleichastaliklarigunleri.org

Endokrin Hastalıklarda Preoperatif Değerlendirme (Diyabet-Tiroid-Hipofiz)

Dr. Ayten Eraydın

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma B.D., Denizli

Endokrin hastalıklarda cerrahi öncesi değerlendirme önemlidir. Hastaların klinik durumu, kullandığı ilaçlar ve komorbiditeleri preoperatif (pre-op) risk belirlemede göz önünde bulundurulmalıdır.

Diyabet ve Cerrahi

Cerrahi büyük bir stres faktörüdür. Kontrinsüliner hormonlarda artış ve insülin duyarlılığında azalmaya neden olur. Hiperglisemi, ketoz, katabolizma artışı görülür. Per-op morbidite ve mortalite artar. Diyabetik bir hastanın pre-op değerlendirilmesinde; diyabet tipi, kullandığı ilaçlar ve dozları, hipoglisemi durumu, komplikasyonlar, glisemik durum, anestezi tipi, cerrahi tipi, cerrahi süresi ve başlangıç zamanı, aç kalma süresi sorgulanmalıdır (1). Cerrahi öncesi glukoz, kreatinin, EKG, HbA1c (3 ay içerisinde bakılmadıysa) istenmesi önerilmektedir. HbA1c'nin pre-op risk belirlenmesindeki rolü net değildir. HbA1c metabolik dekompanzasyonu belirtir fakat peroperatif (per-op) glukoz düzeylerinin cerrahi komplikasyonlarda (hastanede kalış süresi, yoğun bakım, yara yeri enfeksiyonu, MI); HbA1c düzeylerinden daha fazla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Hastaların operasyondan 3-4 gün öncesinden kan şekeri ölçümleri değerlendirilmeli, glukoz kontrolleri iyileştirilmelidir. Cerrahi mümkünse sabah saatlerinde yapılmalıdır (2,3).

Diyabetli bir hastanın pre-op değerlendirilmesinde glisemik hedefler Amerikan Diyabet Cemiyeti (ADA) per-op glukoz 80-180 mg/dl, pre-op HbA1c < %8 hedeflenmesi, elektif cerrahilerin > %8 ertelenmesi, metabolik dekompanzasyon veya KŞ > 250 mg/dl durumunda elektif cerrahilerin ertelenmesini önermektedir (2). Türkiye Endokrin Derneği (TEMĐ) ise; per-op glukoz 100-180 mg/dL, pre-op HbA1c < %8.5, HbA1c > %8.5 olan vakalarda elektif cerrahinin ertelenmesini; ağır otonom nöropati veya nefropati gibi bazı komplikasyonlar nedeniyle hipoglisemiye eğilimli olan hastalarda, glisemi hedefi 120-180 mg/dL olarak belirlenmesini önermektedir (3).

Oral antidiyabetik (OAD) kullanan diyabetli hastalarda minör cerrahilerde; operasyon günü 2 saatte bir kan glukozu ölçümü, operasyon sırasında dekstroz içeren sıvı verilmemesi ve işlem sonrasında ilk öğünden itibaren hastaya ilaçları verilmesi önerilmektedir. Majör cerrahilerde; operasyon sabahı OAD'lerin verilmemesi, kan şekeri takibine göre gerekirse insülinle müdahale edilmesi önerilmektedir. Hasta oral alabiliyorsa, ABY ve kontrast öyküsü yoksa, 24-48 h içinde taburcu edilmesi planlanıyorsa, işlemden sonraki öğünden itibaren rutin tedavisine geçilebileceği belirtilmektedir. Diyabeti kontrol altında olmayan hastalar pre-op dönemde insülinle tedavi edilmeli ve ameliyata hazırlanmalıdır. OAD kullanan hastalarda, metforminin laktik asidoz, sülfonilüre hipoglisemi, GLP-1 analogları ve DPP4-inhibitörlerinin gastrik motiliteyi azaltmaları, glitazonlar intravasküler volümde artışa neden olmaları gözönünde bulundurulmalı ve işlemden 24 saat önce kesilmelidir. SGLT-2 inhibitörlerinin ise; öglisemik ketoasidoz yan etkileri nedeniyle, operasyondan 3 gün önce kesilmesi önerilmektedir. Hasta ilacı aldıysa; ketoz açısından monitörizasyon, per-op insülin ile glukoz regülasyonu sağlanması önerilmektedir (2,3).

İnsülin kullanan hastalarda ise; minör cerrahilerde; sadece kahvaltının atlanacağı işlemlerde; hastanın sabah aldığı kısa etkili insülinin atlanması; uzun süreli işlemlerde kısa etkili insülin dozunun atlanması, orta ve uzun etkili insülinin bir gece önceki dozunun %50-80'i verilmesi önerilmektedir. Hipoglisemi riski düşükse, kan şekeri takibi kötüyse, kullandığı doz uygunsuz derecede yüksek değilse, uzun etkili insülin dozu aynı bırakılabilir. Major cerrahilerde ise; operasyon öncesi gece orta ve uzun etkili insülinin normal dozunun %50-80'i verilmesi, kısa etkili insülinlerin postoperatif (post-op) dönemde yeterli kalori alımı sağlanıncaya kadar uygulanmaması, hasta genellikle sabah aç bırakılır ve sürekli glukoz ve insülin infüzyonu başlatılmalıdır. Post-op dönemde hastanın orali açılana kadar infüzyona devam edilmesi, sonra rutin tedavisine geçilmesi, infüzyona 24 saatten daha uzun süre devam edilecekse, sodyum ve potasyum kontrolü yapılmalıdır! Hastalara aç kaldığı süre boyunca glukoz-insülin-potasyum (GİK) infüzyonu verilmesi; operasyon süresi uzun olabilecek majör ameliyatlarda (örn. kardiyak, plastik ve serebral cerrahi) ise glukoz insülin ayrı yol uygulaması önerilmektedir. Post-op dönemde hasta oral alıma başlayıncaya kadar insülin infüzyonuna devam edilmesi, orali açıldığında öğünden önce gerekli insülin dozu sc uygulanıp, 20-30 dakika sonra infüzyon kesilmesi önerilmektedir (2,3).

Tiroid ve Cerrahi

Tiroid hastalıklarında asemptomatik ve tiroid hastalığı öyküsü olmayanlarda rutin pre-op tarama önerilmemektedir. Semptomatik ve fizik muayene bulgusu olanlarda pre-op TSH bakılması, tiroid hastalığı öyküsü olanlarda 3-6 ay içinde bakılmış olan tiroid fonksiyon testleri (TFT)'nin ötiroidik olması önerilmektedir. Büyük guatr hava yolu değerlendirilmesi, gerekirse görüntüleme önerilmektedir (1,4).

Hipotiroidi olan hastalarda hipometabolizma hakimdir. Hipotansiyon, bradikardi, aritmi, solunum kaslarında zayıflık, barsak motilitesinde azalma görülebilir. Hipotiroidik hastalarda pre-op değerlendirilme için net bir konsensus yoktur. Yapılan çalışmalarda hastalar hipotiroidinin şiddetine göre ayrılmıştır: Hafif hipotiroidi (subklinik hipotiroidi, TSH ↑, sT4 N), orta düzey hipotiroidi (TSH ↑, sT4 ≥ 0.5 µg/dl, şiddetli hipotiroidi bulguları olmayan), şiddetli hipotiroidi (TSH ↑, sT4 < 0.5 µg/dl, perikardiyal, pleval effüzyon, bilinç değişiklikleri, miksödem koması) (1,4,5). Subklinik hipotiroidili hastalarda cerrahinin ertelenmesi önerilmemektedir.

Prof. Dr. Arzu YAREN
4. PAMUKKALE
İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ
21 Aralık 2024
Anemon Denizli Oteli



Hastanın yönetimi gözlemsel verilere ve klinik deneyime dayandırılması belirtilmektedir. Yapılan bir çalışmada; ötiroid ve subklinik hipotiroidili koroner by-passlı hastalarda; major kardiyovasküler (KV) olay veya diğer sonuçlar (yara sonuçları, mediastinit, bacak enfeksiyonu, solunum komplikasyonu) arasında fark saptanmamıştır (6).

Orta düzey hipotiroidili hastalarda ise; elektif operasyonlar hasta ötiroid olana kadar ertelenmesi, acil operasyonlarda ise; minör per-op komplikasyonlar göz önüne alınarak, gecikmeden acil cerrahiye verilmesi önerilmektedir. Tanı konduğu anda tiroid replasmanına başlanmalıdır (gençlerde 1.6 µg/kg, yaşlılarda 25-50 µg/kg). Yapılan çalışmalarda; kalp dışı cerrahide intraop hipotansiyon, kalp cerrahisinde KY, post op GİS komplikasyonlarda artış; ancak per-op kan kaybı, aritmi, hipotermi, yara iyileşmesi, hastanede kalış süresinde fark bulunmamıştır (7). Şiddetli hipotiroidide ise per-op risk önemli oranda artmıştır. Yapılan çalışmalarda KV kollaps, opiatlara, sedatiflere, anesteziye karşı aşırı duyarlılık artmış. Şiddetli hipotiroidisi bilinmeyen vakalarda miksödem koması riski artmıştır (8).

Şiddetli hipotiroidide; elektif cerrahilerin efektif tedavi sağlanana kadar ertelenmesi önerilmektedir. Acil operasyonlarda iv. L-tiroksin (LT4) tedavisi hızlıca başlanmalı (T4 iv. 200-500 mcg yükleme, 50-100 mcg/gün idame) dir. Miksödem koması varsa T4 ile eş zamanlı iv T3 tedavisi (T3→ iv, 5-20 mcg yükleme, 3*2.5-10 mcg idame) verilmeli ve adrenal yetmezlik de test edilmelidir (1,4). Hashimoto, Addison Hastalığı ile birlikte olabilir. Sekonder hipotiroidisi olanlarda ise hipofiz-adrenal aksı (HPA) da yeterli olmayabilir. HPA aks eksikliğinden şüpheleniliyorsa; aksın yeterliliği belirlenene kadar stres dozunda steroid verilmesi, klinik durum uygun ise cerrahi 1 saat ertelenmesi ve steroid uygulamadan önce ACTH uyarı testi yapılması önerilmektedir (1,9).

Hipertiroidi olan hastalarda ise; hiperdinamik duruma ikincil, katekolamin duyarlılığı artar kardiyovasküler komplikasyonlar artar. Yüksek outputlu kalp yetmezliği, atrial fibrilasyon, katabolik duruma ikincil kilo kaybı, hipotalbunemi, hipertermi, miyopati, solunum kas güçsüzlüğü görülebilir. En önemli per-op risk tirotoksikozza ikincil tiroid fırtınasıdır. Subklinik hipertiroidi (asemptomatik ve sT4 normal, TSH düşük)li hastalar; elektif ya da acil operasyona verilebilir. 50 yaş üstü, bilinen aritmisi ve/veya kalp hastalığı olan hastaların; β-bloker ve antitiroid ilaçlar (ATİ) ile kalp hızının 60-80 olması sağlanarak operasyona verilmesi önerilmektedir. Aşık hipertiroidili hastalarda ise; elektif cerrahilerin ötiroidi sağlanana kadar (normal sT4, sT3) ertelenmesi önerilmektedir. Cerrahi ertelenemiyorsa acil cerrahi yapılacaksa; per-op monitörizasyon, KV risk yönünden değerlendirme yapılmalı; tedaviye (antitiroid ilaçlar, β-blokerler, iyot, steroid) hemen başlanması önerilmektedir (1,10).

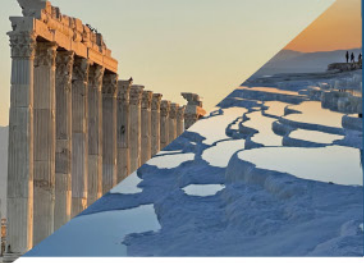
Hipofiz ve Cerrahi

Hipofizer-hipotalamik lezyonlarda cerrahi öncesi, hastalara pre-op hormonal incelemenin yapılması önerilmektedir. Hipo/hiperfonksiyon, medikal tedavi gereksinimi (prolaktinoma) incelenmelidir. Öncelikle HPA aksının değerlendirilmesi önemlidir. Bazal kortizol (sabah 08.00), ACTH, TSH, sT4, FSH, LH, östrojen/testesteron, PRL, GH, IGF-1, elektrolit, idrar testleri istenmelidir. Endokrin incelemenin yanında oftalmolojik inceleme, radyolojik inceleme de yapılmalıdır. Hiperfonksiyon düşünülüyorsa; Cushing, akromegali vb. e yönelik ileri testler yapılmalı; hipopitüitarizm düşünülüyorsa hormon eksikliklerine yönelik testler yapılmalıdır. Erişkin hastalarda TSH, gonadotropin ve PRL eksikliklerinde bazal hipofiz hormon ve hedef endokrin bez hormonlarının eşzamanlı ölçümü çoğunlukla tanı için yeterlidir. ACTH ve GH eksikliklerinin tanısında bazal hormonlar genellikle yeterli değil, stimülasyon testleri yapmak gerekebilir. Bazal kortizol (sabah 08.00) >15 µg/dl ise HPA aks normal, <3 µg/dl ise HPA aks yetersiz kabul edilmektedir. 3-15 µg/dl arasında ise uyarı testleri önerilmektedir. İnsülin tolerans testi (ITT), ACTH uyarı testi, glukagon uyarı testi yapılabilir. İTT hem HPA aksın ve GH rezervinin değerlendirilmesinde kullanılır. İTT' nin yapılmadığı durumlarda ACTH uyarı testi (1µg veya standart 250 µg) yapılması önerilmektedir. Her iki testte de pik kortizol değeri ≥ 18 µg/dl ise HPA aksı normaldir (11,12). Panhipopitüitarizmi hastada; pre-op dönemde öncelikle ACTH eksikliğinin tedavisi ardından tiroid hormon eksikliğinin tedavisi (nadir durumda varsa Dİ tedavisi) önerilmektedir. Glukokortikoid replasman tedavisi olarak hidrokortizon (15-20 mg/gün) veya eşdeğerleri; santral hipotiroidi tedavisi olarak L-tiroksin 1.6 µg/kg/gün (75-150 µg) önerilmektedir. Steroidden 2-3 gün sonra LT4 başlanması eğer diabetes insipitus varsa ADH verilmesi önerilmektedir. Hipofiz cerrahisi için; adrenal yetmezlikli hastalarda cerrahi öncesi stres dozunda steroid verilmesi (indüksiyonda 100 mg hidrokortizon iv, hemen sonrasında 200 mg/gün hidrokortizon devamlı infüzyon ya da hidrokortizon 50 mg im 6 saatte bir), cerrahi sonrasında yeniden test edene kadar dozların azaltılması (oral alımı açılana kadar hidrokortizon 200 mg/24 saat sürekli infüzyon ya da hidrokortizon 50 mg im 6 saatte bir) önerilmektedir. HPA aksı değerlendirilinceye kadar post-op steroid uygulaması için bireysel klinik yaklaşım önerilmektedir. Hipofiz operasyonundan 6 hafta sonra tüm hipofiz akslarının yeniden test edilmesi önerilmektedir. Hipofiz dışındaki cerrahiler için; minör cerrahilerde; 25-75 mg hidrokortizon/24 h (genellikle 1-2 gün), majör cerrahilerde; 100 mg hidrokortizon iv, ardından 200 mg hidrokortizon /24 h iv inf ya da 6 saatte bir 50 mg iv veya im önerilmektedir. İyileşme komplikasyonsuz olarak gelişti ise cerrahi öncesindeki oral glukokortikoid dozuna geçilmesi aksi takdirde bir haftaya kadar çift oral doz hidrokortizona devam edilmesi önerilmektedir (11-14).

Sonuç olarak endokrin hastalıklarda pre-op değerlendirmede; hastanın klinik durumunun incelenmesi önemlidir. Pre-op testlerle uygun-suzluk olması durumunda testler tekrar edilmelidir. Komorbiditeler, kullanılan ilaçlar ve işlemin aciliyetine göre risk belirlenmelidir.

Kaynaklar

- 1) Himes C.P, Ganesh R, Wight E.C, et. al. Perioperative Evaluation and Management of Endocrine Disorders. Mayo Clin Proc. 2020 Dec;95(12):2760-2774. doi:10.1016/j.mayocp.2020.05.004.
- 2) American Diabetes Association Professional Practice Committee, Standards of Care in Diabetes-2024. Diabetes Care. 2024 Jan 1;47(Suppl 1). doi: 10.2337/dc24-S002.
- 3) Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Diyabetes Mellitus Klavuzu, 2024, Ankara.
- 4) Palace M.R. Perioperative Management of Thyroid Dysfunction. Health Serv Insights. 2017 Feb 20;10:1178632916689677. doi: 10.1177/1178632916689677.



