



BİLDİRİ KİTAPÇIĞI **AKADEMİK** İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ **2026**

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

YAŞLI HASTADA BİLİNÇ BULANIKLIĞI; HİPONATREMİ :OLGU SUNUMU

¹Uz.Dr.Fatıma Nevay ERSAL GENÇ,

1. Kepez Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları,Antalya

AMAÇ:Kronik hastalıklar yaşlı hastalarda elektrolit metabolizmasının bozulmasına sıklıkla eşlik eder

Plazma Na 115-120 mEq/L olduğunda,kas krampları,letarji,nöbet,koma ve respiratuar arrest gelişebilir. Acil servise bilinç bulanıklığı ile başvuran yaşlı hastalarda serebrovasküler olay ile ayırıcı tanıda hiponatreminin düşünülmesi gerektiği için bu olguyu sunduk.

BULGULAR:81 yaşında erkek hasta 1 saat önce başlayan konuşma bozukluğu ile acil servise getiriliyor.Anamnezde sol yüz yarısında kasılma (fokal epileptik nöbet?) olduğu belirtildi. Bir haftadır olan ve giderek artan baş ağrısı, uykuya meyil olduğu yakınları tarafından anlatılıyor.

Özgeçmişinde;hipertansiyon bulunduğu, ilaç olarak ACEİ-Hidroklorotiazid kullandığı öğreniliyor.

Hastanın FM'de TA:100/70 mmHg Nabız:100/dk, ritmik idi. Ateş yoktu.Cilt turgor ve tonüsünün azalmış, dilinin kuru olduğu görülüyor. Nörolojik muayenesinde; bilinç konfüze,konuşma dizartrik idi.Lateralizan bulgu saptanmadı.Babinski bilateral negatif idi.Takip sırasında nöbet tekrarı izlenmedi. Laboratuar tetkiklerinde; kan şekeri 119mg/dl,Üre :81 mg/dl,Kreatinin;1,8 mg/dl, Na;118 mmol/L (normal:130-150 mmol/L) saptandı.Tam kan sayımı ve diğer biyokimya değerlerinde özellik yoktu.Çekilen beyin tomografisinde kronik iskemik değişiklikler ve atrofi dışında patoloji saptanmadı.

Hasta hipovolemik, kronik hiponatremi düşünülerek yatırıldı. Tedavide, volüm açığıyla birlikte hiponatremi olduğu için izotonik NaCl solüsyonu verildi. Replasmandan sonra 18 saat içinde sodyum düzeyi normale geldi.Konfüzyon ve dizartisinde düzelme görüldü,vital bulguları stabil seyretti.Takiplerde sodyum düzeyi normal izlendi.Hasta yatışının 6.gününde taburcu edildi.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

SONUÇ: Hiponatremiyi değerlendirmek için dikkatli bir anamnez ve fizik muayene gereklidir. Bu hastanın hipo, hiper veya övolemik olup olmadığını belirlemede yardımcı olur. Yaşlıda renal kaynaklı volüm kayıplarının sebebi genellikle diüretik kullanımına bağlıdır. Örneğin tuzsuz diyet uygulayan yaşlıda diüretik tedavisi ile (özellikle tiazid) ciddi hiponatremi gelişebilir.

Serum Na'u 120 mmol/L'nun altına indiğinde semptomlar daha ciddidir. (konfüzyon, koma, nöbet) Ciddi kronik hiponatremisi olan yaşlılar zaman içinde osmolalitedeki bu değişiklikleri kompanse edebilirler. Kronik hiponatremisi olan hastalar osmolalitedeki değişikliklere adapte olduğundan tedavide serum Na'u yavaş artırılmalıdır.

Olgumuzdan yola çıkarak acil servise letarji, konuşma bozukluğu ile başvuran yaşlı hastalarda özellikle hiponatremi mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Mevcut tablo sodyum düzeyinin düzeltilmesi ile tamamen düzeltilebildiğinden ayrıca önem taşımaktadır.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Vildagliptin Kullanımı Sonrası Gelişen Büllöz Dermatoz: Yeniden Maruziyet ile Güçlü Nedensellik Gösteren Bir Olgu

Serap Türk¹, Salih Güntüğ Özaytürk¹, Şule Yılmaz², Yusuf Aktaş³

¹ Şile Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

² Şile Devlet Hastanesi, Dermatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

³ Şile Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ:

Dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) inhibitörleri tip 2 diyabetes mellitus tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Son yıllarda özellikle geriatrik hasta popülasyonunda, bu ilaç grubunun kullanımı ile büllöz pemfigoid arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. DPP-4 inhibisyonunun, immün yanıtın düzenlenmesinde rol oynayan hücrel ve humoral mekanizmalar üzerindeki etkileri aracılığıyla dermoepidermal bileşkede otoimmün inflamatuvar süreçleri tetikleyebileceği ve bu durumun subepidermal bül gelişimine zemin hazırlayabileceği öne sürülmektedir. Bu yazıda, vildagliptin kullanımını takiben gelişen ve ilacın kesilmesi sonrası gerileyen, yeniden maruziyet ile rekürrens gösteren büllöz dermatoz olgusu sunulmuştur.

OLGU:

Altmış sekiz yaşındaki kadın hastanın özgeçmişinde tip 2 diyabetes mellitus, hipertansiyon ve hiperlipidemi mevcuttu. Yakın dönemde geçirdiği iskemik serebrovasküler olay sonrası sekonder korunma amacıyla tedavi rejimi yeniden düzenlenmiş ve mevcut antihipertansif ile antidiyabetik tedavisine antiplatelet ajanlar eklenmiştir. Bu dönemde tedavisi metformin 2000 mg/gün, amlodipin 10 mg/gün, atorvastatin 10 mg/gün, klopidoğrel 75 mg/gün, asetilsalisilik asit 100 mg/gün ve piracetam 800 mg/gün şeklindeydi. Rehabilitasyon amacıyla fizik tedavi servisinde izlenmekte olan hastanın yatış sırasında ölçülen HbA1c düzeyi %6,94 olarak saptandı. Açlık plazma glukoz değerleri 110–120 mg/dL aralığında seyretmekteyken postprandiyal glisemilerin 220–260 mg/dL aralığında ölçülmesi üzerine tedaviye vildagliptin 100 mg/gün eklendi. İlacın başlanmasından yaklaşık 7 gün sonra sağ üst ekstremitte antekübital bölgede eritemli zemin üzerinde tens büller gelişti; aynı dönemde olekranon çevresi ve sağ deltoid bölgede de benzer özellikte yeni lezyonlar izlendi. Dermatoloji konsültasyonunda klinik tablo büllöz pemfigoid ile uyumlu olarak değerlendirildi. Vildagliptin kesilerek empagliflozin 10 mg/gün başlandı. Topikal betametazon dipropionat ve gentamisin sülfat ile setirizin 10 mg/gün tedavisi sonrası yaklaşık 1 hafta içinde belirgin regresyon gözlemlendi (Şekil 1). Taburculuk sonrası dönemde hastanın empagliflozini temin edememesi üzerine tek doz



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

vildagliptin alımını takiben ertesi gün aynı bölgelerde büllöz lezyonların hızla rekürrens gösterdiği saptandı. İlacın yeniden kesilmesiyle lezyonlar progresif olarak geriledi ve tam epitelizasyon ile klinik iyileşme sağlandı.



Şekil 1. Sağ üst ekstremitte antekübital bölgede yerleşimli, eritemli zemin üzerinde gelişmiş gergin büller; bir kısmında rüptür sonrası yüzeysel erozyon ve krutlanma görünümü. Tedavi sonrası erken regresyon dönemine ait klinik görünüm.

TARTIŞMA:

DPP-4 inhibitörleri ile büllöz pemfigoid gelişimi arasında özellikle ileri yaş popülasyonda artmış risk bildirilmiştir. Bu olguda ilaca başlama ile lezyonların ortaya çıkışı arasındaki zamansal ilişki, ilacın kesilmesi sonrası klinik gerileme ve yeniden maruziyetle hızlı rekürrens gelişmesi ilaç ilişkili güçlü bir nedenselliği düşündürmektedir. Histopatolojik doğrulama bulunmamakla birlikte klinik morfoloji ve seyir literatürde tanımlanan DPP-4 inhibitör ilişkili immün büllöz dermatoz ile uyumludur. Bu nedenle, özellikle ileri yaş diyabetik hastalarda gelişen yeni başlangıçlı büllöz lezyonlarda DPP-4 inhibitör kullanımı olası etiyolojik faktörler arasında değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Büllöz pemfigoid; DPP-4 inhibitörleri; İlaç ilişkili dermatoz; Vildagliptin



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Tip 2 Diyabetli Kadın Hastalarda Serum Magnezyum Düzeyi ile Cinsel Fonksiyonlar Arasındaki İlişki

SÖZLÜ BİLDİRİ

Araştırmacılar: Prof. Dr. Şakir Özgür KEŞKEK, Uzm. Dr. Seher KAYA

Kurum: Prof. Dr. Şakir Özgür KEŞKEK – Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Antalya

Uzm. Dr. Seher KAYA – Manavgat Devlet Hastanesi- Antalya

Sunucu: Uzm. Dr. Seher KAYA

Amaç: Tip 2 diyabetin görülme sıklığı hızla artmakta ve kontrol edilemeyen kronik hiperglisemi ciddi komplikasyonlara yol açmaktadır. Cinsel işlev bozukluğu karmaşık bir patogenezi olan diyabetin yaygın fakat ihmal edilen komplikasyonlarından biridir. Magnezyum, glukoz homeostazisinde ve insülin duyarlılığında rol oynayan önemli bir hücre içi katyon olup tip 2 diyabetli hastalarda seviyelerinin düşük olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada tip 2 diyabetli kadın hastalarda serum magnezyum düzeyleri ile cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlandı.

Yöntem: Kesitsel olarak planlanan bu çalışmaya 167 tip 2 diyabetli ve 168 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 335 kadın dahil edildi. Serum magnezyum seviyeleri ölçüldü ve kadın cinsel işlev fonksiyon indeksi puanları hesaplandı. Cinsel işlev bozukluğunu değerlendirmek için kadın cinsel işlev indeksinin Türkçe versiyonu kullanıldı. Magnezyum düzeyleri ile kadın cinsel işlev fonksiyon indeksi skoru arasındaki ilişki araştırıldı.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,

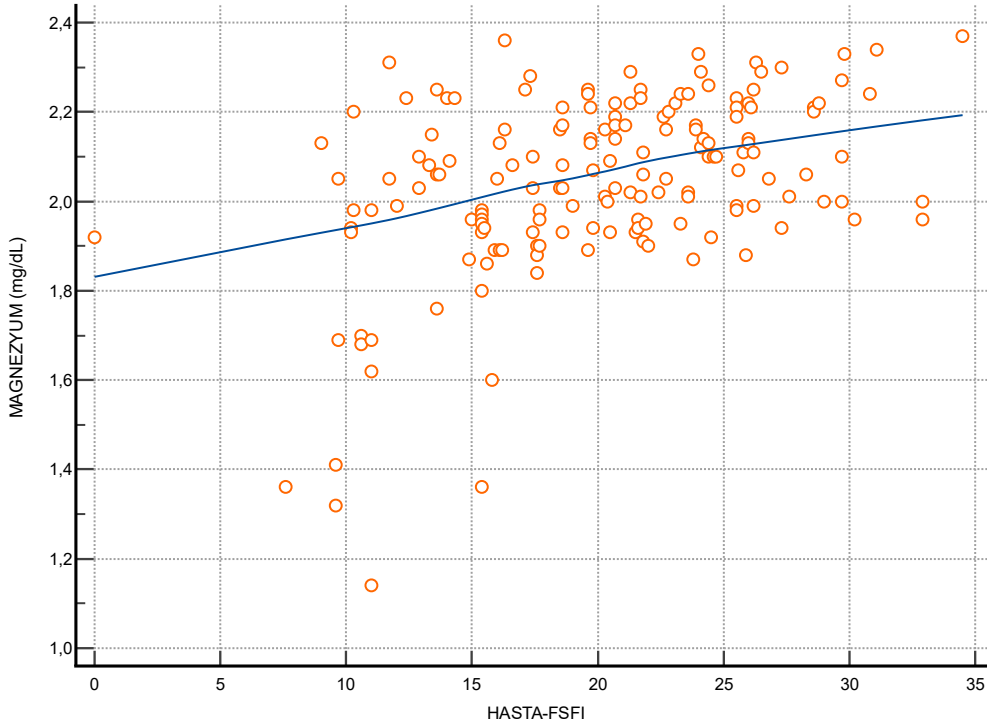
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Bulgular: Tip 2 diyabetli hastalarda serum magnezyum düzeyleri ve kadın cinsel işlev fonksiyon indeks skorları anlamlı derecede düşük bulundu ($p < 0,001$).

Magnezyum düzeyleri ile kadın cinsel işlev indeksi puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlemlendi ($p < 0,001$, $r = 0,453$).

