

19.

Ulusal İç Hastalıkları Kongresi

Sueno Deluxe Hotel & Kongre Merkezi
Belek / Antalya
www.ichastaliklari2017.org



11-15
Ekim
2017



KONGRE GAZETESİ

14 Ekim 2017, Cumartesi

HIV/AIDS NEREDEYDİK? NERELERE GELDİK?



HIV/AIDS dikkat çeken hastalıklardan birisi ve enfeksiyon uzmanları tarafından takip edilmektedir. Ama bu konuda önemli değişiklikler oldu ve dahiliyecilerin konunun içine girme zamanı geldi. Evvelden genel bilgi gibi AIDS konularını tartışıyorduk ama bugünlerde tartıştığımız; bu dahiliyecilerin işi aynı zamanda. Ne demek istiyoruz; Rakamlardan başlarsak 1979-1981'li yıllarda başlayan epidemiyi yılda 44-45 milyona ulaştıktan sonra şu anda dünyada HIV/AIDS ile birlikte yaşayan 37 milyon insan var. Bu rakamın 1,1 milyon kadarı çouktur. Yeni vaka sayısı günümüzde her yıl %10-15 arası azalmakta, fakat buna rağmen her yıl 1 milyon civarında yeni vaka olmaktadır. Ve her yıl 1 milyon civarında kayıp olmaktadır. Bugüne kadar 75 milyon kişi bu hastalıkla enfekte oldu ve 35 milyon kişi de hayatını kaybetti. Dünyada rakamlarda bir azalma var, fakat bizim ülkemizde enteresan bir durum söz konusudur. Son 10 yıllık dönem ele alındığında en çok artışın olduğu ülke %465 ile Türkiye'dir. Bizim içinde bulunduğumuz çanağın etrafını Doğu Avrupa, Ukrayna, Belarusça, Rusya, Türki Cumhuriyetler ve güneyimizde Arap ülkeleri oluşturmaktadır. Bu çanakta artış devam ediyor ve bu artışın lideri de Türkiye'dir. Bizde Haziran 2017 rakamlarına göre Sağlık Bakanlığı'na kaydı yapılmış 14.600 HIV pozitif hasta bulunmakta ve bugüne kadar bunların arasında 400-500 kişi de hayatını kaybetmiştir. Yalnız Türkiye'deki artışta çok enteresan bir konu da, HIV yıllar içinde katlanarak artıyor ve son 5 yılda nerdeyse iki katına denk gelen bir artış var. Rakamlar dışında tedavi konusunda çok önemli atılımlar oldu. Evvelden bir avuç hap verirdik şimdi bir tablet veriyoruz ve o bir tabletle virüs yükünü sıfırda tutma ihtimalimiz %97-%98'lerde. Yani hastalar tedavi edilir hale geldi. HIV ile ilişkili ölüm oranları düştü ve uzun yaşadıkları için kronik hastalıklar devreye girdi. 60 yaşından itibaren topluma baktığımızda; diyabet var, hipertansiyon var, osteoporoz var, kronik karaciğer hastalığı var, kronik böbrek yetmezliği var. Bunlar insanlar uzun yaşadıkları için zaten ortaya çıkıyordu. Artık tedavi oluyor dahi olsa HIV virüsünün varlığı bir kronik inflamasyona neden oluyor. Bu inflamasyon yaşlanma diye söylediğimiz kronik inflamasyonu artırıyor, yani tedavi sayesinde uzun yaşayan hatta beklenen yaşamına yaklaşan sürede hayatta kalan kişiler zaten yaşlanmalarıyla birlikte ortaya çıkacak olan bu kronik hadiseler biraz daha erken, biraz daha komplike ortaya çıkıyor. Kim tedavi edecek bu durumları, İç hastalıkları uzmanları. Dolayısıyla iç hastalıkları uzmanları bu kronik hastalıkların yönetiminde devrede olmak zorundalar. İç hastalıkları uzmanları hipertansiyonu, diyabeti zaten biliyorlar ama HIV'i de bir miktar anlamak gerekir diye bu sene tartışmalarımıza koyduk. Zaten hastalık yok, hasta vardır. Hastaya hangi hastalıklara sahipse bütünüyle yaklaşma kapasitesi erişkinlerin doktorunun kapasitesidir. Erişkin hastaların doktoru, iç hastalıkları uzmanıdır.

SONER OLGUN'DAN UNUTULMAZ KONSER

Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği tarafından bu yıl 19.'su düzenlenen Ulusal İç Hastalıkları Kongresi'nde sahne alan başarılı sanatçı Soner Olgun performansı ile unutulmaz bir geceye imza attı.