Prof. Dr. Arzu YAREN
4. PAMUKKALE
İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ
21 Aralık 2024
Anemon Denizli Oteli



- 5) Graham G.W, Unger B.P, Coursin D.B, et.al. Perioperative management of selected endocrine disorders. Int Anesthesiol Clin. 2000. Int Anesthesiol Clin. 2000 Fall;38(4):31-67. doi: 10.1097/00004311-200010000-00004.
 - 6) Park Y.P, Yoon J.W, Kim K, Lee Y.J, et.al. Subclinical hypothyroidism might increase the risk of transient atrial fibrillation after coronary artery bypass grafting. Ann Thorac Surg. 2009 Jun;87(6):1846-52. doi: 10.1016/j.athoracsur.2009.03.032.
 - 7) Ladenson P.W, Levin A.A, Ridgway E.C, et.al. Complications of surgery in hypothyroid patients. Am J Med. 1984 Aug;77(2):261-6. doi: 10.1016/0002-9343(84)90701-0.
 - 8) Ragaller M, Quintel M, Bender H.J, et.al. Myxedema coma as a rare postoperative complication. Anaesthesist. 1993 Mar;42(3):179-83.
 - 9) Garber J.R, Cobin R.H, Gharib H, et al. Clinical practice guidelines for hypothyroidism in adults: cosponsored by the American Association of Clinical Endocrinologists and the American Thyroid Association. Endocr Pract. 2012 Nov-Dec;18(6):988-1028. doi: 10.4158/EP12280.GL.
 - 10) Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Tiroid Hastalıkları Klavuzu, 2023, Ankara.
 - 11) Fleseriu M, Hashim I.A, Karavitaki N, et al. Hormonal Replacement in Hypopituitarism in Adults: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2016 Nov;101(11):3888-3921. doi: 10.1210/jc.2016-2118.
 - 12) Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Hipofiz Hastalıkları Klavuzu, 2022, Ankara.
 - 13) Woodcock T, Barker P, Daniel S, et al. Guidelines for the management of glucocorticoids during the peri-operative period for patients with adrenal insufficiency: Guidelines from the Association of Anaesthetists, the Royal College of Physicians and the Society for Endocrinology UK. Anaesthesia. 2020 May;75(5):654-663. doi: 10.1111/anae.14963.
 - 14) Bornstein S.R, Allolio B, Arlt W, et.al. Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2016 Feb;101(2):364-89. doi: 10.1210/jc.2015-1710.
- Nemquos venient qui berum soluptatem essi sim fuga. Non coria qui acerumet voloribus, quatibe rchillanime officipsamet providempore verumqu asperessit voluptaquis alit, te es moloriam dem lia nus ra intotam repe mo eium et as pore volum accusam ad estis volore pliae. Hent que et doluptat endant alis re sam ut ulluptat anto is et acerfer spedicid quisciendae cus inveliqua nobit, se di dellat. Puda porrovid maionsequia si dus dit, consequ oditisseque officatur? Qui deliquas eatur adis et quissitati aut et ut amus ducias audae. Corenis enia volo optaquias necte la voloriate litin consedi atecte plaut res sus dolore autem quati dolut exceseq uiandis ium facernatur accest quat volorestiis ut volut molor reictat iusciure earum istis eos cus etur, officiiistia con nim aliquid quunt eveles volorpore voluptas

Erişkin Hastada Kardiyopulmoner Resüsitasyon Yönetimi

Gökhan Önder¹

¹Pamukkale Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı

Ani kalp durması, hastane öncesi ve hastane içi ölümlerin önde gelen nedeni olmayı sürdürmekte olup, yapılan çabalara rağmen hastaların çoğunluğunun başarılı bir şekilde hayata döndürülmesi maalesef sağlanamamaktadır. Sadece Kuzey Amerika'da her yıl 600.000'den fazla kişi kalp durmasından etkileniyor [1]. Kalp durması koşullarına bağlı olarak, kalp durmasından resüsitasyon sonrası hastane bakımına ulaşan yetişkinlerin %20 ila %40'ı hayatta kalarak taburcu ediliyor ve bunların çoğunda olumlu işlevsel iyileşme sağlanıyor [2]. Tanımlayıcı önemli sağ kalım belirteçleri arasında kadın cinsiyeti, siyah ırk, disritmi gibi komorbiditeler, hematoloji-onkoloji durumu ve intraarrest faktörlerin de dahil olduğu kardiyak nedenler vardır. YBÜ' de kardiyopulmoner resüsitasyon sonrası kötü prognostik faktörler; bir kronik hastalığın varlığı, başvuru mortalite olasılığının %25 ve üzerinde hesaplanması, yoğun bakım yatışı sırasında üç organ sisteminde yetersizlik ve sepsis tanısı olması olarak belirlenmiştir. Yoğun bakımda kardiyak arrestin önlenmesi açısından erken uyarı sistemlerinin kullanılması önerilmektedir. Bu erken uyarı sistemleri SBAR (durum-özgeçmiş-değerlendirme-öneri) ve RSVP(neden-öykü-vital bulgular-plan) şeklindedir.

Ani kalp durması mümkün olan en kısa sürede tanınmalıdır. Kardiyopulmoner resüsitasyona (KPR) vakit kaybedilmeden başlanılmalı, tekrarlayan gereksiz nabız kontrolü yapılmamalıdır. Sağlık personeli tarafından KPR öncesinde 10 sn'yi geçmeyecek şekilde karotis nabız kontrolü yapılabilir. KPR üç evreye ayrılmaktadır, elektriksel faz genellikle ventriküler fibrilasyon hastalarında kardiyak arrestin ilk dört ile beş dakikası olarak tanımlanır, bu dönemde etkili müdahale nörolojik sekel kalma olasılığını azaltır[3]. Hemodinamik faz elektriksel fazı takip eden 4 ile 10. dakikalar arasını tanımlamakta olup bu dönemde etkili göğüs kompresyonu miyokardiyal oksijen iletimini iyileştirerek başarılı defibrilasyon şansını arttırmaktadır [4]. Metabolik faz 10 dakikadan uzun süren kardiyak arrest vakaları olarak tanımlanmakta, bu hastalarda öncelikle hipotermi dahil olmak üzere ileri resüsitasyon önlemlerinin alınması gerekmektedir. Göğüs kompresyonu KPR' un ana ögesidir, mükemmel göğüs kompresyonu yapıldığında koroner ve serebral perfüzyon basıncı sağlanarak dolaşımın geri döndürülebilir olması sağlanmaktadır [5]. Göğüs kompresyonu dakikada 100-120 arasında , hastanın göğsü her vuruşta 5-6 cm aralığında olacak şekilde aşağı inmesi ve mümkün olduğunca kesintiye uğramadan devam edilmesi gereklidir[6]. Yetişkinlerde, CPR-ECC Kılavuzları, ileri bir hava yolu yerleştirilene kadar KPR' nun 30 mükemmel kompresyona iki ventilasyon oranında yapılmasını önermektedir . Ventilasyonlar aşırı güçle uygulanmamalıdır, yalnızca göğüs yükselmesini doğrulamak için yeterli tidal hacim (6 ila 7 mL/kg) verilmelidir. CPR-ECC Kılavuzları, tüm şoklama sekanslarında tek bir defibrilasyon önermektedir. Yetişkinlerde, en yüksek mevcut enerjiyi kullanarak defibrilasyon önerilmekte olup genellikle iki fazlı bir defibrilatörle 200 J ve tek fazlı bir defibrilatörle 360 J olarak yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1.Martin SS, Aday AW, Almarzooq ZI, ve diğerleri. 2024 Kalp Hastalığı ve İnme İstatistikleri: Amerikan Kalp Derneği'nden ABD ve Küresel Veriler Raporu. Circulation 2024; 149:e347.
2. Tagami T, Hirata K, Takeshige T, ve diğerleri. Hastane dışı kalp durması için hayatta kalma zincirinin beşinci halkası konseptinin uygulanması. Circulation 2012; 126:589.
3. Berg RA, Hemphill R, Abella BS, ve diğerleri. Bölüm 5: yetişkin temel yaşam desteği: 2010 Amerikan Kalp Derneği Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Acil Kardiyovasküler Bakım Kılavuzu. Circulation 2010; 122:S685.
4. Bobrow BJ, Clark LL, Ewy GA, ve diğerleri. Hastane dışı kardiyak arrest için acil tıbbi servisler tarafından minimal kesintiye uğramış kardiyak resüsitasyon. JAMA 2008; 299:1158.
5. Abella BS, Sandbo N, Vassilatos P, ve diğerleri. Kardiyopulmoner resüsitasyon sırasında göğüs kompresyon oranları suboptimaldir: Hastane içi kardiyak arrest sırasında prospektif bir çalışma. Circulation 2005; 111:428.
6. Duval S, Pepe PE, Aufderheide TP, ve diğerleri. Fonksiyonel Olarak Uygun Sağlık Kalım İçin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Sırasında Kompresyon Oranı ve Derinliğin Optimal Kombinasyonu. JAMA Cardiol 2019; 4:900.

Yetişkinlerde İleri Kardiyak Yaşam Desteği (ACLS)

Doç. Dr. İsmail Hakkı Akbudak¹

1. Pamukkale Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Resüsitasyon çalışmaları iki yüz yılı aşkın süredir gelişerek devam etmektedir. İleri yaşam kılavuzları son yıllarda geliştirilerek 2021 yılında güncellenmiştir. Mükemmel Kardiyopulmoner Resüsitasyon (KPR) ve erken defibrilasyon temel yaşam desteğinin ve ileri yaşam desteğinin ana unsuru olmaya devam etmektedir[1]. Etkili bir ileri yaşam desteğinin sağlanması için öncelikle mükemmel KPR yapılması şarttır. Hem hastane içi hem de hastane dışı ortamlarda yapılan çalışmalarda göğüs kompresyonlarının sıklıkla hatalı ve gereksiz kesintilere uğradığını göstermektedir[2]. Etkili olmak için göğüs kompresyonlarının yeterli derinlikte (5 ila 6 cm) ve hızda (dakikada 100 ila 120 arasında) olması ve kompresyonlar arasında göğsün tamamen geri çekilmesine izin vermesi gerekir. Göğüs kompresyonu süresi toplam CPR süresinin yüzde 80'inin üzerinde olmalıdır. Kardiyak Arrest olamayan durumlarda ACLS kılavuzu ilk müdahaleler arasında eğer hastanın satürasyonu %94' ün altındaysa hastaya oksijen verilmesini, vasküler girişin sağlanması, monitöre bağlanması ve EKG çekilmesini önermektedir. ACLS kılavuzu havayolunun sağlanmasında torba valf maske (BVM) veya supraglottik bir havayolunun yerleştirilmesini bu yolla hava yolu açıklığının sağlanamadığı durumlarda endotrakeal entübasyon yapılmasını önermektedir[3]. Hasta entübe edilmemiş ancak BVM kullanılarak ventile edilmişse, kompresyon-ventilasyon oranı 30:2'dir. Hasta entübe edilmişse kılavuzlar dakikada 10 dan fazla nefes verilmesini önermemektedir. KPR sırasında hastaya %100 oksijen verilmeli, satürasyon %94' ün üzerinde olacak şekilde ayarlanmalı ve hiperoksiden kaçınılmalıdır. Entübasyon sırasında krikoid basıncı uygulanmamalıdır, balon valf maske uygulaması sırasında gastrik içeriğin aspirasyonunu önlemek için yararlı olabilir. Epinefrin, arrest ritminden bağımsız olarak ani kardiyak arrestte belirtilen tek ilaçtır, ilk kurtarma defibrilasyonları başarılı olmazsa ikinci dakikadan sonra hastaya her üç dakikada bir olacak şekilde 1 mg IV veya interosseos (IO) verilmesi önerilmektedir. Atropin, asistol veya nabızsız elektriksel aktivitenin tedavisi için önerilmezken, semptomatik bradikardi için atropinin dozu 1 mg IV toplam 3 mg doza ulaşana kadar her üç ila beş dakikada bir tekrarlanabilir. Amiodoron, Lidokain ve magnezyumun antiaritmik tedavi olarak uygulanmasının sağ kalımı arttırdığını göstermektedir[4]. KPR sırasında vazopressin uygulanması önerilmemektedir[5]. Kalsiyum ve sodyum bikarbonat uygulanmasının faydası gösterilememiştir [6,7]. Nabızsız VT ve VF, erken tanımlanan kritik öneme sahip olduğu ventriküllerden kaynaklanan perfüze olmayan ritimlerdir. ACLS Kılavuzları, nabız kontrolü yapılmadan, defibrilasyondan hemen sonra CPR'ye devam edilmesini önermektedir. Geleneksel KPR tedavisine cevap vermeyen hastalarda VA-ECMO tedavisi uygulanabilir. VA-ECMO, KPR'dan önemli ölçüde daha iyi sistemik perfüzyon ve oksijen iletimi sağlar, koroner revaskülarizasyon ve miyokardiyal iyileşme açısından geçiş tedavisi olabilir.

Kaynaklar

1. Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, ve diğerleri. Bölüm 3: Yetişkin Temel ve İleri Yaşam Desteği: 2020 Amerikan Kalp Derneği Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Acil Kardiyovasküler Bakım Kılavuzu. Circulation 2020; 142:S366.
2. Valenzuela TD, Kern KB, Clark LL, ve diğerleri. Acil tıbbi sistemler resüsitasyonu sırasında göğüs kompresyonlarının kesintiye uğraması. Circulation 2005; 112:1259.
3. Soar J, Maconochie I, Wyckoff MH, ve diğerleri. 2019 Tedavi Önerileriyle Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Acil Kardiyovasküler Bakım Bilimi Konusunda Uluslararası Mutabakat: Temel Yaşam Desteği; İleri Yaşam Desteği; Pediatrik Yaşam Desteği; Yenidoğan Yaşam Desteği; Eğitim, Uygulama ve Ekipler; ve İlk Yardım Görev Güçleri'nden Özet. Circulation 2019; 140:e826.
4. Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, ve diğerleri. Bölüm 3: Yetişkin Temel ve İleri Yaşam Desteği: 2020 Amerikan Kalp Derneği Kardiyopulmoner Resüsitasyon ve Acil Kardiyovasküler Bakım Kılavuzu. Circulation 2020; 142:S366.
5. Panchal AR, Berg KM, Hirsch KG, et al. 2019 American Heart Association Focused Update on Advanced Cardiovascular Life Support: Use of Advanced Airways, Vasopressors, and Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation During Cardiac Arrest: An Update to the American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2019; 140:e881.
6. Messias Hirano Padrao E, Bustos B, Mahesh A, ve diğerleri. Kardiyak arrest sırasında kalsiyum kullanımı: Sistematik bir inceleme. Resusc Plus 2022; 12:100315.
7. Alshahrani MS, Aldandan HW. Hastane dışı kardiyak arrestte sodyum bikarbonat kullanımı: sistematik bir inceleme ve meta-analiz. Int J Emerg Med 2021; 14:21.



Prof. Dr. Arzu YAREN
4. PAMUKKALE
İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ
21 Aralık 2024
Anemon Denizli Otel



Artritli Hastaya Yaklaşım

Dr. Murat Taşçı

Prof.Dr.Arzu Yaren 4. Pamukkale İç Hastalıkları Günleri

Romatolojik şikayetlerle başvuran hastalarda hekimi tanıya yaklaştıran en önemli yaklaşım iyi bir anamnezdır. Anamnez alırken romatolojik ve sistemik sorgulamayı, kas iskelet sistemi ve sistemik muayeneleri beraber yapmak çok önemlidir. Artrit eğer tek eklemden ise monoartrit, 2-5 eklemden ise oligoartrit, 5 veya daha fazla eklemden ise poliartrit adını alır. En sık monoartrit yapan hastalıklar arasında FMF, Behçet, ankilozan spondilit, septik artrit gibi hastalıklar vardır. RA, SLE, Still hastalığı, viral artritler genellikle poliartrit ile prezente olurlar. Altı haftadan kısa süreli olan artritlere akut, uzun olanlara kronik artrit denir. En sık akut artrit tablosuna yol açan hastalıklar arasında septik artrit, kristal artritler, bakteriyel ve viral artritler, ARA, FMF, reaktif artrit, erişkin Still hastalığı vardır. Kronik artritler içerisinde en sık gördüğümüz romatoid artritdir. Bunun dışında spondiloartropatiler, kristal artritlerin kronik formları, enfeksiyöz artritler (tüberküloz, fungal), paraneoplastik artritler, SLE gibi hastalıklar kronik artrite neden olabilir. Simetrik tutulum yapan romatolojik hastalıkların başında romatoid artrit gelir. RS3PE, SLE, psöriyatik artrit, paraneoplastik artritler, CPPD artrit simetrik artrit yapabilen diğer hastalıklardır. Asimetrik tutulum yapan hastalıklar arasında en sık karşılaştığımız spondiloartropatiler, Behçet hastalığı, ARA'dır. Artriti olan hastanın akut faz değerleri yüksek ise, sabah tutukluğu eşlik ediyorsa, simetrik tutulum varsa, sistemik belirtiler eşlik ediyorsa, otoantikör pozitifliği varsa inflamatuvar artrit olma olasılığı yüksektir. Artriti olan hastada görüntüleme yöntemi olarak ilk tercih edilmesi gereken direk grafidir. MR kas iskelet sistemi görüntülemesinde en faydalı bilgileri veren tekniktir. USG, non invaziv, ucuz, tekrarlanabilir, kolay ulaşılır bir görüntüleme metodudur ve kas iskelet sistemi hastalıklarının tanısında önemli bilgiler sunar. Efüzyon ve artmış dopler aktivitesi en kıymetli artrit bulgularıdır. Artritli hastada nadiren başvuru alan diğer görüntüleme metodları BT, PET-CT, sintigrafidir.