Saçılım grafiğinde de görüldüğü üzere, magnezyum düzeyi arttıkça FSFI skorlarının arttığı ve iki değişken arasında doğrusal bir ilişki olduğu izlenmektedir (Şekil 1).

Sonuç: Düşük plazma magnezyum konsantrasyonları, tip 2 diyabetli kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğuna yol açabilir. Bu nedenle tip 2 diyabetli hastalarda magnezyum düzeyleri kontrol edilmeli ve bu gibi durumlarda magnezyum takviyesi tamamlayıcı tedavi olarak düşünülmelidir.



Şekil 1: Çalışma grubu magnezyum seviyesi ile FSFI değerleri arasındaki korelasyon



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

SÖZLÜ BİLDİRİ

Sjögren Sendromlu Hastalarda Pankreas Ekzokrin Yetmezliği

Araştırmacılar: Prof. Dr. Şakir Özgür KEŞKEK, Uzm. Dr. Cihad RAUFOĞLU

Kurum: Prof. Dr. Şakir Özgür KEŞKEK – Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Antalya

Uzm. Dr. Cihad RAUFOĞLU – Malazgirt Devlet Hastanesi- Muş

Sunucu: Uzm. Dr. Cihad RAUFOĞLU

Amaç

Sjögren sendromu (SS), başlıca tükürük ve gözyaşı bezlerinde inflamasyon ve fonksiyon kaybıyla seyreden, sistemik tutulumu da olabilen kronik bir otoimmün hastalıktır. Pankreas ekzokrin yetmezliği (PEY), sindirim enzimlerinin yetersizliği sonucu gelişen; maldigesyon ve malabsorbsiyonla karakterize klinik bir durumdur. SS'nin yalnızca majör ekzokrin bezlerle sınırlı kalmayıp pankreası da etkileyebileceği öne sürülmektedir.

Bu çalışmada SS'li hastalarda PEY sıklığının belirlenmesi ve klinik-biyokimyasal parametrelerle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem

Kesitsel tipte tasarlanan çalışmaya, SS tanısı almış 42 hasta ve 56 sağlıklı bireyden oluşan kontrol grubu dahil edildi. Tüm katılımcıların demografik verileri ve biyokimya testleri kaydedildi. Her iki grupta PEY ile ilişkili semptomlar standardize bir anket aracılığıyla sorgulandı.

Bulgular

Bulgular, SS grubunda PEY sıklığının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir. SS grubunda PEY sıklığı %76,2 iken kontrol grubunda bu oran %10,7 idi. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.01$). Amilaz ve CRP değerleri SS grubunda daha yüksek saptandı ($p<0.05$, her biri için). Bu sonuç, SS'de pankreas fonksiyonlarının da etkilenebileceğine ve gastrointestinal semptomlarla ilişkili olabileceğine işaret etmektedir.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Sonuç

Sonuç olarak, SS'li hastalarda PEY'in normal popülasyona göre daha sık görüldüğü ve hastaların GİS semptomları açısından dikkatle değerlendirilmesi gerektiği görülmüştür. PEY'in erken tanınması ve uygun tedavi stratejilerinin planlanması, yaşam kalitesinin artırılmasında önemli olabilir.

Tablo 1 Çalışma ve Kontrol Gruplarında PEY Derecelerinin Dağılımı

PEY Derecesi	Çalışma Grubu (n)	Çalışma Grubu (%)	Kontrol Grubu (n)	Kontrol Grubu (%)
0 (Negatif)	10	23.8	50	89.3
1 (Hafif)	21	50.0	6	10.7
2 (Orta)	6	14.3	0	0.0
3 (Şiddetli)	5	11.9	0	0.0



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Rutin kontrolde KLL tanısı alan diyabetik hasta olgusu

Mehmet Selim Mamiş¹, Abdullah Tanrıku², İdris Kırhan³

1,2 Siirt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Siirt, Türkiye

3 Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

GİRİŞ: Kronik lenfositik lösemi (KLL), görünümüleri olgun lenfositlere benzeyen; ancak fonksiyonel olarak olgunlaşmamış monoklonal B hücrelerinin kemik iliğinde, periferik kanda, lenf düğümlerinde ve dalakta artışı ile karakterize lenfoproliferatif bir hastalıktır (1). Asemptomatik KLL hasta sayısının giderek artıp %60 düzeylerinde olduğu ve bundan dolayı ortalama tanı yaşının 70 yaş civarında olduğu bildirilmiştir (2,3). Diyabetik hastalarda metabolik kontrolün sağlanması, hem kullanılan ilaçların yan etkilerine karşı tedavi revizyonu hem de mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlarından korunmak için önemlidir (4). Bu yazımızda polikliniğimize kontrol ziyaret için başvuran asemptomatik diyabetik hastada tanı konulan KLL hastası sunulmuştur.

OLGU: 6 yıldır tip 2 diyabetes mellitus ile takipli 67 yaşındaki erkek hasta, rutin kontrolleri için polikliniğimize başvurdu. Aktif herhangi bir şikayeti olmayan hastanın genel durumu iyi, şuuru açık, oryante ve koopere. Oral antidiyabetik ilaçlar kullanan hastanın fizik muayenesinde herhangi anlamlı bir patolojiye rastlanmadı. Hastanın vital değerlerinden vücut ısısı:36.6°C, nabız 74/dk, solunum sayısı 14/dk, kan basıncı: 110/70 mmHg ve parmak O₂ saturasyonu %95 olarak ölçüldü. Bakılan tetkiklerinde üre:42 mg/dL, kreatinin:0.8 mg/dL, alanin amino transferaz (ALT): 34 U/L, aspartat aminotransferaz (AST):30, alkalın fosfataz (ALP):39, lökosit (WBC):13.000, trombosit (PLT):195.000, hemoglobin (HGB):13.1 gr/dL olup, diğer laboratuvar ve mikrobiyolojik tetkikleri aşağıdaki tabloda detaylı bir şekilde gösterilmiştir.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Tablo 1. Hastanın detaylı tetkik sonuçları

BİYOKİMYA		HEMOGRAM	
Açlık glukoz (mg/dL)	153	WBC ($10^3/\text{mm}^3$)	13
Üre (mg/dL)	42	HGB (gr/dL)	13.1
Kreatinin (mg/dL)	0.8	HCT (%)	39
eGFR (ml/dk/1.73 m ²)	70	PLT ($10^3/\text{mm}^3$)	195
Na ⁺ (mmol/L)	137	LYM ($10^3/\text{mm}^3$)	0.55
K ⁺ (mmol/L)	4.2	NEU ($10^3/\text{mm}^3$)	0.04
Albümin (gr/dL)	3.9	TAZE İDRAR ANALİZİ	
AST (U/L)	30	pH	6.2
ALT (U/L)	34	Dansite	1.018
ALP (U/L)	39	Lökosit	Negatif
GGT (U/L)	42	Glukoz	Negatif
CRP	5	Nitrat	Negatif
Sedimentasyon (mm/saat)	57	Protein	Negatif
Mikrobiyoloji			
Varisella zoster virüsü	Negatif	Ebstein-Barr virüsü (EBV)	Negatif
HIV	Negatif	Herpes Simpleks virüsü (HSV) tip 2	Negatif
Rubella	Negatif	Sitomegalo virüs (CMV)	Negatif
Toxoplazma gondii	Negatif	Brusella	Negatif

Abdominal ultrasonografik (USG) görüntülemeye hepatomegali saptandı; ancak splenomegali yoktu. Hastanın Karaciğer parankimi normaldi; ama hepatomegali mevcuttu ve boyutları normal olan hastanın diğer tetkik sonuçları tabloda detaylı bir şekilde gösterilmiştir. Hastanın periferik kan yaymasında lenfosit sayısının $6000/\text{mm}^3$ civarı olduğu, yaymada ortasında tek çekirdekçik olan prolenfositler ve olgun görünümlü parçalanmış lenfositler görüldü. Bunun üzerine lenfositlerin immünofenotiplendirilmesi için periferik kanda akım sitometrik incelemeyle CD5, CD19, CD23 pozitif oldukları saptandı. Değerlendirme sonucunda hastaya asemptomatik KLL tanısı konularak hematoloji uzmanına yönlendirildi.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

SONUÇ: Hastaların çoğunluğu özellikle erken evrede başka bir nedenle doktorun yaptığı tetkikler sonucunda tespit edilen lenfosit hakimiyetli lökositozun araştırılması ile KLL tanısı alırlar. Her ne kadar bütün yaş gruplarında reaktif lenfositoz görülse de, ileri yaş yetişkinlerde KLL'nin muhtemel olabileceğinin unutmamak gerekir. Bunun için non-reaktif lenfositozun hakim olduğu erişkin hastalarda, KLL açısından şüpheli davranmak ve periferik yaymayla birlikte gerekirse kan akım sitometrik inceleme yapılmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Güran Ş. Hematolojik Hastalıklarda Sitogenetik. Türk Hematoloji Derneği Moleküler Hematoloji Kursu, Mersin, 2005.
2. Kalil N, Cheson BD. Chronic lymphocytic leukemia. *Oncologist* 1999;4:352-369.
3. Kipps TJ. Chronic lymphocytic leukemia and related diseases. *William Hematol* 1995;1017-1039.
4. Akeren, Z, Çakmak, V. S, & Demirağ, H. (2024). Kronik Hastaların Metabolik Sendrom Bilgi Düzeyleri ve Farkındalıkları. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 8(1), 35-42.
5. Zenz T, Mertens D, Küppers R, Döhner H, Stilgenbauer S. From pathogenesis to treatment of chronic lymphocytic leukaemia. *Nat Rev Cancer* 2010;10(1):37-50.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Kalp Yetmezliği Maskesi Altında Waldenström Makroglobulinemisi

Eda Nur Bülbüller Karataş¹, Ünal Atas², Şakir Özgür Keşkek³

¹Döşemealtı Devlet Hastanesi İç Hastalıkları, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hematoloji Bilim Dalı, Antalya

³Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

Amaç:

Waldenström makroglobulinemi (WM), nonspesifik semptomlarla prezente olabilen nadir bir B hücreli malignitedir ve sık görülen hastalıkları taklit edebilir. Bu olguda, dekompanse kalp yetmezliği kliniği ile başvuran bir hastada, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının dikkatli değerlendirilmesi ile maskelenmiş bir tanıya ulaşılmasının vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Yetmiş beş yaşında erkek hasta; son 5–6 aydır artan nefes darlığı, ortopne, noktüri ve alt ekstremitelerde ödeme şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon, atriyal fibrilasyon, kronik böbrek hastalığı ve benign prostat hiperplazisi mevcuttu. Daha önce kardiyoloji tarafından dekompanse kalp yetmezliği ön tanısı ile tedavi düzenlenmiş, ancak klinik yanıt alınamamıştı.

Fizik muayenede konjonktival solukluk, bilateral akciğer bazallerinde solunum seslerinde azalma ve ral, periferik ödem ile birlikte hepatosplenomegali saptandı. Laboratuvar incelemelerinde:

- Normokrom normositer anemi
- Total protein yüksekliği
- Belirgin IgM artışı (4224 mg/dL)

Görüntülemelerde lenfadenopati ve bilateral plevral efüzyon izlendi . Periferik yaymada rulo formasyonu ve plazmasitoid lenfositler görüldü. Serum immünfiksasyon elektroforezinde IgM lambda monoklonal bandı saptandı.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Flow sitometri incelemesinde B hücre popülasyonunda artış izlenirken, kemik iliği biyopsisinde lenfoplazmasitik infiltrasyon saptandı. Bu bulgular doğrultusunda hastaya Waldenström makroglobulinemi tanısı konuldu. Hiperviskozite riski nedeniyle hastaya plazmaferez uygulandı. Ardından rituksimab-bendamustin tedavisi başlandı. Tedavi sonrası:

- Klinik bulgularda belirgin düzelme
- IgM düzeylerinde gerileme
- Renal fonksiyonlarda iyileşme izlendi.