Dünya Sağlık Örgütü'nün açıkladığı Haziran 2017 rakamlarına göre,

HIV/AIDS ile yaşayanlar;

Toplam	36.7 (30.8 - 42.9) milyon
Erişkin	34.5 (28.8 - 40.2) milyon
Kadın	17.8 (15.4 - 20.3) milyon
15 yaş altı çocuklar	2.1 (1.7 - 2.6) milyon

2016 yılında HIV enfekte yeni vakalar;

Toplam	1.8 (1.6 - 2.1) milyon
Erişkin	1.7 (1.4 - 1.9) milyon
15 yaş altı çocuklar	160 000 (105 - 2.2x105)

2016 yılında HIV/AIDS hastalığından ölenler;

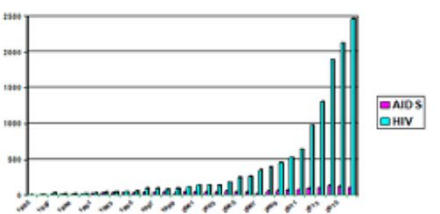
Toplam	1.0 (830 000 - 1.2 milyon)
Erişkin	890 000 (740 000 - 1.1 milyon)
15 yaş altı çocuklar	120 000 (79 000 - 160 000)

Antiretroviral tedavi (ART) kullanması gereken kişilerin %53'ü ilaçlara ulaşmaktadır. Tedavi maliyeti eski yıllarda kişi başı yılda US\$ 15.000 iken, günümüzde tedavi maliyeti kişi başı yılda US\$ 100'den azdır. Toplam 2010'da 7.7 milyon, 2015'de 17.1 milyon, 2016'da 19.5 milyon kişi ART'ye ulaşmaktadır. Yaklaşık %76 HIV enfekte gebe kadın ART'ye ulaşmaktadır.

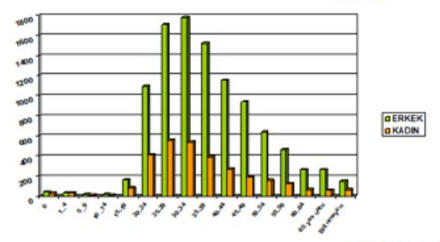
HIV'de artış oranları;

1985 ile 2005 arası: 2236 yeni vaka
2006 ile 2010 arası: 2201 yeni vaka
2011 ile 2016 arası: 7406 yeni vaka ile
Son 5 yılda % 332 artış, son 10 yılda % 426 artış tespit edilmiştir.

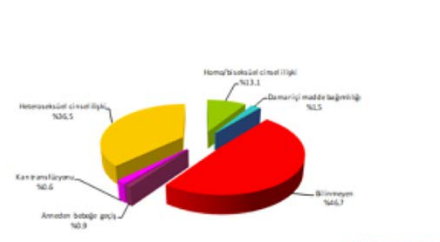
TÜRKİYE'DE HIV/AIDS VAKALARININ YILLARA GÖRE DAĞILIMI
01 Ocak 1985 - 31 Aralık 2016
n:14 695



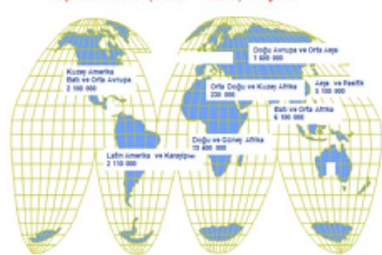
TÜRKİYE'DE HIV/AIDS VAKALARININ YAŞ VE CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI
01 Ocak 1985 - 31 Aralık 2016
n:14 695



TÜRKİYE'DE BULAŞMA YOLLARINA GÖRE HIV/AIDS VAKALARININ DAĞILIMI
01 Ocak 1985 - 31 Aralık 2016
n:14 695



HIV/AIDS Haziran 2017
Toplam: 36.7 (30.8 - 42.9) Milyon



Prof. Dr. Serhat Ünal
Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Yönetim Kurulu Üyesi

YAŞLI HASTADA PREOPERATİF DEĞERLENDİRME- ÖNEMLİ NÜANSLAR-FARKLILIKLAR



Sevgili hekim arkadaşlarım, ne mutlu bize ki tıptaki baş döndürücü gelişmeler nedeniyle, yaşam süresi uzuyor, dünya yaşıyor ve Türkiye yaşıyor. Artık ülkemizde doğuştan beklenen yaşam süresi 78 yıl. En hızlı artan kesim ise >=85 yaş bireyler ve giderek preop değerlendirme için biz dahiliyecilere yönlendirilen daha çok sayıda "komplike" yaşlı hastalarla karşılaşılıyor. Yaşlı hastaların ideal preop değerlendirmesinde

önemli nüanslar, farklılıklar nelerdir? Standart erişkin hastadan aşına olduğumuz kardiyak, pulmoner ve gerekli preop testlere ek olarak, yaşlının preop değerlendirmesi, "kognisyon, depresyon, deliryum, fonksiyonellik-düşme, kırılabilirlik, beslenme, ilaç" alanlarını da içermelidir. Maalesef, aksi durum, ameliyatı başarılı geçmiş ancak ameliyat sonrası preop işlevselliğine geri dönemeyen, bakım verenlere bağımlı, ameliyat olduğuna bin pişman bir hasta ile sonuçlanabilir. Sayıca fazla intibası vermesine rağmen, bu alanlar dahiliyeci tarafından kısa, pratik ve güvenilir olarak değerlendirilebilir. Bunun yanı sıra ne kadar az preop gerekli laboratuvar testi olduğunu görünce belki şaşıracağız. İki olgu eşliğinde pratikteki sonuçları da değerlendireceğimiz "Yaşlıda Preop Değerlendirme" panelimize değerli dahiliye hekimlerimizi heyecanla bekliyoruz.