Karaciğer Hastalıklarında Preoperatif Değerlendirme

Doç. Dr. Ufuk KUTLUANA

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD Gastroenteroloji BD

Karaciğer (Kc) vücudun en büyük organıdır. Total kardiyak outputun $>20\%$ den fazlası Kc ulaşır. Kc son derece önemli fizyolojik görevleri üstlenir. Albumin, Igler, koag. faktörü, CRP, AT3, safra sentezi. Karbonhidrat, protein, lipid metabolizması glukojen, vitamin, demir regülasyonu, bilirubin, ilaç, antijen, hormon metabolizması ve eksresyonu gibi görevleri vardır. Kc hastalığı insidansı ülkemizde ve tüm dünyada giderek artmakta Bu nedenle kc hastalığı ve operasyon öncesi değerlendirmenin önemi de artmaktadır

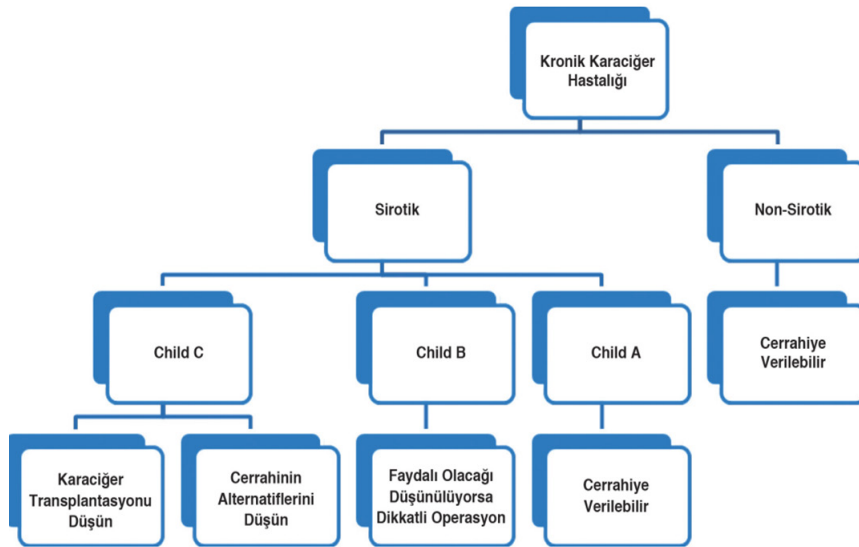
Sirozun varlığı değerlendirmede en önemli prognostik antitedir. Kronik kc hastalığında preoperatif değerlendirme algoritması Şekil 1 de gösterilmiştir. Siroz ve portal hipertansiyon (PHT) sistemik vasküler rezistansı düşürür, hipoksemik hasar ve kc dekompanasyon olabilir. $Plt < 150$, splenomegali, varis asit HVPg > 10 ise

PHT varlığı ve riskli olgudur. Kronik Kc hastalığı var ancak siroz yoksa hemodinamik ve hipoksemik hasara yatkınlık düşüktür. Child Pugh skoru, MELD skoru ve ASA skoru preoperatif Kc hastalığı değerlendirmesinde öngörüsü en yüksek değerlendirme sistemleridir. Aynı zamanda asidi olan olgularda agresif yaklaşım ve işlem öncesi boşaltıcı parasentezle optimizasyon yapılmalı, geniş ve torsiyoze varisi olan olgularda band ligasyonu ile profilaksi yapılmalı, işlem öncesi laktuloz ve optimal lavman tedavileri ile ensefalopati riski minimize edilmelidir.

Kaynaklar

1. Gilbert-Kawai N, Hogan B, Milan Z. Perioperative management of patients with liver disease. BJA Educ. 2022 Mar;22(3):111-117
2. Northup PG, Friedman LS, Kamath PS. AGA Clinical Practice Update on Surgical Risk Assessment and Perioperative Management in Cirrhosis: Expert Review. Clin Gastroenterol Hepatol. 2019 Mar;17(4):595-606. doi: 10.1016/j.cgh.2018.09.043. Epub 2018 Sep 28. PMID: 30273751.

Şekil 1





Prof. Dr. Arzu YAREN
4. PAMUKKALE
İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ

21 Aralık 2024
Anemon Denizli Oteli

SÖZEL BİLDİRİLER

www.pamukkaleichastaliklarigunleri.org

Hepatosellüler Karsinom Tanılı Hastalarda Nadir Görülen Metastazlar

Selda Çakın Ünnü¹

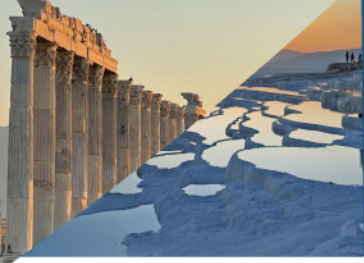
¹Pamukkale Üniversitesi , Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Denizli

Selda Çakın Ünnü / Pamukkale Üniversitesi , Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Denizli

Giriş: Hepatosellüler karsinom (HCC), hepatositlerden köken alan ve karaciğerin en sık rastlanan primer malign tümörüdür. Dünyada kansere bağlı ölümlerin 4.önünde gelen nedenidir. 5 yıllık sağkalım oranı %18 olup prognoz oldukça kötüdür. Hastaların yaklaşık %15'inde tanı anında ekstrahepatik metastazlar mevcuttur. En yaygın metastaz bölgesel lenf düğümleri ve akciğerde, daha az sıklıkta iskelet sistemi ve beyinde görülür. Biz bu çalışmamızda kliniğimizde takip edilen akciğer, kemik ,beyin metastazı gelişen olguları klinik özellikleriyle sunmayı amaçladık.

Vaka Sunumu: Olgu 1: 64 yaş erkek hasta, kronik hepatit C zemininde HCC nedeniyle karaciğer nakli olmuş. Bilirubin: 0,8 mg/dL, INR: 1,2 ,albumin: 3,4 mg/dL , asit ve ensefalopati bulgusu olmayan Child Pugh A olan hastaya sorafenib başlandı. Tedavi yanıt değerlendirilmesi için çekilen MRG ve PET- BT'de S1-S2 vertebra korpusunda kemik metastazı saptandı. Zoledronik asit ve palyatif radyoterapi uygulandı. 2021'de exitus oldu. Olgu 2: Kronik viral hepatit C zemininde HCC tanısı olan 58 yaş erkek hasta sarılık ve genel durum bozukluğu nedeniyle acil servise başvurdu. Bilirubin: 15 mg/dL, Albumin: 2.07 mg/dL, INR: 1.57 saptandı. Asit ve ensefalopati vardı. AFP değeri 60500 U/L idi. Çekilen Toraks-batın BT'de; Karaciğerde çok sayıda kitle lezyonu, plevral ve bilateral akciğer multipl metastazı mevcuttu. Destek tedavisi için interne edilen hasta exitus oldu. Olgu 3: Bilinen kronik hepatit B, diyabet tanılı 75 yaşında erkek hasta karında şişlik, kilo kaybı nedeni tetkik edilirken batın MR'da karaciğer segment 4'ü dolduran kitle saptandı. Yapılan biyopsi sonucu HCC ile uyumlu geldi. Hastanın laboratuvar incelemesinde Hb: 12,6 g/dL, Hct: 36,8, WBC: 3560/mL, plt: 54000/mL, INR: 1,9, mm/h, kan şekeri: 196 mg/dL, AST: 160 U/L, ALT: 88 U/L, GGT: 55 U/L, alkalin fosfataz: 288 mg/dL, albumin: 2,59, globulin: 3,7, total bilirubin: 1,6 mg/dL saptandı. Böbrek fonksiyon testleri ve serum elektrolit düzeyleri normal sınırlardaydı. Asit ve ensefalopati bulgusu olmayan Child Pugh A olan hastaya sorafenib başlandı. Takibinde el ve ayaklarda uyuşma şikayeti olması üzerine kraniyal BT çekildi. Çok sayıda homojen kontrastlanma gösteren intrakraniyal kitle saptandı. Hastaya glukokortikoid tedavisi verildi, kraniyal radyoterapi planlandı. Destek tedavi için yatırılan hasta takibinde exitus oldu.

Tartışma: HCC primer karaciğer tümörlerinin %90'nını oluşturur. Agresif ve hızlı ilerleyen tümörlerdir. Sıklığı yaşla birlikte artar. Erkeklerde daha siktir. Hastaların yaklaşık yüzde 15'inde tanı anında ekstrahepatik metastaz mevcuttur. Ekstrahepatik metastazlar, ileri evre ve primer tümörleri >5 cm, büyük damar vasküler invazyonu olan hastalarda daha yaygındır. En sık sırasıyla akciğer, batın içi lenf nodları, kemik ve adrenal beze metastaz görülür. Hepatosellüler karsinomun beyin metastazları oldukça nadir görülmektedir (yüzde 0,2 ila 2) . Bu hastaların genel prognozu son derece kötüdür. Hepatosellüler karsinoma bağlı kemik metastazları en sık vertebra, femur, humerus veya kostalarda görülmektedir. Son yıllarda çene, diş etleri, kafatası kemikleri gibi atipik lokalizasyonlar bildirilmiştir.



Meme Kanserinde Nadir Metastazlı Olgular

Ceren Mordağ Çiçek¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Ceren Mordağ Çiçek / Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Giriş: Meme kanserinin en yaygın metastaz bölgeleri kemik, beyin, karaciğer ve akciğerdir. Hekimlerin; GIS, mesane, adrenal bez gibi daha az sıklıkta metastaz görülen diğer organları hedef olarak dikkate almaları önemlidir.

Vaka Sunumu: Olgu 1:52yaş kadın, 2003'te sol-MRM operasyonu yapılan hasta adjuvan kemoterapi ve radyoterapi aldı. 2009'da kemik metastazı gelişen hastaya fulvestrant-goserelin-zolendronik asit başlandı. 2019'da plevral sıvıda metastaz ve kemik metastazlarında progresyon gelişti. ER+PR+HER2- metastatik meme kanseri hastaya 20.11.2019-26.03.2020 arasında kapesitabin-docetaksel verildi. Mart2021'de progresif hastalık olması üzerine ribosiklib+letrozol başlandı. Kasım2021'de denosumab tedavisi başlandı. Takipte osteoporoz ve fraktür nedeniyle letrozol kesildi. Nisan2024'te üreteropelvik bileşkede duvar kalınlık artışı olduğu için bilateral nefrostomi ve takibinde double-j stent takıldı. Eylül2024'te mesane-TUR biyopside meme invaziv duktal karsinom metastazı saptandı.Hastanın yeni metastazı ve tümör markerlerinde yükseklik nedeniyle progresse kabul edildi. PIK3A mutasyonu olan hastaya alpelisib tedavisi için endikasyon dışı başvuru yapıldı.Olgu 2:74yaşında kadın; sağ memede ele gelen kitle nedeni ile 15.01.2019'da hormon reseptörü (HR)+ ve Her-2 (-) taşlı yüzük diferansiyasyonu gösteren invaziv lobüler karsinom tanısı aldı. Neoadjuvan kemoterapi sonrası opere edilen hastaya Aİ başlandı. Aİ tedavisi altında kemik metastazı gelişince radyoterapi verildi, ekzemestana geçildi. Takibinde mediastenal lenf nodu metastazı gelişen ve kemik metastazı progresyonu olan hastaya ribosiklib+fulvestrant+denosumab tedavisi başlandı. Progresyon nedeniyle kemoterapiye başlanan hastanın takibinde Nisan2022'de tamoxifen tedavisine geçildi . Eylül2022 de kliniğimize başvuran hasta stabil olması nedeni ile mevcut tedaviye devam edildi.Takibinde Şubat2023de trombositopeni nedeni kemik-iliği biyopsi yapıldı. Patolojisi'meme invaziv lobüler karsinom metastazı' geldi. HER2-FISH (+) gelen hastaya trastuzumab+tamoxifen+pertuzumab 25.05.2023de başlandı. Temmuz2023de çekilen pelvik-MR'da rektosigmoid duvar kalınlaşması tespit edildi,patoloji sonucu HER-2(+++) meme karsinom metastazı gelen hastaya paklitaksel+trastuzumab+pertuzumab başlandı. Takibinde kolonda perforasyon gelişen hasta post-operatif Mart2024'te exitus oldu.Olgu 3:67yaş kadın, Mart2023'te anemi ile tetkik edilen hastanın kemik iliği aspirasyon biyopsisi malign epitelyal tümör metastazı, primer odak olarak invaziv duktal karsinom düşünüldü. Nisan2023'te üst GIS endoskopisinde korpus distali ve antrumda premalign mukozal değişiklikler görüldü. Kemik, kemik iliği, mide metastatik meme kanserli hastaya Mayıs2023'te ribosiklib+fulvestrant+denosumab başlandı. Eylül2023 PET-CTde tedaviye yanıt gözlemlendi.Ocak2024'te bilirubin yüksekliği, ödem sebebiyle ilaca ara verildi. Mart2024'te masif asit, bilateral plevral efüzyon, ABH ile yoğun bakıma alınan hasta Mart2024'te exitus olmuştur.

Tartışma: Metastatik meme kanserinden kaynaklanan mesane metastazlı hastaların çoğu hematüriyle(%39) başvurur, 5-yıllık sağkalım oranı %2'dir. Meme kanserinin mide metastazı olasılığını göz önünde bulundurmak ve herhangi bir dispepsi semptomu gösteren hastaya üst-GİS endoskopi yapmak hayati önem taşır. Meme kanserinin kolon metastazı literatürde son derece nadirdir, melena ve tomografide görülen kitlesel lezyonlar ile şüphelenip tanı konulmuştur.Hızlı teşhis ve birincil tedavi hastaların sağkalımını önemli ölçüde etkileyebileceğinden, uygun muayene ve tedaviyi seçmek kritik öneme sahiptir.

Nivolumab Tedavisi Alan Metastatik Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseriinde Prediktif Belirteç Olan PD-L1 Ekspresyonu ve Nötrofil/Lenfosit Oranının Tedavi Yanıtı Üzerine Etkisi

Taliha Güçlü Kantar¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Taliha Güçlü Kantar / Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Giriş: Küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) halen mortalitesi en yüksek seyretmekte ve birinci basamak kemoterapi esnasında veya sonrasında progresyon gelişen hastalarda tedavi seçimi önem taşımaktadır. KHDAK tedavisinde son dönemde standart sitotoksik tedavilerden farklı olarak immün kontrol noktalarını inhibe eden yeni ajanlar kullanılmaktadır. Bu tedaviden hangi hasta grubunun daha iyi yanıt alacağını öngörebilmek adına olası biyobelirteçler ile ilgili çalışmalar halen devam etmekte olup, günlük rutinimizde en sık kullanılanları programlanmış hücre ölüm ligandı (PDL-1) dir. Çalışmamızda mKHDAK olan hastaların Anti-PD1 inhibitörü olan Nivolumab tedavisine yanıtı predikte eden PDL-1 ekspresyonu ve inflamatuvar bir biyobelirteç olan nötrofil/lenfosit oranı etkisini araştırmayı amaçladık.

Materyal ve Metod: Çalışmamıza Mart 2022-Şubat 2024 tarihleri arasında kliniğimizde değerlendirilen 2.basamak ve sonrasında en az 4-6 siklus nivolumab tedavisi alan ve yanıt değerlendirmesi yapılan alan mKHDAK tanılı 30 hasta dahil edildi. Hastaların tedavi öncesi beyaz küre sayısı, nötrofil, lenfosit, albümin, CRP, ECOG performans durumu ve PDL-1 ekspresyon düzeyi dosyalarından retrospektif olarak incelendi. Objektif yanıt oranları (ORR), ortanca genel sağkalım(mOS) ve progresyonsuz sağkalım(mPFS) analizleri yapıldı. İstatistiksel olarak bağımlı gruplarda t testi, Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek testi ve Kaplan Meier analizleri ile incelemeler yapılmıştır.

