



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KONYA
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



IV. INTERNATIONAL ONCOLOGICAL EMERGENCIES CONGRESS

Tam Metin
Bildiri Kitabı

Full Text Book

17-20 OCTOBER

20
24
KONYA

Konya City Hospital

ISBN: 978-625-98269-7-4

Congress Scientific Secretariat:

- Yasin Yıldız, MD.
atuyasin02@gmail.com
Demet Acar, MD.
dr_demetacar@hotmail.com
Asst.Prof.Emin Fatih Vişneci
drfatihvisneci@hotmail.com
Ayla Mollaoğlu, MD.
mollaoglu@windowslive.com

Congress Organisation Secretariat:

- Menderes Hazır
info@atuder.org.tr
0554 568 12 15

<https://acil42.com/onkolojikacillerkongresi>



Bu sayfa bilinçli olarak boş bırakılmıştır.

*Konya İl Sağlık Müdürümüz **Prof.Dr.Mehmet Koç**
ve
Konya Şehir Hastanesi Başhekimimiz **Dr.Öğr.Üyesi Oğuzhan Günenc**'in destekleri ile.*

ISBN: 978-625-98269-7-4

Bu kitap, 17-20 Ekim 2024 tarihleri arasında **Konya Şehir Hastanesi**'nde düzenlenen **IV.Uluslararası Onkolojik Aciller Kongresi**'ne bildiri sahipleri tarafından gönderilen poster ve sözlü bildirilerin metinlerinden oluşturulmuştur.

Bildirilerin dilbilgisi, imla ve bilimsel doğrulukları yönünden yazarları sorumlu olup, Kongre Organizasyon Komitesi ve Tam Metin Kitabı Editörü herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir.

Kapak Tasarımı: Uzm.Dr.Yasin Yıldız

Dizgi ve Baskıya Hazırlama: Uzm.Dr.Yasin Yıldız

Tam Metin Kitabı Editörü: Uzm.Dr.Yasin Yıldız

Kasım 2024, Konya

İÇİNDEKİLER

Kongre Daveti	5	SB035	65-66
Organizasyon Komitesi ve Bilimsel Sekreteryaya	6	SB036	67-68
Bilimsel Kurul	7	SB037	69
Paneller	8	SB038	70-71
Panel Oturum Başkanları ve Konuşmacılar	9	SB039	72
Sözlü Bildiri Oturum Başkanları	10	SB040	73
Açılış Konuşmaları - Prof.Dr.Mehmet Gül	i	SB041	74
Açılış Konuşmaları - Doç.Dr.Ayşe Özdemir	ii	SB042	75
Poster Bildiriler Bölümü	11	SB043	76-77
PB001	12	SB044	78
PB002	13	SB045	78
PB004	14	SB046	79
Sözlü Bildiriler Bölümü	15	SB047	80
SB001	16	SB048	81
SB002	17	SB049	82
SB003	18-20	SB050	83-84
SB004	21-22	SB051	85
SB005	23-24	SB052	86
SB006	25-26	SB053	86
SB007	27	SB054	87
SB008	28-29	SB055	87
SB009	30-31	SB056	88
SB010	32	SB057	88
SB011	33-35	SB058	89
SB012	36	SB059	89
SB013	37-38	SB060	90-91
SB014	39	SB061	92
SB015	40-41	SB062	93
SB016	42	SB063	93
SB017	43	SB064	94
SB018	44-45	SB065	95
SB019	46	SB066	96
SB020	47	SB067	97-98
SB021	48	SB069	99
SB022	49	SB070	100
SB023	50	SB071	101-102
SB025	51	SB072	103-105
SB026	52	SB073	106-107
SB027	53	SB074	108
SB028	54-55	SB075	109
SB029	56-57	SB076	109
SB030	58	SB077	110
SB031	59	SB078	110
SB032	60	SB079	111
SB033	61	SB080	112-113
SB034	62-64	Yazar İndeksi	114-115

Tüm Acil Servis çalışanlarına ve ailelerine ithaf olunur.

KONGRE DAVETİ

Değerli Meslektaşlarımız;

IV. Uluslararası Onkolojik Aciller Kongresi'nin 17-20 Ekim 2024 tarihleri arasında Konya İl Sağlık Müdürlüğü ve Konya Şehir Hastanesi ev sahipliğinde gerçekleştirileceğini duyurmaktan mutluluk duyarız.

Onkolojik aciller kongremizin 4.sünü düzenliyor olmak bizleri heyecanlandırmaktadır. **ATUDER (Acil Tıp Uzmanları Derneği), Klinik Biyokimya Uzmanları Derneği, Akademik Onkoloji Derneği, Türk Akciğer Kanseri Derneği'nin yanı sıra Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Konya Şehir Hastanesi ve Onkoloji Hemşireliği Derneği'nin** destekleriyle kongremizin daha da güçleneceğini düşünüyoruz.

Kabul edilen sözlü sunumlar ve tüm konuşmalar online ya da kongre merkezinde yüz yüze olarak sunulacaktır. Kongre katılımcıları, onkolojik aciller başlıkları dahilinde sözlü bildiri ve/veya poster sunum ile kongreye katılım sağlayabilir. Sunumların ve bildirilerin tamamı kayıt altına alınacak ve kongreden sonra katılımcılar ile paylaşılacaktır. Kongre sonunda kongre özet kitabı ve kongre bildiri tam metin kitabı ISBN numaralı olarak yayınlanacaktır.

IV. Uluslararası Onkolojik Aciller Kongresi, doçentlik kriterleri ve tüm akademik yükseltmelere uygun olarak planlanmıştır. Bilimsel açıdan güçlü bir etkinliğe katılacağınızdan emin olabilirsiniz.

IV. Uluslararası Onkolojik Aciller Kongresi'nde sizleri ağırlamaktan onur duyacağımızı bildiriyoruz.

Saygı ve Sevgilerimizle

Prof. Dr. Mehmet GÜL – Kongre Başkanı

Doç. Dr. Ayşe ÖZDEMİR – Kongre Başkanı

Prof. Dr. Erdem GÖKER – Türk Akciğer Kanseri Derneği (TAKD) Başkanı

Prof. Dr. Mehmet KOÇ – Konya İl Sağlık Müdürü

Prof. Dr. Başar CANDER – Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER) Yönetim Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Şükrü Nail GÜNER – Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan GÜNENC – Konya Şehir Hastanesi Başhekimisi

Prof.Dr. Perihan GÜNER – Onkoloji Hemşireliği Derneği Başkanı

ORGANİZASYON KOMİTESİ

Doç.Dr.Fatma Çakmak – İstanbul Atlas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı
Dr.Öğr.Üyesi Emin Fatih Vişneci – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Uzm.Dr.Ayla Mollaoğlu – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Uzm.Dr.Demet Acar – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Uzm.Dr.Yasin Yıldız – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Menderes Hazır – ATUDER Sekreteri
Uzm.Dr.Abidin Baran – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Doç.Dr.Ahmet Çağlar – Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Uzm.Dr.Asiye Müminat Çap – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Doç.Dr.Emine Kadioğlu – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Doç.Dr.Saniye Göknil Çalık – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Uzm.Dr.Havva Serin Yiğit – Meram Devlet Hastanesi Acil Servisi
Prof.Dr.Muhammed Gökhan Turtay – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Uzm.Dr.Mustafa Önder Gönen – Meram Devlet Hastanesi Acil Servisi
Uzm.Dr.Müslüme Kasa – Meram Devlet Hastanesi Acil Servisi
Uzm.Dr.Osman Lütfi Demirci – SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
Doç.Dr.Yasemin Durduran – Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Doç.Dr.Dilek Atik – Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı
Dr.Öğr.Üyesi Fulya Köse – Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı
Dr.Öğr.Üyesi Cesarettin Dikmetaş – Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

BİLİMSEL SEKRETERYA

Dr.Öğr.Üyesi Emin Fatih Vişneci
Uzm.Dr.Demet Acar
Uzm.Dr.Yasin Yıldız
Uzm.Dr.Ayla Mollaoğlu

BİLİMSEL KURUL

Prof.Dr.Adil Kartal, Konya Şehir Hastanesi Genel Cerrahi
Prof.Dr.Mehmet Koç, Konya İl Sağlık Müdürü, Radyasyon Onkolojisi
Prof.Dr.Salahattin Sanal, Özel Sağlık Hastanesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Murat Kapkaç, Türkiye Meme Dernekleri Federasyonu Üyesi, Genel Cerrahi
Prof.Dr.Erdem Göker, Türk Akciğer Kanseri Derneği Bşk Akademik Onkoloji Derneği Başkanı, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Şükrü Nail Güner, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji
Prof.Dr.Yavuz Selvi, Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları
Prof.Dr.Mehmet Gül, Konya Şehir Hastanesi Acil Eğitim Sorumlusu – Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER), Acil Tıp
Prof.Dr.Başar Cander, Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER) Başkanı, Acil Tıp
Prof.Dr.Nuri Karadurmuş, Türk Tıbbi Onkoloji Derneği (TTOD) 2023-2024 Bşk Yrd; 2025-2026 Bşk) SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Rejin Kebudi, İstanbul Üniversitesi Uluslararası Pediatrik Onkoloji Derneği (SIOP) Destek Tedavi Çalışma Grup Başkanı, Çocuk Hematoloji – Onkoloji
Prof.Dr.Saadettin Kılıçkap, Ankara Liv Hospital, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Bingür Sönmez, Memorial Hospital Şişli, Kalp ve Damar Cerrahi
Prof.Dr.Oktay Eray, Bandırma Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Acil Tıp
Prof.Dr.Yüksel Arıkan, Özel Afyon Parkhayat Hastanesi, Genel Cerrahi
Prof.Dr.Atilla Çökmez, İzmir-Meme Cerrahi Derneği, Genel Cerrahi
Prof.Dr.Cafer Sadık Zorkun, İstanbul Üniversitesi Kardiyonkoloji Mükemmeliyet Merkezi, Kardiyonkoloji
Prof.Dr.Meltem Ekenel, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, Erişkin Onkoloji
Prof.Dr.Türkkan Evrensel, Uludağ Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Erdem Çubukçu, Uludağ Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr..Abdullah SAYINER İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları
Prof.Dr.Nurullah Zengin, Lokman Hekim Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Bülent Çetin, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Servet Karahan, BHT Klinik İstanbul, Genel Cerrahi
Dr.Mustafa Kalfaoğlu, KKTC Sağlık Bakanlığı Gazimağusa Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi
Dr.Öğr.Üyesi Ahmet Bilgehan Şahin, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji
Doç.Dr.Kıvanç Yalın, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kardiyoloji
Doç.Dr.Ömer Fatih Nas, Uludağ Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji
Dr.Öğr.Üyesi Hüseyin Saffet Beköz, Bağcılar Medipol Mega Üniversite Hastanesi, Çocuk Hematoloji Ve Onkoloji
Prof.Dr.Emine Figen Tarhan, Muğla Sitki Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji
Prof.Dr.Mehmet Arazi, Konya Farabi Hastanesi, Ortopedi Ve Travmatoloji
Prof.Dr.Gülşen Babacan Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Samatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji
Prof.Dr.Hakan Önder, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Radyasyon Onkolojisi
Prof.Dr.Dildar Konukoğlu, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi – Klinik Biyokimya Derneği Başkanı, Tıbbi Biyokimya
Prof.Dr.Fatih Gültekin, Lokman Hekim Üniversitesi Rektörü, Tıbbi Biyokimya
Prof.Deniz Barclift, Emory University School of Medicine Georgia - Atlanta, Hematoloji -Onkoloji
Prof.Dr..Francisco Moya, Universidad De Malaga - Clinical Lead.International Medical Services – Spain, Acil Tıp
Prof.M.Raja Durai, Department of Emergency Medicine/ Regional Director-OZ Resus, Apollo KH Hospital AMelvisharam/Hindistan, Anesteziyoloji ve Reanimasyon
Dr.Khikmet Anwarov, Republican Research Centre of Emergency Medicine Taşkent/Özbekistan, Acil Tıp
Dr.Makhamjon Makhamov, Republican Research Centre of Emergency Medicine Taşkent/Özbekistan, Acil Tıp
Dr.Yalda Rahbar Saadat, Tabriz University of Medical Sciences Iran, Tıbbi Biyoloji
Dr.Virpi Sulosaari, President Elect, European Oncology Nursing Society, PhD, RN, principal lecturer, Turku University of Applied Sciences Finland, Hemşirelik
Dr.Goma Bali Bajaj, Vice President of Society for EM India, Acil Tıp
Dr.Sagar Galwankar, Florida State University Sarasota /Florida, Acil Tıp
Doç.Dr.Serkan Arıbal, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Radyasyon Onkolojisi
Doç.Dr.Ayşe Özdemir, Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya
Doç.Dr.Hüseyin Tarhan, Muğla Sitki Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji
Doç.Dr.Aynur Karadağ Gürel, Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji
Dr.Öğr.Üyesi Yalda Hekmatshoar, Altınbaş Üniversitesi, Tıbbi Biyoloji
Doç.Dr.Adem Deligönül, Uludağ Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Selim Kutlu, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Tıbbi Fizyoloji
Doç.Dr.Ziyet Alphan Düz, Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları
Dr.Öğr.Üyesi Abdurrahman Yılmaz, Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp
Doç.Dr.Yasemin Akkurt Durduran, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı
Dr.Öğr.Üyesi Erkan Temizkan, İstanbul Medipol Üniversitesi, Acil Tıp
Doç.Dr.Serdar Güngör, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Tıbbi Mikrobiyoloji
Dr.Öğr.Üyesi Selçuk Gürel, Gülhane Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Hastalıkları Yoğun Bakım
Doç.Dr.Mehmet Zahid Koçak, Konya Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Abdülkadir Baştürk, Konya Şehir Hastanesi, Hematoloji
Prof.Dr.Mehmet Artaç, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Onkoloji
Prof.Dr.Soner Cander, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dahiliye

PANELLER

- Panel 1: Onkolojik Aciller
- Panel 2: Psiko-Onkoloji Kavşağında Aciller Forumu
- Panel 3: Onkolojik Aciller: Radyasyon Onkolojisi
- Panel 4: Baş Boyun Kanserlerinde Onkolojik KBB Acilleri
- Panel 5: Tıbbi Onkolojik Aciller
- Panel 6: Metabolik Onkolojik Aciller
- Panel 7: Onkolojik Aciller ve Aile Hekimliği
- Panel 8: Acil Serviste Onkoloji Hastası
- Panel 9: Onkolojik Ortopedi
- Panel 10: Nörolojik Onkolojik Aciller
- Panel 11: Onkolojik Hastalarda Radyoloji
- Panel 12: Onkolojik Hastalarda Enfeksiyonlar
- Panel 13: Uydu Sempozyumu (Menarini Türkiye)
- Panel 14: Online Panel
- Panel 15: Hematolojik Onkolojik Aciller
- Panel 16: Serbest Panel
- Panel 17: Jinekolojik Onkoloji
- Panel 18: Akılcı İlaç Kullanımı

PANEL OTURUM BAŞKANLARI

Prof.Dr.Başar Cander
Prof.Dr.Erdem Göker
Prof.Dr.Yavuz Selvi
Doç.Dr.Memduha Aydın
Prof.Dr.Mehmet Koç
Prof.Dr.Kayhan Öztürk
Prof.Dr.Ömer Erdur
Prof.Dr.Mehmet Artaç
Doç.Dr.Murat Araz
Prof.Dr.Muhammet Gökhan Turtay
Doç.Dr.Said Sami Erdem
Prof.Dr.Kamile Marakoğlu
Prof.Dr.Fatma Gökşin Cihan
Prof.Dr.Mehmet Ali Eryılmaz
Prof.Dr.Yüksel Arıkan
Prof.Dr.Bahattin Kerem Aydın
Prof.Dr.Mehmet Ali Acar

Doç.Dr.Ali Ulvi Uca
Doç.Dr.Ayşegül Demir
Doç.Dr.Ayşegül Altunkeser
Doç.Dr.Abidin Kılınçer
Prof.Dr.Nazlım Aktuğ Demir
Doç.Dr.Ayşe Özdemir
Uzm.Dr.Yasin Yıldız
Doç.Dr.Ahmet Çağlar
Uzm.Dr.Demet Acar
Prof.Dr.Abdülkadir Baştürk
Doç.Dr.Seda Yılmaz
Prof.Dr.Cafer Zorkun
Dr.Öğr.Üyesi Emin Fatih Vişneci
Doç.Dr.Nur Gözde Kulhan
Dr.Öğr.Üyesi Oğuzhan Günenc
Prof.Dr.Mehmet Gül

KONUŞMACILAR

Prof.Dr.Soner Cander
Doç.Dr.Mehmet Zahid Koçak
Doç.Dr.Seda Yılmaz
Kalid A.A. Ateyyah, MD
Doç.Dr.Memduha Aydın
Dr.Öğr.Üyesi Fatih Ekici
Uzm.Dr.Murat Kuru
Prof.Dr.Gül Kanyılmaz
Doç.Dr.Berrin Benli Yavuz
Doç.Dr.Meryem Aktan
Uzm.Dr.İbrahim Babalıoğlu
Prof.Dr.Kayhan Öztürk
Prof.Dr.Ömer Erdur
Doç.Dr.İlker Kaçer
Doç.Dr.Serhat Örün
Doç.Dr.Murat Gül
Doç.Dr.Mustafa Topal
Doç.Dr.Süleyman Karaköse
Uzm.Dr.Onur Bulut
Doç.Dr.Ahmet Çağlar
Doç.Dr.Turgut Dolanbay
Uzm.Dr.Havva Serin Yiğit
Doç.Dr.Selma Pekgör
Dr.Öğr.Üyesi Hatice Küçükceran
Dr.Öğr.Üyesi Bahar Ürün Ünal
Doç.Dr.Mehmet Murat Oktay
Doç.Dr.Bahadır Taşlıdere

Doç.Dr.Fatma Çakmak
Dr.Öğr.Üyesi Abdussamed Vural
Prof.Dr.Bahattin Kerem Aydın
Doç.Dr.Ali Özdemir
Dr.Öğr.Üyesi Ebubekir Eravşar
Doç.Dr.İlker Çöven
Doç.Dr.Mustafa Altaş
Doç.Dr.Fettah Eren
Doç.Dr.Abidin Kılınçer
Uzm.Dr.Zeynep Keskin
Haitham Osama Khalifa, MD
Prof.Dr.Nazlım Aktuğ Demir
Dr.Öğr.Üyesi Erkan Temizkan
Prof.Dr.Ruhiye Reisli
Lukasz Szarpak, Prof, PhD
Dr.Khikmat Anvarov
Doç.Dr.Burak Bilgin
Uzm.Dr.Nur Furkan Cander
Uzm.Dr.Mustafa Önder Gönen
Prof.Dr.Anton Volosevest
Prof.Dr.Cafer Zorkun
Dr.Öğr.Üyesi Oğuzhan Bol
Alex Edward Dent, MD
Uzm.Dr.Rifat Şener
Uzm.Dr.Sıtkı Özbilgiç
Uzm.Dr.Mustafa Şahin
Dr.Öğr.Üyesi Emin Fatih Vişneci

SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUM BAŞKANLARI

Doç.Dr.Alparslan Şahin
Doç.Dr.Ceren Şen Tanrıkulu
Doç.Dr.Ömer Faruk Odabaş
Doç.Dr.Sabri Özden
Uzm.Dr.Ayşe Işık
Doç.Dr.Ahmet Sinan Sarı
Uzm.Dr.Osman Lütfi Demirci
Doç.Dr.Serhat Örün
Uzm.Dr.Onur Küçüktopçu
Uzm.Dr.Abidin Baran

Doç.Dr.Emine Kadioğlu
Uzm.Dr.Serpil Ergülü Esmen
Doç.Dr.İsmail Hasırcı
Uzm.Dr.Asiye Müminat Çap
Dr.Öğr.Üyesi Dilay Gök Korucu
Uzm.Dr.Selma Özlem Çelikdelen
Doç.Dr.Tuğba Gün Koplay
Doç.Dr.Abdulhalim Serden Ay

AÇILIŞ KONUŞMALARİ

Prof.Dr.Mehmet Gül - Kongre Başkanı

Sayın Belediye Başkan Vekilim, Sayın Sağlık Müdürüm, Sayın Dekanım, Sayın Başhekimim, Sayın ATUDER Başkanım, değerli bilim insanları, kıymetli öğrenciler ve basınımızın güzide temsilcileri; Konya İl Sağlık Müdürlüğü, Konya Şehir Hastanesi ve Acil Tıp Uzmanları Derneği (ATUDER) tarafından organize edilen 4. Uluslararası Onkolojik Aciller Kongresi'ne hepiniz hoş geldiniz.

Çok değerli katılımcılar, Onkolojik hastalar sadece acil servisler için değil, diğer tüm klinik hekimleri ve sağlık çalışanları, hasta yakınları açısından da çok hassas, özellikli kimselerdir. Acil servislerde bizler, hastayı birçok kliniği ilgilendiren farklı şikayetlerle değerlendiririz. Hastalıklarının doğası gereği mükerrer başvuru ve hastaneye yatışlar, farklı girişimler, operasyonlar, yan etki profili yüksek ilaçlar gibi yaşanmış bazı olumsuzluklar nedeniyle bu hastaların memnuniyet düzeyini yükseltmek bizler için oldukça zor bir iştir. Bu işi yaparken özellikle onkoloji olmak üzere multidisipliner çalışmak öncelikli olmalıdır. Ayrıca hasta yaklaşımlarını hızlı ve doğru bir şekilde tamamlamak için onkoloji ve acil branşlarının organize olması gerçekten çok önemlidir. Bu bağlamda kongremiz yıllardır yapılması düşünülen beraber çalışma ortamını sağlamıştır.

Yoğun programlarına rağmen davetimize icabet edip teşekkür buyuran Sn. Karatay Belediye Bşk. Yrd. Adil Tosun'a teşekkürlerimizi arz ederiz.

Onkolojik Aciller Kongresi'ni bu yıl Konya'da Konya Şehir Hastanesi'nde yapmanın mutluluk ve heyecanını yaşıyoruz. Daha önce 1'er kez İstanbul, Uşak ve Ankara'da yapılan kongrenin bu yıl Konya'da yapılmasında güçlü iradesini ortaya koyan ve tüm süreçlerde desteklerini esirgemeyen İl Sağlık Müdürümüz Sayın Prof.Dr.Mehmet Koç Beyefendi'ye şükranlarımı arz ediyorum.

AÇILIŞ KONUŞMALARARI

Doç.Dr.Ayşe Özdemir - Kongre Başkanı

Doktor, anne ve bir kadın olarak 2024 Cumhuriyet Türkiye'sinde neler yapabildik? Aslında hala zorlu süreçlerden geçiyoruz ama belki de yapabildiğimiz en önemli şey Tıp Fakültesi ve sağlık alanındaki öğrencilere örnek olabilmek. Kelile ve Dimne, Sanskritçe orijinal adı Pança-Tantra olarak bildirilir. 'Dostluğun Bozulması', 'Dost Kazanma', 'Savaş ve Barış', 'Zenginliklerimizin Kaybı' ve 'Tedbirsizlik ve Acele Karar Vermeye Dair' isimli beş bölümle, bir girişten müteşekkildir. İlk bölümündeki konusunu hikâyenin kahramanları iki çakaldan alır: doğrunun ve dürüstlüğün simgesi "Kelile" ile yanlışın ve yalanın simgesi "Dimne" İnsan olmak doğru ve dürüstlüğü kendine şiar edinmiş olmaktır. Bu kongrenin 4.sünü yapıyor olmaktan mutluluk duyuyorum ayrıca bu kongrenin düzenlenmesini sağlayan Sn Prof. Dr. Mehmet Gül ve Sn Prof. Dr. Erdem Göker başta olmak üzere tüm katkı sağlayanlar bana doğru ve dürüstlüğün ayrıca dostluğun çok önemli olduğunu, bunları sürdürmenin ise daha da önemli olduğunu gösterdiler. Tıp fakültesi öğrencilerimize kitapları okutarak bilgileri öğretebiliriz ancak öğrencilerimiz derslerdeki bilgimizle değil davranışlarımızla bizleri hatırlayacaklar. Okul yıllarımda Selçuk Üniversitesinde anlatılan çoğu bilgiyi unutsam da bana yapılan nezaketli davranışları hatırımdan hiç çıkarmadım. Ayrıca öğrencilik yıllarımda bizi davet eden asistanlarımız ve hocalarımız sayesinde bilimsel ve sosyal programların harmanlandığı kongrelerden daha çok şeyler öğrendim. Umarım öğrencilerimizin hatıralarında bu davranışlarımızla yer alabiliriz. Kanser hem teşhisi hem tedavi sürecine bakıldığında uzun bir yolculuğa çıkmak gibidir. Bir makalede "Kanser zekidir ve bir sağlık olayı haline geldiğinde tümör, bağışıklık sisteminin 'gözünü bağlar'" diye bir cümleyle karşılaşmıştım. Büyümlerine bakıldığında vücudumuzun onu düşman olarak görmediğini söyleyebiliriz. Bu yüzden ki eskiden neden olduğunu bilmediğimiz ancak doğuştan gelenler ile yaşamımız boyunca edindiğimiz gen mutasyonlarının birlikte çalışarak oluşan kanser hem teşhisi hem de tedavisi birçok tıp dalını ilgilendiren, organize bir suç karşısında çözüm arar gibi ekip halinde çalışmayı gerektiren, iyi farklılaştırılmış bir tedavi yaklaşımına ihtiyaç duyar. Bugün ve sonrasında dinleyeceğimiz konuşmacılar kanser özelinde acil yaklaşımlara ışık tutacak, onkolojide ekip olarak çalışmanın bu uzun yolculuğu nasıl yönlendirdiğine tanıklık etmemizi sağlayacaklar. ONKOLOJİK ACİLLER KONGRESİ, ismi yıllarca koyulmamış ama kanser vakalarında acil yaklaşımların ortak bir zeminde tartışılmak istenmesinden doğmuştur. 4 yıllık bir kongre sürecinde Onkoloji ve Acil gibi yoğun branşların yaklaşımlarının hastaların yaşamlarını sürdürmedeki rolünü ve beraber değerlendirme sürecinin ne kadar değerli olduğunu da kanıtladı. Bazen makale yazarsınız atıf almasını beklersiniz çok önemli bir konuya değindiğinizi bilerek ve düşünerek. Belki 3 yıl beklersiniz. Bir bakarsınız birdenbire birçok atıf ard arda yapılmış. Bugün geldiğimiz Konya da görüyorum ki kongremiz dik bir ivmeyle seyrediyor. Ziyadesiyle memnunum çünkü amacımız biyokimyacı olarak birleştirici olmaktı. Bugün 4.Uluslararası Onkolojik Aciller Kongresini dünyayı ve Türkiye'yi sarsan doğal felaketlerin süregelen etkileri altında, hiçbir ekonomik destek almadan, bilimsel inisiyatif olarak İstanbul Beykent, Uşak Üniversitesi ve Ankara Lokman Hekim Üniversitesinden sonra yine bir akademik zeminde, Konya Şehir Hastanesi'nde yapıyor olmak beni ve bu kongrenin adının konulmasını, içeriğinin saptanmasını, konuşmacıların belirlenmesini sağlayan tüm hocaların da oldukça memnun etmiştir. Ayrıca en önemli hedefimizin gerçekleşmesinden dolayı gurur duyduğumuzu da belirtmek isterim. Ümit ediyorum ki gün gelecek bu bilimsel platformda, onkoloji ve acil alanındaki hekimler tıbbın her branşındaki insanla, akademik teşvik ya da doçentliğe başvuru kriteri için değil, bilimsel söyleyecekleri SÖZLERİ ni gelip bu kürsüden ülkemize ve dünyaya duyurmak ve tartışmak için yer alacaklar. Sn Erdem Göker ve Sn Mehmet Gül nezdinde Değerli Hocalarıma bu sebeple de teşekkür etmek istiyorum kongreye gelerek bilimsel elçi olup konuşma lütfunda bulundular. İstanbul'daki ilk kongremizde kongrenin başarısının sürdürülebilirlik olduğundan hareketle, elimden gelen sosyal ve bilimsel çabayı göstereceğime söz vermiştim. Bu sözümü tekrarlayarak, konuşma yapacak bize mihmandar olacak hocalarımıza domino etkisi yaratmalarını dileyerek, bizi misafir eden Konya Şehir Hastanesi Ailesine, Başhekim Sn Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan GÜNENC ve Konya İl Sağlık Müdürümüz Sn Prof. Dr. Mehmet KOÇ nezdinde tüm katılımcılarla beraber teşekkürlerimi sunuyorum. Ayrıca tüm kongrelerde bize destek olan ATUDER yönetimine Sn Prof Dr Başar Cander nezdinde şükranlarımı iletiyorum.

Saygı ve hürmetlerimle

POSTER

B İ L D İ R İ L E R

IV.Uluslararası Onkolojik Aciller Kongresi, 17-20 Ekim 2024 Konya, Tam Metin Bildiri Kitabı

IVth International Oncological Emergencies Congress, 17-20 October 2024 Konya, Full Text Book

PB001

METASTATİK KOLON KANSERİ TANILI HASTADA EPİLEPTİK NÖBET SONRASINDA TANI KOYULAN İNTRASEREBRAL HEMORAJİ, OLGU SUNUMU UZM. DR. BATUHAN İLBEY BAŞOL - YÜKSEKOVA DEVLET HASTANESİ ACİL TIP KLİNİĞİ

ÖZET

Amaç: Onkolojik tanılı hastalarda santral sinir sistemi (SSS) metastazlarına ve koagülopatiyeye bağlı veya sadece spontane olarak intraserebral hemorajilere (ICH) yatkınlık artar. Kaleme alınan olgu sunumu ile bu durumlara değinilmek istenmiştir.

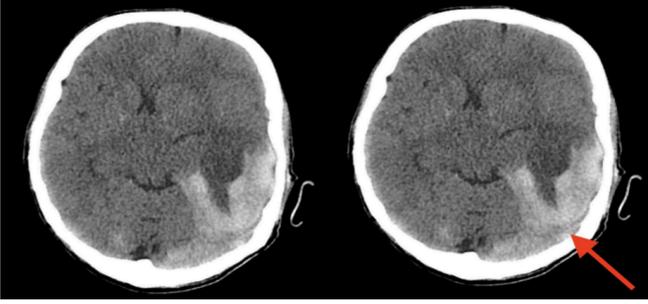
Gereç ve Yöntem: Olgu sunumunda acil servise başvuran hastanın yapılan muayenelerine, laboratuvar tetkiklerine ve kontrastsız beyin bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesindeki kesitlerine yer verilmiştir.

Bulgular: Acil servise, jeneralize tonik klonik (JTK) epileptik nöbet sonrasında başvuran metastatik kolon kanseri tanılı hastada alınan anamnez ve yapılan muayeneler sonrasında istenen görüntüleme tetkiklerinde subfalksiyan herniasyon yaratan, subdural minimal ekstraaksiyel kanama görünümü mevcut olan intraparakimal hematoma tespit edilmiştir.

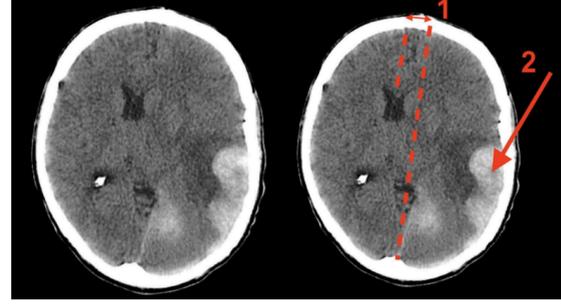
Sonuç: İntraserebral hemorajiler (ICH), kanser tanılı hastalarda görülme sıklığı artan, tanı koyulduktan sonra ivedilikle multidisipliner yaklaşım gerektiren durumlardır.

OLGU SUNUMU

Metastatik kolon kanseri tanısını ile takip edilen 53 yaşındaki erkek hasta, evinde yaklaşık üç dakika süren jeneralize tonik klonik (JTK) epileptik nöbet geçirdikten sonra yakınlarının 112 Acil Çağrı Merkezi'ni araması sonrasında ambulans ekipleri ile acil servise getirildi. Alınan anamnezinde onkolojik tedavilerinin iki ay önce kesildiği, mevcut hastalığına bağlı karaciğer metastazları olduğu, bilinen başka bir hastalığı olmadığı ve düzenli bir ilaç kullanmadığı öğrenildi. Hastanın kan basıncı 130/80 mmHg, kalp hızı 90/dk, oksijen saturasyon değeri oda havasında %90, ateş 36,5 o C idi. Hastanın ilk bilinç değerlendirmesi sonrasında, geçirdiği JTK vasıftaki epileptik nöbete bağlı olarak postiktal dönemde olduğu düşünüldü. Yapılan nörolojik muayene bulguları; Glasgow Koma Skalası (GKS): 11, gözleri spontane açık, ışık refleksi (IR) bilateral pozitif, kısmen oryante ve koopere, afazik konuşma, ekstremitelerde sağ kolda 3/5, diğer ekstremitelerde 5/5 kas gücü, normal duyu muayenesi şeklindeydi. Alınan laboratuvar testleri; tam kan sayımında beyaz kan hücresi 15,460/mm³, hemoglobin 9,5 g/dL, trombosit sayısı 73,000/mm³, laktat 5 mmol/L, protrombin zamanı (PT) 20,8 sn, INR 1,60 şeklinde sonuçlandı. Santral sinir sistemini (SSS) görüntülemek için yapılan kontrastsız beyin bilgisayarlı tomografi (BT) raporunda radyoloji uzman hekiminin "Solda frontoparietal bölgeden inferiorda temporal alana doğru uzanım gösteren, toplamda yaklaşık 12 cm boyutunda bir alanı etkileyen, en belirgin yerinde 4 cm kalınlığa varan belirgin parankimal hematoma alanları ile birlikte bu alan komşuluğunda subdural minimal ekstraaksiyel kanama görünümü ve hemorajik alanlar çevresinde ödem etkisi ile uyumlu hipodens alanlar izlenmektedir. Soldan sağa yaklaşık 22mm subfalksiyan herniasyon ve yer değiştirme (shift) izlenmektedir. Sol lateral ventrikül ileri derecede basılıdır. Solda sulkuslarda ödem etkisi ile uyumlu silinme mevcuttur." ifadelerine yer verdiği görüldü. Tetkik sonuçları ile ICH tanısı koyularak beyin ve sinir cerrahisi uzman hekimine konsülte edilen hastaya acil cerrahi girişim önerilmesine rağmen bu öneri, hasta yakınları tarafından tüm riskler göz önünde bulundurularak reddedildi. Hasta takip amacıyla yoğun bakıma yatırıldı.



Şekil 1. İntraserebral hemorajisi. ekstraaksiyel kanama görünümü.



Şekil 2. İntraserebral hemorajisi. 1 numaralı ok subfalksiyan herniasyon ve yer değiştirme (shift) mesafesini göstermektedir. 2 numaralı ok çevresinde etkili olan ödem bölgesi ile intraparakimal hematomu göstermektedir.

TARTIŞMA

İntraserebral hemorajiler (ICH), spontane şekilde gelişebilir ve tüm intrakranial olayların yaklaşık %10'unu oluşturur. ICH, yüksek morbidite ve mortalite ile seyretme potansiyeline sahiptir. İlk hafta içerisinde %30, ilk yıl içerisinde %55 ve on yıllık periyotta %80 oranında mortalite ile seyreder. Hayatta kalan hastaların ise sadece %20'si eski işlevselliğine geri dönebilmektedir. 1 Kanser tanılı hastalarda en sık görülen nörolojik acillerden biri de ICH'dir. Primer santral sinir sistemi (SSS) tümörlerine sekonder gelişebileceği gibi diğer malignitelerin metastazlarına bağlı da görülebilir. Diğer ICH sebepleri ise antikoagülan kullanımı, koagülopatiler ve kan basıncı yüksekliğidir. 2 Hastalarda baş ağrısı, bulantı ve kusma, nörolojik defisitler, bozulmuş bilinç durumu ve epileptik nöbetler gibi semptomlar görülebilir. Baş ağrısı, subaraknoid kanama gibi diğer SSS patolojilerinden daha yavaş başlangıçlı olabilir. 1 Nörolojik muayenede baş ağrısı ile beraber gelişen fokal nörolojik defisitler izlenebilirken bozulan bilinç durumuna bağlı olarak nörolojik muayeneye uyumsuzluk, oryantasyon ve kooperasyon eksiklikleri de görülebilir. 3 Belirgin nörolojik defisiti ve bozulmuş bilinç durumu olan hastalarda ilk planda SSS hemorajilerini değerlendirmek için yapılan görüntüleme tetkiki, kontrastsız beyin bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikidir; hastaya tanı koyulması, hemorajisi miktarının belirlenmesi, prognoz tahmini ve olası cerrahi girişim endikasyonlarının tespiti gibi konularda klinisyenlere yardımcı olur. 4 İntraserebral hemorajisi (ICH) tedavisinde, multidisipliner yaklaşımlar gerekmektedir. Tedavi adımları; alta yatan sebebe (koagülopati, vitamin K antagonisti kullanımı, yeni nesil vitamin K antagonisti olmayan oral antikoagülan kullanımı, yüksek kan basıncı vb.) yönelik medikal yaklaşımlar, hemorajiyeye sekonder gelişen durumların (epileptik nöbetler, kafa içi basınç artışı sendromu vb.) giderilmesi ve olası cerrahi girişimler (kraniyotomi, kraniyektomi, minimal invaziv cerrahi girişimler vb.) şeklinde sıralanabilir. 5

KAYNAKLAR

1. Tintinalli JE. Tintinalli's Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide.;2020.
2. Velander AJ, DeAngelis LM, Navi BB. Intracranial Hemorrhage in Patients with Cancer. Curr Atheroscler Rep. 2012;14(4):373-381. doi:10.1007/s11883-012-0250-3
3. Qdaisat A, Yeung SCJ, Rojas Hernandez CH, et al. Characteristics and Outcomes of Intracranial Hemorrhage in Cancer Patients Visiting the Emergency Department. J Clin Med. 2022;11(3):643. doi:10.3390/jcm11030643
4. Hillal A, Ullberg T, Ramgren B, Wassélius J. Computed tomography in acute intracerebral hemorrhage: neuroimaging predictors of hematoma expansion and outcome. Insights Imaging. 2022;13(1):180. doi:10.1186/s13244-022-01309-1
5. Hemphill JC, Greenberg SM, Anderson CS, et al. Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. Stroke. 2015;46(7):2032-2060. doi:10.1161/STR.000000000000069

PB002

Merkez Biyokimya Laboratuvarımıza Gelen Toplam Numune Ret Oranlarının Onkoloji Bölümünden Gelen Numunelerin Ret Oranları İle Karşılaştırılması

Dr. Ömer Burak Taşkaya 1 , Dr. Deniz Yılmaz Sak 1 , Dr. Hasan Basri Yıldırım 1 , Dr. İslam Köse 1 , Dr. Gülsüm Tuğçe Çatak 1 , Dr. Sena Tayiz 1 ,
Dr. Hatice Altunhan 1 , Dr. Öznur Köylü 1 , Dr. Hüseyin Kurku 1 , Dr. Çiğdem Damla Deniz 1 , Dr. Said Sami Erdem 1
1 SBÜ Konya Şehir Hastanesi Tıbbi Biyokimya Eğitim Kliniği

AMAÇ

Sağlık kuruluşlarında hastalardan uygun şekillerde kan alınması, transportu, analizi ve sonuç verilmesi kliniklerde tanı ve tedavi sürecinin yönetilmesine, acil vakalara anında müdahale edilmesine katkı sunmaktadır. Numunenin reddedilmesi sonuç verme süresini uzatarak hastalardan tekrardan kan alınmasına ve sonuç verme süresinin uzamasına neden olabilmektedir. Bu durum özellikle onkolojik hastaların acil durum değerlendirmesinde kritik öneme sahiptir. Bu çalışmada laboratuvarımıza ulaşan numunelerin toplam reddedilme oranlarını ve tıbbi onkoloji bölümünden gelen numunelerin reddedilme oranlarını değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Konya Şehir Hastanesi biyokimya laboratuvarında Ocak 2024 – Temmuz 2024 tarihleri arasında gelen numunelerin verileri Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi üzerinden bilgiler retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Veriler Microsoft Excel üzerinde değerlendirilerek istatistiksel analizleri gerçekleştirildi. Laboratuvarımıza gelen toplam numune sayısı ve ret oranları ile tıbbi onkoloji bölümünden gelen toplam numune sayıları ve ret oranları incelenmiş, karşılaştırma yapılmıştır.

BULGULAR

2024 yılı Ocak- Temmuz ayları arasında merkez biyokimya laboratuvarına 1291080 numune gelmiş olup 11701(%0,90) numune reddedilmiştir. Aynı zaman diliminde hastanemiz Tıbbi Onkoloji servisi ve polikliniğine toplam 42111 numune gelmiş olup 95(%0,22) numune reddedilmiştir.

SONUÇ

Laboratuvara gelen numunenin kalite standartlarına uygun şekilde kan alımı, transferi, analizi ve sonuçlandırılması gerekmektedir. Numune reddi sonuç verme süresini uzatmakta olup tanı ve tedavi süreçlerini sekteye uğratmaktadır. Onkolojik hastalar gibi özellikli hasta gruplarında kan alım süreci daha zor olabilmektedir. Deneyimli kan alım personeli, doğru numune kimliklendirilmesi ve iyi organize edilmiş transfer süreci gibi preanalitik koşulları optimize etmemiz sayesinde hastanemiz Tıbbi Onkoloji biriminde toplam ret oranlarımızın diğer birimlere kıyasla ve literatürde bu konuda yapılmış olan çalışmalara göre daha düşük ret oranları saptamış bulunuyoruz.

KAYNAKLAR

1. Atay A, Demir L, Cuhadar S, Sağlam G, Unal H, Aksun S, Arslan B, Ozkan A, Sutcu R. Clinical biochemistry laboratory rejection rates due to various types of preanalytical errors. *Biochem Med (Zagreb)*. 2014 Oct 15;24(3):376-82. doi: 10.11613/BM.2014.040. PMID: 25351356; PMCID:PMC4210258.
2. Lippi G, Betsou F, Cadamuro J, Cornes M, Fleischhacker M, Fruekilde P, Neumaier M, Nybo M, Padoan A, Plebani M, Sciacovelli L, Vermeersch P, von Meyer A, Simundic AM; Working Group for Preanalytical Phase (WG-PRE), European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM). Preanalytical challenges - time for solutions. *Clin Chem Lab Med*. 2019 Jun 26;57(7):974- 981. doi: 10.1515/cclm-2018-1334. PMID: 30710481.
3. Illo R, Salinas M, Lopez-Garrigos M, Naranjo-Santana Y, Gutiérrez M, Marín MD, Miralles M, Uris J. Reducing preanalytical laboratory sample errors through educational and technological interventions. *Clin Lab*. 2012;58(9-10):911-7. PMID: 23163106.
4. Giavarina D, Lippi G. Blood venous sample collection: Recommendations overview and a checklist to improve quality. *Clin Biochem*. 2017 Jul;50(10-11):568-573. doi: 10.1016/j.clinbiochem.2017.02.021. Epub 2017 Feb 27. PMID: 28242283.

PB003

Merkez Biyokimya Laboratuvarımıza Gelen Hiperkalsemi ve Hiponatremisi Olan Hastaların Onkoloji ve Diğer Bölümlere Dağılımı
Hasan Basri Yıldırım 1 , İslam Köse 1 , Deniz Yılmaz Sak 1 , Ömer Burak Taşkaya 1 , Gülsüm Tuğçe Çatak 1 , Öznur Köylü 1 , Hüseyin Kurku 1 ,
Çiğdem Damla Deniz 1 , Said Sami Erdem 1
1 SBÜ Konya Şehir Hastanesi Tıbbi Biyokimya Eğitim Kliniği

AMAÇ

Hiperkalsemi ve hiponatremi özellikle kanser hastalarında yaygın olarak görülebilen ciddi elektrolit bozukluklarıdır. Çalışmamızda laboratuvarımızda analiz edilen ve hiperkalsemi ve ciddi hiponatremi tespit edilen örneklerin sayıları ve Onkoloji ve diğer bölümlere olan dağılımı değerlendirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

SBÜ Konya Şehir Hastanesi Merkez Biyokimya Laboratuvarı Laboratuvar Bilgi Sistemi'nden Ekim 2023 – Ekim 2024 ayları arasında analiz edilen 18 yaş üstü yetişkin hastaların verileri retrospektif olarak analiz edilmiştir. Hiperkalsemi(>11 mg/dl) ve ciddi hiponatremi(≤120mmol/L) bulunan örnek sayıları ayrı ayrı tespit edildi. Örneklerin gönderildiği bölümlerin dağılımı Onkoloji ve diğer bölümler olmak üzere iki grup olarak ayrıldı. Veriler Microsoft Excel üzerinde değerlendirilerek istatistiksel analizleri gerçekleştirildi.

BULGULAR

Ekim 2023 - Ekim 2024 tarihleri arasında 143.877 hastadan kalsiyum analizi yapılmış olup bunlardan 475(0,33%)'inde hiperkalsemi tespit edilmiştir. Hiperkalsemi tespit edilen örneklerden 48(10,1%) örnek Onkoloji bölümünden gönderilen örneklerden oluşurken 427(89,9%) örnek diğer bölümlerden gönderilmiştir. Belirtilen tarihler arasında 298.318 hastadan sodyum analizi yapılmış olup bunlardan 314(0,1%)'inde ciddi hiponatremi tespit edilmiştir. Ciddi hiponatremi tespit edilen örneklerden 18(5,73%) örnek Onkoloji bölümünden gönderilen örneklerden oluşurken 296(94,37%) örnek diğer bölümlerden gönderilmiştir.

SONUÇ

Onkolojik hastalarda hiperkalsemi ve hiponatreminin daha belirgin ve ağır seyretmesi, bu hasta grubunun yakından izlenmesi ve erken müdahale gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, bu iki önemli elektrolit bozukluğunun farklı kliniklerdeki dağılımının belirlenmesi ve multidisipliner yaklaşım ile hiperkalsemi ve hiponatreminin erken tespit edilmesi ve gerekli tedavinin uygulanması hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir.

KAYNAKLAR

1. Goldner W. Cancer-Related Hypercalcemia. J Oncol Pract. 2016 May;12(5):426-32. doi: 10.1200/JOP.2016.011155. PMID: 27170690.
2. Mc Donald D, Drake MT, Crowley RK. Treatment of hypercalcaemia of malignancy in adults. Clin Med (Lond). 2023 Sep;23(5):503-507. doi: 10.7861/clinmed.2023-0227. Epub 2023 Sep 29. PMID: 37775175; PMCID: PMC10541286.
3. Grohé C. Hyponatremia in Oncology Patients. Front Horm Res. 2019;52:161-166. doi: 10.1159/000493245. Epub 2019 Jan 15. PMID: 32097904.
4. Ellison DH, Berl T. Clinical practice. The syndrome of inappropriate antidiuresis. N Engl J Med. 2007 May 17;356(20):2064-72. doi: 10.1056/NEJMc066837. PMID: 17507705.
5. Workeneh BT, Jhaveri KD, Rondon-Berrios H. Hyponatremia in the cancer patient. Kidney Int. 2020 Oct;98(4):870-882. doi: 10.1016/j.kint.2020.05.015. Epub 2020 Jun 1. PMID: 32497528.

SÖZLÜ

B İ L D İ R İ L E R

IV.Uluslararası Onkolojik Aciller Kongresi, 17-20 Ekim 2024 Konya, Tam Metin Bildiri Kitabı

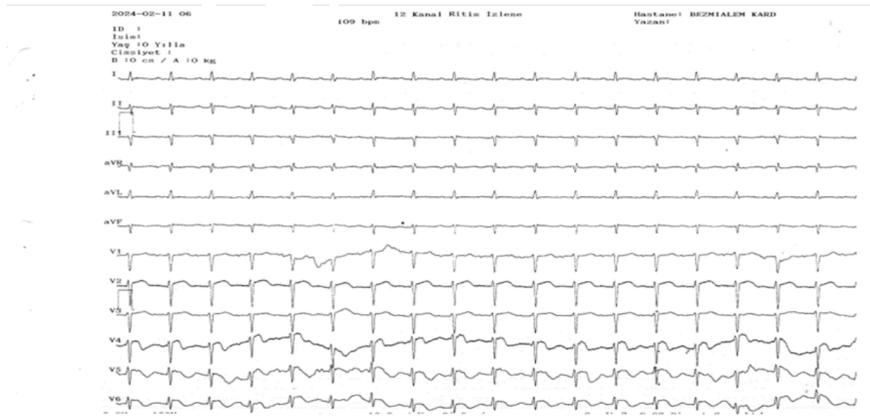
IVth International Oncological Emergencies Congress, 17-20 October 2024 Konya, Full Text Book

SB001

A RARE CASE OF LEFT VENTRICULAR MYOCARDIAL METASTASIS OF PATIENT PRESENTING WITH ST-ELEVATION ACUTE CORONARY SYNDROME Tural Guliyev, Gülsima Özcan , Nijad Bakshalijev , Melih Şimşek , Şahende Elagöz

Lung cancer remains one of the leading causes of cancer-related mortality worldwide, and while metastatic involvement of the heart is relatively rare, it poses significant diagnostic and therapeutic challenges. This case report details a unique presentation of myocardial metastasis from non-small cell lung cancer (NSCLC) manifesting as acute coronary syndrome (ACS). Our patient presented with persistent chest pain and dyspnea, with ECG changes mimicking ST-elevation myocardial infarction (STEMI), despite the absence of coronary artery occlusion.

Figure 1. Sinus rhythm with ST elevation and biphasic T waves observed in V4-V6 derivations. No reciprocal ST depression noted in the inferior derivations.



Through multimodal imaging, including CT, PET-CT, transthoracic echocardiography (TTE), and cardiac MRI, we were able to identify the metastatic cardiac involvement. Unfortunately, the patient's condition rapidly deteriorated, leading to a fatal outcome.

Figure 2. Cardiac MRI: (A) In the inferior-lateral wall of the left ventricular apex, there is a 30x20 mm solid mass lesion that is isointense with the myocardium on T1

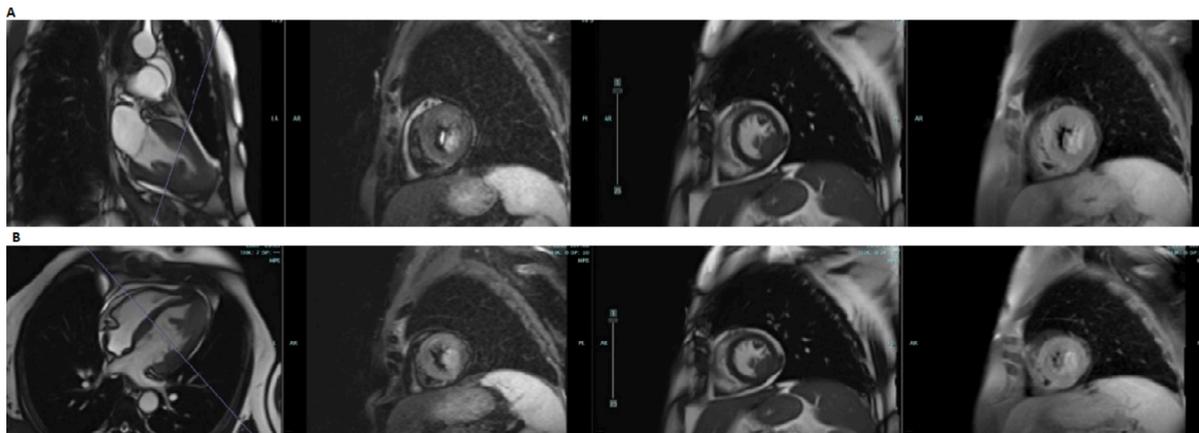
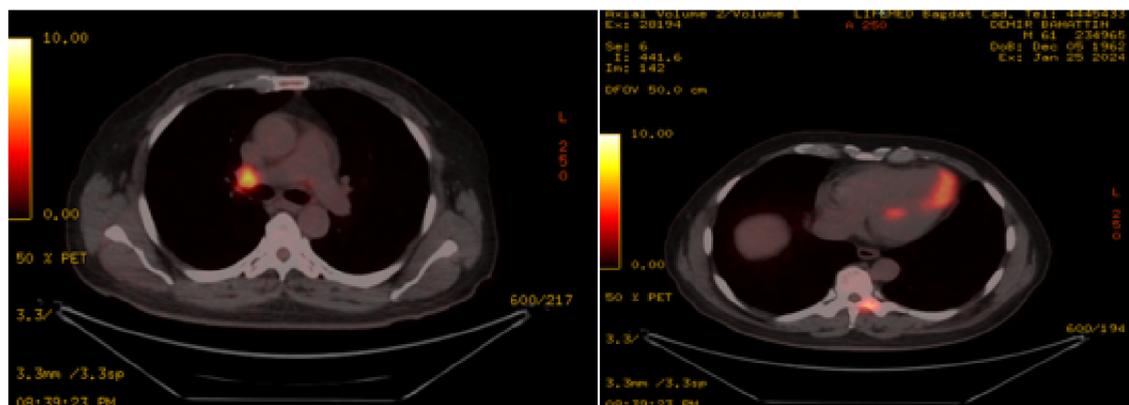


Figure 4. POSITRON EMISSION TOMOGRAPHY WITH COMPUTED TOMOGRAPHY (PET-CT): Lung lesion with an SUV max of 4.8 and mediastinal lymphadenopathy



This case underscores the importance of considering secondary cardiac tumors in patients with advanced lung cancer who present with ACS-like symptoms, as it may indicate a poor prognosis. We believe this report contributes valuable insights into the diagnostic process and clinical management of such cases, emphasizing the role of advanced imaging techniques in identifying cardiac metastasis.

SB002

An Oncological Emergency: Pathologic Humerus Fracture Due to Tumor Metastasis

Demet Acar, Ayşe Işık*, Ayla Mollaoglu

Department of Emergency Medicine, Konya City Hospital, University of Health Sciences

Introduction

Pathologic fractures are fractures that occur due to the negative effects of tumors, infections, and metabolic, or neuromuscular conditions on bone tissue (1). Pathologic fractures caused by bone metastases are common reasons for emergency department visits among oncological patients. Such fractures typically arise from metastases of solid tumors such as breast, lung, and prostate cancers (2). Although pathologic fractures due to bone metastases are most commonly seen in the femur, those occurring in the humerus constitute 16-20% of all pathologic fractures and are the second most common after femoral fractures (3,4).

Case Report

An 82-year-old male patient, diagnosed with lung cancer 8 months ago and currently undergoing chemotherapy at an external center, presented to our emergency department intermittently over the past month with complaints of pain. The patient's PET-CT from the external center revealed bone metastases in the thoracic vertebrae. During his latest visit, the patient reported increasing and localized pain in his right arm over the past week. Consequently, X-rays of the right upper extremity were obtained, along with a PA chest X-ray.

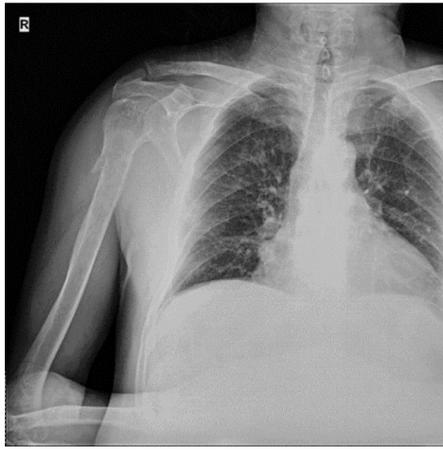


Figure 1: Pathologic Fracture of the Right Humerus

A fracture was detected in the distal right humerus. The patient was consulted to orthopedics with a diagnosis of a pathologic humeral fracture secondary to tumor metastasis. Orthopedics admitted the patient for surgical intervention.

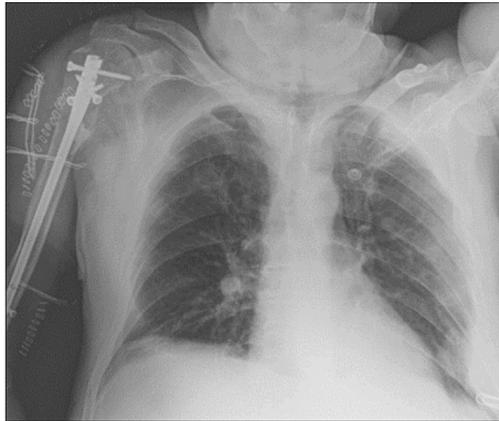


Figure 2: Postoperative Intervention by Orthopedics

Conclusion

Oncological patients may present to emergency departments not only for primary tumor-related issues such as compression, obstructions, or metabolic causes but also for pathologic fractures due to bone metastases. In pathologic fractures of the humerus, late detection of lytic lesions and fractures can occur because the humerus is not a load-bearing bone. Although pain is the most common reason for emergency department visits in patients with known or unknown bone metastases, it is crucial for emergency physicians to not overlook obtaining direct imaging of the localized pain area.

References

- 1.) Yang CH, Kuo FC, Lee CH. Pathological humerus fracture due to anti-interferon-gamma autoantibodies: A case report. *World J Orthop.* 2021;12:938-44.
- 2.) Hoellwarth JS, Weiss K, Goodman M, Heyl A, Hankins ML, McGough R. Evaluating the reoperation rate and hardware durability of three stabilizing implants for 105 malignant pathologic humerus fractures. *Injury.* Elsevier Ltd; 2020;51:947-54.
- 3.) Sarahrudi K, Wolf H, Funovics P, Pajenda G, Hausmann JT, Vécsei V. Surgical treatment of pathological fractures of the shaft of the humerus. *J Trauma - Inj Infect Crit Care.* 2009;66:789-94.
- 4.) Wedin R, Bauer H, Wersäll P. Failures after operation for skeletal metastatic lesions of long bones. *Clin Orthop Relat Res.* 1999;Jan:128-38.

SB003

EVALUATION OF TREATMENT APPROACHES TO CAROTID ARTERY STENOSIS IN PATIENTS WITH NECK RADIOTHERAPY AFTER MALIGNANCY

Gökhan Özdemir 1, Fettah Eren 1

Department of Neurology, Selcuk University Faculty of Medicine, Konya, Türkiye

1. Introduction

Carotid artery stenosis describes atherosclerotic changes and severe stenosis in the proximal segment of the internal carotid artery. The risk of ischemic stroke is increased in patients with symptomatic carotid stenosis over 50-70% (1). Estimated life expectancy, prognosis and possible complications should also be taken into account when making treatment decisions (2).

Carotid artery stenosis is one of the late-period complications in patients treated with neck radiotherapy associated with head and neck cancer (3). Severe carotid stenosis was reported more frequently in patients treated with neck-radiotherapy compared to in patients not treated with neck-radiotherapy. The frequency of cerebrovascular disease was increased at least 2X in carotid stenosis associated with neck radiotherapy (4,5). Surgery for radiotherapy-related carotid artery stenosis has been defined as high risk (6,7). Adhesions, cranial neuropathy and infections are more common in carotid artery endarterectomy (7,8). Therefore, endovascular carotid artery stenting is a priority.

This study aimed to evaluate the endovascular carotid stenting in patients with radiotherapy-related carotid artery stenosis.

2. Material and Methods

2.1. Study Design

This study was conducted by collecting retrospective analysis. Patients diagnosed with acute ischemic stroke admitted to stroke centers between 2017 and 2023 were included in the study. Demographic, radiological, procedural and clinical outcome variables in patients with carotid stenting associated with neck-radiotherapy were collected. After the procedure, all patients were monitored.

2.2. Participants

A total of 575 carotid stenting patient were included in the study. Patients with acute ischemic stroke based on diffusion weighted-magnetic resonance imaging and computed tomography (CT). All patients were evaluated with noninvasive imaging before operation (MR angiography (MRA), CT angiography or doppler ultrasonography) were included by the stroke centers in this study. A total of 17 carotid stenosis patient associated with neck-radiotherapy were included in the study. The carotid stenting decision was made by neurologists specializing in stroke. General anesthesia was not applied in these patients.

Carotid artery stenosis leading to minor infarction or transient ischemic attack in the last six months, it was evaluated as symptomatic carotid artery stenosis. These patients consisted of patients who were symptomatic due to carotid artery stenosis and had more than 50% stenosis.

2.3. The Device Description and Technique

Most endovascular interventions were performed through the femoral artery with a 6-8F sheath. In some patients, it was performed via radial or brachial artery. A carotid stenting device were used according to vascular diameters for carotid stenosis. Digital subtraction angiography and road-map was generally used. Angiographic images were taken from the anterior, oblique and lateral views (Figure 1). Cerebral distal protection device was not used in patients.

2.4. Statistical Analysis

Data were analyzed with SPSS 21.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) package program. Kolmogorov Smirnov test was used for normality analysis of variables. Continuous variables were expressed as mean \pm standard deviation and categorical variables were expressed as numbers and percentages. Descriptive statistical methods were used to evaluate the data in the study.



Figure 1.a. Left carotid is occluded, the entire anterior system filling with right carotid contrast material injection, b. Conventional angiography performed 13 years after radiotherapy shows a stenosis in the internal carotid artery, c. A patient who received radiotherapy to the neck area due to laryngeal cancer. Atrophy, scar tissue on the skin and tracheostomy are observed in the neck area.

3. Results

3.1. Demographic and Clinical Characteristics

The study included 14 (82.4) male and 3 (17.6) female patients with a mean age of $60.7 \pm (SD)15.8$ (range, 37-84). The most common risk factor in all patients was smoking 14 (82.4). Other risk factors were hypertension in 8 (47.1) patients, coronary artery disease in 6 (35.3), diabetes mellitus in 4, and hypercholesterolemia in 3 (17.6). Demographic and clinical characteristics of the patients are presented in Table 1.

SB003

Table 1. Demographic and Clinical Characteristics in Patients with Carotid Stenosis After Neck Radiotherapy

Characteristic	Value n (%)
Age, mean \pm SD years (range)	60.7 \pm (SD)15.8 (range,37-84)
Sex, Number (%)	
Male	14 (82.4)
Female	3 (17.6)
Risk factors, Number (%)	
Hypertension	8 (47.1)
Diabetes	4 (24.5)
Smoking	14 (82.4)
Hypercholesterolemia	3 (17.6)
Coronary disease	6 (35.3)
Side	
Right	10 (58.8)
Left	7 (41.2)

Table 2. Treatment Options and Clinical Features in Patients with Carotid Stenosis After Neck Radiotherapy

Treatment selection	Value n (%)
Medical	2 (11.8)
Stenting	11 (64.7)
Open Surgery	4 (23.5)
Mortality	none (0)
Use of cerebral protection device	none (0)
Anesthesia in angiography	
Local	17 (100)
General	none (0)
Symptomatic stenosis	5 (29)

3.2. Treatment Options and Clinical Features

Carotid artery stenting was performed in 11 (64.7%) patients and carotid endarterectomy was performed in 4 (23.5%) patients and medical treatment in 2 (11.8) patients. The frequency of ischemic stroke was calculated as 29.0% in these patient group (symptomatic carotid stenosis). Stenting procedures were performed under local anesthesia and no complications (0/11 stenting, 0/3 endarterectomy) detected after treatment. No mortality was detected after treatment options. Treatment options and clinical features in patients with carotid stenosis after neck radiotherapy were demonstrated in table 2.

4. Discussion

The prevalence of asymptomatic carotid artery stenosis (stenosis degree of 50% and above) has been determined as 2-8% in the general population (9). The frequency of carotid artery stenosis also increases with higher age. It was determined as 0.5% in the normal population aged 50-60 and 10% in over 80 years (10). Many studies have examined the risk factors in patients with stroke. These risk factors are age, hypertension, hyperlipidemia, smoking, diabetes mellitus and cardio/peripheral vascular diseases. The frequency these risk factors in patients with asymptomatic carotid artery stenosis was detected 5.9% in screening (11). In an evaluation according to gender, carotid artery stenosis was detected 9% in male population and 7% in female. According to the logistic regression model, it was demonstrated that age, smoking, blood pressure and cholesterol were independently associated with carotid atherosclerosis and carotid artery stenosis. In addition, alcohol was associated with increased carotid artery stenosis risk, especially in male (12). In our study the most common risk factor was smoking, hypertension, coronary artery disease, diabetes mellitus, and hypercholesterolemia (respectively).

Carotid artery stenosis (stenosis degree above 50%) has been determined to be 18-38% in head and neck cancer patients treated with radiotherapy. This rate has been observed between 0-9.2% in head and neck tumor patients not treated with radiotherapy (13-19). As a result of a systematic review and meta-analysis published in 2014, the prevalence of severe carotid artery stenosis in patients treated with neck radiotherapy was 17.6% and this rate was 1.3% in the control group. These results demonstrate that neck-radiotherapy is an important risk factor for severe carotid artery stenosis. In addition, the frequency of low-grade (50% and below) carotid artery stenosis was higher according to control group (patient group 19.6%, control group 6.6%) (20).

In an evaluation according to carotid artery lesion locations in patients treated with radiotherapy, stenosis was detected mostly in the common carotid artery and internal carotid artery (77.5%). In addition, the frequency of external carotid artery stenosis was defined as 45% in these patient group. In the control group of similar age and gender, common and internal carotid artery stenosis was detected as 21.6%. In addition, the frequency of external carotid artery stenosis was defined as 2% (21). The localization of stenosis is in the proximal segment of internal carotid artery (22).

Atherosclerosis/stenosis occurs within 1-2 years after radiotherapy (14,17). Bilateral carotid artery disease was demonstrated more common in patients treated with radiotherapy than controls (22-25). Framingham risk factors did not demonstrate differences in the radiotherapy group according to non-radiotherapy group (19). In our study, hypertension was detected to be the most common comorbid factor after smoking.

Surgery and endovascular carotid artery stenting can be technically applied in radiation-related carotid artery stenosis. Stenting can be preferred especially in patients with anatomical vascular abnormalities. Radiotherapy in particular causes adhesions in the neck area. For this reason, surgery may lead to more complications than carotid artery stenting (26). In our study, carotid artery stenting was performed in 11 (64.7%) patients and carotid endarterectomy was performed in 4 (23.5%) patients. No complications were detected.

5. Conclusion

Carotid artery stenosis is one of the most common risk factors for acute ischemic stroke. This situation is one of the late-period complications in patients treated with neck radiotherapy. Carotid artery stenting is an alternative treatment option to carotid endarterectomy. Current results suggest that carotid artery stenting is safety treatment option. However, multicenter, increased patient numbers and case-control studies are needed to confirm these results.