Sonuç

Kalp yetmezliği bulguları ile başvuran hastalarda altta yatan farklı sistemik hastalıklar göz ardı edilebilir. Özellikle tedaviye yanıtız olgularda, fizik muayene ve laboratuvar bulgularının ayrıntılı değerlendirilmesi tanı sürecinde kritik rol oynar. Bu olgu, mevcut bir kalp yetmezliği tablosunun altta yatan hematolojik bir malignite tarafından dekompanse edilebileceğini ve dikkatli klinik yaklaşımın tanıdaki belirleyici önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler:

Waldenström makroglobulinemisi, kalp yetmezliği, hipergammaglobulinemi



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

İnsulin Glargin-liksisenatid Tedavisinin 6 Aylık Süreçte Metabolik ve İnflamatuvar Parametrelere Etkileri

Fatma Zülal Özek¹, Meral Mert¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş:

Tip 2 Diyabet yönetimi, glisemik kontrolün ötesinde; obezite, dislipidemi ve sistemik inflamasyon gibi birbirini tetikleyen kompleks süreçlerin eş zamanlı kontrolünü gerektirmektedir. Güncel tedavi stratejilerinde temel hedef HbA1c değerlerini optimize etmek olsa da, Vücut Kitle İndeksi (VKİ) üzerindeki olumlu değişimler, kardiyometabolik riskin azaltılmasında kritik rol oynamaktadır. İnsülin Glargin+Liksisenatid (iGlarLixi); bazal insülinin güçlü glisemik etkisi ile GLP-1 reseptör agonistlerinin kilo kaybı ve metabolik iyileşme sağlayan potansiyelini birleştiren bir tedavi seçeneğidir. Bu çalışmada, iGlarLixi tedavisine başlanan T2DM hastalarında 6 aylık takip süresince glisemik parametreler ve vücut ağırlığındaki değişimlerin yanı sıra; lipid profili, sistemik inflamasyon belirteçleri ve karaciğer fibrozis riski üzerindeki etkilerin analiz edilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem:

Çalışmamıza endokrinoloji polikliniğinde takip edilen T2DM tanılı 53 erişkin birey dahil edildi. Katılımcıların yaş, cinsiyet ve diyabet süresi kaydedildi. Başlangıç ve 6. ay verileri olarak; VKİ, HbA1c, trigliserid/HDL oranı (TG/HDL), nötrofil/lenfosit oranı (NLO) ve FIB-4 indeksi analiz edildi. Dağılım özelliklerine göre değişkenler için ilişkili örneklerde Wilcoxon signed-rank testi kullanıldı.

Bulgular:

Hastaların yaş ortalaması 52.8±10.3 yıl olup, 35'i kadın 18' i erkekti. Ortalama diyabet süresi 14.3±8.4 olarak saptandı. 27 hastanın hepatosteatozu mevcuttu. Kullanılan iGlarLixi (100/50) dozu 27,19±11,54 ünite olarak hesaplandı. Takip sürecinde 2 hastada bulantı, 1 hastada iştah artışı ve 1 hastada hipoglisemi gelişti.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Hasta takiplerinde:

- Glisemik Kontrol: Tedavi başlangıcına göre 6. ay sonunda HbA1c düzeylerinde istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bir azalma saptandı ($p = 0.001$).
- Antropometrik Değişim: Vücut Kitle İndeksinde (VKİ) bazale göre istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bir düşüş izlendi ($p < 0.001$).
- Metabolik ve İnflamatuar Göstergeler: İnsülin direnci ve aterosjenik risk göstergesi olan TG/HDL oranında ($p = 0.092$) ve sistemik inflamasyon belirteci olan Nötrofil/Lenfosit oranında (NLO) ($p = 0.065$) azalma eğilimi saptandı ancak istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşmadı.
- Karaciğer Fibrozis Riski: Karaciğer fibrozis riskini değerlendiren FIB-4 skorları arasında başlangıç ve 6. ay değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p = 0.515$), skorların stabil seyrettiği görüldü. (Tablo-1)

Tablo-1: iGlarLixi kullanımı sonrası metabolik ve inflammatuar parametelerdeki 6 aylık değişim

	0.ay	6.ay	p değeri
HbA1c ($<6.5\%$)	9,60 $\pm$ 1,72 n:53	8,58 $\pm$ 1,57 n:53	0.001
VKI (18,5-24,9 kg/m ²)	38,9 $\pm$ 6,86 n:48	37,50 $\pm$ 6,77 n:47	<0.001
TG/HDL (<2)	5,58 $\pm$ 4,91 n:53	4,41 $\pm$ 3,19 n:52	0.092
NLO (1-3)	2,43 $\pm$ 1,04 n:53	2,27 $\pm$ 1,03 n:53	0.065
FIB4 ($<1,45$)	0,76 $\pm$ 0,33 n:53	0,77 $\pm$ 0,30 n:53	0.515

Sonuç: Bu çalışmada T2 DM'li bireylerde 6 aylık iGlarLixi kullanımının glisemik kontrol ve vücut ağırlığında anlamlı iyileşme sağladığı gözlenirken, inflamatuvar ve aterosjenik belirteçlerde daha sınırlı ve istatistiksel olarak sınırdaki değişiklikler saptandı. Bu bulgular, metabolik iyileşmenin erken dönemde daha belirgin olduğunu, inflamatuvar ve hepatik parametrelerdeki değişimin ise daha uzun süre gerektirebileceğini düşündürmektedir. İnsülin glargin ve liksisenatid kombinasyonu, diyabet tedavisinde glisemik kontrol ve inflamatauar parametrelerde bütüncül yaklaşım açısından avantaj sağlayabilir olarak görünmektedir.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Normokaleminin Tanıyı Maskeleyiği Dirençli Hipertansiyon: Primer Aldosteronizmin Atipik Sunumu

Hamit YILDIZ

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Dahiliye Bilim Dalı

Giriş

Primer aldosteronizm, sekonder hipertansiyonun en sık nedenlerinden biridir ve toplumda %5–10 oranında görülmektedir. Geleneksel olarak hipokalemi ile ilişkilendirilse de, güncel veriler hastaların büyük çoğunluğunun normokalemik olduğunu göstermektedir. Bu durum tanıda gecikmeye neden olabilmektedir.

Olgu Sunum

34 yaşında kadın hasta, 5 yıldır hipertansiyon tanısı ile izlenmekteydi. Son bir yıldır iki farklı ajan kullanımına rağmen kan basıncı 154/96 mmHg seyretmekteydi. Hipokalemi öyküsü yoktu.

Laboratuvar sonuçları:

- Kreatinin: 0.8 mg/dL
- Potasyum: 4.2 mmol/L
- Plazma renin aktivitesi: Baskılanmış
- Plazma aldosteron düzeyi: Yüksek
- Aldosteron/renin oranı: Belirgin yüksek

Salin infüzyon supresyon testi sonrası aldosteron baskılanmadı. Adrenal BT’de sol adrenal bezde 12 mm hipodens nodül saptandı. Adrenal ven örnekleme lateralizasyon gösterdi.

Hasta laparoskopik sol adrenalektomi geçirdi. Postoperatif üçüncü ayda kan basıncı 122/76 mmHg ölçüldü ve antihipertansif tedavi kesildi. Potasyum düzeyleri normal sınırlarda kaldı.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Tartışma

Bu olgu, hipokalemi yokluğunun primer aldosteronizmi dışlamadığını göstermektedir. Güncel kılavuzlar dirençli hipertansiyonda, genç yaş başlangıcında ve aile öyküsü varlığında normokalemi olsa bile tarama yapılmasını önermektedir.

Normokalemik olguların atlanması, uzun dönemde kardiyovasküler ve renal komplikasyon riskini artırabilir. Bu nedenle aldosteron/renin oranı erken tanı için kritik bir parametredir.

Sonuç

Dirençli hipertansiyonlu hastalarda potasyum düzeyi normal olsa dahi primer aldosteronizm dışlanmamalıdır. Erken tanı ve uygun cerrahi veya medikal tedavi ile tam kür sağlanabilir.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

GRAVES HASTALIĞINA BAĞLI OFTALMOPATİ BİR OLGU SUNUMU

Ahmet Faruk Ay¹

¹ALKÜ ALANYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

GİRİŞ:

Graves hastalığının en önemli ekstratiroidal bulgusu olan Graves orbitopati (GO), retroorbital dokuların otoimmün bir hastalığıdır. GO nispeten nadirdir (tahmini insidans: erkeklerde yılda 100.000 kişide 0,54-0,9 vaka, kadınlarda yılda 100.000 kişide 2,67-3,3 vaka).

Graves Orbitopati tanısı genellikle klinik olarak konulur. Üç bulgudan ikisinin bir arada görülmesiyle teşhis edilir. Bunlar; immün ilişkili tiroid disfonksiyonu, bir veya daha fazla oküler bulgu veya bir veya daha fazla ekstraoküler kasın tendonu koruyan fuziform genişlemesinin radyolojik olarak gösterilmesi olarak sayılabilir. (1)

OLGU:

53 yaşında kadın hasta bilinen graves hastalığı tanısı mevcut. 10 yıl önce 2 kez radyoaktif iyot tedavisi verilmiş. sonrasında postablatif hipotiroidi tanısıyla günlük 150 mcg levotiroksin tedavisi altında izlenmektedir. Polikliniğe göz kuruluğu, yanma ve göz küresinde ağrı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde retrobulber ağrı, aşağı ve yukarı göz hareketlerinde ağrı, konjunktivada kızarıklık, karunkul ödemi, konjonktiva ödemi saptandı. İstenilen tetkiklerinde TSH 0,4 µU/ml serbest T4 1,8 ng/dL serbest T3 3,26 pg/mL anti TG 2,6 U/mL anti TPO 519,3 IU/mL TSH reseptör antikor 1,21 IU/L

(>1,5 POZİTİF) saptandı. Göz bulguları için hastadan orbita MRI istendi. Her iki globda ekzoftalmus ve sol inferior rektus kasında kalınlaşma izlendi. Göz hastalıkları konsultasyonu istendi; bio: bil ekzoftalmi kapaklarda retraksiyon mevcut f: doğal to:14/14 hertel ölçümleri:28/33 mm olarak ölçüldü. Bunun üzerine hastada graves orbitopasi düşünüldü. Hastalık orta şiddette ve aktif dönem olarak kabul edildi. Levotiroksin dozu 125 mcg ye düşüldü. 6 haftalık 500 mg ardından 6 hafta 250 mg olacak şekilde ıv metilprednizolon tedavisine başlandı. Hastaya ek olarak günlük 200 mcg selenyum tedavisi verildi. Tedavi sonrası değerlendirmede ağrının azaldığı konjonktivadaki kızarıklığın gerilediği ödemin azaldığı tespit edildi. Yapılan tetkiklerinde TSH 0,83 µU/ml serbest T4 1,76 ng/dL serbest T3 3,24 pg/mL TSH RESEPTOR ANTIKOR 0,57 IU/L saptandı.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

TARTIŞMA:

Tiroidle ilişkili oftalmopati (TAO), Graves hastalığı veya Hashimoto tiroiditi gibi tiroid disfonksiyonlarıyla ilişkili en yaygın kendiliğinden sınırlanan orbital inflamatuvar bozukluktur. (2) Graves orbitopatisi (GO), Graves hastalığının başlıca tiroid dışı belirtisidir. Etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte orbital dokulara TSH reseptörü (TSH-R) antikorunun (TRAb) bağlanmasıyla orbital fibroblastların aktivasyonu sonrasında ekstraselüler matris moleküllerinin ekspresyonuna ve glikozaminoglikanların birikmesine yol açar. Sonuç olarak ödem, konjesyon ve bağ dokusu yeniden modellenmesiyle ekstraoküler kas genişlemesi ve orbital yağ doku artışı gerçekleşir. GO için belirlenen risk faktörleri arasında sigara içme, cinsiyet, ileri yaş, HLA DRB3*0101/*0202 heterozigotluğu dahil genetik, daha geniş lateral duvar orbital açısı, yüksek TRAb seviyeleri, yüksek tedavi öncesi T3 ve T4 seviyeleri, kontrolsüz hipo/hipertiroidizm ve RAI tedavisi yer almaktadır. Hastaların büyük kısmında göze kum kaçma hissi, fotofobi, aşırı göz yaşarması gibi hafif göz semptomları vardır. GO' da hastalığın derecelendirilmesinde “aktivite” ve “şiddet” kavramları kullanılır. Aktivite değerlendirilmesinde “Klinik Aktivite Skoru (KAS)” kullanılarak inflamasyon bulguları puanlanır. Yedi puan üzerinden 3 ve daha fazlasının saptanması aktif hastalığa işaret eder. GO progresini değerlendirmek için bu 7 kritere ek olarak 3 kriter (son 1-3 ayda egzoftalmusta ≥ 2 mm artış, göz motilitesinde $\geq 8^\circ$ azalma, görme keskinliğinde azalma) daha dikkate alınarak takipte 10 kriterli KAS skoru kullanılır. (3) Tedavi seçimini belirlemek için GO'da hastalığın klinik aktivite ve şiddeti belirlenmeli ve hastalar aktif/inaktif ve hafif, orta-ciddi veya görmeyi tehdit eden GO olarak sınıflandırılmalıdır. Tedavi yöntemi her ne olursa olsun hastalar bir an önce ötiroid hâle getirilmeli, ötiroidizmin stabil şekilde devamı sağlanmalıdır. Hafif ve aktif GO'da, risk faktörlerinin kontrolü, anti tiroid tedavi veya tiroidektomi ve selenyum tedavisi genellikle yeterlidir. Orta-şiddetli ve aktif GO'da intravenöz glukokortikoidler ve mikofenolat mofetil kombinasyonu birinci basamak tedavi olarak önerilmektedir. intravenöz glukokortikoidler (IVGC), orta ila şiddetli TED'li hastalarda birinci basamak tedavi olarak kabul edilir. Tercih edilen rejim, tipik olarak 6 hafta boyunca haftada 0,5 g IV ve ardından 6 hafta boyunca haftada 0,25 g olmak üzere 12 hafta boyunca 4,5 g metilprednizolon dozunun verilmesini içerir. Orta ila şiddetli ve aktif Graves Oftalmolojisi (GO) için ikinci basamak tedasında; dikkatli oftalmik ve biyokimyasal değerlendirmeden sonra ikinci intravenöz metilprednizolon kürü (7,5 g), oral prednizon/prednizolonun siklosporin veya azatiyoprin ile kombinasyonu, oral veya intravenöz glukokortikoidlerle birlikte orbital radyoterapi, teprotumumab rituximab ve tocilizumab denenmektedir. Görmeyi tehdit eden Graves Oftalmolojisi (GO), haftada birkaç yüksek tek doz intravenöz metilprednizolon ile tedavi edilir ve yanıt alınamazsa acil orbital dekompresyon uygulanır. (1, 4)