GERIATRİ (YAŞLIYA ÖZEL DEĞERLENDİRME) GEREKLİ Mİ?

Sevgili hekim arkadaşlarımız, geriatri tüm bilgi, ilgi ve araştırmanın 65 yaş ve üstündeki bireylerde odaklandığı ve hedefi yaşlı sağlığı, fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesinin korunması ve iyileştirilmesi olan iç hastalıkları ailemizin yanındadır. Sağlıklı yaşlı bireylerde aşılama ve tarama programlarıyla sağlığın korunması açısından faydalı iken, pratikte özellikle kronik hastalıkları ve bunlara bağlı fonksiyonel kaybı veya kayıp riski olan yaşlılarda oldukça fayda getirebilmektedir. Bu grup, genellikle 75 yaş üstü, günlük yaşamında değişik derecelerde başkasının yardımına gereksinim duyan, gerek fiziksel gerek bilişsel kayıpları söz konusu olabilen hassas ve "kırılabilir" yaşlı bireylerdir.

Yaşlı hastada geleneksel fizik muayene kuralları ve standart tıbbi yaklaşım geçerli olmakla birlikte yaşlıya özgü kapsamlı yaşlı değerlendirme fark yaratır. Kapsamlı yaşlı değerlendirme ile klinikte çok karşılaştığımız gereksiz ve fazla ilaç kullanımı, kullanılması gereken ilaçların kullanılmaması, düşme, inkontinans, demans, depresyon, malnutrisyon, bası yarası, baş dönmesi gibi standart erişkin dahili değerlendirilmesinde dikkate

alınmayabilen özgün problemler de değerlendirilir. Sık görülen kronik hastalıklarda da tıbbi yaklaşım ve hedefler erişkinlerdeki gibi dar ve keskin sınırlarda değil; yaşlının mevcut kliniğine göre özgün yaklaşım ve esneklikleri içermektedir. Gerek kan basıncı hedef değerleri, gerekse diyabet tedavisi yaklaşımı ve kan şekeri regülasyonundaki hedefler yaşlıdan yaşlıya, hatta aynı yaşlıda farklı zamanlarda bile farklılıklar gösterir.

Sonuç olarak amaç yaşlının sağlığını korumak, erken tanı ile hastalıklarını önlemek veya geciktirmek, hastalandığında tedavi etmek, yaşam kalitesini yükseltmek ve bağımsız olarak yaşamını sürdürmesine destek olmaktır. Gerek koruyucu, gerekse tedavi edici yönleriyle geriatrik değerlendirme tüm yaşlıların değişik derecede faydalanabileceği bir bilim dalıdır. Bu bağlamda yıllarını ve gönülünü iç hastalıkları anabilim dalına vermiş değerli uzmanlarımızı bu konulara geniş yer vereceğimiz 19-22 Nisan 2018'de Antalya Calista Otel'de gerçekleşecek olan 11. Akademik Geriatri Kongresi'nde görmekten ve ağırlamaktan mutluluk duyarız.

Doç. Dr. Gülistan Bahat Öztürk

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Kongre Medya

BİLİMSEL VE SOSYAL TÜM KONGRE AYRINTILARI KONGRE MEDYA EKРАНLARINDA

- Sosyal Medya Paylaşımları,
- Dünya ve Türkiye'den Son Dakika Haberleri,
- Fotoğraf Galerileri,
- Bilimsel ve Sosyal Program Duyuruları

HEPSİ VE DAHA FAZLASI İÇİN, KONGRE MEDYA EKРАНLARINI TAKİP EDİN

DOLAŞIM ŞOKU



Şok, kendini klinikte genelde hipotansiyon ile gösteren hayatı tehdit eden bir akut dolaşım yetmezliği tablosudur. Klinik tabloda başta vital bulgu değişiklikleri yanında serum laktat seviyesinde yükselme ön plandadır. Şok, aynı zamanda azalmış oksijen dağılımı ve/veya artmış oksijen tüketimi veya yetersiz oksijen kullanımına bağlı gelişen hücre ve doku hipoksisi olarak tanımlanabilir. Genellikle dört tip şok varlığından söz edilir. Bunlar;

- Hipovolemik şok (hemorajik olan, olmayan ve travmatik olan, olmayan)
- Kardiyojenik şok (aritmiler, miyokard infarktüsü vb nedenli)
- Obstruktif-tıkaçıcı şok (pulmoner emboli, konstruktif perikardit, restriktif kardiyomyopati vb) ve
- Distribütif-dağılım şoku (septik, anafilaktik, nörojenik vb) dur.