References

- Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, Cockcroft KM, Gutierrez J, Lombardi-Hill D, Kamel H, Kernan WN, Kittner SJ, Leira EC, Lennon O, Meschia JF, Nguyen TN, Pollak PM, Santangeli P, Sharrief AZ, Smith SC Jr, Turan TN, Williams LS. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2021 Jul;52(7):e364-e467. doi: 10.1161/STR.0000000000000375. Epub 2021 May 24. Erratum in: *Stroke*. 2021 Jul;52(7):e483-e484. doi: 10.1161/STR.0000000000000383. PMID: 34024117.
- Hong KS, Yegiaian S, Lee M, Lee J, Saver JL. Declining stroke and vascular event recurrence rates in secondary prevention trials over the past 50 years and consequences for current trial design. *Circulation*. 2011 May 17;123(19):2111-9. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.934786. Epub 2011 May 2. PMID: 21536995; PMCID: PMC3118516.
- Dubec JJ, Munk PL, Tsang V, Lee MJ, Janzen DL, Buckley J, Seal M, Taylor D. Carotid artery stenosis in patients who have undergone radiation therapy for head and neck malignancy. *Br J Radiol*. 1998 Aug;71(848):872-5. doi: 10.1259/bjr.71.848.9828801. PMID: 9828801.
- Carmody BJ, Arora S, Avena R, Curry KM, Simpkins J, Cosby K, Sidawy AN. Accelerated carotid artery disease after high-dose head and neck radiotherapy: is there a role for routine carotid duplex surveillance? *J Vasc Surg*. 1999 Dec;30(6):1045-51. doi: 10.1016/s0741-5214(99)70042-x. PMID: 10587388.
- Plummer C, Henderson RD, O'Sullivan JD, Read SJ. Ischemic stroke and transient ischemic attack after head and neck radiotherapy: a review. *Stroke*. 2011 Sep;42(9):2410-8. doi: 10.1161/STROKEAHA.111.615203. Epub 2011 Aug 4. PMID: 21817150.
- Feehs RS, McGuiert WF, Bond MG, Strickland HL, Craven TE, Hiltbrand JB. Irradiation. A significant risk factor for carotid atherosclerosis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1991 Oct;117(10):1135-7. doi: 10.1001/archotol.1991.01870220083014. PMID: 1910699.
- Rockman CB, Riles TS, Fisher FS, Adelman MA, Lamparello PJ. The surgical management of carotid artery stenosis in patients with previous neck irradiation. *Am J Surg*. 1996 Aug;172(2):191-5. doi: 10.1016/S0002-9610(96)00150-X. PMID: 8795530.
- Kashyap VS, Moore WS, Quinones-Baldrich WJ. Carotid artery repair for radiation-associated atherosclerosis is a safe and durable procedure. *J Vasc Surg*. 1999 Jan;29(1):90-6; discussion 97-9. doi: 10.1016/s0741-5214(99)70351-4. PMID: 9882793.
- de Weerd M, Greving JP, de Jong AW, Buskens E, Bots ML. Prevalence of asymptomatic carotid artery stenosis according to age and sex: systematic review and metaregression analysis. *Stroke*. 2009 Apr;40(4):1105-13. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.532218. Epub 2009 Feb 26. PMID: 19246704.
- Chang YJ, Chang TC, Lee TH, Ryu SJ. Predictors of carotid artery stenosis after radiotherapy for head and neck cancers. *J Vasc Surg*. 2009 Aug;50(2):280-5. doi: 10.1016/j.jvs.2009.01.033. PMID: 19631860.
- Hennerici M, Aulich A, Sandmann W, Freund HJ. Incidence of asymptomatic extracranial arterial disease. *Stroke*. 1981 Nov-Dec;12(6):750-8. doi: 10.1161/01.str.12.6.750. PMID: 7303064.

SB003

- 12.Fine-Edelstein JS, Wolf PA, O'Leary DH, Poehlman H, Belanger AJ, Kase CS, D'Agostino RB. Precursors of extracranial carotid atherosclerosis in the Framingham Study. *Neurology*. 1994 Jun;44(6):1046-50. doi: 10.1212/wnl.44.6.1046. PMID: 8208397.
- 13.Brown PD, Foote RL, McLaughlin MP, Halyard MY, Ballman KV, Collie AC, Miller RC, Flemming KD, Hallett JW. A historical prospective cohort study of carotid artery stenosis after radiotherapy for head and neck malignancies. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2005 Dec 1;63(5):1361-7. doi: 10.1016/j.ijrobp.2005.05.046. Epub 2005 Sep 19. PMID: 16169673.
- 14.Carmody BJ, Arora S, Avena R, Curry KM, Simpkins J, Cosby K, Sidawy AN. Accelerated carotid artery disease after high-dose head and neck radiotherapy: is there a role for routine carotid duplex surveillance? *J Vasc Surg*. 1999 Dec;30(6):1045-51. doi: 10.1016/s0741-5214(99)70042-x. PMID: 10587388.
- 15.Cheng SW, Ting AC, Lam LK, Wei WI. Carotid stenosis after radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000 Apr;126(4):517-21. doi: 10.1001/archotol.126.4.517. PMID: 10772307.
- 16.Lam WW, Yuen HY, Wong KS, Leung SF, Liu KH, Metreweli C. Clinically underdetected asymptomatic and symptomatic carotid stenosis as a late complication of radiotherapy in Chinese nasopharyngeal carcinoma patients. *Head Neck*. 2001 Sep;23(9):780-4. doi: 10.1002/hed.1111. PMID: 11505489.
- 17.Dubec JJ, Munk PL, Tsang V, Lee MJ, Janzen DL, Buckley J, Seal M, Taylor D. Carotid artery stenosis in patients who have undergone radiation therapy for head and neck malignancy. *Br J Radiol*. 1998 Aug;71(848):872-5. doi: 10.1259/bjr.71.848.9828801. PMID: 9828801.
- 18.Cheng SW, Wu LL, Ting AC, Lau H, Lam LK, Wei WI. Irradiation-induced extracranial carotid stenosis in patients with head and neck malignancies. *Am J Surg*. 1999 Oct;178(4):323-8. doi: 10.1016/s0002-9610(99)00184-1. PMID: 10587192.
- 19.Gujral DM, Shah BN, Chahal NS, Bhattacharyya S, Hooper J, Senior R, Harrington KJ, Nutting CM. Carotid intima-medial thickness as a marker of radiation-induced carotid atherosclerosis. *Radiother Oncol*. 2016 Feb;118(2):323-9. doi: 10.1016/j.radonc.2015.11.025. Epub 2015 Dec 17. PMID: 26705683.
- 20.Bashar K, Healy D, Clarke-Moloney M, Burke P, Kavanagh E, Walsh SR. Effects of neck radiation therapy on extra-cranial carotid arteries atherosclerosis disease prevalence: systematic review and a meta-analysis. *PLoS One*. 2014 Oct 16;9(10):e110389. doi: 10.1371/journal.pone.0110389. PMID: 25329500; PMCID: PMC4199672.
- 21.Lam WW, Leung SF, So NM, Wong KS, Liu KH, Ku PK, Yuen HY, Metreweli C. Incidence of carotid stenosis in nasopharyngeal carcinoma patients after radiotherapy. *Cancer*. 2001 Nov 1;92(9):2357-63. doi: 10.1002/1097-0142(20011101)92:9<2357::aid-cnrc1583>3.0.co;2-k. PMID: 11745291.
- 22.Dorth JA, Patel PR, Broadwater G, Brizel DM. Incidence and risk factors of significant carotid artery stenosis in asymptomatic survivors of head and neck cancer after radiotherapy. *Head Neck*. 2014 Feb;36(2):215-9. doi: 10.1002/hed.23280. Epub 2013 Apr 2. PMID: 23554082; PMCID: PMC4445731.
- 23.Halak M, Fajer S, Ben-Meir H, Loberman Z, Weller B, Karmeli R. Neck irradiation: a risk factor for occlusive carotid artery disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2002 Apr;23(4):299-302. doi: 10.1053/ejvs.2001.1555. PMID: 11991689.
- 24.Huang TL, Hsu HC, Chen HC, Lin HC, Chien CY, Fang FM, Huang CC, Chang HW, Chang WN, Huang CR, Tsai NW, Kung CT, Wang HC, Lin WC, Cheng BC, Su YJ, Chang YT, Chang CR, Tan TY, Lu CH. Long-term effects on carotid intima-media thickness after radiotherapy in patients with nasopharyngeal carcinoma. *Radiat Oncol*. 2013 Nov 7;8:261. doi: 10.1186/1748-717X-8-261. PMID: 24196030; PMCID: PMC3827874.
- 25.Steele SR, Martin MJ, Mullenix PS, Crawford JV, Cuadrado DS, Andersen CA. Focused high-risk population screening for carotid arterial stenosis after radiation therapy for head and neck cancer. *Am J Surg*. 2004 May;187(5):594-8. doi: 10.1016/j.amjsurg.2004.01.014. PMID: 15135672.
- 26.Bianchini Massoni C, Gargiulo M, Pini R, Faggioli G, Marcucci V, Freyrie A, Vasuri F, Pasquinelli G, Stella A. Radiation-induced carotid stenosis: perioperative and late complications of surgical and endovascular treatment. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2017 Oct;58(5):680-688. doi: 10.23736/S0021-9509.16.08666-3. Epub 2015 Mar 17. PMID: 25779777.

SB004

ANALYSIS OF DISTANCE HEALTH SERVICES FOR ONCOLOGY PATIENTS AND ITS IMPACT ON EMERGENCY DEPARTMENTS: LITERATURE REVIEW

Fatih Cemal Tekin¹, İbrahim Keş¹, Berke Yıldırım¹

¹Emergency Medicine Department, Konya City Hospital, Karatay, Konya, Türkiye

Introduction

The word "tele," which means distance, and the word "telemedicine," which relates to its use in the field of medicine, are used in the international literature to mean the provision of health services and the sharing of information to be made in this sense by means of remote and communication tools. It is accepted that telemedicine, which aims to make health care more accessible to everyone regardless of the regions and the distance to the service provider, was first used in 1905 to transmit heart sounds by telephone and then over the radio in the 1920s. Telemedicine services, which developed over time with technological developments, started to be used in many different fields (1, 2).

In our country, with the "Regulation on the Provision of Remote Health Services" published in the Official Gazette No. 31746, the framework for the provision of remote health services in terms of telemedicine applications has been drawn (3). With this research, distance health services for oncology patients were evaluated in the light of the studies conducted in this field in Turkey. It was aimed at discussing the effect of the use of distance health services on emergency department visits in terms of oncology patients.

Material Method

The studies conducted since the publishing date of the Official Gazette "Regulation on the Provision of Remote Health Services" in 2022 were analyzed using Google Scholar for the purpose of the research. The Google Scholar search engine was queried using the Turkish terms "remote health," "telemedicine," "oncology," and "cancer." Of the 34 results collected, 10 publications that were published as articles were assessed.

Results

It was found that the scanned studies were in the type of review except for 1, the most publications were made in 2022, 1 publication was made in the Department of Medicine in the Literature, and except for 1 publication, the others were prepared in universities. There were no studies conducted by family medicine and emergency medicine specialists in this field (Table 1).

Table 1 Articles published since 2022, when searched by keywords

Publications*	Publication Year	Research Type	Author Count	Place of Research	Corresponding Author Institution	Citation Count
1 Increasing Importance of Telemedicine and Tele-Nursing in Health Service Delivery to Cancer Patients	2023	Research Article	2	Department of Nursing	University	2
2 The Increase in the Use of Telemedicine and Telerehabilitation, Which Are Popular Treatment Methods in Oncological Patients in Recent Years	2022	Review Article	2	Department of Physiotherapy and Rehabilitation	University	0
3 Tele-medicine and tele-nursing in risky groups in the COVID-19 Pandemic	2022	Review Article	3	Department of Nursing	University	2
4 E-Health Services for Hematological Malignancies and Hematopoietic Stem Cell Transplantation	2022	Review Article	2	Education and Research Hospital KIT Unit	Ministry of Health	0
5 A Current Approach in Medical Nutrition Therapy: Telenutrition	2022	Review Article	1	Department of Nutrition and Dietetics	University	3
6 Evidence-Based Tele-Nursing Practices and Areas of Use	2024	Review Article	2	Department of Nursing,	University	0
7 Tele Nursing in Cancer Patient Care	2024	Review Article	2	Department of Medical Documentation and Secretarial Services	University	0
8 Advances in Artificial Intelligence and Digitalization in Health	2022	Review Article	3	Faculty of Medicine, Department of Biophysics	University	2
9 The Use of Virtual Reality in the Healthcare Field: Examples from Turkey and the World	2022	Review Article	1	Department of Medical Services and Techniques	University	2
10 Geriatric Palliative Care and Nursing Approach	2022	Review Article	1	Department of Nursing	University	0

*Article ranking is based on the ranking in Google Scholar

Discussion

It is observed that there has been the most interest in telehealth services and telemedicine applications in the literature in the last 3 years in the year the relevant regulation was published. It comes to mind that this was due to the fact that the subject was current that year and the relevant regulation was shared on many platforms. The fact that most of the publications are from non-medical departments suggests that the issue does not attract much interest from physicians. There is a need to conduct studies to increase the attention of physicians, especially those working in the field of oncology and dealing with cancer patients, and to plan research that will contribute to the literature.

In the study conducted by Başıoğlu and Polat, it is emphasized that cancer cases are increasing gradually and the importance of telehealth services in terms of keeping up with this speed and providing quality service. In the study describing the roles of nurses in this field, it is mentioned that tele-nursing practices increase drug compliance and reduce unnecessary emergency department visits (4). Sevinç and Aktürk mentioned the importance and benefits of telenursing practices. It was emphasized that it facilitates the management of chemotherapy-related symptoms in the elderly and bedridden patient group who have difficulty accessing the health system, especially in rural areas, and reduces hospital claims (5). Eryiğit and Özen gave examples of tele-nursing practices and emphasized their contribution to the quality and continuity of patient care (6). Uğur emphasized that telemedicine applications should be increased in geriatric palliative care practices and mentioned the palliative care of cancer patients (7).

In the study conducted by Ataç and Pehlivan, the developments in the field of remote health and the increasing frequency of use are mentioned, and attention is drawn to its use in oncology patients, a sensitive group in special periods such as the COVID-19 period. The benefits of use in this patient group, especially in rehabilitation services, are mentioned (8). Arpag et al. The study conducted by Arpag et al. draws attention to the advantages of telemedicine and telenursing practices in cancer patients, who are a sensitive group during the period of isolation measures brought about by respiratory transmission. In the study, which also mentioned the benefits of these practices in terms of cost-effectiveness, it is stated that necessary regulations should be made for these practices (9).

Başçı and Kav mention the use of telemedicine and other electronic health systems for patients with hematologic malignancy, a group of cancer patients. Their benefits are mentioned in the management of complications and home follow-up of autologous and allogeneic stem cell transplant patients (10).

Muslu defines telenutrition as the process of providing nutritional information by dietitians through electronic and telecommunication methods. The following are the situations that are explored. The article discusses the importance of telenutrition to health services, as well as the function of nutrition in the treatment of cancer patients and other health impacts (11).

SB004

While Şener et al. offer information on a variety of innovations and applications, including the internet of things, wearable technologies, and virtual reality, which have emerged as a result of the advancements in technology in the field of health, it is noted that artificial intelligence can be employed as a diagnostic tool for physicians treating cancer patients. It is stated that it can assist in the calculation of surveys for these individuals and can be advantageous to healthcare providers by enabling patient follow-up (12). In a study conducted by Hoşgör, it is stated that virtual reality can be employed to enhance the morale and well-being of patients. The study also provides an example of how virtual reality might be employed to assist cancer patients. It is clarified that these applications are particularly beneficial for the treatment of processes such as anxiety, sadness, fear, pain, and pain. Furthermore, it is noted that virtual reality is employed to instruct health personnel and demonstrate operations (13).

Conclusion

One of the numerous services utilized in the realm of telemedicine is the provision of remote health services. The literature published after this year is primarily linked to nursing care, as the framework has become more lucid following the adoption of the applicable regulation. Additional important discoveries include the scarcity of research articles and the low amount of citations in the field. This circumstance indicates that there is a lack of interest in this topic among researchers, particularly physicians.

The provision of remote health services is of paramount importance to oncology patients, as evidenced by the reports regarding their contributions to the treatment and follow-up processes of cancer patients, as well as their contributions to the reduction of the need for emergency department visits and inpatient treatment. The development of this service and its widespread use by healthcare professionals in the follow-up and treatment procedures of cancer patients will enhance the care of oncology patients, a vulnerable demographic in terms of access to healthcare services.

References

1. Omaghomi TT, Elufioye OA, Akomolafe O, Anyanwu EC, Odilibe IP. A comprehensive review of telemedicine technologies: past, present, and future prospects. *International Medical Science Research Journal*. 2024;4(2):183-93.
2. Anawade PA, Sharma D, Gahane S. A Comprehensive Review on Exploring the Impact of Telemedicine on Healthcare Accessibility. *Cureus*. 2024;16(3):e55996.
3. Resmi Gazete. Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik 2022 [17.09.2024]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-2.htm>.
4. Başoğlu S, Polat Ü. Kanser Hastalarına Sağlık Hizmet Sunumunda Teletıp ve Tele-Hemşireliğin Artan Önemi. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*. 2023;4(1):66-74.
5. Sevinç E, Aktürk NBK. Kanıt Dayalı Tele-Hemşirelik Uygulamaları ve Kullanım Alanları. *Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.8(1):42-51.
6. Eryiğit T, Özen M. Kanserli Hasta Bakımında Tele Hemşirelik Uygulamaları. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2024;5(1):67-79.
7. Uğur Ö. Geriatrik Palyatif Bakım ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Abant Medical Journal*. 2022;11(1):112-22.
8. Ataç A, Pehlivan E. Onkolojik Hastalarda Son Yılların Gözde Tedavi Yöntemleri Teletıp ve Telerehabilitasyon Kullanımının Artışı. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*. 2022;4(2):108-15.
9. Arpağ N, Katran HB, Gür S. COVID-19 Pandemisinde riskli gruplarda tele-tıp ve tele-hemşirelik. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*. 2022;3(2):127-35.
10. Başcı D, Kav S. Hematolojik Malignitelerde ve Hematopoetik Kök Hücre Nakil Sürecinde Elektronik Sağlık Hizmetleri. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2022;7(3):174-90.
11. Muslu M. Tıbbi Beslenme Tedavisinde Güncel Bir Yaklaşım: Telenütrisyon. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;11(3):523-31.
12. Şener LT, Bozkaya DN, Kıtır T. COVID-19 Sürecindeki Yapay Zeka, Dijital Sağlık Tanı ve Tedavisindeki Gelişmeler. *Sağlık Bilimlerinde Yapay Zeka Dergisi*. 2022;2(1):13-20.
13. Hoşgör H. Sağlık Alanında Sanal Gerçekliğin Kullanımı: Türkiye ve Dünyadan Örnekler. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;2(3):647-60.

SB005

OLGU SUNUMU İLE METASTATİK BEYİN TÜMÖRLERİNİN ACİL SERVİSTE PREZENTASYONU VE VAKA YÖNETİMİ

Selma Özlem Çelikdelen¹

¹SBÜ Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Konya

Giriş

Nörolojik aciller, merkezi veya periferik sinir sisteminde ani bozulmalara yol açarak hastada kısa sürede ciddi nörolojik bozukluklar, kalıcı hasarlar veya ölüm riski doğurabilecek durumlardır. Bu vakaların yönetiminde hızlı ayırıcı tanı ve tedavi hayati önem taşır. Kanser hastalarında metastatik beyin tümörleri ile ilişkili komplikasyonlar nörolojik aciller içerisinde yer alır.

Beyin metastazları, en yaygın serebral tümör türü olup, öncelikle akciğer kanseri, meme kanseri ve melanom ile ilişkilidir. Hastalar genellikle acil servise baş ağrıları, nörolojik defisitler, nöbetler ve artmış kafa içi basıncı belirtileri gibi semptomlarla gelirler. Acil servisteki ana semptomatik tedavi, peritümoral ödemi yönetmek için kortikosteroidler ve tümörle ilişkili epileptik durumlar için dikkatle seçilmiş antiepileptik ilaçları içerir (1).

Acil servise epileptik nöbet ile başvuran ve etiyolojide multiple beyin metastazi saptanan vakamızı sunuyoruz.

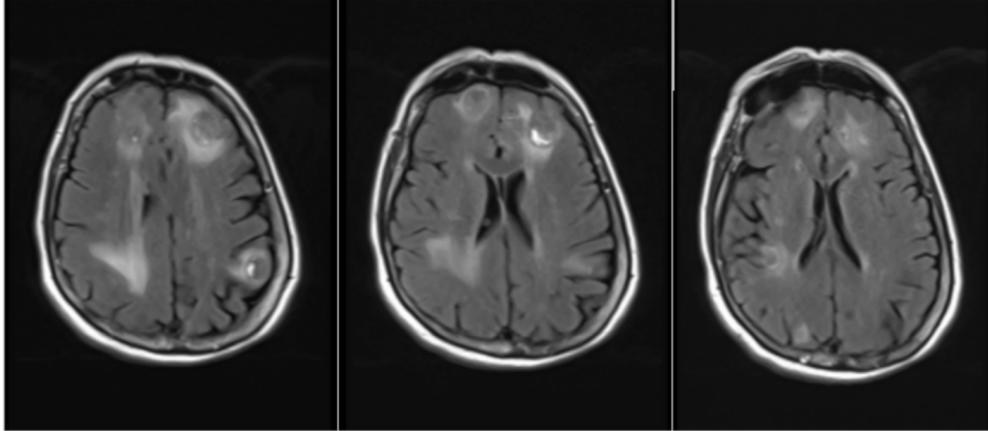
Vaka

Daha önceden bilinen hastalığı olmayan 77 yaşında kadın hasta sol kol ve bacakta ani gelişen kasılma nedeniyle 112 ambulansı ile acil servise getirildi. Yapılan muayenede hastanın bilinci açık, vital bulguları ve oksijen saturasyonu normal, sol alt ve üst ekstremitelerde seyirme tarzında kasılma ve kas gücü kaybı saptandı. Nöroloji değerlendirmesinde hastanın kliniği fokal epileptik nöbet ile uyumlu bulundu. Hastanın diazepam ile nöbet kontrolü sağlandıktan sonra yapılan santral görüntülemelerinde bilateral serebral hemisferlerde sayısı 10' un üzerinde metastaz ile uyumlu kitle saptandı (Şekil-1). Beyin cerrahi değerlendirmesinde kanama veya orta hat shifti olmayan hastada acil cerrahi endikasyonu düşünülmedi ve multiple metastaz nedeniyle inoperable olarak değerlendirildi. Anti ödem tedavi amacı ile mannitol infüzyonu ve yükleme dozunda deksametazon uygulaması yapıldı.

Bilinen onkolojik tanısı olmayan hasta primer tümör araştırılması, tanı ve tedavi planlaması amacıyla dahiliye servisine yatırıldı. Hastaya antiepileptik olarak 2*500 mg levetirasetam, anti ödem tedavi amacı ile 4*4 mg deksametazon, 4*100 cc mannitol başlandı.

Hastanın sistemik muayenesinde lomber bölgede ciltten kabarık, pediküllü, cilde göre çok koyu ve siyah renkte lezyon saptandı. Malign melanom ön tanısı ile Plastik cerrahi tarafından tanısal biyopsisi yapıldı. Toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemelerinde ek olarak akciğer, karaciğer ve kemik metastazları tespit edildi. Hastanın laboratuvar bulgularında ve diğer sistem muayenelerinde tümöre bağlı ek komplikasyon ve organ disfonksiyonu tespit edilmedi. Hastanın servis takibi sırasında tekrar fokal nöbeti oldu, levetirasetam dozu artırıldı. Beyin metastazlarına yönelik palyatif tedavi ve nöbet kontrolünün sağlanması amacıyla radyasyon onkoloji ile konsülte edilerek tüm beyine yönelik palyatif radyoterapi (RT) tedavisine başlandı. RT süresince hastanın tekrar nöbeti olmadı. Cilt lezyonundan alınan biyopsi patolojisi malign melanom olarak sonuçlanan hasta sistemik tedavisinin planlanması amacıyla tıbbi onkoloji kliniğine yönlendirildi.

Şekil-1: Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) metastatik kitleler



Tartışma

Metastatik beyin tümörleri sinsi bir şekilde ilerler ve hastaların semptomlar ortaya çıktıktan sonra tıbbi yardım aramalarına neden olur. Semptomların çoğu, tümörün büyümesi veya ödemin neden olduğu artmış kafa içi basıncından kaynaklanır. En sık semptom baş ağrısıdır ve vakaların %15-25'inde papil ödemi ile ilişkilidir. Beyin metastazlarının yaygın bir diğer belirtisi fokal nörolojik semptomlardır ve hastaların %40 kadarında ilk belirti olarak ortaya çıkar (2).

Metastatik beyin tümörü olan hastaların değerlendirildiği bir çalışmada bu hastaların %24'ünde tümörle ilişkili nöbetler görülmüş ve en yüksek nöbet sıklığı %67 oranıyla melanom hastalarında tespit edilmiştir (3). Bizim vakamız da acil servise tümör ilişkili nöbet ile başvuran metastatik malign melanom vakasıdır.

Geniş kapsamlı kritik nörolojik durumların ayırıcı tanısı göz önüne alındığında, acil servise acil nörolojik semptomlarla başvuran hastalarda en sık kullanılan anında görüntüleme seçeneği beyin BT taramasıdır (4). Ancak tanısal verimliliği beyin MRG' sine kıyasla daha düşüktür. Bu nedenle, acil nörolojik semptomlar için beyin BT taramaları sıkça istenmesine rağmen, beyin metastazi şüphesi olduğunda kontrastlı beyin MRG en iyi tanı aracıdır (5). Vakamızın primer onkolojik tanısı olmadığından tüm nörolojik acillerin ayırıcı tanısı için ilk olarak beyin BT görüntülemesi yapılmış, BT'de kitlesel görüntülerin tespit edilmesi sonrasında beyin MR görüntüleme de yapılmıştır.

Acil servise beyin metastazına bağlı semptomlarla başvuran hastalarda ana semptomatik tedavi, peritümoral ödemi yönetmek için kortikosteroidler ve tümörle ilişkili epileptik durumlar için dikkatle seçilmiş antiepileptik ilaçları içerir (Tablo-1).

Peritümoral ödem semptomlarını tedavi etmek için kullanılan standart ajan deksametazondur. Başlangıç dozu, bu ilacın doz bağımlı bir anti-ödem etkisi olduğundan, semptomların şiddetine göre belirlenmelidir. Semptomlar, tümörün konumuna ve ödemin yaygınlığına bağlı olarak yaygın (baş ağrısı, bulantı, kusma) veya odaklanmış (afazi, hemiparezi, fokal nöbet) olabilir (6).

Tümör ilişkili epileptik nöbetlerin semptomatik yönetiminde en sık kullanılan tedaviler benzodiazepinler ve levetirasetamdır. Nonkonvülsif nöbetlerde birinci basamak tedavi intravenöz benzodiazepinler olup, bunu intravenöz fenitoin takip eder. Valproik asit kullanımı da ikinci basamak tedavi olarak, özellikle absans nöbetlerinde makul bir seçenektir (7). Vakamızın nöbet kontrolü için intravenöz benzodiazepin uygulanmış, metastazların tespiti sonrasında da yükleme dozunda deksametazon uygulanmıştır.

Anti-ödem tedavi ve epileptik nöbetin kontrolü sonrasında, beyin metastazlarının tedavisinde iyi performans durumu olan hastalarda erişilebilir beyin metastazları için cerrahi önerilir. Ancak çok odaklı ve inoperable durumlarda radyoterapi iyi ve etkin bir tedavi seçeneğidir. Ayrıca hastalığın ilerlemesini yönetmek için radyoterapi ve kemoterapi, hedefe yönelik tedavi ve immünoterapi gibi sistemik tedavi seçenekleri mevcuttur. Vakamız yaygın organ metastazi olan bir malign melanom vakası idi. Beyin metastazları inoperable durumda olan hastamızın RT uygulaması ile nörolojik semptomlarında ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlandı. Beyin metastazlarının kötü prognozu nedeniyle bu aşamadan sonra kanser hastaları için nihai hedef, minimum toksisite gözetilerek en uygun tedavi seçeneğinin belirlenmesi ve yaşam kalitesini iyileştirmek olmalıdır.

Sonuç

Sonuç olarak, metastatik beyin tümörleri sinsi bir şekilde ilerleyerek ciddi nörolojik semptomlara yol açabilir ve bu vakaların acil servise başvuruları sıktır. Tanı ve tedavi süreçlerinde zamanında yapılan görüntüleme ve uygun müdahaleler, hastaların yaşam kalitesini artırmada ve semptomları yönetmede kritik öneme sahiptir.

SB005

Tablo-1: Acil Serviste Beyin Metastazlı Hastalarda Yaygın Semptomların Yönetimi

SEMPATOM	TEDAVİ
Peritümöral ödem	*Deksametazon
Hafif semptomlar	2-4 mg /gün po 1-2 bölünmüş dozda
Şiddetli semptomlar (Şiddetli baş ağrısı, kusma, nöbet vb.)	1*10 mg yükleme dozu iv 8-16 mg /gün idame doz oral veya iv, 1-4 bölünmüş dozda
Kafa içi basınç artışı	*Deksametazon 1*16 mg yükleme dozu iv 16-40 mg /gün idame doz oral veya iv, 2-4 bölünmüş dozda *Hipertonik salin *Mannitol
Epileptik nöbet	*Levetirasetam ilk hafta 2*250 mg/gün, sonrasında 2-500 mg/gün idame terapötik aralık: 5-25 mg/L ve/veya *Valproik asid 20-25 mg/kg/ gün terapötik aralık: 50-100 mg/L

Kaynaklar

- Zoghbi M, Moussa MJ, Dagher J, Haroun E, Qdaisat A, Singer ED, Karam YE, Yeung SJ, Chaftari P. Brain Metastasis in the Emergency Department: Epidemiology, Presentation, Investigations, and Management. *Cancers (Basel)*. 2024 Jul 19;16(14):2583.
- Noh, Thomas, and Tobias Walbert. "Brain metastasis: clinical manifestations, symptom management, and palliative care." *Handbook of clinical neurology* vol. 149 (2018): 75-88.
- Oberndorfer, Stefan et al. "Häufigkeit von epileptischen Anfällen bei Patienten mit primären Hirntumoren oder zerebralen Metastasen. Eine Untersuchung des Ludwig Boltzmann Institutes für NeuroOnkologie und der Neurologischen Abteilung des Kaiser Franz Josef Spitals in Wien" [The frequency of seizures in patients with primary brain tumors or cerebral metastases. An evaluation from the Ludwig Boltzmann Institute of Neuro-Oncology and the Department of Neurology, Kaiser Franz Josef Hospital, Vienna]. *Wiener klinische Wochenschrift* vol. 114,21-22 (2002): 911-6.
- Covino, Marcello et al. "A new clinical score for cranial CT in ED non-trauma patients: Definition and first validation." *The American journal of emergency medicine* vol. 37,7 (2019): 1279-1284.
- Schellinger, P D et al. "Diagnostic accuracy of MRI compared to CCT in patients with brain metastases." *Journal of neuro-oncology* vol. 44,3 (1999): 275-81.
- Ryken, Timothy C et al. "The role of steroids in the management of brain metastases: a systematic review and evidence-based clinical practice guideline." *Journal of neuro-oncology* vol. 96,1 (2010): 103-14.
- Chang, Andrew K, and Shlomo Shinnar. "Nonconvulsive status epilepticus." *Emergency medicine clinics of North America* vol. 29,1 (2011): 65-72.

SB006

Outcomes of Surgical Treatment for Proximal Femur Pathological Fractures Due to Simple Bone Cysts in the Pediatric Population in the Mid-Long Term

Asst. Prof. Dr. Ebubekir Eravşar¹, Prof. Dr. Bahattin Kerem Aydın¹

¹ Selçuk University Faculty of Medicine Department of Orthopaedics and Traumatology Konya/TURKEY

Introduction

Pathological fractures often develop due to metastases, but they can also occur as a result of primary bone tumors. Tumors disrupt the architecture of healthy bone, leading to the occurrence of pathological fractures [1]. Pathological fractures in children are most commonly observed in the proximal humerus and proximal femur [2]. The proximal femur is highly susceptible to pathological fractures due to its significant mechanical stress and load-bearing role. Proximal femur fractures, whether pathological or not, are serious injuries that require careful treatment in both adults and children. If not treated properly, they can lead to complications such as deformities, avascular necrosis, and arthritis.

Simple bone cysts commonly affect the proximal humerus and femur, which together account for about 80% of cases [3]. There is no gold standard treatment. It can be conservatively monitored, and options such as steroid injections and surgical interventions can be considered. Even if a pathological fracture develops, there is no consensus between conservative treatment and surgical options [4]. While some may believe that the cyst should be treated after achieving fracture union through conservative treatment in the case of a fracture. However, in areas prone to complications such as the proximal femur, efforts are made to increase the chances of success with options like grafting and osteosynthesis [3].

Therefore, pathological fractures can develop in critical areas such as the proximal femur due to simple bone cysts. The aim of this study is to evaluate the surgical treatment outcomes in pediatric patients with proximal femoral fractures resulting from simple bone cysts.

Methods

Patients who underwent surgery for proximal femur pathological fractures at the Department of Orthopedics and Traumatology, Selçuk University, between 2010 and 2023 were retrospectively identified from clinical archives. Patients over the age of 18, those with a follow-up period of less than 36 months, and those with a pathological diagnosis other than simple bone cysts were excluded from the study. Six patients were included. The demographic data, follow-up durations, number of surgeries, and complications of these patients were reviewed. For functional assessment, preoperative and final Musculoskeletal Tumor Society (MSTS) scores and preoperative and final Visual Analogue Scale (VAS) scores were analyzed. For patients who underwent multiple surgeries, the evaluations at the last follow-up of their most recent surgery were considered as the final assessment. Radiological healing of the cysts was evaluated using the Modified Neer Classification.

Results

Three of the patients were male, and three were female, with all patients' pathological diagnoses confirmed as simple bone cysts by a pathologist. The average age of the patients was 7.8 ± 3.6 years. The mean follow-up period was 71.7 ± 34.8 months. Regarding fracture locations, three were in the intertrochanteric region, two in the femoral neck, and one in the subtrochanteric region. Two of the six patients were successfully treated in a single surgery with a combination of plating and grafting. The remaining four patients underwent two surgeries. For the first of these four patients, the fracture was reduced under operating room conditions and immobilized with a pelvipedal cast. After the fracture had healed, a second surgery was performed to graft the cystic lesion. In the second patient, grafting was performed during the initial surgery without the use of any implant. However, due to a pathological fracture that developed in the grafted cystic area during follow-up, a second surgery was performed with plate fixation. In the third patient, the fracture was treated with fixation using Kirschner wires and pelvipedal casting, and after the fracture had healed, a second surgery was performed for grafting. For the fourth patient, cannulated screws were applied at another center to treat the fracture, but due to implant failure, the patient was referred to our clinic, where a second surgery with plating and grafting was performed. Complete healing was observed in all patients according to the Modified Neer Classification in the final radiological evaluation. All patients showed an increase in both MSTS scores and VAS scores (Table 1).

Table 1

Patient No	Sex	Age	Follow-up (months)	Localization of Lesion	Final Radiological Scores	Preop MSTS Score	Final MSTS Score	Preop VAS	Postop VAS	Number of Surgery	First Surgery	Second Surgery
1	M	9	36	Intertrochanteric	1	4	30	1	10	1	Plate-Screw Osteosynthesis & Grafting	None
2	M	7	48	Intertrochanteric	1	2	30	1	10	1	Plate-Screw Osteosynthesis & Grafting	None
3	F	4	124	Intertrochanteric	1	2	28	1	9	2*	Pelvipedal casting	Grafting
4	F	9	50	Subtrochanteric	1	2	30	1	10	2**	Grafting	Plate-Screw Osteosynthesis & Grafting
5	F	5	92	Femoral neck	1	2	28	1	9	2***	K-wire Fixation & Pelvipedal casting	Grafting
6	M	13	80	Femoral neck	1	2	30	1	10	2****	Cannulated Screw Fixation	Plate Osteosynthesis & Grafting

* Initial treatment for the fracture involved pelvipedal casting. After the fracture healed, grafting was performed.

** The fracture occurred again 3 months after grafting. It was treated with plating.

*** For the fracture treatment, K-wires and pelvipedal casting were initially used. After fracture healing was observed, grafting was performed.

**** Fixation with cannulated screws was applied at another center. Due to implant failure, the fracture was grafted and plated.

Discussion

Proximal femur fractures are rare injuries in children, and pathological femoral neck fractures are even more uncommon. Pathological proximal femur fractures related to simple bone cysts are seldom documented in the literature. This study examined the mid-long term experiences of a clinic that specializes in tumor patients in the region. According to the results, in some cases of proximal femur fractures due to simple bone cysts, fracture healing was initially awaited, followed by a second surgery targeting the cyst. In other cases, fracture and cyst treatments were administered simultaneously. After careful treatment, both approaches can ultimately yield very successful outcomes.

SB006

The proximal femur is a critical area for fracture healing, and complications in pathological fractures occurring in this region can reach up to 40% [5]. None of the patients in our study experienced complications that resulted in permanent sequelae. It was observed that different strategies were applied in the treatment of the patients in our study, consistent with the literature. Some of these patients underwent surgery once, while others required two surgeries. Similarly, a review of the literature shows that multiple surgical interventions can be employed, which is in line with our findings [6]. However, to reduce the need for anesthesia and to enhance the safety of the fracture site, we believe that performing both grafting and fixation with implants in a single operation may be a safer approach. The healing process for pathological fractures can be longer compared to normal fractures, often extending up to 4-5 months [7]. Therefore, performing a single surgery within this timeframe may enable faster mobilization.

The most significant limitation of the study is the small number of patients. However, it should be noted that these injuries are rarely observed. Another limitation is the lack of analysis regarding intraoperative times, blood loss evaluations, and the timing of mobilization.

Conclusion

Surgical treatment of proximal femur pathological fractures due to simple bone cysts in children can be successful with careful planning and execution. Both single and multiple surgical approaches are viable, and the choice of strategy should be tailored to the individual case to optimize outcomes and minimize complications. Further research with larger sample sizes is needed to validate these findings.

References

1. Canavese, F., A. Samba, and M. Rousset, Pathological fractures in children: Diagnosis and treatment options. *Orthop Traumatol Surg Res*, 2016. 102(1 Suppl): p. S149-59.
2. Ortiz, E.J., et al., Pathologic fractures in children. *Clin Orthop Relat Res*, 2005(432): p. 116-26.
3. Mascard, E., A. Gomez-Brouchet, and K. Lambot, Bone cysts: unicameral and aneurysmal bone cyst. *Orthop Traumatol Surg Res*, 2015. 101(1 Suppl): p. S119-27.
4. Ambacher, T., F. Maurer, and K. Weise, [Spontaneous healing of a juvenile bone cyst of the tibia after pathological fracture]. *Unfallchirurg*, 1999. 102(12): p. 972-4.
5. Shrader, M.W., et al., Pathologic femoral neck fractures in children. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*, 2009. 38(2): p. 83-6; discussion 86.
6. Lin, A.J., et al., Treatments and Sequelae of Pediatric Pathologic Proximal Femur Fractures Due to Benign Bone Cyst. *J Pediatr Orthop*, 2022. 42(6): p. e661-e666.
7. Ju, L., et al., Delayed treatment of femoral neck fractures in 58 children: open reduction internal fixation versus closed reduction internal fixation. *J Pediatr Orthop B*, 2016. 25(5): p. 459-65.

SB007

Dahili Yoğun Bakımda Febril Nötropeni Sıklığı ve Özellikleri

Dursun ELMAS1

1.Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Şehir Hastanesi Dahili Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş : Bu çalışmamızda Dahili yoğun bakım ünitesine acil servisten kabul edilen nötropenik ateşli hastaların klinik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem : Bu çalışmada, Ocak 2024 ve ağustos 2024 tarihleri arasında Konya Şehir Hastanesi Dahili Yoğun Bakım Ünitesine (toplam 3. Basamak 45 yoğun bakım yatağı), acil servisten malignite ilişkili miyelosupresif kemoterapi tedavisi sonrası gelişen nötropenik ateş tanısı ile kabul edilen hastaların retrospektif olarak dosyaları ve hastane kayıtları incelenerek kaydedildi. Hastaların laboratuvar bulguları , MASCC skorları, mikrobiyolojik kültür sonuçları ve yoğun bakım çıkış şekilleri retrospektif olarak kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamıza 50 malignite hastası kabul edildi. Vakaların 22'si kadın, 28'si erkekti. Yaş ortalamaları 57.4 ± 11.4 yıl olarak hesaplandı. 15 vakada altta yatan primer hastalık hematolojik malignite, 35'inde ise solid tümör olarak saptandı. Hastalık risk grubunu saptamak için, "The Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC)" kriterlerine göre hastaların 7'si düşük risk grubu, 43'ü ise yüksek risk grubu olarak belirlendi. Tüm hastaların nötrofil sayıları 100'ün altındaydı. Ortalama nötrofil sayıları $50.7 \pm 5.4/mm^3$, ortalama nötropeni süresi 5.3 ± 1.5 gün, ortalama yoğun bakımda kalış süreleri 12.2 ± 0.7 gündü. Hastaların 46 tanesi non invaziv mekanik ventilasyon, 15 tanesi invaziv mekanik ventilasyon tedavisi aldı. 26 hasta vazopressör tedavi aldı. 3 tanesi renal replasman tedavisine ihtiyacı oldu. On beş olgu febril nötropeni nedeni gelişen septik şok sonrasında kaybedildi (Tablo 1). Klinik ve mikrobiyolojik olarak en sık enfeksiyon odakları pnömoni ve üriner sistem enfeksiyonu olarak saptandı. İzole edilen suşların 44'ü gram-negatif basil, 4'ü gram-pozitif koklar ve ikisinde ise Candida spp. idi. Bu suşlardan en sık Klebsiella spp.izole edildi (Tablo 2). Olguların tamamı ampirik tedavi aldı. Tedavide en sık kullanılan antimikrobiyal ajanlar meropenem ve vankomisin kombine tedavisiydi.

Tartışma: Hematolojik ve onkolojik tümörlü hastalarda en sık ve mortalite açısından en riskli acile başvuru nedenlerinden birisi miyelosupresif kemoterapi sonrası gelişen nötropenik ateştir. Yapılan çalışmalarda nötropenik ateş insidansı solid tümörlerde % 10-50 ve hematolojik malignitelere % 80 den fazladır (1). Bizim çalışmamızda solid tümörlerde nötropenik sepsis ve yoğun bakım yatış oranı hematolojik malignitelere göre daha fazladır. Nötrofil sayısında azalmanın şiddeti ile enfeksiyon riski arasında ilişki vardır. Özellikle nötrofil sayısının 100 ün altına düşmesi ciddi enfeksiyon, sepsis ve hemodinaminin bozulması ile yoğun bakım yatışı gerektirmektedir (1). Nötropenik ateşli hastalarda farklı risk tanımlama skorları vardır. Bizim çalışmamızda da MASCC skoru ile mortalite ve yoğun bakımda kalış süreleri arasında anlamlı fark saptandı. Yoğun bakıma kabul edilen nötropenik ateş hastalarında en sık pnömoni ve solunum sıkıntısı görülmüştür ve bu hastalarda erken evrede non invaziv mekanik ventilasyon kullanımı hastaların prognozunda anlamlı iyileşme sağladığı izlenmiştir.

Sonuç: Genel destek tedavilerindeki iyileşmelerle birlikte hastalarda sağkalımda artış görülmekle birlikte hala nötropenik sepsis ve septik şokta nötropenik olmayan gruba göre mortalite oranları yüksektir. Çoklu ilaca dirençli mikroorganizmaların ortaya çıkması mortaliteyi artıran en önemli etkilere biridir.(2) Nötropenik sepsis normal sepsis hastalarından farklı ve daha ciddi bir olgu görülüp tedavi planı ve takibi ona göre yapılmalıdır.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri ve risk faktörleri

Yaş (ortalama, yıl)	57.4 ± 11.4 (27-78)
Cinsiyet (kadın/erkek)	22/28
Nötrofil sayısı (ortalama, mm ³)	50.7 ± 5.4
Nötropeni süresi (ortalama, gün)	5.3 ± 1.5
yoğun bakımda kalış süreleri	12.2 ± 0.7
Altta yatan hastalık (hematolojik kanser/ solid tümör)	15/35
MASCC skoru < 20	7
MASCC skoru > 20	43
Non invaziv ventilasyon	46
Mekanik ventilasyon	15
Vazopressör tedavi	26
RRT	3
Exitus	15

MASCC: The Multinational Association for Supportive Care in Cancer RRT : Renal replaman tedav

Tablo 2. Febril nötropeni hastalardan izole edilen mikroorganizmalar

	İdrar n/%	Kan n/%	ETA n/%	Toplam
Mikroorganizma				
Gram-negatif mikroorganizmalar	11 / %22	17/ %34	16/ %32	44 / %88
Escherichia coli	6 / %12	5 / %10	1/ %2	
Pseudomonas aeruginosa	2 / %4	2 / %4	1/ %2	
Klebsiella spp.	3/ %6	10/ %20	14/ %28	
Diğer **				
Gram-pozitif mikroorganizmalar***	0	1 / %2	3 / %6	4/ %8
Candida spp		1 / %2	1 / %2	2/ %4
Toplam	22/ %44	36/ %72	36/ %72	50/ %100

** Haemophilus influenzae, Proteus vulgaris. *** Stafilokok ve streptokoklar. ETA : Endotrakeal aspirasyon

Kaynaklar:

- Freifeld, A.G.; Bow, E.J.; Sepkowitz, K.A.; Boeckh, M.J.; Ito, J.I.; Mullen, C.A.; Raad, I.I.; Rolston, K.V.; Young, J.-A.H.; Wingard, J.R. Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin. Infect. Dis. 2011, 52, e56–e93
- Freifeld AG, Bow EJ, Kent A, et al. Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Diseases 2011; 52(4): 56–93

SB008

Nivolumab İle Tedavi Edilen Renal Hücreli Karsinom Hastalarında Eşzamanlı Proton Pompa İnhibitörü Kullanımının Sağlıkım Sonuçları Üzerindeki Etkisi

Muzaffer Uğraklı

Konya Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Konya

Giriş:

Nivolumab, programlanmış ölüm 1'i (PD-1) inhibe eden bir immün kontrol noktası inhibitörüdür (ICI) ve metastatik renal hücreli karsinom (mRCC) [1] ve küçük hücreli dışı akciğer kanseri (NSCLC) [2] gibi birçok kanser için bir tedavi olarak iyi bir şekilde kurulmuştur. mRCC'de nivolumab ile objektif yanıt oranı ikinci basamakta %25'tir [1]. Nivolumab alan mRCC hastaları arasında 99 hastada (%24) kısmi yanıt ve 4 hastada (%1) tam yanıt gözlenmiştir [1]. ICI'lara yanıt tahmin etmek için şu anda bilinen belirteç PDL-1 seviyesidir; ancak, ICI'lara heterojen yanıtların altında yatan nedenler hala belirlenmemiştir [1, 2]. Nivolumab, diğer monoklonal antikorlar gibi sitokrom P450 (CYP) enzimleri veya diğer ilaç metabolize edici enzimler tarafından metabolize edilmeyen bir insan monoklonal antikorudur [3]. Bununla birlikte, nivolumab başlamadan önce immünosupresif ajanların ve sistemik kortikosteroidlerin kullanılması farmakodinamik aktiviteye müdahale edebilir ve nivolumabın etkinliğini azaltabilir [3]. İkinci basamak metastatik renal hücreli karsinom (mRCC) tedavisinde nivolumab ile birlikte proton pompa inhibitörü (PPI) kullanımının sağlıkım sonuçları üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem:

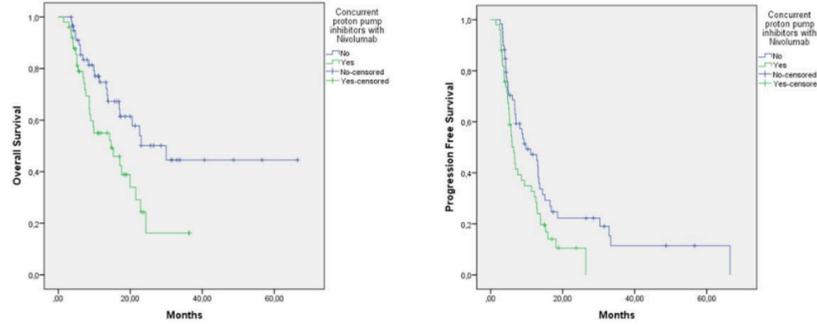
Çalışma, ikinci basamak nivolumab tedavisi alan metastatik renal hücreli karsinomlu hastaları içeren retrospektif olarak tasarlanmıştır. Yüz dokuz mRCC hastası, nivolumab ile birlikte PPI kullanıp kullanmadıklarına göre iki gruba ayrılmıştır: Eş zamanlı PPI kullananlar ve kullanmayanlar. Eşzamanlı PPI kullanan ve kullanmayan gruplar arasında genel sağlıkım (OS) ve progresyonsuz sağlıkım (PFS) karşılaştırılmıştır.

Bulgular:

Çalışmamızdaki 109 hastanın 59'u nivolumab ile eşzamanlı PPI kullanmazken, 50'si eşzamanlı PPI kullanıyordu. Eşzamanlı PPI kullanan grupta ortalama PFS 6,37 (5,2-7,5) ay, kullanmayanlarda ise 9,7 (4,5-15) aydı (p=0,03). Ortalama OS, nivolumab ile eş zamanlı PPI kullanan hastalarda 14,6 (7,1-22,1) ay, kullanmayanlarda ise 29,9 (17,1-42,7) ay olmuştur (p=0,01). Buna göre, PFS için PPI kullanımı (Kullanmayan vs Kullanılan=HR:0.44, %95CI: 0.28-0.96, p=0.014) ve OS için PPI kullanımı (Kullanmayan vs Kullanılan=HR: 0.68, %95CI:0.22-0.88, p=0.01) bağımsız risk faktörleri olarak bulunmuştur.

Sonuç:

PPI'ların birlikte kullanımı, nivolumab ile tedavi edilen mRCC hastalarında daha kötü sağlıkım sonuçları ile ilişkilidir. Klinisyenler bu tür hastalarda PPI'ların birlikte kullanımını dikkatle değerlendirmelidir.



	Using PPI	Non-using PPI	p
mPFS	6.37 (5.2-7.5)	9.7 (4.5-15)	0.03
mOS	14.6 (7.1-22.1)	29.9 (17.1-42.7)	0.01

Şekil: Metastatik renal hücreli karsinomda proton pompa inhibitörlerinin nivolumab ile eşzamanlı kullanımı ile progresyonsuz sağlıkım ve genel sağlıkımın Kaplan-meier eğrileri

Table 1: Eş zamanlı proton pompası inhibitörü kullanımına göre çalışma popülasyonunun klinik özellikleri

	Study population	Non- using PPI	Using PPI	p
Gender (n)	Female	28 (25.7%)	16 (27.1%)	0.71
	Male	81 (74.3%)	43 (72.9%)	
Age (n)	<65	69 (63.3%)	37 (62.7%)	0.88
	≥65	40 (36.7%)	22 (37.3%)	
ECOG-PS (n)	0	67 (61.5%)	38 (64.4%)	0.49
	1	42 (38.5%)	21 (35.6%)	
BMI (n)	<25 kg/m ²	29 (33%)	14 (30.4%)	0.59
	≥25 kg/m ²	59 (67%)	32 (69.6%)	
Subtypes of RCC (n)	Clear cell	90 (82.6%)	46 (78%)	0.69
	Non-clear cell	19 (17.4%)	13 (22%)	
IMDC score (n)	Favorable	32 (29.4%)	12 (20.3%)	0.07
	Intermediate	43 (39.4%)	31 (52.5%)	
	Poor	34 (31.2%)	16 (27.1%)	
Grade (n)	1	10 (9.2%)	4 (6.8%)	0.78
	2	36 (33%)	20 (33.9%)	
	3	51 (46.8%)	29 (49.2%)	
	4	12 (11%)	6 (10.2%)	
Number of metastatic sites (n)	1	43 (39.4%)	26 (44.1%)	0.28
	≥2	66 (60.6%)	33 (55.9%)	
Metastasis at diagnosis (n)	No	45 (41.3%)	21 (35.6%)	0.19
	Yes	64 (58.7%)	38 (64.4%)	
Surgery to primary tumor (n)	No	69 (63.3%)	35 (59.3%)	0.34
	Yes	40 (36.7%)	24 (40.7%)	
Best response to nivolumab (n)	Complete	6 (5.5%)	3 (5.1%)	0.08
	Partial	33 (30.3%)	22 (37.3%)	
	Stable	35 (32.1%)	21 (35.6%)	
	Progression	35 (32.1%)	12 (22%)	
Advers event (any grade) (n)	No	72 (68.6%)	40 (71.4%)	0.5
	Yes	33 (31.4%)	16 (28.6%)	
Grade 3/4 advers event	No	87 (83.7%)	50 (89.3%)	0.09
	Yes	17 (16.3%)	6 (10.7%)	

Table 1 kısaltmaları : Proton Pump Inhibitors (PPI), Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG-PS), Body Mass Index (BMI), Renal Cell Carcinoma (RCC), International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium Risk Score (IMDC score).

SB008

Table 2: Genel sağkalım açısından risk faktörlerinin tek değişkenli ve çok değişkenli analizleri

Overall survival		Multivariate analysis			Univariate analysis		
		HR	95% CI	p	HR	95% CI	p
PPI use	Non-use vs Use	0.68	0.22-0.88	0.01	0.48	0.27-0.85	0.012
Gender	Female vs Male	-	-	-	0.99	0.71-1.37	0.96
ECOG-PS	0 vs 1	-	-	-	1.31	0.74-2.31	0.35
IMDC score	Favorable	-	-	0.011	-	-	0.031
	Intermediate	3.79	1.56-9.17	0.003	2.4	1.11-5.27	0.26
	Poor	3.14	1.27-7.78	0.013	2.8	1.27-6.18	0.01
Metastasis at diagnosis	No vs Yes	0.76	0.51-0.99	0.24	0.56	0.31-0.99	0.04
Number of metastatic sites	≥2 vs 1	-	-	-	1.42	0.81-2.47	0.21
Best response to nivolumab	Complete	-	-	<0.001	-	-	<0.001
	Partial	3.74	0.46-30.43	0.21	2.91	0.36-23	0.31
	Stable	6.90	0.88-53.8	0.06	4.98	0.66-37.7	0.11
	Progression	15.5	2.02-119.61	0.008	12.2	1.6-91.2	0.014
Advers event (any grade)	No vs Yes	-	-	-	1.46	0.78-2.70	0.22

Table 2 kısaltmaları: Proton Pump Inhibitors (PPI), Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG-PS), International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium Risk Score (IMDC score), Hazard Ratio (HR), Confidence Interval (CI).

Table 3: Progresyonsuz sağkalım açısından risk faktörlerinin tek değişkenli ve çok değişkenli analizleri

Progression Free Survival		Multivariate analysis			Univariate analysis		
		HR	95% CI	p	HR	95% CI	p
PPI use	Non-use vs Use	0.44	0.28-0.96	0.014	0.61	0.42-0.96	0.032
Gender	Female vs Male	-	-	-	0.89	0.69-1.15	0.39
ECOG-PS	0 vs 1	-	-	-	0.95	0.61-1.46	0.82
IMDC score	Favorable	-	-	0.001	-	-	0.05
	Intermediate	2.62	1.45-4.73	0.001	1.80	1.05-3.11	0.032
	Poor	2.95	1.61-5.39	<0.001	1.86	1.05-3.29	0.03
Metastasis at diagnosis	No vs Yes	-	-	-	0.77	0.50-1.19	0.24
Number of metastatic sites	≥2 vs 1	-	-	-	1.07	0.69-1.66	0.75
Best response to nivolumab	Complete	-	-	<0.001	-	-	<0.001
	Partial	9.1	1.21-69.2	0.032	7.35	0.97-55.3	0.05
	Stable	20.8	2.73-159.8	0.003	14.8	1.98-111.7	0.009
	Progression	52	6.7-400	<0.001	38.2	5.09-287.8	<0.001
Advers event (any grade)	No vs Yes	-	-	-	1.86	1.14-3.04	0.013

Table 3 kısaltmaları : Proton Pump Inhibitors (PPI), Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG-PS), International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium Risk Score (IMDC score), Hazard Ratio (HR), Confidence Interval (CI).

Kaynaklar:

- Mollica V, Santoni M, Matrana MR, Basso U, De Giorgi U, Rizzo A, Maruzzo M, Marchetti A, Rosellini M, Bleva S (2022) Concomitant proton pump inhibitors and outcome of patients treated with nivolumab alone or plus ipilimumab for advanced renal cell carcinoma. Targeted Oncology 17 (1): 61-68
- Rizzo A, Santoni M, Mollica V, Ricci AD, Calabrò C, Cusmai A, Gadaleta-Caldarola G, Palmiotti G, Massari F (2022) The impact of concomitant proton pump inhibitors on immunotherapy efficacy among patients with urothelial carcinoma: a meta-analysis. Journal of Personalized Medicine 12 (5): 842
- Li C, Xia Z, Li A, Meng J (2020) The effect of proton pump inhibitor uses on outcomes for cancer patients treated with immune checkpoint inhibitors: a meta-analysis. Annals of translational medicine 8 (24)
- Xia B, Yang M, Nguyen LH, He Q, Zhen J, Yu Y, Di M, Qin X, Lu K, Kuo ZC (2021) Regular use of proton pump inhibitor and the risk of inflammatory bowel disease: pooled analysis of 3 prospective cohorts. Gastroenterology 161 (6): 1842-1852. e1810

SB009

Prognostik Nutrisyonel İndeks, Adjuvan Kemoterapi Alan Lenf Nodu Pozitif Evre II-III Mide Kanseri Hastaların Sağkalımı İçin Prognostik Bir Belirteç Midir?

Muzaffer Uğraklı

Konya Şehir Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Konya

Giriş

Diğer sistemik enflamatuvar belirteçler gibi prognostik nutrisyonel indeksin (PNI) de çeşitli kanser hastalarında prognostik bir faktör olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, lenf nodu pozitif evre II-III mide kanserli hastalarda adjuvan kemoterapi öncesi hesaplanan PNI'nin genel sağkalım (OS) ve hastalısız sağkalım (DFS) için prognostik bir faktör olup olmadığını göstermeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız için arşive kayıtlı 1425 mide kanseri hastasının dosyası taranmıştır. Primer tümör cerrahisi + D2 lenf nodu diseksiyonu yapılan, patolojik T3/T4 tümörü ve patolojik lenf nodu pozitif, patolojik evre II veya evre III tümörü olan, en az 3 kür adjuvan kemoterapi alan ve en az 3 yıl takip edilen hastalar olmak üzere toplam 168 hasta çalışmaya dahil edildi. Evre I veya evre IV tümörü olanlar, patolojik evre II-III ve lenf nodu negatif olanlar ve adjuvan kemoterapi almayanlar, eksik dosya verileri, ikincil malignite veya aktif otoimmün hastalığı olanlar çalışma dışı bırakıldı.

Sonuç

PNI, albümin ve lenfosit sayısı kullanılarak hesaplanmıştır. PNI cut-off değeri 39,5 olarak bulunmuştur. Hastalar ≤ 39.5 (PNI düşük grup) ve >39.5 (PNI yüksek grup) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Düşük PNI grubundaki hastaların mOS'si 39,5 ay iken, yüksek PNI grubundaki hastaların OS'si 96,8 aydı ($p=0,002$). PNI düşük olan hasta grubunda mDFS 24,4 ay, PNI yüksek olan hasta grubunda 50,7 aydan anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0,021$). PNI skoru hem DFS hem de OS için tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlıydı.

Tartışma-Sonuç

Primer tümör cerrahisi geçirmiş, lenf nodu pozitif, evre II-III mide kanseri olan ve adjuvan kemoterapi alacak hastalarda tedavi öncesi ölçülen PNI değerinin hem OS hem de DFS için bağımsız bir prognostik faktör olarak kullanılabilir. Tedavi öncesi lenfosit ve albümin değerleri ile hesaplanan PNI, kolay, basit ve uygulanabilir bir belirteç olarak adjuvan kemoterapiden fayda görecektir hastaların belirlenmesinde faydalı olabilir.

Table 1: Univariate and multivariate analyses for overall survival

Variable	Univariate analyses			Multivariate analyses		
	HR	95% CI	p	HR	95% CI	p
PNI (≤ 39.5 vs >39.5)	0.533	0.353-0.806	0.003	0.598	0.388-0.919	0.019
Lymphovascular invasion (Yes/No)	2.557	1.542-4.306	<0.001	1.129	0.530-2.403	0.753
Perineural invasion (Yes/No)	2.573	1.546-4.282	<0.001	2.057	0.980-4.321	0.057
N stage (1-2/3)	3.449	2.126-5.595	<0.001	2.830	1.120-7.153	0.028
T stage (3/4)	2.334	1.542-3.532	<0.001	1.856	1.172-2.941	0.008
Stage (II/III)	3.351	2.098-5.353	<0.001	0.968	0.384-2.441	0.945

Table 2: Univariate and multivariate analyses for disease-free survival

Variable	Univariate analyses			Multivariate analyses		
	HR	95% CI	p	HR	95% CI	p
PNI (≤ 39.5 vs >39.5)	0.594	0.397-0.889	0.021	0.639	0.424-0.963	0.032
Lymphovascular invasion (Yes/No)	2.850	1.700-4.777	<0.001	1.382	0.687-2.783	0.364
Perineural invasion (Yes/No)	2.789	1.683-4.622	<0.001	1.979	1.032-3.873	0.040
N stage (1-2/3)	0.336	0.212-0.532	<0.001	2.075	0.824-5.223	0.121
T stage (3/4)	2187	1.449-3.302	<0.001	1.727	1.091-2.734	0.020
Stage (II/III)	3.054	1.949-4.785	<0.001	1.087	0.427-2.767	0.860

SB009

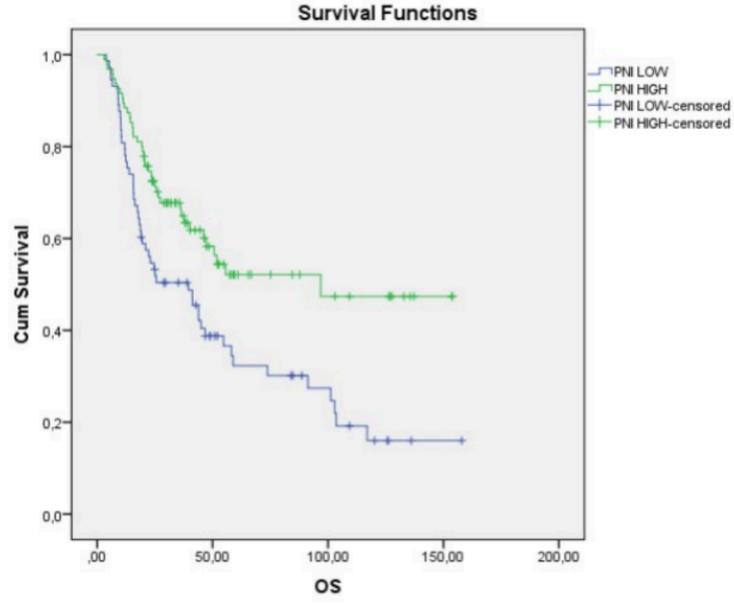


Figure 1: Kaplan-Meier survival curves of overall survival according to the prognostic nutritional index

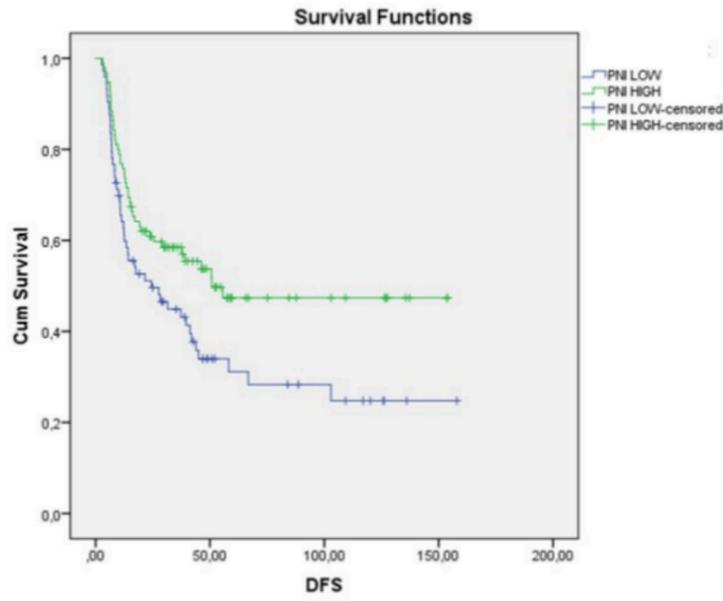


Figure 2: Kaplan-Meier survival curves of disease-free survival according to the prognostic nutritional index

Kaynaklar:

1. Songun I, Putter H, Kranenbarg EM, Sasako M, van de Velde CJ. Surgical treatment of gastric cancer: 15-year follow-up results of the randomised nationwide Dutch D1D2 trial. *Lancet Oncol.* 2010 May;11(5):439-449.
2. Macdonald JS, Smalley SR, Benedetti J, et al. Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. *N Engl J Med.* 2001 Sep 6;345(10):725-730.
3. Ronellenfitsch U, Schwarzbach M, Hofheinz R, et al; GE Adenocarcinoma Meta-analysis Group. Perioperative chemo(radio)therapy versus primary surgery for resectable adenocarcinoma of the stomach, gastroesophageal junction, and lower esophagus. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 May 31;(5):CD008107.
4. Diaz-Nieto R, Orti-Rodríguez R, Winslet M. Post-surgical chemotherapy versus surgery alone for resectable gastric cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Sep 2;(9):CD008415.

SB010

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TAKİP EDİLEN SÜPERİOR VENA KAVA SENDROMU OLGULARININ İNCELENMESİ

Korhan Kollu¹

¹Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları ve Yoğun Bakım Uzmanı, Konya, Türkiye

Amaç:

Bu çalışmanın amacı, Konya şehir hastanesi dahili yoğun bakım ünitelerinde takip edilen vena kava süperior sendromu (VKSS) tanılı hastaların etyolojik nedenlerinin, uygulanan konservatif/spesifik tedavilerin ve sonuçlarının araştırılması.

Gereç ve Yöntem:

01.06.2021 ile 01.06.2024 tarihleri arasında Dahili yoğun bakım ünitelerinde (toplam 45 yoğun bakım yatağı) takip edilen hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Toplam 2651 dosya incelendi. Hematoloji ve Onkoloji bölümüne ait hastalar içinde VKSS tanısı olan hastalar çalışmamıza dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların primer hastalıkları, uygulanan tedavileri ve yoğun bakım çıkış durumları (sağ/ex) kaydedildi.

Bulgular:

Yoğun bakımda takip edilen 2651 hastanın, 197'si hematolojik malignitesi olan ve 444'ü onkoloji bölümü hastasıydı. Toplam 11 adet VKSS tanılı hasta (6'sı erkek, ortalama yaş 65±7) mevcut idi. Bu 11 hastanın 3 tanesi hematolojik bir malignite olan Lenfoma (Hodgkin hastalığı), 8 tanesi akciğer kanseri (6'sı Küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK), 2 si küçük hücre dışı akciğer kanseri (KHDAK)) tanısı olan hastalar idi. Hastaları tanımlayan akış şeması Şekil-1 de gösterilmiştir. VKSS tanısı olan hastaların genel özellikleri Tablo-1 de gösterilmiştir. 11 VKSS tanısı olan hastaların hepsi oksijen, kortikostreoid, diüretik tedavisi almıştır ve ayrıca baş yukarıda olacak şekilde pozisyon verilmiştir. 4 hastaya radyoterapi (2 hasta KHDAK, 2 hasta Lenfoma), KHAK olan 1 hastaya kemoterapi (etoposid, platin) uygulanmıştır. VKSS tanısı olan hastaların 1'i ex olmuştur. Diğerleri sağlıkla/haliyle servise devredilmiştir. Ex olan hasta KHAK tanısı olan hastaydı.

Sonuç:

VKSS, hematolojik onkolojik aciller arasında bulunan oldukça nadir görülen bir sendromdur. VKSS gelişme hızı, etyolojik nedeni çok önemlidir. Mortalitesi sendromun ciddiyetine göre değişmektedir. Hastaya baş yukarıda pozisyon verilmesi, oksijen, kortikosteroid ve diüretik tedavisi gibi konservatif tedaviler dışında uygun hastalarda kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve endovasküler stent uygulaması gibi tedavi seçenekleri mevcuttur.