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

SONUÇ:

Tiroid ilişkili orbitopati hastalarının %10'unda tiroid fonksiyon testlerinde anormallik saptanmayabilir ve buna Ötiroid GO adı da verilmektedir. TSH reseptör otoantikorlarının GO patogeneziindeki rolü bilinmekle birlikte, literatürde nadiren otoantikor negatif ötiroid Graves vakalarında, oftalmopati ile prezentasyon bildirilmiştir. Bizim vakamızdaki gibi unilateral sol inferior rektus kasında kalınlaşma olması, hastanın post ablatif hipotiroidiye bağlı levotiroksin kullanması ve dozunun fazla gelmesi, 2 kez radyoaktif iyot tedavisi alması, distemik hastalıkların dışlanmış olması, steroid tedavisine yanıtın alınmış olması tanıyı desteklemektedir. Bu atipik prezentasyonlu zor hasta grubunun izleminde dahiliye, endokrinoloji, radyoloji ve oftalmolojinin muldisipliner olarak yer alması hastaların tanı ve tedavi şansını arttıracaktır.

1. Bartalena L, Kahaly GJ, Baldeschi L, Dayan CM, Eckstein A, Marcocci C, et al. The 2021 European Group on Graves' orbitopathy (EUGOGO) clinical practice guidelines for the medical management of Graves' orbitopathy. Eur J Endocrinol. 2021;185(4):G43-g67.
2. Wang Y, Smith TJ. Current concepts in the molecular pathogenesis of thyroid-associated ophthalmopathy. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2014;55(3):1735-48.
3. Burch HB, Perros P, Bednarczuk T, Cooper DS, Dolman PJ, Leung AM, et al. Management of thyroid eye disease: a Consensus Statement by the American Thyroid Association and the European Thyroid Association. Eur Thyroid J. 2022;11(6).
4. Kahaly GJ, Pitz S, Hommel G, Dittmar M. Randomized, single blind trial of intravenous versus oral steroid monotherapy in Graves' orbitopathy. J Clin Endocrinol Metab. 2005;90(9):5234-40.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Negatif Toksikolojiye Rağmen Deliryum Tremens: Hiponatreminin Maskeleyiği Bir Olgu

Yazarlar: Uzman Dr. Umut Polat (Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği)

Amaç

Deliryum tremens, alkol yoksunluğunun en ağır formu olup tanınmadığında mortal seyredebilen bir tablodur.

Klinik olarak bilinç değişikliği, tremor, halüsinasyon ve otonomik instabilite ile karakterizedir. Bu olgu, hiponatremi ile başvuran bir hastada gelişen deliryum tremensin tanısında anamnezin ne kadar kritik olduğunu vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Olgu Sunumu

45 yaşında erkek hasta, esansiyel hipertansiyon nedeniyle başlanan telmisartan + hidroklorotiyazid tedavisi sonrası bilinç bulanıklığı şikâyetiyle Eskişehir Osmangazi Tıp Fakültesi Acil Servise başvurmuş

Sodyum düzeyi 119 mEq/L saptanan hastaya hipertonic ve izotonik sıvı uygulanarak 4 saatte 125 mEq/L'ye yükseltilmiş ve taburcu edilmiş.

8 saat sonra tekrar bilinç değişikliği gelişen hasta, Eskişehir Yunusemre Devlet Hastanesi dahiliye polikliniğine başvurmuş. Santral pontin miyelinolizis? ön tanısıyla yatırıldı.

Sodyum düzeyinin kısa sürede (119→125 mEq/L / 4 saat) yükseltilmesi, santral pontin miyelinolizis açısından risk oluşturmuş ve klinik değerlendirmeyi zorlaştırmıştır.”

Takiplerinde halüsinasyon ve ajitasyon gelişmesi üzerine psikiyatri ve nöroloji konsültasyonu istendi.

Hastada delirium saptandı . Ancak nedeni bilinemedi. MR görüntüleme için sedasyon gereksinimi doğdu. Bu yüzden, antipsikotik tedavi uygulandı. Ancak yeterli klinik düzelme sağlanamadı.

Kısmi sedasyon sağlandı. Ancak 4 saat içinde halüsinasyonlar tekrar başladı.. Klinik tablo kısa sürede yeniden kötüleşti

Yapılan ayrıntılı anamnezde yoğun alkol kullanımı ve ani bırakma öyküsü saptandı.

Hastaya deliryum tremens tanısı konularak yoğun bakımda benzodiazepin, yüksek doz B1 vitamini(günde 500 mg) ve magnezyum tedavisi başlandı.

Hasta yoğun bakım ünitesine yatırıldı.Diazepam iv, b1ve magnezyum tedavisi 3 gün devam edildi. Gün geçtikçe normale dönüp, asemptomatik olan hasta 3 gün sonrasında dahiliye servisine devir alındı.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Hastanın b vitamin ve diazepam tedavisi serviste kesildi. 2 gün serviste oral lorazepam tedavisi aldı. Stabil olan hasta taburcu edildi.

Bulgular

Tedavi sonrası hastanın bilinç düzeyi ve davranışları düzeldi, halüsinasyonları geriledi, sodyum değeri 135 mEq/L'ye ulaştı.

MR ve difüzyon MR incelemelerinde patoloji saptanmadı. Acth ,Kortizol, Tiroid fonksiyon testleri normaldi.

Serum etanol ve toksikolojik tarama testleri negatifti.

Hastada diyabetes mellitus yoktu.

Sonuç

Hiponatremi ile başvuran hastalarda nörolojik semptomlar yalnızca elektrolit bozukluğuna bağlanmamalıdır. Özellikle alkol kullanım öyküsü bulunan olgularda, serum etanol ve toksikolojik testler negatif olsa dahi deliryum tremens mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu olgu, yanıltıcı laboratuvar bulgularının klinik değerlendirmeyi gölgeleyebileceğini ve doğru anamnezin tanı sürecindeki belirleyici rolünü ortaya koymaktadır.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Hepatosplenomegali ve Anemi Etyolojisinde Nadir Bir Neden:

Visceral Leishmaniasis Olgusu

Uzm. Dr. Ayşe Hacıçavuşoğlu¹ , Prof. Dr. Şakir Özgür Keşkek²

Amaç

Hepatosplenomegali ve anemi saptanan hastalarda ayırıcı tanı oldukça geniş olup enfeksiyöz, infiltratif, hematolojik, konjestif nedenleri içermektedir. Bu olguda, nadir görülmesine rağmen özellikle endemik bölgelerde akılda tutulması gereken Visceral Leishmaniasis tanısına ulaşma sürecinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Altmış dokuz yaşında kadın hasta; uzun süredir devam eden halsizlik, iştahsızlık ve son günlerde artan bulantı-kusma şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı ve serebrovasküler olay öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede hepatosplenomegali ve sol aksiller lenfadenopati saptandı. Laboratuvar incelemelerinde:

- Normositer anemi
- Böbrek fonksiyon bozukluğu
- Yüksek akut faz reaktanları

Abdomen ultrasonografide karaciğer 170 mm, dalak 178 mm olarak ölçüldü. Yüzeysel ultrasonografide sol aksiller bölgede nekrotik lenfadenopati izlendi.

¹ Gazipaşa Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Antalya

² ALKÜ Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, Antalya



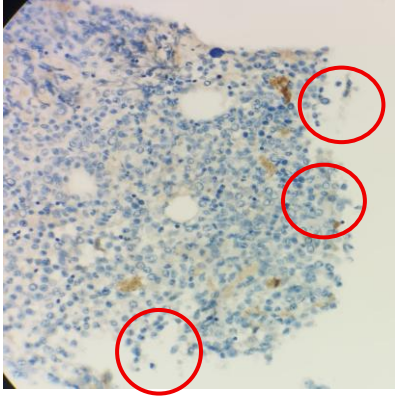
AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Enfeksiyöz, hematolojik, konjestif, otoimmün ve infiltratif etyolojilere yönelik ileri tetkikler yapıldı; serolojik ve mikrobiyolojik incelemelerde viral, bakteriyel ve otoimmün nedenler dışlandı. Kesin tanı amacıyla kemik iliği biyopsisi gerçekleştirildi.

Bulgular

Kemik iliği aspirasyonunda Giemsa boyası ile makrofajlar içerisinde amastigot formlarının gösterilmesi üzerine hastaya Visceral Leishmaniasis tanısı konuldu.



Şekil 1: Cd1a İmmünohistokimya Boyama

Hastaya liposomal amfoterisin B (3 mg/kg; 1-5., 14. ve 21. günlerde) tedavisi uygulandı. Tedavi sonrası:

- Klinik bulgulara belirgin düzelme
- Hemoglobin düzeyinde artış
- İnflamasyon belirteçlerinde gerileme
- Takip görüntülemelerinde lenfadenopatide kaybolma izlendi.

Sonuç

Hepatosplenomegali ve anemi varlığında, özellikle endemik bölgelerde Visceral Leishmaniasis ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Nonspesifik klinik bulgular nedeniyle tanı gecikebileceğinden, erken dönemde uygun mikrobiyolojik ve patolojik incelemelerin yapılması kritik öneme sahiptir. Bu olgu, erişkin yaş grubunda nadir ancak tedavi edilebilir bir neden olarak Visceral Leishmaniasis'i ve multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

AnahtarKelimeler:

Visceral Leishmaniasis, hepatosplenomegali, anemi



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

STEMİ İLE PREZENTE OLAN UZAMIŞ KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON POST-KARDİYAK ARREST OLGUSUNDA HEDEFLENMİŞ SICAKLIK YÖNETİMİ

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erişkin Acil Tıp Kliniği, Ankara

Fidan İsmayilzada, Jiyan Deniz İlgün, Yahya Kemal Günaydın

GİRİŞ

Kardiyak arrest (KA) sonrası sağkalımın en önemli belirleyicisi anoksik beyin hasarının etkin yönetimidir. AHA 2025 Post-Kardiyak Arrest Bakım Kılavuzu, nörolojik sağkalımı optimize etmek amacıyla hedeflenmiş sıcaklık yönetiminin (Targeted Temperature Management - TTM) en az 36 saat sürdürülmesini ve prognoz tayini için multimodal bir yaklaşımın benimsenmesini önermektedir. Bu olguda, 50 dakikalık uzamış kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR), yaygın koroner tromboz ve nonketotik hiperozmolar hiperglisemik koma tablosu ile başvuran bir hastada AHA 2025 protokolü ile sağlanan tam nörolojik iyileşme sunulmuştur.

OLGU

Göğüs ağrısı şikayeti ile 112 ekipleri tarafından alınan 50 yaşında kadın hasta, nakil sırasında gelişen kardiyak arrest nedeniyle şoklanabilir ritimle acil servisimize getirildi. Yaklaşık 30 dakikası nabızsız elektriksel aktivite (NEA) olmak üzere toplam 50 dakikalık KPR sonrası spontan dolaşımın geri dönüşü (SDGD) sağlandı.

SDGD sonrası Glasgow Koma Skalası (GKS) skoru 3 olan hastanın EKG'sinde anterior STEMI saptandı. Hasta, inotrop desteği altında acil koroner anjiyografi (KAG) laboratuvarına alındı. KAG'da LAD osteal %100, CX mid %99 tromboze ve RCA plaklı (PDA %50) olarak değerlendirildi. LAD ve CX lezyonlarına PTCA ve DES (LAD'de overlap olacak şekilde) uygulanarak başarılı rekanalizasyon sağlandı.

Laboratuvar değerlendirmesinde derin metabolik asidoz ve belirgin hiperglisemi saptandı. Laboratuvar değerleri tablo 1-de mevcuttur. Ölçülen ozmolarite 345 mOsm/kg olup hastaya nonketotik hiperozmolar hiperglisemik koma tanısı ile tedavi başlandı.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Acil kranial BT'de kanama saptanmaması üzerine hasta acil kritik yoğun bakım ünitesine kabul edilerek TTM protokolü başlatıldı. Hedef sıcaklık 32–37.5°C (hedef 34°C) olarak belirlendi ve tedavi kesintisiz 36 saat sürdürüldü. Yeniden ısıtma süreci saatte maksimum 0.5°C hızla kontrollü şekilde tamamlandı.