Şokun etyolojisine ve hastanın klinikte karşılaştığı, yakalandığı zamana bağlı olarak klinik tablo değişmekle birlikte; aşağıdaki bulgular şoktan şüphelenmemize ve hastaya zaman kaybetmeden müdahale etmemize neden olmalıdır. Bu bulgular; hipotansiyon, taşikardi, oliguri, mental durum değişiklikleri, takipne, siyanotik, soğuk, ıslak cilt (dağılım şokunun erken evresi haricinde) ve hiperlaktatemi. Ancak bu bulguların hiçbiri tek başına şok tanısı için spesifik ve sensitif değildir.

Tüm şoklarda hastanın kliniğini genellikle üç evreye ayırılır. Bunlar;

- Kompanze dönem:** Nörohumoral mekanizmaların devreye girmesi ile periferik direnç ve kardiyak output artırılarak kan basıncı yükseltilir. Kalp ve beyin gibi hayati organların kan akımı korunur. Hastanın semptom ve bulguları minimaldir. Tedavi girişimleri kısa sürede tabloyu kontrol altına alır.
- Dekompanze dönem:** Kompanzasyon mekanizmaları yetersiz kalır, hayati organların kan akımı için gerekli arteriyel basınç sağlanamaz. Beyin, kalp ve böbrekte iske mi oluşur. Taşikardi, takipne, metabolik asidoz, oligüri, soğuk ve soluk deri, organ fonksiyon bozuklukları ortaya çıkmıştır. Hastalar genellikle bu dönemde yakalanır. Uygun destek tedavi ile tablo geri döndürülebilir.
- Geriye dönüşümsüz (İrreversibl) dönem:** Geriye dönüşümsüz organ hasarı mevcuttur. Akut tübüler nekroz, anüri, koroner iske mi, karaciğer fonksiyon testlerinde ileri derecede bozulma,

iskemik hepatit, ARDS, DİK, koma ile karakterize çoklu organ yetmezliği tablosu vardır. Hastalar organ destek tedavilerine ihtiyaç duyar ve mortalite çok yüksektir.

Şok tanısını koyduktan sonra şok tiplerinin birbirinden ayrılması da önemlidir. Her ne kadar başlangıçtaki tedavi yaklaşımı benzer olmakla birlikte, ayırıcı tanı ile ana tedavinin başlanması hastanın hayatta kalması için şarttır. Hastanın hikayesi, laboratuvarı yanında hemodinamik olarak monitorize edilebilmesi ayırıcı tanıda ve klinik gidişatı belirlemede önemlidir (Tablo 1).

Tablo 1. Şok tiplerine göre hemodinamik profil

Değişken	Önyük	Önyük	Pompa fonksiyonu	Ardyük	Doku perfüzyonu
Klinik ölçüm	PCWP	CVP	CO	SVR	ScVO ₂
Hipovolemik şok	Erken N, geç dönem düşük	Düşük	Erken N, geç dönem azalmış	Artmış	Erken >%65, geç dönem <%65
Kardiyojenik şok	Yüksek	Yüksek	Azalmış	Artmış	<%65
Distribütif şok	Erken N, geç dönem düşük	Normal veya düşük	Artmış	Azalmış	>%65
Obstruktif şok	Artmış	Artmış	Azalmış	Artmış	<%65

PCWP: Pulmoner kapiller kama basıncı, CVP: Santral venöz basınç, CO: kardiyak output, SVR: Sistemik vasküler direnç, ScVO₂: mikst venöz oksijen saturasyonu

Şokta erken tedaviye başlamak mortaliteyi azaltma açısından çok önemlidir. Şok resüsitasyonunda uygulanan temel prensipler; havayolu (Airway) yönetimi, solunum (Breathing) işinin kontrolü, dolaşımın (Circulation) optimize edilmesi, yeterli oksijen sunumunun (Delivery) sağlanması ve resüsitasyonun sonlanma noktalarına (End points) erişilmesi olarak tanımlanabilir.

Bilinci iyi olmayan hastada havayolu yönetimi için entübasyon ve mekanik ventilasyon desteği gerekebilir. Şokla beraber takipne varsa solunum kaslarının oksijen tüketimini ve laktat üretimini azaltmak için solunumun kontrolü mutlak gereklidir. Mekanik ventilasyon ve sedasyon solunum kaslarının aşırı çalışmasına bağlı oksijen tüketimini azaltır, hiperkapniyi düzeltir, oksijenizasyonu ve perfüzyonu artırır, laktat oluşumunu azaltır ve asidozun düzelmesine katkıda bulunur.