SB011

ANALYSIS OF EMERGENCY HEMOGRAM AND BIOCHEMICAL PARAMETERS ACCORDING TO CANCER DIAGNOSES IN ONCOLOGY PATIENTS HOSPITALIZED FROM THE EMERGENCY DEPARTMENT

Mustafa Oguz Cumaoglu*

*Nigde Omer Halisdemir University Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine

INTRODUCTION

Emergency departments are among the primary places where oncology patients seek symptomatic treatment (1). Although oncology patients are admitted to the hospital more frequently compared to individuals presenting to the emergency department for other reasons, the incidence of these hospitalizations has not been clearly defined (2). Emergency medicine specialists encounter oncology patients with a variety of complaints and diagnoses. Although oncological emergencies began to be classified as a separate section under hematological disorders in 2016, it remains a subject that requires further research in terms of categorization (3). This study aims to compare the basic hemogram and biochemical parameters of cancer patients hospitalized after presenting to the emergency department for various reasons, according to their primary cancer (Ca) diagnoses, and to provide insights into their hospital stay durations and mortality rates during hospitalization.

MATERIAL METHOD

The hospital information automation system (KARMED) was used for the retrospective screening of patient data. Patients over 18 years of age with a previous cancer diagnosis who were admitted to the oncology ward after presenting to the Emergency Department of Nigde Omer Halisdemir University Training and Research Hospital between 01/01/2024 and 01/07/2024 were included in the study. Patients with hematological malignancies (leukemia, lymphoma) were excluded from the study.

In addition to demographic data such as age and gender, patients' primary Ca diagnoses were recorded along with the following laboratory parameters measured in the emergency laboratory: white blood cell count (WBC), neutrophil, lymphocyte, hemoglobin, urea, creatinine, alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST), C-reactive protein (CRP), albumin, neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR), and CRP-to-albumin ratio (CAR). Additionally, hospital stay durations (days), discharge status, and mortality (exitus) outcomes were recorded.

Statistical Analysis

The statistical analysis of the data was performed using the Windows SPSS version 27.0 software (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Categorical variables, such as gender, patients' primary Ca diagnoses, and hospital mortality outcomes, were presented as numbers and percentages. The Shapiro-Wilk test was used to determine whether the numerical variables followed a normal distribution. Age, WBC, neutrophil, lymphocyte, NLR, urea, creatinine, ALT, AST, CRP, albumin, CAR, and hospital stay duration were presented as medians [Interquartile Range (IQR) (25-75)], while hemoglobin values were expressed as mean \pm standard deviation (SD). To investigate the relationship between hemoglobin levels and categorical variables, Student's t-test and One-way ANOVA tests were employed. For analyzing the relationship between non-normally distributed other quantitative data and categorical variables, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests were used. To examine whether there is a statistically significant relationship among categorical variables, Chi-square and/or Fisher's exact test were utilized. A p-value of <0.001 was considered statistically significant for the One-way ANOVA test, while a p-value of <0.05 was considered statistically significant for the other tests.

RESULTS

Table1. Demographic and Emergency Laboratory Data of Patients

Parameters		Values
Age (year), (IQR)		68 (59-77)
Gender	Male, n (%)	49 (70)
	Female, n (%)	21 (30)
WBC, (IQR) $\times 10^3/\mu\text{l}$		9.5 (5.77-14)
Neutrophil, $10^3/\text{mCL}$		6.9 (3.67-11.45)
Lymphocyte, $10^3/\text{mCL}$		1.14 (0.54-1.9)
NLR		5.63 (2.35-12.3)
Hemoglobin \pm SD, g/dL		10.11 \pm 2.33
Urea, mg/dl		57 (37.5-93.25)
Creatine, mg/dl		1 (0.7-1.38)
ALT, (IQR) U/L		16 (10-27.75)
AST, (IQR) U/L		22.5 (16-48)
CRP, (IQR) mg/L		109.2 (46-174.5)
Albumin, g/L		32 (27-35.25)
CAR		3.65 (1.29-7.41)

IQR: Interquartile range, WBC: White blood cell, NLR: neutrophil-to-lymphocyte ratio, SD: Standard Deviation, ALT: Alanine aminotransferase, AST: Aspartate aminotransferase, CRP: C-reactive protein, CAR: CRP-to-albumin ratio, μl : microliter, mCL: microliter, g/dL: gram/desiliter, mg/dl: milligram/desiliter, mg/L: milligram/liter, U/L: units per liter, g/L: gram/Liter

The patients' age, gender data, and primary cancer diagnoses were as follows: 68 patients included 25 cases of lung (35.7%), 12 cases of colorectal (17.1%), 9 cases of gastric (12.9%), 7 cases of pancreatic (10%), 5 cases of bladder/prostate (7.1%), 3 cases of ovarian (4.3%), 3 cases of multiple metastases with an unknown primary (4.3%), and 2 cases each of laryngeal (2.9%), renal (2.9%), and breast (2.9%).

The median length of stay for the patients in the hospital was 14 days (6-26.25). After treatment and follow-up, 35 patients were discharged, while 35 patients died. Among the deceased patients, 23 were male (65.7%) and 12 were female (34.3%). Sixty percent of those who died had lung Ca. The median levels of CRP ($p=0.032$), CAR ($p=0.043$), and leukocytes ($p=0.033$) were found to be higher in male patients compared to female patients. In deceased patients, the median levels of CRP ($p=0.033$) and CAR ($p=0.019$) were higher, while lymphocyte levels ($p=0.049$) were found to be lower compared to those who were discharged.

SB011

In lung Ca patients, CRP levels were higher compared to pancreatic Ca patients ($p=0.047$), while ALT ($p=0.044$) and AST ($p=0.001$) levels were lower. In lung Ca patients, CRP ($p=0.013$) and CAR ($p=0.008$) levels were higher, and albumin levels were lower ($p=0.015$) compared to ovarian Ca patients. In lung cancer patients, ALT ($p<0.001^*$, 0.026^{**}) and AST ($p<0.001^*$, 0.032^{**}) levels were lower compared to colon* and kidney** Ca patients, respectively. ALT levels were also lower in lung Ca patients compared to breast Ca patients ($p=0.045$). Lung Ca patients had a longer hospital stay compared to those with colon ($p=0.042$) and pancreatic Ca ($p=0.005$).

In colon Ca patients, CRP ($p=0.043$) and CAR ($p=0.03$) levels were higher compared to ovarian Ca patients while albumin levels were lower ($p=0.021$). In gastric Ca patients, lymphocyte levels were found to be higher compared to lung Ca ($p=0.035$) and breast Ca ($p=0.033$) patients. In gastric Ca patients, CRP ($p=0.049$) and CAR ($p=0.033$) levels were higher and albumin levels were lower ($p=0.012$) compared to ovarian Ca patients. In bladder/prostate Ca patients, CRP ($p=0.036$) and CAR ($p=0.025$) levels were higher compared to ovarian Ca patients, while albumin levels were lower ($p=0.047$) (Table 2).

Table 2. The statistically significant results identified according to cancer diagnoses

	Diagnosis	N	Mean Rank	p*
CRP	Lung	25	18.24	0.047
	Pancreatic	7	10.29	
ALT, AST	Lung	25	14.74, 13.66	0.044, 0.001
	Pancreatic	7	22.79, 26.64	
CRP	Lung	25	15.84	0.013
	Ovarian	3	3.33	
Albumin	Lung	25	13.2	0.015
	Ovarian	3	25.33	
CAR	Lung	25	15.92	0.008
	Ovarian	3	2.67	
ALT, AST	Lung	25	15.04, 14.3	<0.001
	Colon	12	27.25, 28.79	
ALT, AST	Lung	25	13.04, 13.08	0.026, 0.032
	Renal	2	26, 25.5	
ALT	Lung	25	13.14	0.045
	Breast	2	24.75	
CRP	Colon	12	9.17	0.043
	Ovarian	3	3.33	
Albumin	Colon	12	6.67	0.021
	Ovarian	3	13.33	
CAR	Colon	12	9.25	0.03
	Ovarian	3	3	
CRP	Gastric	9	7.67	0.049
	Ovarian	3	3	
Albumin	Gastric	9	5	0.012
	Ovarian	3	11	
CAR	Gastric	9	7.78	0.033
	Ovarian	3	2.67	
CRP	Bladder/prostate	5	5.9	0.036
	Ovarian	3	2.17	
Albumin	Bladder/prostate	5	3.2	0.047
	Ovarian	3	6.67	
CAR	Bladder/prostate	5	6	0.025
	Ovarian	3	2	

*: Mann-Whitney U, CRP: C-reactive protein, ALT: Alanine aminotransferase, AST: Aspartate aminotransferase, CAR: CRP-to-albumin ratio

DISCUSSION

Currently, the decreasing availability of primary healthcare services and the increasing diagnostic and treatment capabilities in emergency departments have led to a rising number of oncological patients seeking care in emergency services (4). In oncological emergency cases, infection values differ between male and female genders. These differences can be explained by immunological, biological, and sociocultural variables. Generally, oncological patients exhibit a more pronounced inflammatory response in males compared to females (5). In our study data, there were more male patients both in the general population and among those who died. The higher infection parameters observed in deceased patients compared to those who were discharged can be explained by the predominance of the male gender.

Lung Ca patients have a higher risk of infection compared to patients with other Ca diagnoses. This situation is one of the reasons for the high morbidity and mortality rates associated with lung Ca (6,7). According to the existing data, more than half of our patients who were discharged had lung Ca. Additionally, a higher infection burden was observed in lung Ca patients compared to those with pancreatic, ovarian, and multiple metastases. The increased susceptibility and vulnerability of lung parenchyma to infection, compared to other systems, following the suppression of the immune system due to chemotherapy or immunotherapy may explain this process. The longer hospital stay observed in lung Ca patients has been associated with the high morbidity rate of this Ca type.

There is ongoing discussion about the potential relationship between liver enzyme levels and the prognosis of lung Ca (8). It is known that ALT and AST enzyme levels are elevated in liver-related malignancies. The relationship between lung Ca and ALT-AST levels is not clearly established (9). According to our results, liver function tests were found to be lower in lung Ca patients compared to those with pancreatic, renal, and breast Ca. Although there are experimental studies (10,11), suggesting a positive linear relationship between lung Ca and ALT and AST levels, our results indicate that the increase in liver enzyme levels may be higher in abdominal-related cancers such as pancreatic, colon, and kidney cancers. The high levels of ALT and AST observed in nearly all malignancies in the study suggest that they may serve as additional markers for predicting prognosis in Ca patients.

In ovarian Ca patients, the infection process operates differently compared to other malignancies. The infectious agents are usually Human Papillomavirus (HPV) and Epstein-Barr Virus (EBV) (12). Bacterial infections in ovarian malignancies are typically observed after surgical operations (13). In our study, the inflammation markers CRP and CAR were found to be lower in ovarian Ca patients compared to those with lung, colon, gastric, and bladder/prostate cancers. This result suggests the possibility that the infectious pathogens in ovarian Ca patients may be primarily of viral origin. Additionally, our ovarian Ca patients received only medical support treatment during their hospital stay and did not undergo any surgical procedures.

SB011

CONCLUSION

Our findings emphasize the elevated inflammatory response in male patients, as demonstrated by higher CRP, CAR, and WBC levels, particularly in those who succumbed during hospitalization. Lung Ca, representing the majority of the patients who died, was associated with a higher infection burden and longer hospital stays compared to other Ca types.

The observed relationship between liver function tests (ALT, AST) and Ca prognosis warrants further investigation, especially given the lower levels of these enzymes in lung Ca patients compared to those with abdominal malignancies like pancreatic and renal cancers. This suggests that while liver enzyme elevations are well-established markers in liver-related malignancies, their role in predicting outcomes in lung Ca may differ. Additionally, the lower CRP and CAR levels observed in ovarian Ca patients, compared to those with lung, colon, and bladder/prostate cancers, may reflect a distinct infectious etiology, likely viral rather than bacterial, which aligns with the non-surgical treatment approach taken for these patients.

This study underscores the importance of routinely monitoring inflammatory markers and liver enzymes in oncology patients admitted through emergency services. These parameters could serve as valuable prognostic indicators, helping to identify patients at higher risk of mortality. Tailored therapeutic approaches based on Ca type and associated biochemical profiles could enhance patient outcomes and reduce hospital mortality rates. Further studies are needed to validate these findings and to explore the potential use of these markers in clinical practice.

REFERENCES

1. Klemencic S, Perkins J. Diagnosis and Management of Oncologic Emergencies. *West J Emerg Med*. 2019;20(2):316-322. doi:10.5811/westjem.2018.12.37335.
2. Rajha E, Pillow MT, Brock PA, Jenks S. Oncologic emergencies in the emergency medicine residency curriculum: A national survey. *Am J Emerg Med*. 2020;38(11):2477-2481. doi:10.1016/j.ajem.2020.03.013.
3. Counselman FL, Babu K, Edens MA, et al. The 2016 model of the clinical practice of emergency medicine. *J Emerg Med* 2017;52:846-9.
4. Renzi C, Lyratzopoulos G, Card T, Chu TP, Macleod U, Ratchet B. Do colorectal cancer patients diagnosed as an emergency differ from non-emergency patients in their consultation patterns and symptoms? A longitudinal data-linkage study in England. *Br J Cancer*. 2016; 115: 866-875.
5. Klein S. and Flanagan K.. Sex differences in immune responses. *Nature Reviews Immunology* 2016;16(10):626-638. <https://doi.org/10.1038/nri.2016.90>.
6. Passaro A. , Bestvina C. , Velez M. , Garassino M. , Garon E. , & Peters S.. Severity of covid-19 in patients with lung cancer: evidence and challenges. *Journal for ImmunoTherapy of Cancer* 2021;9(3):e002266. <https://doi.org/10.1136/jitc-2020-002266>.
7. Yang B. , Choi H. , Lee S. , Chung S. , Yeo Y. , Shin Y. et al.. Risk of coronavirus disease 2019 occurrence, severe presentation, and mortality in patients with lung cancer. *Cancer Research and Treatment* 2021;53(3):678-684. <https://doi.org/10.4143/crt.2020.1242>.
8. Xu X. , Miao R. , Zhang L. , Qu K. , Pang Q. , & Liu C.. Model based on alkaline phosphatase and gamma-glutamyltransferase for gallbladder cancer prognosis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2015;16(15):6255-6259. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.15.6255>.
9. Wen C. , Lin J. , Yang Y. , Tsai M. , Tsao C. , Etzel C. et al.. Hepatocellular carcinoma risk prediction model for the general population: the predictive power of transaminases. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute* 2012;104(20):1599-1611. <https://doi.org/10.1093/jnci/djs372>.
10. Ajayi G. , Ademuyiwa O. , Olagunju J. , & Faduyile F.. Biochemical and toxicological implications of ethylacetate fraction of the methanolic extract of plumbago zeylanica (linn) root. *The Journal of Phytopharmacology* 2019;8(4):192-198. <https://doi.org/10.31254/phyto.2019.8408>.
11. Ghahhari J. , Vaezi G. , Riazi G. , Abbasi A. , Modanloo M. , & Shokrzadeh M.. The protective effect of chlorogenic acid on arsenic trioxide induced hepatotoxicity in mice. *Bioscience Biotechnology Research Communications* 2017;10(2):165-172. <https://doi.org/10.21786/bbrc/10.2/29>.
12. Grabarek B. , Ossowski P. , Czarniecka J. , Ożóg M. , Prucnal J. , Dziuba I. et al.. Detection and genotyping of human papillomavirus (hpv16/18), epstein-barr virus (ebv), and human cytomegalovirus (hcmv) in endometrial endometrioid and ovarian cancers. *Pathogens* 2023;12(3):397. <https://doi.org/10.3390/pathogens12030397>.
13. Matsuo K., Prather C., Ahn E., Eno M., Tierney K., Yessaian A. et al.. Significance of perioperative infection in survival of patients with ovarian cancer. *International Journal of Gynecological Cancer* 2012;22(2):245-253. <https://doi.org/10.1097/igc.0b013e31823bd6db>.

SB012

YOĞUN BAKIMA HİPERKALSEMİ NEDENİYLE YATAN ONKOLOJİ HASTALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

Mahmut Sami İnce¹

1-Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları ve Yoğun Bakım Uzmanı, Konya,Türkiye

Amaç:

Bu çalışmanın temel amacı, Konya Şehir Hastanesi dahili yoğun bakım ünitelerinde hiperkalsemi nedeniyle takip edilen onkolojik hastaların klinik özelliklerini, uygulanan tedavi yaklaşımlarını ve hastane içindeki sonuçlarını kapsamlı bir şekilde değerlendirmektir. Ayrıca, bu durumun yönetiminde edinilen deneyimlerin paylaşılması, gelecekteki tedavi stratejilerinin için bir referans oluşturması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:

01.05.2021 ile 01.05.2024 tarihleri arasında dahili yoğun bakım ünitelerinde (toplam 45 yoğun bakım yatağı mevcut) takip edilen hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Toplam 2485 dosya incelenmiş olup hematoloji ve onkoloji bölümüne ait hastalar içinde hiperkalsemi tespit edilen hastalar çalışmamıza dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, malignite türü, hiperkalsemi seviyesi, tedavi yöntemleri ve takip sonuçları analiz edildi.

Bulgular:

Yoğun bakımda belirtilen tarihler arasında takip edilen 2485 hastanın 151'i hematolojik malignitesi olan hasta ve 346'sı tıbbi onkoloji bölümü hastasıydı. Vakaların 72'sinde hiperkalsemi tespit edildi. Bu 72 hastanın 24'ü küçük hücre dışı akciğer kanseri (KHDAK), 17'si meme kanseri, 12'si multipl myelom, 3'ü küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK), 3'ü renal hücreli kanser, 2'si prostat kanseri idi ve 1 hastada diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı tespit edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların %68'i erkek, %32'si kadın idi ve ortalama yaş 67 olarak belirlendi. Semptomatik şiddetli hiperkalsemi vakalarının tümünde hidrasyon ve zorlu diürez ve GFR <30 ml/dk olan 5 hasta dışında eş zamanlı bifosfanat tedavisi uygulandı. Bifosfanat tedavisine dirençli 1 hastada denosumab tedavisi verildi. Tüm medikal tedavilere rağmen kalsiyum seviyesi >17 mg/dl olan, akut böbrek yetmezliği ile komplike olmuş 8 hastaya hemodiyaliz ve hemodinamik olarak stabil olmayan 2 hastaya hemodiyafiltrasyon uygulandı. Multipl myelom tanısı olan hastaların 5 tanesine yoğun bakım şartlarında kemoterapi başlandı. Türkiye'de temin edilemediğinden kalsitonin hiçbir hastaya uygulanmadı. Malign hiperkalsemisi olan bu 72 hastanın yaklaşık 23 tanesi diğer komplikasyonlar nedeniyle ex oldu, 49 hasta haliyle servise devredildi.

Tartışma:

Malign hiperkalsemi, genellikle malignitelerin ilerlemesi ile ilişkili olarak ortaya çıkan ve ölümcül komplikasyonlar geliştirme riski taşıyan bir durumdur. Bu durum, kanserli hastalarda sıklıkla görülen bir elektrolit bozukluğu olup, hastanın genel prognozunu olumsuz etkileyebilir.

Malign hiperkalseminin mortalite oranları, literatürde %30'dan %50'ye kadar değişen oranlarda bildirilmektedir (Chen et al., 2013; Moyer et al., 2020). Özellikle, hiperkalsemiye bağlı komplikasyonlar, hasta mortalitesini artıran önemli etkenlerden biridir. Yüksek serum kalsiyum düzeylerinin, renal fonksiyon bozukluğu, bilinç değişikliği ve kardiyak komplikasyonlar gibi durumları da beraberinde getirdiği bilinmektedir (Murray et al., 2016).

Malign hiperkalsemi tedavisinde standart yaklaşımlar arasında intravenöz hidrasyon, diüretikler, bisfosfonatlar ve steroid tedavisi yer almaktadır. Bu tedavi yöntemlerinin etkinliği, hastanın genel durumu ve altta yatan malignite tipi ile doğrudan ilişkilidir. Örneğin, zolendronik asit gibi bisfosfonatlar, hiperkalsemiyi kontrol altına almakta etkili olabilir; ancak böbrek fonksiyonu bozukluğu olan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır (Huang et al., 2018).

Hemodiyaliz, genellikle dirençli vakalarda %10-20 oranında kullanılmakta ve hastanın durumu, genel sağlık durumu ve tedaviye yanıtına bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Harrison et al., 2019).

Sonuç olarak, malign hiperkalsemi mortalitesi, altta yatan kanser türü, hastanın genel sağlık durumu ve uygulanan tedavi yaklaşımlarına bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Bu nedenle, malign hiperkalsemi tanısı alan hastalarda erken tanı ve etkili tedavi yaklaşımları hayati öneme sahiptir.

Sonuç: Yoğun bakımda hiperkalsemi nedeniyle tedavi edilen onkolojik hastalarda, zamanında müdahale ve uygun tedavi ile mortalite oranları azaltılabilir. Klinik deneyimlerimiz, bu durumun yönetiminde deneyim paylaşımının önemini ortaya koymaktadır. Bu bulgular, onkolojik acillerde hiperkalsemi yönetimi için yol gösterici olabilir.

Kaynaklar:

- Chen, C. et al. (2013). "Malignant hypercalcemia: clinical spectrum and management." *American Journal of Hematology*, 88(2), 114-118.
- Moyer, H. et al. (2020). "Clinical outcomes of patients with malignancy-related hypercalcemia." *Journal of Clinical Oncology*, 38(15_suppl), 2073-2073.
- Murray, R. et al. (2016). "Hypercalcemia in cancer patients." *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(6), 2227-2237.
- Huang, Y. et al. (2018). "A review of management of hypercalcemia." *BMC Cancer*, 18(1), 744.
- Harrison, S. et al. (2019). "When to consider hemodialysis for hypercalcemia." *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 14(7), 1109-1116

SB013

EVALUATING THE PROGNOSTIC VALUE OF THE C-REACTIVE PROTEIN TO ALBUMIN RATIO (CAR) IN PATIENTS WITH LUNG CANCER

Abdussamed Vural*

*Nigde Omer Halisdemir University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, Nigde/ Türkiye

INTRODUCTION

Lung cancer remains a significant global health concern and is characterized by its high prevalence and mortality rates. This malignancy poses a substantial challenge to healthcare systems worldwide, demanding innovative approaches for early detection, accurate diagnosis, and effective treatment [1,2]. Prediction of prognosis in lung cancer is crucial for guiding treatment decisions and improving patient outcomes. The integration of clinical staging, biological markers, and innovative predictive models is essential for improving the prognosis of lung cancer, ultimately leading to better patient management and tailored therapeutic strategies [3-5]. Inflammatory biomarkers play a critical role in the prognosis of lung cancer, providing insights into disease progression and patient outcomes.

Many studies have reported the clinical importance of inflammatory biomarkers in predicting the early and late prognosis of lung cancer [6-10]. However, it is important to use an easy, fast, applicable, and practical inflammatory marker for in-hospital mortality prediction at the time of emergency admission. Recent studies have indicated that several nutritional and inflammatory factors can be valuable prognostic indicators in patients with lung cancer. These markers, including C-reactive protein (CRP), platelet-to-lymphocyte ratio (PLR), and neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR), are associated with the progression and outcome of lung cancer [11-13]. There are also CRP/albumin ratio (CAR) studies in the literature [14], but these studies are limited. The main hypothesis of this study was that inflammation and nutritional status are well reflected by CAR in the ED and that this biomarker is an effective and practical tool in patients with lung cancer. This study aimed to assess the significance of baseline CAR in relation to 30-day mortality.

MATERIALS AND METHODS

This retrospective study included patients with lung cancer admitted to the emergency department (ED) of Niğde Training and Research Hospital between September 1, 2021, and September 1, 2024. Patients included in the study were selected from among patients with lung cancer aged 18 years or older (staging was not considered). The first emergency hospital admission was considered for this study. The inclusion criteria were accessibility to hospital records, hospitalization for lung cancer, and complete availability of necessary laboratory data. The exclusion criteria included repeat admissions, outpatient admissions, and patients with unclear data. In this context, data from 48 patients who met the inclusion and exclusion criteria were analyzed.

Statistical analysis

Shapiro-Wilk test was used to determine whether the data were normally distributed. Mean \pm (SD) was used for parametric data, and median (IQR, 25-75 percentile) was used for nonparametric data. Categorical variables are presented as frequencies and percentages. Chi-square analysis using Pearson's or Fisher's exact test was used to compare categorical variables. Mann-Whitney U test was used to compare nonparametric continuous variables. Receiver operating characteristic curve (ROC) analysis and area under the curve (AUC) were used to assess the ability of the variables to predict 30-day mortality. Univariate binary logistic regression analysis was used to determine the hazard ratio of CAR for mortality according to the calculated cut-off value. All data were entered into Microsoft Excel (2010, Redmond, WA, USA), and statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistics Version 27 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) software. The statistical significance level was set at $P < 0.05$.

RESULTS

The basic characteristics of the patients are presented in Table 1. Accordingly, the mean age was 67.95 ± 8.36 years. 41 patients were male (85.4%) and 7 were female (14.6%). The median values of CRP (interquartile range, 25-75) and mean albumin levels were 71.85 mg/dl (15.35–140.07) and 33.89 ± 6.24 g/L, respectively. The CAR index was 2.31 (0.44-4.48), median (IQR, 25-75). Mortality was detected in 12 patients (25%).

Table 1. Basic characteristics of the patients

Factors	Total n = 48
Age, years, mean \pm SD	67.95 \pm 8.36
Sex, n (%)	
Male	41 (85.4)
Female	7 (14.6)
Labs,	
CRP (mg/dl), median, (IQR, 25-75)	71.85 (15.35-140.07)
Albumin (g/L), mean \pm SD	33.89 \pm 6.24
CAR index, median, (IQR, 25-75)	2.31 (0.44-4.48)
30-day mortality, (%)	
Yes	12 (25)
No	36 (75)

CAR, C-reactive protein to albumin; CRP, C-reactive protein; SD, standard deviation; IQR, interquartile range

The AUC, sensitivity, specificity and cut-off point of the CAR index for 30-day mortality are given in Table 2. Accordingly, The CAR was significantly lower in the survivor group than in the control group. The CAR cutoff level at the highest level of sensitivity and specificity (calculated by Youden index) to predict mortality was determined to be 2.318. The ability of the CAR was to predict 30-day mortality at the calculated optimal cut-off level (2.318) was excellent, with a sensitivity of 0.83 and specificity of 0.61 (AUC: 0.743, 95% CI: 0.570-0.916, $p = 0.012$). The odds ratio of mortality was 7.85 (1.49–4.13 95% confidence interval [CI], $P = 0.015$) for values higher than the cutoff level of CAR.

Table 2. AUC, sensitivity, specificity, and cut-off point of CAR index for 30-day mortality

Mortality at 30-day	AUC	95% CI	Sensitivity	Specificity	Youden's index	Cut-off point
CAR	0.743	0.570–0.916	0.833	0.611	0.444	2.318

CAR, C-reactive protein to albumin; AUC, area under curve; CI, confidence interval

SB013

DISCUSSION

This retrospective study examined the prognostic value of CAR in predicting 30-day mortality in patients with lung cancer who presented to the ED. The results show that CAR values were significantly higher, especially in patients who did not survive. The 30-day mortality rates of lung cancer can vary based on several factors, including tumor stage, type of surgical intervention, and patient comorbidities. A study analyzing data from the National Cancer Database reported a 30-day postoperative mortality rate of approximately 5.6% for patients undergoing pneumonectomy, with various risk factors such as age > 65 years, male sex, and preoperative performance status contributing to these outcomes. [15]. In another study focusing on early mortality among lung cancer patients in Germany, the 30-day mortality rates were notably high, with a prevalence of 22% in the 30-day mortality group, indicating that comorbid conditions, such as renal insufficiency, significantly impacted survival [16]. In our study, this rate was 25%. However, the factors affecting this high rate were not examined in detail in our study and we focused on the effect of CAR levels on prognosis. In addition, it should be noted that all clinical data of the patients may affect CAR levels. In the ROC analysis, the predictive power of CAR for 30-day mortality was high, and the optimal cutoff point for this ratio was calculated as 2.318. Ni et al. reported that CAR is a better predictor of prognosis in patients with advanced lung cancer than other inflammatory markers [17]. In the present study, we also found that CAR predicted mortality with a high sensitivity (83%) and acceptable specificity (61%). This supports the use of CAR as a rapid, easily applicable, and economical biomarker in the clinical setting. In another study on advanced lung cancer, high CAR levels were reported as a good marker for poor prognosis (HR 3.562, 95% CI 1.294-9.802, $p = 0.011$) [18]. In our study, high CAR values were also been shown to be associated with mortality rates and significantly increased mortality risk (7.85-fold increased mortality risk for patients with $CAR > 2.318$). This finding is consistent with those of previous studies that examined the impact of inflammatory biomarkers on cancer prognosis. The results of this study provide important evidence of the role of inflammation in the prognosis of patients with lung cancer. CAR, together with other inflammatory and nutritional markers such as CRP, NLR, and PLR, may be an effective indicator for predicting early mortality in patients with lung cancer.

Limitations

The study included only a limited number of patients, so future studies with larger patient populations may support these findings and more clearly determine the role of CAR in clinical decision-making. Another important limitation of our study is the lack of data on disease stages, comorbid conditions, smoking, and treatment received. Due to the retrospective design of the study, we did not have clear data on these patients. A multivariate risk analysis to evaluate these factors would better assess the effect of CAR on mortality.

CONCLUSION

The use of CAR for mortality prediction, especially in patients with advanced lung cancer presenting to the ED, may play a critical role in the treatment management of patients. This indicator may help in planning rapid and effective interventions; however, more comprehensive studies are required.

REFERENCES

1. Petrović V, Miladinov-Mikov M, Dugandzija T. Topographical analyses of lung cancer incidence and mortality in vojvodina. *Archive of Oncology* 2010;18(3):71-74. <https://doi.org/10.2298/aoo1003071p>
2. Bray F, Weiderpass E. Lung cancer mortality trends in 36 european countries: secular trends and birth cohort patterns by sex and region 1970–2007. *International Journal of Cancer* 2010;126(6):1454-1466. <https://doi.org/10.1002/ijc.24855>
3. Suh JH, Park JK, Moon Y. Prognostic prediction of clinical stage IA lung cancer presenting as a pure solid nodule. *J Thorac Dis.* 2018 May;10(5):3005-3015. doi: 10.21037/jtd.2018.05.31.
4. Sim JA, Kim YA, Kim JH, Lee JM, Kim MS, Shim YM, Zo JI, Yun YH. The major effects of health-related quality of life on 5-year survival prediction among lung cancer survivors: applications of machine learning. *Sci Rep.* 2020 Jul 1;10(1):10693. doi: 10.1038/s41598-020-67604-3.
5. Wang Z, Hu F, Chang R, Yu X, Xu C, Liu Y, Wang R, Chen H, Liu S, Xia D, Chen Y, Ge X, Zhou T, Zhang S, Pang H, Fang X, Zhang Y, Li J, Hu K, Cai Y. Development and Validation of a Prognostic Model to Predict Overall Survival for Lung Adenocarcinoma: A Population-Based Study From the SEER Database and the Chinese Multicenter Lung Cancer Database. *Technol Cancer Res Treat.* 2022 Jan-Dec;21:15330338221133222. doi: 10.1177/15330338221133222.
6. Gaur P, Bhattacharya S, Kant S, Kushwaha R, Garg R, Singh G, Pandey S, Sharma S. Association of inflammatory biomarkers with lung cancer in North Indian population. *Afr Health Sci.* 2019 Jun;19(2):2147-2155. doi: 10.4314/ahs.v19i2.39.
7. Jafri SH, Shi R, Mills G. Advance lung cancer inflammation index (ALI) at diagnosis is a prognostic marker in patients with metastatic non-small cell lung cancer (NSCLC): a retrospective review. *BMC Cancer.* 2013 Mar 27;13:158. doi: 10.1186/1471-2407-13-158.
8. Song M, Zhang Q, Song C, Liu T, Zhang X, Ruan G, Tang M, Xie H, Zhang H, Ge Y, Li X, Zhang K, Yang M, Li Q, Liu X, Lin S, Xu Y, Xu H, Wang K, Li W, Shi H. The advanced lung cancer inflammation index is the optimal inflammatory biomarker of overall survival in patients with lung cancer. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2022 Oct;13(5):2504-2514. doi: 10.1002/jcsm.13032. Epub 2022 Jul 14.
9. Xu W, Liu X, Yan C, Abdurahmane G, Lazibiek J, Zhang Y, Cao M. The prognostic value and model construction of inflammatory markers for patients with non-small cell lung cancer. *Sci Rep.* 2024 Mar 30;14(1):7568. doi: 10.1038/s41598-024-57814-4.
10. Zaitu J, Yamashita Y, Ishikawa A, Saito A, Kagimoto A, Mimura T, Hirakawa T, Mito M, Fukuhara K, Senoo T, Nakano K, Kuraoka K, Taniyama K. Systemic Inflammatory Score Predicts Response and Prognosis in Patients With Lung Cancer Treated With Immunotherapy. *Anticancer Res.* 2021 Jul;41(7):3673-3682. doi: 10.21873/anticancer.15158.
11. Mandaliya H, Jones M, Oldmeadow C, Nordman II. Prognostic biomarkers in stage IV non-small cell lung cancer (NSCLC): neutrophil to lymphocyte ratio (NLR), lymphocyte to monocyte ratio (LMR), platelet to lymphocyte ratio (PLR) and advanced lung cancer inflammation index (ALI). *Transl Lung Cancer Res.* 2019 Dec;8(6):886-894. doi: 10.21037/tlcr.2019.11.16.
12. Pastorino U, Morelli D, Leuzzi G, Gisabella M, Suatoni P, Taverna F, Bertocchi E, Boeri M, Sozzi G, Cantarutti A, Corrao G. Baseline and postoperative C-reactive protein levels predict mortality in operable lung cancer. *Eur J Cancer.* 2017 Jul;79:90-97. doi: 10.1016/j.ejca.2017.03.020.
13. Galvano A, Peri M, Guarini AA, Castiglia M, Grassadonia A, De Tursi M, Irtelli L, Rizzo S, Bertani A, Gristina V, Barraco N, Russo A, Natoli C, Bazan V. Analysis of systemic inflammatory biomarkers in neuroendocrine carcinomas of the lung: prognostic and predictive significance of NLR, LDH, ALI, and LIPI score. *Ther Adv Med Oncol.* 2020 Aug 11;12:1758835920942378. doi: 10.1177/1758835920942378.

SB014

PARANEOPLASTİK SENDROM: UYGUNSUZ ADH SENDROMU

Fatma GÜL AKGÜNER

GİRİŞ

Kanserli hastalarda erken tanı, mortalite belirlenmesi ve tedavi planlamasının düzenlenmesi yönünden önemlidir [1]. Paraneoplastik sendromlar; tümörün veya tümöre bağlı metastazların peptidler, sitokinler, hormonlar, büyüme faktörleri gibi kimyasal faktörler aracılığıyla meydana gelen klinik tablolardır [2]. Paraneoplastik sendromlar ya da uzak etki sendromları % 50 oranında kanser teşhisinden önce belirti vermektedir [1]. Sunduğumuz vakada malignite tanısı almamış olan bir hastada paraneoplastik sendrom olarak uygunsuz ADH (antidiüretik hormon) sendromu tanısı alan hastaya akciğer kanseri tanısı konulmuştur.

VAKA

79 yaş erkek hasta, uykuya meyil, bulantı, nefes darlığında artış şikayeti ile 112 aracılığı ile acil servise başvurdu. Bilinen KOAH tanısı mevcut. Dispne açısından değerlendirilen hastada çekilen toraks tomografisinde; sol hilus yerleşimli, aksiyel kesitlerde en geniş boyutları 74x55 mm ölçülen kitle ile akciğer ve karaciğer kesitlerinde metastatik odaklar saptandı (Şekil:1). Hastanın kan tetkiklerinde WBC:10.4 10³/µL, HGB:14.9 g/dL, platelet:238 10³/µL, AST:67 U/L, ALT:81 U/L, BUN:20.8 mg/dL, kreatinin:0.72 mg/dL, sodyum:121 mmol/L, potasyum:4.6 mmol/L, klor:91 mmol/L, kalsiyum:8.46 mg/dL, albumin:35.9 g/L, idrar sodyumu: 42 mEq/L olarak ölçüldü. Kan gazında ph:7.46, pCO₂:30.8 mmHg, pO₂:40 mmHg, HCO₃:25 mmol/L, sPO₂:% 78.3, laktat:1.66 mmol/L olarak saptandı. Hastanın volüm durumu övolemikti. Sodyum düşürücü diüretik ilaç almamaktaydı. Hastanın akciğer kitlesi ve volüm durumu göz önüne alınarak ön planda uygunsuz ADH tanısı düşünüldü. İç hastalıklarına konsülte edilen hastanın servis yatışı planlandı.



Şekil 1: Toraks BT' de kitle

TARTIŞMA

Akciğer kanseri tanılı hastalarda paraneoplastik sendrom gelişme sıklığı diğer malignitelere oranla daha sık görülmektedir [3]. Etkiledikleri organ ve sistemlere göre paraneoplastik sendromları hematolojik, endokrin, nörolojik, romatolojik ve dermatolojik olarak sınıflandırılmaktadır [4]. Uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sendromu endokrin paraneoplastik sendromlar arasında yer almaktadır. Hastalarda düşük serum ozmolalitesi, yüksek idrar osmolalitesiyle karakterize övolemik hiponatremi tablosu tanı koydurur [4]. Hastalar genellikle asemptomatik olup hafif ve orta hiponatremik hastalarda baş ağrısı, bulantı, kusma gibi nörolojik bulgular görülebilir. İlerleyen dönemlerde sodyum düzeyindeki ani değişimlerde nöbet, bilinç kaybı, beyin ödemi ve ölüme gidebilen ciddi tablolar görülebilmektedir [5]. Uygunsuz ADH Sendromu tanısında tiroid ve adrenal fonksiyon değerlerinin normal olması, serum osmolalitesinde azalma, idrar sodyum konsantrasyonunda yükseklik (40 mEq/L'den fazla), övolemik olması ve hastanın diüretik kullanımının olmaması gerekmektedir [6]. Olgumuzun malignite tanısı olmaması, hastanın övolemik olması ve sodyum konsantrasyonunun düşük olması ve sodyum düşürücü diüretik tedavi almıyor olması paraneoplastik sendrom sonrası malignite tanısı konabileceğini göstermektedir. Bu şekilde acil servise bilinç değişikliği bulantı kusma ile başvuran hastalarda sodyum düzeyi ve volüm durumu değerlendirilerek uygunsuz ADH sendromu olabileceği akıld tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. KABAY, S.C.J.T.K.N.-S.T., Paraneoplastik Sendromlar. 2015. 8(4): p. 48-55.
2. Kanaji, N., et al., Paraneoplastic syndromes associated with lung cancer. 2014. 5(3): p. 197.
3. Sculier, J.P., et al., Neurologic disorders in patients with small cell lung cancer. 1987. 60(9): p. 2275-2283.
4. GEZER, D., Gastrointestinal Sistem Kanseri ve Paraneoplastik Sendromlar.
5. Kitchlu, A., M.H.J.C.O.i.N. Rosner, and Hypertension, Hyponatremia in patients with cancer. 2019. 28(5): p. 433-440.
6. Rosner, M.H. and A.C.J.A.i.c.k.d. Dalkin, Electrolyte disorders associated with cancer. 2014. 21(1): p. 7-17.

SB015

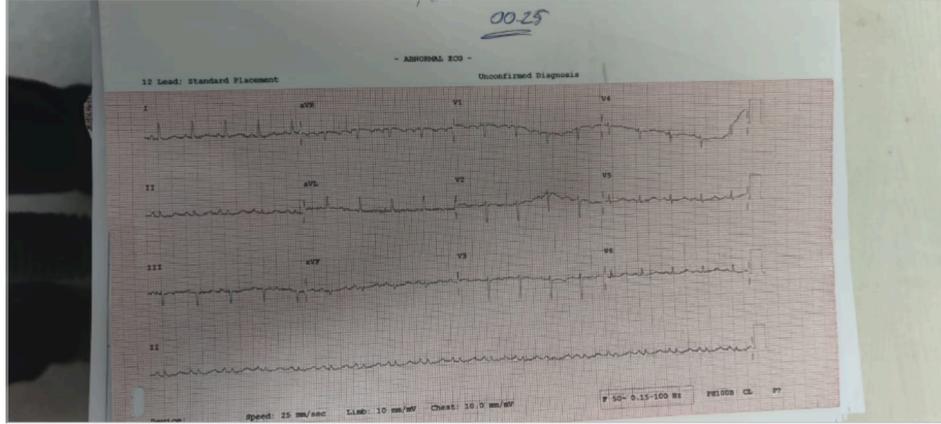
Maligniteye Bağlı Kardiyak Tamponad
Muhammet ÇAKAS1
1Balıkesir Üniversite Hastanesi Acil Tıp ABD

Giriş

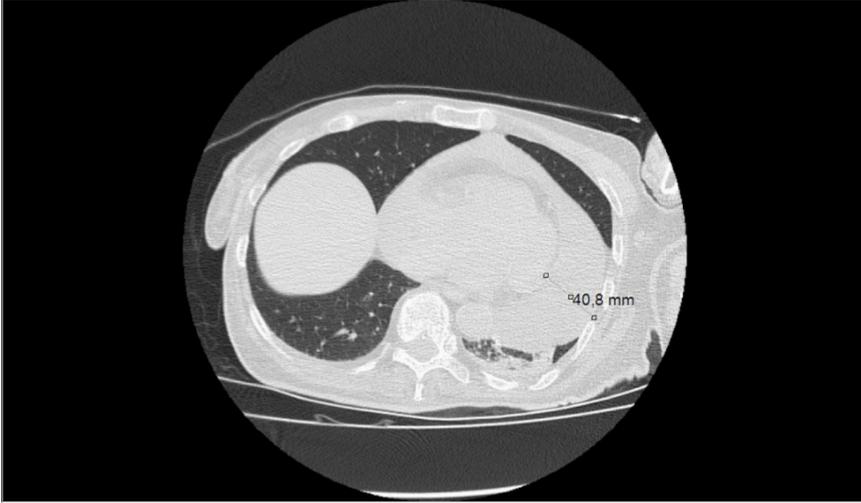
Sıklıkla efüzyonun görüldüğü perikardiyal tutulum tüm kanserli olguların %35'inde görülmektedir (1). Bununla birlikte bu efüzyonlar çoğunlukla küçük ya da rastlantısaldır. Semptomatik perikardiyal efüzyonlar daha nadir görülürken sebep genellikle akciğer ya da meme kanseridir. Bu vakamızda sizlere bilinen akciğer CA tanılı hastada gelişen kardiyak tamponadı sunmayı amaçladık.

Olgu

81 yaşında bilinen akciğer CA tanılı kaşektik görünümlü ve geçen yıl geçirdiği iskemik SVO nedeni konuşamayan ve yatağa bağımlı olan hasta gün içerisinde artan nefes darlığı nedeniyle acil servisimize başvurdu. Geliş vitallerinde TA:81/64 mmHg Nabız:116 atım/dk Solunum sayısı: 16/dk Saturasyon:100 olarak ölçüldü. Oskültasyonda kalp sesleri derinden gelmekte ve ritmik idi; ek ses, üfürüm saptanmadı. Akciğer muayenesi, batin muayenesi olağan olan hastanın boyunda venöz dolgunluk, pretibiyal ödemi yoktu. Elektrokardiyografide 115/dk hızda sinüs ritmi ve sol aks sapması izlendi. Belirgin ST-T değişikliği ve düşük voltaj yoktu.(Resim-1)Çekilen toraks BT'de 4cm'e ulaşan perikardal mayi saptandı.(Resim-2).Yatak başı yapılan USG bakışında LVEF %50, En geniş yeri sol ventrikül posterolateralinde 35 mm, sağ ventrikül apeksinde 20 mm olduğu görülen kalbi çepeçevre saran masif perikardiyal efüzyon saptandı. Sağ atriyal kollaps ve yüzen kalp görüntüsü görüldü.(Resim-3) Subksifoid yaklaşımla, 7 Fr intradüser ve sonra "pigtail" kateter perikard boşluğuna yerleştirildi, 250 ml seröz görünümülü sıvı boşaltıldı. Perikardiyosentez sırasında ekokardiyografik görüntüleme yapıldı. Hastanın hematokrit değeri %26.6, lökosit 9900/mm³, trombosit 603000/mm³ idi. Troponin-I değeri 45(kontrol değeri ikinci saatte 46), karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri normal olan olgunun CRP düzeyi 78 mgr/dl (normal <5 mgr/dl) olarak sonuçlandı. Yapılan kontrol ekokardiyografide tamponat bulgusu izlenmediğinden ve hemodinamisi stabil olduğundan hastanın tıbbi tedavi ile izlenmesine karar verildi. 1 gün koroner yoğun bakımda sonrasında 5 gün kardiyoloji serviste takibi yapılan hasta kliniğinde iyileşme sonrasında taburcu edildi.



Resim 1: EKG



Resim 2:Toraks BT:



Resim 3: EKO'da yüzen kalp görüntüsü

Tartışma

Ortaya çıkan semptomlar ve fizik muayene bulguları perikardiyal sıvı toplanma hızı ve hacmi ile ilgili değerli bilgi sağlar. Büyük efüzyonlar yavaş bir hızda birikebilir ve şaşılacak düzeyde tolere edilebilirler. Perikardiyal efüzyonun semptomları arasında dispne, ortopne, göğüs ağrısı, disfaji, seste kabalaşma ve hıçkırık görülebilir. Hastalar acil servise senkop veya arrest şeklinde getirilebilir. Azalmış kalp sesleri, juguler venöz dolgunluk ve pulsus paradoksus önemli fizik muayene bulgularındandır.

Esnek olmayan perikard yaprakları arasında ani sıvı birikimi ile kalp basıya uğrayarak tamponad gelişir: düşük basınçlı kalbin sağ yapıları vena cavadan gelen kanı alamaz veya pulmoner arterlere ileriye doğru pompalayamaz hale gelir, sol ventrikül dolamadığı ya da az miktarda kanla dolduğu için ejeksiyon fraksiyonu sürdürülemez. Perikardiyal efüzyonun tipik fizik muayene bulgularının daha belirgin halde ortaya çıkmasına ek olarak obstruktif şoka bağlı bulgular görüldü. Sıklıkla taşikardi, hipotansiyon ve daralmış nabız basıncı meydana gelir. Oluşan efüzyonun karakterinin bir göstergesi olarak EKG'de tüm derivasyonlarda QRS komplekslerinde voltaj kaybı görülebilir. Elektriksel alternans büyük efüzyonlarda klasik ancak çok da görülmeyen bir bulgudur. Noninvaziv, taşınabilir ve eğitimli kişilerce yapıldığında yüksek tanı isabeti alınması nedeniyle ekokardiyografi tanı koymada en değerli araçtır (1).

SB015

Sonuç

Asemptomatik perikardiyal efüzyonlar için spesifik bir tedaviye ihtiyaç yoktur. Semptomatik perikardiyal efüzyonu olan hastalara ideal olarak ekokardiyografi kılavuzluğunda perikardiyosentez yapılmalıdır. Perikardiyal boşlukta sıvı akümülyasyonunu engellemek için bir perikardiyal pencere açılabilir ya da parsiyel perikardiyal rezeksiyon uygulanabilir. Perkütan yerleştirilmiş intraperikardiyal bir kateter de bu akümülyasyonu engelleyebilir. Malign perikardiyal efüzyon varlığı tipik olarak ilerlemiş hastalık göstergesidir. Hastaların büyük bir bölümü tanıdan sonraki 1 yıl içinde ölürlere (2).

Kaynakça

1. Virk SA, Chandrakumar D, Villanueva C, Wolfenden H, Liou K, Cao C: Systematic review of percutaneous interventions for malignant pericardial effusion. Heart 101: 1619, 2015. [PMID: 26180077]
2. Patricia Brock Maria T. Cruz-Carreras, Emergency Complications of Malignancy, Tintinalli J. (ed.), A Comprehensive Study Guide, 9th edition Tintinalli October 2019 , p.1513-1523

SB016

KRONİK HEPATİT B ETİYOLOJİLİ HEPATOSELLÜLER KARSİNOMLU HASTALARDA HBSAG İLE HEMATOLOJİK PARAMETRELERİN İLİŞKİSİ

1Burak Ezer, Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji, Konya, Türkiye
2Hilal Sena Çiftçi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji, Konya, Türkiye
2Mehmet Özdemir, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji, Konya, Türkiye
3Tunahan Uygun, Hatay İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı, Hatay, Türkiye

Giriş ve Amaç

Tıp alanındaki gelişmelerin hızlı bir şekilde devam etmesi, tedavi algoritmalarında meydana gelen değişimler, yeni hastalıkların ortaya çıkması nedeniyle yeni tanısal ve prognostik yöntemlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Literatürde sepsis, COVID-19, akut serebrovasküler olaylar, akut koroner sendrom gibi kritik hasta popülasyonundaki muhtemel kötü prognostik seyirli olabilecek hastaları belirleyebilmek için, tek ölçüme dayanan biyobelirteçler, farklı parametrelerin oranlarını inceleyen daha karmaşık indeksler, birden fazla yöntemi içeren çeşitli algoritmalarla ilgili araştırmalar yapılmıştır. Bu çalışmanın amacı, kronik hepatit B etiyolojisine sahip hepatosellüler karsinomlu hastalardaki kantitatif HBsAg düzeyleri ile immatür granülosit düzeylerinin, nötrofil/lenfosit ve lenfosit/monosit oranlarının ilişkilerinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamıza 01.09.2019-15.09.2024 tarihleri arasında kronik hepatit B etiyolojisine sahip 42 hepatosellüler karsinom tanılı hastanın hematolojik parametreleri, hastane bilgi yönetim sistemi taranarak retrospektif olarak dahil edildi. HBsAg düzeyleri Architect i2000 (Abbott, ABD) cihazında çalışıldı. Hastaların HBsAg düzeylerinin incelendiği kan tetkiklerinde eş zamanlı olarak araştırılan hematolojik parametreler ise Sysmex XN-1000 (Sysmex, Japonya) cihazında çalışıldı. Hastalar; HBsAg düzeylerinin ortanca değeri olan 4047 S/Co (Sinyal/ Cut off) düzeyi dikkate alınarak yüksek ve düşük viral yükü olarak iki gruba ayrıldı.

Bulgular

Hastaların HBsAg düzeyi ile nötrofil/lenfosit oranı arasında pozitif korelasyon ($r=0,393$, $p=0,005$), HBsAg düzeyi ile lenfosit/monosit oranı arasında ise negatif korelasyon saptandı ($r=-0,396$, $p=0,001$). HBsAg düzeyi ile immatür granülosit ve immatur granülosit yüzdesi arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmadı ($p>0,05$). Yüksek viral yükü hasta grubunun nötrofil/lenfosit oranının yüksekliği ($5,37\pm 4,07$; Ortalama \pm Standart sapma), düşük viral yükü gruba göre ($2,47\pm 2,05$) istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,03$).

Sonuç

Kronik hepatosellüler karsinomlu hastaların viral yük, prognoz ve viral yük takibinde kullanılabilen HBsAg düzeyini ön görebilecek olan nötrofil/lenfosit ve lenfosit/monosit oranlarıyla ilgili önemli ipuçları elde edilmiştir. Daha geniş hasta popülasyonlarında yapılacak çalışmalarla hematolojik parametrelerin prognozla olan ilişkisi detaylı olarak incelenmelidir.

SB017

Omuzda Tümör Benzeri Dev Kistik Kitle Lezyonu

Op.Dr.Ercüment EGELİ1 , Doç.Dr.Gökhan İLYAS2

1: Uşak Eğitim Araştırma Hastanesi

2: Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ

SLAP (Superior Labrum Anterior Posterior) lezyonu Biceps tendonu uzun başının glenoid ve labruma yapışma yerinin patolojilerini tanımlayan bir terimdir.Klasik olarak Synder Sınıflamasında dört tipi tanımlanmış olup, günümüzde Maffet sınıflaması gibi güncel sınıflamalarla on adet alt tipe ayrılmıştır.(1)

En sık görülen SLAP lezyonu Synder tip 2 olup; biceps ankorunun glenoidden ayrılması ve labral dejenerasyonu tanımlar.(2) SLAP lezyonunun tanısında muayene ve radyolojik incelemeler kullanılsa da kesin tanı artroskopik bakı ve muayene ile konulur.

VAKA SUNUMU

Elli sekiz yaşında kadın hasta acil servise sağ omuzda ağrı hareket kısıtlılığı ile başvurdu.Hastanın anemnezinde omuz ağrısının 2 aydır mevcut olduğu,son 2 gündür şikayetlerinin arttığı öğrenildi. Hikayesinde daha önce Meme ca sebebiyle aynı taraftan opere olduğu bilgisi alındı.Muayenede sağ omuz abduksiyon ve dış rotasyon kısıtlılığı , O'brein ve Yergason testleri pozitif bulundu.Herhangi bir travma öyküsü tariflemeyen hastanın distal dolaşım ve kompartman muayenesi olağandı.Hastanın yapılan MR görüntülemesinde sağ omuz eklemi posteriorda eklem ile ilişki 37x22x41 mm boyutlarında kitle saptandı.(resim 1) Meme ca öyküsü olan hastanın yapılan PET incelemelerinde herhangi bir patolojik aktivite tutulumu görülmedi.

Hastaya kliniğimizde çalışan başka bir ekip tarafından suprascapular sinir basısı sebebiyle acil açık cerrahi posterior yaklaşım ile kitle eksizyonu önerilmiş.Tarafımıza refere edilen hastanın yapılan incelemelerinde mevcut kitlenin SLAP lezyonu kaynaklı eklem içi sıvı kaçağı sebebiyle olduğu saptandı ve hastaya artroskopik cerrahi önerildi.

Yapılan artroskopide hastada mevcut olan tip 2 SLAP lezyonu artroskopik olarak onarıldı ve eklem sıvısı kaçağına sebep olan yolak kapatıldı.Hastanın mevcut kitlesine ek açık cerrahi müdahale yapılmadı.Hasta altı hafta velpau bandajı ile takip edildi ardından fizik tedaviye yönlendirildi.Takiplerinde omzu ağrısı ve abduksiyon dış rotasyon kısıtlılığı yakınmaları tamamen geçen hastanın postop altıncı ayda çekilen kontrol MR görüntülerinde kistik kitlenin tamamen kaybolduğu görüldü.(Resim 2)

TARTIŞMA

Eklem kaynaklı kitlesel lezyonlar çevre nörovasküler yapılara bası yaparak acil klinik tablolar oluşturabilmektedir.Sık yapılan bir hata sonucu eklem kaynaklı kistik kitlelere eksizyon yapılmakta ancak eklemde kaynaklanan yolak kapatılmadığında nüks ve başarısız sonuçlar alınabilmektedir.Bu tip lezyonlarda öncelikle kitlenin kaynağı olan eklem içi patoloji tedavi edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Varacallo, M., Tapscott, D. C., & Mair, S. D. (2023). Superior Labrum Anterior Posterior Lesions. In StatPearls. StatPearls Publishing.

2. Choi, N. H., & Kim, S. J. (2004). Avulsion of the superior labrum. Arthroscopy : the journal of arthroscopic & related surgery : official publication of the Arthroscopy Association of North America and the International Arthroscopy Association, 20(8), 872–874. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2004.06.021>

SB018

Gastric Cancer; The Role of Biochemical Parameters in In-Hospital Mortality: A Retrospective Analysis

Seyyid Rasim Yanmaz*

*Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital, Emergency Medicine, Niğde/Turkey

Introduction

Gastric cancer poses a significant health concern both globally and in our country. According to the GLOBOCAN 2020 database of the International Agency for Research on Cancer (IARC), gastric cancer is the fifth most common cancer worldwide, with over 1.08 million new cases, and the fourth leading cause of cancer-related deaths, accounting for 768,793 fatalities. Gastric cancer is the third leading cause of cancer-related deaths in both sexes worldwide (1,2). In Turkey, gastric cancer is more prevalent in the central, northeastern, and eastern regions (3,4).

Cancer patients frequently present to emergency departments for various reasons, including symptoms directly related to malignancy such as pain, bleeding, and mass effect; indirectly developed metabolic, infectious, hematologic, and endocrine diseases; treatment side effects like febrile neutropenia; trauma; and acute exacerbations of chronic diseases. Oncologic emergencies are among the reasons for emergency department visits, and if not diagnosed and treated promptly, they can lead to high mortality and morbidity. Consequently, malignancy patients frequently visit emergency departments, constituting a special patient group from a psychosocial perspective (5,6).

Material and Methods

Within the scope of the study, patients who applied and hospitalized to the Emergency Department of Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital between 01/09/2021 and 31/08/2024, who were over the age of 18 and who had received the ICD diagnosis code C16 (Gastric malignant neoplasm) at any time were scanned retrospectively through the hospital automation system. The most recent emergency department applications of patients who had more than one emergency department application after receiving a C16 diagnosis were taken into account. The patients' gender, age, the blood parameters taken at the emergency department application (complete blood count, biochemistry panel) and those with 30-day in-hospital mortality were recorded. Patient outcome information was scanned through epicrisis records recorded at the time of admission to the emergency department and, epicrisis records recorded at the ward or intensive care unit (ICU).

During the retrospective screening, patients whose epicrisis reports were not available, patients who applied for routine blood tests before chemotherapy, patients who did not have laboratory tests performed at the time of emergency service admission, and patients whose outcome information was not available were excluded from the study. After scanning, the obtained data were subjected to statistical analysis with the IBM SPSS 27 program.

Statistical Analyses

The suitability of the study data for normal distribution was tested with the Shapiro Wilk test. Descriptive information was given as n and percentage in grouped data. In continuous data, parametric data were presented as mean and standard deviation, nonparametric data as median, minimum and maximum. Qualitative data were tested among themselves with Chi Square. The effects of quantitative measurements on the outcome were tested with T-test in parametric data, and with Mann Whitney U and in nonparametric data.

Bulgular

In a retrospective study conducted between September 3, 2021, and September 3, 2024, 27 patients who presented to the Emergency Department of Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital and were admitted with the ICD-10 diagnosis code C16 were included. Nine of these patients (33.3%) were female, and 18 (66.7%) were male. The descriptive data of the patients included in the study are presented in Table 1.

Table 1. The descriptive statistics of the data examined in the study

	Mean (\pm SD)	Median (Min-Max)
Age	71.60 \pm 11.34	
Hemoglobin	10.03 \pm 2.51	
Hematocrit	30.75 \pm 7.50	
Urea	58.30 \pm 32.30	
Creatinin		0.80 (0.42-1.92)
ALT		12 (2-87)
AST		20 (5-113)
Calcium (Ca)	8.46 \pm 0.71	
Sodium (Na)		137 (121-148)
Potassium (K)	4.26 \pm 0.85	
CRP		34.8 (2.1-446.0)
Albumin	31.60 \pm 5.65	
Leukocyte	9.59 \pm 6.21	
Neutrophil	7.00 \pm 4.27	
Lenphocyte		1.44 (0.07-13.90)
Platelet	275.96 \pm 138.95	

SD: Standart deviation, Min: Minimum, Max: Maximum, ALT: Alaninaminotrans-ferase, AST: Asparagineaminotransferase, CRP: C-reactive protein

The relationship between gender and mortality was examined using the chi-square test. The results indicated that gender did not have a statistically significant effect on mortality ($p=0.42$) (Table 2).

Table 2. The crosstable of the association between patients gender and their mortality status

		Mortality		P
		Alive	Exitus	
Gender	Female	3 (11.1%)	6 (22.2%)	xx
	Male	10 (37%)	8 (66.7%)	xx

SB018

The mean albumin level was 34.57 ± 3.55 mg/dl in patients who did not experience in-hospital mortality within 30 days, while it was 28.38 ± 3.55 mg/dl in those who did, indicating a statistically significant difference ($p= 0.002$). Similarly, the median CRP level was 31.4 (2.1-69.6) mg/dl in patients who did not develop in-hospital mortality within 30 days, and 95.9 (15-446) mg/dl in those who did, with a statistically significant difference ($p=0.006$).

Conclusion and Results

In this study, the effects of biochemical parameters on in-hospital mortality in patients with gastric cancer were retrospectively evaluated. The findings reveal that, in particular, albumin and CRP levels play a significant role in predicting in-hospital mortality. As widely accepted in the literature, biochemical markers such as albumin and CRP are key indicators in assessing prognosis in patients with malignancy.

Low albumin levels in the study were associated with higher in-hospital mortality. Albumin levels are an indicator of overall health status and are directly related to nutritional status and the inflammatory response in patients with malignancies. Low albumin levels may be indicative of poor prognosis and increased mortality. In the literature, albumin has been recognized as an important biomarker for prognosis, especially in patients with advanced-stage cancer (7).

Elevated CRP levels in the study were correlated with a higher risk of mortality. CRP is a marker of the inflammatory response and is directly associated with tumor burden and the extent of inflammation in malignancies. Increased CRP levels are particularly linked to poor prognosis and higher mortality in cancer patients. This finding is also supported in the literature, where CRP is considered a marker that reflects the degree of inflammation in malignant diseases (8).

The effect of gender on mortality was not statistically significant in this study. However, the literature generally suggests that mortality due to gastric cancer may be higher in males. This difference may be attributed to factors such as lifestyle and environmental influences. Nonetheless, no significant association between gender and mortality was identified in our study (9).

In conclusion, biochemical parameters, particularly albumin and CRP levels, may play an important role in predicting in-hospital mortality in patients with gastric cancer. The utilization of these biomarkers in clinical practice for prognosis assessment may be beneficial in the management of patients with gastric cancer.

References

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018; 68: 394-424.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-49.
3. Tuncer, I., et al. "Van gölü havzasında gastrointestinal kanserlerin dağılımı; 1002 olgunun analizi." *T Klin J Gastroenterohepatol* 14.3 (2003): 161-6.
4. Yalcin S. Gastric cancer in Turkey—a bridge between West and East. *Gastrointest Cancer Res* 2009; 3: 29-32.
5. Koçak, Sedat, et al. "Onkolojik hastaların acil servise başvuru nedenleri." *Sakarya Tıp Dergisi* 2.1 (2012): 16-20.
6. Dunne-Daly, Carrie F. "Radiation Therapy for oncological emergencies." *Cancer Nursing* 17.6 (1994): 516-527.
7. Gupta, Digant, and Christopher G. Lis. "Pretreatment serum albumin as a predictor of cancer survival: a systematic review of the epidemiological literature." *Nutrition journal* 9 (2010): 1-16.
8. Roxburgh, Campbell SD, and Donald C. McMillan. "Role of systemic inflammatory response in predicting survival in patients with primary operable cancer." *Future oncology* 6.1 (2010): 149-163.
9. Kamangar, Farin, Graça M. Dores, and William F. Anderson. "Patterns of Cancer Incidence, Mortality, and Prevalence Across Five Continents: Defining Priorities to Reduce Cancer Disparities in Different Geographic Regions of the World." *Journal of Clinical Oncology* 41.34 (2023): 5209-5224.

SB019

KANSER HASTALARINI ACİL SERVİSE GETİREN NEDENLER: İLDEKİ TEK ONKOLOJİ MERKEZİ VERİLERİNİN ANALİZİ

Merve Demireller¹, Oya Güven¹

¹Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Kırklareli

Amaç: Kanser hastalarının tanılarına göre acil başvuru şikayetleri değişse de özellikle aldıkları tedavi sonrası gelişen akut semptomlarla sıklıkla başvururlar. Bu durum lokalize ya da multipl organ bulguları ile kendini gösterebilir. Bu çalışmada; ildeki tek onkoloji tedavisi verilen merkezde acil servis verileri incelendi. Çıkan sonuçların, benzer konumda çalışan acil servis hekimine yol gösterici olması hedeflenmektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışma için kanser tanılı hastaların; Ocak-Aralık 2023 tarihleri arasında acil servise başvuru nedenleri, başvuru öncesinde kemoterapi/radyoterapi alma durumu, yatış yapılıp yapılmadığı, prognozu ve 1 hafta içinde acile tekrarlayan başvurusunun olup olmadığı incelendi.

Bulgular: Çalışmada 194 hasta dosyasına ulaşıldı. %56,2'si (n:109) erkek, yaş ortalaması 66,7 idi. En fazla oranda akciğer kanseri hastalarının (%26,3, n:51) başvurduğu gözlemlendi. Hastaların %42,3'ü (n:82) aktif kemoterapi tedavisi görmekte ve son 1 hafta içinde kemoterapi almaktaydı. Acile başvuranların içinde kaydedilen ilk 3 neden sırasıyla ağrı (%21,6, n:42), kemoterapi öncesi tetkik yaptırmak (%15,5, n:30) ve onkoloji doktorunun reçete ettiği tedaviyi acil serviste yaptırmak (%15,5, n:30) olarak tespit edildi.

Son 1 hafta içinde kemoterapi almayan hastaların yatış oranı, alanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$). Kemoterapi alma ile 1 hafta içinde acile tekrar başvuru arasında anlamlı ilişki bulunamadı ($p>0,05$). Kemoterapi alan ve almayan gruplar arasında yatış prognozu bakımından anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$). Hastaların %70,1'i (n:136) acil servisten taburcu edilmişti. 26'sı (%46,4) palyatif servise, 20'si (%35,7) yoğun bakıma, 5'i (%8,9) tıbbi onkoloji servisine, 5'i de (%8,9) cerrahi servislere yatırıldığı görüldü. Yatış yapılan hastaların ortalama yatış gün sayısı 16,51 idi. Yatış yapılan hastaların %58,9'unun (n:33) taburcu edildiği, %41,1'inin (n:23) ex olduğu tespit edildi.

Sonuç: Bu çalışmada; kanser hastalarının, hastalıklarından bağımsız olarak kendi tedavisi ya da tedavi öncesi hazırlık için acili kullandıkları saptandı. Bu sonuç, kanser hastalarının da diğer hasta grupları gibi acil servisleri kötüye kullandığına dair önemli bir bulgudur. Ayrıca kemoterapi almanın hastalığın iyilik haline önemli katkıda bulunduğu söylenebilir.

SB020

ONKOLOJİK BİR ACIL: SISPLATİN İNFÜZYON REAKSİYONU (ANAFLAKSİ)

Mehmet GÜL, Yasin YAĞCILAR*, Emirhan ÜNLÜ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş

Anafilaksi, mast hücresi ve bazofil kaynaklı medyatörlerin dolaşıma aniden salınması sonucu oluşan akut, potansiyel olarak ölümcül, multisistemik bir sendromdur [1]. Çoğunlukla gıdalara, ilaçlara ve böcek sokmalarına karşı oluşan immünolojik reaksiyonlardan kaynaklanır, ancak mast hücrelerinin veya bazofillerin ani, sistemik degranülasyonuna neden olabilen herhangi bir ajan tarafından immünolojik olmayan mekanizmalar yoluyla da tetiklenebilir [2].

Neredeyse tüm kemoterapötik ajanların, bilinen toksisite profiliyle açıklanamayan beklenmeyen reaksiyonlar olarak tanımlanan infüzyon reaksiyonlarını başlatma potansiyeli vardır. İnfüzyon reaksiyonlarıyla en sık ilişkilendirilen sitotoksik ajanlar taksanlar, platin ilaçları, pegile lipozomal doksorubisin , asparaginaz, prokarbazin , etoposid , bleomisin , sitarabin ve iksabepilondur . Bunlara sıklıkla "aşırı duyarlılık reaksiyonları" denmesine rağmen, birçoğunun kanıtlanmış bir immünolojik mekanizması yoktur. Bu nedenle, infüzyon reaksiyonu terimi tercih edilir.

