

# 2. DAHİLİYE UZMANLARI KIŞ SEMPOZYUMU



15-17 Kasım 2024 - Kaya Artemis Hotel

KIBRIS

KONUŞMA & BİLDİRİ ÖZELERİ KİTABI

[www.dahiliyekongresi.com](http://www.dahiliyekongresi.com)



## P-01

### Ketoasidozun İzinde: Tanısı Gecikmiş Bir LADA Olgusu

Yunus Coşkun

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dahiliye Kliniği

**AMAÇ:** Diyabet tipleri tanı anında ve klinik izlem sırasında oldukça farklı özellikler gösterdiğinden sınıflandırma sırasında dikkatli bir inceleme gerekir. Bu olgu sunumunun amacı, tekrarlayan diyabetik ketoasidoz (DKA) atakları ile başvuran bir hastada başlangıçta Tip 2 Diyabet tanısı almış olmasına rağmen, sonradan LADA tanısı konulan bir olguyu sunarak, bu hastalığın tanı ve yönetimindeki zorlukları tartışmaktır.

**BULGULAR:** 4 yıl önce Tip2DM tanısı alan 59 yaşında kadın hastaya metformin, gliklazid, vildagliptin başlanmış. Tanıda HbA1c %10,1 iken 1 yıl sonraki kontrolde bakılan HbA1c %11,3 imiş. Takipte dapagliflozin tedavisi eklenen hasta diyabetik ketoasidoz nedeniyle yoğun bakımda tedavi edilmiş. Dapagliflozin kesilerek bazal-bolus insülin ve metformin/vildagliptin kombinasyonu ile taburcu edilmiş. Takiplerde hastaya empagliflozin eklenmiş ve pre-prandial insülin tedavisi kesilmiş. Bulantı kusma nedeniyle dış merkez hastanede tekrar diyabetik ketoasidoz nedeniyle yatış öyküsü bulunan hasta taburculuk sonrası tedavi düzenlenmesi için hastanemiz dahiliye polikliniğine başvurdu. Ailesinde diyabet öyküsü olmayan hastanın boy:158 cm, kilo:54 kg ve BKİ:21,6 kg/m<sup>2</sup>, açlık kan glukozu:237 mg/dl, c-peptid:0,13 ng/mL idi. İstenen anti-GAD antikor 167,3 IU/ml (0-10) olarak geldi. Hasta, LADA tanısıyla oral antidiyabetikleri kesilip bazal-bolus insülin tedavisi düzenlenerek takibe alındı.

**SONUÇ:** LADA, klinik spektrumu geniş bir otoimmün diyabet formu olup, doğru tanı konulmadığında ciddi komplikasyonlara yol açabilir. LADA hastalarında otoimmün belirteçlerin (anti-GAD, ICA, IA-2) pozitifliği, tanıdaki en temel özelliklerdir. Bu olguda da olduğu gibi, iki kez DKA öyküsü, düşük c-peptid düzeyi ve yüksek anti-GAD antikor seviyesi ile LADA tanısı doğrulanmıştır. Bu olgu, klinisyenlerin diyabet alt tiplerinin tanısal zorluklarına dikkat çekmekte ve LADA tanısında gecikmenin ciddi komplikasyonlara yol açabileceğini bir kez daha vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabet, LADA, Diyabetik Ketoasidoz

## P-02

### Siprofloksasin Maruziyetinden Sonra Olası DRESS Sendromu:

Tuğçe Elmalı, Başak Çelik Kavaklılar

Etilik Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** DRESS sendromu (Drug Rash With Eosinophilia and Systemic Symptoms) döküntü, ateş, lenfadenopati ve iç organ tutulumu ile karakterize ilaçlarla ilişkili gecikmiş aşırı duyarlılık reaksiyonudur. DRESS sendromu, siprofloksasin tedavisinin olası bir komplikasyonudur. DRESS tanısı için uluslararası standart grubu tarafından iki ana kriter geliştirilmiştir: RegiSCAR ve J-SCAR. Burada RegiSCAR puanlama sistemine göre üç puanı ile siprofloksasin ve flukloksasilin kaynaklı olası DRESS sendromu vakasını sunuyoruz