Dolaşım kontrolünde ilk basamak periferik venlerden geniş bir damar yolu açılması daha da iyisi santral kateter yerleştirilmesidir. Ardından sıvı tedavisi başlanır. Sıvı tedavisinde ilk seçenek kristalloidlerdir. Sıvı resüstasyon hızı ve miktarı hastaya ve kliniğe göre belirlenmelidir. Genelde en kısa sürede 20-30mL/kg yaklaşık 1000-2000 cc izotonik sıvı hızlıca hastaya gönderilmelidir. Hastanın durumu stabil olmuyor ise ve sıvı ihtiyacı daha fazla ise mutlaka bir hemodinamik monitorizasyon yöntemi ile ve en basit olarak santral venöz basınç takibi ile sıvı resüstasyonuna devam edilmelidir. Nişastalar, albumin, dektranlar ve jelatinler gibi kolloidler de yüksek miktarda sıvı ihtiyacı olduğu zaman intravasküler alanda daha uzun süre kaldıkları için kullanılabilirler. Ancak resüsitasyondaki üstünlükleri hala tartışma konusudur. Kanayan hastalarda kan transfüzyonu, masif transfüzyonlarda koagülasyon profilini düzeltmek için trombosit, taze donmuş plazma verilmesi, travma ve kanaması olan hastalarda hipotansif resüsitasyon yine uygulanabilecek yaklaşımlardır. Sıvı resüsitasyonunun hedefe ulaşmada yetersiz kaldığı durumlarda veya sıvı resüsitasyonun kontraendike olduğu durumlarda ise vazopressör ajanlar kullanılmalıdır. Vazopressör tedavide ve sıvı resüstasyonunda ana hedef ortalama arteriyel kan basıncının 65 mmHg veya sistolik kan basıncının 90 mmHg düzeyinde tutmak olmalıdır. Bir yandan da alta yatan patolojinin düzeltilmesi; kanamanın tespiti ve durdurulması, koroner reperfüzyonun sağlanması, kardiyak tamponatın boşaltılması, masif pulmoner embolide trombolitik tedavi uygulanması, septik şokta erken antibiyotik başlanması ve odak kontrolü, ve gereken hastalarda organ fonksiyonlarının hemodiyaliz vb gibi tedaviler ile desteklenmesi şok tedavisi yaklaşımları içerisinde sayılabilir.

Şokta kan basıncında artış olması, bilincin geri gelmesi, periferik perfüzyonun düzelmesi, taşikardinin azalması, laktat düzeyinin düşmesi ve pH'nın normale gelmesi başarılı resüstasyonun göstergeleridir.

Dolaşım şoku erken dönemde yakalanırsa hızla geri dönebilen bir tablo olmasına karşılık, geç dönemde ve özellikle çoklu organ yetmezliği döneminde yüksek mortalite ile gidebilen bir sendromdur diyebiliriz.

Prof. Dr. Gülbin Aygencel

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Yoğun Bakım BD

SPORCULARDA ANDROJEN KULLANIMI



Anabolik androjenik steroidler (AAS) profesyonel atletler ve vücut geliştiriciler arasında en sık kullanılan performans artırıcı ilaçlardır. Yarışmalı sporlarda da doping olarak kabul edilen bu testosteron türevi ilaçların piyasada 100'den fazla çeşidi mevcuttur.

1800'lü yılların sonundan beri kullanılagelen bu performans artırıcı ilaçlar 2. Dünya savaşında Alman askerlerde, olimpiyatlarda ve ağırlık yarışmalarında kullanılmıştır. 1940'larda depresif bozuklulardan anemiye kadar pek çok hastalıkta kullanılan bu preparatlara 1968 yılında Ulusal Olimpiyat Komitesini ilk yasağı getirilmiştir. 1999 yılında Dünya Anti-Doping Ajansının (WADA) kurulması ile de günümüze yarışmalı sporlarda daha etkili mücadele edilmektedir.

Yakın zamanda yapılan kapsamlı bir analizde Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 2.9-4 milyon kişinin performans artırıcı ilaç kullandığı ve bu ilaçları kullanan her 3 kişiden birinin bağımlı olduğu tahmin edilmektedir. Sporcular ve vücut geliştiriciler arasında ortalama başlangıç yaşının 22-24 yaş dolaylarında olduğu tahmin edilmektedir.

Aromatize olanlar ve olmayanlar diye 2 ana gruba ayrılan

AAS'ler aromatize olduklarına östrojene dönüşür ve istenmeyen jinekomasti gibi yan etkileri ortaya çıkar. 17 alfa alkilasyon oral biyoyararlanımlarını artırılmasına rağmen hepatotoksitesini de artırır.

2011 WADA raporuna göre sporcular arasında en sık kullanılan istenmeyen ajan anabolik steroidler iken bunlar arasında da testosteron, stanazol ve nandrolone en sık kullanılanlarıdır. 2014 yılında sadece amatör ağırlık kaldırıcıların kullandığı ajanları içeren bir analizde bu grup arasında en sık kullanılan ajanlar boldenone, trenbolone, nandrolone ve testosteron olarak tespit edilmiştir.