Olgu

40 yaş kadın hasta, bilinen over kanseri tanılı hasta, 2 kür kemoterapi almak için hastaneye başvurmuş. Sisplatin tedavisini aldıktan sonra hastada baş dönmesi boğazda takılma hissi vücudunda yaygın ürtiker ve senkop gelişmiş. Bunun üzerine hasta acil servise getirildi. Hasta geldiğinde vitalleri ta:117/69 na:79 so2:97 muayensinde uvula ödemi yok sağ akciğerde ronküsleri mevcut olan hasta anafilaksi olarak değerlendirildi. Hastaya acil serviste uyluk lateralinde 0,5 mg adrenalin im olarak uygulandı. Çift damaryolu açılarak hidrasyona başlandı. Diğer damaryolundan feniramin maleat ve deksametazon uygulandı. Daha sonrasında hasta onkolojiye konsülte edildi ve takip amaçlı onkoloji servisine yatırıldı.

Tartışma

Sisplatin tedavisine karşı anafilaksi gelişen bu olgunun sunumu ile kanserli hastaların tedavisinde uygulanan kemoteropatik ilaçların yan etkilerine ve komplikasyonlarına dikkat çekmek istedik. Neredeyse tüm kemoterapötik ajanların infüzyon reaksiyonlarını başlatma potansiyeli vardır. Bazı ilaçlar (örneğin, platin ajanlar ve taksanlar) mast hücrelerinin ve/veya bazofillerin ani ve yaygın aktivasyonundan kaynaklanan anafilaksi ile ilişkilidir. İnfüzyon reaksiyonları, hafif prurit ve kızarma ile yaşamı tehdit eden hipotansiyon ve bronkospazm arasında değişen şiddette olabilir. Premedikasyon kullanımına rağmen, klinisyenler her ilaç uygulamasında bir infüzyon reaksiyonu oluşmasına hazırlıklı olmalıdır. Klinisyenin gelmesini beklemeden acil müdahaleye izin vermek için sürekli talimatlar olmalıdır. Canlandırma için gereken tıbbi ekipman ve malzemeler kolayca bulunabilmelidir.

Referanslar

1. Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, ve diğerleri. Anafilaksi tanımı ve yönetimi üzerine ikinci sempozyum: özet rapor--İkinci Ulusal Alerji ve Enfeksiyon Hastalıkları Enstitüsü/Gıda Alerjisi ve Anafilaksi Ağı sempozyumu. *J Allergy Clin Immunol* 2006; **117**:391.
2. Brown SGA, Kemp SF, Lieberman PL. Anafilaksi. Middleton Alerjisi: İlkeler ve Uygulama, 8. baskı, Adkinson NF Jr, Bochner BS, Burks AW ve diğerleri (Ed.), Elsevier, Philadelphia 2014. s.1237.

SB021

Ateş ile başvuran bir onkoloji hastasında kaç konsültasyon ile sonuç alınabilir?

Yasin Yıldız1, Mine Kayacı Yıldız2
1 SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği
2 Herhangi bir kurumda çalışmamaktadır.

GİRİŞ:

Onkolojik hastalar, hastalıklarıyla doğrudan ya da dolaylı bağlantılı çeşitli şikayetlerle acil servislere başvurmaktadır. Son yıllarda, onkoloji hastalarının acil servislere olan başvurularında belirgin bir artış gözlenmektedir. Bu başvuruların büyük bir kısmında enfeksiyon kaynaklı süreçler önemli bir neden olarak öne çıkmaktadır (1). Enfeksiyonlar, kanser hastalarında mortalite ve morbiditenin başlıca etkenlerinden biridir ve çoğu zaman ateş, bu hastalardaki en belirgin belirti olabilmektedir (2). Bu sunumda, acil servise ateş şikayetiyle başvuran ve beş konsültasyonun ardından pnömoni tanısı alarak hastaneye yatırılan bir meme kanseri vakası ele alınmaktadır.

VAKA:

78 yaşında metastatik meme kanseri tanısı olan kadın hasta, ateş, halsizlik ve idrar yapamama şikayetleri ile acil servise başvurdu. Başvuru esnasında vital bulguları: ateş 39,3°C, nabız 135/dk (ritmik), tansiyon 163/109 mmHg, SpO2 %94 ve kan şekeri 466 mg/dl olarak kaydedildi. Fizik muayenede, genel durumu orta-kötü olan hastada ense sertliği saptanmadı, kas gücü tüm ekstremitelerde tamdı. Akciğer oskültasyonunda ral ve ronküs duyulmadı. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre ve nötrofil sayısı normal sınırlarda, CRP 393,72 mg/L, prokalsitonin ise 6,26 µg/L olarak tespit edildi. Toraks BT'de sol hemitoraksta 2.5 cm, sağ hemitoraksta ise 6 cm çapa ulaşan plevral effüzyon görüldü. Sağ akciğer alt lob posteriorunda yaklaşık 2.5 cm çapında hava imajı içeren konsolide alan gözlemlendi (enfeksiyon şüphesi?). Ayrıca, her iki akciğerde mozaik perfüzyon paterni ve peribronşial kalınlık artışları izlendi (Resim). Hasta Göğüs Hastalıkları'na konsülte edildi, ancak mevcut CRP yüksekliği ile pnömonik infiltrasyon uyumlu bulunmadı. Göğüs Cerrahisi tarafından plevral effüzyon için girişim planlanmadı. Endokrinoloji, kan şekeri yüksekliğini mevcut enfeksiyon süreciyle ilişkilendirdi. Enfeksiyon Hastalıkları uzmanları, meropenem ve teikoplanin ile tedavi rejimi önerdi. Hasta, izlem ve tedavi amacıyla Tıbbi Onkoloji servisine yatırıldı. Yatışının 2. gününde yoğun bakım ünitesine (YBÜ) transfer edildi ve burada torasentez uygulandı. Yatışının 10. gününde iyileşme kaydedilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA:

Onkolojik hastalar, malignitelerinin doğrudan etkileri (örneğin bası bulguları, ağrı, kanama, solunum güçlüğü) veya dolaylı sonuçları (metabolik, endokrin, hematolojik, enfeksiyöz sorunlar) nedeniyle acil servise başvurabilmektedir. Ayrıca, antitümör tedavilerin yan etkileri (febril nötropeni gibi) ya da sosyal koşulların yetersizliği (beslenme ve bakım eksikliği) de bu başvuruları tetikleyebilir (3). Özellikle son evre kanser hastalarında, bu sorunların bir kombinasyonu sıkça görülmektedir. Ülkemizde, kansere bağlı ölümler, kardiyovasküler hastalıklardan sonra en yaygın ikinci ölüm sebebidir (1). Acil servise başvuran kanser hastaları, onkolojik aciller nedeniyle başvurmuş olabilir ve bu durumlar genellikle hayatı tehdit eden, yüksek mortalite oranlarına sahip durumlardır. Erken teşhis ve uygun tedavi, hastanın yaşam kalitesini artırmada kilit rol oynar (4). Kanser hastalarında yüksek ateş çoğunlukla enfeksiyonlardan kaynaklansa da, hastalığın kendisi (lenfoma), kemoterapi ilaçları (sitozin arabinozid gibi), kan transfüzyonları ve pulmoner emboli gibi enfeksiyon dışı faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır. Enfeksiyon ve enfeksiyon dışı nedenler arasındaki ayrımı yapmak her zaman kolay değildir. Özellikle granülositopenik hastalarda enflamatuvar yanıt yetersiz olabileceği için ateş, enfeksiyonun tek ve en belirgin işareti olabilir (2). Bu vaka da yüksek ateş şikayetiyle başvurmuştur, ancak nötropeni saptanmamıştır. Bir çalışmada, kanser hastalarının acil servislere en sık anemi, üre/kreatinin yüksekliği, hiponatremi ve pnömoni gibi nedenlerle başvurdukları belirlenmiştir (1). Başka bir çalışmada ise nefes darlığı en sık görülen şikayet olarak tespit edilmiştir (%22) (5). Koçak ve arkadaşlarının çalışmasında, acil serviste en sık konulan üçüncü tanı pnömoni olarak bildirilmiştir (1). Enfeksiyonlar, kanser hastalarında hala önemli bir mortalite ve morbidite kaynağıdır (6). İmmünsupresyon, bu hastalarda enfeksiyonların gelişmesine neden olan en önemli faktördür ve kemoterapi uygulamaları ya da bazen hastalığın kendisi, bağışıklık yetmezliğine yol açabilen başlıca nedenlerdendir (2). Bizim vakamızda da pnömoni acil servis tanısı olarak konulmuştur. Koçak ve arkadaşlarının çalışmasında, acil servise başvuran onkoloji hastalarının %70'inde konsültasyon istendiği belirlenmiştir (1). Bizim vakamızda ise 5 farklı bölümden konsültasyon talep edilmiştir. Sonuç olarak, onkoloji hastalarının acil servise başvurma nedenlerinden biri ve en yaygın olanı ateştir. Bu hastalarda pnömoni gibi enfeksiyon süreçleri düşünülmesi ve uygun tetkikler yapılmalıdır. Ayrıca, bu vakada olduğu gibi çoklu bölüm konsültasyonları, onkoloji hastalarının tanısız karmaşıklığını ve eş zamanlı birden fazla problemin birlikte bulunma olasılığını yansıtmaktadır.



Resim. Hastanın Toraks BT'sinde sağda pnömonik infiltrasyon alanı ve her iki hemitoraksta plevral effüzyon görünümü.

KAYNAKLAR:

- Koçak, S., Ertekin, B., Polat, M., Girişgin, S., & Kara, H. (2012). Onkolojik hastaların acil servise başvuru nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2(1), 16-20.
- Alici, Ö., Akbaş, E., & Alici, S. Kanser hastalarında fırsatçı enfeksiyonlar.
- Higdon, M. L., & Higdon, J. A. (2006). Treatment of oncologic emergencies. *American Family Physician*, 74, 1873-1880.
- Dunne-Daly, C. F. (1994). Radiation Therapy for oncological emergencies. *Cancer Nursing*, 17, 516-527.
- Yaylacı, S., Topuzoğlu, A., & Karcioğlu, O. (2009). Acil Servise Başvuran Kanser Hastalarının Klinik Karakteristikleri ve Bir Yıllık Sağlık İyileşimleri. *International Journal of Hematology and Oncology*, 19, 4.
- Smiley, S., Almyroudis, N., & Segal, B. H. (2005). Epidemiology and management of opportunistic infections in immunocompromised patients with cancer. *Abstracts in Hematology and Oncology*, 8(3), 20-30.

SB022

ONCOLOGICAL EMERGENCY: ACUTE SPINAL CORD COMPRESSION

Süeda ZAMAN1

1 Mamak State Hospital

INTRODUCTION

Oncological emergencies refer to conditions caused by metabolic, neurological, cardiovascular, hematological, and/or infectious clinical disorders arising during cancer or its treatment [1]. Since oncological diseases can affect all mechanisms clinically, these emergencies can present clinical signs involving all systems [2]. Hospitalization for treatment is recommended for these patients. Acute Spinal Cord Compression (ASCC) is a complication seen in 5% of oncology patients [3]. This report presents a case of ASCC in a patient diagnosed with metastatic lung cancer.

CASE

A 61-year-old male patient presented to the emergency department with right foot drop that developed a few hours prior. He had known metastatic lung cancer and was under oncology follow-up. His general condition was good, with an alert and cooperative consciousness (GCS: 15), pupils equal and reactive (+/+), symmetrical facial features, and generally intact cranial nerves. Lower extremity examination revealed right ankle 3/5, plantar flexion 5/5, and eversion 3/5. Other muscle strengths were normal. No urinary or fecal incontinence was noted, and perineal sensation was intact with normal anal sphincter tone. Contrast-enhanced lumbar MRI showed a metastatic lesion with edema at the central-right aspect of the upper endplate of the L4 vertebra, indenting the spinal canal and the thecal sac (Figures 1-2). The patient underwent emergency decompression surgery due to spinal canal compression and acute neurological deficit.



Figure 1: Sagittal MRI Image

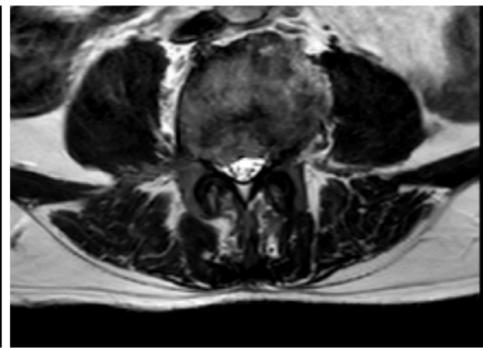


Figure 2: Axial MRI Image

DISCUSSION

The development of ASCC due to vertebral metastasis can occur in 3-5% of oncology patients, particularly in those with breast, prostate, and lung cancers [3]. Tumors metastasizing to the spine predominantly originate from the lungs (31%) and breast (24%) [4]. Early diagnosis and appropriate treatment planning can prevent paraplegia in ASCC patients. Symptoms such as back pain and neurological dysfunction in oncology patients presenting to the emergency department are warning signs for ASCC. Magnetic Resonance Imaging (MRI) is the preferred diagnostic imaging modality.

Although discussions continue regarding treatment combinations such as radiotherapy and chemotherapy in patients with ASCC, decompression surgery is a superior treatment option for preventing paraplegia due to compression [3]. In our case, posterior decompression surgery was prioritized to relieve the compressive force. The patient was diagnosed with metastatic lung cancer and presented to the emergency department with foot drop, highlighting the importance of early diagnosis and treatment to prevent the development of spinal cord compression in such cases.

REFERENCES

- 1.Aksel, G. and C. Kavalcı, Onkolojik Aciller.
- 2.Menekli, T. and F.J.E.Ü.H.F.D. Doğan, Onkolojik Aciller ve Hemşirelik Yönetimi: Vena Kava Süperior Sendromu. 2022. 38(3): p. 249-256.
- 3.YILDIZ, F.J.T.K.M.O.-S.T., Spinal Kord Basısı. 2021. 14(3): p. 74-78.
- 4.Kaçıra, Ö.K., et al., Torakal spinal kord basısı ile saptanan malign meme lezyonu metastazı: olgu sunumu. 2014. 4(4): p. 209-212.

SB023

Pankreas Neoplazisi Nedenli Kemoterapi Alan Bir Hastada Hiponatremi

Mine Kayacı Yıldız1, Yasin Yıldız2

1 Herhangi bir kurumda çalışmamaktadır.

2 SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ:

Onkolojik hastalar, hastalıklarıyla doğrudan veya dolaylı olarak ilişkili çeşitli şikayetlerle acil servislere başvurabilmektedir. Son yıllarda, onkoloji hastalarının acil servislere başvuru oranlarında belirgin bir artış yaşanmıştır. Bu başvuruların bir kısmında, hastalığın seyri veya uygulanan tedavi rejimlerinin sonucunda ortaya çıkan metabolik ve elektrolit dengesizlikleri önemli bir rol oynamaktadır (1).

Literatürde onkolojik aciller arasında sıkça belirtilen metabolik sorunlar bulunmaktadı. Tümör lizis sendromu ve uygunsuz ADH sendromu gibi durumların yanı sıra, yetersiz oral alım ve antitümör tedavilere bağlı gelişen ve bazen yaşamı tehdit eden metabolik bozukluklar da dikkate değerdir (2).

Bu vaka sunumunda, acil servise bulantı, kusma ve azalmış oral alım şikayetleri ile başvuran, acil servis değerlendirmesi sonrası hiponatremi tanısı konularak hastaneye yatırılan bir pankreas kanseri olgusu ele alınmaktadır.

VAKA:

72 yaşında pankreas kanseri tanısı konmuş bir hasta, acil servise karın ağrısı, azalmış oral alım, bulantı ve kusma şikayetleri ile getirildi. Hastanın öyküsünde, üç gündür bulantı ve kusma yaşadığı ve bir yıl önce onkolojik tanısı nedeniyle Whipple operasyonu geçirdiği belirtildi. Üç gün önce kemoterapi (KT) aldığı ve bu belirtilerin o günden itibaren devam ettiği öğrenildi. Kemoterapi sonrası hastaya iki doz G-CSF uygulaması yapılmıştı. Gelişinde, Glasgow koma skalası 15, nörolojik muayene normal, ateşi yoktu ve vital bulguları normal sınırlardaydı. Fizik muayenede karında dört kadranda yaygın hafif hassasiyet ve deri turgorunda azalma gözlemlendi. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre $32,11 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, nötrofil $31,37 \cdot 10^3/\mu\text{L}$, CRP 58,18 mg/L, sodyum 123 mmol/L ve glukoz 222 mg/dL olarak saptandı. Abdominal görüntüleme sonuçlarında ise ileus lehine bir bulguya rastlanmadı. Hiponatremi nedeniyle intravenöz hipertonic sodyum tedavisi uygulandı. Tıbbi Onkoloji bölümüne konsülte edilen hasta, izleme ve ileri tedavi amacıyla hastaneye yatırıldı. Hasta, yatışının 7. gününde salah ile taburcu edildi.

TARTIŞMA:

Kronik hastalığı olan bireyler, genellikle hastalıklarının akut alevlenmeleri veya ortaya çıkan ek sorunlar nedeniyle acil servislere başvurmaktadır. Onkolojik hastalar, mevcut malignitelerinin doğrudan neden olduğu (baş bulguları, ağrı, kanama, solunum zorluğu gibi) veya dolaylı yoldan etkilediği (metabolik, endokrin, hematolojik, enfeksiyöz gibi) durumlar; antitümör tedavisinin yol açtığı (örneğin, febril nötropeni) sorunlar ya da sosyal faktörlerden kaynaklanan (bakım ve beslenme yetersizliği gibi) çeşitli akut problemlerle acil servislere yönelmektedirler (3). Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yeni kanser olgularının sayısında ve kanser tedavisine bağlı yan etkilerin sıklığında bir artış beklenmektedir (4). Kanser hastalarının acil servise başvuruları, onkolojik acillerle bağlantılı olabilir; bu tür durumlar yaşamı tehdit edici özellik taşıyor ve yüksek mortalite oranlarıyla ilişkilidir. Erken tanı ve uygun tedavi, yaşam konforunun yeniden sağlanmasında etkili rol oynamaktadır (5).

Hiponatremi, çeşitli hastalıklarla birlikte görülebilen ve semptomatik ya da asemptomatik seyir edebilen, nörolojik bozukluklara yol açarak mortaliteyi artırabilen bir klinik durumdur. Kanser hastalarında hiponatremi, ya hastalığın kendisi ya da tedavi süreçleri sonucunda ortaya çıkabilmektedir (6). Onkoloji hastalarında hiponatremi prevalansı %4 ile %47 arasında değişiklik göstermektedir. Hastanede yatan bireylerdeki hiponatremilerin %14'ünün alta yatan malignitelerle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu durumların yarısı, hastanede uygulanan intravenöz sıvıların etkisiyle gelişen 'iyatrojenik' hiponatremilerdir (7).

Hiponatremi, baş ağrısı, halsizlik, bulantı, kusma, kas krampları ve bilinç değişiklikleri (somnolans ve koma dahil) gibi çeşitli semptomlarla kendini gösterebilir; ancak bazı durumlarda asemptomatik de olabilir. Ayrıca, özellikle halsizlik gibi birçok özgül olmayan belirtiyeye neden olarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Bu semptomların ortaya çıkma nedeni, hiponatreminin gelişme hızına ve derecesine bağlı olarak meydana gelen beyin ödemidir. Tedavi sırasında hiponatreminin hızlı bir şekilde düzeltilmesi, pontin miyelolizis ve ölüme yol açabileceğinden dikkatli olunmalıdır. Bu nedenle, hiponatreminin birçok farklı nedenden kaynaklanabileceği göz önünde bulundurularak, tanı ve tedavi süreçlerinin iyi bir şekilde bilinmesi önemlidir (8, 9).

Literatürde, onkolojik aciller arasında hiperkalsemi, hiponatremi, hiperürisemi, üre ve kreatinin yüksekliği, hiperamonyemi gibi sık görülen metabolik problemler bulunmaktadır (10, 11). Koçak ve arkadaşlarının çalışmasında, acil servise başvuran onkoloji hastalarında en sık rastlanan metabolik sorunlar arasında hiponatremi ve üre/kreatinin yüksekliği yer almıştır (1). Şen ve arkadaşlarının araştırmasında da hiponatreminin, onkoloji hastalarında genel dahiliye hastalarına kıyasla daha sık görüldüğü vurgulanmıştır. Hiponatremi saptanan hastalarda, sağ kalım oranlarının hiponatremisi olmayan hastalara göre daha düşük olduğu gösterilmiştir; bu da onkoloji hastalarının yönetiminde serum sodyum düzeyinin izlenmesinin önemini ortaya koymaktadır (6).

Sonuç olarak, acil servise başvuran onkoloji hastalarının serum elektrolit seviyeleri, özellikle sodyum düzeyi, yakından izlenmeli ve dikkat edilmelidir.

KAYNAKLAR:

- Koçak, S., Ertekin, B., Polat, M., Girişgin, S., & Kara, H. (2012). Onkolojik hastaların acil servise başvuru nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2(1), 16-20.
- Glover, D. J., & Glick, J. H. (1987). Metabolic oncologic emergencies. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 37, 302-320.
- Higdon, M. L., & Higdon, J. A. (2006). Treatment of oncologic emergencies. *American Family Physician*, 74, 1873-1880.
- Swenson, K., Rose, M. A., Ritz, L., Murray, C., & Adlis, S. (1995). Recognition and evaluation of oncology-related symptoms in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 26, 12-17.
- Dunne-Daly, C. F. (1994). Radiation Therapy for oncological emergencies. *Cancer Nursing*, 17, 516-527.
- Şen, F., Çiftçi, R., Erdemli, H. K., Kocabaş, R., Kılıç, L., Yıldız, İ., ... & Zorlu, M. (2014). Onkoloji hastalarında hiponatremi sıklığı ve sağ kalımla ilişkisi. *Türk Klinik Biyokimya Dergisi*, 12(1), 37-43.
- Rosner, M. H., & Dalkin, A. C. (2014). Electrolyte disorders associated with cancer. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 21(1), 7-17.
- Castillo, J. J., Vincent, M., & Justice, E. (2012). Diagnosis and management of hyponatremia in cancer patients. *The Oncologist*, 17(6), 756-765.
- Ahluwalia, V., Wade, J. B., Thacker, L., Kraft, K. A., Sterling, R. K., Stravitz, R. T., et al. (2013). Differential impact of hyponatremia and hepatic encephalopathy on health-related quality of life and brain metabolite abnormalities in cirrhosis. *Journal of Hepatology*, 59(3), 467-473.
- Silverman, P., & Distelhorst, C. W. (1989). Metabolic emergencies in clinical oncology. *Seminars in Oncology*, 16, 504-515.
- Spinazze, S., & Schrijvers, D. (2006). Metabolic emergencies. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 58, 79-89.

SB025

JİNEKOLOJİK MALİGNİTELERE BAĞLI ACİL SERVİSE BAŞVURU NEDENLERİ 3. BASAMAK MERKEZ VERİLERİ

RIFAT ŞENER 1, ELİF CEYDA SERİN 2

1 Konya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Konya, Türkiye

2 Konya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Giriş:

Jinekolojik kanserler, dünya genelinde kadınlar arasında önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir; serviks uteri, corpus uteri, over, vulva ve vajina kanserlerinden oluşur ve beş yıllık jinekolojik kanser yaygınlık oranı dünya çapında > %7,7'dir (1). 2020'de 1,39 milyondan fazla yeni jinekolojik kanser vakası vardı ve bu, kadınlardaki tüm yeni kanser vakalarının %15,2'sini oluşturuyordu. Kanserli kadınların yaklaşık %15'i 2020'de jinekolojik kanserlerden öldü; bunlar arasında over kanserinin diğer jinekolojik kanserlere kıyasla daha kötü bir prognozla ilişkili olduğu bulundu (2,3).

Jinekolojik kanserlerin tanısı çoğunlukla ileri evrede konulmaktadır, çünkü birçok hasta semptomlarının farkına varmadığından veya tıbbi yardıma başvurmakta geciktiğinden acil servislere başvurmaktadır. Bu çalışmada, jinekolojik kanserli hastaların acil servise başvuru nedenlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Metod:

Bu retrospektif çalışmada, Ağustos 2022 - Ağustos 2024 tarihleri arasında Konya Şehir Hastanesinin acil servisine başvuran jinekolojik kanser tanılı hastalar incelenmiştir. Çalışmaya dahil edilen hastaların yaşı, başvuru semptomları, kanser türleri ve tanı aşamaları kayıt altına alınmıştır. Veriler elektronik sağlık kayıtlarından elde edilerek istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular:

Toplam 38 jinekolojik kanserli hasta incelenmiştir. Hastaların yaş ortalaması 58,3±12,7 idi. En sık başvuru nedeni ağrı (42%), vajinal kanama (28%) ve karın şişliği (15%) olarak tespit edildi. En yaygın kanser türleri sırasıyla over kanseri (%40), endometriyal kanser (%30) ve serviks kanseri (%20) idi. Başvuru sırasında hastaların %60'ı ileri evredeydi (Evre III ve IV). Over kanserli hastalarda en yaygın başvuru semptomu karın ağrısı ve nefes darlığı iken, endometriyal kanserli ve serviks kanserli hastalarda vajinal kanama en sık görülen şikayet oldu.

Sonuç:

Jinekolojik kanserli hastaların acil servise başvuru nedenleri genellikle endometrium kanseri için erken evrede over ve serviks kanseri ileri evre semptomlarıyla ilişkilidir. Ağrı, vajinal kanama ve karın şişliği, acil başvurularda en sık görülen semptomlardır. Bu bulgular, jinekolojik kanserlerin erken tanısı ve takibi konusunda farkındalık yaratmanın önemini göstermektedir. Kadınlarda ortaya çıkan bu semptomlara dikkat edilmesi, erken müdahale ve tedaviye olanak tanıyarak hastaların prognozunu iyileştirebilir.

Referanslar:

1. World Health Organization International Agency for Research on Cancer.Globocan 2020 Population fact sheets (World) []. gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf 2021 ; () : .
2. Chau JPC, Liu X, Lo SHS, Chien WT, Hui SK, Choi KC, Zhao J. Perioperative enhanced recovery programmes for women with gynaecological cancers. Cochrane Database Syst Rev. 2022 Mar 15;3(3):CD008239. doi: 10.1002/14651858.CD008239.pub5. PMID: 35289396; PMCID: PMC8922407.
3. Ledford LR, Lockwood S.Scope and epidemiology of gynecologic cancers: an overview. Seminars in Oncology Nursing 2019;35(2):147-50. [DOI: 10.1016/j.soncn.2019.03.002]

SB026

HPV DURUMU VE KOLPOSKOPİ: SERVİKS KANSERİ VE PREKANSERÖZ LEZYON TANISINDA ANAHTAR ÖNGÖRÜCÜLER

ELİF CEYDA SERİN 1, RIFAT ŞENER 2, SITKI ÖZBİLGEÇ 2, FATİH AKKUŞ 3, OĞUZHAN GÜNENC 1

1 Konya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

2 Konya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi, Konya, Türkiye

3 Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Bilim Dalı, Konya, Türkiye

Giriş: Rahim ağzı kanseri, kadın üreme sisteminde en yaygın malign tümördür ve erken dönemde önlenebilir tek tümördür (1, 2). Hastalık genellikle ilerleyen aşamalara kadar belirgin semptom göstermez (3). Yüksek riskli insan papillomavirüsü (HR-HPV) enfeksiyonu, ana neden olarak belirlenmiştir (4). HPV'nin %70'e kadar olan enfeksiyonları bağışıklık sistemi tarafından temizlenir; ancak %1-4'ü kalıcı enfeksiyona dönüşebilir (5). Kolposkopi, erken tanı için önemli bir araçtır, ancak yanlış-negatif sonuçlar da verebilir (6).

Yöntem: Bu çalışmada, rahim ağzı kanseri ve HPV enfeksiyonu arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla 3. basamak hastanede 2020-2024 yılları arasında kolposkopi yapılan 781 kadın hasta geriye dönük olarak incelendi. Hastaların yaşları, HPV test sonuçları, kolposkopi ve biyopsi sonuçları analiz edildi.

Bulgular: 781 hastanın ortalama yaşı 42.7 ± 9.48 idi. HPV 16 pozitifliği, CIN 2 ve üzeri lezyonlarda %20.3 olarak tespit edildi. Çoklu HPV enfeksiyonlarının, teki enfeksiyonlara göre CIN 2 ve üzeri lezyonlara ilerlemede anlamlı bir etkisi bulunmadı ($p=0.580$). Lojistik regresyon analizine göre, HPV 16 enfeksiyonu, CIN 2 ve üzeri lezyonlar için 22.36 kat daha fazla riskle ilişkilendirildi ($p=0.002$). Modelin CIN 2 ve üzeri lezyonları tespit etme performansı, AUC değeri 0.679 olarak belirlendi ve orta düzeyde bir tanısallık doğruluk gösterdi.

Tartışma: Çalışmamız, HPV 16 enfeksiyonunun rahim ağzı lezyonlarının ciddiyetiyle önemli bir bağlantısı olduğunu göstermektedir. Diğer çalışmalara benzer şekilde, HR-HPV ile enfeksiyonun rahim ağzı kanseri ve prekürsör lezyonlarla ilişkisi teyit edilmiştir (7, 8). Özellikle birinci ve ikinci basamakta HPV 16 pozitifliği olan hastalar, kolposkopi için jinekolojik onkoloji uzmanlarına yönlendirilmelidir. Ayrıca, kolposkopi, erken teşhis ve biyopsi için önemli bir yöntemdir; ancak doktorun deneyimine bağlı olarak yanlış tanı riski taşır (9-15).

Sonuç: HR-HPV testi ve kolposkopinin birleşik kullanımı, serviks kanseri ve prekürsör lezyonların tanısında değerlidir ve HR-HPV pozitifliği, lezyonun ciddiyetiyle ilişkilidir.

Referanslar

1. Singh D, Vignat J, Lorenzoni V, Eslahi M, Ginsburg O, Lauby-Secretan B, et al. Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *Lancet Glob Health*. 2023;11(2):e197-e206.
2. Li M, Du X, Lu M, Zhang W, Sun Z, Li L, et al. Prevalence characteristics of single and multiple HPV infections in women with cervical cancer and precancerous lesions in Beijing, China. *J Med Virol*. 2019;91(3):473-81.
3. Shami S, Coombs J. Cervical cancer screening guidelines: An update. *Jaapa*. 2021;34(9):21-4.
4. Dong A, Xu B, Wang Z, Miao X. Survival-related DLEU1 is associated with HPV infection status and serves as a biomarker in HPV-infected cervical cancer. *Mol Med Rep*. 2022;25(3).
5. Bedell SL, Goldstein LS, Goldstein AR, Goldstein AT. Cervical Cancer Screening: Past, Present, and Future. *Sex Med Rev*. 2020;8(1):28-37.
6. Hernández-López R, Lorincz AT, Torres-Ibarra L, Reuter C, Scibir-Bentkowska D, Warman R, et al. Methylation estimates the risk of precancer in HPV-infected women with discrepant results between cytology and HPV16/18 genotyping. *Clin Epigenetics*. 2019;11(1):140.
7. McCluggage WG, Judge MJ, Alvarado-Cabrero I, Duggan MA, Horn LC, Hui P, et al. Data Set for the Reporting of Carcinomas of the Cervix: Recommendations From the International Collaboration on Cancer Reporting (ICCR). *Int J Gynecol Pathol*. 2018;37(3):205-28.
8. Wang P, Gao D, Yu X, Zhu G. Value of high-risk human papillomavirus detection combined with colposcopy. *Keywords: colposcopy, cervical cancer, precancerous lesion in the diagnosis of cervical cancer and precancerous lesions. Oncol Lett*. 2024;27(4):185.
9. Wittenborn J, Weikert L, Hangarter B, Stickeler E, Maurer J. The use of micro RNA in the early detection of cervical intraepithelial neoplasia. *Carcinogenesis*. 2020;41(12):1781-9.
10. Luo Q, Lang L, Han N, Liang L, Shen L, Zhang H. Prevalence and genotype distribution of high-risk human papillomavirus infection among women with cervical cytological abnormalities in Chongqing, China, 2014-2020. *Diagn Cytopathol*. 2021;49(12):1237-43.
11. Painter H, Erlinger A, Simon B, Morroni C, Ramogola-Masire D, Luckett R. Impact of cervicitis on performance of cervical cancer screening using HRHPV testing and visual evaluation in women living with HIV in Botswana. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;151(1):144-6.
12. Liu G, Sharma M, Tan N, Barnabas RV. HIV-positive women have higher risk of human papilloma virus infection, precancerous lesions, and cerv. *Keywords: colposcopy, cervical cancer, precancerous lesionical cancer. Aids*. 2018;32(6):795-808. *Keywords: colposcopy, cervical cancer, precancerous lesion*
13. Vodicka EL, Chung MH, Zimmermann MR, Kosgei RJ, Lee F, Mugo NR, et al. Estimating the costs of HIV clinic integrated versus non-integrated treatment of pre-cancerous cervical lesions and costs of cervical cancer treatment in Kenya. *PLoS One*. 2019;14(6):e0217331.
14. Husaiyin S, Han L, Wang L, Ma C, Ainiwaer Z, Rouzi N, et al. Factors associated with high-risk HPV infection and cervical cancer screening methods among rural Uyghur women aged > 30 years in Xinjiang. *BMC Cancer*. 2018;18(1):1162.
15. Garza-Rodríguez ML, Oyervides-Muñoz MA, Pérez-Maya AA, Sánchez-Domínguez CN, Berlanga-Garza A, Antonio-Macedo M, et al. Analysis of HPV Integrations in Mexican Pre-Tumoral Cervical Lesions Reveal Centromere-Enriched Breakpoints and Abundant Unspecific HPV Regions. *Int J Mol Sci*. 2021;22(6).

SB027

PROXIMAL FEMUR PATOLOJİK KIRIĞI OLAN ÇOCUK HASTALARDA HUMERUS PHILOS PLAĞI İLE FİKSASYON

Volkan TAŞDEMİR¹

¹Konya Şehir Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, Konya Türkiye

Amaç: Pediatrik patolojik femur proksimal kırıkları oldukça nadirdir.Çocuk femur kırıkları genellikle yüksek enerji ile oluşur.Düşük enerji veya basit düşmeler ile oluşan çocuk femur kırıklarında kemik kisti ve tümörleri araştırılmalıdır.Patolojik femur proksimal kırıklarında elastik çivi,kilitli plak,açılı plak ve eksternal fiksator gibi implantlar kullanılmasına rağmen altın standart fiksasyon yöntemi tanımlanmamıştır.Amacımız agresif kistlerde kemik stoğun yetersiz olduğu çocuk patolojik femur proksimal kırıklarında erişkinler için kullanılan humerus proximal plak ile fiksasyon sonuçlarımızı paylaşmaktır.

Yöntem:Bu çalışmaya proximal femur patolojik kırığı olan 8 çocuk hasta dahil edilmiştir.Hastaların hepsinde histopatolojik olarak tanı koyulmuştur. Opere olan bütün hastaların direkt grafisinde kistik lezyon zemininde kırık tespit edildi.Bening kriterleri taşıması sebebiyle bütün kırıklar küretaj ve greftlemeyi takiben humerus philos plağı ile tespit edildi.

Bulgular: Çalışmaya 6 erkek 2 kız hasta dahil edildi.Yaş ortalaması 10 (9-12) tespit edildi.Bütün hastalarda düşük enerjili travma sonucu kırık oluştuğu görüldü..2 hasta dışında diğer hastaların daha önce hastane takibi olmadığı görüldü.Intraoperatif alınan küretaj örneklerinde patolojik tanı 5 hastada anevrizmal kemik kisti 3 hastada basit kemik kisti olarak tespit edildi.Küretajı takiben kırık redüksiyonu humerus philos plağı ile tespit edildi.Bütün hastalarda lezyonun büyük olması nedeniyle kavite allogreft dolduruldu.Cerrahi sonra hastalara istirahat ateli uygulandı.6.hafta pasif egzersizlere başlandı.Hastaların tamamına parsiyel yük verme 3.ay da başlandı.Yürümeye yardımcı cihaz kullanmadan desteksiz yürüme 6.ayda başlandı.Tüm hastalarda tam kaynama gözlemlendi.İmplant yetmezliği tespit edilmedi.Hastaların tamamında implantlar cerrahiden sonra ortalama 18 ayda çıkarıldı.Hastaların yürüyüşü simetrik olarak değerlendirildi.2 yıllık takiplerinde nüks ve tekrar kırık gözlenmedi.

Çıkarımlar: Proximal femur patolojik kırıklarında tespit seçenekleri epifiz,apofiz ve tümör nedeniyle azalmış kemik stok nedeniyle fiksasyonda zorluklar içermektedir.Düşük profilli erişkin humerus philos plağı multiaksiyel vida seçeneği ile diğer imlantlara göre daha sağlam tespit olanağı sağlamaktadır.

SB028

Metastatic Papillary Thyroid Cancer and Inappropriate ADH Syndrome: A Rare Clinical Condition

İlker Çordan¹

¹Endocrinology Department, University of Health Sciences, Konya City Hospital, Konya, Turkey

Introduction

Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH) is among the leading causes of euvoletic hyponatremia (1). Hyponatremia associated with SIADH can sometimes remain asymptomatic; however, in severe cases, it may become life-threatening (2). Since the treatment of this syndrome depends on identifying the underlying cause, accurate diagnosis and determination of the cause are critical for appropriate treatment. SIADH may develop in association with various clinical conditions, such as lung diseases, drug use, and central nervous system disorders. Malignancies, particularly small-cell lung cancer (SCLC), account for a significant proportion of cases (3,4).

Although paraneoplastic syndromes (PNS) and SIADH are rarely seen in thyroid cancers, most reported cases involve medullary thyroid carcinoma (MTC) due to its neuroendocrine origin (5). Papillary thyroid carcinoma (PTC), which accounts for 85% of all thyroid malignancies, generally has an excellent prognosis (6). However, the occurrence of SIADH in PTC has been reported in only a limited number of cases.

This case report presents a patient with symptomatic hyponatremia who was diagnosed with SIADH. The patient had extensive lung metastases from papillary thyroid carcinoma, initially mimicking primary lung cancer based on clinical and imaging findings.

Case Report

A 67-year-old male patient presented to the emergency department with complaints of anorexia, nausea, muscle weakness, and approximately 10% weight loss over the past month. Laboratory tests revealed a sodium level of 127 mEq/L (The differential diagnosis and diagnostic tests for SIADH are summarized in Tables 1,2). The patient's medical history included surgery for papillary thyroid carcinoma five years earlier, followed by treatment with 150 mCi of radioactive iodine (RAI). Despite recommendations for regular RAI ablation therapy, the patient had not adhered to follow-ups, and extensive lung metastases were detected in subsequent imaging.

The patient was diagnosed with euvoletic hyponatremia. After consultations with internal medicine, cardiology, and endocrinology departments ruled out other potential causes, the patient was admitted to the endocrinology ward with a diagnosis of SIADH. Due to the lack of response to fluid restriction, symptomatic treatment with hypertonic saline was initiated. With continued fluid restriction, the sodium levels stabilized.

A thoracic CT scan performed to evaluate the patient's lung metastases showed widespread progression compared to the images from five years ago. PET-CT identified a 13x15 mm nodule with increased FDG uptake (SUVmax: 16.08) in the anterior segment of the right upper lobe near the right atrium (Figure 1).

Considering the differential diagnosis of SIADH, primary lung cancer was suspected, and a transbronchial biopsy was performed. Immunohistochemical analysis revealed positive staining for TTF-1, thyroglobulin, and PAX-8, confirming metastasis from papillary thyroid carcinoma. The patient was discharged with a recommendation for recombinant TSH-assisted RAI therapy for the treatment of metastatic PTC.

Table 1: Laboratory Results from Initial Emergency Department Evaluation

Laboratory Findings	Patient's Parameters	Reference Values	Units
Glucose	138	70-110	mg/dL
BUN	18	8-23	mg/dL
Creatinine	0.95	0.7-1.2	mg/dL
e-GFR (CKD-EPI)	82	>60	ml/min/1.73 m ²
Sodium	127	136-145	mmol/L
Chloride	88	98-107	mmol/L
Potassium	3.8	3.5-5.1	mmol/L
Uric Acid	6.1	3.5-7.2	mg/dL
AST	12	0-40	U/L
ALT	21	0-41	U/L
TSH	0.85	0.27-4.2	mU/L
Thyroglobulin	500	3.5-77	µg/L
ACTH	30.5	7.2-63.3	pg /mL
Cortisol (Afternoon)	34.2	2.47-11.9	µg/dL
NT-Pro BNP	815	<300	ng/L

Abbreviations:BUN: Blood Urea Nitrogen, e-GFR: Estimated Glomerular Filtration Rate (CKD-EPI equation), AST: Aspartate Aminotransferase, ALT: Alanine Aminotransferase, TSH: Thyroid-Stimulating Hormone, ACTH: Adrenocorticotrophic Hormone, NT-Pro BNP: N-terminal prohormone of brain natriuretic peptide

Table 2: Diagnostic Criteria for Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion (SIADH)

SIADH Laboratory Findings	Patient's Parameters	Reference Values	Units
Serum: Sodium	127	135-150	mmol/L
Serum: Osmolality	261	280-296	mOsm/kg
Urine: Sodium	140	>40	mmol/L
Urine: Osmolality	451	>100	mOsm/kg

SB028

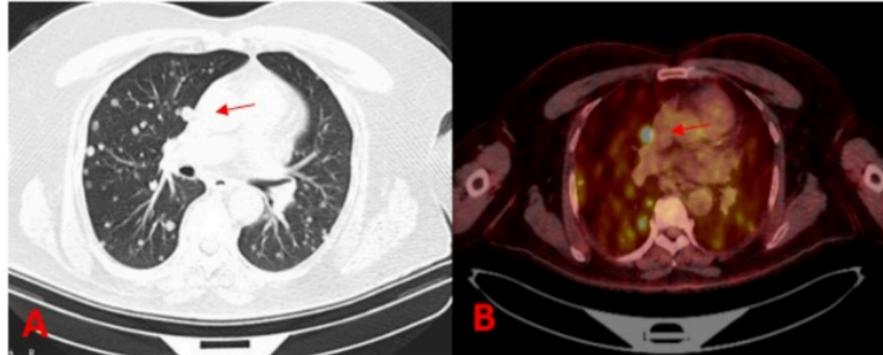


FIGURE 1:

A) Thoracic CT: 13x15 mm nodule is observed in the anterior segment of the right upper lobe of the lung, adjacent to the right atrium (red arrow).

B) PET-CT (F-18 FDG): The same region shows a nodule with increased FDG uptake (SUV max: 16.08) (red arrow).

Discussion

Paraneoplastic syndromes (PNS) are more frequently observed in medullary thyroid carcinoma (MTC), but cases associated with papillary thyroid carcinoma (PTC) are rare (2). Although PTC generally has a favorable prognosis, cases with lung metastases may cause diagnostic confusion with primary lung cancer (7). When a lung mass is present along with SIADH, primary lung tumors, particularly small-cell lung cancer (SCLC), are usually considered first.

Reports of SIADH in association with PTC are very limited in the literature. Beier et al. reported the first case of SIADH associated with non-metastatic PTC (8). Additionally, hyponatremia related to levothyroxine withdrawal and a low-iodine diet has been reported in metastatic PTC patients undergoing RAI therapy (9).

In our case, the patient's refusal of treatment over five years and the progression of lung lesions may have contributed to the development of SIADH. Various lung diseases can also mimic diabetes insipidus-like syndromes. The rapid clinical deterioration, weight loss, and hyponatremia associated with SIADH initially suggested primary lung cancer based on PET-CT findings. However, biopsy confirmed the diagnosis of metastatic papillary thyroid carcinoma. This case highlights that SIADH can also be associated with metastatic thyroid cancers.

In conclusion, effective treatment of SIADH requires thorough investigation of the underlying cause. It is essential to recognize that SIADH can occur not only in lung cancers but also in metastatic thyroid malignancies.

REFERENCES;

1. Pillai, B. P., Unnikrishnan, A. G., & Pavithran, P. V. (2011). Syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion: Revisiting a classical endocrine disorder. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 15(Suppl 3), S208–S215. <https://doi.org/10.4103/2230-8210.84870>
2. Laville, M., Burst, V., Peri, A., & Verbalis, J. G. (2013). Hyponatremia secondary to the syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone (SIADH): Therapeutic decision-making in real-life cases. *Clinical Kidney Journal*, 6(Suppl 1), i1–i20. <https://doi.org/10.1093/ckj/sft113>
3. Pliquett, R. U., & Obermüller, N. (2022, December 22). Endocrine testing for the syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion (SIADH). In Feingold, K. R., Anawalt, B., Blackman, M. R., Boyce, A., Chrousos, G., Corpas, E., & de Herder, W. W. et al. (Eds.), *Endotext* [Internet]. MDText.com, Inc. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279133>
4. Gandhi, L., & Johnson, B. E. (2006). Paraneoplastic syndromes associated with small-cell lung cancer. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 4(6), 631–638. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2006.0052>
5. DeLellis, R. A., & Xia, L. (2003). Paraneoplastic endocrine syndromes: A review. *Endocrine Pathology*, 14(4), 303–317. <https://doi.org/10.1385/ep:14:4:303>
6. Limaiem, F., Rehman, A., & Mazzoni, T. (2024, March 13). Papillary thyroid carcinoma. In *StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519035>
7. Tanaka, A., Okita, R., Morishige, T., et al. (2024). A case of primary lung adenocarcinoma mimicking metastatic papillary thyroid carcinoma. *Thoracic Cancer*, 15(4), 353–357. <https://doi.org/10.1111/1759-7714.15194>
8. Beier, F., Moleda, L., Guralnik, V., et al. (2010). Papillary thyroid cancer associated with syndrome of inappropriate antidiuresis: A case report. *Journal of Medical Case Reports*, 4, 110. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-4-110>
9. Shakir, M. K., Krook, L. S., Schraml, F. V., Hays, J. H., & Clyde, P. W. (2008). Symptomatic hyponatremia in association with a low-iodine diet and levothyroxine withdrawal prior to I-131 in patients with metastatic thyroid carcinoma. *Thyroid*, 18(7), 787–792. <https://doi.org/10.1089/thy.2008.0050>

SB029

Radyasyon Kaynaklı İnternaliliak Arter Anevrizmalarında Endovasküler Tedavi: İki Farklı Olgu Sunumu

İsmail Dilek¹, Abdi Gürhan¹

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş:

İliak arter psödoanevrizmaları nadirdir ve genellikle enfeksiyon, tümör, travma ve iatrojenik komplikasyonlar nedeniyle ortaya çıkar (1). Pelvik radyoterapi öyküsü olan ve aktif vajinal kanama veya aktif hematokezya şikayeti bulunan hastaların ayırıcı tanısında tümör invazyonu-nüksü öncelikli olarak düşünülse de, radyasyon kaynaklı iliak arter psödoanevrizmalarının da görülebileceği akılda tutulmalıdır. Radyasyon kaynaklı iliak arter psödoanevrizması, ciddi kanamalara yol açabilen nadir bir komplikasyondur ve cerrahi onarımı genellikle zordur. Açık cerrahiye kıyasla endovasküler tedavi, yüksek başarı oranları, düşük mortalite ve daha az komplikasyon nedeniyle iliak arter anevrizmaları ve psödoanevrizmaları için tercih edilmektedir (2). Bu çalışmada, biri aktif vajinal kanama şikayeti ile başvuran serviks kanseri öyküsü bulunan, diğeri aktif hematokezya şikayeti ile başvuran rektum kanseri öyküsü bulunan iki farklı olgu sunulmaktadır. Her iki hastada da insidental olarak tespit edilen internaliliak arter psödoanevrizması endovasküler koilembolizasyonu işlemleri ile başarıyla tedavi edilmiştir.

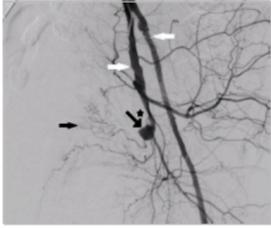
Olgu 1: Lokal ileri evre serviks kanseri tanısı bulunan, anamnezinde pelvik radyoterapi ve eş zamanlı sisplatin tedavisi öyküsü olan 58 yaşındaki kadın hasta, kemoradyoterapi tedavisinin tamamlanmasından altı ay sonra aktif vajinal kanama ve hipotansiyon kliniği ile başvurdu. Hastanın travma öyküsü ya da karın ağrısı yoktu. Fizik muayenesinde hipotansiyon ve aktif vajinal kanaması gözlenen hastanın hemoglobin seviyesi 6,5 g/dL olarak ölçüldü. Hastada muhtemel kanama odağı olarak düşünülen vasküler yapıların yerleşimi ve önceki radyoterapi öyküsü nedeniyle vasküler cerrahiye uygun olarak değerlendirilmedi. Acil pelvik anjiyografi ve sol iliak arterlerin selektif anjiyografisinde, kitleyi besleyen sol vajinal arterin dallarında dilatasyon ve tortüozite izlendi. Ayrıca, sol eksternal ve internaliliak arter duvarlarında düzensizlikler ve sol internaliliak arterin distal anterior kısmında 9,5 x 9 mm boyutunda bir psödoanevrizma kesesi tespit edildi; bu kesede pulsatil kontrast dolumu gözlemlendi (Şekil 1). Pelvik cerrahi öyküsünün olmaması ve anjiyografik bulgular dikkate alındığında arter duvarlarında izlenen düzensizliklerden dolayı psödoanevrizmanın radyasyon kaynaklı olduğu düşünüldü. Kitleyi besleyen vajinal arter dallarının süperselektif kateterizasyonu, mikrokater kullanılarak gerçekleştirildi ve ardından mikropartikül embolizasyonu yapıldı (Şekil 2). Damarın küçük boyutu ve tortüozitesi göz önüne alındığında, psödoanevrizma kesesini tedavi etmek için koilembolizasyonu tercih edildi. (Şekil 3). Kontrol anjiyografide, psödoanevrizma kesesinin başarılı oklüzyonu izlendi. Takip sürecinde hasta tekrar vajinal kanama yaşamadı, hipotansiyonu düzeldi ve hemoglobin seviyeleri normale döndü. Hastanın bir yıllık asemptomatik takibine devam edilmektedir.

Olgu 2: Rektum kanseri tanılı, 4 yıl önce cerrahi operasyon ve adjuvankemoradyoterapi öyküsü bulunan 55 yaşındaki erkek hasta aktif hematokezya ve senkop şikayeti ile başvurdu. Hastanın acil rektosigmoidoskopiesinde rektal mukozada aktif kanama ve rektum duvarında fokal pulsasyon izlendi. Yapılan pelvik anjiyogramda sol internaliliak arter uç dallarında 4x 2,5mm boyutunda, inferior duvarı rüptüre görünümünde psödoanevrizma kesesi izlendi. Hastanın travma öyküsü yoktu, cerrahi alanı nispeten psödoanevrizma kesesi yerleşimine uzaktı ve takiplerinde alınan pelvik bilgisayarlı tomografilerinde iliak arter duvarlarında düzensizlikler izlenmekteydi. Bu nedenle psödoanevrizmanın radyasyon kaynaklı olduğu düşünüldü. Lezyonun distal yerleşim göstermesi, damar kalibrasyonlarının belirgin ince olması ve tortüozite göstermesi nedeniyle tedavi yöntemi olarak koilembolizasyonu tercih edildi. Kontrol anjiyografide, psödoanevrizma kesesinin başarılı oklüzyonu ve aktif kontrast kaçağının ortadan kalktığı izlendi. Hastanın altı aylık asemptomatik takibine devam edilmektedir.

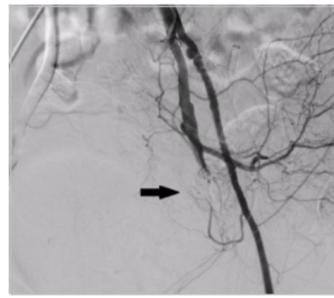
Tartışma:

Psödoanevrizmalar, arter duvarının bütünlüğünün bozulması sonucu oluşan pulsatil hematolardır ve tunika adventisya - duvarın en dış katmanı ile sınırlıdır. Yaygın nedenler arasında travma, tümör, vaskülit, ateroskleroz, inflamasyon ve iatrojenik komplikasyonlar bulunmaktadır (1). Radyasyon kaynaklı vasküler komplikasyonlar genellikle stenoz ve obstrüksiyon olarak ortaya çıkar (3). Radyasyonla ilişkili psödoanevrizmalar nadirdir ve en çok baş ve boyun arterlerinde, özellikle karotid ve subklavyen arterlerde görülür; aorta ve periferik arterlerde ise daha az rapor edilmektedir (4). Radyasyon kaynaklı iliak arter psödoanevrizmalarının doğrudan cerrahi onarımı teknik olarak zordur ve acil hastalar için mortalite ve morbidite açısından önemli riskler taşımaktadır (5). Endovasküler tedavi, çeşitli periferik vasküler lezyonların, özellikle psödoanevrizmaların onarımı için düşük riskli bir prosedür olarak kabul edilmektedir (6). Son raporlar, koilembolizasyonu ve kaplanmış stent yerleştirilmesi kullanılarak radyasyon kaynaklı iliak arter psödoanevrizmalarının endovasküler tedavisi için başarılı vakaları belgelemektedir [2,7].

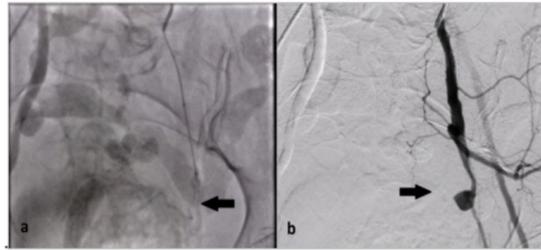
Chen ve ark. pelvik radyoterapi geçirmiş olan, aktif vajinal kanama ile başvuran ve endovasküler yöntemlerle tedavi edilen altı hastada bir aylık takipte sırasıyla %50 birincil ve %100 ikincil başarı oranları bildirmiştir (8). Salaskar ve ark. hematokezya ile başvuran ve radyasyonla ilişkili internaliliak arter psödoanevrizması olan bir hastanın endovasküler koilembolizasyonu ile başarılı bir şekilde tedavi edildiğini, hastanın 3 yıllık takipte asemptomatik kaldığını belgelemektedir (9). İlk vakamızda tespit edilen 9 mm boyutlu anevrizma endovasküler olarak başarıyla tedavi edilmiş olup hasta takipte tekrar kanama yaşamamıştır. İkinci hastamızda internaliliak arterin anterior kısmındaki distal bir daldaki yaklaşık 4x 2,5 mm çapında bir psödoanevrizma tespit edilmiştir. Boyutu ve konumu göz önüne alındığında, endovasküler koilembolizasyonu yapılmış ve prosedür sonrası 6 aylık takipte asemptomatik kalmıştır.



Resim 1 Sol iliak arter selektif anjiyogramında: Tümör al kitleyi besleyen vajinal arter çapında artış (siyah ok), internaliliak arterin anterior divizyonunun distal kısmındaki psödoanevrizma kesesi (yıldızlı siyah ok), internal ve eksternal iliak arterlerdeki duvar düzensizlikleri (beyaz oklar) gösterilmekte.



Resim 3: Koilembolizasyondan sonra internaliliak arterin anterior kısmının distalindeki psödoanevrizma kesesindeki kontrast dolumunun kaybolması (siyah ok).



Resim 2 Selektif vajinal arteriyogramda: A. Süperselektif kateterizasyondan sonra sol vajinal arterin mikropartikül aracı embolizasyonu (siyah ok). B. Parçacık embolizasyondan sonra vajinal arterde kontrast dolumunun olmaması (siyah ok) gösterilmekte.

SB029

Sonuç:

Pelvik kanser radyoterapisi sonrası oluşan iliak arter psödoanevrizması, önemli kanama riski ile ilişkili nadir bir durumdur. İliak artere doğrudan cerrahi onarım için erişim, önceki cerrahi müdahaleler ve radyoterapi nedeniyle genellikle zordur. Endovasküler yaklaşım, tek bir seansta hem tanısal hem de terapötik bir araç olarak işlev görebilir. Özellikle küçük çaplı distal iliak damarlar için endovasküler koilembolizasyon etkili ve güvenli bir yöntem olarak kanıtlanmıştır.

Referanslar

- 1) Sueyoshi E, Sakamoto I, Nakashima K, et al (2005) Visceral and peripheral arterial pseudoaneurysms. *AJR Am J Roentgenol* 185: 741–9 (DOI: 10.2214/ajr.185.3.01850741)
- 2) Perini P, Mariani E, Fanelli M, et al (2021) Surgical and Endovascular Management of Isolated Internal Iliac Artery Aneurysms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Vascular and Endovascular Surgery* ; 55(3):254-264. doi:10.1177/1538574420981812
- 3) Gandhi SJ, Minn AJ, Vonderheide RH, et al (2015) Awakening the immune system with radiation: optimal dose and fractionation. *Cancer Lett* 368: 185–190 (DOI: 10.1016/j.canlet.2015.03.024)
- 4) Ellens DJ, Hurley MC, Surdel D, et al (2010) Radiotherapy-induced common carotid pseudoaneurysm presenting with initially occult upper airway hemorrhage and successfully treated by endovascular stent graft. *Am J Otolaryngol* 31: 195–198 (DOI: 10.1016/j.amjoto.2008.12.005)
- 5) Sanada J, Matsui O, Arakawa F, et al (2005) Endovascular stent grafting for infected iliac artery pseudoaneurysm. *Cardiovasc Intervent Radiol* 28:83–6 (DOI: 10.1007/s00270-004-0005-9)
- 6) Onal B, Ilgit ET, Kosar S, et al (2005) Endovascular treatment of peripheral vascular lesions with stent-grafts. *Diagn Intervent Radiol* 11: 170–4 (PMID: 16206061)
- 7) Chang HY, Liu ZG, Li YL, et al (2021) Endovascular stenting and coil embolization for management of radiation-induced pseudoaneurysms of the peripheral arteries. *J Int Med Res*. Apr;49(4):300060520984933 (DOI: 10.1177/0300060520984933) (PMID: 33845651; PMCID: PMC8047089)
- 8) Chen CS, Park S, Shin JH, et al (2018) Endovascular treatment for the control of active vaginal bleeding from uterine cervical cancer treated with radiotherapy. *Acta Radiol*. Nov;59(11):1336-1342 (DOI: 10.1177/0284185118758133) (PMID: 29448806)
- 9) Salaskar A, Blumenfeld P, Calandra J, Hamblin M (2019) Endovascular management of life threatening bleeding from a radiation induced internal iliac artery branch pseudoaneurysm. *CVIR Endovasc*. Aug 27;2(1):30 (DOI: 10.1186/s42155-019-0073-1) (PMID: 32026191; PMCID: PMC6966373)

SB030

HİPERKALSEMİ İLE ACİLE BAŞVURAN ONKOLOJİK HASTA

Betül Çiğdem Yortanlı
SBÜ Konya Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ:

Malign hiperkalsemi ileri evre kanser hastalarında sıklıkla görülen metabolik bir durumdur. Ciddi klinik belirti ve bulgularla ilişkilidir ve yaygın görülen onkolojik bir acildir. Malignite ile ilişkili hiperkalsemi parathormon related protein (PTHrP) salınımı, osteolitik metastazlar, ekstrarenal kalsitriol üretimi ve ektopik paratiroid hormon sekresyonu gibi farklı mekanizmalara bağlı olarak oluşabilir. Tanıda hikâye, fizik muayene, laboratuvar parametrelerinin değerlendirilmesi gerekir. Tedavide esas amaç kalsiyum seviyesinin normal seviyeye düşürülmesi ve altta yatan hastalığın tedavisidir. Tedavide hidrasyon, kalsitonin, bifosfonatlar, denosumab, kortikosteroidler kullanılabilir. Hemodiyaliz şiddetli böbrek yetmezliği veya dirençli hiperkalsemi durumunda uygulanır. Malign hiperkalseminin erken tanı ve tedavisi ile hastaların yaşam kalitesinde iyileşme sağlanır ve kanser tedavisinde gecikme önlenir.

OLGU:

71 yaş erkek hasta, 1 hafta önce mesane kanseri nedeniyle opere olmuş. Acil servise nefes darlığı ile başvuran hastanın genel durumu kötü, bilinci açık, TA: 100/70, Sat:70 (oksijensiz), Ateş: 36,9, Nabız: 100'dü. Hastanın fizik muayenesinde solunum sesleri kaba, kaidelerde ralleri mevcuttu, kalp dinlemekle s1-s2 ritmik, taşikardikti, batın muayenesinde karaciğer kot altında düzensiz şekilde ele geliyordu, Pretibial ödemi yoktu. Yapılan tetkiklerde Kreatinin: 3.08 mg/dl, VKG'da asidozu yoktu, Ca: 14.1 mg/dl, PTH:7.3 , vit d: 3 tespit edildi. Hastanın yapılan BT görüntülerinde karaciğer metastazı ve kemik metastazı mevcuttu. Hasta dahiliye yoğun bakıma yatırıldı. Yoğun bakım takibinde hastaya hiperkalsemi nedeni ile hidrasyon başlandı, nefroloji görüşü alınarak diyaliz kararı alındı. Diyalize alınan hastanın Ca değeri 13.2-10.7-9,9 şeklinde seyretti. Takipte idrar çıkışı azalan genel durumu dahada kötüleşen hasta entübe edildi, vazopresör desteği sağlandı. Hasta 2 gün sonra exitus kabul edildi.

SONUÇ:

Hiperkalsemi serum kalsiyum düzeylerinin 3,24 mmol/l (13 mg/dl) den daha yüksek olduğu sıklıkla semptomatik seyreden bir klinik durumdur. Yeni teşhis edilmiş maligniteli hastalarda düşük serum albümin düzeyi gerçek değerlerinin altında ölçülen kalsiyum düzeyinin saptanmasına yol açmaktadır. Hiperkalsemi maligniteli hastaların yaklaşık %20'sinde izlenmektedir. Hiperkalseminin çok sayıda sebebi vardır. En sık rastlanan neden kemik metaztasları sonucu kalsiyumun salınması sonucudur. İkinci neden ise tümörden salgılanan paratiroid hormon benzeri peptit, PG-E2, TNF, IL-1 ve TGF-alfa gibi humoral faktörler sonucu görülmektedir. Hiperkalsemi klinikte kas zafiyeti, halsizlik, bulantı, kusma, poliüri, karın veya bel ağrısı ve kabızlık şikayetlerine yol açmaktadır. Ağır hiperkalsemi bilinç bulanıklığına ve bradiaritmilere sebep olabilmektedir. EKG'de PR intervalinde uzama ve T dalgasında genişleme ve QT intervalinde kısalma izlenir. Tedavinin amacı renal kalsiyum klerensinin artırılması osteoblastik kemik rezorbsiyonunun inhibe edilmesi ve tümör yangısının azaltılmasıdır. Hiperkalseminin başlangıç tedavisi sıvı alımını artırmak (3-6 lt/m2/gün) ve beraberinde yüksek doz Furosemid (1-3 mg/kg/ her 6 saatte bir i.v.) ile idrar akımını artırmaktır. Bu tedavi rejimi renal kalsiyum atılımını artırırken absorpsiyonunu azaltmaktadır. Hafif ve orta derecede hiperkalsemi de sıvı elektrolit dengesinin ayarlanması yeterli iken bazı vakalarda ileri tedavi yöntemleri gerekebilir. Bifosfanatlar hidroksiapatit kristallerine bağlanarak ve osteoklastlarından kemik rezorbsiyonunu inhibe eden sentetik pirofosfat analoglarıdır. Sıvı ve diüretik tedavisine cevap vermeyen çok çeşitli hiperkalseminin tedavisinde başarı ile kullanılmaktadır. Pamidronat ve Zolendronat tercih edilen etkili bifosfanatlardır. Kalsiyum seviyesinde 48 saat içerisinde düşmeye yol açar. Ancak hipokalsemik vakalar hipofosfatemi ve hipomagnezemi yönünden dikkatle izlenmelidir Hipofosfatemi varsa oral fosfat preparatlarının alınması faydalı olabilir. Ancak oral fosfat replasmanı diyareye yol açabilmektedir. Damardan fosfat uygulanması durumundan ekstra osseos kalsiyum depozitlerine yol açmaktadır. Hiperkalseminin kontrolündeki diğer metodlar; kortikosteroidler, kalsitonin, mitramisin, indometazin, galyomitratır. Glukokortikoidler lenfoproliferatif hastalıklarda osteoklast stimülasyonunu inhibe edici etkisi yanında tümör yükünü azaltıcı etkiye de yol açmaktadır. Kalsiyum seviyeleri üzerinde geçici etkileri nedeni ile glukokortikoidler kalsitonin ile birlikte verilmektedir. Mitramisin osteoklastları inhibe etmek suretiyle kalsiyum seviyelerini düşürmekle birlikte oldukça toksik bir ilaçtır. İndometazin prostaglandin E2 üzerinden etki etmektedir. Medikal önlemlere cevap vermeyen vakalarda diyaliz tedavisi gerekebilir.

SB031

Üst gastrointestinal kanama ile acil servise başvuran genç mide kanseri

Ahmet Çağlar, Saliha Yılmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Konya

Giriş: Kötü prognoza sahip olan mide kanseri, genellikle yaşlılarda görülür ve genel 5 yıllık sağkalım %5-15 arasındadır. Bununla birlikte 40 yaş altı mide kanserli hastalar %2-8 oranındadır. Biz 19 yaşında bir mide kanseri olgusunu sunmak istedik.

Vaka: Yaklaşık 2 yıldır devam eden karın ağrısı, son 4 aydır iştahsızlık ve 8 kilo kaybı olan 19 yaşında erkek hasta üst gastrointestinal kanama nedeniyle hastaneye yatırıldı. Hasta iki yıl boyunca farklı sağlık kuruluşlarına başvurduğunu ve aralıklı olarak 3 ay boyunca mide asidi baskılayıcı ilaçlar kullandığını ancak hiçbir fayda görmediğini ifade etmiştir. Ayrıca yaklaşık 6 aydan önce birkaç kez siyah dışkı geldiğini ifade etmiştir. Son iki gün içinde üç kez kan kustuğunu ifade etti. Aile öyküsünde gastrointestinal kanser öyküsü yoktu. Fizik muayenede vital bulgular normal, cilt ve konjonktivalar soluktu ve palpasyonla epigastrik hassasiyet vardı. Hemoglobin 12.1 g/dl, eritrosit sedimentasyon hızı 80 mm/saat idi. Diğer laboratuvar testleri normaldi. Yapılan üst gastrointestinal endoskopide korpus proksimalinden başlayıp distale doğru küçük kurvatur boyunca ilerleyen ülsero vejetatif kitle lezyonu saptandı. Endoskopik biyopsinin patolojik incelemesi adenokarsinom olarak rapor edildi. Hastaya total gastrektomi, D2 lenfadenektomi ve Roux-en-Y özofagojejunostomi yapıldı. Hasta kemoterapi planlandıktan sonra postoperatif 7. günde taburcu edildi.

Sonuç: İleri yaş hastalığı olarak kabul edilen mide kanserinin gençlerde görülme sıklığı artmaktadır. Tedaviye cevap vermeyen dispepsi ve kilo kaybı olan hastalarda yaştan bağımsız olarak mide kanseri ayırıcı tanıda düşünülmalıdır. Sadece yaşlı dispepsi hastalarında değil, genç hastalarda da mide kanserinin ayırıcı tanısında ve erken tanısında endoskopi ilk tercih olmalıdır.