Sonuçlar: Çalışmaya dahil edilen 30 hastanın 27'si (90%) erkek, 3'ü (12%) kadındı. Hastalarımızın yaş ortalaması 65 olup, 25 hastanın (%83) sigara öyküsü mevcuttu. Histolojik alt tipleri sırasıyla adenokarsinom 10 hasta (35%) ve skuamöz hücreli karsinom 20 hasta (65%) idi. ECOG PS 0 11 hasta (%36), 1 olan 15 hasta (%50), 2 olan ise 4 (%14) hasta vardı. Monoimmunoterapi alan 23 hasta (%76), kemoterapi ile kombinasyon alan 7 hasta (%24) vardı. 16 hasta (%54) tedaviye yanıtı, 6 hasta stabil ve 8 hastada progresyon görüldü. Hastaların median OS 17 aydı. Tedavi yanıtı ile ilişkili faktörler değerlendirildiğinde Neu/lym oranının ($p=0,019$), PDL-1 ekspresyonunun ($p=0,021$) ve ECOG PS ($p=0,031$) istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Sağ kalımını etkileyen faktörlerin çoklu analizine bakıldığında ise PDL-1 pozitifliği ($p=0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Tablo 1

Tablo 1. Hastaların demografik verileri

	n	%
Yaş (ort±SS)	65,53±7,70	
Cinsiyet	kadın	3 10,00%
	erkek	27 90,00%
Sigara	hiç içmemiş	5 16,70%
	eski içici	25 83,30%
Histolojik alt tip	adeno	10 33,30%
	skuamöz	20 66,70%
	pdl1-	7 23,30%
	pdl1+	23 76,70%
ECOG PS	0	11 36,70%
	1	15 50,00%
	2	4 13,30%

Tablo 2

Tablo 2. Hastaların tedaviye yanıt durumları ve genel sağ kalım

	n	%
Tedavi yanıtı	iki ajan	23 76,70%
	her iki	7 23,30%
	her iki	0 0,00%
Tedaviye en iyi yanıt (ORR)	yanıt var	16 53,3
	yanıt yok	14 46,7
OS (ort±SD)	20,128	
ortanca (min-max)	17(14-5)	
Son Durum	yaşayan	13 43,30%
	yapıyorsa	17 56,70%

Tablo 3

	Tedaviye en iyi yanıt		Tedaviye en iyi yanıt		p
	n	%	n	%	
Nivolumab	24 hasta olan	6 25,00%	0 0,00%		
	26 hasta olan	10 42,30%	14 53,00%		BAB1
PDL-1 ekspresyonu	pdl1-	1 4,30%	0 0,00%		BAB1
	pdl1+	15 60,80%	0 0,00%		BAB1
ECOG PS	0	6 24,30%	2 14,30%		
	1	6 24,30%	9 64,30%		BAB1
	2	1 4,30%	3 21,40%		

Tartışma: Tek ajan nivolumabın ikinci ve sonraki basamak metastatik KHDAK tedavisinde PDL-1 pozitifliğinden bağımsız etkinliği ve güvenliliği klinik çalışmalarda gösterilmiştir. Bununla birlikte, gerçek yaşam verilerine ihtiyaç vardır ve bu çalışmada ikinci basamak tedavi olarak gerçek yaşam verisi değerlendirilmiştir. PDL-1 ekspresyonunun tedavi yanıtı üzerine etkisi çalışmamızda gösterilmiştir. Ayrıca immünoterapi öncesi inflamasyon parametresi olan neu/lym oranının bu hastalarda tedavi yanıt oranını predikte edebilecek bir biyobelirteç olduğunu düşündürmektedir. Bu noktada yapılacak geniş hasta sayılarının oluşturduğu çalışmalara ihtiyaç vardır.

İleri Evre Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde Brigatinib İle Tedavi Edilen Hastaların Klinikopatolojik Özellikleri

Gamze Serin Özel¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Denizli

Gamze Serin Özel / Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Denizli

Giriş: Anaplastik lenfoma kinaz (ALK) çeşitli tümör tiplerinde anormal şekilde esprese edilen bir tirozin kinazdır. Küçük hücreli olmayan akciğer kanserinde(KHDAK)'de %3-5 oranında ALK pozitifliği görülmektedir(1) ALK mutasyonlu KHDAK tanılı hastaların çoğunluğu adenokarsinomdur, nispeten daha genç yaşadılar, hiç sigara içmemiş veya daha az sigara kullanmış hastalarda daha sıklıkla tespit edilmektedir ve göreceli olarak daha sık beyin metastazı görülmektedir. Yeni tanı almış ileri evre KHDAK hastalarından moleküler testler tedavi öncesi istenmelidir ve tedavi buna göre planlanmalıdır (2).Brigatinib ALK mutasyonu olan birinci basamak mKHDAK tedavisinde kullanılan FDA onaylı bir ALK inhibitörüdür.

Materyal ve Metod: Bu çalışmaya ALK pozitif lokal ileri KHDAK tanısı ile brigatinib tedavisi alan kliniğimizde takip edilen iki kadın ve dört erkek olmak üzere 6 hasta dahil edildi.

Sonuçlar: Hastaların tanı anında yaş ortalaması 58.3(40-65) yıl idi. Üç hasta tanı anına kadar aktif sigara iççisi iken üç hastamız hiç sigara kullanmamıştı. Histolojik alt gurplarına bakıldığında üç hasta adenokarsinom ,iki hasta skumöz hücreli karsinom (SCC) ve bir hasta KHDAK herhangi bir alt tipe sınıflandırılmayan(NOS) idi. Tüm hastalarda ALK pozitifliği FISH ile tespit edildi.ALK yüzdesi ortalama %35.83(%17-%48) idi.İki hasta unrezektable lokal ileri iken dört hasta metastatik evre idi. Karaciğer metastazı olan 2, kemik metastazı olan 4, sürrenal metastazı olan 1 hasta vardı. Tanı anında çalışmaya alınan hastalarda beyin metastazı yoktu. Takibinde bir hastada advers yan etki gelişti. Bu advers olay grade 2 hepatotoksite idi. Hiçbir hastada yan etki nedeni ile tedavisi kesilmedi. Grade 2 hepatotoksite gelişen hastada ilacına ara verildi ve doz modifikasyonu yapılarak tedavisine yeniden başlandı. İki hastada progresyon nedeni ile tedavi değişikliği yapılırken iki hastada exitus olması nedeni ile tedavisi kesildi.Bir hastada beyin metastazı gelişti. Progresyon nedeni ile brigatinib tedavisi kesilen iki hastada ikinci basamak tedavi olarak lorlatinib tedavisine geçildi. mPFS 13.4 (1.93-28.8) ay, mOS 15.9(1.93-30.4) ay'dı.Dört hastanın aktif takip ve tedavisine merkezimizde devam edilmektedir.

Tartışma: ALK pozitif ileri evre KHDAK tanılı hastalar için alektinib, krizoninib, brigatinib, lorlatinib gibi ALK TKİ tercih edilen tedavi yöntemidir. İleri, tedavi görmemiş, ALK pozitif NSCLC'li 275 hastayı kapsayan bir faz III çalışmada, brigatinib kolundaki hastalar krizotinib koluna göre anlamlı progresyonsuz sağkalım sağladığı tespit edildi (3). ALK mutasyonlu hastalarda beyin metastazı görülme sıklığı daha yüksektir ve bu hastaların %50-60'ında hastalıkları süresince beyin metastazı gelişebilmektedir(4). Brigatinib, hem sistemik olarak hem de MSS hastalığı açısından birinci basamak ortamda krizotinib'e göre etkinlik göstermiştir. Tüm hasta popülasyonunda, brigatinib daha düşük bir intrakraniyal hastalık ilerleme oranıyla ilişkilendirilmiştir(5).Sonuç olarak hedefe yönelik tedaviler ile ileri evre KHDAK tanılı hastalarda hem progresyonsuz sağkalımı hemde genel sağkalımı artırabileceği unutulmamalıdır.

Malign Melanomda Adjuvan İmmünoterapi Verilen Hastaların Klinikopatolojik Özellikleri

Bedriye Açıkgöz Yıldız¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı

Bedriye Açıkgöz Yıldız / Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı

Giriş: Malign melanom vakalarının çoğu erken evrede tespit edilir, lokorejyonel hastalar için cerrahi eksizyon küratiftir. Ancak hastaların bir kısmı metastatik olarak nüks edebilmektedir. Primer tümörün klinik özellikleri ve rejyonel lenf nodları hastalık rekürrensi ile ilişkilidir. İmmünoterapiler ve hedefli tedaviler metastatik malign melanom tedavisinde yer almaktadır. İmmünoterapilerin yüksek rekürrens riskine sahip tümörlerde cerrahi öncesi veya sonrası kullanımı gündemdedir. Malign melanomda neoadjuvan veya adjuvan tedavi kararını hastalığın tanı anındaki evresi, lenf nodu tutulumu, BRAF mutasyon durumu, yaş, komorbiditeler gibi faktörler etkilemektedir. Kliniğimizde rekürrens riski yüksek olup adjuvan immünoterapi alan malign melanomlu hastaların klinikopatolojik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Vaka Sunumu: Retrospektif olarak baktığımızda 6 malign melanom tanılı hastamızın adjuvan immünoterapi aldığını gördük. Hastaların tanıda yaş ortalaması 56.6 yıldır. Hastaların hiçbirinde sigara kullanımı yoktu. İki hastada hipertansiyon mevcut, diğer hastalarda kronik hastalık öyküsü yoktu. Hastalardan biri mukozal malign melanom (burun mukozası) diğerleri kutanöz malign melanomdu. Kutanöz malign melanomu olan hastaların tümörü 3'ünde scalp, birinde sırt, birinde gluteal bölge cildi idi. Hastaların patolojik değerlendirmesinde 4'ü nodüler, biri seboreik alt tipte saptanmıştır. Kutanöz malign melanomlu hastaların 4'ünde CLARK evresi 4, 1'inde 5 saptanmıştır. Kutanöz malign melanomlu hastaların 2'si evre 3C, 1'i evre 3D, 1'i evre 3B, 1'i evre 2B yüksek riskli hastalıktır. Mukozal malign melanomlu hastanın patolojik evrelemesinde T3 saptandı. Mukozal malign melanom evrelemesinde T3-T4 tümör yüksek riskli olup adjuvan tedavi önerilmektedir. Hastaların 3'ünde BRAF V600E mutasyonu saptanmıştır. Hastaların 5'i nivolumab almıştır. Hastalarımızın 4'ünde 1 yıllık adjuvan immünoterapi tamamlanmıştır. Bir hastamız halen pembrolizumab almaktadır. Nivolumab alan bir hastamız 3 aylık tedavi sonrasında immünoterapi ilişkili düşünülen gastroenterit sonrası tedaviye devam etmek istememiştir. Hastalarımızın hiçbirinde nüks saptanmamıştır ve 3-6 aylık görüntülemeler ve dermatolojik muayene ile izlemleri devam etmektedir.

Tartışma: İmmünoterapilerin çeşitli malignitelere kullanımı hızla artmaktadır. Öncelikle metastatik basamakta kullanılan immünoterapilerin adjuvan ve neoadjuvan dönemdeki etkinlikleri pek çok malignitede kanıtlanmıştır. Malign melanom metastatik evrede teşhis edildiğinde mortalitesi oldukça yüksek bir hastalıktır. Rezeke edilebilen ancak nod tutulumu olan veya yüksek rekürrens riski olan malign melanomların 5 yılda rekürrens riski >%50 dir. Çalışmamızdaki hastaların 3'ü takiplerinde 4. yıldadır, hiçbirinde rekürrens saptanmamıştır. Birinde immünoterapi ilişkili advers olay görülmüş olup hasta isteği ile tedaviye devam edilmemiştir. Checkmate 76K çalışmasında evre 2B-2C malign melanomlu 790 hasta 2:1 nivolumab/plasebo koluna randomize edilmiş, 1 yıl sonunda RFS (rekürrens free survival) %89 / %79 saptanmıştır. Rezeke edilen evre 3-4 malign melanomlu hastalarda Checkmate 238 çalışmasında 5 yıllık RFS nivolumab kolunda ipilimumab koluna göre daha uzun saptanmıştır. Rekürrens riski yüksek olan rezeke edilen malign melanomlu hastalara adjuvan immünoterapi önerilmektedir.

Metabolik Sendromlu Perimenopozal Obez Kadınlarda Hormonal Ve Metabolik Değişiklikler

Şenay Topsakal¹, Ramin Alizadeh Gheshlagh², Sibel Kabukçu Hacıoğlu³, Ayman Abughdaib⁴

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları BD, Denizli, Türkiye

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, Denizli, Türkiye

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji BD, Denizli, Türkiye

⁴Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD, Denizli, Türkiye

Ramin Alizadeh Gheshlagh / Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, Denizli, Türkiye

Giriş: Metabolik sendromun (MetS), prevalansı artmakla birlikte kesin nedeni hâlâ bilinmemektedir. İnsülin direnci (İR), dokuların insüline karşı duyarlılığının azalmasıyla karakterizedir ve bu durum, insülin sekresyonunda aşırı artışa yol açar. Santral obezite, hiperglisemi, hipertansiyon, düşük HDL ve hipertansiyon, MetS'yi oluşturan bileşenlerdir, en az üçünün saptanması tanısaldir. Erken tespit, durumun şiddetini azaltmak ve tedavi etkinliğini artırmak için kritik öneme sahiptir

Materyal ve Metod: Bu çalışmaya, MetS'li (110 hasta) veya MetS'siz (81 hasta) toplam 191 obez perimenopozal kadın dahil edilmiştir. MetS tanısı, 2009 yılında Uluslararası Diyabet Federasyonu ve Uluslararası Obezite Araştırma Derneği'nin ortak geçici bildirisi esas alınarak konulmuştur. Kanser tedavisi görenler, steroid kullananlar (örneğin DHEA ve testosteron), tiroid rahatsızlığı olanlar, nöroleptik ve antidepresan kullananlar çalışma dışı bırakılmıştır. Tüm hastaların antropometrik ölçümleri, bazal hormon profilleri, IL-6, TNF-alfa, Ferritin, Fibrinojen düzeyleri incelenmiş ve istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

Sonuçlar: Grupların antropometrik ölçümleri Tablo-1 de gösterilmiştir. VKİ, bel-kalça oranı ($p < 0.001$), Fat mass ($p < 0.001$), TG ($p < 0.001$), TKŞ ($p < 0.001$), sistolik ($p < 0.01$) ve diyastolik kan basıncı ($p < 0.001$) ile WBC ($p < 0.05$) MetS + kadınlarda anlamlı derecede daha yüksektir. HDL MetS + grupta anlamlı derecede düşüktür ($p < 0.05$). MetS'li ve MetS'siz obez kadınlarda PTH ($p < 0.05$), tokluk insülini ($p < 0.001$) ve açlık insülini ($p < 0.001$) istatistiksel olarak anlamlı artış gözlenmiştir. Buna karşılık, MetS grubunda GH ($p < 0.05$) ve SHBG ($p < 0.05$) seviyelerinde düşüş olmuştur. Tablo 2, gruplar arasındaki karşılaştırmalı hormon değerlerini göstermektedir. AST, ALT, kreatin, ALP, LDH, K, Ca ve P değerleri gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermemiştir (tümü için $p > 0.05$). Bakılan TNF-alfa, fibrinojen, ferritin, IL-6 düzeyleri gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir. (Tablo 3) Ek olarak, HDL kolesterol ile negatif bir korelasyon gözlenirken, VKİ, yağ kütlesi, trigliseritler, açlık ve tokluk glukozu, PTH, WBC, sistolik ve diyastolik kan basıncı ile pozitif bir korelasyon gözlenmiştir. Korelasyon bulguları Tablo 4'te sunulmuştur

Tablo-1

	MS(-) (n=81)	MS (+) (n=110)	P değeri
yaş (yıl)	44.37±10.87	46.79±10.29	NS
BMI(kg/m ²)	31.35±3.67	38.15±5.46	<0.001
BKO	0.80±0.77	2.52±1.86	<0.001
AKŞ (mg/dL)	99.01±11.78	114.23±23.76	<0.001
TKŞ (mg/dL)	103.64±28.41	125.27±51.92	<0.001
TG (mg/dL)	93.78±43.92	166.90±118.03	<0.001
LDL (mg/dL)	131.51±36.88	133.45±30.25	NS
HDL (mg/dL)	45.67±13.22	41.68±13.28	<0.05
Fibrinogen (g/dl)	292.43±97.22	294.87±85.40	NS
Ferritin (ug/L)	29.58±24.89	38.17±42.53	NS
IL-6 (pg/ml)	3.04±1.61	3.22±2.50	NS
TNF- α (pg/ml)	13.87±11.90	13.36±13.30	NS

Metabolik sendromu olan ve olmayan grupların antropometrik ve biyokimyasal değerleri

Tartışma: Bu çalışma, MetS'li ve MetS'siz obez kadınlar arasındaki çeşitli antropometrik, biyokimyasal, hemogram ve hormonal profillerdeki önemli farklılıkları vurgulamaktadır. Bu sonuçlar, bu biyobelirteçlerin izlenmesinin MetS'nin anlaşılmasını artırabileceğini ve daha etkili tanı ve tedavi stratejileri geliştirilmesine rehberlik edebileceğini düşündürmektedir. Metabolik ve endokrin belirteçlerde gözlemlenen anlamlı değişiklikler, MetS'nin değerlendirilmesi ve yönetiminde kapsamlı bir yaklaşımın önemini pekiştirmekte ve altta yatan mekanizmaları keşfetmek ve klinik sonuçları iyileştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır.

Hiperkalseminin Az Rastlanan Bir Nedeni: Familial Hipokalsiürik Hiperkalsemi

Buğra Barış Pekince¹, Kamil Fatih Türker¹, Güzin Fidan Yaylalı²

¹Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi, Endokrinoloji Ana Bilim Dalı, Denizli

Kamil Fatih Türker / Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Denizli

Giriş: Familial Hipokalsiürik Hiperkalsemi (FHH) primer olarak kalsiyum-duyarlı reseptör(CaSR) genindeki mutasyona bağlı gerçekleşen nadir bir hastalıktır. Hiperkalsemi, hiperparatiroidi ve 24-saatlik üriner kalsiyum/kreatinin(Ka/Kr) klirensi gibi biyokimyasal parametreler ile tanımlanabilir. Benign ve asemptomatik doğası sebebiyle FHH tanısı zordur ancak gereksiz terapötik boyun operasyonlarına yol açabileceği için oldukça önemlidir. Hiperkalsemi olan hastalarda FHH'yi ayırıcı tanıda göz önünde bulundurmamak ve klinik bulgularını vurgulamak amacıyla FHH hastalarını analiz etmeyi hedefledik.