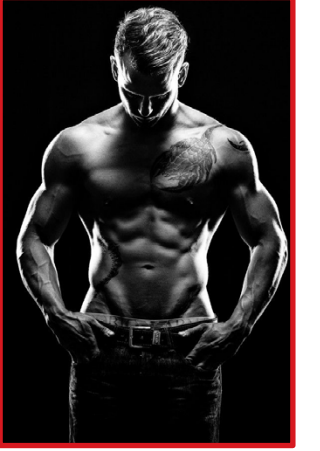
Anabolik androjenik steroidlerin sporcular ve ağırlık kaldırıcılar tarafından tercih edilmesinin en önemli sebepleri kas kütlesini ve gücünü artırmaları yağ kaybı sağlamaları ve eritropoezi indüklemeleridir. Eritropezin indüklenmesi ile daha uzun süre ve daha zorlu egzersiz yapabilmeye imkân sağlarken herhangi bir hasarda daha hızlı iyileşmeye de yardımcı olur. Oral ve parenteral kullanılabilen bu ilaçlarda intramüsküler yol en sık tercih edilen uygulama şeklidir. Genellikle haftada 1000 mg testosteron gibi oldukça yüksek suprafizyolojik dozlar 10 hafta boyunca yılda 2-3 siklus şeklinde uygulanır. Sikluslar arasında hipotalamo-pituiter-gonadal aksın düzelmesi için ara verilir.

Tek bir ajana karşı gelişebilecek potansiyel toleransı minimize etmek amacıyla sıklıkla 2-3 androjenden oluşan kombinasyonlar (mesela İM nandrolone deconate ve bir oral androjen gibi) tercih edilir.

Sporcular tarafından yukarıda sayılan etkilerinden ötürü çok çekici olan bu ilaçların kardiyovasküler sistemden reproduktif sisteme, karaciğerden böbreklere, beyine ve tabiki kas iskelet sistemine genellikle kullanılan doza ve süreye bağımlı sayısız yan etkileri mevcuttur.

Bütün yasaklamalara ve yan etkilerine rağmen AAS'lerin medikal olmayan amaçla suprafizyolojik dozlarda kullanılması oldukça yaygındır. Toplumun ve sağlık profesyonellerinin bu ajanların yan etkileri açısından farkındalığının artırılması şarttır.

Prof. Dr. Cenk Yücel Bilen
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı



ERİŞKİNDE AŞILAMA



Aşılamalar koruyucu hekimlik hizmetleri içinde yer almaktadır. Ülkemizde çocukluk dönemi aşı uygulamalarında başarı oranı Batı Avrupa düzeyinde (%95) olmasına karşın erişkin dönemi aşılamaya ise çok yetersizdir (<%5). Antikuagülan ilaç (oral veya parenteral) alanlara, hemofili hastalarına ve trombositopeniklere ($\geq 30.000/\text{ml}$ olmak koşuluyla) IM aşılar yapılabilir (≤ 23 -gauge iğneyle). Yalnız yapıldıktan sonra 2 dk. kompresyon uygulanmalı-

dır. Aşılar otoimmün hastalıklara yol açmaz ve otoimmün hastalıkları alevlendirmez. Greft rejeksiyonuna da yol açmazlar. Otoimmün hastalıkların aktif döneminde aşı uygulama yerine remisyona girince yapılması daha uygun olacaktır. Erişkin aşı uygulamasında hastanın; immüdüş-künlüğü, eşlik eden hastalıkları, gebeliği ve yaşı göz önüne alınmalıdır. İmmün düşkün hastaların aşılaması ilgili hekimlerce yapılmalıdır. Diğer hasta gruplarının ve 65 yaş üstü sağlıklı kişilerin aşılanması iç hastalıkları uzmanlarını da ilgilendirmektedir. Ayrıca seyahat aşılaması bu konuda deneyimli hekimlerce yapılmalıdır. Erişkin aşılamasında

başarı hekimlerin endikasyonu olan aşıları kendilerine yaptırmalarıyla başlar. Ama hekimlerde de aşı yaptırma oranı çok düşüktür. Yani sağlık çalışanlarında aşılamayı başarabilirsek erişkin aşılaması için basamak görevi yapmış olacaktır. Erişkin aşılaması için aşı poliklinikleri son derece önemlidir. Elektronik hasta dosyasında erişkin aşılama sekmesi olmalı ve bu sekme doldurulmadan dosya kapanmamalıdır.

Prof. Dr. Ali Mert
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD

Aşı	19-26 yaş	27-36 yaş	37-59 yaş	60-64 yaş	≥ 65 yaş
Td/Tdap ^{1,2}	Her 10 yılda bir rapel doz ²				
İnfluenza	Her yıl 1 doz				
PCV13 ³	1 doz				1 doz ⁴
PPSV23 ³	2 doz (5 yıl arayla)				1 doz ⁴
Hepatit B ⁵	3 doz (0,1,6.ay)				
Hepatit A ⁵	2 doz (0,6.ay)				
Zoster					1 doz
Suçiçeği ⁵	2 doz (1 ay arayla)				
KKK ⁶	1 veya 2 doz ⁷				
Meningokok	1 doz				
Hib	3 doz (4 hafta arayla)				
HPV	3 doz (0,1-2,6.ay) ⁸				

- Tüm erişkinlere uygulanması önerilir.
- Risk faktörü veya endikasyonu olan erişkinlere uygulanması önerilir.
- Özel bir öneri olmayıp hastanın ve hekimin isteğine göre uygulanabilir.