SB032

Rektum kanseri ve atrial fibrilasyon zemininde dalak infarktı

Ahmet Çağlar, Müslime Kasa

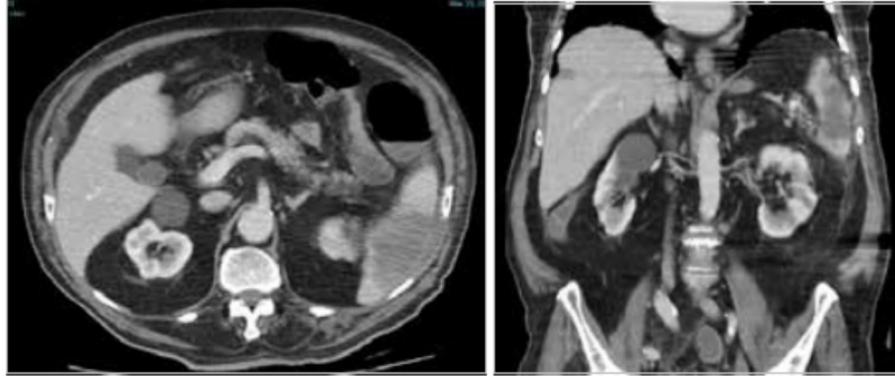
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Konya

Giriş: Splenik enfarkt nadir görülen bir akut batın nedenidir. Splenik arter ve/veya dalları bir emboli veya trombus tarafından tıkanıldığında ortaya çıkar. Özellikle dalak, kardiyak debinin %5'ini oluşturur ve bu da emboliye duyarlılığını artırır. DVT için risk faktörleri olan hastalarda karın ağrısından şüphelenilmelidir. En yaygın belirti sol üst kadranda karın ağrısıdır. Ateş ve anemi ek semptomlar olabilir. Bu hastalarda tanı klinik bulgular ve görüntüleme yöntemleri ile konur. Burada karın ağrısı ile başvuran bir hastada dalak enfarktüsü tanısı ve takibi sunulmaktadır.

Vaka: 88 yaşında erkek hasta iki gündür devam eden karın ağrısı ve kabızlık şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde koroner arter hastalığı, atriyal fibrilasyon ve rektum kanseri vardı. Fizik muayenede yaşamsal bulguları stabildi ve GKS 15 idi. Karın muayenesinde bağırsak sesleri normoaktifti ve sol üst kadranda ve sol iliak fossada daha fazla olmak üzere tüm kadrarlarda distansiyon ve rebound vardı. Laboratuvar testlerinde WBC: 16920/mm³ ve C-reaktif protein: 23.35 mg/dl olarak saptandı. Divertikülit, ileus ve vasküler tromboemboliye bağlı solid organ enfarktüsü ön tanıları düşünüldü ve görüntüleme çalışmaları istendi. Yatak başı ekokardiyografide EF %50, sol ventrikül fonksiyonu normal, sol atriyum dilate (48 mm), sağ ventriküller normaldi ve trombus yoktu. Böbrek fonksiyon testleri normal olduktan sonra yapılan kontrastlı abdominal BT taramasında "dalağın normal pozisyon ve boyutta olduğu ve parankimde maksimum 8 cm çapında hipodens bir lezyon izlendiği görüldü. Lezyon periferinde şüpheli duvar oluşumu göstermektedir. Dalağın arka kısmında yaklaşık 1 cm boyutunda benzer bir lezyon gözlemlendi. Karında sağ alt ve orta alt kadrarlardan umbilikus seviyesine kadar uzanan bir kitle yaklaşık 15 cm boyutuna ulaştı. Tanımlanan kitlenin çevresinde mezenterik yağda inflamatuvar yumuşak doku artışı gözlemlendi" (Şekil 1a-1b). Hastaya dalak enfarktüsü tanısı konuldu ve genel cerrahi kliniğine yatırıldı.

Tartışma: Tromboembolizm ve hiperkoagülopatinin yanı sıra dalağın anatomik anomalileri ve abdominal cerrahiye bağlı iyatrojenik hasar gibi birçok faktör etiolojide yer almaktadır. Spesifik olmayan bir klinik tablo ile karşımıza çıkar. Dalak enfarktüsü tanısı hem klinik tabloya hem de görüntüleme çalışmalarına dayanır. Anjiyo-bilgisayarlı tomografi tercih edilen tanı yöntemidir. Ultrasonografi, dalak enfarktüsünü taklit eden diğer abdominal ve torasik durumların ayırıcı tanısında yararlıdır. Tanıdan sonra tedavi hastanın stabilitesine bağlıdır. Cerrahi tedavi yalnızca komplikasyonların varlığında endikedir. Ancak, ileri yaş ve kötü kalp ve solunum fonksiyonları cerrahi tedavi için kontrendikasyonlardır.

Sonuç: Bu olguda dalak enfarktüsü muhtemelen atriyal fibrilasyona sekonder tromboembolik bir olaydan kaynaklanmıştır. Rektum kanseri ve tabi diğer bütün kanser vakalarında tromboza artmış yatkınlık vardır. Literatürle uyumlu olarak konservatif tedavi uygulandı. Tipik tanımlayıcı klinik özelliklere sahip bir olgu olmadığından, en uygun acil yönetim şeması öncelikle semptomları risk faktörleriyle birlikte değerlendirmek, dalak enfarktüsünü düşünmek ve görüntüleme ile tamamlamak gibi görünmektedir.



SB033

Pedriatrik Acilde Solunum Sıkıntısının Nadir Nedenleri: Maligniteler

Hanife Tuğçe Çağlar¹, Sevgi Pekcan¹, İlknur Şahin²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Konya

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Konya

Giriş

Solunum sıkıntısı çocuk acile başvuruların en sık sebeplerindedir, yoğun bakım ünitesine yatışların %30'u bu sebeple olmaktadır. Pedriatrik göğüs duvarı tümörleri tüm yaş gruplarında görülebilir ve malign göğüs duvarı tümörleri, tüm çocukluk çağı kanserlerinin %1,8'ini oluşturur. Çocukluk çağında primer akciğer neoplazileri nadir olup, metastatik akciğer kitleleri daha sık görülür. Çocuklarda primer akciğer tümörlerinin %75'i maligndir. Bu olgu serisinde solunum sıkıntısı ile başvuran hastalarda akciğer grafisi ile tanı konulan malignitelere dikkat çekmeyi amaçladık.

Materyal-Method

Hasta kayıtları retrospektif olarak incelendi ve 6 hasta çalışmaya dahil edildi. Veriler hastane kayıt sisteminden elde edildi.

Sonuçlar

Hastaların ortalama yaşı 13,66 idi. Hastaların 4'ü kadın, 2'si erkekti. Nefes darlığı dışında en sık görülen semptom ve bulgular öksürük (n=4), göğüs ağrısı (n=2), ateş (n=1) ve kilo kaybı (n=1) idi. Akciğer grafisi bulguları arasında lenfadenopati (n=1), lenfadenopati ve tek taraflı efüzyon (n=1), tek taraflı efüzyon (n=2), tümör basısına bağlı atelektazi (n=1), yaygın retiküler görünüm (n=1) yer aldı.

Vaka 1

15 yaş kız hasta. Solunum sıkıntısı ve öksürük semptomları ile başvurdu. Fizik muayenede multipl lenfadenopatileri mevcuttu. Eksizyonel lenf nodu biyopsisi ile Hodgkin Lenfoma tanısı aldı. Hasta kür oldu.

Vaka 2

16 yaş kız hasta. Solunum sıkıntısı ve göğüs ağrısı semptomları ile başvurdu. İncelemelerde hiler lenfadenopati ve plevral efüzyon gözlemlendi. EBUS ile ince iğne aspirasyon biyopsisi sonrası embriyonel tip rabdomyosarkom tanısı aldı. Onkolojide tedavisi sürüyor.

Vaka 3

17 yaş erkek hasta. Solunum sıkıntısı, öksürük ve göğüs ağrısı semptomları ile başvurdu. İncelemelerde spinal kanala uzanım gösteren büyük kitle gözlemlendi. Ewing sarkomu tanısı aldı. Onkolojide tedavisi sürüyor.

Vaka 4

4 yaş erkek hasta. Solunum sıkıntısı ve ateş semptomları ile başvurdu. Görüntüleme unilateral plevral efüzyon gözlemlendi. Plevral sitoloji ile plöropulmoner blastom tanısı aldı. Kemoterapi sonrası lobektomi yapıldı.

Vaka 5

15 yaş kız hasta. Solunum sıkıntısı, kilo kaybı ve öksürük semptomları ile başvurdu. Görüntüleme kitle basısına bağlı atelektazi izlendi. Biyopsi sonrası skuamöz hücreli akciğer karsinomu tanısı aldı. Onkolojide tedavisi devam ediyor.

Vaka 6

15 yaş kız hasta. Sigara kullanımı mevcut. Solunum sıkıntısı ve öksürük semptomları ile başvurdu. Görüntüleme retiküler infiltrasyonlar ve hava kistleri mevcut. Bronkoalveolar lavaj sonucunda CD1a ve S100 pozitif olduğu görüldü ve Langerhans hücreli histiositoz tanısı aldı. Onkolojide tedavisi devam ediyor.

Sonuç

Göğüs radyografisi, kolay erişilebilir, noninvaziv ve düşük radyasyonlu olması nedeniyle solunum sıkıntısı olan çocuklarda ilk basamak test olmaya devam etmektedir. Öksürük ve solunum sıkıntısı olan çocuklar, özellikle göğüs radyografisinde efüzyon ve lenfadenopati görülüyorsa malignite açısından değerlendirilmeli ve ileri görüntüleme yapılmalıdır.

SB034

A Retrospective Analysis About Emergency Department Admissions of Patients Diagnosed with Pancreatic Cancer

Mustafa Cihan Altay¹

¹Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine, ORCID: 0000-0003-0919-4967

Introduction

There were 441,000 pancreatic cancer patients diagnosed worldwide in 2017 [1]. Although survival has increased from 5% to 9% since the 1990s, survival from pancreatic cancer remains quite low. The main reason of low survival rate is usually diagnosed at a late stage and low stage pancreas cancers has a pretty high survival rate because it can remove with surgery [2]. Paraneoplastic syndromes observed in pancreatic cancer may present as general condition disorders such as cachexia and fever, various skin lesions, neuromuscular syndromes such as myasthenia gravis and polyneuropathy, hematological disorders, diabetes mellitus, tumor-related endocrinological conditions and electrolyte disorders associated with these conditions [3]. Although there is a lot of information in the literature about pancreatic cancer being diagnosed in the emergency department, there is no study examining the emergency department admissions and outcomes of patients followed up with the diagnosis of pancreatic cancer. Our study aims to fill this gap in the literature and create a path for new studies related to the subject to guide emergency medicine physicians.

Material and Methods

Within the scope of the study, patients who applied to the Emergency Department of Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital between 01/09/2021 and 31/08/2024, who were over the age of 18 and who had received the ICD diagnosis code C25 (Pancreatic malignant neoplasm) at any time were scanned retrospectively through the hospital automation system. The most recent emergency department applications of patients who had more than one emergency department application after receiving a C25 diagnosis were taken into account. The patients' gender, age at the time of application, complaints and diagnoses at the emergency department application, the time between the date of their pancreatic cancer diagnosis and the date of their emergency application, the treatments they received for pancreatic cancer, and the blood parameters taken at the emergency department application (complete blood count, biochemistry panel, coagulation panels, blood gas analyses) were recorded. Patient outcome information was scanned through epicrisis records recorded at the time of admission to the emergency department and, if the patient was hospitalized, epicrisis records recorded at the ward or intensive care unit (ICU).

During the retrospective screening, patients whose epicrisis reports were not available, patients who applied for routine blood tests before chemotherapy, patients who did not have laboratory tests performed at the time of emergency service admission, and patients whose outcome information was not available were excluded from the study. After scanning, the obtained data were subjected to statistical analysis with the IBM SPSS 22 program.

Statistical Analyses

The suitability of the study data for normal distribution was tested with the Shapiro Wilk test, since the sample size was less than 30. Descriptive information was given as n and percentage in grouped data. In continuous data, parametric data were presented as mean and standard deviation, nonparametric data as median, minimum and maximum. Qualitative data were tested among themselves with χ^2 . The effects of quantitative measurements on the outcome were tested with T-test and analysis of variance (ANOVA) in parametric data, and with Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests in nonparametric data. Test results were presented in tables in APA format.

Results

A total of 118 patients who applied to the Emergency Department of Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital between 01/09/2021 and 31/08/2024 and were diagnosed with C25 (Pancreatic cancer) at any time were screened. Two patients whose epicrisis reports were not complete, 81 patients who applied to the emergency department for routine blood tests before chemotherapy, 12 patients who did not have a blood test when they applied to the emergency department, and 1 patient whose outcome information could not be obtained were excluded from the study. A total of 22 patients were included in the study.

The data were tested for normal distribution using the Shapiro Wilk test; age, leukocyte, neutrophil, eosinophil, alanine aminotransferase (ALT), asparagine aminotransferase (AST), total bilirubin, direct bilirubin, amylase and lipase values were found to be nonparametrically distributed.

Median age of patients was 63.5 (48-78). 13 (59.1%) of the 22 patients were female. Half of the patients (n=11) were diagnosed within one year, while the other half (n=11) were diagnosed more than one year ago. At the time of presentation to the emergency department, 3 (13.6%) patients were given both surgical treatment and chemotherapy, and 13 (59.1%) patients were given only chemotherapy as pancreatic cancer treatment. 7 (31.8%) patients were found to have a paraneoplastic syndrome as the reason for their presentation to the emergency department (Table 1). Two of these were hypoglycemia, two were hyponatremia, one was hyperglycemia, one was hypercalcemia, and one was febrile neutropenia. Laboratory parameters of the patients are described in Table 2.

Table 1. General information of the patients at the emergency department examination

Gender	Male	13 (59.1%)
	Female	9 (40.9%)
CA Duration	<1 year	11 (50.0%)
	>1 year	11 (50.0%)
Current Treatment	None	6 (27.3%)
	CT	13 (59.1%)
	CT+Surgery	3 (13.6%)
Paraneoplastic syndrom	Yes	15 (68.2%)
	No	7 (31.8%)

CA: Cancer, CT: Chemotherapy

Emergency department outcomes of the patients were analyzed by grouping them as discharge, admission to the ward, admission to the ICU, or exit from the emergency department. The gender of the patients ($p=0.179$), the time to diagnosis ($p=0.118$), the treatment they received for pancreatic cancer ($p=0.906$) and whether or not the reason for applying to the emergency department was paraneoplastic syndrome (PS) ($p=0.103$) did not affect the emergency department outcomes of the patients (Table 3).

SB034

Table 2. Age and laboratory parameters of patients

	Mean (\pm SD)	Median (Min-Max)
Age		63.5 (48-78)
Leukocyte		11.17 (0,42-53,04)
Neutrophyl		8.76 (0,05-51.13)
Lymphocyte	1.14 \pm 0.67	
Eosinophil		0.01 (0-0.29)
Platelet	195.09 \pm 100.99	
INR	1.28 \pm 0.43	
aPTT	24.18 \pm 3.89	
CRP	71.74 \pm 55.33	
Creatine	1.23 \pm 1.02	
Urea	70.36 \pm 54.82	
AST		40 (15-3790)
ALT		29 (8-1509)
GGT	141.05 \pm 81.94	
Total Bilirubine		0.95 (0.2-5.8)
Direct Bilirubine		0.29 (0.11-5.16)
Glucose	169.55 \pm 111.09	
Amilase		40 (8-175)
Lipase		15 (4-132)
Sodium (Na)	132.95 \pm 7.83	
Cholorine (Cl)	89.54 \pm 20.92	
Calsium (Ca)	8.24 \pm 1.05	
Potassium (K)	4.37 \pm 0.68	

SD: Standart deviation, Min: Minimum, Max: Maximum, INR: International ratio, CRP: C-reactive rotein

Table 3. Crosstable of the qualitative datas of the study

	Gender		Diagnose duration		Treatment status			PS	
	Female	Male	<1 year	>1 year	None	CT	CT+S	Yes	No
Discharged	3 (13.6%) 2.0	2 (9.1%) 3.0	4 (18.2%) 2.5	1 (4.5%) 2.5	2 (9.1%) 1.4	2 (9.1%) 3.0	1 (4.5%) 0.7	5 (22.7%) 3.4	0 1.6
To Ward	2 (9.1%) 4.1	8 (36.4%) 5.9	6 (27.3%) 5.0	4 (18.2%) 5.0	2 (9.1%) 2.7	7 (31.8%) 5.9	1 (4.5%) 1.4	7 (31.8%) 6.8	3 (13.6%) 3.2
To ICU	4 (18.2%) 2.5	2 (9.1%) 3.5	1 (4.5%) 3.0	5 (22.7%) 3.0	2 (9.1%) 1.6	3 (13.6%) 3.5	1 (4.5%) 0.8	2 (9.1%) 4.1	4 (18.2%) 1.9
Ex in ER	0 0.4	1 (4.5%) 0.6	0 0.5	1 (4.5%) 0.5	0 0.3	1 (4.5%) 0.6	0 0.1	1 (4.5%) 0.7	0 0.3

PS: Paraneoplastic syndrom at the administration, CT: Chemotherapy, S: Sugery, ICU: Intestive care unit, ER: Emergency department

Five (22.7%) patients were discharged from the emergency department after treatment, 16 (72.8%) patients were hospitalized, and 1 (4.5%) patient died in the emergency department. Of the hospitalized patients, 10 (62.5%) were admitted to the ward, and 6 (37.5%) were admitted to the intensive care unit (ICU). All patients admitted to the ward were discharged. Three of the patients admitted to the intensive care unit died in the intensive care unit, while the other 3 were discharged (Figure 1).

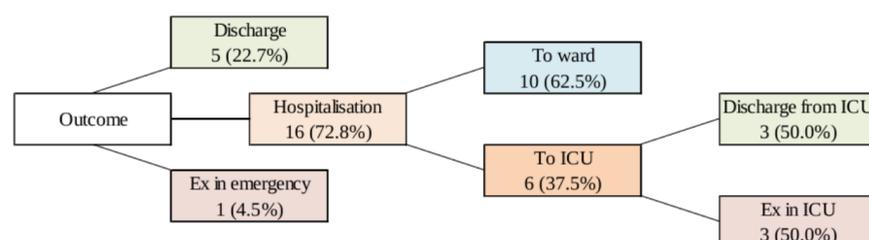


Figure 1. Outcome chart of the study patients

The platelet counts of the patients were effective on the emergency department outcome ($F=3.626$, $p=0.033$). Platelet levels of patients discharged from the emergency department were $263.2\pm 112.9 \times 10^3/\text{mm}^3$, of patients admitted to the ward were $202.8\pm 87.5 \times 10^3/\text{mm}^3$, and of patients admitted to the intensive care unit were $107.8\pm 52.2 \times 10^3/\text{mm}^3$ and one patient who died in the emergency department was $301 \times 10^3/\text{mm}^3$. The statistically significant difference in platelet levels was due to the difference in platelet levels between patients admitted to the intensive care unit and those discharged ($p=0.021$, Figure 2). In addition, it was found that aPTT and urea results of the patients had a statistically significant effect on the outcome in the emergency department ($F=7.455$ and $p=0.024$ for aPTT, $F=4.262$ and $p=0.019$ for urea). Activated partial thromboplastin time was 21.7 ± 1.5 sec in discharged patients, 21.0 ± 1.6 sec in patients admitted to the ward, and 27.6 ± 3.0 sec in patients admitted to the ICU. The aPTT result of a patient who died in the emergency department could not be obtained due to hemolysis. The aPTT of ICU patients was statistically significantly higher than those discharged ($p=0.041$) and those admitted to the ward ($p=0.043$)(Figure 2). Blood urea levels were found to be 36.4 ± 7.4 mg/dl in discharged patients, 42.4 ± 23.2 mg/dl in ward patients, 129.0 ± 106.3 mg/dl in ICU patients, and 168 mg/dl in a patient who died in the emergency department. Blood urea levels of ICU patients were statistically significantly higher than discharged patients ($p=0.044$) and ward patients ($p=0.026$)(Figure 2).

SB034

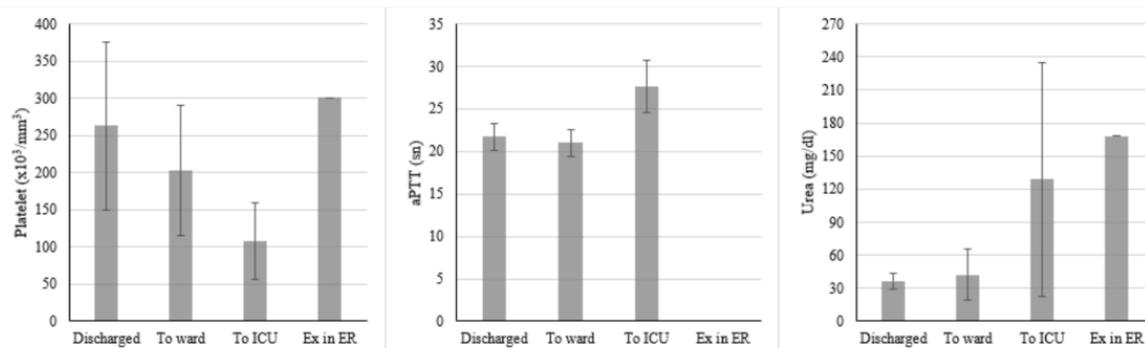


Figure 2. Differences between outcome groups in platelet, aPTT and blood urea levels, which were found to have a statistically significant effect on emergency department outcomes of patients.

Total and direct bilirubin levels were also found to be other parameters affecting the emergency department outcomes of the patients (For total bilirubin: $\chi^2=7.571$ and $p=0.033$, for direct bilirubin: $\chi^2=9.796$ and $p=0.007$). Median total bilirubin levels were 0.80 (0.60-1.00) mg/dl in discharged patients, 0.75 (0.20-2.10) mg/dl in ward patients, 1.50 (0.60-5.80) mg/dl in ICU patients, and 0.30 mg/dl in one patient who died in the emergency department. Direct bilirubin levels were median 0.23 (0.18-0.31) mg/dl in discharged patients, median 0.27 (0.11-1.93) mg/dl in ward patients, median 0.82 (0.41-5.16) mg/dl in ICU patients, and 0.21 mg/dl in one patient who died in the emergency department.

Discussion

In this study, the emergency department visits of 22 patients diagnosed with pancreatic cancer were retrospectively examined and the effects of biochemical parameters obtained at the time of admission on patient outcomes were statistically analyzed. It was determined that laboratory values, especially platelet count, aPTT, urea and bilirubin, were decisive in whether patients were discharged from the emergency department or admitted to the ward or ICU.

Platelets are blood cells that play an important role in hemostasis and thrombocytopenia can be frequently seen in cancer patients. The study found that platelet levels had a significant effect on emergency department outcomes ($p=0.033$). It was observed that patients with low platelet levels in particular had a higher rate of admission to the intensive care unit. A significant difference was found between patients admitted to the ICU with a mean platelet count of $107.8 \pm 52.2 \times 10^3/\text{mm}^3$ and patients discharged with a mean platelet count of $263.2 \pm 112.9 \times 10^3/\text{mm}^3$ ($p=0.021$). This suggests that thrombocytopenia is an important factor that worsens the prognosis in pancreatic cancer patients. aPTT is a parameter that provides information about coagulation. In the literature, it has been found that patients with high aPTT values have an increased need for ICU and that these patients have poor emergency department outcomes [4]. In our study, aPTT levels of patients admitted to the ICU were significantly higher than those of patients discharged and patients admitted to the ward. This finding suggests that aPTT may play an important role in predicting disease severity. The prevalence of coagulation disorders, especially in a disease with systemic effects such as pancreatic cancer, suggests that aPTT values should be monitored carefully. Urea levels are used as an indicator of kidney function, but in cancer patients, urea levels can also indicate systemic inflammation and kidney damage [5]. The study found that urea levels in patients admitted to the ICU were significantly higher than those in patients discharged. Similarly, urea levels in patients admitted to the ICU were significantly higher than those in patients admitted to the ward. These results suggest that urea levels may be an important parameter in predicting patients' general health status and emergency department outcomes. Increased urea levels have been associated with poor prognosis in patients with pancreatic cancer, so monitoring blood urea levels may be clinically important. Bilirubin is an indicator of liver function and is frequently elevated in patients with pancreatic cancer. In the literature, total bilirubin and direct bilirubin levels have also been found to be important in predicting emergency department outcomes [6]. In line with the literature, in our study, total bilirubin levels of patients admitted to the ICU were significantly higher than those discharged. Similarly, direct bilirubin levels were significantly higher in patients admitted to the ICU than in patients discharged. This increase in bilirubin levels indicates that the disease may be advanced in patients with pancreatic cancer and may indicate a poor prognosis. Especially in tumors obstructing the bile ducts, bilirubin levels may increase dramatically, which may increase the need for emergency intervention in patients. Pancreatic cancer is a disease characterized by low survival rates when diagnosed at a late stage. There are limited studies in the literature on emergency department visits of pancreatic cancer patients. This study provides significant contributions to the literature by showing that biochemical parameters play an important role in emergency department visits of patients diagnosed with pancreatic cancer. In particular, parameters such as platelet count, aPTT, urea, and bilirubin were found to play a key role in predicting patient outcomes. These findings provide guidance to emergency department physicians on which parameters should be considered in the management of pancreatic cancer patients. The study also found that approximately 31.8% of pancreatic cancer patients presented to the emergency department with paraneoplastic syndromes. Paraneoplastic syndromes refer to a set of clinical conditions resulting from the systemic effects of cancer and often presenting with metabolic or endocrine disorders. Syndromes such as hypoglycemia, hyponatremia, and febrile neutropenia account for a significant portion of emergency department presentations in pancreatic cancer patients and should be carefully addressed in the management of these patients [7]. The results of this study provide an important basis for future studies to better understand and manage emergency department visits of pancreatic cancer patients. In particular, investigating the effects of biochemical parameters on patient outcomes with larger sample groups may contribute to the development of clinical guidelines for the management of pancreatic cancer patients in emergency departments. In addition, a more detailed examination of the role of paraneoplastic syndromes in emergency department visits may pave the way for the development of more personalized approaches in the treatment planning of these patients.

This retrospective study provides important data on biochemical parameters that should be considered in emergency department visits of patients diagnosed with pancreatic cancer. In particular, parameters such as platelet count, aPTT, urea, and bilirubin have been found to play a critical role in predicting disease severity. These findings will provide important guidance in clinical practice regarding which parameters emergency department physicians should focus on when evaluating pancreatic cancer patients.

Conclusion

In conclusion, careful monitoring of these biochemical parameters in pancreatic cancer patients presenting to the emergency department is critical to improving patient outcomes. This study not only provides an important foundation for future clinical research but may also shape clinical practices for better management of cancer patients in emergency departments.

References

1. Pourshams, Akram, et al. "The global, regional, and national burden of pancreatic cancer and its attributable risk factors in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017." *The Lancet Gastroenterology & Hepatology* 4.12 (2019): 934-947.
2. Klein, Alison P. "Pancreatic cancer epidemiology: understanding the role of lifestyle and inherited risk factors." *Nature reviews Gastroenterology & Hepatology* 18.7 (2021): 493-502.
3. Werner, Jens, and Stephan Herzig. "Paraneoplastic syndromes in pancreatic cancer." *Pancreatic Cancer*. 2010.
4. Benediktsson, S., A. Frigyesi, and T. Kander. "Routine coagulation tests on ICU admission are associated with mortality in sepsis: an observational study." *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 61.7 (2017): 790-796.
5. Sun, Yandi, et al. "Causal associations between serum urea and cancer: A mendelian randomization study." *Genes* 12.4 (2021): 498.
6. Feng, Lanyun, et al. "Pretreatment values of bilirubin and albumin are not prognostic predictors in patients with advanced pancreatic cancer." *Cancer medicine* 7.12 (2018): 5943-5951.
7. Pelosof, Lorraine C., and David E. Gerber. "Paraneoplastic syndromes: an approach to diagnosis and treatment." *Mayo Clinic Proceedings*. Vol. 85. No. 9. Elsevier, 2010.

SB035

Laboratory evaluation of meningioma in the emergency department

Ömer Yüceer*

*Niğde Ömer Halisdemir University, Faculty of Medicine, Department of Emergency Medicine, Niğde, Turkey

INTRODUCTION

Meningiomas constitute 15-18% of intracranial tumours and are more common especially in women (1). Although the etiology of meningiomas is not known exactly, it has been suggested that trauma, radiation, oncogenic viruses, chromosome abnormalities and hormonal factors may play a role (2). In this study, the symptoms at presentation to the emergency department, Ca and LDH values in blood biochemistry and pH values in blood gas were evaluated according to age and gender in patients with meningioma admitted to our clinic.

METHODS

Between January 2220 and January 2024, 49 patients who were diagnosed with intracranial meningioma and admitted to the emergency department were retrospectively analysed. Age, gender, Ca and LDH levels in blood biochemistry, pH level in blood gas and symptoms of the patients at the time of admission to the emergency department were examined. Arterial blood gas taken with a syringe containing lyophilized anticoagulant (lithium heparin) in the emergency department of Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital, where the study was conducted, was collected in the biochemistry laboratory of our hospital in approximately 2 minutes, and serum taken to measure biochemistry values was taken into BD brand tubes with gel and clot activator and centrifuged after 30 minutes of clotting and studied in the biochemistry laboratory. In our laboratory, the normal value of Ca is 8.6-10 mgr/dl (milligram/decilitre), the normal value of LDH is 135-225 Units/litre (U/L), and the pH value in arterial blood gas is 7.35-7.45.

In our study, the data of patients with meningioma who applied to the emergency department of Niğde Ömer Halisdemir University Training and Research Hospital and who were admitted to the medical oncology clinic in the last 4 years were analysed after being recorded in the SPSS 26 program. Firstly, the conformity of quantitative data to normal distribution was tested with the Shapiro Wilk test and the nonparametric Mann Whitney U test was used for the analysis. Qualitative data were presented as percentages.

RESULTS

Parameter	Group	Number of Patients	Mean±SH
Age	Male	16	56.31±3.07
	Woman	33	54.73±2.06
Calcium Level	Male	16	10.73±0.28
	Woman	33	10.59±0.19
LDH level	Male	16	226.91±5.95
	Woman	33	233.88±8.13
Blood Gas pH	Male	16	7.34±0.01
	Woman	33	7.37±0.01

Sixteen (32.65%) of the patients were male and 33 (67.34%) were female. The mean age was 56.31 years in males and 54.73 years in females. The presenting symptoms were headache in 42 patients (85.71%), nausea and vomiting in 3 patients (6.12%), seizure in 2 patients (4.08%) and speech disorder in 2 patients (4.08%). Ca value of female patients was 10.59±0.19, Ca value of male patients was 10.73±0.28, Ph value in blood gas of male patients was 7.34±0.01 and Ph value in blood gas of female patients was 7.37±0.01. there was no statistically significant difference ($p>0.05$). LDH value of male patients was found to be 226.91±5.95 and LDH value of female patients was found to be 233.88±8.13. There was a significant statistical difference between the values ($p<0.05$).

DISCUSSION

Meningiomas constitute approximately 20% of all intracranial tumours and are the most common benign brain tumour (1). Although complaints and findings vary depending on the location, headache is the most common symptom. In addition to headache, symptoms such as nausea/vomiting and seizure motor deficits may be observed (2,3). Similarly, headache was the most common symptom in this study and nausea/vomiting, seizure and speech impairment were also observed. Meningioma is more common in women. There are publications indicating that the female/male ratio is approximately 2/1 (4). Similarly, the number of female patients was higher than the number of male patients in this study. In studies, it is generally stated that meningioma is most seen in the age range of 40-60 years (5). Similarly, in this study, the mean age of male patients was 56.31 years, and the mean age of female patients was 54.73 years.

Calcium ions have been reported to stimulate the growth of meningioma cells by stimulating fibroblast growth factor or insulin-like growth factor-I and by affecting epidermal growth factor (EGF) and platelet-derived growth factor (PDGF). In addition, it has also been reported that Ca ion may be suppressed depending on the treatments (6). In our study, it was thought that Ca ion levels might be normal depending on the treatment received by the patients.

LDH is a cytoplasmic enzyme expressed in various tissues of the whole body and involved in glycolysis and its level increases in hypoxia (7,8). In a study by El-Benhawy et al. it was reported that LDH serum level, one of the markers of hypoxia, increased in meningioma and decreased significantly after radiotherapy (9). In some studies, although pH levels were generally normal, it was reported that acidic pH may increase angiogenesis and migration of glioma stem cells by activating glioma stem cell markers and accordingly, high LDH levels and acidic pH may be associated with meningioma progression (10,11). In this study, serum LDH levels were found to be high and arterial blood gas pH values were found to be within normal values in accordance with these publications.

CONCLUSION

In conclusion, although the primary treatment of meningiomas, one of the most common brain TMs, is surgical, determination of Ca and LDH levels in serum and pH level in arterial blood gas may be important for diagnosis and treatment. It is undoubtedly very important to conduct more studies on this subject in meningioma. In this study, we aimed to determine the demographic data of meningiomas and to investigate the importance of Ca and LDH levels in serum and pH levels in arterial blood gas in the diagnosis and treatment of meningioma and to provide another perspective to the literature.

SB035

REFERENCES

- 1.Greenberg MS: Tumor. In: Handbook of Neurosurgery. 5th ed. New York: Thieme, 2001:407-410
- 2.Alexiou GA, Gogou P, Markoula S, Kyritsis AP: Management of meningiomas. Clin Neurol Neurosurg 112:177-182, 2010.
3. Rohringer M, Sutherland GR, Louw DF, Sima AA. Incidence and clinicopathological features of meningioma. J Neurosurg. 1989;71;5: 665–672.
4. Louis DN, Scheithauer BW, Budka H, Von Deimling A, Kepes JJ, Meningiomas. In: Kleihus P, Cavenee WK. (eds), World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Nervous, System, IARC Press, Lyon, 2000.
5. Mahmood A, Caccamo DV, Tomecek FJ, Malik GM: Atypical and malignant meningiomas: A clinicopathological review. Neurosurgery 33(6): 955-963, 1993
6. Randy J., Yong Soo L., Meene G., Thomas O., Robert W., Howard RO., 1995. Inhibition of in vitro meningioma proliferation after growth factor stimulation by calcium channel antagonists part II- Additional growth factors, growth factor receptor immunohistochemistry, and intracellular calcium measurements. Neurosurgery 37(5):p937-947.
7. Bosnyák E, et al. Molecular imaging correlates of tryptophan metabolism via the kynurenine pathway in human meningiomas. Neuro-Oncology. 2015;17:1284–92.
8. Zitron IM, Kamson DO, Kiouisis S, Juhász C, Mittal S. In vivo metabolism of tryptophan in meningiomas is mediated by indoleamine 2,3-dioxygenase 1. Cancer Biol Ther. 2013;14:333–9.
- 9.El-Benhawy, S.A.; Sakr, O.A.; Fahmy, E.I.; Ali, R.A.; Hussein, M.S.; Nassar, E.M.; Salem, S.M.; Abu-Samra, N.; Elzawawy, S. Assessment of Serum Hypoxia Biomarkers Pre- and Post-radiotherapy in Patients with Brain Tumors. J. Mol. Neurosci. 2022, 81, 1008–1017.
- 10.Valvona, C.J.; Fillmore, H.L.; Nunn, P.B.; Pilkington, G.J. The Regulation and Function of Lactate Dehydrogenase A: Therapeutic Potential in Brain Tumor. Brain Pathol. 2016, 26, 3–17.
- 11.Anis, S.E.; Lotfalla, M.; Zain, M.; Kamel, N.N.; Soliman, A.A. Value of SSTR2A and Claudin—1 in Differentiating Meningioma from Schwannoma and Hemangiopericytoma. Open Access Maced J. Med. Sci. 2018, 6, 248–253.

SB036

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PATIENTS DIAGNOSED WITH COLORECTAL CANCER ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT: THE CASE OF NIĞDE PROVINCE

Emrah AVCUOĞLU 1

1Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine

Objectives:

Colorectal cancer (CRC) is the 3rd most common cancer type in the world. It causes the death of approximately 600,000 people a year (1). It is the third most common cause of death in cancer-related deaths in women and the second in men (2). Its incidence increases with advancing age in both genders, and it is the 2nd most common type of cancer in patients over 75 years of age (3). Etiological causes of the disease include advanced age, male gender, nutritional habits, lifestyle, obesity, diabetes mellitus, inflammatory bowel diseases and radiation exposure (4). The main cause of death is the development of metastases. Metastasis to the liver, peritoneum and lung is most common in CRC. Distant metastasis is detected in approximately 25% of those diagnosed (5).

Cancer patients may apply to emergency services for a variety of reasons. These include: arising directly from malignancy; (pain, bleeding, pressure effect of the mass), indirectly caused by; (metabolic, infectious, hematological, endocrinological) diseases, side effects of treatment; There are many reasons such as (febrile neutropenia, etc.), trauma, acute exacerbations of chronic diseases. One of the reasons for admission is oncological emergencies, which lead to high mortality and morbidity when not diagnosed and treated correctly. As a result, patients with malignancy frequently apply to the emergency department and constitute a special patient group in terms of psychosocial aspects (6-8).

In this study, we investigate the relationship between albumin values and 30-day mortality in patients diagnosed with CRC who applied to the emergency department of Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital (NÖHÜ EAH) between 01/09/2021 and 31/08/2024 and were hospitalized.

Materials and Methods:

Within the scope of the study, patients who applied to the Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital Emergency Service and were hospitalized between 01/09/2021 and 31/08/2024, over the age of 18 and at any time with ICD diagnosis code C18 (Colon Malignant Neoplasm), C19 (Rectosigmoid Junction Malignant Neoplasm), C20 (Rectum Malignant Neoplasm) patients were retrospectively scanned through the hospital automation system. The most recent emergency department admissions of patients who had more than one emergency department admission after being diagnosed with C18, C19, C20 were taken into consideration. The patients' gender, age at admission, complaints, and blood parameters taken at emergency department admission (complete blood count, biochemistry panel) were recorded. Patient outcome information was searched through epicrisis records recorded during admission to the emergency department and epicrisis records recorded on the ward or intensive care unit (ICU).

Patients for whom epicrisis reports were not available during the retrospective screening, patients who applied for routine blood tests before chemotherapy, patients for whom laboratory tests were not performed at the emergency department admission, and patients for whom outcome information was not available were excluded from the study. The data obtained after the scanning was subjected to statistical analysis with the IBM SPSS 22 program.

Statistical Analysis :

The suitability of the study data for normal distribution was tested with the Shapiro Wilk test. Descriptive information was given from grouped data and as a percentage. In continuous data, parametric data were presented as mean and standard deviation, and non-parametric data were presented as median, minimum and maximum. Qualitative data were tested among themselves with Chi Square. The effects of quantitative measurements on the results were tested with the T-test in parametric data and with Mann Whitney U in non-parametric data.

Results:

In the retrospective screening conducted within the scope of the study, patients who applied to Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital Emergency Medicine Clinic between 01/09/2021 and 31/08/2024, C18 (Colon Malignant Neoplasm), C19 (Rectosigmoid Junction Malignant Neoplasm), C20 (27 patients who were admitted and hospitalized with ICD diagnosis codes (Malignant Neoplasm of the Rectum) were found. 19 (70.4%) of these patients were diagnosed with colon carcinoma and 8 (29.6%) with rectal carcinoma. 17 (63.0%) patients were female. (Table 1). All quantitative data of the patients included in the study are given in table 2.

Table 1. General Information on Patients Studied

Etiology	Colon	19 (70.4%)
	Rectal	8 (29.6%)
Gender	Male	17 (63.0%)
	Female	10 (37.0%)
Mortality	None	22 (81.5%)
	Yes	5 (18.5%)

Table 2. Descriptive Data of the Parameters Studied

	Mean±SD	Median (Min-Max)
Age	68.19±9.17	
Hemoglobin (HB)	10.83±2.27	
Hematocrite (HCT)	33.01±6.53	
Leukocyte (WBC)		8.3 (2.6-26.3)
Neutrophil (NEU)		6.32 (0.80-23.34)
Lymphocyte (LYM)	1.38±0.68	
Platelet (PLT)	255.22±127.34	
C-reactive protein (CRP)		43.1 (4.0-382.1)
Urea		44 (24-442)
Creatine		0.9 (0.5-12.8)
AST		24 (9-162)
ALT		18 (4-89)
Albumine	31.22±6.65	
Sodium (Na)	132.33±5.93	
Potassium (K)		4.2 (2.9-8.7)
Calcium (Ca)	8.38±0.68	

SD: Standard deviation, Min: Minimum, Max: Maximum, AST:

Aspartate alanine aminotransferase, ALT: Alanine aminotransferase

SB036

There was no statistically significant effect of gender and etiology on mortality ($p=0.897$, $p=0.616$, respectively). Additionally, no significant relationship was found between the gender of the patients and their etiology ($p = 0.190$) (Table 3).

Tablo 3. Cross-tabulation showing the relationship between gender, etiology, and mortality status of patients

		Mortality		Etiology	
		Alive	Exitus	Colon	Rectal
Gender	Female	8 (29.6%)	2 (7.4%)	9 (33.3%)	1 (3.7%)
	Male	14 (51.9%)	3 (11.1%)	10 (37.0%)	7 (25.9%)
Etiology	Colon	16 (59.3%)	3 (11.1%)		
	Rectal	6 (22.2%)	2 (7.4%)		

The average lymphocyte count of patients with colon CA was found to be $1580/mm^3 \pm 670/mm^3$, and that of patients with rectal CA was $890/mm^3 \pm 434/mm^3$, and the difference was found to be statistically significant ($p=0.014$). The median AST level in colon CA patients was found to be 18 (9-138) mg/dl, and in rectal CA patients it was 63.5 (2-162) mg/dl, and the difference was found to be statistically significant ($p = 0.007$).

The mean albumin level of patients who did not have a 30-day in-hospital mortality was 32.73 ± 6.27 mg/dl, and the mean albumin level of patients who developed a 30-day in-hospital mortality was 24.60 ± 3.51 mg/dl, and the difference was found to be statistically significant ($p=0.011$). Again, the median AST level of patients who did not develop 30-day in-hospital mortality was 21 (9-162) mg/dl, and the median AST value of patients who developed 30-day in-hospital mortality was 68 (26-138) mg/dl, and the difference was found to be statistically significant. ($p=0.008$).

Conclusions:

In our country, cancer-related deaths are the 2nd most common cause of all deaths after cardiovascular diseases. Cancer patients may apply to the emergency department with many different complaints. At the time of admission, detailed inquiry should be made regarding the complaints of the patients. Oncological emergencies have an important place among the reasons for admission of this patient group. Oncological emergencies lead to serious mortality and morbidity if not diagnosed and treated early (6,7). Contrary to popular belief, as emergency physicians, we play an important role in the diagnosis and treatment of urgent problems that may arise during the treatment process of cancer patients.

According to our country's data, the incidence of CRC was found to be 25.7/100000 in men and 15.2/100000 in women (8). Approximately 90% of colorectal cancers are seen over the age of 50, and the average age of occurrence is 60-65 (9). In our study, 19 (70.4%) of the patients were diagnosed with colon carcinoma and 8 (29.6%) with rectal carcinoma. 63% of the patients were women. While it is more common in men in the literature, we think that the reason why it is more common in women in our study is due to the small number of patients included in the study. The average age of the patients was found to be 68.19 ± 9.17 years. This result is compatible with the literature.

Additionally, no significant relationship was found between the gender of the patients and their etiology ($p = 0.190$). The average lymphocyte count of patients with colon CA was found to be $1580/mm^3 \pm 670/mm^3$, and that of patients with rectal CA was $890/mm^3 \pm 434/mm^3$, and the difference was found to be statistically significant. ($t:2.651$, mean difference: 0.685, 95% CI: 0.153-1.217, $p=0.014$). It was thought that this difference may be due to the different cancer stages of the patients, the treatments they received, their comorbidities, and the different immune response of each patient to the treatments.

The most common distant metastasis of colorectal cancer is the liver. Additionally, it should be kept in mind that the agents used in the treatment will be hepatotoxic (10,11). The median AST level in colon CA patients was found to be 18 (9-138) mg/dl, and in rectal CA patients it was 63.5 (2-162) mg/dl, and the difference was found to be statistically significant ($p = 0.007$). It was thought that this difference in our study was due to the cancer stages of the patients and the treatments they received.

Albumin; Hepatotoxicity is a negative acute phase reactant affected by inflammatory processes and nutritional disorders (12). The average albumin level of patients who had no 30-day in-hospital mortality was found to be 32.73 ± 6.27 mg/dl, and the average albumin level of patients who experienced 30-day in-hospital mortality was 24.60 ± 3.51 mg/dl, and the difference was found to be statistically significant. Again, the median AST level of patients who did not develop 30-day in-hospital mortality was 21 (9-162) mg/dl, and the median AST value of patients who developed 30-day in-hospital mortality was 68 (26-138) mg/dl, and the difference was found to be statistically significant. ($p=0.008$). We think that albumin levels can be used as an indicator of poor prognosis in patients diagnosed with CRC. We think that larger-scale studies are needed on this subject.

References:

1. Dusak, Z. B., Yaşar, Y. Z., & Şaprak, A. Oksidatif Stres ve Kolorektal Kanseri İlişkisinde Antioksidanların Önemli Rolü. Van Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(2), 119-124.
2. Dubé, C., Rostom, A., Lewin, G., Tsertsivadze, A., Barrowman, N., Code, C., ... & Moher, D. (2007). The use of aspirin for primary prevention of colorectal cancer: a systematic review prepared for the US Preventive Services Task Force. *Annals of internal medicine*, 146(5), 365-375.
3. Hawk, E. T., Limburg, P. J., & Viner, J. L. (2002). Epidemiology and prevention of colorectal cancer. *Surgical Clinics*, 82(5), 905-941.
4. Turan, E., Yalçın, B. M., Yücel, İ., & Mustafa, Ü. N. A. L. (2012). İlk kez tanı konan kolorektal kanser hastalarının epidemiyolojik özellikleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(4).
5. Bulbuloglu, G. C., Bozkurt, A. Ç., & Kekeç, Y. (2024). Kolorektal Kanseri Tanılı Hastaların Karaciğer Metastazlarında Klinik Deneyimlerimiz: Cerrahinin Etkinliğinin Önemi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 56(3), 160-163.
6. Koçak, S., Ertekin, B., Polat, M., Girişgin, S., & Kara, H. (2012). Onkolojik hastaların acil servise başvuru nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2(1), 16-20.
7. Dunne-Daly, C. F. (1994). Radiation Therapy for oncological emergencies. *Cancer Nursing*, 17(6), 516-527.
8. Kızıltoprak, N., Karadağ, M., Özcan, B., Genç, M. S., & Ozkan, Ö. Elli yaş üstü olgularda tarama kolonoskopisi sonuçlarımız. *Journal of Surgical Arts*, 16(2), 45-48
9. Soyutürk, M. (2005). Kolorektal kanser epidemiyoloji ve risk faktörleri. *Ulusal İç Hastalıkları Kongresi*
10. Lee, W. M. (2003). Drug-induced hepatotoxicity. *New England journal of medicine*, 349(5), 474-485.
11. Çakıcı, V., Yorulmaz, E., Mutlu, H. H., Ulaşoğlu, C., Çelik, M., Tuncer, İ., ... & Şenates, E. (2014). Mide ve kolon kanserlerinde metastaz göstergesi olarak serum folat ve vitamin B12 düzeylerinin değerlendirilmesi. *Endoskopi Gastrointestinal*, 22(2), 25-28.
12. Sert, Ö. Z., Bozkurt, H., Ölmez, T., Aray, E., Uzun, O., Gülmez, S., ... & Duman, M. (2021). Kolorektal Kanseri Cerrahisinde Güvenilir Bir Belirteç: C-reaktif Proteinin Albümine Oranı. *Türk J Colorectal Dis*, 31(1), 35-42.

SB037

UNEXPECTED ONCOLOGIC CASE COMING TO THE EMERGENCY DEPARTMENT WITH ITCHING

Berke Yıldırım¹, Fatih Cemal Tekin¹

¹Emergency Medicine Department, Konya City Hospital, Karatay, Konya, Türkiye

Objectives

Patients entering at the emergency department with complaints of pruritus are typically seen as experiencing allergic itching attributable to food, medication, or insect bites, or itching resulting from dermatological conditions. Upon examination of the research, it has been noted that pancreatic head tumours elicit pruritus in patients, alongside the previously described factors.

Pancreatic head tumours obstruct bile drainage by squeezing the extrahepatic bile ducts, resulting in elevated bilirubin levels. direct bilirubin levels result in pruritus in patients. This paper aims to report a case of a patient who arrived to the emergency room with severe pruritus, absent any allergic condition or dermatological disease.

Materials and Methods

A 64-year-old female patient was taken to the emergency department with a complaint of acute pruritus. No allergic conditions or dermatological diseases were suspected during the anamnesis and physical examination. Vital signs were within normal limits, there was no evidence of allergy, and physical examination revealed no jaundice. Blood tests indicated AST: 312, ALT: 423, GGT: 1249, Amylase: 129, Lipase: 1047. Total Bilirubin: 1.3 mg/dL; Direct Bilirubin: 0.74 mg/dL. In the patient's medical imaging, abdominal ultrasound revealed a choledochal diameter of 10.5 mm, modest dilation of the intrahepatic bile ducts in the left lobe of the liver, dilation of the pancreatic duct, and a 2.5 cm hypoechoic nodule near the pancreatic head. The patient was diagnosed with pancreatic cancer via a contrast-enhanced abdominal CT scan.

Results and Conclusions

In conclusion, if the anamnesis and physical examination of patients exhibiting pruritus do not indicate an allergic condition or dermatological disease, it is essential to consider that itching may arise from biliary obstruction, necessitating investigation into serious aetiologies such as pancreatic head tumours.

SB038

RETROSPECTIVE ANALYSIS OF PROSTATE CANCER PATIENTS PRESENTING TO THE EMERGENCY DEPARTMENT: THE CASE OF NIĞDE PROVINCE

Mustafa Özçelik¹ Ümit Yaşar Can²

¹Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital, Emergency Medicine, Niğde/Turkey Orchid: 0000-0003-1029-1043

² Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital, Emergency Medicine, Niğde/Turkey

Introduction

Prostate cancer is the second most common cancer in men worldwide and the leading cause of cancer-related mortality after lung cancer (1). Advancements in diagnostic methods for prostate cancer have facilitated early diagnosis and treatment. This has led to a decrease in prostate cancer-related deaths, particularly in Western countries (2). Lifestyle changes and metabolic status influence the risk of prostate cancer and patient survival rates. Non-modifiable risk factors include race, genetic predisposition, advanced age, and a family history of prostate cancer (3).

Cancer patients present to emergency departments for various reasons. These include direct effects of malignancy such as pain, compression effects, and bleeding. Additionally, patients may present with indirect conditions related to metabolic, infectious, hematologic, and endocrinologic issues or treatment side effects (e.g., febrile neutropenia) (4). Oncological emergencies in cancer patients presenting to the emergency department are life-threatening and associated with high mortality rates. Early diagnosis and treatment of these conditions are crucial for reducing mortality and restoring quality of life (5).

In this study, we aimed to investigate the demographic characteristics and the impact of laboratory parameters at the time of admission on in-hospital mortality in patients diagnosed with prostate cancer who presented to the emergency department of Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital between 01/09/2021 and 31/08/2022.

Materials and Methods

This retrospective study included patients aged 18 years or older who presented to the emergency department of Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital between September 1, 2021 and August 31, 2024, were hospitalized, and had an ICD diagnosis code of C61 (Malignant Neoplasm of Prostate) at any time. Patients were identified through the hospital automation system. For patients with multiple emergency department visits after receiving the C61 diagnosis, only the most recent visit was considered. Data collected included patient demographics (age and sex), 30-day in-hospital mortality, and laboratory parameters (complete blood count and biochemistry panel) obtained at the time of emergency department presentation. Patient data were extracted from discharge summaries recorded upon admission to the emergency department and from those recorded during hospitalization in the ward or intensive care unit (ICU).

Patients were excluded from the study if they had missing discharge summaries, presented for routine blood tests before chemotherapy, did not undergo laboratory testing upon admission to the emergency department, or had missing outcome data. After data collection, statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics 22.

Statistical Analysis

The normality of the data was assessed using the Shapiro-Wilk test, as the sample size was less than 30. Descriptive statistics were presented as n and percentages for categorical variables. Continuous variables were expressed as mean \pm standard deviation for parametric data and median (minimum-maximum) for non-parametric data. The effects of quantitative variables on outcomes were analyzed using the t-test for parametric data and the Mann-Whitney U test for non-parametric data. The test results were presented in tables formatted according to APA style.

Findings

A retrospective screening identified 22 patients who presented to the Emergency Department of Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital between September 1, 2021 and August 31, 2024 and were admitted with an ICD-10 diagnosis code of C61. The normality of the study parameters for these 22 patients was assessed using the Shapiro-Wilk test. Descriptive statistics for the study parameters are presented in Table 1 as mean \pm standard deviation for parametric data and median (minimum-maximum) for non-parametric data.

Table 1: Descriptive statistics of the variables examined in the study.

	Mean (\pm SD)	Median (Min-Max)
Age	70.68 \pm 6.85	
Urea	64.46 \pm 25.15	
Creatin	1.14 \pm 0.40	
AST		37.5 (14-374)
ALT		24 (6-177)
Albumine	31.86 \pm 6.60	
Ca	8.48 \pm 0.93	
Na	136.18 \pm 6.60	
K	4.25 \pm 0.57	
CRP		40.25 (7-371)
WBC		9 (0.7-46.8)
PLT	161.50 \pm 76.90	
NEU		7.65 (0.1-.45.9)
LYM		0.9 (0.3-4.1)
HCT	19.06 \pm 5.64	
HB	9.67 \pm 1.95	
Mortalite		
Alive	19 (86.4%)	
Ex	3 (13.6%)	

SD: Standart deviatin, Min. Minimum, Max: Maximum, AST: Asparagine aminotransferase, ALT: Alanin aminotrasferase, CRP: C-reactie protein, WBC: Lukocyte count, PLT: Platelet, Neu: Neutrophyl, LYM: Lymphocyte, HCT: Hematocrite, HB: Hemoglobin

The relationship between 30-day in-hospital mortality and study parameters was examined using appropriate t-tests and Mann-Whitney U tests. The mean potassium level was 4.1 \pm 0.41 meq/l in patients without 30-day in-hospital mortality and 5.16 \pm 0.60 meq/l in patients with mortality, with a statistically significant difference between the groups (p=0.001). The mean hemoglobin level was 9.99 \pm 1.89 g/l in patients without 30-day mortality and 7.63 \pm 0.80 g/l in patients with mortality, with a statistically significant difference between the groups (p=0.049). The mean albumin level was 33 \pm 6.30 g/l in patients without 30-day mortality and 24.66 \pm 3.05 g/l in patients with mortality, with a statistically significant difference between the groups (p=0.039). The mean platelet count was 174.42 \pm 74.75 in patients without 30-day mortality and 79.66 \pm 13.20 in patients with mortality, with a statistically significant difference between the groups (p=0.044). The mean hematocrit level was 30.05 \pm 5.41 in patients without 30-day mortality and 22.8 \pm 1.49 in patients with mortality, with a statistically significant difference between the groups (p=0.035) (Table 2).

SB038

Table 2: Effects of quantitative measurements on outcomes in parametric data using the t-test.

Factors (Mean ± SD)	Mortality status		p
	Alive, n=19	Exitus, n=3	
Age	70,89±6,45	69,33±10,69	0,723
Urea	62,31±21,98	78±44,39	0,327
Creatin	1,08±0,27	1,47±0,89	0,526
Albumine	33±6,30	24,66±3,05	0,039
Calsium	8,62±0,89	7,6±0,75	0,076
Sodium	136,78±5,60	132,33±12,22	0,288
Potassium	4,1±0,41	5,16±0,60	0,001
Platelet	174,42±74,75	79,66±13,20	0,044
Hematocrite	30,05±5,41	22,8±1,49	0,035
Hemoglobin	9,99±1,89	7,63±0,80	0,049

Table 3: Mann-Whitney U Test for Non-Parametric Data

Factors (Median (Min-Max))	Mortality status		p
	Alive, n=19	Exitus, n=3	
AST	35,00 (14-374)	171,00 (47,00-194,00)	0,040
ALT	21,00 (6-59)	88,00 (37,00-177,00)	0,019
CRP	34,40 (7-371)	219,20 (64,10-245,20)	0,049
Leukocyte	9,20 (2,61-46,80)	6,90 (0,70-21,70)	0,416
Neutrophyl	8,30 (1,56-45,9)	5,10 (0,10-15,40)	0,416
Lymphocyte	0,90 (0,30-2,10)	0,90 (0,50-4,10)	0,773

The median AST level was 35.00 (14-374) mg/dl in patients without 30-day in-hospital mortality and 171.00 (47.00-194.00) mg/dl in patients with mortality, with a statistically significant difference between the groups ($p=0.040$). The median ALT level was 21.00 (6-59) mg/dl in patients without 30-day mortality and 88.00 (37.00-177.00) mg/dl in patients with mortality, with a statistically significant difference between the groups ($p=0.019$). The median CRP level was 34.40 (7-371) mg/dl in patients without 30-day mortality and 219.20 (64.10-245.20) mg/dl in patients with mortality, with a statistically significant difference between the groups ($p=0.049$).

Discussion

This study investigated the relationship between laboratory parameters and 30-day in-hospital mortality in patients presenting to the emergency department with a diagnosis of prostate cancer. The findings revealed that potassium, hemoglobin, albumin, platelet count, hematocrit, and liver enzyme levels (AST, ALT) were significantly associated with mortality.

Our results suggest that certain laboratory parameters may be valuable in predicting mortality risk in prostate cancer patients. Notably, elevated potassium levels were significantly higher in patients who died (mean 5.16 ± 0.60 meq/l) compared to those who survived (4.1 ± 0.41 meq/l) ($p=0.001$). This finding highlights the importance of hyperkalemia as a prognostic factor in cancer patients. Hyperkalemia, often caused by renal failure or tumor lysis syndrome, is a serious condition requiring urgent intervention (6).

Furthermore, the significant association between low albumin levels and mortality ($p=0.039$) suggests that a patient's nutritional status and inflammatory burden may influence their prognosis. Albumin levels reflect overall nutritional status and liver function, and low levels are frequently cited in the literature as an indicator of poor prognosis (7). This study further confirms the role of albumin as a prognostic marker.

The study also found a significant association between AST and ALT levels and in-hospital mortality. ALT levels were significantly higher in patients who died [88.00 (37.00-177.00) mg/dl] compared to those who survived [21.00 (6.00-59.00) mg/dl] ($p=0.019$). This finding indicates that impaired liver function is associated with adverse outcomes in cancer patients. Liver damage due to metastasis or treatment may contribute to elevated liver enzymes in cancer patients, emphasizing the importance of regular monitoring of AST and ALT levels.

Decreased hemoglobin and platelet levels were also identified as factors increasing mortality risk. Patients who died had significantly lower hemoglobin levels (mean 7.63 ± 0.80 g/l, $p=0.049$) and platelet counts (mean 79.66 ± 13.20 , $p=0.044$). Low hemoglobin can lead to anemia and hypoxia, which can compromise oxygen delivery to tissues and contribute to a poor prognosis. Similarly, low platelet counts can increase bleeding risk, which can be a life-threatening complication in cancer patients (8).

One of the key clinical implications of this study is that rapid assessment of specific laboratory tests in prostate cancer patients presenting to the emergency department can provide valuable prognostic information. Early monitoring of parameters such as potassium, albumin, and hemoglobin can help identify critically ill patients and guide urgent therapeutic interventions. This information will be particularly useful for emergency physicians in making rapid treatment decisions.

The main limitations of this study are the small sample size and its single-center design. The study included only 22 patients, which limits the generalizability of the findings to larger populations. Additionally, the retrospective nature of the study may introduce some limitations in the data. Future prospective, multicenter studies with larger patient cohorts are needed to validate these findings. Further research is also needed to investigate the impact of different stages of prostate cancer on mortality.

This study suggests that certain laboratory parameters can be used to predict mortality risk in patients presenting to the emergency department with a diagnosis of prostate cancer. Regular monitoring of potassium, albumin, hemoglobin, and liver enzyme levels may help clinicians identify patients at risk of poor outcomes. These findings need to be validated in prospective studies and diverse populations.

References

- Ertunç, O., & Tuna, B. (2022). Prostat Kanseri Moleküler Patogenezi. Medical Journal of Süleyman Demirel University, 29(4), 697-706.
- Yorulmaz, E. M., & Akın, Y. (2022). Prostat kanserinde minimal invaziv cerrahi tedavi sonrası erektil disfonksiyonun güncel literatür eşliğinde değerlendirilmesi. Androloji Bülteni, 25(1), 32-33.
- Koçak, T., & Tek, N. A. (2022). Prostat Kanseri Etiyoloji ve Tedavisinde Beslenmenin Rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(3), 1247-1256.
- Koçak, S., Ertekin, B., Polat, M., Girişgin, S., & Kara, H. (2012). Onkolojik hastaların acil servise başvuru nedenleri. Sakarya Tıp Dergisi, 2(1), 16-20.
- Dunne-Daly, C. F. (1994). Radiation Therapy for oncological emergencies. Cancer Nursing, 17(6), 516-527.
- YOKUŞ, O., & GEDİK, H. (2016). Tümör Lizis Sendromu. Türkiye Klinikleri J Hematol-Special Topics, 9(3), 1-7.
- Suh, B., Park, S., Shin, D. W., Yun, J. M., Keam, B., Yang, H. K., ... & Cho, B. (2014). Low albumin-to-globulin ratio associated with cancer incidence and mortality in generally healthy adults. Annals of oncology, 25(11), 2260-2266.
- Bishop, A. J., Allen, P. K., Klopp, A. H., Meyer, L. A., & Eifel, P. J. (2015). Relationship between low hemoglobin levels and outcomes after treatment with radiation or chemoradiation in patients with cervical cancer: has the impact of anemia been overstated?. International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics, 91(1), 196-205.

SB039

MESANENİN SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMU: Bir Olgu Sunumu

Ümit Yaşar Can¹, Yunus Hatipoğlu²

¹Niğde Ömer Halisdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Niğde/Türkiye

²Niğde Ömer Halisdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Niğde/Türkiye

Giriş

Mesane karsinomları üriner sistemde en sık görülen malign kanserleri olup bunların %90'ından fazlası transizyonel hücreli tümörlerdir (1). Mesane kanserleri içerisinde skuamöz hücreli karsinomlar oldukça nadir görülür. 70 yaş üstü sık görülür (2). Etiyolojisinde kronik üriner enfeksiyona yatkınlık veya sürekli üretral kataterizasyon sayılabilir (3). Bu vaka raporunda hematürik görünüm nedeniyle acil kliniğine başvuran ve yapılan değerlendirmede mesanenin skuamöz hücreli karsinomu tanısı konulan olgunun sunulması hedeflenmiştir.

Olgu

80 yaşında erkek hasta 6 aydır tekrarlayan hematüri şikayeti ile acil kliniğine başvurdu. Alınan detaylı anamnezinde son 5 yıldır mesane sondası olduğu ve geçirilmiş iskemik svh öyküsü mevcut idi. Özgeçmişinde geçirilmiş svh hipertansiyon diabetes mellitus mevcut idi. Ek hastalık öyküsü yok idi. Fizik muayenesinde patolojik bulgu izlenmedi. Hastadan alınan biyokimyasal parametrelerde kreatinin 1.5 olup ek patolojik referans aralığında kan değeri yok tu. idrar değerlendirmesinde gross hematüri izlendi. Yapılan görüntülemelerde mesane lümeninde sonda balonu gözlemlendi. Üroloji birimine konsülte edilip hospitalize edilen hastaya aktif mesane irrigasyonu uygulandı. Gross hematürisi düzelen ve idrar kültüründe üreme olmayan hasta 2 gün sonra sistoüretroskopi ile değerlendirildi. divertikül içerisinde izlenen kitleye transüretal rezeksiyon uygulandı. Patoloji sonucu tüm divertikül duvarını tutan skuamöz hücreli karsinom olarak raporlandı.

Tartışma

Transizyonel hücreli tümörler daha yüksek insidansa sahip oldukları için literatürde çok daha fazla yer bulmalarına karşın, skuamöz hücreli karsinom ve diğer histokimyasal mesane kanseri tipleri literatürde yeteri kadar yer edinmemiştir (2). Mesane kanserinin en yaygın klinik prezentasyonu hematüridir (3). Bizim vakamızda da hasta tekrarlayan hematüri şikayeti ile acil servise başvurmuştu. Mesane sondası dahil yabancı cisim varlığı skuamöz hücreli mesane karsinomu olarak bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (4) ve hastamızda da 5 yıllık kronik mesane sondası kullanımı öyküsü mevcuttu. Her ne kadar bazı yakın tarihli çalışmalarda transüretal rezeksiyonun skuamöz hücreli mesane karsinomu gibi mesane kanseri histopatolojik türlerinin tanısını koymada yetersiz olduğunu belirtmiş olsa bile (5) bizim vakamızda hastanın skuamöz hücreli karsinom tanısını koymada transüretal rezeksiyon yeterli olmuş ve hastanın tedavi süreci radikal sistektomiye gerek kalmaksızın planlanabilmiştir.

Sonuç

Hematüri ile başvuran hastalarda ürogenital sistem kanserlerinin ön tanılar arasında yer almasının erken tanı ve tedavi açısından son derece önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Referanslar

1. Chung, K. T. "The etiology of bladder cancer and its prevention." J Cancer Sci Ther 5.10 (2013): 346-61.
2. Martin, Jeremy W., et al. "Squamous cell carcinoma of the urinary bladder: Systematic review of clinical characteristics and therapeutic approaches." Arab journal of urology 14.3 (2016): 183-191.
3. DeGEORGE, KATHARINE C., Harry R. Holt, and Stephanie C. Hodges. "Bladder cancer: diagnosis and treatment." American family physician 96.8 (2017): 507-514.
4. Manley, K. V., et al. "Risk factors for development of primary bladder squamous cell carcinoma." The Annals of The Royal College of Surgeons of England 99.2 (2017): 155-160.
5. Lonati, Chiara, et al. "Accuracy of transurethral resection of the bladder in detecting variant histology of bladder cancer compared with radical cystectomy." European Urology Focus 8.2 (2022): 457-464.

SB040

RELATIONSHIP BETWEEN INFLAMMATORY MARKERS AND MORTALITY IN PATIENTS ADMITTED FROM THE EMERGENCY DEPARTMENT TO ONCOLOGY WARDS

Turgut Dolanbay

Niğde Ömer Halisdemir University Faculty of Medicine, Emergency Medicine

Introduction:

Cancer is an important health problem in the world and in our country, and it ranks second among the causes of death in our country. It is estimated that cancer-related deaths will rise to the first rank in developed countries, especially in the last 5 years. The treatment methods used in oncology also cause many side effects. In particular, suppression of the immune system makes patients' bodies vulnerable to bacterial and viral diseases. (1,2) Elevation in C-reactive protein (CRP) and white blood cell (WBC) count is accepted by physicians as an indicator of inflammation. (2-4)

In our study, we aimed to determine the mortality rate of the disease by looking at inflammatory markers at the time of admission of patients who were diagnosed with and treated for cancer from the emergency department to inpatient wards.

Method:

In our study, the data of patients who applied to the emergency department of Niğde Ömer Halisdemir University Education And Research Hospital and were hospitalized in the medical oncology clinic were recorded in the SPSS 26 program and then analyzed. First, the suitability of quantitative data to normal distribution was tested with the SHAPIRO WILK test. The non-parametric Mann Whitney U test was used for the analyses.