**OLGU:** Pre-gabalin bağımlılığı olan bu nedenle yıllardır buprenorfin ve nalokson kullanan 28 yaş erkek hasta acile bilateral ön kol iç yüzelelerinde kesici alet yaralanmasıyla acile başvurmuş. Kollardaki yaralanmaya bağlı enfeksiyon önlemek amacıyla acilde siprofloksasilin ve flukloksasilin başlanmış. Hastanın antibiyotik kullanımından üç gün sonra yüzde-dudaklarda ödem, çatlaklar başlamış. Antibiyotik kullanımından 14 gün sonra başlayan kollarda egzematize döküntüler, gövdede yaygın makülopapüler ekzantem benzeri döküntüler ve evde ateşi olması üzerine antibiyotik başlandıktan sonra 15.gün de iç hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hasta da karaciğer fonksiyon test bozukluğu, eozinofili, vücutta yaygın makülopapüler ekzantem döküntü görülmesi olası DRESS sendromu olarak düşünüldü. Olgumuzda organ tutulumu şüphesi olmasıyla nedeniyle sistemik steroid tedavi planı yapıldı.

**BULGULAR:** RegiSCAR puanlama sistemine göre hastanemizde ölçülen 38.5 derece vücut sıcaklığı olmadığı için eksi bir puan, eozinofil 800 hücre/ $\mu$ L bir puan, DRESS çağrıştıran yaygın MPE döküntü nedeniyle iki puan, karaciğer fonksiyon test yüksekliği (ast:86 (0-40), alt:135 (0-41), alp:123(40-129), ggt:163 (0-60)) bir puan toplamda üç puan alarak olası DRESS kabul edildi.

**SONUÇLAR:** RegiSCAR puanlama sistemine göre üç puan alan hasta olası DRESS kabul edildi. DRESS sendromu, klinisyenlerin göz önünde bulundurması gereken siprofloksasin tedavisinin olası bir komplikasyonudur. Daha kısa latent dönem, Florokinolon kaynaklı DRESS sendromu düşündürülebilir. Zamanında teşhis ve tedavi ile organ hasarlarından kaçınmaya yardımcı olur.

**Anahtar Kelimeler:** siprofloksasilin, florokinolon, dress



## P-03

### Tip2 Diyabetes Mellitus ve Hipertansiyona Yaklaşımında Obezite Tedavisinin Önemli Rolü: Vaka Sunumu

Fatih Eskin

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çorum

**GİRİŞ:** Obezite, tüm toplumlarda oldukça yaygın görülen ve özellikle tip 2 Diyabetes Mellitus (DM), hipertansiyon (HT) ve kardiyovasküler hastalıkların insidansında artışa sebep olan epidemik bir hastalıktır. Ciddi obezite, tip2 DM ve HT'ü olan, medikal tedavi almadan sadece kilo vererek hem kan şekeri hem de HT'un regüle olduğu vakamızı sunarak obezite ile mücadelenin önemini vurgulamaya çalıştık.

**OLGU:** 30 yaşında erkek hasta, 2 yıl önce çok su içme ve ağız kuruluğu şikayeti ile yapılan yapılan değerlendirmede tip2 DM ve HT tanıları konulmuş. Tetkiklerde; AKŞ: 275 mg/dL, HgbA1c: 9,2 ve TA: 170/95 mmHg olarak tespit edilmiş. Hastanın boyu 178 cm ve kilosu 157 kg olarak ölçülmüş (BKİ:49.6 kg/m<sup>2</sup>).

Metformin ve bazal insülin tedavisi ile birlikte Anjiotensin reseptör blokörü tedavisi düzenlenmiş ve kilo vermesinin önemli olduğu söylenmiş. Düzenlenmiş olan medikal tedaviyi kullanmayan hasta, diyet ve egzersiz yaparak 2 yıl içerisinde önemli oranda kilo vermiş. Hasta kontrol muayene yaptırmak amacıyla polikliniğimize başvurdu.

AKŞ: 92 mg/dL ve HgbA1c: 5.1 ve arter kan basıncı 130/80 mmHg olarak tespit edildi. Vücut ağırlığı ise 112 kg dı. (45 kg zayıflamış) (BKİ:35.4 kg/m<sup>2</sup>).

**TARTIŞMA VE SONUÇ:** Obezitenin tip 2 DM, kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve HT gibi kronik hastalıklara yol açtığı iyi bilinmektedir. Vakamızda obezitenin sebep olduğu tip2 DM ve evre2 HT gibi kronik ve ciddi iki hastalığın kilo verme sonucunda regüle olduğunu gözlemledik. Toplumumuzda obezitenin son zamanlarda arttığını da görmekteyiz. Sonuç olarak; obezitenin önemli bir hastalık olduğunun vurgulanarak toplumumuza anlatılması, obezite ile mücadelenin daha etkin bir şekilde yapılması ve tedaviden ziyade obezitenin önlenmesine yönelik girişimlerin ön plana çıkarılması gerektiğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Hipertansiyon, obezite, tip2 diyabetes mellitus