TTM, eksternal soğutucu pedler ile uygulanırken vücut ısısı takibi özofageal sıcaklık probu monitörize edildi. Akut böbrek hasarı gelişen hastaya yaklaşık bir hafta süreyle haftada üç kez diyaliz uygulandı. TTM tedavisinin miyokardiyal perfüzyonu artırıcı ve organ koruyucu etkisi sayesinde hemodinamik stabilitenin korunmasına ve doku perfüzyonunun iyileşmesine katkı sağlandı.

Dinamik GKS takibinde, ilk 5 gün GKS: 3 olarak izlenen hasta, 13. günde GKS: 10, 19. günde ise GKS: 15 düzeyine ulaştı ve başarılı şekilde ekstübe edildi. Ancak 26. günde gelişen ventilatör ilişkili pnömoni ve artan sekresyonlara bağlı solunum yetmezliği nedeniyle yeniden entübe edildi. Uzamış mekanik ventilasyon ihtiyacı ve başarısız weaning süreci nedeniyle 38. günde trakeostomi açıldı. Trakeostomi sonrası 16. günde dekanüle edilen hasta, nörolojik olarak tam iyileşme ile yoğun bakım takibinin 60. gününde servise devredildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kardiyak arrest sonrası sağkalımda TTM, vücut sıcaklığındaki her 1°C'lik düşüş ile serebral metabolizmayı %5–8 oranında azaltarak beyin kan akımını ve oksijen arz-talep dengesini iyileştirir ve böylece nörolojik sağkalımı artırır. AHA 2025 kılavuzu, bu nöroprotektif etkinin sürdürülebilmesi için sıcaklık kontrolünün en az 36 saat devam ettirilmesini önermektedir.

Olgumuzda mevcut olan 50 dakikalık uzamış KPR süresi literatürde kötü nörolojik prognoz ile ilişkili olmasına rağmen, AHA 2025 standartlarına uygun şekilde uygulanan TTM bu riski azaltmıştır. Kılavuzlar, nöroprognostik değerlendirmelerin normotermiden en az 72 saat sonra ve multimodal yöntemlerle yapılmasını önermektedir. Hastamızın başlangıçta düşük GKS skoruna rağmen tam nörolojik iyileşme göstermesi, erken dönemde kesin prognoz vermekten kaçınılması gerektiğini desteklemektedir.

AHA 2025 ayrıca, sağkalım kalitesinin artırılması için taburculuk öncesinde multimodal rehabilitasyon (fiziksel ve nörolojik) değerlendirme ve tedavisini güçlü şekilde önermektedir. TTM uygulanan kritik hastalarda erken dönemde başlanan fizik tedavi programları, kas-iskelet sisteminin korunması, metabolik toparlanmanın hızlanması ve uzun dönem nörolojik sekellerin azaltılması açısından önemli katkı sağlamaktadır.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Sonuç olarak, multidisipliner yaklaşım, AHA 2025 standartlarına uygun uzun süreli TTM uygulaması ve erken rehabilitasyonun birlikte uygulanması, en komplike vakalarda dahi başarılı nörolojik sonuçların elde edilmesini mümkün kılmaktadır.

Tablo 1: Laboratuvar Sonuçları

PARAMETRE	DEĞER	BİRİM
Glukoz	848	mg/dL
Kreatinin	1,53	mg/dL
Üre	31	mg/dL
K	3,65	mmol/L
Na	135	mmol/L
Düzeltilmiş Na	147	mmol/L
Trop	19	ng/L
CK-MB	3,44	ng/mL
pH	7,07	mmHg
CO ₂	53	mmHg
HCO ₃ ⁻	12	mmol/L
İdrar keton	Negatif	-

- Anahtar Kelimeler: Out- of- Hospital Cardiac Arrest, ST Segment Elevation Myocardial Infarction, Targeted Temperature Managements (Mesh database)

Kaynak:

- 1.American Heart Association. 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2025.
- 2.American Heart Association. Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2025 AHA Guidelines Update. Circulation. 2025.
- 3.International Liaison Committee on Resuscitation. 2024 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations (CoSTR). Resuscitation. 2024.
- 4.Türk Yoğun Bakım Derneği. Kardiyak Arrest Sonrası Hedeflenmiş Sıcaklık Yönetimi (TTM) Ulusal Tedavi Kılavuzu. Türk Yoğun Bakım Derneği Yayınları, Ankara.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Anjiotensin Reseptör Bloker Sonrası Gelişen Akut Böbrek Fonksiyon Bozukluğu: Bilateral Renal Arter Stenoza Tanısına Giden Bir Olgu

Uzm. Dr. Şahnura Uzuntaş

Amaç

Renal arter stenozu (RAS), sekonder hipertansiyonun önemli ve potansiyel olarak tedavi edilebilir nedenlerinden biridir. Özellikle dirençli hipertansiyon ve renin-anjiotensin-aldosteron sistemi (RAAS) inhibitörleri sonrası gelişen akut böbrek fonksiyon bozukluğu, alta yatan hemodinamik olarak anlamlı stenoz açısından uyarıcı olmalıdır. Bu olguda, ARB tedavisi sonrası kreatinin yükselmesi ile tanıya gidilen bilateral renal arter stenozu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

71 yaşında erkek hasta, baş ağrısı ve yüksek tansiyon (sistolik ~180 mmHg) şikayetleri ile dış merkez kardiyoloji kliniğine başvurmuştur. Özgeçmişinde hipertansiyon, koroner arter hastalığı, hiperlipidemi ve kronik böbrek hastalığı mevcuttu.

Hastanın mevcut tedavisine dış merkezde benidipin yanında kandesartan + tiyazid kombinasyonu eklenmiş ve tansiyon takibi önerilmiştir. Hasta yaklaşık 2 hafta sonra dahiliye polikliniğimize ilaç raporu düzenlenmesi amacıyla başvurdu.

Yapılan laboratuvar incelemelerinde serum kreatinin düzeyinin 2.19 mg/dL'ye (bazal kreatinin: 1.3 mg/dL) yükseldiği ve potasyum düzeyinin 5.5 mmol/L olduğu saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda akut böbrek fonksiyon bozukluğu ve hiperkalemi düşünülerek anjiyotensin reseptör blokeri tedavisi kesilmiştir.

Alta yatan renal vasküler patoloji açısından yapılan renal doppler ultrasonografide bilateral renal arterlerde pik sistolik hızın 220 cm/sn'nin üzerinde olduğu ve renal/aortik oranın 3.5'in üzerinde saptandığı görülmüştür. Bu bulgular bilateral renal arter stenozu ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Hastanın antihipertansif tedavisi yeniden düzenlenmiş ve böbrek fonksiyonları yakın izleme alınmıştır. Takiplerinde serum kreatinin düzeyinin bazal değerlere gerilediği gözlenmiştir. Hasta ileri tanısal değerlendirme ve olası girişimsel tedavi seçenekleri açısından kalp ve damar cerrahisi bölümüne yönlendirilmiştir.

Sonuç

Dirençli hipertansiyon varlığında ve özellikle RAAS inhibitörü tedavisi sonrası gelişen belirgin kreatinin artışında renal arter stenozu mutlaka akılda tutulmalıdır. Erken tanı, gereksiz ilaç kullanımını önleyebileceği gibi uygun hastalarda revaskülarizasyon ile klinik iyileşme sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler

Renal arter stenozu, anjiyotensin reseptör blokleri, akut böbrek hasarı, dirençli hipertansiyon



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

OPERE OLMUŞ FEOKROMOSİTOMA-PARAGANGLİOMA OLGULARININ DEMOGRAFİK, BİYOKİMYASAL, RADYOLOJİK VE CERRAHİ OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Seniha Bozkaya¹, Özge Şahin Kimyon¹, Hamide Pişkinpaşa¹ Meral Mert¹

¹Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi

Feokromositoma adrenal medulladan köken alan ve kontrolsüz katekolamin sekresyonu ile karakterize bir nöroendokrin tümördür. Paraganglioma ise bu nöroendokrin hücrelerin adrenal bez dışındaki otonomik (sempatik-parasempatik) ganglionlardaki yerleşimidir. Nadir ancak potansiyel olarak yaşamı tehdit etmeleri nedeniyle tanı almaları önemlidir. Feokromositoma-Paragangliomaların (PPGL) nadir görülmesi ve geniş klinik spektrumu, bu hastalığa yönelik deneyimlerin çoğunlukla tek merkez serileri üzerinden değerlendirilmesine neden olmaktadır. Bu bağlamda, tek merkez verileri hem klinik pratikte yol gösterici olmakta hem de literatüre katkı sağlamaktadır. Bu çalışmada, merkezimizde opere edilen PPGL olgularının demografik özellikleri ile birlikte biyokimyasal, radyolojik ve cerrahi sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Retrostektif çalışmamıza, merkezimizde Ocak 2015-2026 yılları arasında PPGL cerrahisi geçiren 41 olgu alındı. Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS programı kullanılarak yapıldı. Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma (minimum-maksimum), kategorik değişkenler ise sayı (n) ve yüzde (%) olarak özetlendi. Çalışma tek merkezli retrospektif tanımlayıcı tasarımda planlandığından, demografik özellikler, biyokimyasal değerlendirme, radyolojik bulgular, cerrahi yaklaşım, patoloji sonuçları ve postoperatif uzun dönem takip verileri için yalnızca tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 41 hastanın (12 si Paraganglioma) % 78'i kadın, % 22'si erkekti ve ortalama tanı yaşı 53.1 ± 9.6 yıl olarak bulundu. Tanı anındaki ortalama boy 161.61 ± 8.96 cm, kilo 74.16 ± 13.28 kg ve VKİ 28.43 ± 5.41 kg/m² idi. Hastaların %17.1'i normotansif, %7.3 ü hipertansif atak ve % 75.6'sının devamlı hipertansiyonu vardı. PPGL ile uyumlu fenotipik incelemede hastaların %6.1 adrenerjik, % 27.3 noradrenerjik, % 42.4 mikst ve % 24.2 diğer olarak sınıflandırıldı. Olguların %24.4'ü insidental olarak saptandı. Tanı anında idrar metanefrin düzeyi üst sınırın ortalama 10.21 ± 8.36 katı, normetanefrin 6.14 ± 4.63 katı, VMA 4.11 ± 3.03 katı ve 3-metoksitiramin 5 kat yüksek saptandı. Kitle tespitinde görüntüleme yöntemi



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

olarak %38.5 bilgisayarlı tomografi (BT), %56.4 manyetik rezonans (MR) ve %5.1 oranında ultrason(USG) kullanıldı. BT de dokuların yoğunluğunun izlendiği hounsfiel unit (HU) değeri ortalama 47.01 ± 18.26 idi ve MR da T2 ağırlıklı sekanslarda %97.1 oranında hiperintens görünüm izlendi. Saptanan lezyonların %68.3'ü adrenal, %31.7'si ekstraadrenal ve ortalama tümör çapları sağ tarafta 44.21 ± 21.71 mm, sol tarafta 41.37 ± 21.38 mm bulundu. Paraganglioma olgularının %58,3'ü abdominal bölgede, %41,6'sı ise boyun lokalizasyonunda saptandı. Ekstra-adrenal grupta yer alan bir hastamızda ise tümörün mesanenin sol posterior duvarında lokalize olduğu görüldü. Hastalarımızın %75.6'sına laparoskopik adrenalektomi, %24.4'üne laparotomi uygulandı. TNM sınıflamasına göre %48.8'i T1N0M0, %41.5'ü T2N0M0, %2.4'ü T3N0M0 ve sadece tek hastamızda uzak kemik metastazı vardı. Postoperatif dönemde hastaların %75.6'sı normotansif, %24.4'ü ise hipertansif seyretti. Postoperatif idrar metanefrin düzeyi sadece %2,6 hastada yüksek sebat etti. İdrar normetanefrin düzeyleri %97.4 hastada normaldi. Takiplerde tekrardan feokromasitoma gelişimi izlenmedi. Hipertansiyon komplikasyonları içinde 4 hastada akut miyokard infarktüsü, bir hastamızda da serebrovasküler olay gelişti. Ortalama 33 ay takip edilen hastalarımızda mortalite oranı %7,3 idi, bir hastamız feokromasitoma nedeniyle kaybedildi.