RESULTS

A total of 30 patients were included in the study. The mean age of the patients was 37 ± 16.7 , and 60% of the patients were male. Lung cancers were the most common (66%) in males, while breast and lung cancers were seen in equal proportions (25%) in females. The CRP and WBC ratios of the patients were examined. CRP was 43 ± 24 and WBC was 20000 ± 3800 , respectively, and 8 of our patients died in the clinic or intensive care unit after being hospitalized. CRP and WBC ratios of patients who died and those who did not die were found to be statistically significant ($p=0.001$, $p=0.035$).

Discussion

An increase in C-reactive protein (CRP) and white blood cell (WBC) is considered an indicator of inflammation. (3) In a study, it was shown that high CRP levels in patients with lung cancer affect poor prognosis. (4) In a study conducted in patients with solid cancers, it was shown that high CRP levels reduce survival rates. (5) Similarly, there are many publications showing that high WBC is a poor prognostic criterion in oncological and hematological diseases. (6,7)

We believe that the low immunity levels of cancer patients and the severity of infections explain the statistically significant result of mortality, especially in our findings.

In Turkey, this is followed by lung, prostate, colon, rectum, stomach and pancreas cancers in men; breast, lung, colon, rectum, cervix, ovary, stomach and pancreas cancers follow in women. In our study, similar to the literature, lung cancers were found in men, and lung and breast cancers were detected in equal proportions in women. We think that this difference in the female gender is due to the small number of patients we included in our own study. We believe that new studies to be conducted in larger patient groups will eliminate this difference. (8)

Conclusion:

As a result, it should not be forgotten that high CRP and WBC ratios in patients with oncological diseases are a poor prognostic criterion and are associated with mortality.

References

1. Bahar, Aynur, Özlem Ovayolu, and Nimet Ovayolu. "Onkoloji hastalarında sık karşılaşılan semptomlar ve hemşirelik yönetimi." ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 6.1 (2019): 42-58.
2. Öner, Özlem İkde, and Elanur Yılmaz Karabulutlu. "Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi." Perspectives in Palliative & Home Care 2.2 (3) (2023): 116-126.
3. -Bayrak, CİVanmert. Sistemik Tedavi Uygulanan Hepatopankreatikobiliyer Sistem Kanserli Hastalarda Kombine Sistemik İnflamasyon Skorunun Tedavi Yanıtı ve Prognoz Üzerine Etkisi. Diss. Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2022.
4. Değirmencioğlu, Serkan. "İleri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserli hastalarda serum vasküler endotelial büyüme faktörü, endotelin-1 ve alfa kalsitonin gen ilişkili peptid düzeylerinin anjiyogenez ve prognoz üzerine etkileri." (2011).
5. Başaran, Elif Çetin. Solid Kanser Tanılı Hastalarda B12/Crp İNdeks (BCI) Düzeyinin Prognostik ve Prediktif Değeri. Diss. Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2021.
6. Baytan, Birol. Akut miyeloblastik lösemili çocuklarda MRC-12 kemoterapi protokolü ile tedavi ve 13 yıllık izlem sonuçları. MS thesis. Bursa Uludağ University (Turkey), 2011.
7. Ocak, B. İ. R. O. L., A. H. M. E. T. Şahin, and A. D. E. M. Deligönül. "Metastatik Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde Tek Merkez İmmünoterapi Deneyimi."
8. [www.https://tektiklabilgielinde.saglik.gov.tr/kanser-nedenleri-ve-sik-gorulen-kanserler](https://tektiklabilgielinde.saglik.gov.tr/kanser-nedenleri-ve-sik-gorulen-kanserler)

SB041

PERFORATION OF A GASTRIC TUMOR; BASED ON CHRONIC SCAR OF PEPTIC ULCUS THAT PREVIOUSLY PERFORATED

Abdül Rıdvan KULU

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi ABD, Niğde, Türkiye, Orcid: 0000-0001-6186-3916

Introduction and Objective

Gastric cancer is the third leading cause of death due to malignancy despite advances in diagnostic and therapeutic facilities [1-2]. Common symptoms of gastric cancers include burning in the stomach, indigestion, dysphagia, dysphagia and epigastric pain. It is also known to be associated with the development of malignancy on the background of chronic disease and surgical scars [2-3]. Tumor budding, which is thought to predispose to invasion and metastasis, has been shown to be a negative prognostic factor in many solid malignancies[3]. In our study, we present the relationship between clinical and pathological features and tumor development in gastric cancer patient, which was developed after the operation scar on the background of tumor level and presented with gastric perforation.

Case

A 52-year-old male patient approved to the emergency service with a sudden onset of severe and sharp abdominal pain. He was a smoker and had no additional chronic diseases. In 2016, he had undergone surgery for peptic ulcer perforation and have been complaining of intermittent vomiting for more than a year. The patient, who had no hospital admission during this period. On physical examination, the patient had sweating, paleness and abdominal rigidity. In laboratory tests; WBC:13200/ μ l , Hgb:14,6 g/dl, HTC:42%, PLT:162000/ μ l, Creatinin:1,3 mg/dl, Urea:96 mg/dl, CRP:54,8 mg/dl, Albumin:26 g/l, AST:44 U/l, ALT:20 U/l and D-dimer:5800 μ g/l. On computerized tomography, stomach was full of fluids and gastropnoxis down to the pelvis was observed. There was a massy lesion starting from pylorus, invading the pancreas and obliterating the lumen of duodenum. Diffuse free fluid and free air were also observed.

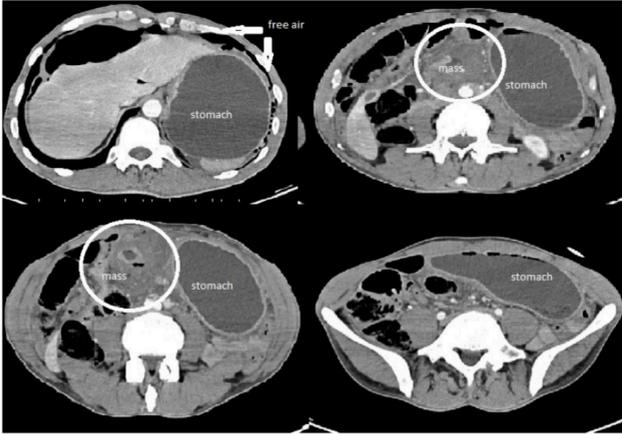


Figure 1: Computerized Tomography Images



Figure 2: Operational photograph of perforated malignant mass from posterior view.

The patient underwent emergency surgery. At surgery, there was a posteriorly perforated mass at the previous surgical repair area, invading the pancreas and involving the pylorus and bulbus duodeni. there was gastropnoxis down to the pelvis. A subtotal gastrectomy and Roux en Y gastrojejunostomy was performed. Pathology revealed adenocarcinoma with lymph node metastasis (T4N1Mx). The patient was found to be H.pylori positive.

The patient's enteral nutrition was started on post operatif day 3. The patient was discharged with healing on the 7th day of surgery. He was taken to oncology follow-up.

Conclusion

Gastric cancers can be diagnosed with atypical clinics and symptoms and the risk of malignancy development in chronic wounds and operation scars should not be forgotten by physicians. Detailed anamnesis of underwent surgery is a valuable key to lead true diagnosis [4]. In addition, early diagnosis reduces mortality and morbidity but it's often diagnosed in advanced stages [3]. In this case, we presented a gastroduodenal malignancy based on chronic peptic ulcer scar. Screening gastroscopy for the risk of gastric cancer, especially after the age of 40 is recommended[5]. We also recommend gastroscopy controls of peptic ulcer, even perforated or not.

References

1. Jemal A, Bray F, Center MM, et al. (2011) Global cancer statistics. CA Cancer J Clin. 61:69–90.
2. Smyth, E. C., Nilsson, M., Grabsch, H. I., van Grieken, N. C., & Lordick, F. (2020). Gastric cancer. The Lancet,396(10251), 635-648.
3. Correa, P. (2013). Gastric cancer: overview. Gastroenterology Clinics of North America, 42(2), 211.
4. Harris, S. (1936). The early symptomatology and the diagnosis of gastric cancer. The American Journal of Surgery, 31(2), 225-395.
5. Hamashima, C., Shibuya, D., Yamazaki, H., Inoue, K., Fukao, A., Saito, H., & Sobue, T. (2008). The Japanese guidelines for gastric cancer screening. Japanese journal of clinical oncology, 38(4), 259-267.

SB042

ONKOLOJİ HASTALARINDAKİ ÜROLOJİK ACİL DURUMLAR

1)Doç. Dr. Levent Şahin 2)Asistan Dr Samed TOLUN

1)Kafkas Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp AD, Kars, Türkiye
2)Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi

1. GİRİŞ

Dünya genelinde kanser vakalarının artışı ile birlikte onkolojik acilleri, acil servislerde son zamanlarda daha sık görmeye başladık. Hızlı ilerleyen ve yaşamı tehdit eden bu acil durumlar ya kanserin direkt etkisiyle ya da tedavi (medikal ve/veya cerrahi) sonrası ortaya çıkabilmektedir.

Onkolojik aciller, metabolik, mekanik ve obstrüktif, tedavi ilişkili ve kan ilişkili aciller olmak üzere 4 alt başlık altında değerlendirilir. Ürolojik aciller; mekanik, obstrüktif ve tedavi ilişkili aciller sınıflamaları içerisinde yer almaktadır. Bunlar, idrar yolu tıkanıklıkları (alt ve üst), akut üreter retansiyon (AÜR), hematüri, renal kolik ve bulaşıcı olmayan sistit olmak üzere genitoüriner sistemden kaynaklanan ürolojik acil durumlarıdır (1).

1. TARTIŞMA

- İdrar Yolu Tıkanması:** İdrar yolu tıkanması (İYT); idrarın doğal akışının kesilmesi olarak tanımlanır. Retroperitoneal veya pelvik malignitesi olan hastalarda idrar yolu tıkanması gelişebilir (2). Prostat kanserini, serviks kanseri ve mesane kanserini gibi pelvik kanserler, pelvik bölgeye metastazlar mesane çıkış tıkanıklığına neden olur. Ayrıca lenfoma ve pelvik sarkom gibi retroperitoneal maligniteler ile over kanserini gibi büyük pelvik kitleler de üreter tıkanmaya neden olur. Cerrahi sonrası fibroz, pelvik inflamatuvar hastalık, kateterle indüklenen ödem ve radyasyon tedavisine bağlı oluşan darlıklar görülebilir. Malign tıkanıklığı olan bu hastalara palyatif dekompresyon yapılabilir (3). Alt İYT, idrar çıkışının üretra, prostat veya mesane seviyesindeki tıkanmasından kaynaklanmaktadır. Üretra darlıkları, benign prostat hiperplazisi (BPH), prostatit, prostat kanseri, foley kateter tıkanması, geçirilmiş pelvik cerrahiler ve antikolinergik ilaçların kullanımı gibi iyatrojenik nedenlere bağlı olabilir. Hastalarda idrara çıkma yetersizliği, mesanenin taşması sonucu idrar kaçırma görülebilir. Üst İYT, taşlar ve kanserler tıkanıklığının en sık görülen iki nedenidir. BPH, iyatrojenik, nörojenik mesane, rahim sarkması, veziko üretral reflü (VUR), retroperitoneal fibroz, lenfoma, prostat, mesane, serviks veya kolon kanseri gibi neoplazmlar sonrası görülebilir. Üst İYT, tıkanmanın nedenine ve süresine bağlı olarak akut veya kronik böbrek yetmezliğine yol açabilir. İdrar yolları tıkanıklığı giderilmezse geri dönüşsüz böbrek yetmezliği ortaya çıkabilir. Tedavide, perkütan nefrostomi kateterlerinin yerleştirilmesi ve sistoskopi yoluyla kalıcı üreter stentleri (double J stenti) yerleştirilmesidir. Distal üreter taşları medikal olarak, tamsulosin 0.4 mg/gün uygulanarak tedavi edilebilir.
- Akut Üreter Retansiyon (AÜR):** AÜR; ani gelişen, istemli idrar yapılmasının tam gerçekleştirilemediği, sık sık ve damla şeklinde idrar yapma, distandü ve ağrılı mesane ile karakterizedir. Hastalarda suprapubik veya batin alt bölgede giderek artan bir ağrı ve dolgunluk hissi görülür. Enfeksiyöz durumlar, akıntı, ağrı, ateş, kaşıntı, dizüri, hematüri gibi şikayetlerin varlığı ile konstipasyon, geçirilmiş travma, bel ağrıları, ekstremitelerde güç ve his kayıpları gibi semptomlar sorgulanmalıdır. Acil serviste yapılması gereken ilk müdahale foley sonda takılmasıdır. Üreter veya suprapubik mesane kateterizasyonu yöntemi hem tanı hem de tedavi için kullanılabilir. Prostat kanseri üreter çıkışı tıkaıyıp bloke edebilmektedir (4). Acil serviste görülen AÜR olan her dört erkek hastadan birinde prostat kanseri bulunmaktadır. Kadınlarda ise en sık nedenleri pelvik kitlelerdir. Tedavide üreter kateter ile başarı sağlanamayan hastalarda, coude kateter uygulamasına geçilir. Tedavi başarısız olursa suprapubik kateterizasyon yöntemi kullanılabilir. AÜR hastalarında cerrahi operasyonlar akut dönemde tercih edilmemelidir; çünkü bu dönemde yapılacak operasyonlarda mortalite riski yüksek bulunmaktadır (5).
- Hematüri:** Erişkinlerde hematürinin en sık nedenleri üreter sistem enfeksiyonu, neoplazmlar ve ürolitiazisdir (6). Genitoüriner kanserler hematüriye neden olabilir, ağrısız makroskopik hematüri varlığında mesane kanseri düşünülmelidir (7). Ele gelen kitle hidronefroz veya malignansi bulgusu olabilir. Kadınlarda pelvik muayene üretral kitleyi; erkeklerde rektal muayene ise büyümüş prostati ortaya koyabilir. Mikroskopik hematüride böbrek, pelvikalsiyel sistem ve renal hücreli karsinom, transisyonel hücreli karsinom, ürolitiazis ve renal enfeksiyonları saptamak için görüntüleme yöntemleri kullanılır (8). İntravenöz ürografi, üreter sistemin değerlendirilmesinde en iyi başlangıç tetkikidir. Kitlelerin solid mi, kistik mi olduğunu ayırtmasını yapamadığından lezyonun ileri değerlendirilmesi için USG, BT veya MRI yapılması gerekmektedir.
- Enfeksiyöz Olmayan Sistitler:** Radyasyona bağlı sistit; serviks, prostat ve mesane kanseri gibi pelvik neoplazmları tedavi etmek için kullanılan external beam radiation (EBR) ve brakiterapi, mesane mukozasına zarar verebilir. Semptomlar, tedaviden çok uzun süre sonra ortaya çıkabilir. Hematüri, idrar yaparken yanma, idrar yapma sıklığı ve idrar kaçırma görülebilir (9). Sistoskopi ile tanı koyulur. Sistemik ve intravezikal tıbbi tedaviler (sodyum pentosan polisülfat ve epsilon aminokaproik asit) dirençli vakalarda kullanılabilir (10). Kemoterapiye bağlı sistit; siklofosamid, ifosfamid, trofosfamid ve sufosfamid gibi alkilleyici ajanlar, hemorajik sistit dahil olmak üzere idrar yolu toksisitesine yol açabilir (11). Mesanede meydana gelen hasar, akrolein isimli idrarla atılan bir metabolitten kaynaklanmaktadır. Akrolein metabolitini detoksifiye etmek için sodyum 2-merkaptotetan sülfonat (MESNA) tedavisi uygulanır. Bununla beraber idrar metabolitlerinin konsantrasyonunu azaltmak için ciddi miktarda i.v. hidrasyon sağlanması gerekir (12).
- Renal Kolik:** Sıklıkla üretero pelvik bileşkeye ve üretere yerleşmiş taşın tam veya kısmi tıkanıklık yapması sonrası hissedilen kolik ağrısına renal kolik denir. Taş dışında ürogenital bölge tümörleri de bu ağrıya sebep olabilir. Renal kolik hastalarında, şiddetli ağrı, kusma, dehidrate vakalarda, enfeksiyon varlığı ve obstrüksiyon durumlarında yatış yapılır (13).

SONUÇ

Kanser hastalarında yeri, türü veya oluşum mekanizması ne olursa olsun sebep olacağı acil durumları acil servis klinisyenleri akılda tutmalıdır. Çünkü onkolojik tüm acillerin hayati riski yüksektir. Bu hastalarda karşılaşılabileceğimiz başlıca ürolojik sonuçlar ve sorunlar: alt ve üst İYT, AÜR, hematüri, sistit ve renal koliktir. Ürolojik acillerin altta yatan nedenlerini en başından tesbit edip tedavi edersek, tedavisi zor ve masraflı olan sonuçlarını önlemiş oluruz.

KAYNAKLAR

- Yıldırım, S., & Ayhan, M. (2022). Onkolojik Aciller. Sağlık & Bilim 2022: İç Hastalıkları Acilleri, 33.
- Katabathina, V.S., Restrepo, C.S., et al. Betancourt Cuellar, S.L. Imaging of oncologic emergencies: what every radiologist should know. Radiographics. 2013;33:1533.
- Misra, S., Coker, C., Richenberg, J. Percutaneous nephrostomy for ureteric obstruction due to advanced pelvic malignancy: have we got the balance right? Int Urol Nephrol. 2013;45:627.
- Marshall, J.P. (2016). Acute Urinary Retention. In Markovchick V.J., Pons P.T., Bakes K.M. (Eds.), Emergency Medicine Secrets (6th ed., p. 262-7). Philadelphia: Elsevier Ltd.
- Nevo, A., Mano, R., Livne, P.M., et al. Urinary retention in children. Urology. 2014;84(6):1475-9
- Patel, J.V., Chambers, C.V., Gomella, L.G. Hematuria: etiology and evaluation for the primary care. Can J Urol. 2008;15 (supplement 1):54-62.
- Van de Merwe, J.P., Nordling, J., Bouchelouche, P., et al. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal. European Urology. 2008;53(1): 60-7.
- Sharp, V.J., Barnes, K.T., Erickson, B.A. Assessment of asymptomatic microscopic hematuria in adults. Am Fam Physician. 2013;88(11):747-54.
- Lieberman, D., Mehus, B., Elliott, S.P. Urinary adverse effects of pelvic radiotherapy. Transl Androl Urol. 2014 Jun;3(2):186-95.
- Manso Sanchez, L.M. (2014). Urgencias oncologicas, "Hospital Universitario 12 de Octubre". Madrid: Ediciones Ergon.
- Matz, E.L., Hsieh, M.H. Review of Advances in Uroprotective Agents for Cyclophosphamide and Ifosfamide-induced Hemorrhagic Cystitis. Urology. 2017 Feb;100:16-19.
- Bosscher, M.R., van Leeuwen, B.L., Hoekstra, H.J. Surgical emergencies in oncology. Cancer Treat Rev. 2014; 40:1028-1036.
- Pearle, M.S. Shock-wave lithotripsy for renal calculi. N Engl J Med. 2012; 367: 50-7.

SB043

Meme Kanseri Hastalarda 30 Günlük Mortalite ile Laboratuvar Parametreleri Arasındaki İlişki

Sabri Sekme1

1Niğde Ömer Halisdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp, Niğde/Türkiye Orchid:0009-0001-6985-5483

Giriş

Dünyada kanser tanıları arasında birinci sırada yer alan meme kanseri, 2020 yılında yaklaşık 2,3 milyon hasta ve buna bağlı 685 bin ölüm gerçekleşmiştir. Ölüm nedeni olarak kanserler arasında 5. Sırada yer almaktadır. Bu hastalık ve ölüm oranları sebebiyle kadınlar için önemli bir hastalık olup adjuvan kemoterapi yapılsa bile metastatik türlerinde beş yıllık sağkalım %30' a ulaşmamaktadır (1,2). Gelişmiş ülkelerde gelişen taramalar, tedavi yöntemleri ve yaşam şeklindeki iyileştirmelerle birlikte kanser vakalarında azalma görülmesine rağmen dünya genelinde aynı sonuçlar alınmamaktadır. İnsidans ve mortalite verileri 1990 yılında toplanmaya başlamış olup artış sürekli olarak devam etmektedir (3,4). Kanser hastaları diğer hastalarla karşılaştırıldığında hastalık seyirleri ve tedavi yöntemleri sebebiyle çok daha sık ve ölümcül komplikasyonlarla karşı karşıyadır. Bu durum hastaların normal nüfusa oranla daha sık acil servis başvurusuyla hasta ve sağlık hizmeti yoğunluğu oluşturmaktadır (5).

Gereç ve Yöntemler

Çalışma kapsamında, 01/09/2021-31/08/2024 tarihleri arasında Niğde Ömer Halisdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisine başvuran ve yatışı yapılan 18 yaş üstü ve herhangi bir zamanda ICD tanı kodu C50 (meme malign neoplazmı) almış hastalar hastane otomasyon sistemi üzerinden retrospektif olarak tarandı. C50 tanısı aldıktan sonra birden fazla acil servis başvurusu olan hastaların en son acil servis başvuruları dikkate alındı. Hastaların cinsiyeti, yaşı, yatış tanıları ve acil servis başvurusunda alınan kan parametreleri (tam kan sayımı, biyokimya paneli) kaydedildi. Hasta klinik sonuçları (mortalite veya taburculuk), yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) veya serviste kaydedilen epikriz kayıtları aracılığıyla tarandı.

Retrospektif tarama sırasında, epikriz raporları mevcut olmayan hastalar, kemoterapiden önce rutin kan testleri için başvuran hastalar, acil servise kabul sırasında laboratuvar testleri yapılmayan hastalar ve sonuç bilgileri eksik olan hastalar çalışmadan hariç tutuldu. Taramadan sonra, elde edilen veriler IBMM SPSS 22 programı ile istatistiksel analize tabi tutuldu.

İstatistiksel Analizler

Çalışma verilerinin normal dağılıma uygunluğu, örneklem büyüklüğü 30'dan az olduğu için Shapiro Wilk testi ile test edildi. Tanımlayıcı bilgiler, gruplandırılmış verilerde n ve yüzde olarak verildi. Sürekli verilerde, parametrik veriler ortalama ve standart sapma, parametrik olmayan veriler medyan, minimum ve maksimum olarak gösterildi. Nicel ölçümlerin sonuç üzerindeki etkileri parametrik verilerde T-testi ile, parametrik olmayan verilerde ise Mann Whitney U ile test edildi.

Bulgular

Çalışma kapsamında yapılan retrospektif taramada, 01/09/2021 – 31/08/2024 tarihleri arasında Niğde Ömer Halisdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği'ne başvuran, c50 ICD tanı kodları ile kabul edilmiş 17 hasta bulundu. Hastaların tamamı kadın cinsiyetli. 17 hastanın çalışma parametrelerinin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirildi. Hastaların 3 tanesi 30 gün içerisinde hayatını kaybetmiştir. 14 tanesi ise 30 günün sonunda hayattadır (tablo1). Normal dağılım sergileyen Yaş, Ca, Na, K, Platelet, Hematokrit, Hemoglobin ve normal dağılım sergilemeyen Üre, kreatin, AST, ALT, Albumin, CRP, nötrofil, Lökosit değerleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Hastaların 30 günlük mortalite durumları ile çalışma parametreleri arasındaki ilişki t-testi ve Mann Whitnet U testlerinden uygun olanı ile sınıandı. Hastaların yaşı ile 30-günlük mortalite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (table 4). Laboratuvar parametrelerimiz ile 30 günlük mortalite arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır(p<00,5) (table 4, table 5)

Table 1.

Mortality			
		Frequency	Percent
Valid	Alive	14	82,4
	Exitus	3	17,6
	Total	17	100,0

Table 2.

Deskriptive Analyze

	Mean (±SD)	Median (Min-Max)
Age	55.59±9.67	
Hemoglobin	9.79±1.93	
Hematocrite	29.68±5.92	
Leukocyte		8.8 (1.3-28.1)
Neutrophyl		6.9 (0.5-24.3)
Lymphocyte		0.96 (0.30-2.64)
Platelet	170.29±104.87	
CRP		23.7 (3.2-161.7)
Urea		60 (19-165)
Creatine		1.11 (0.5-3.46)
AST		46 (14-140)
ALT		30 (8-259)
Albumine		34 (24-134)
Calsium	8.96±0.70	
Sodium	135.94±5.07	
Potassium	4.30±0.66	
1 month mortality	Yes	3 (17.6%)
	No	14 (82.4%)

SD: Standart deviation, Min: Minimum, Max: Maximum, CRP: C-reactive protein, AST: Asparagine aminotraspherase, ALT: Alanin aminotraspherase

Table 3.

T Test

	t	Df	Sig.	95% CI	
				Lower	Upper
Age	-0.206	15	0.839	-14.833	12.214
Hemoglobin	0.537	15	0.599	-1.999	3.347
Hematocrite	0.318	15	0.755	-7.027	9.494
Platelet	1.579	15	0.135	-35.275	236.751
Calsium	1,953	15	0.070	-0.074	1.688
Sodium	0.693	2.2	0.554	-16.777	23.920
Potassium	1.169	15	0.261	-0.400	1.371

Df: Degree of freedom, Sig.: Significancy level, CI: Confidence interval

Table 4.

Mann Whitnet U

	U	Z	Sig.
Leukocyte	14.0	-0.882	-0.378
Neutrophyl	14.0	-0.882	-0.378
Lymphocyte	15.5	-0.693	-0.488
CRP	19.0	-0.252	-0.801
Urea	16.0	-0.631	-0.528
Creatine	19.0	-0.252	-0.801
AST	15.0	-0.757	-0.449
ALT	9.0	-1.513	-0.130
Albumine	15.0	-0.758	-0.449

U: U value of Mann Whitney U test, Sig.: Significancy level, CRP: C-reactive protein, AST: Asparagine alaninetranspherase, ALT: Alanin aminotraspherase

SB043

Tartışma

Bu çalışma, meme kanseri tanısı almış hastaların acil servis başvuruları sırasında ölçülen laboratuvar parametreleri ile kısa vadeli mortalite oranları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesine odaklanmıştır. Meme kanseri, dünya genelinde kadınlar arasında en sık görülen malignite olup, Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) bağlı Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı'nın (IARC) 2020 verilerine göre yaklaşık 2,26 milyon yeni hasta ve 685 bin ölümlerle sonuçlanmıştır. Bu hastalık, kadınlarda kansere bağlı ölümler arasında ilk sıralarda yer almakta ve özellikle metastatik evrelerinde tedaviye rağmen yüksek mortalite oranlarına sahiptir (6). Gelişmiş ülkelerde tarama programları ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler, hastalık insidansı ve mortalite oranlarında düşüş sağlasa da dünya genelinde bu başarı her yerde aynı düzeyde yakalanamamıştır (3). Bu bağlamda, meme kanseri hastalarının klinik seyri, mortalite oranları ve laboratuvar bulguları arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılması, bu hastalar için uygun tedavi ve yönetim stratejilerinin geliştirilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Çalışmanın retrospektif dizaynı, 01/09/2021-31/08/2024 yılları arasında Niğde Ömer Halisdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisi'ne başvuran ve ICD C50 tanı kodu ile kabul edilen 17 meme kanseri hastasının verilerini kapsamaktadır. Çalışmaya dahil edilen hastaların tümü kadın olup, acil servis başvurularındaki laboratuvar bulguları ve 30 günlük mortalite oranları analiz edilmiştir. Elde edilen veriler, istatistiksel analizlerle değerlendirildiğinde, hastaların yaşı ile 30 günlük mortalite arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Aynı şekilde laboratuvar parametreleri (örneğin, hemoglobin, CRP, lökosit sayısı) ile de mortalite arasında anlamlı bir korelasyon tespit edilmemiştir.

Bu sonuçlar, meme kanseri hastalarının mortalite oranlarını etkileyen faktörlerin karmaşık bir yapıda olduğunu ve yalnızca laboratuvar parametreleri ile öngörülemediğini göstermektedir. Çalışma, kanser hastalarının klinik yönetiminde daha kapsamlı ve kişiye özel yaklaşımların gerekliliğine işaret etmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerdeki tarama ve tedavi yöntemlerine rağmen, meme kanserine bağlı ölümlerin önlenmesinde daha fazla ilerleme kaydedilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu bağlamda, gelecekteki çalışmalarda hasta gruplarının daha geniş ve çeşitli popülasyonlarla incelenmesi, farklı klinik ve biyolojik faktörlerin mortalite üzerindeki etkisinin daha detaylı bir şekilde değerlendirilmesi gereklidir.

Sonuç olarak, meme kanserli hastaların acil servis başvurularında kullanılan laboratuvar parametrelerinin kısa vadeli mortaliteyi tahmin etmekte yetersiz kaldığı, bu nedenle klinik ve biyokimyasal faktörlerin birlikte ele alınması gerektiği ortaya konmuştur.

Kaynaklar

- 1-) Lei, Shaoyuan, et al. "Global patterns of breast cancer incidence and mortality: A population-based cancer registry data analysis from 2000 to 2020." *Cancer Communications* 41.11 (2021): 1183-1194.
- 2-) Riggio A. I., Varley K. E., and Welm A. L., The lingering mysteries of metastatic recurrence in breast cancer, 2021.)
- 3-) Buskwofie, Ama, Gizelka David-West, and Camille A. Clare. "A review of cervical cancer: incidence and disparities." *Journal of the National Medical Association* 112.2 (2020): 229-232.
- 4-) Lima, Sarah M., Rebecca D. Kehm, and Mary Beth Terry. "Global breast cancer incidence and mortality trends by region, age-groups, and fertility patterns." *EClinicalMedicine* 38 (2021).
- 5-) Turgeman, Ilit, and Gil Bar-Sela. "Effective patient selection for an oncology-dedicated emergency service: a retrospective study." *JCO Oncology Practice* 17.10 (2021): e1567-e1575.)
- 6-) Furtunescu, Florentina, et al. "Breast cancer mortality gaps in Romanian women compared to the EU after 10 years of accession: Is breast cancer screening a priority for action in Romania?(Review of the Statistics)." *Experimental and Therapeutic Medicine* 21.3 (2021): 1-1.

SB044

Metastatic Intracardiac Mass In Squamous Cell Carcinoma Of The Lung

İlker Kaçer¹

1 Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Aksaray University, Aksaray, Türkiye

Introduction

Syncope is a transient loss of consciousness due to cerebral hypoperfusion, commonly seen in emergency departments. It is classified into three main categories: reflex, orthostatic hypotension, and cardiovascular syncope. This case report discusses a patient with squamous cell lung carcinoma presenting with recurrent syncope due to a metastatic intracardiac mass.

Case

A 56-year-old male patient, with a history of chronic obstructive pulmonary disease and lung cancer, presented to the emergency department with syncope. He had experienced similar episodes over the past three years. On examination, his vital signs indicated hypotension, and a normal EKG was observed. A contrast-enhanced chest CT revealed a mass in the left atrium, and an echocardiogram showed a significant mass associated with thrombus formation (Figure 1). Despite no pulmonary embolism detected via CT angiography, the patient was deemed inoperable and began chemotherapy.

Five weeks into treatment, he developed hypoxic pneumonia and acute respiratory failure, ultimately leading to his death. This case underscores the rarity of cardiac masses, particularly metastatic ones, which often present with nonspecific cardiovascular symptoms, complicating diagnosis in emergency settings.

Conclusion

Metastatic cardiac masses, especially from lung cancer, occur more frequently than primary tumors. They lack specific presentations, complicating differential diagnosis. Imaging techniques such as echocardiography and MRI are crucial for diagnosis, but no optimal treatment guidelines exist for metastatic cardiac masses. Prognosis remains poor despite advanced treatment options, highlighting the need to consider these masses in patients with known malignancies presenting with cardiovascular symptoms.

SB045

Appendicitis and Neutropenic Pediatric Oncology Patients: Case Series

Emine Özdemir Kaçer¹, İlker Kaçer²

1 Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Aksaray University, Aksaray, Türkiye

2 Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Aksaray University, Aksaray, Türkiye

Introduction

Appendicitis is a prevalent condition requiring emergency surgery in children, with an incidence of 170 cases per 100,000 in those aged 10 to 14 years (1). Typical symptoms include fever, periumbilical pain radiating to the right lower quadrant, anorexia, and vomiting. Surgical removal of the appendix is the standard treatment for uncomplicated cases. However, in children with chemotherapy-induced neutropenia, the diagnosis may be delayed due to insufficient immune response, complicating clinical presentation and differential diagnosis (2,3). The increased risk of postoperative complications further complicates management strategies (4). Some studies advocate for surgical intervention as the first line of treatment (5,6), while others support conservative management with antibiotics (7).

Case 1: An eight-year-old boy with a primitive neuroectodermal tumor presented with worsening chronic abdominal pain. He was afebrile and had received high-dose chemotherapy two weeks prior. His examination revealed tenderness in the right lower quadrant. Initial imaging showed thickening of the appendix but no evidence of acute inflammation. He was treated conservatively with antibiotics. Seven days later, after clinical improvement, he underwent laparoscopic appendectomy, which revealed fibrous luminal obliteration without acute inflammation. The patient was discharged on postoperative day four.

Case 2: A ten-year-old boy with Trisomy 21 and high-risk acute lymphoblastic leukemia was admitted with febrile neutropenia but reported no abdominal pain. Initial imaging suggested appendicitis. Conservative management with antibiotics was initiated. Subsequent ultrasounds revealed potential microperforation, yet the patient remained asymptomatic. After 25 days, imaging showed improvement, and he was discharged on day 27 without surgical intervention.

Conclusion

These cases illustrate that both surgical and medical treatments can be effective for neutropenic pediatric cancer patients. While early surgery may benefit those with complications, individualized management strategies are essential given the challenges in diagnosing appendicitis in this population.

References

- Anderson JE, Bickler SW, Chang DC, ve diğerleri. Etiyolojisi bilinmeyen yaygın bir hastalığın incelenmesi: Kaliforniya'da apandisit epidemiyolojisi ve cerrahi tedavisindeki eğilimler, 1995-2009. *World J Surg.* 2012;36:2787-2794.
- Nesher L, Rolston K. Nötropenik enterokolit, agresif kemoterapinin yaygın olarak kullanıldığı çağda büyüyen bir endişe. *Clin Infect Dis.* 2013;56:711-717.
- Rodrigues FG, Dasilva G, Wexner SD. Nötropenik enterokolit. *Dünya Gastroenterol Dergisi.* 2017;23:42-47.
- Glenn J, Funkhouser WK, Schneider PS. Nötropenik kanser hastalarında acil abdominal cerrahiye gerektiren akut hastalıklar: 14 vakanın tanımı ve literatür taraması. *Cerrahi.* 1989;105:778-789.
- Ozyurek E, Arda S, Ozkiraz S, ve diğerleri. Akut miyeloid lösemi olan bir ergende apandisit başlangıç belirtisi olarak ateşli nötropeni. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2006;23:269-273.
- Tierney JS, Novotny NM. Nötropenik çocuklarda apandektomi: zorlu bir soruna güvenli ve hızlı bir çözüm. *J Surg Res.* 2012;178:110-112.
- Wiegering VA, Kellenberger CJ, Bodmer N, ve diğerleri. Kemoterapi kaynaklı nötropeni sırasında hematolojik maligniteli çocuklarda akut apandisit konservatif tedavisi. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2008;30:464-467.

SB046

SAĞ VENTRİKÜLDE OBSTRİKSİYONA NEDEN OLAN NADİR GÖRÜLEN KARDİYAK MİKSOMA

Muhammet Salih Ateş¹, Murat Gül²

1 Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye

2 Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Aksaray, Türkiye

GİRİŞ

Kardiyak miksomalar, kalbin en sık görülen primer benign tümörleridir ve vakaların çoğunluğu sol atriyumda yerleşir. Sağ kalp miksomaları oldukça nadir görülür ve ciddi hemodinamik komplikasyonlara yol açabilirler. Bu vakada, sağ ventrikülde yer alan ve mekanik obstrüksiyona neden olan bir miksoma olgusu sunulmaktadır. Hastanın kardiyak miksomaya bağlı olarak gelişen pulmoner hipertansiyon ve sağ kalp yetmezliği tablosu ile başvurusu, tanı ve tedavi süreci detaylandırılmaktadır.

OLGU SUNUMU

67 yaşında kadın hasta, yaklaşık 2 haftadır devam eden nefes darlığı, çabuk yorulma ve tekrarlayan bayılma atakları nedeniyle acil servise başvurdu. Son 3 gündür şikayetleri daha da artmış olup, son 24 saat içinde 2 kez bayılma yaşadığı öğrenildi. Hasta, bilinen kardiyovasküler bir hastalığı olmadığını ifade etmekteydi. Özgeçmişinde bilinen kronik bir hastalık bulunmamakta olup, 10 yıl önce sigarayı bıraktığı ve toplamda 20 paket-yıl sigara öyküsüne sahip olduğu öğrenildi.

Fizik Muayene Bulguları

Hastanın genel durumu orta, bilinci açık, oryante ve koopere idi. Vital bulguları şu şekildediydi:

- Kan basıncı: 100/65 mmHg
- Nabız: 110/dk, ritmik ancak taşikardik
- Solunum sayısı: 22/dk
- SatO₂: %92 (oda havasında)

Fizik muayenede juguler venöz dolgunluk, hafif periferik ödem ve ciltte solukluk gözlenmekteydi. Kardiyak muayenede sağ parasternal bölgede 2/6 sistolik üfürüm duyuldu, pulmoner komponent belirgin idi.

Laboratuvar ve Görüntüleme Bulguları

Laboratuvar incelemelerinde D-dimer ve troponin düzeyleri normal sınırlarda saptandı. Ancak BNP düzeyi 950 pg/mL (referans: <100 pg/mL) olarak yüksek bulundu. Elektrokardiyografide (EKG) sinüs taşikardisi ve sağ ventrikül hipertrofisi bulguları izlendi. Göğüs röntgeninde kardiyomegali ve sağ kalp genişlemesi saptandı. Transtorasik ekokardiyografi ile sağ ventrikülde yaklaşık 4 cm çapında, hipoeoik ve mobil bir kitle saptandı. Sağ ventrikül fonksiyonlarının sınırda olduğu ve hafif disfonksiyon bulguları mevcut olduğu görüldü. Ayrıca hastanın pulmoner arter basıncı 55 mmHg olarak ölçüldü. İleri görüntüleme olarak uygulanan kardiyak MRG'de sağ ventrikülde 4x3 cm boyutlarında, heterojen yapıda miksoma ile uyumlu kitle izlendi. Kitle, trikuspid kapak yolunu intermittan olarak tıkamakta olup, bu durum hastada tekrarlayan bayılma ataklarına neden olmaktadır.

TARTIŞMA

Hastanın kliniği, ilk başta pulmoner emboli şüphesi ile değerlendirilmiş olup, ekokardiyografi sonrasında sağ ventrikülde kitle tespit edilmiştir. Kitle, kardiyak miksoma olarak tanımlanmıştır. Kardiyak miksomalar nadir olmakla birlikte, genellikle sol atriyumda yerleşir. Sağ ventrikülde miksoma oldukça nadir görülen bir lokalizasyondur. Sağ ventrikülde yerleşen kitle, pulmoner dolaşıma mekanik obstrüksiyon yaparak pulmoner hipertansiyon ve sağ kalp yetersizliğine neden olmuştur. Kitlenin mobil ve intermittan obstrüksiyon yapıcı karakteri, hastanın tekrarlayan bayılma ataklarını açıklamaktadır.

Tanı ve Tedavi Planı

Hastaya sağ ventrikülde miksoma tanısı konulmuştur. Kardiyak miksomaların cerrahi olarak çıkarılması, tedavide birincil yaklaşımdır. Hastada hemodinamik instabilite ve sağ kalp yetmezliği riski yüksek olduğundan dolayı, cerrahi eksizyon endikasyonu güçlüdür.

Ameliyat Öncesi Yönetim: Hastanın hemodinamik stabilizasyonu için yoğun bakım takibi altında, inotrop destek ve diüretik tedavi ile kalp yükünün hafifletilmesi önerilmiştir.

Ameliyat Sonrası Yönetim: Kitle çıkarıldıktan sonra nüks riski açısından uzun dönem takip planlanmıştır. Ailede miksoma öyküsü olması nedeniyle genetik danışmanlık önerilmiştir.

SONUÇ

Sağ ventrikülde miksomalar nadir görülmekle birlikte, erken cerrahi müdahale yapılmadığı takdirde ciddi hemodinamik komplikasyonlara yol açabilir. Bu vakada cerrahi eksizyon sonrası hasta hemodinamik olarak stabil hale getirilmiş ve sağ ventrikül fonksiyonları düzelme göstermiştir. Cerrahi sonrası nüks riski düşük olmakla birlikte, genetik yatkınlık nedeniyle hasta düzenli takibe alınmıştır.

SB047

Rüptüre dev baker kisti ; kompartman sendromu ?
Op.Dr.Ercüment EGELİ¹ , Dr.Öğr.Üyesi Fikri Burak İPÇİ²
1: Uşak Eğitim Araştırma Hastanesi
2: Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ

Baker kistleri olarak da bilinen Popliteal Sinovyal Kistler genellikle osteoartrit ve menisküs yırtıkları gibi diz eklem içi patolojileri ile ilişkili olarak görülür. Baker kistleri nadiren semptomatiktir, lezyonun boyutlarına bağlı olarak ortaya çıkan semptomlar değişkenlik gösterir. Fizik muayene ile birlikte MR ya da yüzeysel doku USG ile tanı konulan Baker kistleri sıklıkla konservatif olarak tedavi edilirler; ancak ileri derecede semptomatik vakalarda kist aspirasyonu veya cerrahi eksizyon uygulanabilir.

VAKA SUNUMU

Altmış beş yaşında erkek hasta acil servise sağ bacakta ani başlayan ağrı ve şişlik yakınması ile başvurdu. Tarafımıza tromboemboli, kompartman sendromu ön tanılarıyla konsülte edilen, bilinen travma öyküsü olmayan hastanın anamnezinde 45 paket yılı sigara kullanımı ve 5 yıl önce sol alt ekstremitede derin ven trombozu geçirme hikayesi olduğu öğrenildi. Muayenesinde sağ alt ekstremitede karşı tarafa göre belirgin çap artışı, kalf bölgesinde hassasiyet olan hastanın distal kapiller dolun zamanı iki sn altında olup, ekstremitede nabızları şişlik sebebiyle palpe edilemedi. Pasif germe ile ağrı agrevasyonu olan hastanın yapılan doppler usg görüntülemesinde arteryel trifazik akım olduğu derin venlerde herhangi bir trombus saptanmadığı diz eklemi seviyesinden distale uzanan cilt altı dokuda yaygın sıvı birikimi ve heterojenite saptandığı öğrenildi. Hastanın eski kayıtları incelendiğinde 1 ay önce çekilen diz mr görüntülerinde popliteal fossa yerleşimli 60x44 mm Baker kisti olduğu görüldü.(resim 1) Kompartman sendromu ön tanısıyla interne edilen hastaya elevasyon ,soğuk uygulama, epidermal eau de Goulard solüsyonu uygulaması yapıldı. İv reomacrodex %10 ve Pentoksifilin infüzyonu başlanan hastanın üçüncü saat muayenesinde kalf gerginliği ve ağrı yakınmasının regrese olduğu görüldü.Hasta takibin 48.saatinde jones bandajı ve analjezik tedavi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Eklem kaynaklı kitlesel lezyonlar, sadece çevre nörovasküler yapılara mekanik bası yaparak değil; rüptürleri durumunda kist içeriğinin kompartman içine yayılması ile de acil klinik tablolar oluşturabilmektedir. Bu durumda olası dolaşımsal problemlerin acil olarak ekartasyonu, uygun ve zamanında tanı ve tedavinin yapılması büyük önem taşımaktadır. Bu olguda acil cerrahi müdahale gerekmeden,konservatif tedavi ile hastada kompartman sendromu gelişmesinin önüne geçilmiştir. Ancak literatürde Baker kist rüptürü sebebiyle kompartman sendromu gelişen ve acil fasiyotomi ile tedavi edilen olgular mevcuttur.

KAYNAKLAR

- 1.Erkus S, Soyarslan M, Kose O, Kalenderer O. Compartment syndrome secondary to Baker's cyst rupture: A case report and up-to-date review. Int J Crit Illn Inj Sci. 2019 Apr-Jun;9(2):82-86. doi: 10.4103/IJCIIS.IJCIIS_84_18. PMID: 31334050; PMCID: PMC6625324.
- 2.Tejero S, Fenero-Delgado BT, López-Lobato R, Carranza-Bencano A. Ruptured Baker's cyst: complications due to misdiagnosis. Emergencias. 2018 Dic;30(6):412-414. English, Spanish. PMID: 30638346.
- 3.Sanchez JE, Conkling N, Labropoulos N. Compression syndromes of the popliteal neurovascular bundle due to Baker cyst. J Vasc Surg. 2011 Dec;54(6):1821-9. doi: 10.1016/j.jvs.2011.07.079. Epub 2011 Sep 29. PMID: 21958564.

SB048

CLINICAL SYMPTOMS AND DIAGNOSIS OF MALIGNANT PLEURAL MESOTHELIOMA

Hasan Kumru¹

¹Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine

INTRODUCTION

Mesotheliomas are the most common primary tumors of the pleura, originating from the pleura in 80% of cases, while in 20% of cases they may originate from the peritoneal cavities, pericardium or tunica vaginalis in the testis. Asbestos exposure can be demonstrated in 70% of pleural mesothelioma cases. The lifetime risk of mesothelioma in workers exposed to asbestos varies between 8% and 13%. Other etiological factors include radiotherapy, intrapleural thorium dioxide, and inhalation of other silicates such as erionite (zeolite). (1). The most common complaints are dyspnea and chest pain. Dyspnea is due to restriction by pleural effusion or thickened pleura. The pain is often radiating and dull in nature, over the lateral chest wall. This pain is usually chronic and persistent and non-pleuritic (2). This study aimed to compare the frequency of symptoms of malignant pleural mesothelioma and the methods used in diagnosis.

MATERIAL METHOD

Within the scope of the study, patients diagnosed with ICD diagnosis code C45.0 (Pleural Mesothelioma) at Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital between 2014-2024 were retrospectively scanned. Demographic data of these diagnosed patients were given as percentages and T test was applied in SPSS program. $p < 0.05$ was considered significant.

RESULTS

Within the scope of the study, patients diagnosed with ICD diagnosis code C45.0 (Pleural Mesothelioma) at Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital between 2014-2024 were retrospectively scanned. 92 patients were found. The clinical and radiological findings of these 92 cases were reviewed in terms of diagnosis and treatment methods. In our study conducted with 49 men and 43 women, the average age of the patients was 56. Contact history was detected in only 6 patients, 1 to erionite and 5 to asbestos. 65.2% of our patients applied from the city center. Pleural fluid was present in 87 (93.5%) of our cases. The most common symptoms were chest pain (79.3%) and dyspnea (63.04%). The mean time from onset of symptoms to diagnosis was 5.2 months. Histological types detected by various diagnostic methods were epithelial (91.5%), sarcomatous (6.5%) and mixed type (8.6%). Diagnostic value was found to be 17.2% (14/81) for thoracentesis, 60.1% for pleural biopsy, 94.8% for VATS, 100% for open pleural biopsy and 100% for thoracoscopy. In our study, the diagnostic value of thoracoscopy, open pleural biopsy and VATS was found to be particularly high. $p < 0.05$

DISCUSSION

Malignant pleural mesothelioma is a rare disease with a bad prognosis (3). The median survival time after diagnosis varies between 8 and 14 months (4). The disease is more common in men (5). Asbestos exposure is the most important etiological factor in the development of mesothelioma, and approximately 90% of patients have occupational exposure (6). The disease usually occurs 35-40 years after the first asbestos exposure (7). Other causes of malignant pleural mesothelioma include erionitis, radiation to the chest wall, or SV 40 (8). The most common presenting symptoms of patients are dyspnea and chest pain (9). However, anorexia, weight loss, fatigue, night sweats, or superior vena cava obstruction and dysphagia may be observed as a result of local tumor invasion (10). The most common symptoms in our study were dyspnea and chest pain.

In the presence of pleural fluid, cytological evaluation of pleural fluid by performing thoracentesis may be the first screening test for pathological diagnosis, but it is not a sufficiently sensitive diagnostic test. Thoracoscopic biopsy should be performed with the minimum incision possible to prevent tumor implantation into the chest wall, and the incision should be located in the area to be resected if possible. Open pleural biopsy is recommended if the tumor prevents the thoracoscopic approach. Needle biopsy can be performed in patients who are not suitable for thoracoscopic or open pleural biopsy and in patients with nondiagnostic thoracentesis fluid cytology or no pleural fluid (11).

In our study, the diagnostic value was found to be 17.2% (14/81) for thoracentesis, 60.1% for pleural biopsy, 94.8% for VATS, 100% for open pleural biopsy and 100% for thoracoscopy. In our study, the diagnostic value of thoracoscopy, open pleural biopsy and VATS was found to be particularly high.

CONCLUSION

It is noteworthy that in recent years, when results cannot be achieved with other diagnostic methods, VATS has been applied without delay, and in this way, the time from symptom onset to diagnosis has been reduced to 4.4 months, and multimodal treatment is preferred in appropriate cases.

REFERENCES

- 1-Köksal, D., & Beder, S. (2003). Malign Plevral Mezotelyoma (MPM) Tedavisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(3), 310-319.
- 2-Miller, W.T., Gefter, W.B. (1992) Asbestos-Related Chest Diseases: Plain Radiographic Findings. *Seminars in Roentgenology*. 27(2):102-120.
- 3-Rusch V.W., Giroux D., Kennedy C. ve ark. (2012) Initial analysis of the international association for the study of lung cancer mesothelioma database. *J Thorac Oncol*, 7(11): p. 1631-9.
- 4-Scherpereel A., Astoul P., Baas P. ve ark.(2010) Guidelines of the European Respiratory Society and the European Society of Thoracic Surgeons for the management of malignant pleural mesothelioma. *Eur Respir J*. 35(3): p. 479-95.
- 5-Beckett P., Edwards J., Fennell D. ve ark.(2015) Demographics, management and survival of patients with malignant pleural mesothelioma in the National Lung Cancer Audit in England and Wales. *Lung Cancer*,. 88(3): p. 344- 8.
- 6-Yates D., Corrin B., Stidolph P. ve ark. (1997) Malignant mesothelioma in south east England: clinicopathological experience of 272 cases. *Thorax*. 52(6): p. 507-512.
- 7-Lanphear B.P. ve Buncher C.R. (1992) Latent period for malignant mesothelioma of occupational origin. *JOM*, 34(7): p. 718-721.
- 8-Sekido Y. (2013) Molecular pathogenesis of malignant mesothelioma. *Carcinogenesis*, 34(7): p. 1413-9.
- 9- Robinson B.W., Musk A.W. ve Lake R.A. (2005) Malignant mesothelioma. *Lancet*. 366(9483): p. 397-408.
- 10-Rudd R.M. (2010) Malignant mesothelioma. *Br Med Bull*. 93: p. 105-23.
- 11- Kindler H.L., Ismaila N., Armato S.G. ve ark. (2018) Treatment of Malignant Pleural Mesothelioma: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol*. 36(13): p. 1343-1373

SB049

A Rare Case of Renal Colic in a Patient with Colorectal Cancer

Hasan Kumru¹ Gizem Çakan² Yunus Hatipoğlu³

¹Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine

²Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine

³Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine

INTRODUCTION

Colorectal cancers are the 3rd most common type of cancer seen today. Metastasis is the main cause of death in patients. Most frequent metastases develop in the liver, lungs, and peritoneum. At the time of diagnosis, approximately 25% of patients show distant metastases (1). Approximately 1/3 of colorectal cancers are rectal cancers. The mortality and morbidity rates of colorectal cancers have decreased significantly with the development of early screening and treatment methods. Despite all these developments, the incidence of the disease has been found to increase around the age of 50 years. Surgery is still the curative treatment option for rectal cancer. Neoadjuvant therapies (chemotherapy, radiotherapy) are primarily recommended for patients with locally advanced disease (2). Constipation, which is frequently experienced after surgical procedures, is an important problem affecting the quality of life, comfort, respiratory and circulatory systems and recovery of patients in the postoperative period (3). In this case report, we present a 47 years old patient diagnosed with colorectal cancer who presented to our emergency department with renal colic but metastasis to the uterus was detected.

CASE PRESENTATION

A 47 years old woman with previously known colorectal carcinoma presented to our emergency department with complaints of flank pain, abdominal pain, intermittent urination and constipation. Patient's vitals Fever: 35.7 °C Pulse Rate: 88/min, Blood Pressure: 110/70 mmHg, Saturation: 95%, Respiratory Rate: 16/min. Physical examination of the patient revealed palpable hard tissue on palpation in the abdomen, tenderness, no defense, no rebound. There is no costovertebral angle tenderness. The patient had CRP:24.8 mg/L, HGB:10.7 g/dL, and hematuria in urine. According to the anamnesis obtained from the patient, she was diagnosed with Adenocarcinoma of the rectum as a result of the pathology of colonoscopy performed 2 years ago. In June 2023, she underwent Low Anterior Resection surgery. 2 months later, the patient was operated on according to the result of Brain CT taken with suspicion in his controls and the pathology result was reported as Adenocarcinoma metastasis.

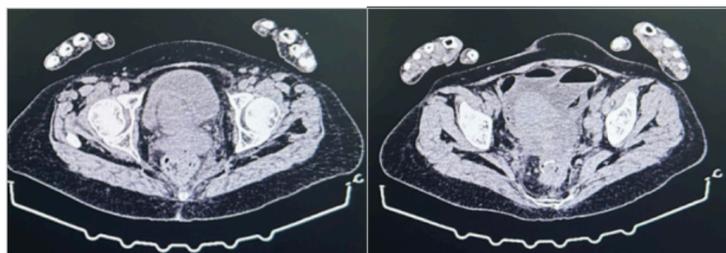


Figure 1. 2024 Computed Tomography image taken in January. No mass lesion is seen on the CT scan, air fluid levels are seen.

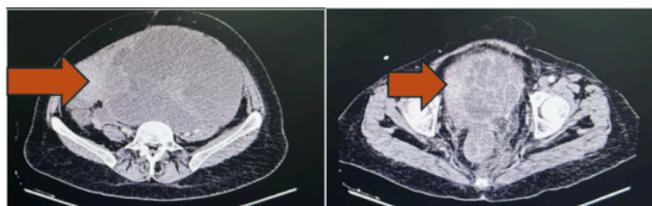


Figure 2. 2024 Computed Tomography image taken in September. A 21x16 cm heterogeneous internal mass lesion with cystic necrotic areas and heterogeneous contrast in the left half of the uterine corpus. Hydronephrosis of the left kidney secondary to compression of the mass.

The patient is currently hospitalized in the General Surgery Service.

DISCUSSION

Among the most common causes of emergency room visits in colorectal cancer patients, abdominal pain, fatigue, weight loss and symptoms of iron deficiency anemia due to chronic blood loss are more common in right colon tumors. In left colon tumors, changes in bowel habits and symptoms of colonic obstruction such as nausea and vomiting are more common (4). In our patient, the reason for presentation to the emergency department was flank pain. In this respect, this finding mimicking renal colic pain in cancer patients is important for clinicians. Radiologic imaging methods have an important place in the diagnosis and staging of CRC and in the investigation of metastases. The most important of these examinations are CT, MRI, endorectal ultrasonography (USG) and positron emission tomography (PET) CT (5).

CONCLUSION

In patients with colorectal cancer presenting with complaints of flank pain, it should be kept in mind that it may be due to metastasis.

REFERENCES

- 1-Bulbuloglu, G. C., Bozkurt, A. Ç., & Kekeç, Y. (2024). Kolorektal Kanser Tanılı Hastaların Karaciğer Metastazlarında Klinik Deneyimlerimiz: Cerrahinin Etkinliğinin Önemi. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 56(3), 160-163.
- 2-Ebru, E. S. E. N., ERSÖZ, Ş., AKYOL, C., & ERKEK, A. B. (2023). Rektal Kanser Hastalarında İleostomi Kapatılması Öncesi Anastomoz Değerlendirme Tekniklerinin Karşılaştırılması.
- 3-Kaçmaz, H. Y., Yılmaz, İ., Sürme, Y., Ceyhan, Ö., & Akyıldız, H. Y. (2023). KOLOREKTAL KANSER CERRAHİSİ GEÇİRECEK HASTALARIN AMELİYAT ÖNCESİ KONSTİPASYON RİSKİ. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 11(1), 1159-1168.
- 4-Yılmaz, S., & Emre, N. (2021). 50-70 yaş arası kişilerin kolorektal kanser risk faktörleri ve erken tanısına yönelik bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Pamukkale Medical Journal, 14(3), 726-733.
- 5- Aydın, İ., Şehitoğlu, İ., Özer, E., Yücel, A. F., Pergel, A., Bedir, R., ... & Şahin, D. A. (2015). Kolorektal kanser nedeniyle opere ettiğimiz hastaların değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi, 16(2), 102-109.

SB050

GIANT ABDOMINAL MASS COMPLICATED BY ACUTE ABDOMEN AND SEPTIC CLINIC: A CHALLENGING CASE REPORT

Mustafa ŞAHİN

Konya City Hospital, Department of Gynecologic Oncology Surgery, Konya-Turkey

Introduction

Acute abdomen is a critical surgical emergency characterized by sudden onset of severe abdominal pain that often requires urgent evaluation and intervention (1). The differential diagnosis is extensive, ranging from benign conditions to life-threatening pathologies such as intestinal perforation, ischemia, or intra-abdominal infections (2). The diagnostic challenge increases when acute abdomen is associated with sepsis, as the clinical picture can be complicated by the systemic inflammatory response, leading to rapid clinical deterioration (3).

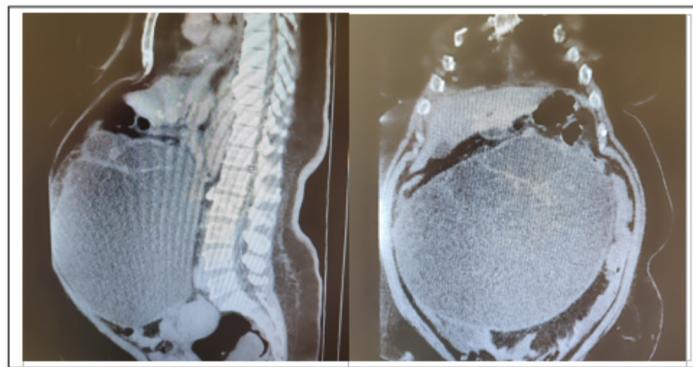
Giant abdominal masses are rare findings in acute care settings and may be associated with a variety of conditions, including malignancies, inflammatory diseases, or infections (4). The presence of a giant mass complicates the clinical presentation of acute abdomen and sepsis, making it difficult to distinguish between primary and secondary causes of the acute inflammatory response (5). Recent studies emphasize the importance of early and accurate diagnosis in these cases, as delays in treatment can lead to poor outcomes (6).

In this case report, we present a unique and challenging case of a patient who was admitted to the emergency department with acute abdomen, a giant abdominal mass, and septic clinic. This rare clinical scenario highlights the complexity of managing such patients and underscores the need for a multidisciplinary approach to achieve optimal outcomes (7).

Case Presentation

A 48-year-old female patient presented to our clinic with complaints of abdominal distension, a palpable mass filling the entire abdomen, abdominal pain, fever, constipation, and shortness of breath. On pelvic tomography, a septated, hypodense, and thick-walled mass measuring 25x30x20 cm, originating from the ovary, with septations and irregular contours, was observed (Figure1). Laboratory evaluation revealed an elevated CA-125 level of 172 U/mL, CRP of 390 mg/L, WBC count of 25,000/ μ L, and creatinine of 2.02 mg/dL. Empirical broad-spectrum antibiotic therapy was initiated due to the presence of sepsis.

Figure 1. Computed tomography imaging revealed a 25x30x20 cm in size, extending to the epigastric area, filling the entire abdomen, thick-walled, hypodense, and septated mass



Despite initial medical management, the patient's septic condition continued to deteriorate, prompting the decision for surgical intervention. An exploratory laparotomy was performed, and total abdominal hysterectomy (TAH) with bilateral salpingo-oophorectomy (BSO), partial omentectomy, and bulky lymph node dissection were carried out. The mass, which originated from the left ovary, weighed approximately 20 kg and contained both solid and cystic components. It was successfully removed without rupture and sent for frozen section analysis.

The final pathology report confirmed the diagnosis of ovarian seromucinous cystadenoma. The patient had an uneventful postoperative recovery and was discharged in good health on the 7th postoperative day.

Discussion

This case highlights the clinical challenges associated with managing large ovarian masses presenting with acute abdominal symptoms and septic clinic. Giant ovarian tumors are rare but can cause significant morbidity due to their size and potential complications, such as rupture, torsion, or infection (1). In such scenarios, the diagnostic approach and subsequent management require careful consideration due to the overlapping features of malignancy, benign masses, and acute inflammatory processes. When a giant abdominal mass is accompanied by systemic symptoms such as fever, elevated inflammatory markers, and leukocytosis, it is crucial to promptly rule out malignancy and concomitant intra-abdominal infections (2).

Sepsis secondary to an ovarian mass, as seen in this patient, is an uncommon presentation and typically suggests underlying infection or necrosis within the mass (3). In our patient, empirical antibiotic therapy was initiated; however, given the progressive nature of the septic state and the presence of renal dysfunction (creatinine: 2.02 mg/dL), early surgical intervention was necessary. This highlights the importance of timely decision-making in similar cases, as delays in surgical treatment can significantly impact patient outcomes (4). The removal of the mass without rupture was critical, as intraperitoneal spillage of cyst contents can lead to further complications such as chemical peritonitis or dissemination of potential malignant cells (5).

Giant ovarian masses, defined as those weighing more than 10 kg or larger than 20 cm in diameter, are often asymptomatic until they reach considerable size, resulting in symptoms related to compression of adjacent organs, such as constipation, urinary retention, and shortness of breath due to diaphragmatic elevation (6). In the presented case, the patient experienced significant abdominal distension, shortness of breath, and constipation, indicating that the mass had reached a size sufficient to cause multi-systemic symptoms. This is consistent with the literature, which suggests that patients with giant ovarian tumors often present with nonspecific symptoms that can lead to delayed diagnosis (7).

The final pathology of our patient revealed a seromucinous cystadenoma, a relatively rare histological subtype of ovarian tumors. These tumors are typically benign but can occasionally exhibit borderline or malignant behavior (8). While benign seromucinous tumors are usually asymptomatic, complications such as infection, hemorrhage, or torsion can occur, leading to acute presentations (9). The presence of such a large tumor with septic clinic, as seen in this patient, underscores the need for heightened clinical suspicion and aggressive management. Recent studies have emphasized that seromucinous tumors are more frequently associated with concurrent endometriosis or other Müllerian-type neoplasms, which should be considered during surgical exploration (10).

Overall, this case demonstrates the complexity of managing giant ovarian tumors with acute complications. The successful outcome of our patient can be attributed to the multidisciplinary approach involving rapid clinical assessment, imaging studies to delineate the extent of the disease, and prompt surgical intervention to address the source of infection and mass effect. Further research is warranted to better understand the risk factors and management strategies for patients presenting with giant ovarian tumors and sepsis, as well as to optimize perioperative care and long-term outcomes (11).

SB050

Conclusion

This case report emphasizes the diagnostic and therapeutic challenges associated with giant ovarian masses presenting as acute abdomen with septic clinic. Due to their rarity and nonspecific clinical presentation, such masses can be easily misdiagnosed or overlooked, leading to delays in appropriate management. Early identification and timely surgical intervention are crucial in preventing severe complications, especially when systemic inflammatory response and organ dysfunction are present.

The successful outcome in this case was achieved through a multidisciplinary approach, combining prompt medical management of sepsis with definitive surgical resection of the mass. This underscores the importance of individualized patient care and a thorough preoperative evaluation to guide optimal treatment strategies. While benign ovarian tumors like seromucinous cystadenomas generally have a favorable prognosis, their potential to present with life-threatening complications should not be underestimated. Further studies are needed to establish comprehensive management protocols for such complex cases and to improve long-term outcomes for patients presenting with giant ovarian tumors.

References

1. Smith, J., et al. Managing Large Ovarian Tumors: A Surgical Perspective. *Journal of Gynecologic Oncology*. 2021;32(3):245-252.
2. Brown, P., et al. Septic CLINIC in Gynecologic Emergencies: Diagnostic and Therapeutic Challenges. *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2022;128(1):103-110.
3. Lee, H., & Thompson, R. (2023). Seromucinous Ovarian Tumors: Clinical Features and Management Strategies. *Clinical Ovarian and Other Gynecologic Malignancies*, 16(2), 85-90.
4. Nguyen, T., et al. Delayed Diagnosis of Acute Abdomen in Patients with Giant Abdominal Tumors: Impact on Morbidity and Mortality. *American Journal of Surgery*, 3023;225(2):345-352.
5. Silva, J., & Rodriguez, F. Management Strategies for Septic CLINIC in the Presence of Intra-Abdominal Pathologies. *International Journal of Critical Care*, 2021;17(1):45-52.
6. Garcia, M., et al. Unusual Causes of Acute Abdomen: A Case Series of Giant Abdominal Masses. *Surgical Oncology Journal*. 2021;18(3):310-316.
7. Patel, D., et al. Diagnostic Challenges of Giant Abdominal Masses in Acute Care: A Retrospective Study. *Emergency Medicine International*. 2020;8724632.
8. Yamamoto, Y., et al. Ovarian Seromucinous Tumors: A Clinicopathologic Analysis of 100 Cases. *Journal of Gynecologic Pathology*. 2020;39(1):78-85.
9. Wilson, K., et al. Complications of Giant Ovarian Cystadenomas: Clinical Management and Outcomes. *Journal of Surgical Case Reports*. 2021;8:92-97.
10. Lee, S., et al. Seromucinous Ovarian Tumors: Association with Endometriosis and Müllerian Neoplasms. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2022;32(2):130-137.
11. Zhang, Y., et al. Perioperative Management of Giant Ovarian Tumors Complicated by Sepsis: A Multicenter Study. *Gynecologic Oncology Reports*. 2023;42:101062.

SB051

PARATİROİD ADENOMUNDA ACİL DURUMLAR

Fatma Özcan Sıkr*, Mehmet Sarıkaya*, Tamer Sekmenli*, Metin Gündüz*, İsmail Yağmurlu*, Fuat Buğrul**, İlhan Çiftçi*

*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

**Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

Amaç:

Paratiroid Adenomunun neden olduğu hayati komplikasyonların klinik ve cerrahi yönetimini sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde 2022-2024 yılları arasında Paratiroid Adenomu nedeniyle ameliyat edilen hastalar geriye yönelik incelendi.

Bulgular:

İki yılda; üçü erkek biri kız olmak üzere toplam dört hasta paratiroid adenomu nedeniyle ameliyat edildi. Yaş ortalaması 14,2+-2,5 idi. Hastaların üçünde adenom başka nedenlerle yapılan tetkiklerde hiperkalsemi tespit edilmesi üzerine tanı alırken bir hastada yaygın kemik ağrıları ve kilo kaybı ile başvurdu . Hastanın tetkiklerinde parathormon:2071 pg/ml; ca:13,6 mg/dl, sağ femur kırığı ve tüm kemiklerinde yaygın litik lezyonları mevcuttu. Boyunda palpabl kitlesi olmayan hastanın görüntülemelerinde toraks girim düzeyinde, trakea posterolateralde, kolumna vertebralis anteriorunda ve sol ana karotis arter mediolateral kesimde 13 mm x 24 mm x 32 mm anormal yerleşimli paratiroid adenomu olduğu düşünülen kitle lezyonu saptandı. Medikal tedavi ile katabolik süreci kontrol altına alınamayan hasta ; kemik kırığı nedeniyle yapılan ortopedik cerrahiden hemen sonra paratiroid adenomu nedeniyle ameliyat edildi.