## P-04

### Septik şok ile yatırılan hastada nadir saptanan bir neden: Fungal endokardit

Mahmut Can Kılıç, Murat Kıran, Meryem Ümit Kurban  
Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Uşak

**GİRİŞ:** Septik şok hastalarında odağın belirlenmesi, uygun antibiyoterapinin verilmesi hastanın surveyinde önemli yer taşımaktadır. İnfektif endokardit prognozunun kötü olması ve mortalitesinin yüksek olması nedeniyle dikkatle takip edilmesi gereken bir hastalıktır. Özellikle fungal endokardit saptanan hastaların immünsüpresif hastalıklar açısından araştırılması gereklidir.

**OLGU:** 77 yaş erkek hasta ateş yüksekliği nedeniyle acil servise başvurdu. Acil başvurusunda hastanın fizik muayenesinde ateş, hipotansiyon, taşikardi, takipne mevcuttu. Tam idrar tetkikinde piyüri saptandı. Hasta ürosepsis ön tanısıyla interne edildi. İntravenöz bolus sıvı uygulaması sonrası hipotansif seyreden hastaya noradrenalin infüzyonu başlandı. Hastanın toraks ve batin tomografi görüntülemelerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastaya ertapenem tedavisi başlandı. Takiplerinde crp artışı ve kreatinin yüksekliği devam etmesi üzerine ertapenem durdurulup önce meropenem ve linezolid daha sonra da fosfomisin tedavisi eklendi. Hastanın üriner sistem ultrasonografisinde bilateral grade 2 hidronefroz saptanması üzerine yapılan sistoskopide bilateral üreter orifislerini daraltan mesane tümörü ile uyumlu yapı saptandı. Hastanın alınan idrar kültüründe üreme saptanmadı. Kan kültürlerinde ise Candida Parapsilosis üremesi oldu. Hastaya kardiyoloji hekimi tarafından yapılan ekokardiyografide(EKO) sağ ventrikül duvarından triküspit kapağa uzanım gösteren 19\*11mm boyutlarında vejetasyon izlendi. Hastanın antibiyoterapisi stoplanarak kaspofungin tedavisi başlandı. Hastaya yedi gün sonra yapılan kontrol EKO'da vejetasyonunun 11\*9mm boyutlarına küçüldüğü görüldü. Hastanın 2. hafta takiplerinde crp progresyonu olması üzerine tekrar EKO yapıldı. Vejetasyonun 24\*11mm boyutlarına büyüdüğü saptandı. Hasta takiplerinde exitus oldu.

**TARTIŞMA-SONUÇ:** Septik şok hastalarında kaynağı belirlerken infektif endokardit göz önünde bulundurulmalı, antibiyoterapiye rağmen klinik ve laboratuvar bulguları devam eden hastalarda vejetasyon taranması için EKO yapılması düşünülmelidir. Özellikle fungal endokardit saptanan ileri yaş hastalarda başta maligniteler olmak üzere immünsüpresif hastalıklar açısından dikkatli olunması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İnfektif Endokardit, Malignite, Sepsis

## P-05

### Demir Karboksimaltoz tedavi sonrası gelişen dirençli hipotansiyon vakası

Mehmet Hanifi Kazancı, Nejla Özkan Kazancı  
Kuşadası Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları, Aydın

**AMAÇ:** Oral demir replasmanına rağmen anemisi devam eden, emilim bozukluğu olan, gastrointestinal hastalık alevlenmesi olan veya hemodiyaliz hastalarında parenteral demir tedavisi önerilmektedir. Bu olguda, tekrarlayan oral demir replasmanına rağmen anemisi devam eden hastada; IV demir karboksimaltoz (DKM) tedavi sonrası gelişen dirençli hipotansiyon vakasını sunmaktayız.