Materyal ve Metod: 2017 ve 2024 yılları arasında serum kalsiyum, paratiroid hormon (PTH) seviyeleri ve 24-saatlik idrar kalsiyum/kreatinin atılım oranına göre ve genetik sonuçlarına göre FHH tanısı almış hastalar çalışmaya dahil edildi. Ka/Kr oranının sınır değeri <0.01 kabul edildi. Hastaların cinsiyetleri, yaşları, vücut kitle indeksleri, komorbiditeleri, cerrahi öyküleri ve serum PTH, kalsiyum, D vitamini ve 24-saatlik idrar örneklerinde kalsiyum atımları biyokimyasal parametreleri retrospektif olarak analiz edildi. Ek olarak, hastaların bilinen CaSR gen mutasyonları da dikkate alındı. Parametreler SPSS Statistics 29.0 kullanılarak analiz edildi.

Sonuçlar: Çalışma, 6'sı kadın (%62,5) olmak üzere toplam 8 FHH hastasından oluşmaktadır. Ortalama yaş 57 olup, en genç hasta 27, en yaşlı hasta ise 77 yaşındadır. Hastaların komorbiditeleri değerlendirildiğinde, 3 hastada (%37,5) tip 2 diyabet, 4 hastada (%50) hipertansiyon, 4 hastada (%50) osteoporoz, 2 hastada (%25) koroner arter hastalığı, 4 hastada (%50) hipotiroidi, 3 hastada (%37,5) hiperlipidemi, 1 hastada (%12,5) nefrolitiazis ve 1 hastada (%12,5) gastroözofageal reflü hastalığı tespit edilmiştir. Ayrıca, 1 hastada (%12,5) talasemi taşıyıcılığı ve 2 hastada (%25) multinodüler guatr bulunmaktadır. Cerrahi öykülerinde, 1 hastanın (%12,5) multinodüler guatr nedeniyle cerrahi öyküsü bulunurken, hiçbir hastanın paratiroidektomi öyküsü bulunmamaktadır. Biyokimyasal sonuçlar; ortalama kalsiyum seviyesinin 10.68mg/dl, ortalama PTH seviyesinin 82.34ng/L olduğu ve hesaplama yapılan hastaların 24-saatlik idrar kalsiyum klirens seviyelerinin eşik değerin (<0.01) altında bulunmuştur. Ek olarak, 4 hastada düşük D vitamini seviyeleri varken diğer hastaların seviyeleri normaldir. Üç hastada CaSR mutasyon tespit edilmiş olup diğer hastaların genetik test sonuçlarına erişilememiştir(Tablo-1).

Tablo-1: Hastaların Biyokimyasal Parametre Sonuçları

	Ka/Kr Klirensi	Serum Kalsiyum(mg/dl)	PTH(ng/L)	D Vitamini(ug/L)	CaSR Mutasyonu
Hasta 1	0.005	10.88	89.4	30.6	CaSR p553c t pr185 heterozigot
Hasta 2		10.75	144.1	10.12	-
Hasta 3	0.003	10.16	144	30.3	-
Hasta 4	0.009	10.79	58.1	25.8	-
Hasta 5		10.28	73	13.86	CaSR C553C
Hasta 6	0.001	11.05	45.3	15.73	CaSR exon 7f
Hasta 7	0.006	11.24	59.3	31.5	-
Hasta 8	0.008	10.28	45.5	29.2	-

Tartışma: FHH çoğunlukla asemptomatik seyretmesine rağmen gereksiz paratiroidektomilere yol açmakla birlikte hastalardaki diğer komorbid durumları da alevlendirebilmektedir. PTH ilişkili hiperkalseminin değerlendirilmesi sırasında, 24 saatlik idrar Ka/Kr klirensi, serum kalsiyum ve PTH seviyelerinin birlikte değerlendirilmesi ve karşılaştırılması FHH'yi ayırt etmeye yardımcıdır. Çalışmamızda osteoporoz, hipertansiyon ve hipotiroidizm en çok eşlik eden komorbiditelerdir. FHH hastalarında paratiroidektomi öyküleri sık karşılaşılsa da bizim hasta serimizde ilgili cerrahi öyküsü saptanmamıştır. Literatürde kabul edilen Ka/Kr klirens eşik değeri olan <0.01, hasta grubumuz ile paralellik göstermektedir. FHH hastalarında beklenildiği üzere, serum kalsiyum değerleri(10.68) hafif artmış ve PTH seviyeleri(82.34) ise yüksek olarak saptanmıştır.

Lokal İleri Serviks Kanserde Kemoradyoterapi Öncesi İnflamasyon Belirteçleri Sağkalımı Öngörebilir mi?

Semra Taş¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

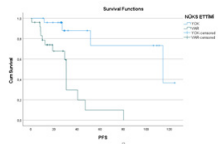
Semra Taş / Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Giriş: Serviks kanseri Dünyada kadınlar arasında en sık görülen dördüncü kanserdir.Önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Sistemik inflamatuvar yanıt, serviks kanseri dahil pek çok tümör oluşumunda,progresyonunda ve metastaz gelişiminde önemli role sahiptir(1-5). Sistemik inflamasyonun değerlendirilmesinde en kolay yöntem periferik kan hücreleri ve inflamatuvar proteinlerin ölçülmesidir.Nötrofil lenfosit oranı (NLO),lenfosit monosit oranı(LMO),platelet lenfosit oranı(PLO),CRP albümin oranı(CAO) ve Gustave Roussy immun skor(GRIm-Score) gibi çeşitli indeksler tanımlanmıştır(6).Çalışmamızda lokal ileri serviks kanserinde kemoradyoterapi öncesi inflamasyon yanıtı belirteçlerinin sağkalımlar üzerine etkisini değerlendirdik.

Materyal ve Metod: 2011-2023 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran,lokal ileri(2018 FIGO evre IIB,IIIA,IIIB ve IIIC),PS durumu 0-1 olan,komorbiditesi ve beyin metastazı olmayan,kemoradyoterapi almış 50 serviks kanserli hasta dahil edildi.Tedavi öncesi,platelet,lenfosit,lökosit,nötrofil,monosit,albümin, C-reaktif protein(CRP)düzeyleri,histoloji tipleri,yaşı,brakiterapi öyküsü,sigara öyküsü,ECOG Performans durumu retrospektif olarak incelendi.GRIm-Score için NLR, serum albümin ve serum laktat dehidrogenaz (LDH) düzeyleri değerlendirildi. GRIm skoru LDH (normal aralıkta ise: 0 puan vs normalin üst limitinin üstünde ise:1 puan),ALB($\geq 3,5$ g/dL: 0 puan vs. $< 3,5$ g/dL: 1 puan) ve NLR (≤ 6 : 0 puan vs. > 6 : 1 puan) olarak değerlendirildi. Hastalar GRIm skorlarına göre iki gruba ayrıldı; GRIm skor düşük grup (toplam skor 0 veya 1) ve GRIm skor yüksek grup (toplam skor 2 veya 3)(6). Sağkalım analizleri için Kaplan Meier Sağkalım analizleri kullanıldı.Cox proportional hazards modeli kullanılarak hazard oranları (HR) ve güven aralıkları (CI) hesaplandı.

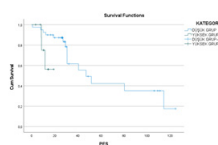
Sonuçlar: Hastaların ortanca yaşı 55.2+13.1(29-81)yıldı.Hastaların 35(%70.0)'inin ECOGPS 0, 15(%30)'inin 1'di.Sigara içenlerin sayısı 14(%28)'dü. Hastalardan 46(%92.0)'sının histolojisi skuamöz hücreli karsinomdu.29(%58.0) hastanın HPV'si pozitif.Hastaların 29(%58)'u evre IIIC, 11(%22)'i evre IIIB ve 6(%12)'si evre IIIA ve 4(%8)'ü evre IIB idi.Tüm hastalar eş zamanlı kemoradyoterapilerini tamamladı.36 hasta (%72.0) brakiterapi de aldı.Ortanca tümör çapı 50.6+16.9 mm(20-90)saptandı.29(%58.0) hastanın lenf nodu pozitif.25 hastada(%50.0) progresyon gelişti.18 hasta(%36.0)vefat etti. mPFS 32.9+30.3 ay ve mOS 42.9+32.0 ay saptandı.Genel sağkalım analizleri yapıldı.Nüks varlığı ($p < 0,001$) ve GRIm skoru yüksek olan($p = 0,03$) hastalarda PFS daha kısa saptandı.GRIm skor ve nüks durumuna göre PFS değerleri Tablo 1'de; sağkalım grafiği Şekil 1'de gösterilmiştir. GRIm skoru ve nüks durumu ile OS arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu.GRIm skoru yüksek($p = 0,01$) ve nüks olanlarda($p = 0,012$) OS istatistiksel olarak daha kısa saptandı.Anlamlı parametrelerle ilişkili sağkalım süreleri Tablo 2'de;sağkalım grafikleri Şekil 2'de gösterilmiştir.Cox proportional hazards modeli kullanıldığında PFS'i etkileyen faktörler; nüks($p < 0,001$) ve GRIm-Skoru($p = 0,045$)bulundu.OS'yi etkileyen faktörler; nüks ($p < 0,026$) ve GRIm- Skoru($p = 0,046$) bulundu.GRIm skorunun yüksek olması(HR:6,22;%95CI:1,03-37,51; $p = 0,046$) ve nüks varlığının (HR:4.2 %95CI:1,19-14,88; $p = 0,026$) ölüm riskini arttırdığı görüldü.

Şekil 1. PFS Kaplan Meier Eğrileri



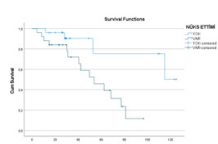
a)NÜKS

Şekil 1. PFS Kaplan Meier Eğrileri



b)GRIm-SCORE

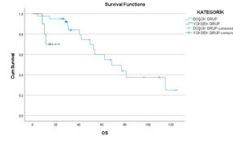
Şekil 2. OS Kaplan Meier Eğrileri



a)NÜKS

Şekil 2. OS Kaplan Meier Eğrileri

Prof. Dr. Arzu YAREN
4. PAMUKKALE
İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ
21 Aralık 2024
Anemon Denizli Otelı



b) GRIm-SCORE

Tablo 1. Demografik Özelliklere ve Biyokimyasal Değerlere Göre PFS Değerleri.

Parametreler	Progresyonuz sağkalım (ay) (95%CI)
ECOG PS: 0 (n=35)	71,86 ± 12,44 (47,39-95,33)
ECOG PS: 1 (n=15)	46,65 ± 11,08 (25,11-72,80) p=0,20
NLR<2 (n=26)	62,73 ± 11,03 (41,11-84,36)
NLR≥2 (n=34)	56,23 ± 16,78 (28,18-84,30) p=0,69
PLR<100 (n=15)	67,76 ± 29,23 (19,48-116,03)
PLR≥100 (n=35)	60,84 ± 9,68 (41,66-79,01) p=0,54
LMR<5,4 (n=15)	48,74 ± 10,12 (34,36-67,12)
LMR≥5,4 (n=37)	68,72 ± 16,87 (42,60-96,83) p=0,29
GRIm-Skorun (0-1) (n=40)	65,71 ± 9,75 (46,60-84,82)
GRIm-Skorun (2-3) (n=10)	14,94 ± 1,87 (11,29-18,99) p=0,03
Leaf node metastasis (1) (n=29)	68,05 ± 10,51 (50,99-85,11)
Leaf node metastasis (2) (n=21)	80,44 ± 14,14 (52,69-108,20) p=0,15
Nüks (1) (n=25)	97,74 ± 11,89 (74,44-121,03)
Nüks (1) (n=25)	11,41 ± 5,97 (26,28-42,53) p=0,001
HPV pozitif (n=29)	61,95 ± 12,21 (39,43-84,54)
HPV negatif (n=21)	63,99 ± 16,36 (31,53-96,43) p=0,97

Tablo 2. Demografik Özelliklere ve Biyokimyasal Değerlere Göre OS Değerleri.

Parametreler	Genel Sağkalım (ay) (95%CI)
ECOG PS: 0 (n=35)	78,08 ± 9,99 (59,59-96,26)
ECOG PS: 1 (n=15)	65,45 ± 12,22 (41,31-89,60) p=0,45
NLR<2 (n=26)	74,08 ± 9,40 (55,65-92,51)
NLR≥2 (n=34)	70,70 ± 17,52 (40,99-90,40) p=0,13
PLR<100 (n=15)	85,07 ± 18,96 (47,89-122,21)
PLR≥100 (n=35)	70,66 ± 8,28 (54,23-87,09) p=0,56
LMR<5,4 (n=15)	55,62 ± 10,71 (34,30-76,53)
LMR≥5,4 (n=37)	78,64 ± 9,02 (60,96-96,32) p=0,23
GRIm-Skorun (0-1) (n=40)	72,22 ± 8,01 (61,48-82,96)
GRIm-Skorun (2-3) (n=10)	10,01 ± 1,90 (5,51-22,72) p=0,01
Leaf node metastasis (1) (n=29)	65,61 ± 9,78 (46,42-84,79)
Leaf node metastasis (2) (n=21)	84,48 ± 12,20 (60,27-108,70) p=0,14
Nüks (1) (n=25)	101,59 ± 11,30 (79,48-123,70)
Nüks (1) (n=25)	13,75 ± 6,45 (41,11-96,20) p=0,01
HPV pozitif (n=29)	73,13 ± 9,61 (54,28-91,97)
HPV negatif (n=21)	74,96 ± 12,01 (49,33-100,43) p=0,97

Tartışma: Çalışmamızda kemoradyoterapi alan lokal ileri serviks kanserli hastalarda, inflamasyon yanıtı belirteçlerinden GRIm-Skorunun ve nüks varlığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde OS ve PFS üzerinde etkisi olduğunu saptadık. Bu sonuçlar hasta sayısının daha fazla olduğu çok merkezli çalışmalar ile güçlendirilebilir.

Septik Şoktaki Hastalarda Biosky Filtre Teknolojisi Kullanımı Deneyimlerimiz

Bahriye Kanyücel¹, Ali Himmet Çakmak¹, İsmail Hakkı Akbudak¹

¹pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Bahriye Kanyücel / Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş: Sepsis, enfeksiyona karşı düzensiz konak yanıtının neden olduğu fizyolojik, biyolojik ve biyokimyasal anormalliklerin eşlik ettiği klinik bir durumdur. Sepsis ve ortaya çıkan inflamatuvar yanıt, çoklu organ fonksiyon bozukluğu sendromuna ve ölüme yol açabilir. Gelişen son teknolojilerde sitokin emici filtrelerin kullanımı sepsis yönetiminde yerini almaya başlamıştır. Sepsis Adsorbsiyon Kolonu (BioSky) sitokin fırtınasında sitokinleri etkili bir şekilde azaltabilen ekstra korporeal kan saflaştırma kolonudur. Bu çalışmada yoğun bakımımızdaki 10 hastada Biosky filtre ile hemodiyaliz (HD) öncesi ve sonrası c reaktif protein (CRP), Procalcitonin, lökosit, nötrofil, fibrinojen, laktat değeri ve noradrenalin ihtiyacındaki değişimi değerlendirdik.

Vaka Sunumu: Kasım 2023- Aralık 2023 tarihleri arasında YBÜ'nde sepsis ve septik şok nedeniyle interne edilen ve sitokin emici filtre ile HD'e alınan 10 hastamızı retrospektif olarak inceledik. Veriler hastanenin biyokimya veri tabanından ve yoğun bakım hasta dosyalarından elde edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, ek komorbiditeleri, biyokimyasal verileri, noradrenalin ihtiyaçları HD öncesi ve sonrası tarafımızca incelendi. Çalışmaya alınan 10 olgunun beşi erkek, beşi kadındı. Ortalama yaşları 65,4 (52-80).Hastalar yoğun bakıma sepsis ve septik şok nedeniyle interne edildi. 2 hasta bir gün, 8 hasta iki gün biosky filtre ile HD'e alındı. Diyaliz sonrası 10 hastada crp, 9 hastada procalcitonin değeri azaldı. 7 hastada fibrinojen değeri azaldı (Tablo-1) 3 hastada mevcut hematolojik maligniteye sekonder olarak nötropeni ve lökopeni mevcuttu. (Tabloda 7-8-10 numaralı hastalar) 9 hastada lökosit ve nötrofil değeri azaldı, 6 hastada laktat değeri azaldı. (Tablo 1)8 hastada noradrenalin ihtiyacı ortadan kalktı. 6 hasta servise devir edildi, 4 hasta yoğun bakım takibinde tekrar inotrop ihtiyacı olması, eşlik eden ek komorbiditeler nedeniyle exitus oldu. 1 hasta da servise devir edildikten 4 gün sonra aspirasyon nedeniyle solunum arresti gelişmesi sonucunda exitus oldu.