TARTIŞMA

Tek merkez deneyimimizde PPGL olgularının çoğunluğunu orta yaşlı kadın hastalar oluşturuyordu. Semptom sorgulamasının özellikle endokrin hipertansiyon değerlendirmesinde tanısal değerinin güçlü olmasının bilinmesine rağmen; çalışmamız retrospektif yapılmış olduğu için hasta semptom sorgulaması veri yetersizliği nedeniyle değerlendirmeye alınamadı. Olguların yaklaşık dörtte birinin insidental olarak saptanmış olması, adrenal insidentaloma yaklaşımında PPGL'lerin mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini göstermektedir. Biyokimyasal incelemelerde, özellikle idrar metanefrin düzeyinin belirgin olarak normal sınırın yaklaşık on katına ulaşan artışı, merkezimizde PPGL tanısında katekolamin metabolitlerinin güçlü tanısal değer taşıdığını göstermektedir. Benzer şekilde normetanefrin ve VMA düzeylerindeki anlamlı yükseklikler, tümörün fonksiyonel aktivitesini desteklemiştir. Radyolojik olarak en sık MR kullanılmış olması ve T2 de hiperintens görünümün çok yüksek oranda saptanması feokromositomanın klasik görüntüleme özellikleriyle uyumlu bulunmuştur. 2 olgumuzda herediter gen mutasyonu saptandı. Biri Nörofibromatozis 1 ilişkili (C2137 C2141 DELESYON HETEROZİGOT MUTASYONU) diğeri ise SDHD (c147dup(p.histonThrfsTer19) frameshift varyant heterozigot) idi. Bu da sporadik olduların yanında PGGL olgularının hetediter mutasyonlar açısından taranması gerektiğinin önemini göstermektedir. Cerrahi tedavide % 75,6 oranında laparoskopik yaklaşımın baskın olması merkezimizin minimal invaziv adrenal cerrahi konusundaki deneyimini yansıtmaktadır.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Patolojik olarak gross invazyonun saptanmaması ve uzak metastazın yalnızca tek hastada görülmesi, olguların büyük bölümünün lokalize evrede tanı aldığını düşündürmektedir. Bu erken tanı avantajı, postoperatif dönemde hastaların çoğunda normotansiyon ve biyokimyasal remisyon oranlarının yüksek olması ile klinik olarak da doğrulanmıştır. Uzun dönem takipte rekürrens görülmemesi merkezimizin cerrahi sonrası izlem başarısını destekleyen önemli bir bulgudur. Bununla birlikte mortalitenin tamamen ortadan kalkmamış olması, özellikle kardiyovasküler komplikasyonlar ve metastatik potansiyeli olan seçilmiş hastalarda uzun dönem multidisipliner izlemin önemini vurgulamaktadır.

SONUÇ

Tek merkez deneyimimiz, PPGL yönetiminde erken klinik şüphe, biyokimyasal doğrulama, uygun radyolojik karakterizasyon ve minimal invaziv cerrahinin yüksek başarı ile uygulanabildiğini göstermektedir. Özellikle postoperatif dönemde yüksek normotansiyon ve biyokimyasal remisyon oranları, merkez yaklaşımımızın etkinliğini desteklemektedir. Ayrıca rekürrens izlenmemesi, yapılandırılmış uzun dönem takip stratejisinin klinik başarısını ortaya koymaktadır.

PPGL yönetiminde tanıdan tedaviye uzanan multidisipliner ve standardize yaklaşım, hem kısa dönem cerrahi başarıyı hem de uzun dönem prognozu belirgin şekilde iyileştirmektedir.

Tablo 3. Radyolojik özellikler ve tümör morfolojisi

Kitle tespitinde görüntüleme yöntemi, n(%)	
BT	15(38.5)
MR	22(56.4)
USG	2(5.1)
BT HU, mean±SD	47.01±18.26
MR T2 hiperintens, n(%)	33(97.1)
Lokalizasyon, n(%)	
Adrenal	28(68.3)
Ekstraadrenal	13(31.7)
Tümör Çapı Sağ, mean±SD	44.21±21.71
Tümör Çapı Sol, mean±SD	41.37±21.38
Görüntülemelerde Uzak Metastaz Varlığı, n(%)	1(2.4)
Metastaz yeri (kemik), n(%)	1(100)



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Hastanede Yatan Yaşlı Hastalarda Serum Glukoz Düzeyi ve Deliryum İlişkisi

Gizem Geçmez¹

1.Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı

Amaç: Deliryum hastanede yatarak takip edilen 65 yaş ve üzeri hastalarda sık görülen bir klinik durumdur. İç hastalıkları ve geriatri servislerinde takip edilen hastalarda deliryum insidansı 29-64% oranında saptanmıştır. Deliryum etyolojisi multifaktöriyeldir. Bu faktörler arasında enfeksiyonlar, hipoglisemi ve hiperglisemi, anemi, elektrolit bozuklukları, üremi, kullanılan ilaçlar, travma ve akut hastalıklar yer almaktadır.

Çalışmamızda hastanemiz iç hastalıkları ve geriatri servislerinde yatarak takip edilen hastalar deliryum varlığı açısından değerlendirilmiş; deliryum ile klinik özellikler, biyokimyasal parametreler, yatış tanıları ve kronik hastalıkları arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Gereç-Yöntem: Çalışmaya Ocak 2024 ile Aralık 2025 tarihleri arasında hastanemiz iç hastalıkları ve geriatri servislerinde takip edilen 65 yaş ve üzeri 62 hasta dahil edilmiştir. Prospektif olarak yatan hastalar yatışlarının ilk 24-48 saat içinde olacak şekilde deliryum varlığı açısından hasta/hasta yakını ile görüşülerek 4AT testi aracılığıyla klinik gözlem ve muayene ile değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların epidemiyolojik özellikleri, ek hastalıkları ve biyokimyasal parametreleri kaydedilmiştir. Ayrıca hastaların yatış nedenleri ve kronik hastalıkları da değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda delirium varlığı saptanan 14 (%22,6) ve delirium saptanmayan 48 (%77,4) geriatrik yaş grubunda hasta değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 80,5'dir. Hastaların %54,8'i erkek, %45,2'i kadındır. Deliryum saptanan (n=14, %22,6) hastaların tümünde akut başlangıç ve dalgalanan seyir, dikkatsizlik ve bilinç düzeyinde değişiklik saptanmıştır (her bir bulgu için $p<0,001$). Deliryum saptanan hasta grubunda en sık hastaneye yatış nedeni pnömoni ve en sık görülen kronik hastalık hipertansiyon olarak saptanmıştır (sırasıyla n=8, %42,9 ve n=9, %64,3). Her iki hasta grubu karşılaştırıldığında vücut kitle indeksi, serum glukoz düzeyi deliryum saptanan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük ve tamkan sayımı parametrelerinden olan hemoglobin ve nötrofil değerleri daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,024$, $p=0,003$, $p=0,049$, $p=0,044$). (Tablo 1)



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Sonuç: Hastanede yatan ileri yaş grubu hastalarda hedef serum glukoz değerinin 140-180 mg/dl aralığında tutulması önerilmektedir. Literatürde bu hedefin altında serum glukoz değerleri olan geriatrik bireylerde deliryum riskinin ve insidansının arttığı yönünde görüşler mevcuttur. Benzer şekilde, çalışmamızda hastane yatışının erken döneminde deliryum saptanan geriatrik hastalarda serum glukoz düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0,003$).

Çalışmamızda ortalama vücut kitle indeksi her iki grupta da normal olmasına rağmen deliryum saptanan hastaların vücut kitle indekslerinin deliryum saptanmayan hastalara göre istatistiki anlamlı olarak daha düşük gözlenmiştir ($p=0,024$). Bu bulgu literatürle uyumlu olarak düşük vücut kitle indeksi değerlerinin deliryum görülme riskini arttırdığı yönünde yorumlanabilir.

Hemogram ve nötrofil parametrelerinde gözlenen istatistiksel olarak anlamlı artış, en sık yatış nedeni pnömoni olan geriatrik hastalarda enfeksiyon ve sekonder dehidratasyon ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Bu bulguların daha net yorumlanabilmesi için daha geniş hasta sayısını içeren ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Tablo 1: Deliryum saptanan ve saptanmayan geriatrik hastaların klinik ve biyokimyasal özellikleri

	Delirium Saptanmayan Geriatrik Grup (n=48)	Delirium Saptanan Geriatrik Grup (n=14)	<i>p</i>
Yaş (yıl)	80,63±9,31	80,14±7,57	0,191
VKİ (kg/m²)	25,07±4,15	22,56±3,22	0,024
WBC (10³ /μL)	10,10±0,57,22	12,40±68,66	0,206
Nötrofil(10³ /μL)	7,69±4,38	10,80±6,40	0,044
Lenfosit(10³ /μL)	1,59±2,36	0,91±0,58	0,364
Hemoglobin (g/dL)	9,22±2,31	10,52±1,90	0,049
Platelet (10³ /μL)	223,76±91,35	198,69±95,03	0,980
CRP (mg/L)	114,62±103,48	124,10±98,49	0,369
Prokalsitonin (ng/mL)	2,61±6,23	2,88±5,63	0,822
Glukoz(mg/dL)	148,97±93,61	107,32±25,09	0,003
Üre (mg/dL)	104,87±60,16	118,16±64,86	0,880
Kreatinin (mg/dL)	3,05±2,86	2,61±2,37	0,391
GFR (mL/min/1.73 m²)	36,94±28,45	41,93±31,02	0,356
AST (U/L)	39±83,39	41,14±52,01	0,828
ALT (U/L)	24,35±54,22	26,90±22,67	0,690
Total Protein (g/L)	59,55±9,07	59,59±6,76	0,085
Albumin (g/L)	30,74±4,62	30,30±5,40	0,288
Sodyum (mmol/L)	138,87±6,34	137,93±4,63	0,437
Potasyum (mmol/L)	4,34±0,97	4,27±1,00	0,263
Magnezyum (mg/dL)	1,96±0,35	1,80±0,34	0,786
Kalsiyum (mg/dL)	8,30±1,11	8,31±0,66	0,598
Fosfor (mg/dL)	3,74±1,48	3,77±0,86	0,055



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

SÖZLÜ BİLDİRİ

Araştırmacılar: Prof. Dr. Zehra EREN, Uzm. Dr. Zekeriya KARASAK

Kurum: Prof. Dr. Zehra EREN – Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Antalya

Uzm. Dr. Zekeriya KARASAK – Manavgat Devlet Hastanesi- Antalya

Amaç

Akut böbrek hasarı (ABH), önemli morbidite ve mortalite ile ilişkili olup böbrek fonksiyonlarında kalıcı bozulmaya neden olabilmektedir. ABH sonrası 7–90 gün dönemini kapsayan ve tam renal iyileşmenin sağlanamadığı olguları tanımlayan akut böbrek hastalığı (ABHa), ABH ile kronik böbrek hastalığı (KBH) arasında yer alan ve prognoz açısından kritik öneme sahip bir ara dönem olarak kabul edilmektedir. Son yıllarda tanımlanan bu kavramın klinik önemi giderek daha iyi anlaşılmakla birlikte, ABHa'nın insidansı, risk faktörleri ve uzun dönem klinik sonuçları hâlâ yeterince aydınlatılamamıştır. Özellikle mevcut KBH zemininde gelişen akut böbrek hasarı, yani akut-on-KBH (A-KBH) olguları, ABHa gelişimi ve kötü prognoz açısından yüksek riskli bir grubu temsil etmektedir.

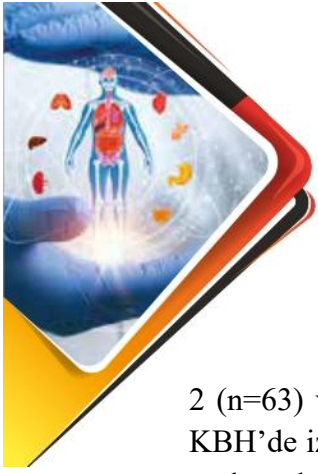
Bu çalışmada, izole ABH ile KBH zemininde gelişen ABH (A-KBH) olgularında ABHa sıklığının ve 90 günlük klinik sonuçların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem

Tek merkezli retrospektif kohort çalışmaya 1 Ocak 2022–31 Aralık 2024 arasında dahiliye servisinde izlenen 228 hasta dahil edildi. ABH ve A-KBH tanımları KDIGO esas alınarak yapıldı; olgular prerenal/intrarenal/postrenal olarak sınıflandırıldı. ABHa için 7–90 gün arasında persistan böbrek disfonksiyonu; eGFR <60 mL/dk/1,73 m², eGFR'de >%35 düşüş veya serum kreatininde >%50 artış kriterlerinden en az biri ile tanımlandı. Böbrek fonksiyonları tanı anında, 7. günde (±2 gün) ve 90. günde (±15 gün) değerlendirildi. Birincil sonlanım ABHa gelişimi; ikincil sonlanımlar geçici/kalıcı diyaliz gereksinimi, 90. günde yeni tanı KBH veya KBH progresyonu ve 90 günlük mortaliteydi.