**OLGU:** Kronik hastalığı olmayan 48 yaş kadın hasta; polikliniğimize ayaklarda güçsüzlük, halsizlik ve kırgınlık şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde cilt ve mukozalar soluktu. Tetkiklerde demir:30 ug/dl, hemoglobin:10 g/dL, ferritin: 5.6 uq/L, vit D: 18 uq/L, magnezyum: 1.4 mg/dL. Diğer tetkikler normal aralıktaydı. Hasta tekrarlayan oral demir replasmanı aldığı ve gastrointestinal yan etkilerden dolayı IVDKM tedavisi planlandı. Tedavinin 20. dakikasında hastada hipotansiyon (90/60 mmhg) gelişmesi üzerine hastaya destek sıvı tedavisi uygulandı ve monitorize gözleme alındı. Fizik muayenede uvula ödemi, cilt döküntüsü ve bronkospazm saptanmadı. Takibinde 1 mg/kg prednizolon tedavisi verildi. Bu süreçte hipotansiyonu devam eden hasta; uzun gözlem amaçlı interne edildi. Yapılan diğer tetkiklerde ek patoloji saptanmadı. Yaklaşık 96 saat süre boyunca; günlük 2000-3000 cc IV izotonik tedavisi verildi. Ortalama sistolik kan basıncı 90-100 mmhg, diyastolik kan basıncı 50-60 mmhg seviyelerinde takip edildi. Vakada derin hipotansiyon gelişmediği için pozitif inotrop desteği verilmedi. 4.günde sıvı desteği ile tansiyon takibinde 120/80 mmhg ulaştınca sıvı desteği kesildi. Takibinde normotansif seyreden hasta taburcu edildi.

**SONUÇ:** IV demir karboksimaltoz tedavi sonrası kaşıntı, döküntü, anafilaktik reaksiyon, bulantı, kusma, karın ağrısı, baş ağrısı ve nadiren hipotansiyon görülmektedir. Tedavinin yavaş infüzyon verilmesine rağmen izole hipotansiyon gelişebileceği bunun da çok nadiren uzun sürebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** demir karboksimaltoz, anemi, hipotansiyon

## P-06

### Hiperkalsemi ile gelen yaşlı hasta olgu sunumu

Manolya Gökrem

Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi

**GİRİŞ:** Kan kalsiyum seviyesi aralığı 8,4-10mg/dl dir. Kanda 10,5-12mg/dl seviyesinde hafif hiperkalsemi, 12-14mg/dl orta dereceli. 14-16 mg /dl ağır hiperkalsemiden bahsedilir. Hiperkalsemi sık görülen klinik bir bozukluktur. Erişkinlerde görülen hiperkalseminin en sık sebebi primerhiperparatiroidizm'dir. Hastanede yatan hastalarda ise hiperkalseminin en sık nedeni malignitelerdir. Hiperkalsemi ile klinik belirtileri, halsizlik, bulantı,kusma ve kabızlık olarak sayabiliriz.

**OLGU:** 78 yaşında HT olan kadın hasta bulantı ve halsilik ile polklineğe başvurdu.Fizik muayenede TA:120-80mmHg, nabız:60/dk, ateş: 36,5,genel durumu iyi. Başvuru anında fizik muayene de özellik yoktu. Özgeçmişin de 7 senedir hipertansiyonu mevcut.20 mg Olmesartan 25 mg Hidroklorothiazid kullanıyor.Laboratuvar değerlerin de Kreatinin:1,1 mg/dl, potasyum:3,6mmol/l,fosfor:1,9mg/dl, total kalsiyum:13 mg/dl, Albumin:3,5g/dl, PTH: 9,8pg/ml, TSH:2,2üU/mlCEA:1,65ng/mlCA:19.9:10,1U/ml,CA.125:5,1U/ml,CA15-.3:9,3U/ml

Hastanın yaşı ve klinik bulgular birlikte değerlendirildiğinde ilk akla gelen maligniteyi ekarte etmek oldu.Tüm vücut malignite yönünden tarandı. Aldığı ilaçlar sorgulandı ve hem antihipertansif olarakkullandığı de (Olmesartan-hydrochlorothiazid) toplam25mg/gün tiazid grubu diüretik içeriyordu.Yaşı nedeni ile son yıllardaki immobilizasyonu birleşince hiperkalsemiye ve parathormon baskılanmasına neden olduğu düşünüldü.Hiperkalsemi tedavisi sonrası kan kalsiyum değerlerinin tekrar yükselmemesi maligniteden bizleri uzaklaştırdı.Hasta hastaneden taburcu olduktan 6 ay sonra hidroklothiazidli diüretik almıyor, kalsiyum preparatı kullanmıyor, kalsiyum ve parathormon seviyeleri normal sınırlarda gitmektedir

**TARTIŞMA:** Hydrochlorotiazide kullanımı hiperkalsemiye yol açmaktadır.Tanı konulduktan sonra ve özellikle maligniteyi ekarte ederken tedavisini yapmak hastanın hayatını kurtarıcı olmaktadır. Bu olgu sunumu ile Tiazid grubu Antihipertansif ilaç ve immobilizasyona bağlı ileri yaşlardahiperkalsemilerin olabileceğini hatırlatmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Hiperkalsemi,Hipertansiyon,Tiazid