Tablo 1

Hasta No	CRP (mg/dL)	CRP (ng/mL)	Procalcitonin (pg/mL)	Procalcitonin (pg/mL)	Fibrinojen (mg/dL)	Fibrinojen (mg/dL)	Lökosit (10 ⁹ /L)	Lökosit (10 ⁹ /L)	Nötrofil (10 ⁹ /L)	Nötrofil (10 ⁹ /L)	Laktat (mmol/L)	Laktat (mmol/L)
1	138	50	100	11	422	207	10900	4000	14700	4130	2,8	1,8
2	312	89	14	1,77	900	314	18070	16500	17700	14400	2,50	2,27
3	207	77	5,8	0,27	772	458	8000	4000	6000	3400	2,04	2,01
4	34	2,98	54,3	2,5	375	240	14000	10100	10000	5400	2,76	1,49
5	241	240	85,9	92	547	882	10170	7500	10200	6160	2,5	2,8
6	403	3421	27,9	1,24	900	489	29620	22540	20200	20200	3,57	1,22
7	290	112	28,9	0,508	442,9	484,4	89	80	80	80	2,86	0,29
8	366,88	103,68	100	7,47	435	493,4	800	1270	580	680	4,14	1,26
9	867,9	24,34	1,05	0,879	182,7	105,5	2080	2140	1840	1360	9,99	2,37
10	153,9	6,74	1,32	0,843	286,3	194,7	6730	2900	40	820	2,5	2,37

Tartışma: Enfeksiyon ile başlayan süreçte inflamatuvar ve anti inflamatuvar sitokinler salınmaktadır. Sitokin fırtınası durumunda inflamatuvar ve koagülasyon mekanizmalarında disregülasyon oluşmakta, nekroz, apoptoz ve hücre ölümüne sebep olarak çoklu organ hasarı görülebilmektedir. Aynı zamanda vazoaaktif maddelerin aşırı salınımından kaynaklı hemodinamik dengesizlik, hipotansiyona neden olmaktadır. Bu çalışmamızda görüldüğü gibi sitokin emici filtre teknolojilerinin kullanımı ile sepsiste hastaların klinik ve biyokimyasal parametrelerinde anlamlı ölçüde düzelme gözlenmiştir. Sitokin emici filtrelerin yaygın kullanılmaya başlanması ile sepsis yönetiminde mortalitenin azalmasına yardımcı olabileceğini düşünüyoruz. Bu tedavi yönteminin kullanımıyla ilgili daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Malignite Şüphesi ile İterne Edilen Hastada Kist Hidatik Olgu Sunumu

Ali Himmet Çakmak¹, Nevin Alayvaz Aslan²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Anabilim Dalı, Denizli

Ali Himmet Çakmak / Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

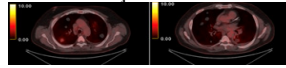
Giriş: Periferik kanda eozinofil yüzdesi %3-5; mutlak sayısı 350-500/ μ L arasındadır. Periferik kanda eozinofil artışını ifade eden eozinofili; hafif (üst limit 1500/ μ L), orta (1500-5000/ μ L arası) ve ağır olarak (>5000/ μ L) derecelendirilerek incelenmektedir. Eozinofilinin en sık sebepleri; helmintik parazit enfeksiyonları, atopik ve alerjik hastalıklar ve ilaç yan etkileridir. Vaskülitler karsinomlar, T hücreli non-Hodgkin Lenfoma ve Hodgkin lenfomada da eozinofili sekonder olarak ortaya çıkabilmektedir. Kist hidatik (KH) hastalığı Echinococcus cinsi helmintler tarafından oluşturulan ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde halk sağlığı problemi yaratan paraziter bir hastalıktır. Kist hidatik tüm dokuları tutabilme potansiyeline sahip olmakla birlikte, %60-80 oranında karaciğeri, %10-30 oranında akciğerleri tutar. Kist hidatik gibi paraziter enfeksiyonlarda tam kan sayımında eozinofil seviyesi yükselebilir. Biz burada akciğer malignitesi şüphesi ile interne edilen ve eozinofil yüksekliği nedeniyle tarafımızca değerlendirilen, paraziter enfeksiyon tespit ettiğimiz olguu sunuyoruz.

Vaka Sunumu: 66 yaş erkek, akciğerde kitle, malignite şüphesi ile göğüs hastalıkları servisine interne edilen hasta tarafımıza eozinofil yüksekliği nedeniyle konsülte edildi. Hastanın bilinen DM, HT, koroner arter hastalığı tanıları mevcuttu. Mesleği hayvancılıktı. Hastada son 2 ayda istemsiz kilo kaybı (kendi kilosunun yaklaşık %10 kadarı), ara ara olan ateş ve üşüme titreme şikayetleri mevcuttu. Hastanın vitalleri stabil, fizik muayenesinde akciğerde yaygın ronküs, yer yer solunum sesleri azalmış olarak tespit edildi. Harici fizik muayene bulguları olağandı. Hastanın tarafımıza danışıldığında hemogram verileri Şekil-1'de gösterilmiştir. İncelenen periferik yaymada eozinofil sayısı sayımla uyumlu artmış olarak izlendi. Hastaya servis yatışında malignite tarama amacıyla PET-CT çekilmiş ancak akciğerdeki kitle lezyonlarında tutulum yoktu (Şekil-2). Hastada akut eozinofili gelişmiş olması, görüntüleme bulgularında akciğer ve karaciğerde FDG negatif lezyonların olması sebebi ile tarafımızca ön planda paraziter enfeksiyonlar düşünüldü. Hastadan kist hidatik serolojisi gönderildi. Kist hidatik serolojisi 1/2560 titrede pozitif olarak saptandı. Enfeksiyon hastalıkları tarafından hastaya albendazol başlandı. Malignite şüphesi ile interne edilen hastada paraziter enfeksiyon tespit edilmesi nedeniyle planlanan biyopsi işlemi yapılmadı. Hastanın albendazol tedavisi sonrası akciğerdeki kist hidatik oluşumlarında belirgin regresyon tespit edildi (Şekil-3).

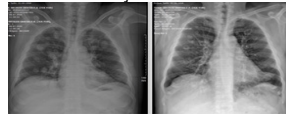
Şekil-1

WBC	22.43	Kül	4	10	26.90 / 10.0
NEU%	21.5	%	66	70	24.9 / 26.8
NEU#	4.79	Kül	2	7	5.00 / 6.96
LYP%	18.1	%	20	60	16.2 / 19.9
LYP#	3.76	Kül	0.5	4	3.02 / 2.29
MON%	2.7	%	1	17	2.6 / 2.8
MON#	0.61	Kül	0.10	1.0	0.68 / 0.64
PLA%	0.4	%	0	1	0.3 / 0.7
PLA#	0.08	Kül	0	0.1	0.07 / 0.08
EOS%	05.3	%	0.5	7	16.0 / 10.2
EOS#	11.30	Kül	0.02	0.7	11.00 / 11.3
HGB	4.77	g/dL	4	6.5	4.00 / 4.87
Hemat	44.9	%	44	44	34.9 / 44.5

Şekil-1



Şekil-1



Tartışma: Eozinofilinin sebeplerinden olan paraziter enfeksiyonlar gelişmekte olan ülkelerde hala yüksek oranda gözlenmektedir. Hastaların detaylı anamnezlerinin alınması, mesleklerinin sorgulanması, ayrıntılı fizik muayene ile klinik şüphede doğrultusunda paraziter enfeksiyon belirteçlerinin doğru ve zamanında istenmesi ile daha invaziv klinik tanı yöntemlerine gidilmeden hastalık tanısı konabilir. Biz burada akciğer tutulumlu kist hidatik vakalarının tıpkı akciğer malignitesi gibi prezente olabileceğine dikkat çekmek istedik.

Ateş, Hipotansiyon Ve Döküntü İle Başvuran 37 Yaş Erkek: Streptokoksik Toksik Şok Sendromu Vaka Sunumu

Hakan Yıldırım¹, Ali İhsan Başyığıt¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim dalı

Hakan Yıldırım / Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim dalı

Giriş: Streptokoksik toksik şok sendromu (STŞS) nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu, gebelik ilişkili enfeksiyonlar, bakteriyemi ve solunum yolu enfeksiyonları sonrası sık görülür. Vakaların %45'inde Grup A streptokoklar (GAS)'ın giriş yolu tanımlanamamaktadır, hastaların çoğu immünsupresif değildir. STŞS, invaziv GAS enfeksiyonunu (vücutta steril bir alandan GAS izole edilmesi) takiben saatler içinde hipotansiyon ve taşikardinin eşlik ettiği şok ve organ yetmezliği tablosu ile kendisini gösterir. Sıklıkla ateş, bilinç değişikliği, maküler eritematöz ve deskuamasyon şeklinde döküntü eşlik eder. Son organ hasarı bulguları içerisinde böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği, ARDS ve DIC tablosu görülebilir. Tanı hipotansiyona eşlik eden iki veya daha fazla multiorgan tutulumunu gösteren bulgu ve steril alandan GAS izole edilmesi ile konur. Tedavide diffüz kapiller kaçak nedenli şoka yönelik agresif i.v. sıvı tedavisi, gerekirse inotrop desteği, varsa yara yeri debritmanı ve geniş spektrumlu ampirik antimikrobiyal ajanların kullanımı önerilmektedir.

Vaka Sunumu: 37 yaş erkek hasta dört gün önce sol yanakta başlayan sonra tüm yüze yayılan şişlik, tekrarlayan 39 derece ve üzeri ateş, hipotansiyon, ishal şikayeti, dış merkezde anflaksi şüphesiyle adrenalın uygulaması ve iki gündür mevcut olan omuz, bacak ve gövdede belirgin makülopapüler yer yer deskuamasyonların eşlik ettiği döküntüler ile başvurdu. Bilinen hastalık öyküsü, ilaç kullanımı ve cerrahi girişim öyküsü yoktu. Geliş değerlerinde crp değeri 139.3 mg/L ve prokalsitonin değeri 31.5 ng/mL olarak saptandı. Hastanın diğer tetkiklerinde eşlik eden trombositopeni (73 K/uL), lökositoz (38.91 K/uL), bilirubin yüksekliği (total 5,56 – direkt 5,08 mg/dL) mevcuttu. (Tablo 1) Hastamızda hipotansiyon, böbrek ve karaciğer yetmezliği, deskuamatif döküntü olması ve semptomların yumuşak doku enfeksiyonu ile başlaması nedeniyle STŞS tanısı konuldu. Alınan kültürler sonrası hastaya ampirik olarak 3x4,5 gr piperasilin-tazobaktam ve 1x400mg teikoplanin tedavisi on gün verildi. Alınan kültürlerde üreme olmadı ve bu durum hastanın dış merkezde iki gün seftriakson 2x1 gr tedavisi almış olmasına bağlandı. Viral ve diğer etyolojilere yönelik tetkikler negatif olarak sonuçlandı. Hastada klinik ve laboratuvar olarak yanıt alındı ve şifa ile taburcu edildi.

Döküntü



Döküntü Üst Ekstremiteler



Döküntü Gövde



Prof. Dr. Arzu YAREN
4. PAMUKKALE
İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ
21 Aralık 2024
Anemon Denizli Otelı



Döküntü Gövde



Döküntü Alt Ekstremitte



Tablo 1

(Değer / Tarih)	05/11	07/11	09/11	15/11
Crp	139	50	16	2.38
Wbc	38.91	17.35	17.16	5.78
Plt	45	37	85	296
Hgb	12.3	12.1	12	10.8
Fibrinojen	-	222	132	235
Total Bilirubin	5.56	7.91	4.22	1.47
Kan kx	Neg	Neg		
Boğaz kx		Neg		
Brucella serolojisi		Neg		
Elisa-Torch Hepatit		Neg		

Laboratuar Değerleri

Tartışma: Ateş ve döküntü ile başvuran yetişkin hastalarda ön planda viral enfeksiyonlar, alerjik reaksiyonlar, artropod aracı hastalıklar akla gelmektedir fakat bakteriyel enfeksiyon ilişkili tablolar yetişkin hastalarda daha nadir görülmekle birlikte fatal seyredebilmektedir ve mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Vakamızda olduğu gibi (yanakta şişlik) deri ve yumuşak doku enfeksiyonu, deskvamöz döküntüleri olan, hızlı seyreden bir klinik tablo ile başvuran, ateş, hipotansiyon, taşikardi, çoklu organ tutulumu bulguları gibi sistemik hastalık bulguları mevcut olan hastalarda invaziv streptokok enfeksiyonundan ve STŞS'dan şüphelenilmelidir. Hemodinamik stabilizasyon sağlanmalı, gerekli kültürler alındıktan sonra uygun ampirik tedavi başlanmalı ve sonuçlara göre bireysel tedavi şekillendirilmelidir.

Subklinik Hipotiroidili Hastalarda Sol Ventrikül Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi

Taha Okan¹

¹İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD, Özel Kardiya Tıp Merkezi

Taha Okan / İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD, Özel Kardiya Tıp Merkezi

Giriş: Tiroid bezi fonksiyonlarının, kardiyak işlevleri doğrudan ya da dolaylı olarak etkilediği bilinmektedir. Güncel bilimsel literatürde subklinik hipotiroidili (SH) hastalarda sistolik ve/veya diyastolik sol ventrikül fonksiyonlarının, etkilendiğini gösteren çalışmalar olduğu gibi, sistolik ve/veya diyastolik sol ventrikül fonksiyonlarının etkilenmediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmada SH hastalarında meydana gelen sistolik ve diyastolik sol ventrikül fonksiyon değişikliklerinin; M-Mod Ekokardiyografi, transmitral pulse wave doppler ekokardiyografi ve doku doppler ekokardiyografi ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod: Kardiyoloji polikliniğinde yeni tanı SH tespit edilen ve henüz tedaviye başlanmamış 19 hasta ve yaşları, cinsiyetleri hasta grubu ile uyumlu 21 sağlıklı bireyin sol ventrikül sistolik ve diyastolik fonksiyonları transtorasik ekokardiyografi ile değerlendirildi. SH, normal serbest T4 düzeylerine sahip, yüksek serum tiroit stimulan hormon (TSH) düzeyli bireyler olarak tanımlandı.

Sonuçlar: Tiroid fonksiyonları normal olan kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, SH'li grupta sol ventrikül diyastolik fonksiyonlarının bozulduğu ancak sistolik fonksiyonların etkilenmediği belirlendi. SH grubunda, normal tiroid fonksiyonlu bireylere göre; diyastolik disfonksiyonu gösteren daha düşük transmitral E/A hızı oranları ($p < 0.001$), doku dopplerinde lateral mitral anulusa ait daha düşük Em/Am hız oranları ($p < 0.001$) ve daha yüksek E/Em oranları ($p = 0.003$) tespit edildi. Normal grup ve SH grupları arasında M-Mod ekokardiyografi ile belirlenen; Ejeksiyon Fraksiyonu (EF), sol ventrikül diyastolik ve sistolik çapları arasında fark izlenmedi. (tablo 1).

Tartışma: Kalp, tiroid hormonlarının başlıca hedef organlarından biridir. Tiroid fonksiyon bozukluğu sarkoplazmik retikulum, kontraktıl proteinler ve miyosit hücre membranını etkiler. Tiroid hormonu eksikliği, miyosit kalsiyum alımının düzenlenmesinde rol oynayan enzimlerin aktivitesini ve çeşitli kontraktıl proteinlerin ekspresyonunu azaltarak kalp kası fonksiyonunu değiştirir. Tiroid hormonu eksikliği kalp hızında azalmaya ve miyokardiyal kasılma ve gevşemede bozulmaya yol açar. Kuramsal olarak tiroid fonksiyon bozukluğunun sol ventrikül sistolik ve diyastolik fonksiyonlarını etkilenmesi beklense de yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlar çelişkilidir. Bulgularımız, SH'de sol ventrikül sistolik fonksiyonlarının etkilenmediğini ancak sol ventrikül diyastolik fonksiyonlarının bozulduğunu göstermektedir.

	Normal (n: 21)	SH (n: 19)	p
Kadın Cinsiyet %	76.19	78.94	0.408
Yaş	38.38 ± 6.24	38.68 ± 6.43	0.881
BMI	25.10 ± 1.22	25.36 ± 1.77	0.445
SKB (mmHg)	114.14 ± 13.53	111.15 ± 10.44	0.443
DKB (mmHg)	68.61-8.06	66.42-8.22	0.399
LVDd (mm)	44.38-2.92	44.42-2.36	0.962
LVDs (mm)	28.66-2.79	28.26-2.80	0.652
EF %	65.61-3.96	66.36-4.76	0.591
Erken diyastolik transmitral akım (E) hızı (cm/sn)	1.052 ± 0.140	1.015 ± 0.153	0.436
Geç diyastolik transmitral akım (A) hızı (cm/sn)	0.819 ± 0.132	0.905 ± 0.174	0.085
E/A	1.29-0.11	1.13-0.10	<0.001
Mitral anulus erken diyastolik miyokard (Em) hızı (cm/sn)	0.156-0.012	0.127- 0.011	<0.001
Mitral anulus geç diyastolik miyokard (Em) hızı (cm/sn)	0.105-0.04	0.102- 0.03	0.622
Em/Am	1.48-0.07	1.28-0.17	<0.001
E/Em	0.67-0.10	0.80-0.14	0.003
TSH (mIU/L)	2.28-0.78	6.84-1.34	<0.001
sT4 (ng/dL)	1.76-0.53	1.47-0.51	0.092

SH: Subklinik hipotiroidi, SKB: sistolik Kan Basıncı, DKB: Diyastolik Kan Basıncı
LVDd: Sol ventrikül diyastol sonu çapı LVDs: Sol ventrikül sistol sonu çapı

Tnf-Alfa İnhibitörü Kaynaklı Paradoksal Psöriazis Vakası

Eda Nilüfer Coşkun¹, Uğur Karasu¹

¹Pamukkale Üniversitesi Hastanesi

Eda Nilüfer Coşkun / Pamukkale Üniversitesi Hastanesi

Giriş: Tümör nekroz faktör-alfa (TNF- α) inhibitörleri romatoid artrit, ankilozan spondilit, inflamatuvar bağırsak hastalığı, plak psöriazis gibi inflamatuvar hastalıkların tedavisinde büyük devrim yaratmıştır. TNF- α inhibitörü tedavisi altında psöriazis gibi paradoksal bir yan etki ortaya çıkabilir. Burada TNF- α inhibitörü tedavisi altında paradoksal psöriazis gelişen bir vaka sunulmuştur.