Bulgular

Toplam 228 hastanın 145'i (%63,6) izole ABH, 83'ü (%36,4) A-KBH idi. Ortalama yaş 69,6±13,2 yıl olup A-KBH grubunda daha yüksekti (72,7±11,0 vs. 67,7±14,4). Etiyolojide intrarenal nedenler %42,1 (n=96) ile en sık olup prerenal %38,2 (n=87) ve postrenal %19,7 (n=45) olarak izlendi. KDIGO evrelerine göre olguların %34,2'si evre 1 (n=78), %27,6'sı evre



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

2 (n=63) ve %38,2'si evre 3 (n=87) idi. ABHa tüm kohortta %46,1 (n=105) saptandı ve A-KBH'de izole ABH'ye göre daha yüksekti (%59,0 [n=49] vs. %38,6 [n=56]; p=0,003). ABHa varlığında her iki grupta da geçici hemodiyaliz gereksinimi artış gösterdi. Kalıcı hemodiyaliz ihtiyacı A-KBH'de izole ABH'ye göre daha yüksekti (%12,0 vs. %2,8; p=0,005). 90. günde izole ABH grubunda yeni tanı KBH %42,9 oranında izlenirken; A-KBH grubunda KBH progresyonu %72,5 bulundu (p<0,001). 90 günlük mortalite A-KBH'de %19,3, izole ABH'de %9,7 idi (p=0,039).

Sonuç

A-KBH olguları, izole ABH'ye kıyasla 90 günlük dönemde daha yüksek ABHa sıklığı, daha fazla kalıcı diyaliz gereksinimi ve daha yüksek mortalite ile ilişkilidir. ABHa gelişimi hem yeni KBH gelişimi hem de KBH progresyonu açısından güçlü bir risk göstergesi olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle taburculuk sonrası erken dönemde (ilk hafta) ve 3. ayda yakın böbrek fonksiyon izlemi ile nefrotoksinlerden kaçınma ve hemodinamik optimizasyonu hedefleyen ikincil korunma yaklaşımlarının standardizasyonu önemlidir.

Çalışma sonuçları doğrultusunda, akut böbrek hasarı sonrası böbrek hastalığı gelişiminin izlenmesine yönelik, klinik pratiğe katkı sağlamayı amaçlayan bir takip algoritması oluşturulmuştur (Tablo 1)

Tablo 1: ABH sonrası böbrek hastalığı gelişimini izlemeye yönelik klinik takip algoritması

İzlem Zamanı	Değerlendirme Başlıkları	Ne Yapılmalı?	Riskli Hasta Kimdir?
Tanı Anı (Gün 0)	- ABH tanısı (KDIGO) - Etkene göre sınıflama (prerenal/renal/postrenal)	- Serum kreatinin, eGFR - İdrar çıkışı takibi - Nefrotoksik ilaç kesimi	eGFR <60, sepsis, ileri yaş, DM, HT, KBH öyküsü olan
İlk 48-72 Saat	- Tedaviye yanıt var mı? - Kreatinin plato mu?	- Günlük kreatinin - İdrar çıkışı, sıvı dengesi	Kreatinin düşmüyor veya diyaliz ihtiyacı gelişiyor
Gün 7	- ABH'den düzelmeye var mı? - Hâlâ KDIGO evresinde mi?	- SCr bazale yakın mı? - RRT ihtiyacı hâlâ var mı?	KDIGO evresi devam ediyorsa → ABHa gelişti
Gün 8-90 (ABHa dönemi)	- ABHa evrelemesi (SCr x1.5 – x3)- Yapısal bozukluk var mı?	- Proteinüri, hematüri - USG, biyobelirteç (NGAL/KIM-1 varsa)	ABHa evre 2-3 ise: yüksek KBH riski
Gün 90 (3 ay)	- KBH kriterleri (GFR<60 ml/dk) - Persistan proteinüri	- SCr - eGFR - Albumin/kreatinin oranı	SCr bazale dönmemiş, eGFR düşük: → KBH gelişti



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Rutin kontrolde KLL tanısı alan diyabetik hasta olgusu

Mehmet Selim Mamiş¹, Abdullah Tanrıkulu², İdris Kırhan³

1,2 Siirt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Siirt, Türkiye

3 Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

GİRİŞ: Kronik lenfositik lösemi (KLL), görünümüleri olgun lenfositlere benzeyen; ancak fonksiyonel olarak olgunlaşmamış monoklonal B hücrelerinin kemik iliğinde, periferik kanda, lenf düğümlerinde ve dalakta artışı ile karakterize lenfoproliferatif bir hastalıktır (1). Asemptomatik KLL hasta sayısının giderek artıp %60 düzeylerinde olduğu ve bundan dolayı ortalama tanı yaşının 70 yaş civarında olduğu bildirilmiştir (2,3). Diyabetik hastalarda metabolik kontrolün sağlanması, hem kullanılan ilaçların yan etkilerine karşı tedavi revizyonu hem de mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonlarından korunmak için önemlidir (4). Bu yazımızda polikliniğimize kontrol ziyaret için başvuran asemptomatik diyabetik hastada tanı konulan KLL hastası sunulmuştur.

OLGU: 6 yıldır tip 2 diyabetes mellitus ile takipli 67 yaşındaki erkek hasta, rutin kontrolleri için polikliniğimize başvurdu. Aktif herhangi bir şikayeti olmayan hastanın genel durumu iyi, şuuru açık, oryante ve koopere. Oral antidiyabetik ilaçlar kullanan hastanın fizik muayenesinde herhangi anlamlı bir patolojiye rastlanmadı. Hastanın vital değerlerinden vücut ısısı:36.6°C, nabız 74/dk, solunum sayısı 14/dk, kan basıncı: 110/70 mmHg ve parmak O₂ saturasyonu %95 olarak ölçüldü. Bakılan tetkiklerinde üre:42 mg/dL, kreatinin:0.8 mg/dL, alanin amino transferaz (ALT): 34 U/L, aspartat aminotransferaz (AST):30, alkalın fosfataz (ALP):39, lökosit (WBC):13.000, trombosit (PLT):195.000, hemoglobin (HGB):13.1 gr/dL olup, diğer laboratuvar ve mikrobiyolojik tetkikleri aşağıdaki tabloda detaylı bir şekilde gösterilmiştir.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Tablo 1. Hastanın detaylı tetkik sonuçları

BİYOKİMYA		HEMOGRAM	
Açlık glukoz (mg/dL)	153	WBC (10 ³ /mm ³)	13
Üre (mg/dL)	42	HGB (gr/dL)	13.1
Kreatinin (mg/dL)	0.8	HCT (%)	39
eGFR (ml/dk/1.73 m ²)	70	PLT (10 ³ /mm ³)	195
Na ⁺ (mmol/L)	137	LYM (10 ³ /mm ³)	0.55
K ⁺ (mmol/L)	4.2	NEU (10 ³ /mm ³)	0.04
Albümin (gr/dL)	3.9	TAZE İDRAR ANALİZİ	
AST (U/L)	30	pH	6.2
ALT (U/L)	34	Dansite	1.018
ALP (U/L)	39	Lökosit	Negatif
GGT (U/L)	42	Glukoz	Negatif
CRP	5	Nitrat	Negatif
Sedimentasyon (mm/saat)	57	Protein	Negatif
İkrobiyoloji			
Varisella zoster virüsü	Negatif	Ebstein-Barr virüsü(EBV)	Negatif
HIV	Negatif	Herpes Simpleks virüsü (HSV) tip 2	Negatif
Rubella	Negatif	Sitomegalo virüs (CMV)	Negatif
Toxoplazma gondii	Negatif	Brusella	Negatif

Abdominal ultrasonografik (USG) görüntülemeye hepatomegali saptandı; ancak splenomegali yoktu. Hastanın Karaciğer parankimi normaldi; ama hepatomegali mevcuttu ve boyutları normal olan hastanın diğer tetkik sonuçları tabloda detaylı bir şekilde gösterilmiştir. Hastanın periferik kan yaymasında lenfosit sayısının 6000/mm³ civarı olduğu, yaymada ortasında tek çekirdekçik olan prolenfositler ve olgun görünümlü parçalanmış lenfositler görüldü. Bunun üzerine lenfositlerin immünofenotiplendirilmesi için periferik kanda akım sitometrik incelemeyle CD5, CD19, CD23 pozitif oldukları saptandı. Değerlendirme sonucunda hastaya asemptomatik KLL tanısı konularak hematoloji uzmanına yönlendirildi.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

SONUÇ: Hastaların çoğunluğu özellikle erken evrede başka bir nedenle doktorun yaptığı tetkikler sonucunda tespit edilen lenfosit hakimiyetli lökositozun araştırılması ile KLL tanısı alırlar. Her ne kadar bütün yaş gruplarında reaktif lenfositoz görülse de, ileri yaş yetişkinlerde KLL'nin muhtemel olabileceğinin unutmamak gerekir. Bunun için non-reaktif lenfositozun hakim olduğu erişkin hastalarda, KLL açısından şüpheli davranmak ve periferik yaymayla birlikte gerekirse kan akım sitometrik inceleme yapılmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Güran Ş. Hematolojik Hastalıklarda Sitogenetik. Türk Hematoloji Derneği Moleküler Hematoloji Kursu, Mersin, 2005.
2. Kalil N, Cheson BD. Chronic lymphocytic leukemia. Oncologist 1999;4:352-369.
3. Kipps TJ. Chronic lymphocytic leukemia and related diseases. William Hematol 1995;1017-1039.
4. Akeren, Z, Çakmak, V. S, & Demirağ, H. (2024). Kronik Hastaların Metabolik Sendrom Bilgi Düzeyleri ve Farkındalıkları. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 8(1), 35-42.
5. Zenz T, Mertens D, Küppers R, Döhner H, Stilgenbauer S. From pathogenesis to treatment of chronic lymphocytic leukaemia. Nat Rev Cancer 2010;10(1):37-50.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Metabolik Riskin Değerlendirilmesinde Antropometrik Ölçümler ve TyG İndeksi Arasındaki İlişki

Zeynep Elüstü Belten¹, Hamide Pişkinpaşa¹

¹ SBÜ Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği

Giriş: Üst vücut yağ dağılımı, metabolik risklerin öngörülmesinde genel vücut kitlesinden bağımsız olarak önemli bir rol oynayabilir. Trigliserid-glukoz indeksi (TyG), insülin direncinin ve kardiyometabolik riskin basit ve güvenilir bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada TyG indeksi ile çeşitli antropometrik ölçümler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel olarak planlanan bu çalışmaya endokrinoloji polikliniğine başvuran erişkin hastalar dahil edildi. Diyabetes mellitus, GLP-1 veya diğer metabolik ilaç kullanımı, Cushing sendromu veya diğer ciddi endokrin bozukluklar, aktif kronik hastalıklar, trigliserid ve glukoz metabolizmasını etkileyen kronik hastalık veya ilaç kullanımı ile hamilelik/emzirme durumu olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Hastaların trigliserid ve açlık glukoz değerleri kullanılarak TyG indeksi hesaplandı. Antropometrik ölçümler arasında boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), boyun çevresi, bel çevresi, kalça çevresi ile bel/boy ve bel/kalça oranları değerlendirildi. TyG indeksi ile antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelendi. Bağımsız ilişkileri değerlendirmek amacıyla çok değişkenli lineer regresyon analizi yapıldı

Bulgular: Toplam 141 hasta (102 erkek, 39 kadın) çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 46 ± 11 yıl olup ortalama VKİ değeri $31,6 \pm 5,4$ kg/m² idi. Katılımcıların %10'u normal kilolu, %38'i fazla kilolu ve %52'si obezdi. Korelasyon analizinde TyG indeksi ile boyun çevresi ve bel çevresi arasında pozitif ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,26$, $p=0,002$; $r=0,23$, $p=0,007$). Diğer antropometrik ölçümler ile anlamlı ilişki gözlenmedi. Çok değişkenli lineer regresyon analizinde yaş, cinsiyet ve VKİ için düzeltme yapıldığında yalnızca boyun çevresi TyG indeksi ile bağımsız olarak ilişkili bulundu ($\beta=0,37$, $p=0,009$).

Sonuç: Çalışmamızda boyun çevresi ve bel çevresi ile TyG indeksi arasında pozitif ilişki saptanmış; boyun çevresinin yaş, cinsiyet ve VKİ'den bağımsız olarak TyG indeksi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu bulgu, metabolik risk değerlendirmesinde yağ dağılımının önemini vurgulamakta ve boyun çevresi ölçümünün pratik bir antropometrik belirteç olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Hipertrigliseridemi ilişkili Pankreatit Olgusu

Ahmet Gazi Mustan, İrfan Alişan

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Adana

Amaç: İnsülinin fizyolojik etkinliğinin azaldığı durumlarda lipid metabolizması etkilenmekte; trigliserit(TG) ile serbest yağ asitlerinin(FFA) yüksekliği doku ve organ hasarına yol açmaktadır.

Vakamızda hipertrigliseridemik pankreatit tablosunu tartışmak istedik.