Sonuç:

Paratiroid adenomu genellikle bening seyreden semptom vermeden rastlantısal olarak saptanan hiperkalseminin araştırılması sonrası tanı almaktadır. Fakat tanıda geç kalınan hastalarda kemik ağrıları ; kemik kırıkları hatta kontrol edilemeyen hiperkalsemi sonrası ciddi kardiyak yan etkilerle karşılaşılabilir. Paratiroid adenomunun tespitinde anormal yerleşimli olması tanıyı ve tedaviyi zorlaştırabilir. Bu nedenle hastaların multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmesi gerekir.

SB052

Hematolojik ve Onkolojik Maligniteli Hastaların Kan Kültürlerde Gram Negatif Bakteri Üremelerinin Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi

Selin UĞRAKLI1

1Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, ORCID 0000-0001-7210-8377

Amaç:

Paratiroid Adenomunun neden olduğu hayati komplikasyonların klinik ve cerrahi yönetimini sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde 2022-2024 yılları arasında Paratiroid Adenomu nedeniyle ameliyat edilen hastalar geriye yönelik incelendi.

Bulgular:

İki yılda; üçü erkek biri kız olmak üzere toplam dört hasta paratiroid adenomu nedeniyle ameliyat edildi. Yaş ortalaması 14,2+-2,5 idi. Hastaların üçünde adenom başka nedenlerle yapılan tetkiklerde hiperkalsemi tespit edilmesi üzerine tanı alırken bir hastada yaygın kemik ağrıları ve kilo kaybı ile başvurdu. Hastanın tetkiklerinde parathormon:2071 pg/ml; ca:13,6 mg/dl, sağ femur kırığı ve tüm kemiklerinde yaygın litik lezyonları mevcuttu. Boyunda palpabl kitlesi olmayan hastanın görüntülemelerinde toraks girim düzeyinde, trakea posterolateralde, kolumna vertebralis anteriorunda ve sol ana karotis arter mediolateral kesimde 13 mm x 24 mm x 32 mm anormal yerleşimli paratiroid adenomu olduğu düşünülen kitle lezyonu saptandı. Medikal tedavi ile katabolik süreci kontrol altına alınamayan hasta; kemik kırığı nedeniyle yapılan ortopedik cerrahiden hemen sonra paratiroid adenomu nedeniyle ameliyat edildi.

Sonuç:

Paratiroid adenomu genellikle bening seyreden semptom vermeden rastlantısal olarak saptanan hiperkalseminin araştırılması sonrası tanı almaktadır. Fakat tanıda geç kalınan hastalarda kemik ağrıları; kemik kırıkları hatta kontrol edilemeyen hiperkalsemi sonrası ciddi kardiyak yan etkilerle karşılaşılabilir. Paratiroid adenomunun tespitinde anormal yerleşimli olması tanıyı ve tedaviyi zorlaştırabilir. Bu nedenle hastaların multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmesi gerekir.

SB053

Over Torsiyonuna Neden Olan Overyan Kitlelerde Klinik Deneyimlerimiz

Sevcan Sarıkaya1, Eda Nur Hepbildi1, Nur Gözde Kulhan1, Mete Can Ateş1, Rifat Şener1, Dilay Gök Korucu1,

Ümmügülsüm Esenkaya1, Melike Geyik Bayman1, Oğuzhan Günenc1

1Konya Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Konya, Türkiye

Amaç:

Over torsiyonu,overin bağlayıcı ligamentleri etrafında dönmesiyle oluşan, ani başlayan karın ağrısıyla ortaya çıkan ve geri döndürülemez over hasarını önlemek için acil müdahale gerektiren bir durumdur. Olumsuz sonuçları önlemek ve over fonksiyonunu korumak için hızlı tanıma ve cerrahi tedavi esastır. Over torsiyonu nedeniyle acil opere edilen over tümörlerini sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

1 Ağustos 2020 - 1 Eylül 2024 yılları arasında kliniğimizde over torsiyonu nedeniyle ameliyat edilen hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların klinik ve demografik özellikleri ile patoloji verileri ortaya koyuldu.

Bulgular:

Toplam 84 hastaya over torsiyonu tanısı ile cerrahi tedavi uygulandı. Bu hastalardan 6 (7%) tanesi gebe idi. Hastalardan 49(58%) tanesinde sağ, 34(42%) tanesinde sol over torsiyone idi. Hastaların ortalama yaşı 30,6±4,3 idi. Bu hastalardan 20 (23%)'sinde sadece torsiyone olan over detorsiyone edildi, 54 (65%) hastaya ovaryal detorsiyon ve kitle eksizyonu yapıldı, Dokuz (11%) hastaya torsiyone olan tarafta ooferektomi yapıldı, bir (1%) hasta over torsiyonu tanısı ile açıldı ve vakada sol hidrosalpenkse bağlı sol tubal torsiyon izlenmesi üzerine sol salpenjektomi yapıldı. Kitle eksizyonu yapılan 64 hastadan alınan patoloji sonuçları incelendiğinde; 21 (33 %) hasta matür kistik teratom, 14 (22%) hasta basit kist, 12 (19%) hasta seröz kistadenom, Sekiz (12%) hasta müsinöz kistadenom, üç (5%) hastada immatür teratom, iki (3%) hasta sertoli-leydig hücreli tümör, bir (1,5%) hasta seröz kistadenofibroma, bir (1,5%) hasta berrak hücreli karsinom, bir (1,5%) hasta tekoma/fibroma, bir (1,5%) hasta intraepitelyal karsinom içeren müsinöz tümör tanısı almıştı.

Sonuç:

Over torsiyonu overin sadece kendi dokusunun ligamanları etrafında dönmesinden kaynaklanabileceği gibi, bu patolojiye benign veya malign adneksiyal kitleler de sebep edebilir. Over torsiyonuna neden olan kitleler sıklıkla benign karakterli olup en sık sebep matür kistik teratomdur ancak malign overyan kitleler de torsiyon kliniğinde karşımıza çıkabilir.

SB054

ACİL MÜDAHALE GEREKTİREN DEV TORAKAL KİTLELER

Fatma Özcan Sıkı*, Mehmet Sarıkaya*, Tamer Sekmenli*, Metin Gündüz*, İsmail Yağmurlu*, Fatma Betül Yiğit*,

Buket Kara**, Yavuz Köksal**, Mehmet Öztürk***, İlhan Çiftçi*

*Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

**Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Onkolojisi Bilim Dalı

*** Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Amaç:

Solunum sıkıntısı ve mediastinal şifte neden olan toraks kitlesi nedeniyle ameliyat edilen olgularımızı ve tedavi süreçlerini sunuyoruz.

Gereç ve Yöntem:

Kliniğimizde 2021-2024 yılları arasında torakal kitle nedeniyle acil şartlarda ameliyat edilen hastaların kayıtları retrospektif değerlendirildi.

Bulgular:

Üç yılda toplam yedi hasta invazif solunum desteğine rağmen klinik olarak stabilenmediği için acil şartlarda ameliyat edildi. Hastaların dördü konjenital akciğer malformasyonu nedeniyle ventilatör desteğinden ayrılamadığı için ameliyat edildi. Yaş ortalamaları 15,2±3,4 gün idi. Bir hasta solunum sıkıntısı ve yabancı cisim aspirasyonu şüphesi ile solunum desteği verilerek acil şartlarda merkezimize sevk edildi. Sağ hemitoraksı dolduran kitlenin biyopsi sonucu Ewing Sarkomu ile uyumlu idi. Hastanın solunum sıkıntısının artması ve mediastinal şift gelişmesi üzerine ameliyat edilerek bası altındaki akciğer ve mediasten rahatlatıldı. Bir hasta solunum sıkıntısı ve çabuk yorulma nedeniyle çocuk kardiyolojiye başvuru sonrası akciğer grafisinde sağ hemitoraksı dolduran kitle ve mediastinal şifti nedeniyle acil şartlarda ameliyat edildi. Patoloji sonucu Ganglionöroblastom intermiks tip ile uyumlu idi. Bir hasta solunum sıkıntısı ve öksürük şikayeti ile başvurusunda akciğer grafisinde sağ hemitoraksta ki görünümü lobar pnömoni lehine yorumlanıp tedavi başlanması sonrası solunum sıkıntısının giderek artması üzerine merkezimize yönlendirildi yine acil şartlarda ameliyat edilen hastanın patoloji sonucu matür teratom ile uyumlu idi.

Sonuç:

Solunum sıkıntısı ile başvuran çocuklarda akciğer grafisindeki görünümle klinisyene ilk olarak pnömoniyi veya yabancı cisim aspirasyonu düşündürse de hastanın anamnez ve fizik muayenesi daha dikkatli yapılmalıdır. Bening olsa bile basıya bağlı ciddi klinik problemlere yol açan torakal kitelere acil müdahale gerekebilir. Toraksta hızlı büyüyen ve ciddi komplikasyonlara sebep olan malign kitelerin küçülmesi kemoterapi ile uzun zaman alabilir bu nedenle bu hastalarda erken ve palyatif cerrahi hayat kurtarıcıdır.

SB055

ÇOCUKLARDA LENFOMAYA BAĞLI İNVAJİNASYON VE TEDAVİ YÖNETİMİ

Fatma Özcan Sıkı1, Mehmet Sarıkaya1, Buket Kara2, Gamze Kaygısız Bayındır1, İlhan Çiftçi1

1Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD

2Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Onkolojisi

Amaç:

İnvajinasyon, bağırsağın proksimal kısmının distal kısmının içine geçmesidir. İki yaşından küçük çocuklarda sık görülen obstrüktif abdominal acillerdenir. İki yaşın altındaki hasta grubunda invajinasyonun etyolojisi idiyopattir. İki yaşından büyük hastalarda nadir görülür ve etyolojide maligniteler de yer alır. Kliniğimizde ameliyat edilen lenfomaya bağlı invajinasyon olgularını sunmayı amaçladık.

Gereç- Yöntem:

Son 3 yılda kliniğimizde lenfomaya bağlı invajinasyon nedeniyle ameliyat edilen hastaları retrospektif olarak derledik.

Vaka-1:

On yaş erkek hasta acil servise karın ağrısı, kusma, ishal ardından kanlı gaita yapma şikayeti ile başvurdu. Hastanın batin muayenesinde sağ alt kadranın tamamını dolduran kitle palpe edildi. Hastaya yapılan ultrasonografide(us) 7 cm ileokolik invajinasyon görüldü. Hasta acil ameliyata alındı. İnvajinasyon redüksiyonu sonrası ileoçekal bölgedeki yaklaşık 10x10 cm kitlenin tam obstrüksiyona neden olduğu görülüp sağ hemikolektomi yapıldı. Patoloji sonucu burkit lenfoma ile uyumlu idi.

Vaka-2:

Onbeş yaş kız hasta acil servise kusma, karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın batin muayenesinde yaygın defans mevcuttu. Hastanın usg sinde 8 cm lik invajinasyonla uyumlu olması üzerine acil ameliyata alındı. İleoçekal bölgede redüksiyon sonrasında 8X7 cm lik kitle gözlendi. Kitle sağ hemikolektomi yapılarak rezeke edildi. Hastanın patoloji sonucu hodgkin lenfoma ile uyumlu idi.

Vaka-3:

Dört yaş kız hasta kanlı gaita yapma şikayeti ile acil servise başvurusunda yapılan ultrasonografisinde 10 cm lik invajinasyon görüldü. Hasta ameliyata alındı. Redüksiyon sonrası ileoçekal bölgede yaklaşık 5 cm kitle ve multiple patolojik boyutta lenfadenopati görüldü. obstrüksiyona neden olmadığı için sadece lenf nodu biyopsisi yapıldı. Hastanın patoloji sonucu burkitt lenfoma ile uyumlu geldi.

Sonuç:

Çocuklarda nadiren ilk bulgusu onstrüksiyon olan maling hastalıklar mevcuttur ve acil şartlarda ilk görüntülemeler kitleyi invajinasyondan ayırt edemeyebilir. Cerrahi sırasında bağırsak lümeninde obstrüksiyona neden olan kitelere hemikolektomi ile eksizyon endike iken; obstrüksiyon yapmayanlara biyopsi tani ve tedavi sürecini kolaylaştırır.

SB056

ACİL CERRAHİ MÜDAHALE GEREKTİREN ADNEKSİYAL KİTLELERDE KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

Mehmet Sarıkaya¹, Fatma Özcan Sıkı¹, Tamer Sekmenli¹, Metin Gündüz¹, Yavuz Köksal², Buket Kara², Gamze Kaygısız Bayındır¹, Numan Kılıçlı¹, İlhan Çiftci¹
1Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD
2Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Onkolojisi

Amaç:

Akut batın kliniği ile gelen kız çocuklarında adneksial kitlerin cerrahi yönetimini sunuyoruz

Materyal -metod:

2016 Ocak -2024 Eylül tarihleri arasında adneksiyel kitleye bağlı acil ameliyata alınan hastaları retrospektif olarak inceledik.

Bulgular:

Kliniğimizde acil şartlarda adneksiyel patoloji nedeniyle sekiz yılda toplam 83 hasta ameliyat edildi. Bası semptomları olacak kadar büyük kitlesi olan veya over torsiyonu nedeniyle ameliyat edilen neoplazm kökenli 41(%49.3) hasta belirlendi. Hastaların yaş ortalaması 12.1 ±4.3 idi. Hastaların 30(%73) tanesi over torsiyonu nedeniyle acil ameliyata alındı. Bu hastaların hepsinin başvuru şikayeti karın ağrısı olup 9(%30) tanesinde eşlik eden kusmaları vardı. 15(%50) hastada sol over torsiyonu, 12(%40) hastada sağ over torsiyonu 3(%10) hastada bilateral over torsiyonu görüldü. 15(%50) matür teratom, 2(6.6) immatür teratom, 5(%16.6) seröz kistadenom, 4(%13.3) müsinöz kistadenom, 3(%10) hastada malign germ hücreli tümör, 1(%3.3) hastada bilateral yolk sac olarak geldi. Bilateral yolk sac olan hastaya frozen biyopsi gönderilerek tanı doğrulandı ve bilateral ooferektomi yapıldı.30 hastanın 23(%76.6) üne ooferektomi yapıldı. Hastaların hepsinde karşı over dokusu kontrol edildi.1 hasta haricinde patolojik kitle gözlenmedi. Hastaların ameliyatları tamamlanarak tedavi ve takip için çocuk onkolojiye devredildi.4(%13.3) hastaya kemoterapi başlandı.11(%26.8) hastada adneksiyel dev kitle olması nedeniyle bası semptomları mevcuttu.4(%36.6) hastada idrar yapamama sonucu glob vezikale gelişmişti.7(%63.4) hastada gaita yapamama, batında distansiyon solunumu bozacak düzeyde olması şikayetiyle geldi.Hastalar ameliyata alındı.Hastaların 1(%9) tanesinde disgerminom 1(%9) tanesinde granüloza hücreli tümör 3(%27) tanesi seröz kistadenom 6(%54) tanesinde matür kistik teratom olarak geldi.8(%72.7) hastaya ooferektomi yapıldı. Hastalar çocuk onkoloji takibine alındı gerekli müdahaleler yapıldı.

Sonuç:

Pediyatrik hasta grubunda adneksiyel patolojiler nadir görülür ve sıklıkla benignidir. Batında dev kitleyle gelen olgularda malignite oldukça nadirken en sık sebep seröz kistadenomdur. Torsiyon kliniğindeki olgularda ise en sık sebep sıklıkla matür teratom olup malign tümörler de yüksek oranda görülmektedir. Acil şartlarda ameliyat edilen ve kitlenin önceden tanınmadığı hastalarda ooferektomi ve over koruyucu cerrahi kararı öncesi patolojik tanıdan emin olunmalıdır.

SB057

PEDİYATRİK HASTADA NADİR GÖRÜLEN FALLOPIAN TÜP TERATOMU

Fatma Özcan Sıkı¹, Mehmet Sarıkaya¹, Yavuz Köksal², Gamze Kaygısız Bayındır¹, İlhan Çiftci¹
1Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD
2Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Onkolojisi

Amaç:

Teratomlar germ hücre kökenli tümörlerdir ve en sık gonadlarda yerleşirler. Ekstragonadal yerleşim daha nadirdir ve genelde sakrokoksigeal, mediasten, retroperitoneal ve boyun bölgesinde görülür. Fallop tüplerinin teratomlarına literatürde çok nadir rastlanmaktadır. Pediyatrik yaş gurubunda bildirilen olgu yoktur.

Materyal-Metod:

Kliniğimizde literatürde pediyatrik hasta grubunda bulunmayan fallopian tüp teratomu olan vakayı derledik.

Olgu:

16 yaşında 6 saattir devam eden karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvuran hastanın yapılan ultrasonografik görüntülemesinde sağ over kaynaklı 5x5,5 cm ebatlı içerisinde kistik-kalsifiye alanlar barındıran heterojen hiperekoik lezyon izlenmiştir (dermoid kist?).Lezyon periferinde ödemli over parankimi mevcut olup kanlanma alınamadı olarak değerlendirilen hasta acil ameliyata alındı. Hastadan ameliyat öncesinde AFP ve b HCG çalışıldı.AFP:447, b HCG normal sınırlarda gözlemlendi. Laparoskopik başlanan ameliyat esnasında sol fallopian tubanın üzerinde duvarı düzensiz, hematoma alanları içeren kitle gözlemlendi. Sol tubanın 5 tam tur torsiyone olduğu gözlenerek detorsiyone edildi. Kitle büyük olması nedeniyle laparotomiye geçilerek tubanın kanlanmasının düzeldiği ve tuba ile sınırları belirgin içerisinde kıl, kalsifiye dokular barındıran kitlenin sol fallopian tubanın distal 1/3 ünden kaynaklandığı görüldü. Kitle eksize edildi. Cerrahi sınırdan örnek alındı. Fallopian tüp iki ucu net seçilmekte idi. Kateterize edilerek fallopian tüp uç uca anastomoz edildi. Histopatolojikincelemede 3germhücrekatmanından dayapılamavecuttu;bunedenlesolfalloptüpündematürkistikteratomtanısıdoğrulandı. Hastanın kontrollerinde AFP ve b HCG normal sınırlarda seyretti ve ultrasonografik görüntülemelerinde patoloji gözlenmedi.

Sonuç:

Fallopian tüp kaynaklı teratom olguları nadir görülmekte olup pediyatrik yaş grubunda adneksiyalkitle, ovaryan -tubal torsiyon ile başvurularda akılda tutulması gerekmektedir.

SB058

ACİL SERVİSTE AFEBRİL NÖTROPENİ GERÇEKTE AFEBRİL MİDİR FEBRİL MİDİR?

Nisa Nur Keskin

1Niğde Ömer Halisdemir Training and Research Hospital, Department of Emergency Medicine

Introduction

Febril nötropeni; herhangi bir çevresel faktör olmaksızın nötropenik bir hastada 38.3 C°'den daha yüksek oral ateş ölçümü olmasıdır. Ateşin en az bir saat süre boyunca aynı seyirde devam etmesi febril konum olarak adlandırılır (1,2). Genellikle nötrofil sayısının 1000/mm³'den düşük olması nötropeni olarak kabul görülür.(3) Ulusal Febril Nötropeni Derneği Çalışma Grubu'nun hazırladığı kılavuzda ise oral veya aksiller bölgeden ölçülen ateşin bir kez 38.3 C°'den yüksek veya 1 saat boyunca 38-38.2 C° ölçülmesi olarak tanımlanır. Nötropeni ile nötrofil sayısı 500/mm³'den az olması veya nötrofil düzeyi 500-1000/mm³ arasında olup 48 saat içinde 500/mm³'ün altına düşmesi beklenen şartlar olarak ifade edilmiştir.(4) Febril nötropenik hastalarda ateşin altta yatan sebebi enfeksiyöz ve enfeksiyon dışı nedenler olarak güvenilir bir biçimde birbirinden ayırt edilmez. Bu hastalarda enfeksiyonun tek belirtisi en çok ateş olmakla beraber, enfeksiyon hızlı seyredebilir ve yüksek mortaliteyle ilerleyebilir. Bu sebeplerle nötropenik hastalarda ateş saptanın saptanmaz, enfeksiyon odağını bulmaya yönelik muayene ve tetkikler tamamlandıktan sonra hızlıca ampirik antibiyotik tedavisi başlanmalıdır.(5,6) Bu vaka sunumumuzda, hissedilen ateş yüksekliği ile başvuran, ancak ölçülen ateşi düşük seyredip takipler sırasında yükselerek febril nötropeni tanısı alan hasta sunulmak istendi.

Case Presentation

60 yaş kadın hasta ateş, nefes darlığı, öksürük ve balgam şikayetiyle acil servise başvurdu. Alınan anamnezinde hastanın acil servise gelmeden önce, evde hissedilen yüksek ateş ve ağrısı sebebiyle 2 tablet parol içtiği ve ağrısı ile hissedilen ateşinin gerilediği öğrenildi. Yine alınan anamnezinde 8 yıldır astım, peptik ülser ve 1 yıldır multiple myelom tanıları mevcut olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde bilateral solunum sesleri doğal ral yok ronküs yok, karın muayenesi doğal defans rebound yok ve ense sertliği tespit edilmedi. Alınan vital bulgularında ateş:36,4 C, oksijen saturasyonu (spO₂):99, tansiyon arteriyal: 120/90 mm/Hg, nabız: 80/dk, solunum sayısı(SS):22 olarak tespit edildi. Hastanın çekilen elektrokardiyografi(EKG)'sinde yeni gelişen patolojik değişiklik tespit edilmedi. Laboratuvar değerleri; Lökosit(WBC):6000/uL, Eritrosit(RBC):3,5.10⁶/uL, Hemogloblin(HB):11,5, Hematokrit(HCT):33,7% , Trombosit(PLT):92000/mcL Nötrofil Sayısı(NE#):400/mcL Lenfosit Sayısı(LYM#):130/mcL Monosit Sayısı(MON#):40/mcL Nötrofil Yüzdesi(NE%):70,1 olan hastaya acil servis takibinde ateşinin 38,8 C'ye yükselmesi sonucu febril nötropeni tanısıyla derhal ampirik antibiyotik tedavisi başlanıp kültürleri alındı ve enfeksiyon servise yatırıldı.

Conclusion

Hastalar ateşi kaybolana ve mutlak nötrofil $\geq 0.5 \times 10^9/L$ olana kadar günlük ateş takibi, renal ve kemik iliği fonksiyonları takip yapılmalıdır. Eğer hasta 48. saat sonunda ateşsiz ve mutlak nötrofil $\geq 0.5 \times 10^9/L$ ve düşük riskte ve enfeksiyon amili bulunamadı ise oral antibiyotiğe geçilebilir. Hasta yüksek riskte ve kombinasyon tedavisi alıyor ise aminoglikozit kesilebilir. Hastalı etkeni bulunur ise tedavi ona göre yapılır. Hasta eğer 48. saat sonunda hala ateşli ve klinik durumu stabil ise aynı tedaviye devam edilir. Klinik olarak stabil değil ise antibakteriyel tedavi değiştirilir ve klinik şartlar varlığında antibiyotik ilavesi yapılır. Eğer hastada 4-6. günde ateş devam ediyor ise antifungal tedavi gerekli olabilir. Sonuç olarak acil servise hissedilen yüksek şikayetiyle gelen hastalarda ölçülen ateş düşüklüğü sebebiyle febril nötropeni dışlanmamalıdır.

References

- Hughes WT, Armstrong D, Bodey GP, Bow EJ, Brown AE, Calandra T, et al. 2002. Guidelines for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer. CID 2002;734:230-751.
- National Comprehensive Cancer Network Clinical Practical Guidelines in Oncology. Prevention and treatment of cancer related infections. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls.PDF/infections/pdf . site ziyaret tarihi 15.09.2010.
- Febril nötropeni çalışma grubu. Febril nötropenik hastalarda tanı ve tedavi kılavuzu. FLORA 2004;9:5- 28.
- Rabin S. Febril Nötropenik Hastalarda Değerlendirme. Febril Nötropeni, Editörler Akova M, Akan H. Bilimsel Tıp Kitabevi, Ankara 2010 Sayfa: 97.
- Akova M. Kanserli nötropenik hastaya yaklaşım. Hacettepe Tıp Dergisi 1995; 26: 31-6.
- Pizzo PA. Fever in immunosuppressed patients. N Engl J Med 1999; 341: 893-900

SB059

JİNEKOLOJİK KANSERLER

Asistan Dr. Nisa Nur Keskin¹ Asistan Dr. Asaf Burak Vural²

¹Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Niğde ,Türkiye

²Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Niğde ,Türkiye

Amaç:

Jinekolojik kanserler kadınlarda meme kanserlerinden sonra morbidite ve mortalitenin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Türkiye'de jinekolojik kanserlerin görülme sırası; over kanserleri , endometriyum kanserler, serviks kanserleri şeklindedir. Bu çalışmamızda acil servise başvuran ve onkoloji servisine yatış yapılan jinekolojik kanser tanılı hastaların demografik özellikleri ve başvuru anındaki laboratuvar parametrelerinin hastane içi mortalite üzerine etkisinin araştırılmasını amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

Hastaların cinsiyeti, başvuru sırasındaki yaşı, acil servis başvurusundaki şikayet ve tanıları ve acil servis başvurusunda alınan kan parametreleri (tam kan sayımı, biyokimya paneli) kaydedildi. Hasta sonuç bilgileri, acil servise yatış sırasında kaydedilen epikriz kayıtları ve servis veya yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) kaydedilen epikriz kayıtları aracılığıyla tarandı.

Bulgular:

Mortalite üzerine lökosit, nötrofil , potasyum ,ast, alt ,albümin ,üre , kreatin kan parametrelerinin tamamı anlamlı olarak gösterilmiştir. Mortalite üzerine çalışmamızda kan parametrelerinden lökosit, nötrofil, potasyum, AST, ALT, üre, kreatin mean değerleri çalışma sırasında ölen hastalarda yaşayan hastalara göre daha yüksektir. Mortalite üzerine çalışmamızda kan parametrelerinden albumin mean değerleri çalışma sırasında ölen hastalarda 5.0g/Dl olup yaşayan hastalara göre daha düşüktür (p=0.035).

Sonuç:

Kan parametrelerinin mortalite üzerine etkisi yönünde literatürde yeterli çalışma yoktur.Yaptığımız çalışmada anlamlı sonuçlar bulunmaktadır , ama çalışmamızdaki vaka sayısının az olması ve tarama yöntemlerimizin kısıtlı olması sebebiyle bu alanda daha kapsamlı ve ayrıntılı çalışmaya gerek duyulmaktadır.Çalışmamız kan parametrelerindeki bozulmaların mortalite üzerine etkisini göstermiş olup Niğde ili özelinde jinekolojik kanser sıralamasının Türkiye ile benzerlik gösterdiğini göstermiştir.

SB060

Predictive Role of Preoperative Inflammatory Indices in One-Year Mortality Estimation in Ovarian Cancer

Enes Karaman¹

¹Nigde Omer Halisdemir University Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Nigde, Turkey, ORCID: 0000-0003-1459-0606

Introduction

Ovarian cancers are among the gynecological pathologies with high mortality and morbidity (1). Knowing the estimation of early and late-stage mortality in ovarian cancer plays a crucial role in patient management (treatment planning, patient monitoring, informing patients and their relatives, financial support, and planning, etc.) (2). In this context, the predictive role of inflammatory parameters such as C-reactive protein (CRP), neutrophil/lymphocyte ratio (NLR), albumin, or CRP/albumin ratio (CAR) in early and late-stage mortality predictions has been reported in many studies (3, 4). However, studies regarding which of these parameters is more useful are limited. The aim of this study is to determine the predictive role of CRP, albumin, NLR, and CAR in estimating the one-year prognosis of patients with ovarian cancer.

Materials and Methods

In this study, the data of 29 patients diagnosed with ovarian carcinoma who were admitted to our hospital's obstetrics and gynecology clinic between September 1, 2022, and September 1, 2023, with the ICD C56 diagnosis code were scanned. Preoperative data of 29 patients aged 18 and over, histopathologically diagnosed with ovarian cancer, and with complete records were retrospectively accessed. The demographic, clinical, and laboratory data of the patients were analyzed. The patients were categorized based on their mortality status into those who died and those who survived. The T-test or Mann-Whitney U test was used to compare CRP, albumin, NLR, and CAR between the groups. The predictive effects of these parameters on one-year mortality were calculated using the area under the curve (AUC) values from receiver operating characteristic (ROC) analysis.

Results

The mean age of the patients was 58.62 ± 11.1 years. The most frequently detected types of adenocarcinoma in patients were serous (17.2%, n=5) and mucinous (17.2%, n=5). The average CRP values of patients in the deceased group were found to be statistically significantly higher, while the albumin values were significantly lower ($p < 0.01$, $p < 0.01$). Additionally, CAR and NLR indices were also significantly higher in the deceased group compared to the survivors ($p < 0.01$, $p = 0.016$). It was found that CRP, CAR, NLR, and albumin are useful in predicting the one-year mortality of patients with ovarian cancer and statistically significantly correlated with mortality ($p < 0.01$, $p < 0.01$, $p = 0.017$, and $p < 0.01$). However, CAR was determined to predict mortality more sharply compared to other indicators (AUC: 0.963, 95% CI: 0.901-1.00) (Figure 1) (Table 1).

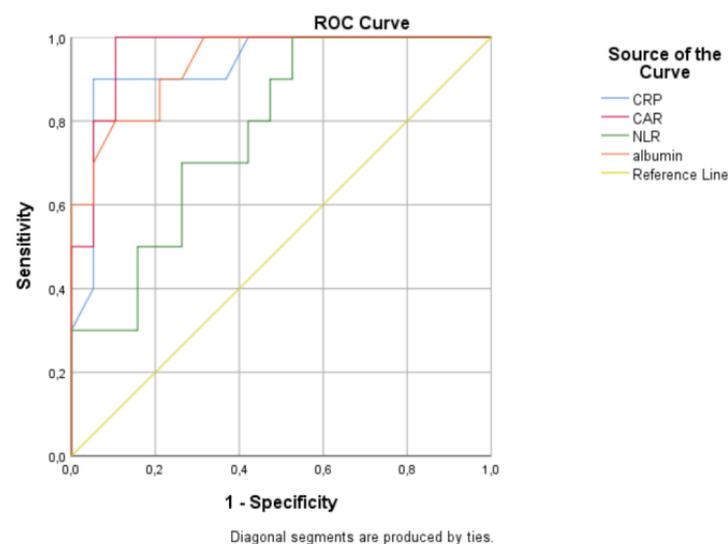


Figure 1. The predictive effect of CRP, CAR, NLR, and albumin on one-year mortality estimation in patients with ovarian cancer.

Table 1. The predictive power of CRP, CAR, NLR, and albumin for one-year mortality.

Test Results	AUC	95% Confidence Interval	p
CRP	0.932	0.834 - 1.000	0.000
CAR	0.963	0.901 - 1.000	0.000
NLR	0.774	0.603 - 0.944	0.017
Albumin	0.937	0.853 - 1.000	0.000

Discussion

The findings of our study indicate that preoperative inflammatory markers are useful in predicting mortality in ovarian cancer. CRP, NLR, albumin, and CAR have been found to provide significant predictive values in the one-year prognosis of patients with ovarian cancer. These results are consistent with similar studies in the literature. Elevated inflammatory markers have been reported to correlate with worse prognosis in advanced stages of various cancer types (5).

CRP, as a systemic marker of inflammation, is associated with poorer outcomes in cancer patients. CRP can contribute to both tumor growth and metastatic spread by activating the inflammatory response of tumor cells (6). One of the fundamental mechanisms behind the use of inflammatory markers in assessing cancer prognosis is that inflammation in the tumor microenvironment can enhance the invasion and metastasis capabilities of tumor cells (7). The positive correlation of CRP levels with mortality in this study aligns with findings in the literature and supports CRP as a strong inflammatory marker in ovarian cancer.

SB060

The CRP/albumin ratio (CAR) has emerged as a strong prognostic marker in several recent studies. CAR is considered a biomarker that can better predict prognosis in cancer patients, reflecting both the inflammatory response and the patient's overall nutritional status (8). Elevated CRP represents an acute-phase response, while low albumin levels are associated with poor nutritional status and cancer progression (9). Therefore, CAR is understood to provide broader prognostic information because it reflects not only inflammation but also the overall health status of cancer patients. Liu et al. (2017) reported that CAR is a stronger prognostic indicator in patients with ovarian cancer compared to other inflammatory markers (4). In our study, CAR was also found to be the strongest biomarker for predicting mortality, and this finding is consistent with data in the literature.

The neutrophil/lymphocyte ratio (NLR) is a frequently used inflammatory marker in cancer prognosis. Neutrophils contribute to immune system suppression in tumor development, while lymphocytes represent the immune response against cancer. This balance plays a significant role in tumor growth and dissemination in the tumor microenvironment. High NLR indicates a weak immune response and a dominant inflammatory process, which is associated with poor prognosis (4). There is increasing evidence in the literature that high NLR negatively impacts survival in patients with cancers like ovarian cancer, where the immune system is suppressed (9). In this study, the significant increase in mortality in patients with high NLR supports the role of this biomarker in predicting cancer prognosis.

Low serum albumin levels are also known to be associated with poor prognosis in cancer patients. Albumin reflects the patient's nutritional status while also playing a role as a negative acute-phase reactant related to inflammatory processes. Low albumin levels are typically observed in conditions of poor nutrition, immune system suppression, and dominant inflammation. In gynecological cancers, low albumin levels are accepted as a factor negatively affecting the overall health status of patients. Asher et al. (2012) reported that low albumin levels have an adverse effect on survival in ovarian cancer (10). Our study also found that low albumin levels have a significant predictive role in estimating mortality in patients with ovarian cancer.

Conclusion

This study demonstrated that preoperative inflammatory markers play a significant prognostic role in estimating one-year mortality in ovarian cancer. CRP, NLR, albumin, and CAR values were statistically significant in predicting mortality. It was particularly determined that CAR is a stronger indicator than other markers for predicting mortality. The use of these biomarkers may assist in more accurately determining the prognosis of patients with ovarian cancer. Future studies with larger sample sizes should investigate how these parameters can be better utilized in clinical practice.

Referencers

1. Momenimovahed Z, et al. "Ovarian cancer in the world: epidemiology and risk factors." *International Journal of Women's Health* 2019; 287-299.
2. Gupta KK, Gupta VK, Naumann RW. "Ovarian cancer: screening and future directions." *International Journal of Gynecologic Cancer* 2019.
3. Hart PC, et al. "C-reactive protein and cancer—diagnostic and therapeutic insights." *Frontiers in Immunology* 2020; 595835.
4. Liu Y, et al. "The prognostic value of the preoperative c-reactive protein/albumin ratio in ovarian cancer." *BMC Cancer* 2017; 1-8.
5. McMillan DC. "Systemic inflammation, nutritional status and survival in patients with cancer." *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* 2009; 12(3):223-226.
6. Roxburgh CS, McMillan DC. "Role of systemic inflammatory response in predicting survival in patients with primary operable cancer." *Future Oncology* 2010; 6(1):149-163.
7. Mantovani A, et al. "Cancer-related inflammation." *Nature* 2008; 454(7203):436-444.
8. Kinoshita A, et al. "The C-reactive protein/albumin ratio, a novel inflammation-based prognostic score, predicts outcomes in patients with hepatocellular carcinoma." *Annals of Surgical Oncology* 2015; 22(3):803-810.
9. McMillan DC. "The systemic inflammation-based Glasgow Prognostic Score: a decade of experience in patients with cancer." *Cancer Treatment Reviews* 2013; 39(5):534-540.
10. Asher V, Lee J, Bali A. "Preoperative serum albumin is an independent prognostic predictor of survival in ovarian cancer." *Medical Oncology* 2012; 29:2005-2009.

SB061

OUR CLINICAL EXPERIENCES IN ADNEXAL MASSES REQUIRING EMERGENCY SURGICAL INTERVENTION

Mehmet Sarikaya 1, Fatma Ozcan Siki 1, Tamer Sekmenli 1, Metin Gunduz 1, Yavuz Koksal 2, Buket Kara 2,
Gamze Kaygisiz Bayindir 1, Numan Kilicli 1, Ilhan Ciftci 1
1 Selcuk University Faculty of Medicine Department of Pediatric Surgery
2 Selcuk University Faculty of Medicine, Department of Child Health and Diseases, Pediatric Oncology

Aim:

We present surgical management of adnexal masses in girls presenting with acute abdomen clinic.

Material-method:

We retrospectively analyzed patients who underwent emergency surgery due to adnexal mass between January 2016 and September 2024.

Findings:

A total of 83 patients underwent surgery in our clinic in the last eight years due to adnexal pathology under emergency conditions. 41 (49.3%) patients with neoplasm origin who had masses large enough to cause compression symptoms or who underwent surgery due to ovarian torsion were identified. The mean age of the patients was 12.1 ± 4.3 years . 30 (73%) of the patients underwent emergency surgery due to ovarian torsion. All of these patients had abdominal pain and 9 (30%) had accompanying vomiting. 15 (50%) patients had left ovarian torsion, 12 (40%) patients had right ovarian torsion and 3 (10%) patients had bilateral ovarian torsion. 15(50%) mature teratoma, 2(6.6%) immature teratoma, 5(16.6%) serous cystadenoma, 4(13.3%) mucinous cystadenoma, 3(10%) malignant germ cell tumor, 1(3.3%) bilateral dysgerminoma Frozen biopsy was sent to the patient with bilateral yolk sac to confirm the diagnosis and bilateral oophorectomy was performed. Oophorectomy was performed in 23(76.6%) of 30 patients. The contralateral ovarian tissue was checked in all patients. No pathological mass was observed except in 1 patient. The surgeries of the patients were completed and they were transferred to pediatric oncology for treatment and follow-up. Chemotherapy was started in 4 (13.3%) patients. 11 (26.8%) patients had compression symptoms due to a giant adnexal mass. 4 (36.6%) patients developed globe vesical as a result of not being able to urinate. 7 (63.4%) patients presented with complaints of not being able to defecate, abdominal distension that was at a level that would impair breathing. The patients were taken to surgery. 1 (9%) of the patients presented with dysgerminoma, 1 (9%) with granulosa cell tumor, 3 (27%) with serous cystadenoma, and 6 (54%) with mature cystic teratoma. 8 (72.7%) patients underwent oophorectomy. The patients were taken under pediatric oncology follow-up and necessary interventions were performed.

Conclusion:

In the pediatric patient group, adnexal pathologies are rare and often benign. In cases presenting with a giant mass in the abdomen, malignancy is very rare, while the most common cause is serous cystadenoma. In cases with a torsion clinic, the most common cause is often mature teratoma, and malignant tumors are also seen at a high rate. In patients undergoing emergency surgery and in whom the mass was not previously recognized, the pathological diagnosis should be certain before making a decision for oophorectomy and ovarian-sparing surgery.

SB062

KEMİKTEKİ LEZYONLARDA KİTLE VE OSTEOMYELIT AYRIMININ ÖNEMİ

Ali CANÖZER, Bahattin Kerem AYDIN

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ

Günümüzde tıbbi tedavi yöntemlerinin ve görüntülemelerinin gelişmesi ile kemik ağrısı ile acil servise veya ortopedi kliniğine başvuran hasta sayısı artmaktadır. (1) Kemikte saptanan lezyonlar ağrının başlıca sebeplerinden biridir. Kemikteki lezyonların ayırımı ve doğru tanı koyulması; tedavinin değişmesi, doğru tedavinin gecikmesinin önlenmesi açısından önemlidir. (2). Osteomyelit bir kemik iltihabı olup uzun kemiklerde kemik tümörünü taklit edebilir ve bazen primer kemik malignitesi olarak yanlış teşhis edilebilir. (3) Bu sunuda kliniğimize başvuran hastalardan seçilen kemik enfeksiyonu malignite ayırımında tanıda zorlanılan 3 vaka sunulması planlandı.

VAKA SUNUMU

İlk vakamızda; daha önce sol femur subtrokanterik kırık nedeniyle opere edilen 15 yaş erkek hasta sol dizde tekrarlayan azalmayan ağrı ile tarafımıza tekrardan başvurdu. Yapılan tetkikler ve görüntülemelerde sol tibia proksimalde kitle saptandı ve maligniteden şüphelenildi. Sol tibia proksimalden biyopsi ve debrütman yapıldı ve kültür ile patoloji numuneleri alındı. Patoloji sonucu osteomyelit olarak raporlandı. Uygun antibiyotik tedavisi ile hastaya majör cerrahi yapılmadan kür edilmiş oldu. Hastada gelişen osteomyelitin kaynağı olarak: önceki sol femur subtrokanterik kırığında cerrahi süresini beklerken uygulanan iskelet traksiyonuna sekonder osteomyelit geliştiği belirlendi. Takiplerinde hastanın tekrardan benzer şikayetleri olmadı. Bu vaka acil serviste uygulanan girişimsel işlemlerin komplikasyonlarından birine ve kemikteki kitle ayırımı açısından önemli bir örnek vakaydı.

İkinci vakamız; 11 yaş erkek hasta sol uyluk posteriordan dize doğru 3 aydır devam eden ağrı şikâyeti ile çocuk sağlığına başvurmuş ve sonrasında tarafımıza yönlendirildi. Sol uylukta belirgin kızarıklık ısı artışı mevcut değildi. Yapılan kan tahlilleri ve görüntülemeler sonucunda femur proksimalde lezyon saptandı. Malignite ve osteomyelit ayırımı yapılamayan hastadan biyopsi alındı. Patoloji sonucu osteomyelit olarak raporlanırken kültüründe metisilin duyarlı s.aureus üredi. Hasta ikinci bir cerrahiye ihtiyaç duymadan uygun medikal tedavi ile tedavi edildi. Takiplerinde hastanın sağlığına kavuştuğu görüldü.

Üçüncü vakamız; 59 yaş erkek sol uylukta 1 aydır devam eden ağrı ve şişlik şikâyeti ile başvurdu. Yapılan tahlil tetkiklerde sol femur şaftta litik lezyon saptandı. Malignite ön tanısı ile opere edilen hastaya rezeksiyon ve intramedüller çivi işlemi uygulandı. İntraop alınan kemik kitlenin patolojisi RCC metastazı olarak raporlandı. Nihai cerrahisi tarafımızca tamamlandıktan sonra primer kanser tanısına yönelik tedavisi onkoloji kliniği tarafından planlı ve yapıldı.

TARTIŞMA

Kliniğimize başvuran hastalardan seçilen 2 adet osteomyelit tanısı alan ve 1 adet kemik metastazı tanısı alan hastalar tartışıldı. Hastadan alınan anamnez ilk vakada olduğu etkene yönelik bilgi verip doğru teşhise yardımcı oldu. İkinci vakada belirgin enfeksiyon kliniği olmayan maligniteyi şüphelenen kliniğe sahip hasta uygun tetkikler sonucu tedavi oldu. Üçüncü vakada primer kanser tanısı olmayan ve primer kanseri ile şikâyeti olmayan hasta; sol uylukta ağrı şikâyeti başvurdu ve cerrahi sonrası renal hücreli karsinom tanısı aldı. Hastanın kemik metastazı tedavi edildi ve hasta onkolojik takibe alınmış oldu. Acil servisler günümüzde sağlık sisteminin önemli bir parçasıdır. Kemiklerde lezyona sekonder kemik ağrıları ile bu hastalar acil servise de başvurmaktadır. Kemikte lezyon saptanan hastaların ön tanısında malignite ile osteomyelit ayırımı önem arz etmektedir. Bu hastaların uygun öykü, muayene, görüntüleme ile değerlendirilmesi doğru tanı alıp doğru tedavi planlanması prognoz, sağ kalım, yaşam kalitesi, gereğinden fazla tedavi almasının önlenmesi, sağlık sistemine olan yükün azaltılması açısından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Tsukamoto S, Kido A, Tanaka Y, Facchini G, Peta G, Rossi G, Mavrogenis AF. Current Overview of Treatment for Metastatic Bone Disease. Curr Oncol. 2021 Aug 29;28(5):3347-3372. doi: 10.3390/curroncol28050290. PMID: 34590591; PMCID: PMC8482272.
2. Chaber R, Arthur CJ, Depciuch J, Łach K, Raciborska A, Michalak E, Cebulski J. Distinguishing Ewing sarcoma and osteomyelitis using FTIR spectroscopy. Sci Rep. 2018 Oct 10;8(1):15081. doi: 10.1038/s41598-018-33470-3. PMID: 30305666; PMCID: PMC6180062.
3. Yau TW, Franz BD, Osman HA, Rivera JC, Azhar A. Bad to the bone. Not all bone tumors are cancer: Case of long bone osteomyelitis. IDCases. 2023 Sep 28;34:e01897. doi: 10.1016/j.idcr.2023.e01897. PMID: 37790215; PMCID: PMC10542419.

SB063

Intrauterin Fetal Over Torsiyonu, Olgu sunumu

Esra Koşucu¹, Mete Can Ates¹, Sevcan Sarıkaya¹, Hasan Madenci²
1Konya Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Konya, Türkiye
2Konya Şehir Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, Konya, Türkiye

Amaç:

Prenatal dönemde en sık tanı alan kistik kitleler fetal over kistleridir. Genellikle 3. trimesterde tanı alırlar. Gebelik takibi sırasında kistlerin büyük bir çoğunluğu küçülebilir. Takip sırasında kist içine kanama, kist rüptürü, asit, diğer komşu organlara bası ve over torsiyonu gibi komplikasyonlar gelişebilir. Over torsiyonu en ciddi komplikasyonlardan biridir. Üçüncü trimesterde fetal over kisti olan ve intrauterin over torsiyonu gelişen olguyu sunmaktayız.

Olgu sunumu:

Gravida 3, parite 2 olan 32 yaşında, son adet tarihine göre 32 haftalık gebeliği olan hasta fetal over kisti nedeni ile takibe alındı. Fetüsün sağ adneksiyel lojunda en büyüğü 35x25 mm olan multiple over kistleri izlendi. Haftalık takibe alınan hastanın 35 haftalık iken kontrolü sırasında yapılan doppler ultrasonografide over kanlanması olmaması üzerine fetal over torsiyonu tanısı ile hasta servise yatırıldı. Intrauterin fetal over torsiyonu endikasyonu ile acil sezeryan kararı alındı. 3075 gr ağırlığında bir kız bebek doğurtuldu. Bebek takip ve ileri tetkik amacıyla yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hastaya yapılan pelvik doppler ultrasonografik incelemesinde sağ over boyutu 60x40 mm ölçüldü. Sağ over lojunda en büyüğü 28 x25 mm boyutunda multiple kistler izlendi. Doppler ultrasonografide over kanlanması izlenmedi. Hasta over torsiyonu ön tanısı ile çocuk cerrahisi tarafından opere edildi. Operasyonda sağ over 6x6x5 cm boyutunda ve nekrotik izlenmiştir. Hastaya sağ ooferektomi yapıldı. Operasyon sonrası 3. gününde hasta taburcu edildi.

Sonuç:

Ultrasonografi teknolojisindeki ilerlemeler sayesinde intrauterin over kistleri daha çok tanı almaktadır. Bu kistlerin büyük çoğunluğu fonksiyonel kistlerdir ve çoğu gebelik takibi sırasında ya da neonatal dönemde kaybolurken komplikasyonlar açısından düzenli takipleri önemlidir. Over kisti olan fetüslerde boyut ve ultrason görünümü perinatal sonuçların ana belirleyicileridir. Fetal over kistleri nadiren de olsa torsiyone olabilir ve acil cerrahi girişim gerektirebilir. Bu nedenle intrauterin yakın takibe alınmalıdır.

SB064

ONKOLOJİK BİR ACİL: TÜMÖR METASTAZINA BAĞLI L3 VERTEBRADA PATOLOJİK KIRIK

Emin Fatih VIŞNECİ, Osman Lütfi DEMİRCİ, Muhammed Sadettin İPEK*
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği

Giriş

Kemikler ileri evre kanserlerde en sık metastaz alan yerlerdendir. Tümör hücreleri kemikte osteoblastik ya da osteoklastik tipte etki göstermektedir. Osteoklastik tümöral metastazlar kemiklerin yapısal özelliklerini bozarak kemiklerin darbelere karşı dayanıklılıklarını azaltmaktadır. Bu nedenle kemiklerde spontan kırıklar görülebilmektedir. İskelet metastazları tüm malign kemik lezyonlarının % 80'ini oluşturmaktadır (1). Primer tümörler ile karşılaştırıldığında kemiğin metastatik tümörleri daha sık görülmektedir (2). Kemikler, akciğer ve karaciğerden sonra vücutta en sık metastaz yapılan yerdir (3). Vertebral kolona tümöral metastazlar ise tüm malign tümörler tarafından olmakla birlikte en sık akciğer kanserleri tarafından yapılmaktadır (% 60). (4). Bu invazyona bağlı spinal çökme kırığı görülme oranı % 5- 14'tür (5).

Olgu

62 yaş erkek hasta, 5 ay önce akciğer kanseri tanısı alan hasta, hastanemiz onkoloji kliniğinde takipli ve halihazırda radyoterapi tedavisi devam ediyor, hastanın acil servisimize bel ağrısı ve eklem ağrıları şikayetiyle birden çok başvurusu mevcut fakat hiçbirinde travma öyküsü yok. Hastanın sistemimizde kayıtlı görüntülemelerinde kemik metastazı olduğu bilgisi yer alıyor. Son acil servis başvurusunda belinde birkaç gündür artan lokalize ve önceki ağrılarına göre daha şiddetli bir ağrısı olduğunu belirten hastanın yapılan görüntülemelerinde L3 vertebra corpusunda çökme fraktürü saptandı.



Şekil 1: L3 vertebrada patolojik fraktür

Hasta Tümör metastazına sekonder L3 vertebrada patolojik kırık tanısıyla Beyin ve Sinir Cerrahisine konsülte edildi.

Tartışma

Kemik metastazına bağlı patolojik kırık gelişen bu olgunun sunumu ile kanserli hastalarda görülebilecek komplikasyonlara dikkat çekmek istedik. Kemik dokusunun malign metastazlara bağlı yapısal bütünlüğünün bozulması darbelere karşı dayanıklılığını önemli ölçüde zayıflatmaktadır. Spontan olarak da kemik kırıklarına neden olabilen bu durum bireylerin yaşam beklentisini azalttığı gibi kalan yaşam süresinde hayat kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Acil servisin yoğun temposunda travma öyküsü olmasa bile kemik metastazı olduğu bilinen veya bilinmeyen hastalarda lokalize ağrı tariflemeleri durumunda muhakkak radyolojik görüntüleme istenmelidir.

Referanslar

1. Mayadağlı A, Ekici K. Metastatik kemik tümörlerine yaklaşım. J Kartal TR 2011;22(1):49-55.
2. Greco C, Forte L, Erba P, Mariani G. Bone metastases, general and clinical issues. Q J Nucl Med Mol Imaging 2011;55(4):337-52.
3. Hage WD, Aboulaflia AJ, Aboulaflia DM. Incidence, location, and diagnostic evaluation of metastatic bone disease. Orthop Clin North Am 2000;31(4):515-28.
4. Fukuhara A, Masago K, Neo M, et al. Outcome of surgical treatment for metastatic vertebra bone tumor in advanced lung cancer. Case Rep Oncol 2010;3(1):63-71.
5. Aebi M. Spinal metastasis in the elderly. Eur Spine J 2003;12(2):202-13.

SB065

Testis Kanserinin İyileştirici Tedavisini Takiben Geç Toksikite

Omay SORGUN

İzmir Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Amaç: Testis kanserleri, 15-35 yaş arası genç erkeklerde sık görülen bir tümördür. Genital organ muayenesi hastalar için oldukça sıkıntılı ve endişe verici bir durum olması, ağrı gibi temel bir şikâyetin önemsenmemesi gecikmelere sebep olmaktadır. Bu yazı "testis ağrısı" ile hastanemize başvuran genç erkek hastanın teşhis, tedavi aşamaları sonrası gelişen komplikasyonuna, kemoterapötiklerin yan etkilerinin iyi bilinmesini dikkat çekmek amacı için hazırlanmıştır.

Bulgular: Olgumuz 29 yaşında erkek hasta. Bugüne kadar tıbbi olarak herhangi bir şikâyeti olmamış ancak anamnezinde son 3 aydır aralıklı sol testis ağırlıklı olarak her iki testiste ağrı şikâyeti ile acil servisimize başvurmuş. İlk müracaatta, ateş 36.3 derece, tansiyon arteriyel 120/78 mmHg, parmak ucu satürasyonu 95 olarak ölçülmüş. Özgeçmişte 15 yaşından beri ayda 1 paket sigara, alkol alımı yok, 3 yıl evvel covid geçirmiş. Başkaca ek bir hastalık ve şikâyeti yok. Sistemik muayenesi normal olan hastanın dinlemekle ek ses üfürümü yok her iki akciğer sesleri olağan. Rutin kanlarında troponin 4.4 (n 14 altı) eGFR93 (n 60 üstü), glukoz 110 mg7dl, BUN 16, Kreatinin 0.9, crp 6 (diğer biyokimya parametreleri normal) hemogram değerleri normal sınırlar içinde (plt, wbc, hgb, htc, eos, bas). Çekilen dopler usg de " her iki epididimis normal, pampini form plexus ven çapı solda 2.5 mm, sağda 3 mm ölçülmüş valsava manevrası ile reflü akım izlenmiş, Peri testiküler sıvı miktarı normal, görünüm bilateral varikosel ile uyumlu raporlanmış. Hasta analjezik ve antiinflamatuvar ilaç ile yakın üroloji poliklinik kontrolüne çağırılmış. Şikâyetlerinin devam ettiği öğrenilen hasta üroloji polikliniğinde ileri tetkik sonrası primer testis tümörü tanısı ile opere edilmiş onkoloji birimine devrolmuş. Hastaya onkoloji servisinde siplatin, etoposid, bleomisin başlanmış. 4 kür kt almış. Taburcu edilmiş.

Hasta tedavi ve taburculuktan yaklaşık 1 ay sonra acil servisimize "nefes darlığı, ateş" şikâyetleri ile başvuruyor. Başvuru sırasında TA104/ 65 mmHg, nb:110 dk, oda havası satürasyonu 75, 4lt/dk oksijen ile satürasyon 85. Çekilen toraks ilaçlı tomografisinde sol alt loba giden pulmoner arterin dorsal dalları, santral kısımlarında emboli ile uyumlu parsiyel dolum defekti, bilateral akciğer parankiminde yaygın buzlu cam alanları, konsolide alanlar izlenmektedir.

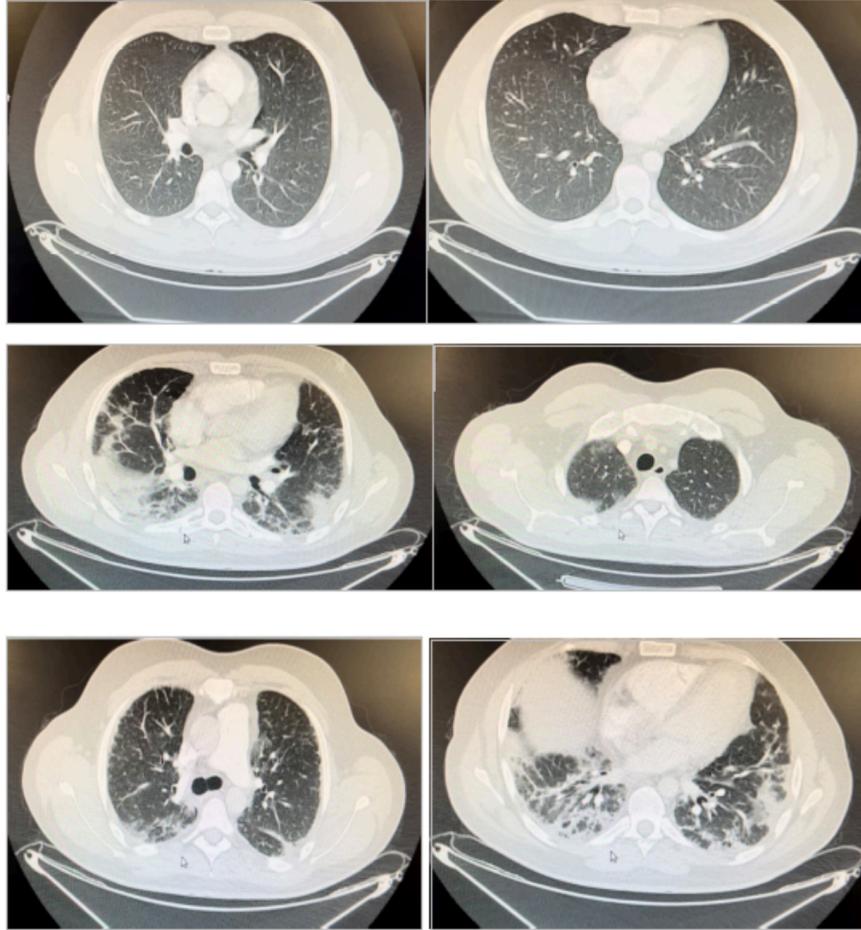
Hasta ön planda immunsuprese pnömoni, akciğer fibrozisi, pulmoner emboli ön tanısı ile yoğun bakıma yatırıldı. Hastaya geniş spektrumlu ab, yüksek doz prednol, kiloya uygun dmah başlandı. Yoğun bakım 1 günü akşamı entübe edilen hasta, 4. Günde extübe edildi. Hasta izleyebildiğimiz kadarı ile 9. Gün yoğun bakımdan göğüs servisine ve servis yatışını takiben 5 günde sıhhat ile taburcu oldu.

Sonuç: Bleomisin, lenfoma ve germ hücreli tümörlerde kullanılan bir kemoterapötiktir. Serbest oksijen radikalleri üreterek etki eder ve akciğer parankimasında bulunmayan bleomisin hidroksilaz enzimi tarafından inaktive edilir, miyelosupresyon eksikliği nedeniyle germinal tümörlerin tedavisinde istenen bir kemoterapötik ajandır. Ancak, bleomisin kaynaklı sitokinler ve serbest radikaller pulmoner endotel hücrelerine zarar vererek hastaların yaklaşık %10'unda pnömoni ile sonuçlanır. Hiperoksi, pnömoniden fibröze ilerlemede hızlandırılmış bir etki göstermiştir. Aynı şekilde hiperoksi hızlandırılmış pnömoni ve buzlu cam opasiteleri, subplevral retikülasyon ve hava boşluğu hastalığı ve traksiyon bronşektazisi görüntüleme bulguları olan pulmoner fibröz, vaka raporlarında bağımsız olarak tanımlanmıştır. Ancak, yukarıda belirtilen tüm komplikasyonlar hiçbir zaman tek bir hastada tanımlanmamıştır.

Bleomisin kaynaklı akciğer toksisitesi için risk faktörleri arasında yaş > 70, doz > 450 mg, pulmoner ışınlama, böbrek bozukluğu, oksijen maruziyeti, sigara içme öyküsü yer alır, ölüm oranı %1-2 civarındadır

Bu vaka risk grubunda olmaması ve tedavide kullanılan yüksek doz prednol ile iyileşmesi sebebi ile diğerlerinden farklıdır.

Acil servisler yoğunluğu en yüksek birimler olmanın dışında özellikle kronik malignite hastalıklarının takibinde maalesef ilk müracaat edilen birimlerdir. Bu vakada teşhisten tedaviye hatta sonrasına her aşamasında acil servisin içinde bulunduğu bir silsile izlenmektedir. Özellikle kemoterapi sonrası 3 lü kombinasyonda beklenen ancak öngörülemeyen bir komplikasyon ile başvuran hastamıza erken müdahale ve yoğun tedavi ile sağlığına kavuşturulmuştur. Her ne kadar 3 lü kemoterapi güçlü bir etki ve iyileşmeye fayda sağlasa da bu hasta grubunun daha sık kontrollere gelmesi sağlanmalıdır.



SB066

HİPOGLİSEMİDEN İNSİLÜNOMAYA

Abdullah Güneş¹

Balıkesir Üniversite Hastanesi Acil Tıp ABD.

Giriş

İnsülinoma, ektopik olarak insülin salgılayan ve hipoglisemi ataklarına neden olan β hücrelerinden gelişen pankreasın bir endokrin tümörüdür. İnsidansı yaklaşık 4/1 milyon hasta/ yıldır (1).Maligniteye bağlı acil komplikasyonlardan olan hipoglisemiyi vakamızda sunmak istedik.

VAKA

87 yaş kadın hasta tarafımıza 2 gündür olan balgamda noktasal şekilde kanama şikayeti ile geldi. Geliş vital değerleri: Tansiyon:133/88 Saturasyon:97 Nabız:74v/dk ss:16/dk ateş:36.1 FM: akciğer oskültasyonunda sol üst ve bazalde ral mevcut. Pretibial ödem :-/, her iki bacakta çap-renk-ısı farkı yok. Batın rahat defans rebound yok. Biyokimya : wbc:5000 crp:20 Hastanın bilinen tbc geçmişi mevcut. Vitalleri stabil olan hastanın tetkikleri alınıp müşahedede beklerken birden soğuk terlemesi bulantısı başladı. Bilinç konfüleşti ve jeneralize tonik klonik şekilde nöbet geçirmeye başladı. Hastanın alınan parmak ucu şekeri 37 ölçüldü. Tedavi olarak 100 ml %20 dextroz verilen hastanın nöbeti durdu. Terlemesi geçti bilinç açıldı.Alınan anamnez derinleştirildiğinde daha önce de benzer ataklar geçirdiği ancak herhangi bir tanı almadığı öğrenildi. Bu şikayetler gelişmesi sonrasında planlanan toraks BT tetkikine pankreasta kitle şüphesi ile ek olarak üst abdomen BT eklendi. BT raporu:Pankreas gövde kesiminde 14x12 mm boyutunda oval şekilli hipodens oluşum izlendi.Alınan sözel yorumda insülinoma olarak iletildi.(Şekil-1) Vital ve kan şekeri takipleri yapılan hastanın kliniğinin stabil seyretmesi sonrasında pnömoni nedeni göğüs hastalıkları servisine yatırılı ve ileri tetkik planlamaları yapıldı.



Şekil 1: Pankreas gövde kesiminde 14x12 mm boyutunda oval şekilli hipodens oluşum

Tartışma

Hipoglisemi, düşük plazma glukoz seviyelerinin otonomik ve nöroglikopenik semptomlara neden olduğu, çeşitli etiyolojilere bağlı olabilen, klinik bir durumdur. Hipogliseminin semptomları yaygındır ve spesifik değildir, ancak diyabetik hastalar dışında hipoglisemi nispeten nadirdir. Hipoglisemi tanısı Whipple triadı mevcut olduğunda doğrulanır. Whipple triadı hipoglisemi ile tutarlı semptomlar veya bulgular venöz kan örneği gibi kesin bir yöntemle ölçülen plazma glikoz seviyesinin 55 mg/dl'den düşük olması ve semptomların plazma glikoz seviyesinin yükseltilmesi sonrasında düzelmesi bileşenlerinden oluşur.(1)

İnsülinoma, ektopik olarak insülin salgılayan ve hipoglisemi ataklarına neden olan β hücrelerinden gelişen pankreasın bir endokrin tümörüdür. İnsidansı yaklaşık 4/1 milyon hasta/ yıldır (2).Maligniteye bağlı acil komplikasyonlardan olan hipoglisemiyi vakamızda sunmak istedik.

Görüntüleme, tümörün yerini belirlemek, hastalığın boyutunu belirlemek ve metastaz varlığını değerlendirmek için gereklidir. Non-invaziv görüntüleme bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve transabdominal ultrasonografiyi içerir (3)

Tedavide bilinç açık ve yutma refleksi varsa; ağızdan karbonhidratlar, 15-20 g glukoz oral yolla verilir. Bilinç kapalı ise; ağızdan yiyecek verilmez, parenteral tedavi uygulanmalıdır. Hastane koşullarında ise hastaya IV 75-100 ml %20 (veya 150-200 ml %10) dekstroz uygulanır.

İnsülinomada hipoglisemi ataklarında benzer atak tedavisi verilir ancak kesin tedavi cerrahidir.(4)

Sonuç

Toraks bt'de buzlu cam dansiteleri olup viral pnömoni nedeniyle göğüs hastalıkları servis yatırılı yapıldı.

Kaynakça

1. Martens P, Tits J. Approach to the patient with spontaneous hypoglycemia. European Journal of Internal Medicine. 2014;25(5):415-21.
2. Cryer PE, Axelrod L, Grossman AB, et al. Evaluation and management of adult hypoglycemic disorders: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2009;94(3):709-28.
3. Noone TC, Hosey J, Firat Z, Semelka RC. Imaging and localization of islet-cell tumours of the pancreas on CT and MRI. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism. 2005;19(2):195-211.
4. Kittah NE, Vella A. MANAGEMENT OF ENDOCRINE DISEASE: Pathogenesis and management of hypoglycemia. European journal of endocrinology. 2017;177(1):37-47.

SB067

INTRAPERITONEAL TUBERCULOSIS WITH ASCITES MIMICKING OVARIAN CARCINOMA: A CASE SERIES OF THREE PATIENTS

Ozbilgec S1

1Department of Gynecologic Oncology, Konya City Hospital, Konya, Turkey.

INTRODUCTION

Intraperitoneal tuberculosis (TB) is a rare form of extrapulmonary TB that can present with clinical features similar to advanced-stage ovarian carcinoma, such as ascites, abdominal pain, and elevated cancer antigen 125 (CA-125) levels. This overlap in clinical presentation can lead to significant diagnostic confusion and delays in appropriate treatment, particularly in patients presenting with ascites and abdominal masses. Studies have shown that intraperitoneal TB can mimic advanced ovarian cancer radiologically and clinically, making it a critical differential diagnosis to consider in women with suspected gynecological malignancies [1,2]. The incidence of peritoneal tuberculosis has increased in recent years, especially in endemic regions and immunocompromised populations. It is crucial for clinicians to differentiate this condition from ovarian carcinoma due to the vastly different treatment protocols and prognosis. Misdiagnosis or delayed diagnosis of peritoneal TB can lead to inappropriate oncological treatments and increased patient morbidity [3]. Diagnostic laparoscopy with histopathological examination and mycobacterial culture remains the gold standard for definitive diagnosis, as imaging findings are often non-specific [4]. Additionally, the role of biomarkers such as adenosine deaminase (ADA) and the Ziehl-Neelsen stain for acid-fast bacilli is emphasized in differentiating TB from malignancy [5].

This case report aims to highlight the clinical, radiological, and pathological features of three patients with intraperitoneal tuberculosis that were initially suspected to have advanced ovarian carcinoma. The report underscores the importance of considering peritoneal tuberculosis as a differential diagnosis in patients presenting with ascites and suspected gynecological cancers.

CASE REPORT

PATIENT 1:

A 55-year-old female patient presented to our clinic with complaints of abdominal distention, a feeling of fullness, and pain. On ultrasound examination, the abdomen showed ascites measuring up to 13 cm in depth at its deepest point. The endometrial thickness was measured as 7.9 mm. The left ovary measured 1.52 x 1.44 cm, and the left fallopian tube was noted to be 1.19 cm in diameter. The right ovary was slightly larger, measuring 2.13 x 2.05 cm. Upon inspection, there was an increase in redness around the umbilical region, raising the suspicion of metastasis.

The findings suggest a differential diagnosis including ovarian malignancy, particularly in the presence of ascites and suspected peritoneal metastasis. However, further diagnostic procedures, such as a diagnostic laparoscopy or biopsy, are essential to confirm the diagnosis and rule out other conditions such as peritoneal tuberculosis, which can present similarly to ovarian carcinoma.