BESİN ALLERJİSİ TESTLERİ NE KADAR GEREKLİ, NE KADAR GÜVENİLİR?



Besin alerjisi, hastanın tanısını sıklıkla kendisinin koyduğu durumlardan birisidir. Bu nedenle toplumda sık olarak abartılmaktadır. Özellikle annelerin 1/3'ü çocuklarında bir besin alerjisi olduğundan şüphelendikleri halde ayrıntılı incelemelerde bu çocukların ancak %8'inde gerçek besin alerjisi saptanabilmektedir. Batı ülkelerinde bireylerin %20-25'inin kendilerinde bir veya daha fazla besine duyarlılık olduğunu düşünmelerine karşın yetişkinlerde gerçek besin alerjisi prevalansının %2 civarında olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık hekimler arasında besin alerjisi hakkında yeterli bilgi bulunmaması nedeniyle tanı ya kolaylıkla gözden kaçırılmakta ya da gereksiz incelemelerle zaman ve para israfına gidilebilmektedir. Yine yanlış tanı nedeniyle hastalar uzun sürelerle gereksiz diyetlere maruz bırakılmaktadırlar.

Besin alerjisi veya besin aşırı duyarlılığı bir besin proteinine karşı oluşan istenmeyen immün yanıt olarak tarif edilir. Bu tanım besin alerjisi veya duyarlılığını immunolojik kaynaklı olmayan birçok besin reaksiyonundan ayırmaktadır. İmmün kaynaklı olmayan besin reaksiyonları başlıca besin intoleransına, bazı besinlerin yapısındaki vazoaktif aminlere veya besinlerde-

ki mikrobiyal bulaşmaya bağlı olarak ortaya çıkar. Örn. laktoz intoleransı olan bir kişide laktoz içeren besinlerin alımından sonra gelişen gastrointestinal belirtilerin besin alerjisi ile ilgisi yoktur. Keza, besinde üreyen bakterilerin yol açtığı toksinlerin (örn. stafilkok enterotoksinleri) ya da bizzat bakterilerin (örn. salmonellosis) sebep olduğu klinik belirtiler yanlışlıkla besin alerjisi olarak algılanabilmektedir.

Besin allerjisinin klinik belirtileri çok geniş bir yelpazede yer alır. Temel olarak besin allerjisinde rol oynayan mekanizmalar IgE aracılı, hücre aracılı ve hem IgE hem de hücre kaynaklı olmak üzere 3 ana grupta ele alınabilir. Ürtiker, anjioödem, anafilaksi, allerjik rinokonjunktivit, oral allerji sendromu gibi belirtiler sorumlu besine karşı gelişen IgE'ye bağlı aşırı duyarlılık reaksiyonlarını oluşturur. Besine bağlı enterokolit veya kolit, malabsorpsiyon sendromları, kontakt dermatit gibi belirtiler hücresel immunityle gelişen reaksiyonlardır. Son olarak atopik ekzema, allerjik eozinofilik gastroenterit ve özafajit gibi tablolar ise hem IgE kaynaklı hem de hücresel aşırı duyarlılık mekanizmalarının rol oynadığı hastalıklardır. IgE'ye bağlı reaksiyonlarda klinik belirtiler, tipik olarak allerjenin yenilmesinden kısa süre sonra ortaya çıkmakta, IgE'ye bağlı olmayanlarda ise günler ve hatta haftalar sonra oluşmaktadır.

Tanı, temel olarak hastadan alınan ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve gerektiğinde besin eliminasyon diyetleri ile genellikle konulabilmekle beraber, bazen tanının doğrulanabilmesi veya hastanın ikna edilebilmesi için laboratuvar incelemelerine başvurmak gerekmektedir. Uygulanan tanı testleri başlıca deri testleri ve/veya in vitro testlerle besine spesifik immunglobulin E (sIgE) varlığının araştırılması ve besin provokasyon testlerinden oluşmaktadır. Az sayıdaki vakada ise bu yöntemlere ilave olarak biyopsi gibi invaziv metodlar gerekmektedir. Besin alerjisi tanısında intolerans testleri diye adlandırılan besin IgG ölçümlerinin hiçbir yeri yoktur.

Sonuç olarak, doğru alınacak ayrıntılı bir anamnez ortada bir besin alerjisi olasılığı olup olmadığını ortaya koyarken, tanıyı doğrulamak amacıyla hangi testlerin daha uygun olduğunu da göstermeye yardımcı olacak; gereksiz ve geçersiz pahalı testlerden kaçınılmasını sağlayacaktır.