Vaka Sunumu: 51 yaşında kadın hasta halsizlik, 30-40 dakika süren sabah tutukluğunun eşlik ettiği bel ağrısı şikayetiyle Ocak 2015'te tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde Kronik myeloproliferatif hastalık ve portal ven trombozu öyküsü nedeniyle coumadin tedavisi alan hastanın fizik muayenesinde bilateral FABER ve FADIR testleri pozitif, sakroiliyak kompresyon testi pozitif bulundu ve bel eklem hareket açıklığında kısıtlılık tespit edildi. Hastanın ilk başvurusunda CRP, sedim, elektrolit değerleri, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Romatoid Faktör (RF), CCP, ANA değerleri negatif saptandı. HLA B27 testi pozitif olan hastanın çekilen Sakroiliyak MR'ında her iki sakroiliyak ekleminde erken evre sakroiliit ile uyumlu değişiklikler olduğu görüldü. Coumadin kullanması nedeniyle nonsteroid antiinflamatuvar ilaç verilemeyen hastaya parasetamol, pregabalin tedavisi başlandı ve egzersiz önerildi. Takiplerinde inflamatuvar bel ağrısı devam eden ve görüntülemelerinde sakroiliit bulguları sebat eden hastaya TNF-alfa inhibitörü tedavisi başlanması planlandı. TNF-alfa inhibitörü öncesi taramaları tamamlanan hastaya Ocak 2019'da İnfliksimab tedavisi başlandı. İnfliksimab tedavisi sonrası sabah tutukluğu ve bel ağrısı azalan, BASDAİ skoru <4 altında seyreden hastanın Aralık 2023'te ayak tabanında keskin sınırlı, eritemli zeminde skuamli yama şeklinde lezyonları ortaya çıktı. Lezyonlardan alınan biyopsi "Püstüler Psöriaziform Dermatit" ile uyumlu geldi. TNF-alfa inhibitörüne bağlı paradoksal püstüler psöriazis nedeniyle İnfliksimab tedavisi kesilip yerine Sekukinumab tedavisi başlandı. Hastanın takibine Sekukinumab tedavisi altında sorunsuz bir şekilde devam edilmektedir.

Lezyon fotoğrafları



lezyon fotoğrafı



lezyon fotoğrafı

Tartışma: TNF- α , aktive olmuş makrofajlar, T-lenfositler, nötrofiller ve natural killer (NK) hücreler tarafından üretilir ve inflamatuvar yanıtı düzenler. TNF- α 'nın aşırı salınımı romatoid artrit, spondiloartritler, inflamatuvar bağırsak hastalıkları gibi inflamatuvar hastalıkların patogenezinde önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle TNF- α inhibitörleri bu hastalıkların tedavisinde kritik bir rol almaktadır. Psöriazis tedavisinde de önemli rolü olan TNF- α inhibitörleriyle tedavi edilen hastalarda paradoksal psöriazis gelişimi ile ilgili artan sayıda olgu bildirimleri olmuştur. Paradoksal psöriazis olgularının mevcut insidansı %2-5 kadardır. Psöriatik lezyonlarının gelişimindeki mekanizma halen net anlaşılmamış olsa da plazmositoid dendritik hücrelerden salınan düzensiz İnterferon alfa'nın sorumlu olduğu düşünülmektedir. Tedavide TNF- α inhibitörlerinin kesilerek başka bir makul tedavi seçeneğine geçilmesi önerilir. Topikal kortikosteroidler ve fototerapi de faydalı olabilir. TNF- α inhibitörleri ile tedavi edilen Ankilozan spondilit hastalarında paradoksal psöriazis gelişme riski mevcuttur. Bu nedenle TNF- α inhibitörü verilen hastalar oluşabilecek olası yan etkiler açısından dikkatle izlenmelidir.



Prof. Dr. Arzu YAREN
4. PAMUKKALE
İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ

21 Aralık 2024
Anemon Denizli Oteli

POSTER BİLDİRİLER

www.pamukkaleichastaliklarigunleri.org

Nazofarenks Kanseri Olgusunda Vertebroplasti Sonrası Gelişen Nadir Bir Pulmoner Emboli Nedeni; Sement Embolisi

Semra Taş¹, Taliha Güçlü Kantar¹, Bedriye Açıkgöz Yıldız¹, Gamze Serin Özel¹, Ceren Mordağ Çiçek¹, Şeyma Ala Enli¹, Selda Çakın Ünnü¹, Burcu Yapar Taşköylü¹, Atike Gökçen Demiray¹, Gamze Gököz Doğu¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Semra Taş / Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

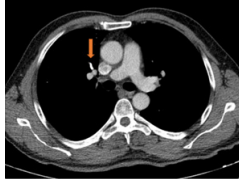
Giriş: Vertebroplasti, travma veya birçok hastalığın (osteoporoz, kanser metastazları, vb.) seyirinde oluşan omurga kırıklarının tedavisinde kullanılan, vertebra korpusuna radyolojik görüntüleme eşliğinde perkütan polimetilmetakrilat (PMMA) yerleştirme işlemidir (1). Çimento sızıntısı perkütan vertebroplastiden sonra en sık görülen komplikasyondur (2). Bu sızıntı azygos-hemiazygos venöz sistem ve paravertebral pleksus yoluyla pulmoner artere ulaşarak pulmoner emboli oluşturabilir(3,4). Biz nazofarenks kanseri nedeniyle kliniğimizde takip edilen ve vertebroplasti sonrası sement embolisi gelişmiş olan olgumuzu sunmayı amaçladık

Vaka Sunumu: Elli dokuz yaşında erkek hasta. Bilinen ek hastalığı yok. 30 paket /yıl sigara kullanım öyküsü mevcut. 2008 yılında boyun ve sol çene altında şişlik nedeniyle yapılan boyun USG' de sağda ön servikal zincirde 22x6 mm lenf nodu, solda submandibular 53x30 mm dev lenf nodu ve komsu alanda büyüğü 23x10 mm olmak üzere multiple lenf nodları izlendi. Boyun sol taraf lenf nodundan yapılan insizyonel biyopsi ile nazofarenks kanseri tanısı aldı. Görüntülemelerinde uzak metastaz saptanmadı. Hastaya 2 kür cisplatin + 5-fluorourasil kemoterapi sonrası cisplatin eşliğinde radyoterapi uygulandı. Tedavi yanıt değerlendirme için çekilen görüntülemelerinde tedaviye yanıtı olan hasta izleme alındı. Takiplerinde Aralık 2016 yılında T12 vertebra fraktür nedeniyle vertebral kifoplasti yapıldı. Gönderilen patoloji sonucunda vertebrada nazofarenks kanseri metastazı saptandı. İşlemden bir hafta sonra hafif nefes darlığı şikayeti olduğu ancak hastaneye başvurmadiği öğrenildi. Hastanın rutin tetkik sonuçları ile polikliniğimize başvurusunda akciğer tomografi raporunda bilateral pulmoner arterlerde sement embolisi ile uyumlu bulgular olduğu görüldü (Şekil 1-4). Başvuru sırasında asemptomatik olan hasta göğüs hastalıklarına konsulte edildi. Hipoksisi ve ek şikayeti olmayan hastanın Onkolojik tedavileri düzenlenerek takibine devam edildi

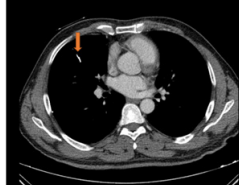
Şekil-1: Sağ Pulmoner Arter Dallarında Sement Emboli Görünümü



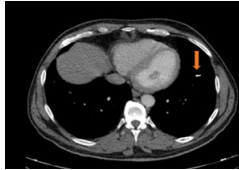
Şekil-2 : Sağ Pulmoner Arter Dallarında Sement Emboli Görünümü



Şekil-3 : Sağ Pulmoner Arter Dallarında Sement Emboli Görünümü



Şekil 4- Sol Pulmoner Dallarında Sement Emboli Görünümü.



Tartışma: Sement embolisi , vertebroplasti işlemi sırasında çimento sızıntısına sekonder pulmoner arter ve/veya dallarının mekanik olarak tıkanması olup %3,5-23 oranında görülür. Semptomatik veya asemptomatik olabilir. Semptomlar dispne/takipne, taşikardi, göğüs ağrısı, siyanoz, öksürük, hemoptizi ve hipoksi olabilir. Periferik emboli ve asemptomatik hastalarda tedavi önerilmez. Semptomatik vakalar ve asemptomatik olsa bile santral embolisi olanlar tedavi edilmelidir. Tüm semptomatik hastalara 3-6 ay antikoagülasyon önerilir (5). Santral embolisi olan semptomatik hastalarda çimento trombuslerinin cerrahi olarak çıkarılması önerilmektedir.

Periton Diyalizi Hastasında Sphingomonas Paucimobilis Kaynaklı Nadir Peritonit Olgusu: Tedavi Süreci Ve Yönetim Yaklaşımları

Şerife Büşra Dayar¹, Hülya Yorulmaz², Belda Dursun²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İç hastalıkları Anabilimdalı

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Anabilimdalı

Şerife Büşra Dayar / Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İç hastalıkları Anabilimdalı

Giriş: Peritonit, periton diyalizi (PD) alan hastalarda mortalite ve morbiditeye neden olan ciddi bir komplikasyondur. Sphingomonas paucimobilis, PD ile ilişkili peritonitin nadir bir nedeni olup(1) burada Sphingomonas paucimobilis ilişkili bir peritonit vakası sunulmuştur. Vaka Sunumu: Hipertasyona bağlı kronik böbrek hastalığı nedeniyle ayaktan periton diyalizi tedavisi gören 35 yaşında erkek hasta 7-8 kez olan sulu sarı renkli ishal ve karın ağrısı şikayeti ile hastaneye başvurdu. Hastanın ateş öyküsü yoktu ve katater çıkış yerinde ya da tünelde enfeksiyon belirtisi gözlenmedi. Vitalleri olağan olan hastanın fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet mevcuttu. Hastanın daha önce geçirilmiş peritonit öyküsü yoktu. Hastaya PD ile ilişkili peritonit tanısı konuldu. Abdominal bilgisayarlı tomografi bulguları normal sınırlardaydı. Hastadan peritoneal sıvı, kan ve gaita örnekleri alındıktan sonra hastaya ampirik intraperitoneal sefazolin ve intravenöz seftriakson başlandı. Tedavinin 3. Gününde periton sıvı kültüründe Gram negatif basil erken üremesi olması üzerine hastanın kullanmakta olduğu antibiyotikler kesilerek hastaya intraperitoneal ve intravenöz meropenem başlandı. Hastanın kültür identifikasyonunda SPHINGOMONAS PAUCIMOBILIS üremesi olması üzerine hastanın almakta olduğu meropenem tedavisi kesilerek intravenöz ve intraperitoneal sefipime geçildi ve 14 gün boyunca antibiyotik tedavisine devam edildi. Hastada klinik ve laboratuvar yanıtı alındığı için (Tablo -1) antibiyotik tedavisi sonrası periton diyaliz katateri çıkarılmadan taburcu edildi.

Tablo-1

Parametre Adı	0.Gün Sonuçları	3.Gün Sonuçları	14.Gün Sonuçları
Toplam Çekirdekli Hücre Sayısı	6.635	2.715	0.040
<u>Mononükleer</u> Hücre Sayısı	1.792	1.562	0.035
<u>Mononükleer</u> Hücre Yüzdesi	27.0	57.7	87.5
<u>Polimorfonükleer</u> Hücreler	4.834	1.147	0.005
<u>Polimorfonükleer</u> Hücre Yüzdesi	73.0	42.3	12.5
Lökosit Sayısı	6.626	2.709	0.040
Eritrosit Sayısı	0.001	0.000	0.000

Tartışma: Periton diyalizi (PD) hastalarında peritonit, en sık karşılaşılan komplikasyonlardan biri olup, tedavi başarısını ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyebilmektedir. Peritonit etkenleri sıklıkla Gram pozitif bakteriler olmakla birlikte, Gram negatif mikroorganizmalar da sorumlu olabilir(2). Bu vakada izole edilen Sphingomonas paucimobilis, çevresel bir mikroorganizma olup, insanlarda nadir olarak enfeksiyona yol açar ve genellikle immün yetmezliği olan bireylerde daha sık görülür. Ancak, PD hastalarında bildirilen olgu sayısı oldukça sınırlıdır. Yılmaz F. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada(3), 1984-2016 yılları arasında Sphingomonas paucimobilis kaynaklı PD ilişkili peritonit vakalarında kateter çıkarılma oranının %50 olduğu ve tedavi sonuçlarının kullanılan antibiyotige göre değişkenlik gösterdiği belirtilmiştir. Bizim vakamızda ise bu mikroorganizmanın neden olduğu PD ilişkili peritonit, Tenckhoff kateteri çıkarılmadan ve uygun antibiyotik tedavisiyle başarıyla tedavi edilmiştir.

Hereditör Hemorajik Telenjektazi ve Eşlik Eden Hematolojik Malignitesi Olan Üç Olgu Sunumu

Ali Himmet Çakmak¹, Sibel Kabukçu Hacıođlu²

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Anabilim Dalı

Ali Himmet Çakmak / Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Hereditör hemorajik telenjektazi (HHT) veya diğer ismiyle osler-weber-rendu hastalığı nadir görülen multisistemik vasküler bir hastalıktır(1). Patogenezinde arterler ile venler arasından doğrudan bağlantılara neden olabilen çoklu arteriovenöz malformasyonlar mevcuttur. En önemli klinik bulgusu tekrarlayan epistaksistir. Telenjektaziler karakteristik olarak dudaklarda, dilde, yanak ve gastrointestinal mukozada, yüzde ve parmaklarda bulunur.Tanı konması için; epistaksis, karakteristik yerlerde mukokutanöz telenjektaziler, visseral arteriovenöz malformasyonlar, bu kriterlere göre tanı konmuş birinci derece akraba şeklindeki dört kriterden üç tanesinin varlığı veya ACVRL1, ENG, SMAD4'te heterozigot patojenik bir varyantın olması gereklidir(2). HHT'li hastalarda anjiyogenik bir protein olan endoglin eksikliği mevcuttur.Yapılan bir çalışmada HHT ile meme, prostat, kolorektal ve akciğer kanserli hastaların sağkalım sonuçlarında iyileşme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (3). Ancak HHT tanısı olan hastalarda artmış vasküler endotelial growth faktör (VEGF) varlığının(4) da mevcut olduğu göz önüne alındığında burada bir çelişki mevcuttur. Literatürde HHT tanısı ile eşlik eden malignite tanıları olan hastalarla ilgili çalışmalar yeterli değildir.Biz burada HHT ve eşlik eden hematolojik malignitesi bulunan üç vakamızı sunacağız.

Vaka Sunumu: 57 yaş kadın, Nisan 2023'te tarafımıza anemi nedeniyle kardiyolojiden yönlendirilen hastaya yapılan anamnez sorgulamasında yıllardır burun kanaması şikayeti olduğu tespit edildi.Kulakta, dudakta, yanaklarda ve parmak uçlarında hemanjiomları mevcuttu(Şekil-1 ve Şekil-2). Aile öyküsü sorgulandığında babada vücutta hemanjiom mevcut olduğu ve burun kanaması yaşadığı öğrenildi.Anemisi mevcut ve sedim değeri yüksek hastadan serum ve idrarda immünfiksasyon elektroforezi gönderildi.İdrar immünfiksasyon elektroforezinde monoklonal IgG kappa bandı olması üzerine hastaya kemik iliği aspirasyon biyopsisi (KİAB) planlandı. Hastaya yapılan KİAB "plazma hücreli neoplazi" ile uyumlu olarak raporlandı.Hastanın kliniğimizde takip ve tedavisi devam etmektedir. 72 yaş erkek; özellikle yüzde burun, yanak ve dilde telenjektazileri olan (Şekil-3) ve HHT nedeniyle dış merkezde takip edilen hasta tarafımıza 2019 senesinde başvurdu.Hastaya poliklinik takibinde aralıklarla eritrosit süspansiyon replasmanı yapılmakta ve hasta bevacizumab tedavisi almaktaydı. Kanama açısından yakın takipte olduğumuz hastada 07.2022'de nötropenide derinleşme olması nedeniyle hastaya KİAB planlandı. Yapılan KİAB sonucu "plazma hücreli myelom" olarak raporlandı.Hastanın poliklinik takibi devam etmektedir. 57 yaş kadın, dış merkezde MDS ve HHT nedeniyle takip edilen hasta tarafımızca takibe başlandı. Hastanın annesi ve üç kardeşinde de HHT mevcuttu. Dış merkezde hastaya 1 kür azasitidin tedavisi verilmişti. Tarafımızca yapılan KİAB sonucunda %4 blast görülmesi nedeniyle azasitidin bu aşamada verilmedi. Bevacizumab tedavisine başvuru yapıldı. Hastaya 400 mg bevacizumab tedavisi ayda bir verilmeye başlandı.