Yöntem : Olgu Sunumu

Bulgular: 39 yaşında bir kadın 4 yıldır diyabet ve dislipidemi tanıları mevcut olup; üç gündür olan mide bulantısı ve özellikle epigastrik alanda olan karın ağrısı ile acilden danışıldı. Muayenede ateş 36,7°C, tansiyon 135-80 mmhg, solunum ve kalp sesleri doğal olarak değerlendirildi. Epigastrik alanda hassasiyet mevcut idi. Tetkiklerinde glukoz 234 mg/dl, Bun/kreatinin 23/0.9 mg/dl, Ast/Alt 38/42 U/L, TG 3399 mg/dl, LDL 33 mg/dl, total kolesterol 559 mg/dl, Ldh 419 U/L, amilaz 85 U/L, lipaz 53 U/L, Wbc 6.8x10³mm³, Crp 87mg/dl, prokalsitonin 0.02 mikrogram/L, Ph 7.40, Hco3 26 mEq/L, PCo2 44 mmHg olarak tespit edildi. Abdomen BT incelemesinde pankreas hastanın yaşına göre volümnöz, mezenterik yağ dokuda hafif kirlenmeler tespit edildi. Hasta lipemik pankreatit olarak yatırıldı. Oral alım kesilerek insülin infüzyonu başlandı. İntravenöz hidrasyon sağlandı. Vital takip yapıldı. Günlük sıvı balansı takip edildi. Biyokimya izlemi yapıldı. Kalori ve lipid kısıtlı oral beslenmeye geçildi. Fenofibrat tedavisi verildi. Kan şekeri regüle izlenen ve TG düzeyleri 500 mg/dl altına düşürülen hastanın infüzyonu sonlandırıldı. Hastada bazal insülin, oral antidiyabetik rejimi ile diyabet tedavisi idame ettirildi. A1c değeri %10.7, C peptit 2.54 ng/ml ve beden kitle endeksi 27.5 kg/m² olarak ölçüldü Diyabet eğitimi verildi.. Beslenme programı düzenlendi. Tıbbi tedavisine pioglitazon-metformin tb, insülin glarjin – 300 sc, fenofibrat 267 mg tb ile devam edildi. Taburculuk yapıldı.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

Sonuç: İnsülin direncinde TG zengin lipoprotein derive FFA adipoz girişi zorlaşır. Yağ dokuda TG kaynaklı FFA lipolizi artar; karaciğere doğru FFA akışı artar. TG>1000 mg/dL olduğunda kanda çok fazla şilomikron dolaşır. Büyük lipoproteinler pankreasın kapillerlerinde akımı yavaşlatır. Pankreatik lipaz, TG parçalayarak FFA açığa çıkarır. Toksik miceller oluşur. Asiner hücreler ve kapiller endotel hasarlanır. İskemi ve inflamasyon gelişir. Aktive olan tripsinojen doku hasarını artırır. İnsülin infüzyon tedavisi ile LPL enzimi aktive edilerek lipemik klirens sağlanır. Pioglitazon, PPAR- γ agonistidir. Çalışmalar apoC-III üretiminin azalması, lipoprotein lipaz etkinliğinde artış, VLDL-TG düzeylerinde anlamlı düşüşler olduğunu göstermektedir. Fenofibrat yine PPAR- γ agonisti olarak LPL sentezini artırıp, apo-CIII sentezini inhibe eder. Hasta eğitimi azami önem arz etmektedir. Diyetle işlenmiş gıda, rafine şeker, trans yağ içeriği kısırlırken omega-3, lifli gıda ve kompleks karbonhidrat içeren düşük kalorili program önerilmiştir. Haftalık 150 dakika orta şiddette egzersiz önerildi.

Kaynakça:

1. Dahiliye Uzmanları Derneği. Diyabetik Yağlı Karaciğer Yönetimi Çalıştayı Sonuç Raporu. DAHUDER, 2025
2. Scherer, John MD*; Singh, Vijay P. MD*; Pitchumoni, C.S. MD†; Yadav, Dhiraj MD, MPH*. Issues in Hypertriglyceridemic Pancreatitis: An Update. Journal of Clinical Gastroenterology 48(3):p 195-203, March 2014.
3. Valdivielso P, Ramírez-Bueno A, Ewald N. Current knowledge of hypertriglyceridemic pancreatitis. Eur J Intern Med. 2014 Oct;25(8):689-94. doi: 10.1016/j.ejim.2014.08.008. Epub 2014 Sep 27. PMID: 25269432.
4. Nagashima K, Lopez C, Donovan D, Ngai C, Fontanez N, Bensadoun A, Fruchart-Najib J, Holleran S, Cohn JS, Ramakrishnan R, Ginsberg HN. Effects of the PPAR γ agonist pioglitazone on lipoprotein metabolism in patients with type 2 diabetes mellitus. J Clin Invest. 2005 May;115(5):1323-32. doi: 10.1172/JCI23219. Epub 2005 Apr 1. PMID: 15841215; PMCID: PMC1070635.
5. Betteridge DJ. Effects of pioglitazone on lipid and lipoprotein metabolism. Diabetes Obes Metab. 2007 Sep;9(5):640-7. doi: 10.1111/j.1463-1326.2007.00715.x. PMID: 17697057.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

CD57 İmmünohistokimyasal Boyamasının, Tru-Cut Biyopsi ile Değerlendirilen T-Hücreli/Histiyositten Zengin Büyük B-Hücreli Lenfoma ile Nodüler Lenfosit Predominant Hodgkin Lenfoma Ayırıcı Tanısındaki Rolü: Olgu Sunumu

Dr.Emircan Arıkan, Dr. Esad Şükrü Tak, Dr. Kübra Özcan, Dr. Mehmet Kadri Yılmaz, Uzm. Dr. Gizem Öztürk, Doç. Dr. Özgür Altun

SBÜ İstanbul Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Amaç

T-hücreli/histiyositten zengin büyük B-hücreli lenfoma (THRLBCL), nodüler lenfosit predominant Hodgkin lenfoma (NLPHL) ile klinik ve histopatolojik olarak önemli benzerlikler gösterebilen nadir bir lenfoma alt tipidir. Bu olgu sunumunda, eksizyonel biyopsinin mümkün olmadığı, lenfoma panelinin tanısal katkısının sınırlı kaldığı bir hastada, tru-cut biyopsi materyali üzerinden yapılan CD57 immünohistokimyasal değerlendirmesinin ayırıcı tanıdaki belirleyici rolünün vurgulanması amaçlanmıştır.

Olgu

Otuz altı yaşında kadın hasta; halsizlik, karın ağrısı ve kilo kaybı ile acile başvuran hasta laboratuvar incelemelerinde son 3 gündür başlayan belirgin pansitopeni saptanması ve batında yaygın asit bulunması üzerine ileri tetkik amacıyla yatırıldı. Fizik muayenede batın muayenesi defans ve rebound pozitif olan hastanın yapılan görüntülemelerin de, Her iki aksillada, bilateral supraklaviküler alanlarda ve inceleme kapsamına giren servikal kesitlerde buyugu sag aksillada 3x2,5 cm boyutlara ulaşan çok sayıda LAP izlenmiştir. Perportal, parakaval ve interaortakaval düzeyde 3.5 cm çapa varan çok sayıda konglomere lap izlendi. Perihepatik ve perisplenik alanda yaygın asit görüldü. 1 ay önce acil şartlarda yapılan perforasyon operasyonunda cerrahi ekip tarafından görülen over lezyonundan biyopsi alındığı ameliyat notlarında görüldü. Malignite ayırıcı tanısı kapsamında yapılan değerlendirmelerde, eş zamanlı over patolojisinin benign kist adenom ile uyumlu bulunması, primer jinekolojik malignite ve metastatik hastalık olasılığını dışladı. Yapılan geniş lenfoma paneli incelemelerinde tanıyı destekleyici spesifik bir immünfenotip saptanmadı. Hastaya tanıya yaklaşmak adına PET-CT tetkiki çekildi. PET-CT de SUVmax en yüksek olan sol inguinal biyopsi planladı. Hastanın klinik durumu, eşlik eden sitopeniler ve kanama riski nedeniyle eksizyonel lenf nodu biyopsisi uygulanamadı. Bu nedenle tanısal değerlendirme, inguinal lenf nodundan alınan tru-cut biyopsi materyali üzerinden gerçekleştirildi. Tru-cut biyopside THRLBCL ile NLPHL arasında kesin ayırıcı tanı



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

sağlanamadı. İmmünohistokimyasal incelemede CD57-pozitif T-hücre rozetlerinin belirgin olarak saptanmaması, bulguların THRLBCL lehine değerlendirilmesine katkı sağladı. Klinik, morfolojik ve immünohistokimyasal veriler birlikte ele alınarak hastaya T-hücreli/histiyositten zengin büyük B-hücreli lenfoma tanısı konuldu ve uygun kemoterapi protokolü başlandı.

Tartışma

Sepsis benzeri tablo ve pansitopeni ile başvuran, enfeksiyon tedavisine yanıtı olmayan olgularda nadir lenfoproliferatif hastalıklar ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. THRLBCL ile NLPHL arasındaki ayırıcı tanıda CD57 immünohistokimyasal boyaması, özellikle sınırlı biyopsi materyallerinde tanısal açıdan önemli bir destek sağlamaktadır. Bu olgu, iç hastalıkları pratiğinde tanı gecikmesini önlemek adına klinik-patolojik korelasyonun ve uygun immün belirteçlerin önemini vurgulamaktadır. THRLBCL ve NLPHL'nin ayırıcı tanısına ilişkin temel klinik ve immünohistokimyasal farklar Tablo 1'de özetlenmiştir. Bu yönüyle olgumuz, sınırlı biyopsi materyallerinde CD57'nin ayırıcı tanıdaki katkısını vurgulayan literatürle uyumludur.

Tablo 1

Özellik	THRLBCL	NLPHL
Hastalık Tanımı	Agresif seyirli, nadir bir diffüz büyük B-hücreli lenfoma varyantı	İndolent seyirli, Hodgkin lenfomanın nadir bir alt tipi
Klinik Seyir	Hızlı progresyon, sistemik semptomlar sık	Yavaş seyir, lokalize hastalık daha sık
Başvuru Bulguları	Ateş, kilo kaybı, pansitopeni, sepsis benzeri tablo görülebilir	Genellikle izole lenfadenopati, sistemik bulgular daha nadir
Neoplastik Hücre Yoğunluğu	Az sayıda CD20 pozitif büyük B hücresi	LP (popcorn) hücreleri belirgin
Arka Plan Hücresel Yapı	Yoğun reaktif T hücre ve histosit infiltrasyonu	Baskın reaktif B hücre ve T hücre karışımı
CD20 Boyanma	Pozitif (az sayıda neoplastik hücre)	Pozitif (LP hücrelerinde güçlü)
CD3 Boyanma	Yoğun pozitif (arka plan T hücreleri)	Pozitif ancak daha organize dağılım
CD57 Boyanma – Kritik Nokta	CD57 pozitif T hücreler mevcuttur. Ancak rozet formasyonu yoktur	CD57 pozitif T hücreler LP hücreleri etrafında belirgin rozet formasyonu gösterir.
CD57'nin Ayırıcı Tanıdaki Rolü	NLPHL lehine rozet paterni görülmez. THRLBCL tanısını destekler	LP hücreleri etrafında CD57 pozitif rozetler NLPHL tanısı için karakteristiktir.
Tanısal Zorluk	Tru-cut biyopsilerde NLPHL ile karışabilir	Histomorfolojik olarak THRLBCL'yi taklit edebilir
Tedavi Yaklaşımı	Agresif kemoterapi (R-CHOP benzeri protokoller)	Daha konservatif veya evreye göre tedavi (Radyoterapi ± immünoterapi)
Prognoz	Görece kötü, agresif seyir	Genellikle iyi, uzun sağkalım.



AKADEMİK İÇ HASTALIKLARI KONGRESİ 2026

19-22 Nisan 2026,
Grand Sapphire Resort Hotel, KKTC

SONUÇ

Eksizyonel biyopsinin mümkün olmadığı ve klasik lenfoma panelinin tanısal katkısının sınırlı kaldığı klinik senaryolarda, CD57 immünohistokimyasal boyamasının değerlendirmeye dahil edilmesi, THRLBCL ile NLPHL ayırıcı tanısında kritik ve yol gösterici bir role sahiptir. Bu olgu, sınırlı biyopsi materyali ile dahi uygun immünohistokimyasal yaklaşım sayesinde doğru tanıya ulaşılabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: THRLBCL, NLPHL, CD57, Tru-cut biyopsi, Ayırıcı tanı

KAYNAKLAR

1. Poppema S, et al. *The role of CD57-positive T cells in nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma*. Blood. 1999.
2. Achten R, et al. *T-cell/histiocyte-rich large B-cell lymphoma: a distinct clinicopathologic entity*. Journal of Clinical Oncology. 2002.
3. Swerdlow SH, et al. *WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues*. World Health Organization Classification of Tumours.
4. Hartmann S, et al. *Differential diagnosis of nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma and T-cell/histiocyte-rich large B-cell lymphoma*. Histopathology. 2011.
5. *T-cell/histiocyte-rich large B-cell lymphoma: current concepts*. Seminars in Diagnostic Pathology