Prof. Dr. Suna Büyükoztürk
İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

BUMERANG; KALP YETERSİZLİĞİ HASTASI MUTLAKA GERİ GELİR!



Değerli meslektaşlarım küçük bir uyarı notu ile söyleşiye başlamak istiyorum. Terminolojik olarak “Kalp Yetmezliği” değil de “Kalp Yetersizliği” doğru terimdir. Günlük pratiğinizde bunu kullanırsanız memnun olurum.

Hemen tüm kalp hastalıklarının-araya başka bir ölüm girmez ise- ulaşacağı son nokta kalp yetersizliğidir. Nitekim kalp yetersizliğinin en önemli nedeni olan koroner arter hastalığına bağlı ölümlerin azalması ve ortalama yaşam süresinin de uzaması neticesinde kalp yetersizliği sıklığı giderek artmaktadır. Ülkemizdeki kalp yetersizliği hastaları Avrupa’ya göre daha gençtir. Aramızdaki farka bakarak, bizde onlardan yaklaşık 6 sene önce kalp yetersizliği gelişiyor diyebiliriz.

Mortalite oranı birçok kanser türünden daha yüksek olan kalp yetersizliğinde seyir eldeki tüm imkanlara rağmen maalesef

progresiftir. Son yıllarda kardiyovasküler alandaki ilaç ve cihaz gelişimlerinin önemli bir kısmı –belki de bu yüzden- kalp yetersizliğine yönelik olmuştur. Ülkemize yakın zamanda gelmiş bulunan ARNI (Anjiyotensin Reseptör Neprisin İnhibitörü) molekülü “sacubitril/valsartan” bunun en güzel örneğidir. Uygun hastalarda artık ACEİ yerine bu ilacı başlamak suretiyle mortaliteyi ve hastaneye yatış oranlarını %20 daha fazla azaltabilme imkanımız olmuştur. Yeni geliştirilen ilaçlar da var, ancak kalbin kanseri diyebileceğimiz bu hastalıkla mücadele sanıldığının çok ötesinde zordur. Bazı istisnaları dışında (miyokardit sonrası gelişen kalp yetersizliği veya peripartum kardiyomyopati) hastalık hiçbir zaman iyileşmez. Hastalığın doğal seyri kötüleşmek üzerindedir. Sadece iyi halinden kötüleşeceği döneme kadar olan süre, buna remisyona da diyebiliriz, uzatılabilmektedir. Dolayısıyla kalp yetersizliği hastalarında gördüğümüz iyiye gidişi “düzeldi ancak iyileşmedi” olarak yorumlamak doğru olacaktır.

Neden kalp yetersizliği hastasını Bumerang’a benzettim dersene yukarıda anlattığım seyir nedeniyledir bu çağrışım. Aslında

Bumerang’ların bir kısmı düz olarak fırlatıldığı yönde ilerler ve geri dönmeyiz. Ancak çoğu bildiğimiz gibi havada bir dairesel yörünge çizerek tekrar geri gelir. Kalp yetersizliği hastalarına uyguladığımız çoklu tedaviye [ACEİ (sacubitril/valsartan) + BB + mineralokortikoid reseptör blokörleri + diüretik + ivabradin] rağmen- ki hastanın eşlik eden kronik böbrek hastalığı, koroner arter hastalığı, diyabet, KOAH, demir eksikliği gibi komorbiditelerini de hesaba katmak lazım- hastaların çoğu bir Bumerang gibi kısa sürede bize geri dönmektedir. Kalp yetersizliği hastasını multidisipliner bir yaklaşımla ve yakın takiple ne kadar doğru tedavi edersek tıpkı çok uzağa fırlatılan bir Bumerang gibi daha geç dönecek yani daha geç kötüleşecektir.

Onlar kalplerini kaybederken, sanırım bizlerin de bu hastalara gönül vermesi gerekiyor.

Prof. Dr. Ahmet Temizhan

Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

HEYECANI PAYLAŞIN!

Kongre Coşkusu, Sosyal Medyada da Yaşanıyor...
INSTAGRAM ve **TWITTER**
Paylaşımlarınızda
#dahiliye2017
Etiketi ile Sosyal Medyada Yerinizi Alın...

Kongre Gazetesi

Kongrede Güne, Kongre Gazetesiyle Başlanır...

Röportajlar, Makaleler, Bilimsel Yayınlar, Duyuru ve Haberler ile Derlediğimiz Zengin İçerik, Kongre Gazetesi'nde.

Kongre Bitse de Görsel ve Bilimsel Bir Özeti Kongre Gazetesi ile Hep Sizinle.

Gala Yemeği SELAMİ ŞAHİN

14 Ekim 2017, Cumartesi - Saat 20:00
Regnum Carya Hotel & Kongre Merkezi

19. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi kapsamında gerçekleştirilecek gala yemeğinde sizleri de aramızda görmekten mutluluk duyacağız.

TİHUD Yönetim Kurulu