Şekil-1



Şekil-2





Prof. Dr. Arzu YAREN
4. PAMUKKALE
İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ
21 Aralık 2024
Anemon Denizli Otel



Şekil-3



Tartışma: HHT hastaları takiplerinde sıklıkla burun kanaması, demir eksikliği anemisi, arteriyovenöz malformasyonlar ile seyreden bir hastalıktır. Hastalar kanama açısından sıkı takip edilmeli, kan değerlerinde herhangi bir sitopeni olması halinde eşlik eden hematolojik malignite açısından gereklilik durumunda KİAB gecikmeden yapılmalıdır.

HCC Tanılı Hastada Nivolumab ile Uzun Süreli Progresyonsuz Sağkalım

Bedriye Açıkgöz Yıldız¹, Gamze Gököz Doğu¹, Atike Gökçen Demiray¹, Burcu Yapar Taşköykü¹, Taliha Güçlü Kantar¹, Semra Taş¹, Gamze Serin Özel¹, Ceren Mordağ Çiçek¹, Şeymanur Ala Enli¹, Selda Çakın Ünnü¹

¹Pamukkale üniversitesi Tıbbi Onkoloji

Bedriye Açıkgöz Yıldız / Pamukkale üniversitesi Tıbbi Onkoloji

Giriş: Hepatoselüler karsinom (HCC) tedavisi hastalığın erken evrelerinde karaciğer nakli, rezeksiyon, lokal ablatif tedaviler iken hastalığın ilerleyen evrelerinde tedavinin temelini tirozin kinaz inhibitörleri oluşturmaktadır. Tirozin kinaz inhibitörleri ile progrese olan hastalarda tedavi seçenekleri kısıtlıdır. İlerlemiş evredeki HCC hastamızda tirozin kinaz inhibitörleri sonrası bir immunoterapi ajanı olan Nivolumab ile 20 ay süren progresyonsuz sağkalımı mevcuttur , bu vakayı sunmayı amaçladık.

Vaka Sunumu: 50 yaşında erkek hasta Mart 2018 tarihinde batın MR görüntülemesinde karaciğer sağ lobda 7.5x6 cm kitle ve 3x3x2.5 cm kitle saptanmış. . 28.03.2018 tarihinde opere olmuş, patolojisi orta derece diferansiye HCC olarak raporlanmış. Karaciğer hastalığı child A olarak değerlendirilmiş. Hasta takibe alınmış. Ocak 2019 tarihli PET BT'de batın içinde lenf nodu metastazları saptanmış. Sorafenib 2x400 mg ile tedaviye başlanmış. Yanıt değerlendirmesi için çekilen PET BT görüntülemelerinde Mart 2019'da progresyon saptanması üzerine , regorafenib 1x120 mg tedavisine geçilmiş. Eylül 2019 PET BT'de progresyon saptanmasıyla hastaya bir kür gemsitabin +oksaliplatin sonrası nivolumab tedaviye eklenmiş. 3 kür GEMOX + nivolumab sonrası Aralık 2019 PET BT yanıtı saptanmış. 6 kür sonrası Mart 2020 PET BT stabil saptanmış. 12 kür tedavi sonrası tedaviye sadece nivolumab ile devam edilmiş. 17 kür sonrası Temmuz 2020 PET BT yanıtı saptanmış. Aralık 2019-Kasım 2021 arasında çekilen PET BT görüntülemeleri yanıtı olarak görülmüş. En son Ekim 2021 tarihinde nivolumab almış. İmmunoterapi ilişkili yan etki görülmemiş. Tam yanıtı hasta tedavisiz izleme alınmış. Ağustos 2023 karaciğer segment 8 de çıkan 13 mm nodüler lezyon için lokal ablatif tedavi yapılmış. Mart 2024 karaciğer segment 8'de 4cm yeni lezyona transarteryel kemoembolizasyon yapılan hastanın son görüntülemeleri Kasım 2024'te yanıtı devam etmektedir.

Tartışma: HCC karaciğerin primer tümörüdür. Alkol, kronik viral hepatit nedenli kronik karaciğer hastalığı zemininde gelişmektedir. Dünyada kansere bağlı ölümlerde 4. sıradadır. Hastaların 5 yıllık genel sağkalım oranları %18 dir. Tümör sayısı, yayılımı ve boyutu arttıkça ve metastaz varlığında tirozin kinaz inhibitörleri sonrası tedavi seçenekleri azalmaktadır. CheckMate 040 isimli faz 2 çalışmada, Child-Pugh sınıf A veya B olan hepatoselüler karsinomlu hastalarda Nivolumab monoterapisinin etkililiği değerlendirilmiştir. Hastaların 154'ü daha önce sorafenib alan kolda olup 2 haftada bir 3 mg/kg dozdan progresyona ya da tolere edilemeyecek yan etkiye kadar nivolumab tedavisi verilmiş, hastalar 60 ay takip edilmiş. HCC etyolojisi ve PD-L1 durumundan bağımsız olarak median sağkalım süresi 15.1 ay görülmüş. 3 yıllık genel sağkalım %20, 5 yıllık genel sağkalım %12 görülmüş. Hastamızda bu çalışmadan da iyi sonuçlar elde edilmiş olup nivolumab kesilmesi sonrası lokal ablatif tedavi uygulanmış, tam yanıtı takip edilmektedir.

Prof. Dr. Arzu YAREN
4. PAMUKKALE
İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ
21 Aralık 2024
Anemon Denizli Oteli



Pembrolizumab Tedavisine Yanıtlı Msi-H Metastatik Endometrium Kanseri Tanılı Olgu Sunumu

Gamze Serin Özel¹, Taliha Güçlü Kantar¹, Semra Taş¹, Bedriye Açıkgöz Yıldız¹, Ceren Mordağ Çiçek¹, Şeymanur Ala Enli¹, Selda Çakın¹, Burcu Yapar Taşköylü¹, Atike Gökçen Demiray¹, Gamze Gököz Doğu¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Denizli

Gamze Serin Özel / Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Denizli

Giriş: Endometrium kanseri tanılı hastaların çoğu erken evrede tanı alsa da bir kısmı metastatik evrede başvurabilmektedir ya da tedavi sonrası uzak nüks gelişebilmektedir. Metastatik endometrium kanserinde tedavi kararını vermeden önce histolojik alt tipine, östrojen ve progesteron reseptörüne, HER-2 durumuna, uyumsuzluk onarım proteinleri (MMR), mikrosatellit instabilitesi (MSI) testlerine bakılmalıdır. MMR eksikliği olan tümörler daha immunojeniktir. Bir PD-L1 monoklonal antikor olan pembrolizumab MSI-H/dMMR kanserine karşı antitümör aktiviteye sahiptir(1). Bu olgu sunumunda MSI-H olan pembrolizumab kullanan hasta sunulacaktır.

Vaka Sunumu: 60 yaşında kadın hasta 02/04/2021 tarihinde histerektomi yapılarak endometrioid karsinom tanısı aldı. FIGO evrelemesi grade 3 olan hastaya 02/06/2021-07/07/2021 arasında 35 seans adjuvan radyoterapi (RT) verildi. Takibinde sağ inguinal bölgede kitleye ek-sizyonel biyopsi yapıldı, patolojisi karsinom metastazı olarak geldi. 10/11/2021- 24/01/2022 arasında 4 kür karboplatin paklitaksel kemote-rapisi verildi. 03/06/2022'de çekilen toraks BT'de "sağ 3 kostada litik metastaz ve interkostal aralıkta 3.5*1.5 cm ekstraplevral yumuşak doku alanı" tespit edildi ve hasta 01/07/2022'de opere edildi. Patoloji sonucu endometrial tip endometrium adenokarsinom metastazı olarak gelen hastaya 25/07/2022-04/10/2022 arasında 4 kür gemsitabin tedavisi verildi. Hastanın 28/12/2022'de çekilen PET-BT sinde sol sürrenal metastazı ve batin içi kitle nüksü nedeni ile 11/01/2023-22/02/2023 arasında 3 kür karboplatin paklitaksel tedavisi verildi. Parafin bloktan çalışılan MSI:instabil(+) MSI-high gelmesi üzerine hastaya pembrolizumab tedavisi 05/04/2023'de başlandı. 26.kür pembrolizumab tedavisi 31/10/2024 de verildi. Hasta kliniğimizde tam yanıtlı olarak takip ve tedavisine devam edilmektedir.

Tartışma: İlerlemiş daha önce tedavi alan mikrosatellit instabilitesi high olan endometrium kanseri tanılı hastalarda pembrolizumab tedar-visi güçlü ve kalıcı antitümör aktivitesi ve yönetilebilir toksisite ile umut verici sağkalım sonuçları göstermiştir. Yapılan bir faz 2 çalışmasın-da pembrolizumab kolunda progresyonsuz sağkalım (PFS) 4.1 ay, genel sağkalım (OS) 23.5 ay idi(1). Olgumuzun OS 43.6 ay olup kliniğimiz-de stabil olarak takibine devam etmektedir.

Nivolumab Tedavisi Altında Tama Yakın Yanıt İle Seyreden Metastatik Özofagus Kanseri Vakası

Ceren Mordağ Çiçek¹, Selda Çakın Ünnü¹, Şeymanur Ala Enli¹, Gamze Serin Özel¹, Bedriye Açıkgöz Yıldız¹, Semra Taş¹, Taliha Güçlü Kantar¹, Burcu Yapar Taşköylü¹, Atike Gökçen Demiray¹, Gamze Gököz Doğu¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Ceren Mordağ Çiçek / Pamukkale Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Giriş: Nivolumab IgG4 yapısında, PD-1 inhibitörü insan monoklonal antikorudur. İmmün sistemin, özellikle T hücrelerinin aktivitesini artırarak anti tümöral etkinlik gösterirler. Bu nedenle yan etki profili de immün sistemin aşırı aktivasyonu ile ortaya çıkmaktadır. FDA tarafından Haziran 2020'de daha önce floropirimidin ve platin bazlı kemoterapi uygulanmış, rezeke edilemeyen ileri, tekrarlayan veya metastatik özofageal SCC'li hastaların tedavisi için onaylanmıştır.

Vaka Sunumu: 71 yaşında erkek hastanın, 06.09.2016 tarihinde yapılan endoskopik biyopsi patoloji sonucu özofagus squamöz hücreli karsinom olarak saptandı. Hastaya kemoradyoterapi verildi. İzlemede Eylül 2021 PET-CT'de özofagus distalinde yeni ortaya çıkan malign natürlü lezyon saptandı ve nüks kabul edildi. Üç kür modifiye-DCF (docetaksel, sisplatin, 5-fluorourasil) aldı, Aralık 2021'de çekilen PET-CTde özofagustaki FDG tutulumunda belirgin azalma izlendi ve tedaviye yanıt olarak yorumlandı. Genel cerrahi tarafından operasyon önerildi, ancak hasta kendi isteği ile operasyonu kabul etmedi. Mevcut kemoterapisine devam edildi. Mart 2022 PET CT'de batın sağ üst kadranda, pankreas baş kesimi ve renal ven arasında nodüler lezyon, duodenum komşuluğunda yeni ortaya çıkan nodüler dansite saptandı, konseyde değerlendirilen hastanın görüntülemelerinde lenfadenopati ve kitle olmaması üzerine progresyon düşünülmeyip kemoterapiye devamı uygun görüldü. DCF kemoterapisi 8 küre tamamlandı, Temmuz 2022de kontrol PET-CTde sol subklavikuler hipermetabolik lenf nodu (metastaz), sol 7. kostada yeni sklerotik lezyon, pankreas başında ve duodenum posteriorunda lezyon (metastaz) saptanarak progresyon düşünülen hastaya nivolumab tedavisi verilmesi planlandı, Endikasyon dışı başvurusu yapıldı. Hastaya 3 haftada bir 240 mg nivolumab başlandı, kontrol PET-CT yanıtı olması nedeniyle tedaviye devam edildi. Hasta halen monoterapi olarak nivolumab almaktadır. Son PET-CT görüntülemesinde tama yakın metabolik yanıt görülen hasta en son 46.kürünü 14.11.2024'te almıştır.

Tartışma: Nivolumab, kemoterapiye kıyasla genel sağkalımda önemli bir iyileşme ve olumlu bir güvenlik profili ile ilişkilendirildiğinden, özofagus kanserinde kategori 1 düzeyinde önerilmektedir. Daha önce tedavi edilmiş ileri evre özofageal SCC'li hastalar için yeni ve etkili bir ikinci basamak tedavi seçeneğidir. Bizim hastamızda nivolumab ile çok iyi yanıt alınmış olup halen progresyonsuz izlenmektedir. Takiplerinde immünoterapi ilişkili herhangi bir yan etki görülmemiştir.



Prof. Dr. Arzu YAREN
4. PAMUKKALE
İÇ HASTALIKLARI GÜNLERİ
21 Aralık 2024
Anemon Denizli Oteli



Trabektedin İle Gelişen Toksik Hepatit

Selda Çakın Ünnü¹, Şeymanur Ala Enli¹, Ceren Çiçek Mordağ¹, Gamze Serin Özel¹, Bedriye Açıkgöz¹, Semra Taş¹, Taliha Güçlü Kantar¹, Burcu Yapar Taşköylü¹, Atike Gökçen Demiray¹, Gamze Gököz Doğu¹

¹Pamukkale Üniversitesi, Tıbbi onkoloji Bölümü, Denizli

Selda Çakın Ünnü / Pamukkale Üniversitesi, Tıbbi onkoloji Bölümü, Denizli

Giriş: Etkisini doğrudan DNA ve elemanları üzerinden gösteren Trabektedin hücrenin yaşam döngüsüne etki eder ve kanserli hücrenin yok edilmesini sağlar.Öncesinde antrasiklin içerikli ilaç tedavisi almış ve cerrahi işlemlerle çıkarılamamış veya uzak dokulara yayılmış yağ hücrelerinden kaynaklanan liposarkomlu ve düz kas hücrelerinden kaynaklanan leiomyosarkomlu hastalarda kullanılmaktadır. Mide bulantısı, yorgunluk, kusma, kabızlık, iştahsızlık, ishal, şişlik, nefes almakta zorluk, baş ağrısı en sık görülen yan etkilendir.Bizim hastamızda da endometrium leiomyosarkom tanılı olup trabektedin kullanımı sonrası toksik hepatit gelişmiştir. Trabektedin tedavisi sırasında toksik hepatit nadir görülenbir yan etki olması nedeniyle bu vakayı sunduk.

Vaka Sunumu: 43 yaşında kadın hasta eylül 2023’de karın ağrısı nedeni polikliniğe başvurdu. Çekilen batın görüntülemelerinde pelviste kitle saptandı ve TAH-BSO operasyonu oldu. Patolojisi yüksek dereceli endometriyal stromal sarkom olarak raporlandı. Tanı anında omentum metastazı da mevcuttu, önce 4 kür gemitabin+dosataksel kemoterapisi verildi. Tedavi değerlendirmede progrese olunca 5 kür IMA protokolu verildi. Kontrol PET-BT’de karaciğer metastazı saptandı. Trabektedin kemoterapisine geçildi. 2.kürden sonra hastada ciddi karın ağrısı, sarılık şikayeti gelişti. Yapılan tetkiklerinde AST 1250 u/L, ALT 950 U/L, ALP 250u/L, GGT 350 U/L, T.Bil 3.5mg/dl, D.Bil 3mg/dl olarak saptandı. Hasta yatırıldı. Viral ve otoimmün hepatit markerları negatif saptandı. Gastroenteroloji görüşü alındı. N-asetil sistein infuzyonu, hepatamin, hepamerz ve hidrasyon tedavisi verildi.Takibinde transaminaz ve kolestaz değerleri normale geldi. Mevcut kemoterapi rejimi değiştirildi.

Tartışma: Trabektedin, tedavi sırasında geçici serum enzim yükselmeleri ve ara sıra sarılık ile birlikte klinik olarak belirgin karaciğer hasarı görülebilmektedir. Serum aminotransferaz düzeylerinde yükselmeler trabectedin ile tedavi edilen hastaların çoğunluğunda ortaya çıkar ve normalin üst sınırının 5 katının üzerindeki yükselmeler hastaların %20 ila %50’sinde görülür. Deksametazon tedavisi enzim yükselmelerinin derecesini ve sıklığını azaltır. Yükselmeler tedaviden 2 ila 5 gün sonra ortaya çıkar. 5 ila 9 gün arasında maksimum seviyelere ulaşır ve genellikle 3 ila 4 hafta içinde başlangıç değerlerine düşer. Serum alkalin fosfataz ve bilirubinde küçük yükselmeler görülebilmektedir. Ancak trabectedin kaynaklı sarılık ile klinik olarak belirgin karaciğer hasarı nadirdir. Öte yandan, altta yatan karaciğer hastalığı olan hastalarda septisemi ve multiorgan yetmezliği riski artmış gibi görünmektedir ve tedaviden önce ve tedavi sırasında karaciğer testlerinin izlenmesi önerilir. Karaciğer hasarı tipik olarak serum enzimlerinde ılımlı yükselmeler ve kötüleşen sarılık ve hepatik disfonksiyon ile altta yatan sirozun akut dekompanseasyonunu taklit eder.İmmünoalerjik ve otoimmün özellikler nadirdir. Ölümler genellikle sepsis ve multiorgan yetmezliğinden kaynaklanır.Bu nedenlerden dolayı, hastalar tedaviden önce ve tedavi sırasında rutin karaciğer testleriyle izlenmeli ve karaciğer testi anormallikleri devam ederse tedavi ertelenmeli veya durdurulmalıdır