Laboratory results showed a CA-125 level of 231 U/mL (reference range: <35 U/mL), which is markedly elevated, suggesting a possible ovarian malignancy. The CA 15-3 level was 27.7 U/mL (reference range: <30 U/mL), which is within normal limits and typically associated with breast carcinoma rather than ovarian cancer. The patient's C-reactive protein (CRP) level was also elevated at 29.74 mg/L (reference range: <5 mg/L), indicating a significant inflammatory process. White blood cell (WBC) count was $5.24 \times 10^3/\mu\text{L}$, which is within the normal range ($4.0\text{--}10.0 \times 10^3/\mu\text{L}$).

Given these laboratory findings, the elevated CA-125, the presence of ascites, and the suspicion of peritoneal metastasis, the initial differential diagnosis leaned towards an ovarian malignancy. However, considering the clinical presentation and additional diagnostic workup such as imaging and biopsy, other conditions like peritoneal tuberculosis should also be evaluated. Peritoneal tuberculosis can present with elevated CA-125 levels and inflammatory markers, making it a potential mimic of ovarian carcinoma [1,2].

The patient underwent diagnostic laparoscopy. During the procedure, peritoneal biopsy samples and a salpingectomy specimen were obtained. Histopathological examination of the samples revealed findings consistent with necrotizing chronic granulomatous inflammation, primarily suggestive of tuberculosis. Consequently, the patient was referred to the Infectious Diseases and Pulmonology Departments for further evaluation and management. Anti-tuberculous therapy was initiated with a regimen including rifampicin, isoniazid, pyrazinamide, and ethambutol (RIPE protocol).

The patient's clinical condition showed significant improvement, and by the fifth month of treatment, her overall health status was remarkably good, with a notable reduction in symptoms. This case underscores the importance of considering peritoneal tuberculosis in the differential diagnosis of patients with ascites and elevated CA-125 levels, even when ovarian malignancy is suspected based on initial clinical and laboratory findings [1,2].

PATIENT 2:

A 26-year-old female patient presented with complaints of diffuse abdominal ascites and pain. Transvaginal ultrasound revealed the presence of an intrauterine device (IUD) within the uterine cavity, and the endometrial thickness was measured as 6.9 mm. There was no evidence of adnexal masses or other abnormalities. Given the presence of significant ascites in a young patient, the initial clinical suspicion included both gynecological malignancy and inflammatory conditions, such as tuberculosis or pelvic inflammatory disease (PID).

Further evaluation with additional imaging and laboratory work-up is required to clarify the etiology of the ascites. Tuberculosis should be considered in young patients with unexplained ascites, particularly in regions where TB is endemic or in patients with risk factors for TB exposure [1,2].

Laboratory analysis showed that the patient's CA-125 level was slightly elevated at 41.4 U/mL (reference range: <35 U/mL), and the CA 15-3 level was 39.8 U/mL (reference range: <30 U/mL), which is above the normal limits. While these elevated levels could raise suspicion for an ovarian or pelvic malignancy, they are not diagnostic and can be seen in various benign conditions, including infections and inflammatory diseases.

A diagnostic biopsy was performed, and histopathological examination reported granulomatous inflammation, primarily suggestive of tuberculosis. Subsequent testing with the QuantiFERON-TB Gold (Interferon-Gamma Release Assay, IGRA) came back positive, supporting the diagnosis of tuberculosis. Anti-tuberculous therapy was initiated immediately.

The initiation of specific anti-TB treatment is crucial in such cases to prevent further progression of the disease and avoid complications. This case highlights the need to consider tuberculosis in the differential diagnosis of ascites, especially when CA-125 levels are only mildly elevated, and there is histological evidence of granulomatous inflammation [1,2].

PATIENT 3:

A 49-year-old female patient presented with complaints of abdominal distention and pain. Ultrasound examination revealed diffuse abdominal ascites; however, the adnexal structures were observed to be normal. Laboratory tests indicated elevated CA-125 and CRP levels, suggesting a possible inflammatory or neoplastic process.

Diagnostic laparoscopy was performed, and peritoneal biopsy samples along with a salpingectomy specimen were obtained. Histopathological examination revealed chronic granulomatous inflammation, primarily suggesting tuberculosis. Given these findings, the patient was started on anti-tuberculous therapy.

The clinical presentation of abdominal distention, elevated CA-125, and ascites often leads to the suspicion of ovarian malignancy, but in this case, tuberculosis was confirmed as the underlying cause based on biopsy findings. This case emphasizes the importance of considering tuberculosis in the differential diagnosis, especially in patients presenting with ascites and elevated inflammatory markers [1,2].

DISCUSSION:

Intraperitoneal tuberculosis (TB) is a rare form of extrapulmonary tuberculosis that can mimic the clinical, laboratory, and radiological features of advanced-stage ovarian carcinoma, as observed in the three cases presented. The diagnosis of intraperitoneal TB is often challenging because it shares many overlapping features with gynecological malignancies, such as abdominal distention, ascites, and elevated CA-125 levels [1,2]. In this context, differentiating between these two conditions is crucial due to the significant differences in management and prognosis.

SB067

The elevated CA-125 levels observed in these patients initially suggested a potential diagnosis of ovarian carcinoma. CA-125 is a biomarker commonly elevated in ovarian malignancies, but it can also increase in various benign conditions, including endometriosis, pelvic inflammatory disease, and tuberculosis [3]. This non-specific nature of CA-125 can lead to misdiagnosis or delayed diagnosis if tuberculosis is not considered in the differential diagnosis. All three patients in this series had elevated CA-125 levels, which led to an initial suspicion of ovarian cancer. However, the definitive diagnosis of tuberculosis was established through histopathological examination showing necrotizing granulomatous inflammation, as well as positive QuantiFERON-TB Gold test results in some cases.

Peritoneal TB can present with ascites, abdominal pain, and elevated inflammatory markers such as CRP, which further complicates the differentiation from gynecological malignancies. In cases where malignancy is suspected, diagnostic laparoscopy is often performed to obtain tissue samples for histopathological examination. This approach was essential in the cases presented here, as it enabled the identification of granulomatous inflammation indicative of TB and ruled out malignancy [4,5].

The management of intraperitoneal TB involves the initiation of anti-tuberculous therapy, which includes a combination of rifampicin, isoniazid, pyrazinamide, and ethambutol (RIPE regimen). Prompt initiation of this regimen can lead to a significant reduction in symptoms and overall improvement in patient outcomes, as observed in the follow-up of these cases. Early diagnosis and treatment are critical, as delayed therapy may result in complications such as bowel obstruction, perforation, or systemic dissemination of TB [1,3].

These cases emphasize the importance of considering peritoneal tuberculosis in the differential diagnosis of patients presenting with unexplained ascites and elevated CA-125 levels, especially in regions where TB is endemic or in patients with risk factors for tuberculosis. Clinicians should be aware of the diagnostic pitfalls and ensure that tuberculosis is included in the differential diagnosis to avoid unnecessary surgical interventions and ensure appropriate management.

CONCLUSION:

In conclusion, intraperitoneal tuberculosis should always be considered in the differential diagnosis of patients presenting with ascites, abdominal pain, and elevated CA-125 levels, especially when the clinical picture suggests an advanced ovarian malignancy. Misdiagnosis can lead to unnecessary surgical interventions and delayed treatment, resulting in adverse patient outcomes. Histopathological evaluation through diagnostic laparoscopy and microbiological tests such as QuantiFERON-TB Gold are essential in differentiating TB from ovarian carcinoma. Early diagnosis and initiation of appropriate anti-tuberculous therapy significantly improve patient prognosis and outcomes. This case series highlights the need for a high index of suspicion for tuberculosis in endemic areas and supports the role of minimally invasive diagnostic techniques in avoiding unnecessary surgical interventions and ensuring optimal patient management.

References

1. Salimian S, Stone A. Peritoneal tuberculosis: the great mimicker. *Int J Gynecol Cancer*. 2020. Available from: [International Journal of Gynecologic Cancer](#).
2. Purbadi S, Indarti J, Winarto H, et al. Peritoneal tuberculosis mimicking advanced ovarian cancer case report: Laparoscopy as diagnostic modality. *Int J Surg Case Rep*. 2021;88:106495. doi:10.1016/j.ijscr.2021.106495.
3. Kubota M, Suzuki J, Morisawa Y. Tuberculosis peritonitis mimicking ovarian cancer metastasis. *Intern Med*. 2019;58(5):763–764. doi:10.2169/internalmedicine.0752-17.
4. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. *Indian J Med Res*. 2004;120(4):316–353.
5. Luo Y, Li J, Ma W, et al. Differential diagnosis of lung cancer and tuberculosis based on 18F-fluorodeoxyglucose PET/CT multi-time points imaging. *Nucl Med Commun*. 2023;44(8):732–740. doi:10.1097/MNM.0000000000001714.

SB069

A CASE OF SUPERIOR VENA CAVA SYNDROME PRESENTED WITH PAROXYSMAL COUGHING

Ömer Jaradat¹

¹Clinic of Emergency Medicine, Kirsehir Training and Research Hospital, Kirsehir, Türkiye

Objectives

Superior vena cava (SVC) syndrome, characterized by severe blockage or occlusion of the SVC, poses a significant risk of morbidity and mortality. Malignancy, mainly lung cancer, is responsible for approximately 60% of SVC obstruction cases, making it the predominant etiology (1). Diagnosis is usually made clinically and confirmed by imaging studies (2).

Materials and Methods

Herein, we present a case involving a 45-year-old male patient diagnosed with small-cell lung cancer (SCLC) who presented to the Emergency Department with complaints of dry, paroxysmal coughing, slight dyspnea, and very mild neck swelling for the last six days. Despite these complaints, the patient was not in acute distress. Upon examination, the patient exhibited a blood pressure of 130/85mmHg, a pulse rate of 87 beats per minute, and an oxygen saturation of 94% in room air. Physical examination revealed mild edema in the neck and dilated blood vessels over the chest. Despite symptomatic treatment, his paroxysmal cough continued and ceased only via IV morphine administration. Laboratory test results indicated thrombocytopenia (21,000 cells/ μ L) and a mild elevation in CRP to 12.4 mg/L, with other parameters falling within normal ranges. Given the clinical presentation suggestive of SVC syndrome, a CT scan of the chest with intravenous contrast was performed. The imaging revealed extensive mediastinal LAP, forming a conglomerate LAP mass encasing the superior vena cava, with significant filling defects and narrowing at a certain level, and a hypodense thrombus had caused around 90% constriction in the jugular vein, confirming the diagnosis of SVC syndrome (Figure 1). It was learned that the patient had experienced transient amaurosis following a cough paroxysm. Subsequently, a brain CT and DWI were performed, both of which were normal (Figure 2). Due to the low platelet count of 21,000 cells/ μ L, anticoagulation was not administered. However, after seven days, the patient was subsequently transferred to an advanced medical center, where combined palliative therapy and radiotherapy were initiated, resulting in a positive response. Unfortunately, he died from disease progression, leading to respiratory failure and multiple metastases four months later.

Results

SVC is susceptible to external compression, thrombosis, or infiltration by neighboring veins. The clinical presentation varies in severity, contingent upon the level of SVC compromise and the extent of collateral circulation. This can range from a mild to a severe manifestation (3). Our patient exhibited very mild neck edema, coughing, slight dyspnea, and dilated blood vessels over the chest, placing them in the mild category. However, paroxysmal cough is not a specific complaint for SVC syndrome (4). Our patient had a paroxysmal cough that caused transient amaurosis. As the differential diagnosis did not establish any other underlying etiology, this can be explained by the J-receptor-mediated pulmonary chemoreflex that causes the sensation of dyspnea, which triggers increased breathing, bradycardia, and hypotension, leading to a presyncope episode (5). A contrast-enhanced chest CT confirmed that other symptoms were caused by external compression from an extensive mediastinal mass. Chemotherapy, radiotherapy, and endovascular therapy are the major modalities for treating the syndrome; systemic anticoagulation is added in those cases presenting with significant thrombosis (2, 6). Radiotherapy was historically the first line of treatment, especially in patients with airway obstruction. Contemporary practice favors the more frequent utilization of endovascular therapy as a first-line or adjunctive approach to achieve prompt alleviation of clinical symptoms with reduced complications (3). In our case, anticoagulation was halted due to thrombocytopenia, and management focused on palliation and radiotherapy, which led to the resolution of clinical symptoms.

Conclusions

Unusual and mild presentations of SVC syndrome can be overlooked, so aggressive diagnosis and management are necessary to prevent further morbidity and mortality.

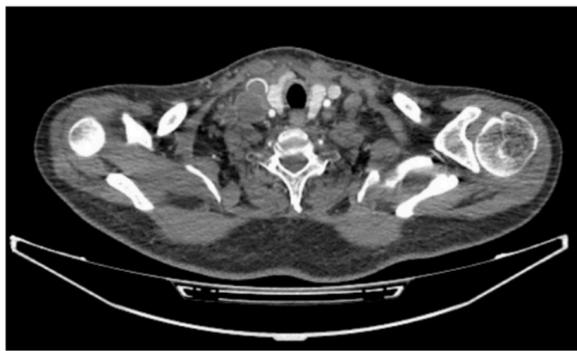


Figure 1. Axial contrast enhanced CT of the neck showing SVC compression due to mass

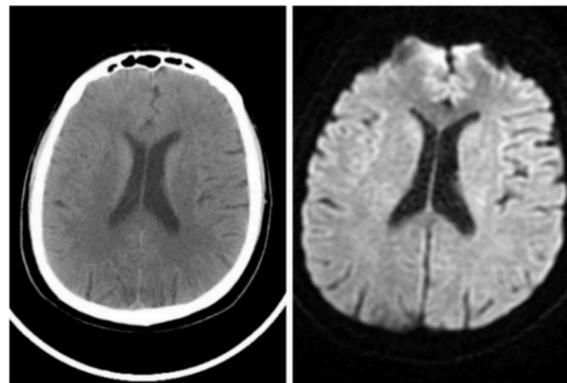


Figure 2. Axial brain CT and DWI of the patient

References

1. Wilson LD, Detterbeck FC, Yahalom J. Clinical practice. Superior vena cava syndrome with malignant causes. *N Engl J Med.* 2007 May 3;356(18):1862-9.
2. Seligson MT, Surowiec SM. Superior Vena Cava Syndrome. [Updated 2022 Sep 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441981/>
3. Azizi AH, Shafi I, Shah N, Rosenfield K, Schainfeld R, Sista A, Bashir R. Superior Vena Cava Syndrome. *JACC Cardiovasc Interv.* 2020 Dec 28;13(24):2896-2910.
4. Wan Z. Case report: Severe dry cough associated with superior vena cava syndrome-Caused recurrent chylothorax. *Front Cardiovasc Med.* 2022 Nov 17;9:970783.
5. Widdicombe J. Reflexes from the lungs and airways: historical perspective. *J Appl Physiol* (1985). 2006 Aug;101(2):628-34.
6. Nagata T, Makutani S, Uchida H, Kichikawa K, Maeda M, Yoshioka T, Anai H, Sakaguchi H, Yoshimura H. Follow-up results of 71 patients undergoing metallic stent placement for the treatment of a malignant obstruction of the superior vena cava. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2007 Sep-Oct;30(5):959-67.

SB070

A Suprising Cause Of Paraplegia: Spinal Ischemia Due to Acute Myeloid Leukemia

Ozturk Sonmez Leyla¹, Bulut Onur¹, Demir Ayşegül¹
¹ Konya City Hospital

Introduction:

Acute spinal ischemia (ASI) usually occurs following an aortic pathology or surgery. Atherosclerosis, small vessel occlusion or cardioembolic situations may result with ASI, and sometimes the main reason is unknown. In acute myeloid leukemia, both venous and arterial thrombosis may emerge during the treatment of leukemias. The aim of presenting this case is to remark a complicated neurologic condition as how a haemophilic "seemed" patient may result with thrombotic complications.

Case:

A 23 years old male with a previous diagnosis of AML M0, factor 2,7,9,10 deficiency, epilepsy is referred to our neurology department with the complaints of bilateral lower limbs weakness and urinary retention. In the neurological examination, consciousness and cranial nerve examination were normal, in the muscle strength examination, there was symmetrical 3/5 degree muscle weakness in the lower extremities. Tendon reflexes were normal, there was no pathological reflex. In the sensory examination, there was a sensory deficit giving a level in the thoracic region. Nerve conduction study and needle EMG examination, CSF examination were normal. Transverse myelitis was initially considered in the patient, 10 sessions of plasmapheresis were applied. An ischaemic region at the level of T6 which was compatible with the complaints of the patient was detected in the repeated spinal imaging. After plasmapheresis, the patient was discharged while was able to walk with walker.

Conclusion:

ASI is a rare clinical form of central nervous system ischemia and, should be kept in mind while investigating paraplegia of a patient even diagnosed with factor deficiencies of 2,7,9,10.

SB071

ACİL SERVİSE BAŞVURAN ONKOLOJİ HASTALARINDA C-REAKTİF PROTEİN VE PROKALSİTONİN DEĞERLERİNİN MORTALİTE İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Yasin Yıldız, Yavuz Yılmaz, Abdulaziz Doğan, Mehmet Gül
SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ:

Hasta bakımındaki iyileşmeler sayesinde kanser hastalarının yaşam süresindeki uzamalar tüm dünyada kanserli hasta sayısının giderek artmasına neden olmaktadır. Bununla beraber acil servise başvuran onkolojik hastaların sayısı da gün geçtikçe artmaktadır (1). Bu çalışma ile kanserli hastaların acil serviste ölçülen CRP ve PCT değerlerinin mortalite açısından sonuçlarını ile ilişkisi incelenmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM:

3.Basamak bir Eğitim Hastanesi Erişkin Acil Servisine 2023 yılında başvuran onkoloji hastalarından ateşi, CRP ve PCT değerleri ölçülen 69 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ve cinsiyet verileri ile, CRP, PCT tetkik sonuçları analize tabi tutuldu. Primer sonuç olarak mortalite durumu baz alındı. Normal dağılıma uymayan sayısal değişkenler ortanca ve çeyreklikler arası aralıklar (İKA) ile ifade edildi. Nominal değişkenlerin karşılaştırılmasında dört gözlü tablolar kullanıldı, Ki-Kare testi varsayımlarını sağlamayan değişkenler için Fisher Exact Testi uygulandı, sonuçları p değeri ile birlikte oranlar arası fark ve %95 güven aralıkları ile ifade edildi. İstatistikler Jamovi Paket İstatistik Programı ile yapıldı.

BULGULAR:

Acil servise başvuran onkoloji hastalarından ateşi ölçülen, CRP ve PCT tetkiki istenen 69 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların yaş ortancası 66,0 (İKA: 62,0-73,0) olarak saptandı. Bu hastaların 17'si kadın 52'si erkekti. Erkeklerde yaş ortancası 66,0 (63,0-73,0) ve kadınlarda yaş ortancası 64,0 (49,0-67,0) saptandı. Cinsiyet grupları arasında yaş ortancaları arasında fark saptanmadı (Mann-Whitney U testi, p=0,261, Etki büyüklüğü: 0,183). Hastaların mortalite açısından sonuçlarını inceleneninde 9 hastada (%13) mortalite saptandı. Demografik bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Onkoloji hastalarının demografik bilgileri

Cinsiyet n (%) (n=69)	Erkek: 52 () Kadın: 17 ()
Yaş ortanca (İKA) (n=69)	66 (62-73) Erkek: 66 (63-73) Kadın: 64 (49-67)
• Genç (<=65)	34 (49,3)
• Yaşlı (>65)	35 (50,7)
Ateş ortanca (İKA) (n=69)	36,7 (36,6-37,4)
• Ateşi var	14 (20,3)
• Ateşi yok	55 (79,7)
CRP ortanca (İKA) (n=64)	86,1 (31,1-168)
• Pozitif (>5 mg/dL)	62 (96,9)
• Negatif (<=5 mg/dL)	2 (3,1)
PCT ortanca (İKA) (n=66)	0,320 (0,113-2,27)
• Pozitif (>=0,5 mcg/L)	61 (92,5)
• Negatif (<0,5 mcg/L)	5 (7,5)
Sonlanım n (%)	Taburcu: 651 (75,8) Servis yatışı: 139 (16,2) YBÜ yatışı: 65 (7,6)
Mortalite n (%)	Eksitus: 9 (13)

SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diyastolik kan basıncı, OAB: Ortalama arter basıncı, İKA: İnterkuartil aralık, SS: Standart sapma, GA: Güven aralığı.

Hastalar yaş gruplarına göre genç (<=65) ve yaşlı (>65) olarak gruplandırıldığında vakaların neredeyse eşit olarak dağıldığı (sırasıyla %49,3 ve %50,7) saptandı. Genç olan ve yaşlı olan gruplar arasında mortalite durumu açısından fark olup olmadığı incelendi ve anlamlı fark saptanmadı (Fisher Exact Test, p=1,000; oranlar farkı: 0,025; %95 GA: (-0,133)-(0,184)).

Hastaların ateş değerlerinin ortancası 36,7 (İKA: 36,6-37,4) olarak saptandı. Vakalar sınır değeri 37,8 olarak kabul edilerek ateş var ve ateş yok olarak gruplandırıldığında %20,3'ünün (n=14) ateşi olan grupta olduğu saptandı. Ateşi olan ve olmayan gruplar arasında mortalite durumu açısından fark olup olmadığı incelendi ve anlamlı fark saptanmadı (Fisher Exact Test, p=1,000; oranlar farkı: 0,015; %95 GA: (-0,188)-(0,219)).

CRP tetkiki istenen 64 vakanın CRP değerinin ortancası 86,1 (İKA: 31,1-168,0) saptandı. CRP değerleri, sonuçlarına göre Pozitif (>5) ve Negatif (<=5) olarak gruplandırıldığında; gruplar arasında mortalite durumu açısından fark olup olmadığı incelendi ve anlamlı fark saptanmadı (Fisher Exact Test, p=1,000; oranlar farkı: 0,145; %95 GA: (0,057)-(0,233)).

PCT tetkiki istenen 66 vakanın PCT değerinin ortancası 0,320 (İKA: 0,113-2,27) saptandı. PCT değerleri, sonuçlarına göre Pozitif (>=0,05) ve Negatif (<0,05) olarak gruplandırıldığında; gruplar arasında mortalite durumu açısından fark olup olmadığı incelendi ve anlamlı fark saptanmadı (Fisher Exact Test, p=1,000; oranlar farkı: 0,148; %95 GA: (0,058)-(0,237)) (Tablo 2).

TARTIŞMA:

C Reaktif Protein (CRP), İnterlökin (IL)-6 aracılığıyla karaciğerde sentezlenen non-spesifik bir akut faz proteinidir. İnflamasyon, enfeksiyon ve doku hasarı durumlarında artan bir biyobelirteçtir. Normal şartlarda 1 mg/dl altındadır. Hafif inflamasyon durumunda hafif artışlar, 10 mg/dl'ye kadar olabileceği gibi ağır enfeksiyon varlığında 10 mg/dl üzerinde değerler görülebilir. Çok daha ağır durumlarda ise 1000 kata dek artış saptanabilmektedir. Örneğin CPR seviyelerinin COVID-19'da tomografi bulgularından daha önce yükselerek erken dönemde tanı konulmasında oldukça faydalı olduğu saptanmıştır (2).

Prokalsitonin (PCT) 116 amino asit içeren ve kalsitonin için öncül olan bir peptittir. Kalsitonin önce prokalsitonin olarak tiroid parafoliküler C hücrelerinde sentezlenir ve buradan dolaşıma salınır. Normal şartlarda dolaşımda çok düşük seviyelerde bulunmaktadır (>=0,1 ng/mL). Bakteriyel enfeksiyon varlığında IL-6 ve tümör nekroz faktör (TNF)-alfa gibi sitokinler ve endotoksinlerin etkisi ile birçok ekstra-tiroid dokudan dalarak yüksek konsantrasyonlara ulaşır. Ancak bakteriyel enfeksiyonun olmadığı durumlarda bu tiroid dışı dokulardan olan sentezlenme baskılanır. Viral enfeksiyonlar sonucu salgılanan interferon (IFN)-gama gibi sitokinler ise PCT düzeylerinin baskılanmasına neden olur. Bu nedenle PCT seviyeleri, bakteriyel enfeksiyonların viral ve non- enfeksiyöz nedenlerden ayrımında faydalıdır. COVID-19 hastalığında yüksek PCT düzeyleri (>=0,7 ng/mL) genellikle bakteriyel koenfeksiyon ya da şiddetli hastalık göstergesi olarak kabul edilmiştir (2).

Bir çalışmada pediatrik 94 nötropenik ateşli onkolojik vaka incelenmiş olup; CRP ve PCT'nin tanıs ve prognostik rolleri incelenmiştir. Vakalardaki CRP ve PCT düzeyleri kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise CRP ve PCT'nin pozitif ve negatif değerleri ile, mortalite arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Yine hastaların acil serviste ateşinin olmasının, mortalite açısından bir öngördürücü olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızdaki vaka sayısının 69 olması bir kısıtlılıktır. Çalışmamızın daha geniş bir popülasyon ile tekrarlanması halinde, literatürdeki bulgulara daha yakın sonuçlar elde edilebilir.

SB071

Tablo2. Çalışma kapsamında gerçekleştirilen kategorik değişken ikili karşılaştırmaları

Yaş durumu	Sonlanım		Toplam	p* oranlar farkı %95 GA
	Mortalite yok	Mortalite var		
Genç n (%)	30 (88,2)	4 (11,8)	34 (100,0)	1,000
Yaşlı n (%)	30 (30,4)	5 (4,52)	35 (100,0)	0,025
Toplam n (%)	60 (87,0)	9 (13,0)	69 (100,0)	(-0,133)-(-0,184)

Ateşi olan ve olmayan gruplar arasında mortalite durumu açısından farkın incelenmesi

Ateş durumu	Sonlanım		Toplam	p* oranlar farkı %95 GA
	Mortalite yok	Mortalite var		
Ateşi olmayan n (%)	48 (87,3)	7 (12,7)	55 (100,0)	1,000
Ateşi olan n (%)	12 (85,7)	2 (14,3)	14 (100,0)	0,015
Toplam n (%)	60 (87,0)	9 (13,0)	69 (100,0)	(-0,188)-(-0,219)

CRP pozitif olan ve olmayan gruplar arasında mortalite durumu açısından farkın incelenmesi

CRP durumu	Sonlanım		Toplam	p* oranlar farkı %95 GA
	Mortalite yok	Mortalite var		
CRP negatif n (%)	2 (100,0)	0 (0,00)	2 (100,0)	1,000
CRP pozitif n (%)	53 (85,5)	9 (14,5)	62 (100,0)	0,145
Toplam n (%)	55 (85,9)	9 (14,1)	64 (100,0)	(0,057)-(-0,233)

PCT pozitif olan ve olmayan gruplar arasında mortalite durumu açısından farkın incelenmesi

PCT durumu	Sonlanım		Toplam	p* oranlar farkı %95 GA
	Mortalite yok	Mortalite var		
PCT negatif n (%)	5 (100,0)	0 (0,00)	5 (100,0)	1,000
PCT pozitif n (%)	52 (85,2)	9 (14,8)	61 (100,0)	0,148
Toplam n (%)	57 (86,4)	9 (13,6)	66 (100,0)	(0,058)-(-0,237)

*p: Fisher exact testi

KAYNAKLAR:

- Şahin, H., Bıçakçı, S., Erdem, M. N., Bıçakçı, N., Çetin, M., Örün, S., & Yanıker, R. M. (2022). Acil Servise Başvuran Onkolojik Tanılı Hastaların Demografik İncelenmesi.
- Talan, L. (2021). Covid-19 Sürecinde Biyobelirteç Olarak Crp/Prokalsitonin. Türkiye Klinikleri Covid-19,2(8), 54- 56.
- E.Mimaroğlu. Kanserli Nötropenik Ateşli Çocuklarda Serum C-Reaktif Protein, Prokalsitonin Anjiopoetin 1, Anjiopoetin 2 Ve Lipopolisakkarit Bağlayıcı Protein Düzeylerinin Tanısal Ve Prognostik Önemi, Septifast' İn MikrobiyolojikAjanları Göstermedeki Yeri. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve HastalıklarıA.D. Tez Çalışması. 2014, Mersin.

SB072

ÜÇÜNCÜ BASAMAK ACİL SERVİSE BAŞVURAN ONKOLOJİ HASTALARININ HEMATOLOJİK VE İNFLAMATUAR PARAMETRELERİNİN MORTALİTE İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Yavuz Yılmaz, Abdülaziz Doğan, Yasin Yıldız, Mehmet Gül
SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

GİRİŞ:

Acil servislere başvuran onkoloji hastaları genellikle karmaşık klinik profillere sahiptir ve bu durum hastaların başvurularının hızlı değerlendirilmesini ve yönetimini gerektirir. Bu çalışmada, onkolojik hastaların Nötrofil/Lenfosit Oranı (NLO), Platelet/Lenfosit Oranı (PLO), Sistemik İmmün-İnflamasyon İndeksi (SII) ve Sistemik İnflamasyon Yanıt İndeksi (SIRI) parametrelere göre hastane yatış oranları ve mortalite sonuçları analiz edilmiştir. Çalışmanın amacı, bu parametrelerin hasta sonuçlarıyla olan ilişkisini araştırarak klinik karar verme sürecine katkı sağlamaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM:

Üçüncü basamak bir acil servise 2023 yılında başvuran toplam 577 onkoloji hastasının verileri retrospektif olarak incelendi. Demografik bilgiler, kan sayımları ve inflamatuvar indeksler toplandı. Hastaların tam kan sayımında nötrofil, lenfosit, platelet, hemoglobin, PLO, NLO değerleri; SII ve SIRI parametrelerine dair veriler MS Office Excel elektronik hesap tablosu ile toplandı ve Jamovi İstatistik Paket Programı ile analize tabii tutuldu. Bu analize göre hastane servis ve yoğun bakım yatışı karşılaştırıldı. İkinci sonlanım noktası olarak mortalite oranları tespit edildi. Nominal kategorik değişkenler sayı ve frekans ile, normal dağılıma uymayan sayısal veriler ise ortanca ve çeyreklikler arası aralık ile ifade edildi. Yatış durumu, yoğun bakım ünitesi (YBÜ) kabulü ve mortalite sonuçlarına göre gruplar arasında inflamatuvar parametrelerdeki farkları değerlendirmek için Mann-Whitney U testi kullanıldı.

BULGULAR:

Toplam 577 hastanın tam kan sayımı verisine ulaşıldı. Bu hastaların 359'u erkek (%62,2) 218'i kadındı (%37,8). Hastaların yaş ortancası 64, İKA: 56-72 olarak saptandı. Erkeklerde yaş ortancası 67, İKA: 59-73 ve kadınlarda yaş ortancası 58,5 İKA: 48-67 olarak bulundu. İncelenen 577 hastanın %34,2'sinin (n=197) hastaneye yatışının yapıldığı, tüm hastaların %23,4'ünün (n=135) servise, %10,8'inin (n=62) ise yoğun bakım ünitesine yatırıldığı tespit edildi. Hastaların mortalite durumları incelendiğinde, olguların 35'inin (%6,1) eksitus ile sonuçlandığı saptandı. Acil servise başvuran onkolojik hastaların demografik ve hastane yatış bilgileri Tablo 1' de gösterilmiştir.

Tablo 1. Acil servise başvuran onkolojik hastaların demografik bilgileri (n=577)

	Kadın	Erkek
Cinsiyet n (%)	218 (37,8)	359 (62,2)
	Kadın	Erkek
Yaş ortanca (İKA)	58,5 (48-67)	67 (59-73)
	Yatış var	Yatış yok
Yatış durumu n (%)	197 (34,2)	379 (65,8)
	Servis yatışı	YBÜ yatışı
Servis-YBÜ yatış durumu* n (%)	135 (23,4)	62 (10,8)
	Mortalite var	Mortalite yok
Mortalite durumu n (%)	35 (6,1)	542 (93,9)

YBÜ: Yoğun bakım ünitesi, * Hastaların %65,8'i taburcu olmuştur.

Hastaların hemoglobin, platelet, nötrofil, lenfosit ve monosit değerleri incelendi. Ayrıca bu parametreler kullanılarak nötrofil-lenfosit oranı (NLO), platelet-lenfosit oranı (PLO), sistemik immün-inflamasyon indeksi (SII) ve sistemik inflamasyon yanıt indeksleri (SIRI) hesaplandı. Bu verilerin cinsiyet grupları arasındaki dağılımları ve cinsiyet grupları arasında bu değerler açısından fark olup olmadığı analiz edildi. Buna göre cinsiyet grupları arasında platelet, nötrofil ve monosit değerleri açısından fark saptandı (Mann-Whitney U testi, p<0,05, Etki değerleri sırasıyla 0,163 ; 0,170; 0,225 ve 0,206). İnflamasyon göstergeleri olarak ise yine cinsiyet grupları arasında NLO ve SIRI açısından anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U testi, p<0,05, Etki değerleri sırasıyla 0,2,6 ; 0,250). Onkoloji hastalarının periferik tam kan parametrelerinin analizi Tablo-2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Onkoloji hastalarının periferik tam kan parametrelerinin analizi

	Tüm popülasyon ortanca (İKA)	Erkek ortanca (İKA)	Kadın ortanca (İKA)	p* (Etki boyutu)
Hemoglobin	11,7 (10-13,4)	11,8 (10-13,7)	11,6 (9,93-13,2)	0,108 (0,079)
Platelet	252 (190-341)	237 (171-330)	274 (212-350)	<0,05 (0,163)
Nötrofil	6,06 (3,88-9,25)	6,76 (4,31-10)	5,45 (3,68-7,46)	<0,05 (0,170)
Lenfosit	1,36 (0,86-1,92)	1,27 (0,78-1,27)	1,50 (0,94-2,12)	0,021 (-0,198)
Monosit	0,59 (0,40-0,87)	0,65 (0,40-0,97)	0,54 (0,36-0,72)	<0,05 (0,225)
NLO	4,50 (2,51-8,43)	5,02 (2,78-9,52)	3,62 (2,11-5,99)	<0,05 (0,206)
PLO	198 (127-298)	200 (124-319)	195 (134-283)	0,760 (0,015)
SII	1140 (576-2244)	1175 (590-2569)	1032 (552-1914)	0,102 (0,081)
SIRI	2,65 (1,25-5,75)	3,2 (1,56-7,35)	1,88 (1,06-3,77)	<0,05 (0,250)

NLO: Nötrofil lenfosit oranı, PLO: Platelet lenfosit oranı, SII: Sistemik immün-inflamasyon indeksi, SIRI: Sistemik inflamasyon yanıt indeksi, *: Mann-Whitney U testi

SB072

Hesaplanan inflamasyon göstergeleri açısından yatış, servis ve yoğun bakım yatış ve mortalite durumları arasında fark olup olmadığı analiz edildi. Buna göre, yatış yapılan ve yapılmayan hasta grupları arasında NLO, PLO, SII ve SIRI parametreleri açısından anlamlı fark saptandı (Mann-Whitney U testi, $p < 0,05$, Etki değerleri sırasıyla 0,198 ; 0,123; 0,144 ve 0,175). Bu parametreler ile yatış ve taburculuk arasındaki ilişki Tablo-3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Onkoloji hastalarında periferik tam kan parametreleri ile yatış/taburculuk arasındaki ilişki

	Yatış ortanca (İKA)	Taburcu ortanca (İKA)	p* (Etki boyutu)
NLO	5,55 (2,96-10,3)	4,05 (2,34-6,71)	<0,05 (0,198)
PLO	211,43 (140-352,94)	189,03 (124,72-280,55)	<0,05 (0,123)
SII	1349,85 (628,03-2997,42)	1010,43 (559-1943,29)	<0,05 (0,144)
SIRI	3,58 (1,36-8,34)	2,30 (1,21-4,49)	<0,05 (0,175)

NLO: Nötrofil lenfosit oranı, PLO: Platelet lenfosit oranı, SII: Sistemik immün-inflamasyon indeksi, SIRI: Sistemik inflamasyon yanıt indeksi, YBÜ: Yoğun bakım ünitesi, *: Mann-Whitney U testi

Servis ve yoğun bakıma yatırılan hasta grupları arasında ise NLO, PLO, SII ve SIRI değerleri açısından fark saptanmadı (Mann-Whitney U testi, p değerleri sırasıyla 0,982 ; 0,852; 0,643 ve 0,956, Etki değerleri sırasıyla 0,002 ; 0,016; 0,041 ve 0,005). Bu ilişki Tablo-4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Onkoloji hastalarında periferik tam kan parametreleri ile servis/YBÜyatışı arasındaki ilişki

	Servis yatışı ortanca (İKA)	YBÜ yatışı ortanca (İKA)	p* (Etki boyutu)
NLO	5,55 (2,79-11,02)	5,67 (3,08-10,14)	0,982 (0,002)
PLO	216,88 (130,56-360,43)	205,57 (156,48-307,37)	0,852 (0,016)
SII	1405,47 (572,23-3274,73)	1149,40 (761,40-2568,90)	0,643 (0,041)
SIRI	3,67 (1,33-8,56)	3,19 (1,67-8,33)	0,956 (0,005)

NLO: Nötrofil lenfosit oranı, PLO: Platelet lenfosit oranı, SII: Sistemik immün-inflamasyon indeksi, SIRI: Sistemik inflamasyon yanıt indeksi, YBÜ: Yoğun bakım ünitesi, *: Mann-Whitney U testi

Mortalite görülen ve görülmeyen hasta grupları arasında NLO ve PLO değerleri açısından fark saptanırken (Mann-Whitney U testi, $p < 0,05$, Etki değerleri sırasıyla 0,323 ve 0,296) SII ve SIRI değerleri açısından ise anlamlı fark saptanmadı (Mann-Whitney U testi, p değerleri sırasıyla 0,086 ve 0,168 ; Etki değerleri sırasıyla 0,185 ve 0,149). Bu ilişki Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Onkoloji hastalarında periferik tam kan parametreleri ile mortalite arasındaki ilişki

	Mortalite var ortanca (İKA)	Mortalite yok ortanca (İKA)	p* (Etki boyutu)
NLO	9,70 (4,31-22,56)	5,28 (2,76-9,36)	<0,05 (0,323)
PLO	322,22 (185,38-591,56)	200 (132,67-321,69)	<0,05 (0,296)
SII	2239,79 (576,09-6967,39)	1307,36 (628,78-2584,83)	0,086 (0,185)
SIRI	6,14 (1,48-17,04)	3,55 (1,40-7,65)	0,168 (0,149)

NLO: Nötrofil lenfosit oranı, PLO: Platelet lenfosit oranı, SII: Sistemik immün-inflamasyon indeksi, SIRI: Sistemik inflamasyon yanıt indeksi, YBÜ: Yoğun bakım ünitesi, *: Mann-Whitney U testi

TARTIŞMA:

NLO ve PLO, inflamasyon ve immün yanıt göstergeleri olarak kanser dahil birçok hastalıkta prognozu belirlemek için kullanılan önemli parametrelerdir. Yüksek NLO, bağıışıklık sisteminin baskılanmasını ve tümör ilerlemesini işaret edebilirken; yüksek PLO, kanser hücrelerinin trombositlerle etkileşime girmesi sonucu kötü prognoza işaret edebilir. Her iki parametre de kötü sağkalım, hastane yatışı ve mortalite ile ilişkili bulunmuştur(1).

Bu çalışmada, onkoloji hastalarının acil servise başvurularında NLO ve PLO gibi inflamatuvar parametrelerin, hastane yatış oranları ve mortalite üzerindeki etkilerini inceledik. Bulgularımız, yüksek NLO ve PLO'nin kötü prognozla ilişkili olduğunu gösteren literatürle uyumludur.

Templeton ve arkadaşlarının meta-analiz çalışması PLO'nin çeşitli solid tümörlerde kötü prognozla ilişkili olduğunu göstermiştir(1). Çalışmamızda da yüksek PLO'nin hastane yatışı ve mortaliteyle anlamlı derecede ilişkili olduğu görülmüştür.

Benzer şekilde, Dilek Ünal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, NLO ve PLO'nun non-small cell akciğer kanseri hastalarında prognozla yakından ilişkili olduğu bulunmuştur(2). Bizim bulgularımız da, NLO'nin hastane yatışı ve mortalite ile ilişkisinin literatürdeki bu bulgularla uyumlu olduğunu ortaya koymaktadır.

SII ve SIRI, inflamatuvar yanıt ve immün sistem aktivasyonunu daha geniş bir şekilde değerlendiren nispeten yeni parametrelerdir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, bu parametrelerin çeşitli kanser türlerinde prognoz tayininde önemli olabileceğini göstermektedir (3,4,5).

Örneğin, Zhang ve arkadaşlarının çalışması SII'nin meme kanserinde hastaların sağkalımı ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu belirtmektedir(3). Benzer şekilde, SIRI'nin de ileri evre kanserlerde kötü prognozu işaret ettiğini belirten çeşitli araştırmalar mevcuttur(5). Ancak, çalışmamızda SII ve SIRI'nin mortalite üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür, bu durum SII ve SIRI'nin farklı kanser türlerinde farklı prognostik değeri olabileceğini göstermektedir.

SB072

SONUÇ:

NLO ve PLO'nin klinik karar verme süreçlerine entegrasyonu, acil servise başvuran onkoloji hastalarının değerlendirilmesinde, özellikle hastaneye yatış ve mortalite risklerinin öngörülmesinde fayda sağlayabilir. Bu bulguların doğrulanması ve SII ile SIRI'nin prognostik değerinin daha iyi anlaşılması için daha geniş ve çeşitli hasta grupları ile yapılacak ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR:

1. Templeton, Arnoud J., et al. Prognostic role of platelet to lymphocyte ratio in solid tumors: a systematic review and meta-analysis. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention*, 2014, 23.7: 1204-1212.
2. Unal, Dilek, et al. Are neutrophil/lymphocyte and platelet/lymphocyte rates in patients with non-small cell lung cancer associated with treatment response and prognosis?. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2013, 14.9: 5237-5242.
3. Zhang, Yantao; Sun, Yong; Zhang, Qiwen. Prognostic value of the systemic immune-inflammation index in patients with breast cancer: a meta-analysis. *Cancer cell international*, 2020, 20: 1-12.
4. Ding, Yuanyi, et al. Predictive effect of the systemic inflammation response index (SIRI) on the efficacy and prognosis of neoadjuvant chemoradiotherapy in patients with locally advanced rectal cancer. *BMC surgery*, 2024, 24.1: 89.
5. Xia, Yiyuan, et al. Systemic immune inflammation index (SII), system inflammation response index (SIRI) and risk of all-cause mortality and cardiovascular mortality: a 20-year follow-up cohort study of 42,875 US adults. *Journal of Clinical Medicine*, 2023, 12.3: 1128.

SB073

ACİL SERVİSE BAŞVURAN ONKOLOJİ HASTALARININ DEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Abdulaziz Doğan, Yasin Yıldız, Yavuz Yılmaz, Mehmet Gül
SBÜ Konya Şehir Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Giriş

Onkoloji hastaları, tedavinin yan etkileri ve hastalığın sebep olduğu patolojiler nedeniyle sık sık acil servislere başvurumaktadırlar. Bu başvurular, hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gibi sağlık sisteminde de aşırı yük oluşturmaktadır (1,2). Ayrıca, onkolojik hastaların bağışıklık sistemlerinin zayıf olması, acil servis başvuruları sırasında bulaşıcı hastalıklara karşı daha savunmasız hale gelmeleri sebebiyle mortalite riskini artıran önemli bir faktördür. Bu çalışmada, onkolojik hastaların acil servise başvurma nedenleri, demografik dağılımları, klinik sonuçları ve mortalite oranları incelenmiştir.

Yöntem

Üçüncü basamak bir hastanenin acil servisine 2023 yılı içerisinde başvuran toplam 859 onkolojik hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların demografik bilgileri, başvuru nedenleri, klinik sonuçları ve mortalite oranları analiz edilmiştir. Nominal kategorik değişkenler sayı ve frekans ile, normal dağılıma uymayan sayısal veriler ise ortanca ve çeyreklikler arası aralık ile ifade edilmiştir. Veriler MS Office Excel elektronik hesap tablosu ile toplanmış ve Jamovi İstatistik Paket Programı ile analize tabii tutulmuştur.

Bulgular

Bu çalışmada elde edilen veriler, hastaların yaş ortancasının 63 (İKA: 52-70) olduğunu göstermektedir. Erkek hastaların yaş ortancası 65 (İKA: 58-73), kadın hastaların ise 56 (İKA: 47-66) olarak bulunmuştur. Hastaların %56'sı erkek (n=481) ve %44'ü kadın (n=378) idi. Hastaların %75,8'i (n=651) acil servisten taburcu edilirken, 1 hasta hastaneyi izinsiz terk etmiştir. Toplam 2 hasta dış merkeze sevk edilmiştir. Hastaların %23,8'i hastaneye yatırılmış olup bunların 139'u servislere, 65'i ise yoğun bakım ünitelerine yatırılmıştır. 1 hasta ise acil servise 112 tarafından kardiyak arrest olarak getirilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik bulguları Tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo 1. Acil servise başvuran onkoloji hastalarının demografik bilgileri

Cinsiyet n (%) (n=859)	Erkek: 481 (56) Kadın: 378 (44)
Yaş ortanca (İKA) (n=859)	63 (52-70) Erkek: 65 (58-73) Kadın: 56 (47-66)
Sonlanım n (%)	Taburcu: 651 (75,8) Servis yatışı: 139 (16,2) YBÜ yatışı: 65 (7,6) Sevk: 2 (0,2) Eksitus: 1 (0,1) İzinsiz terk: 1 (0,1)
Mortalite n (%)	Eksitus: 35 (4,1)

SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diyastolik kan basıncı, OAB: Ortalama arter basıncı, İKA: İnterkuartil aralık, SS: Standart sapma, GA: Güven aralığı.

Onkoloji hastalarının acil servise başvuru şikayetleri incelendiğinde en sık karşılaşılan şikayetler dispne (%9,2), karın ağrısı (%8,5) ve bulantı-kusma (%6,8) olmuştur. Onkoloji hastalarının acil servise en sık 10 başvuru şikayeti Tablo 2'de incelenmiştir. En sık tanı %9,2 ile dispne iken bunu %8,5 ile karın ağrısı izlemiştir. Bulantı-kusma ile başvuru sıklığı %6,8 ve ağrı ile başvuru sıklığı %5,4 olarak bulunmuştur.

Tablo 2. Acil servise başvuran onkoloji hastalarının başvuru şikayetlerinin ICD tamlarının dağılımı

ICD Tanısı	Sıklık n (%)
R06.0 Dispne	79 (9,2)
R10.4 Karın ağrısı	73 (8,5)
Z00.0 Genel tıbbi muayene	60 (7,0)
R11 Bulantı ve kusma	58 (6,8)
R52 Ağrı	46 (5,4)
J39.9 Üst solunum yolunun hastalığı	44 (5,1)
M79.1 Miyalji	35 (4,1)
R53 Kırgınlık ve yorgunluk	30 (3,5)
M79.9 Yumuşak doku bozukluğu	29 (3,4)
Z04 Muayene ve gözlem için diğer nedenler	27 (3,1)

Hastaların sonlanımları incelendiğinde 35 hastanın (%4,1) mortal seyrettiği görülmüştür. Bu hastaların sadece biri acil serviste, kalanları ise yatırıldığı birimde kaybedilmiştir. Eksitus olan hastaların onkolojik tanılarına göre dağılımları incelendiğinde, en sık tanının %31,43 ile akciğer malignitesi olduğu, bunu %8,57'lik oranlar ile beyin, mesane ve prostat malignitelerinin izlediği saptanmıştır. Mortalite grupları arasında yaşlar açısından fark saptanmadı (Student t testi, p=0,067, ortalamalar arası fark: -4,10; %95 GA: (-8,49)-(0,28)).

SB073

Tablo 3. Acil servise başvuran onkoloji hastalarının en sık saptanan onkolojik tanılarının dağılımı

Onkolojik tanı	Sıklık n (%)	Yaş ortanca (İKA)	Kadın/Erkek oranı
Akciğer Malignitesi	228 (26,5)	68 (60-73)	16/212
Meme Malignitesi	145 (16,9)	50 (46-59,2)	145/1
Mide Malignitesi	92 (10,7)	64 (62-73)	50/42
Kolon Malignitesi	75 (8,7)	58 (48-69)	48/27
Rektum Malignitesi	41 (4,8)	60 (48-74)	15/26
Prostat Malignitesi	39 (4,5)	70 (65-81)	0/39
Over Malignitesi	26 (3,0)	50 (27-50,75)	26/0
Böbrek Malignitesi	24 (2,8)	64 (48,5-64)	1/23
Mesane Malignitesi	23 (2,7)	64 (63-70)	2/21
Beyin Malignitesi	19 (2,2)	56 (37,5-60,5)	4/15

Tartışma

Bu çalışmada elde edilen bulgular, onkolojik hastaların acil servis başvurularının önemli bir kısmının dispne ve karın ağrısı gibi semptomlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, Peter Strang ve ark.'nın çalışmasıyla uyumludur; burada da malignite hastalarının genel semptomları arasında dispne ve karın ağrısının baskın olduğu bildirilmiştir (1). Ayrıca, Sejin Heo ve ark. çalışmasında da, özellikle ileri evre malignite hastalarının, acil servislere sık başvurduğu ve bu hastalarda mortalite oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (2).

Çalışmamızda, acil servis başvurularında en yüksek mortalite oranına akciğer malignitesi olan hastaların sahip olduğunu saptadık. Bu bulgu, literatürdeki diğer çalışmalarla da desteklenmektedir. Örneğin, Noman Ali ve arkadaşlarının çalışması, akciğer maligniteli hastaların ileri evrelerde daha yüksek komplikasyon riski taşıdığı ve bu hastaların acil servis başvurularında sıklıkla ölümcül sonuçlarla karşılaştığına işaret etmektedir (3). Amerika'da yapılan çok merkezli prospektif bir çalışmada da ileri evre akciğer malignitelerinin acil servislere daha ciddi vakalara neden olduğu ve mortalite oranlarının diğer malignite türlerine göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (4). Bu yüksek mortalite oranı, özellikle bu malignite türlerinde ileri evrede başvuru sıklığı ve komplikasyon riskinin artmış olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Cinsiyet açısından ele alındığında, bu çalışmada erkek hastaların acil servis başvuruları kadınlara göre daha fazla oranda (%56 erkek, %44 kadın) görülmüştür. Erkeklerde en sık başvuru sebeplerinin akciğer (%44), mide(%8,7), prostat (%8,1) maligniteleri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalarda, erkek onkolojik hastaların en sık acil servis başvuru sebeplerinin akciğer ve prostat maligniteleri gibi malignitelerden kaynaklandığı vurgulanmıştır (1,4). Erkek hastaların acil servise başvurma oranının daha yüksek olması, bu malignitelerin erkeklerin daha çok kullandığı sigara ile ilişkili olabilir.

Kadın hastalar açısından incelendiğinde, meme malignitesii başvurularının belirgin olduğu görülmektedir. Bu çalışmada meme malignitesine bağlı başvurular, kadınlarda en sık karşılaşılan onkolojik tanılardan biri olarak öne çıkmıştır. Bu bulgu, Adam D Klotz'un çalışmasında da benzer şekilde rapor edilmiştir; kadınların özellikle meme malignitesi ile ilgili acil başvurularında palyatif bakım ve semptom yönetiminin önemi vurgulanmıştır (5).

Yaş dağılımı incelendiğinde, çalışmamızdaki hasta grubu ortalama yaşının 63 olduğu saptanmıştır. Akciğer malignitesi gibi yüksek mortalite oranına sahip hastalıklar, ileri yaş grubunda daha sık gözlemlenmiş ve bu hastalar arasında mortalite oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Peter Stang ve Amir Alishahi Tabriz'in çalışmaları da benzer sonuçlar vermektedir; ileri yaş grubundaki malignite hastalarının bağıışıklık sistemlerindeki bozulmalar ve tedavi yanıtlarının azalması nedeniyle mortalite oranlarının arttığı rapor edilmiştir (6).

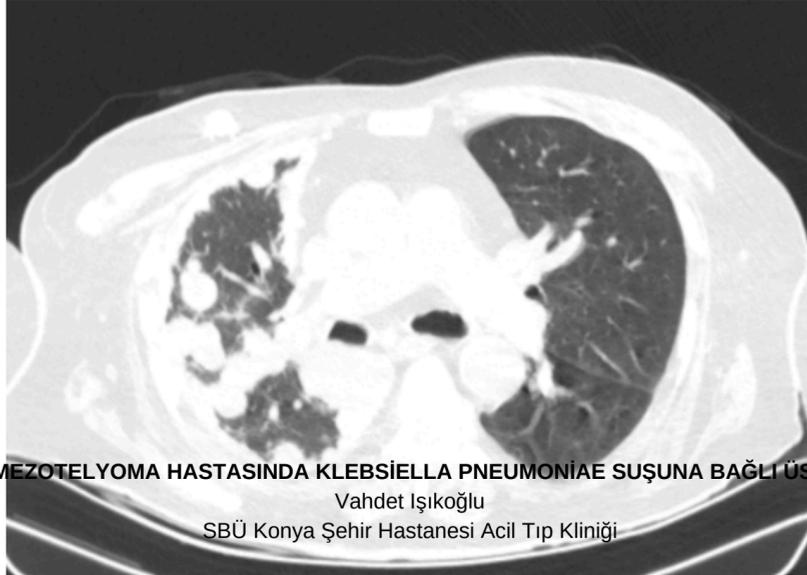
Sonuç

Cinsiyet ve yaşa dayalı farklılıklar göz önüne alındığında, özellikle ileri yaş grubundaki erkek hastalar için proaktif tedavi ve erken müdahale stratejilerinin geliştirilmesi önemlidir. Ayrıca, kadın hastalarda, meme malignitesi başvurularına yönelik semptom yönetimi ve palyatif bakım stratejileri öncelikli olmalıdır. Bu çalışmadaki bulgular, onkoloji hastalarının acil servis başvurularını yönetmede proaktif stratejilerin önemini vurgularken, aynı zamanda palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesi gerektiğini de ortaya koymaktadır. Özellikle yüksek mortalite oranlarına sahip akciğer malignitesi gibi hastalıklarda erken müdahale ve palyatif bakım, hem hasta yaşam kalitesini artırabilir hem de acil servis başvurularını azaltmaya yardımcı olabilir.

Kaynaklar:

- Strang, Peter; Schultz, Torbjörn. The impact of frailty on palliative care receipt, emergency room visits and hospital deaths in cancer patients: a registry-based study. *Current Oncology*, 2023, 30.7: 6623-6633.
- Heo, Sejin, et al. Clinical factors predicting return emergency department visits in chemotherapy-induced febrile neutropenia patients. *The American Journal of Emergency Medicine*, 2023, 67: 90-96.
- Ali, Noman, et al. Clinical profile and outcomes of adult oncological patients presenting to the emergency department of a tertiary care hospital. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 2022, 72.12: 2409-2412.
- Yılmaz, Sule, et al. Palliative care needs and clinical outcomes of patients with advanced cancer in the emergency department. *Journal of palliative medicine*, 2022, 25.7: 1115-1121.
- Klotz, Adam D., et al. Observation unit use among patients with cancer following emergency department visits: results of a multicenter prospective cohort from CONCERN. *Academic Emergency Medicine*, 2022, 29.2: 174-183.
- Tabriz, Amir Alishahi, et al. Trends and characteristics of potentially preventable emergency department visits among patients with cancer in the US. *JAMA Network Open*, 2023, 6.1: e2250423-e2250423.

SB074



Giriş

Üriner sistem enfeksiyonları (ÜSE), günümüzde tüm yaş gruplarında gerek hastane ortamında, gerekse hastane dışında en sık karşılaşılan bakteriyel enfeksiyonlardır.(1)Aseptomatik bakteriüri Kadınların % 5'inde bulunmuştur ancak erkeklerde nadirdir . Erkekler ÜSE açısından kadınlardan daha şanslıdır. 1-50 yaş arası erkeklerde ÜSE görülme sıklığı %1'in altındadır. 65 yaş üzerindeki kadınların %21 ve erkeklerin %12 de bulunur.(2) İdrar yolu enfeksiyonları tüm yaş guruplarını etkiler.Tüm Dünya'da her yıl en az 150 milyon semptomatik İYE vakası görülmektedir.Amerikada yıllık 7-8 milyon poliklinik başvurusu,1 milyon acil servis başvurusu,100000 hastane yatışı ve tüm hastane kaynaklı enfeksiyonların 1/3 'ünden fazlasının nedeni İYE'lerdir. ÜSE genellikle bakteriler tarafından oluşturulmakla birlikte,E.Coli komplike olmayan sistit epizotlarının %75-95 'inden ve komplike İYE ve piyelonefritin çoğu epizotundan sorumludur.Gram pozitif mikroorganizmalar daha az yaygındır.Staphilococcus saprophyticus özellikle genç kadınlarda %5-15 oranında görülür ve genellikle sistit etkenidir.Klebsiella, proteus mirabilis gibi gram negatif basiller diğer etkenlerdir.(2)Yaş ilerledikçe prostat hipertrofisi ve prostat salgısının azalmasına paralel olarak bakteriüri prevalansı artar ve %4-10'a ulaşır (3). Yapılan çalışmalarda; çok küçük ya da çok ileri yaşlar, cinsiyet, diabetes mellitus (DM), üriner sistem defektleri, genitoüriner tüberküloz, malignite, kronik böbrek yetmezliği, yabancı cisim varlığı, hemodiyaliz, cerrahi girişim ve böbrek transplantasyonu ÜSE için risk faktörleri olarak bildirilmektedir (4).Bu vakada klebsiella suşuna bağlı gelişen ÜSE olgusunu sunmayı amaçladık.

Vaka

Yetmiş bir yaşında erkek hasta, birkaç günden beridir halsizlik, ateş şikayetleriyle KŞH acil kliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde; 5 yıldır HT+KOAH nedeniyle takip edilmekte.Akciğer CA + Malign Mezotelyoma tanıları ile 1 yıl önce opere edilmiş.Son kemoterapiyi 2 ay önce almış.Son kullandığı ilaçlar: Aspirin, Tamprost, Excaliba plus, inhaler. Hasta 10 gün önce pnömoni nedeniyle onkoloji servisinde takip edilmiş şifa ile taburcu olmuş. Fizik muayenesinde: Oryante, Koopere,Ateş:37,5 ,TA:160/95 mm/Hg,SpO2(parmak ucu):%93nazal oksijenle, öksürük+ balgam+ Solunum sesleri azalmış, batın distandü, defans yok, rebound yok.Olgunun laboratuvar tetkiklerinde; WBC: 9.840/mm³, CRP: 326,41mg/dl, TİT: 3 lökosit/HPF, eritrosit:15/HPF ,Bakteri: Negatif,Protein:Eser,Nitrit: negatif idi. Çekilen kontrastsız toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde:"Sağ plevrada belirgin kabalaşma ,nodülarite dikkati çekmiştir.Benzer görünüm sağ fissür düzeyinde de mevcuttur.Görünüm malignite lehine yorumlandı.ileri inceleme önerilir.Her iki akciğerde atelektaziye ait bulgular izlenmektedir." Şeklinde raporlanmıştır.Olgumuz Tıbbi Onkoloji,göğüs hastalıkları ve enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildikten sonra takip ve tedavisi için Tıbbi onkoloji servisine yatırılmıştır. Onkoloji servisinde üçlü antibiyotik(Bactrim+Aveloks+merosid)tedavisi uygulanmış.04.10.2024 tarihinde alınan kontrol idrar kültüründe üreme olmayan ,kan tahillerinde akut faz reaktan düzeyleri normale dönen, 15 günlük tedavi sonrası genel durumu düzelen olgu şifa ile taburcu edilmiştir.

Resim-1. Olguya ait Toraks BT görüntüsü

SB075

ONKOLOJİK ACİLLERDE SPİNAL KORD BASISI

ENES KİRKİZİ

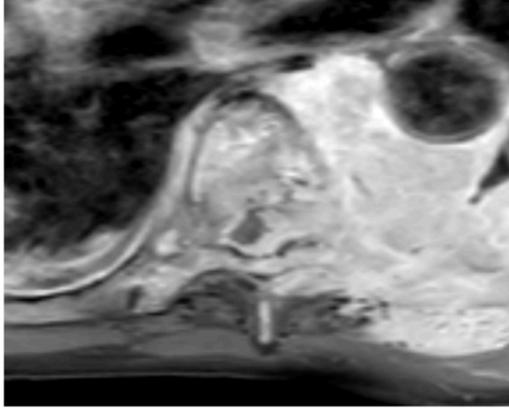
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Giriş-Amaç,

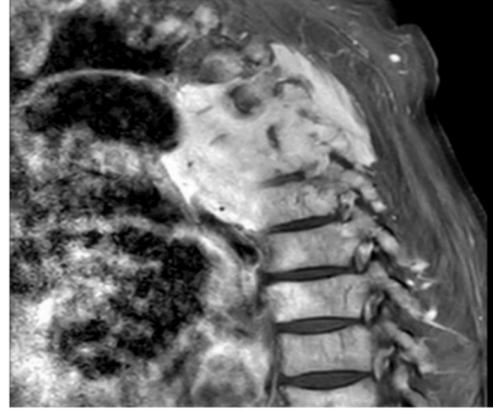
Spinal kord basısı tüm kanser hastalarının yaklaşık %5'ini etkileyen bir komplikasyondur. Vertebra metastazları tüm kanserlerin %3-5'inde görülürken; meme, prostat ve akciğer kanserli hastalarda daha yaygındır. SKB tedavi edilmezse neredeyse tüm hastalarda parapleji ile sonuçlanabilen acil bir tıbbi durum oluşabilir. Ancak erken tanı konulması ve uygun tedavi seçenekleri ile erken müdahale edilmesi durumunda bu klinik tablo tersine çevrilebilir. Sırt ağrısı ve nörolojik disfonksiyon SKB için uyarıcı semptomlardır. Tanıda Manyetik Rezonans ilk tercih edilen tanısal görüntüleme yöntemidir. Başlangıç tedavi seçeneği kortikosteroidlerken çoğu hasta için radyoterapi temel tedavidir. Ancak uygun hastalarda radikal cerrahi ve radyoterapi kombinasyonu daha üstün bir tedavi seçeneğidir. Erken tanı ve uygun tedavi, SKB'li hastaların çoğunda paraplejiyi önleyecektir.

Olgu:

74 yaş erkek hasta yaklaşık on gündür her iki alt ekstremitede güçsüzlük şikayeti ile acil servisimize başvurdu.Hasta yakınlarından alınan anamneze göre yaklaşık 2 yıldır Multiple Myelom tanılı hasta kemoterapi ve radyoterapi öyküsü mevcut.Hastanın yapılan muayenesinde üst ekstremitelerde motor gücü 5/5 alt ekstremitelerde plejik, dtrler alınamadı,babinski solda ekstansör sağda lakayt,ense sertliği yok.Hastadan alınan BT ve MR tetkiklerinde (Şekil A ve B) "T6,T7,T8 düzeyinde sol paravertebral bölgede yaklaşık 7 cm çapında kitlesel form oluşturan metastatik? lezyon izlendi.Mevcut lezyon T6,T7,T8 vertabralarda her iki lateral bölgeden belirgin bası bulguları oluşturacak şekilde görülmüştür." şeklinde raporlanmıştır. Hasta Beyin ve Sinir Cerrahisine danışılmış olup cerrahi klinik tarafından belirgin bası bulgularına neden olan kitle için cerrahi girişim planlanıp yatışı yapılmıştır.



Şekil A: AXİAL MR GÖRÜNTÜSÜ



ŞEKİL B:SAGİTAL MR GÖRÜNTÜSÜ

Tartışma-Sonuç:

Onkolojik Hastalarda spinal kord basısını erken dönemde fark etmek hem etkili tedavi ve de felç gibi istenmeyen sonuçları önlemek için önemlidir.

SB076

MAKROSKOPİK HEMATÜRİ

Serhat Boya

Konya Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Konya, Türkiye

Giriş

Tekrarlayan makroskopik hematüri şikayeti ile tarafımıza başvuran hasta tcc tanısı sonrası yapılan operasyondan sonra herhangi bir şikayeti olmadı.

Vaka

Tarafımıza tekrarlayan gros hematüri şikayeti ile 11.01.2022 tarihinde başvuran hastanın yapılan görüntülemelerinde sağ böbrek üst polde orta pole doğru uzanım gösteren 7x4 cm boyutlarında sağ böbrek üst kaliksiyel sistemden kaynaklandığı düşünülen solid kitle(transizyonel cell ca?) Saptandı . Yapılan tetkiklerinde hgb:3,8 saptanması üzerine hastaya acil nefreüretrektomi önerildi. Hastanın tedaviyi kabul etmemesi üzerine hastaya yeterli es replasmanı sonrası tedaviyi red formu imzalatılarak hasta taburcu edildi. Ardından benzer şekilde halsizlik genel durum bozukluğu şikayeti ile 7 defa acil servise başvuran hastanın her başvurusunda ileri derecede anemisinin olması nedeniyle ve cerrahi tedaviyi sürekli reddetmesi sebebiyle hastaya bu süreçte toplamda 19 ü es replasmanı yapıldı . İlk şikayetinden yaklaşık 1,5 yıl sonra aynı şikayetler ile tarafımıza başvuran hastanın operasyonu kabul etmesi üzerine 18.05.2024 tarihinde hastaya sağ nefroüretrektomi + lenf nodu diseksiyonu + parsiyel sistektomi operasyonu uygulandı. Takiplerinde herhangi bir şikayeti olmayan hastanın postop es replasmanı ihtiyacı olmadı. Hastanın patoloji sonucu yüksek dereceli noninvaziv papiller ürotelyal karsinom olarak sonuçlandı. Kliniğimizce takip edilen hastaya bu süreçte ek girişim gerekmedi.

Tartışma

Makroskopik hematurie onkolojik acillerden biri olup, bu şikayetle gelen hastaların üriner sistem malignitesi açısından değerlendirilmesi gerekmektedir.

SB077

JUVENİL GRANULOSA HÜCRELİ TÜMÖR VE PSÖDO-MEIGS SENDROMU BİRLİKTELİĞİ: İKİ OLGU

Mehmet Sarıkaya¹, Fatma Özcan Sıkı¹, Tamer Sekmenli¹, Metin Gündüz¹, Yavuz Köksal², Buket Kara², Numan Kılıçlı¹, Samet Ünal¹, İlhan Çiftçi¹
¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD
²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Onkolojisi

Amaç: Pseudo-Meigs Sendromu fibrom dışı over kitlelerinin asit ve plevral efüzyon ile birlikte olması durumudur. Juvenil granüloza hücreli tümör(JGHT) nedeniyle Pseudo-Meigs Sendromu gelişen literatürdeki en küçük iki olguyu sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Pseudo-Meigs Sendromu nedeniyle acil cerrahi gerektiren iki olgunun demografik verileri, başvuru nedenleri, ameliyat öncesi görüntüleme ve laboratuvar bulguları ve ameliyat sonrası patoloji verileri incelendi.

Bulgular:

Olgu-1: Karında şişlik, solunum sıkıntısı ile başvuran 7 aylık kız hastada; fizik muayenede pubik bölgede kıllanma (Tanner evre-II), telarş(Tanner evre-IIa) ve vajinal kanamasının olduğu görüldü. Abdominal ultrasonografide(USG) sağ adneks kaynaklı solid ve kistik komponentler içeren 45x77x53 mm boyutlarında kitle ve batında yaygın asit olduğu görüldü. Akciğer grafisinde bilateral plevral efüzyonu mevcuttu. Preoperatif CA-125 değeri 1396 U/ml, AFP 251 ng/dl, BHCG <0,2 mIU/ml idi. Hastaya sağ ooferektomi yapıldı. Patoloji sonucu JGHT olarak raporlandı. Postoperatif kür sağlanan hasta şuan 3.5 yaşında hayatına sorunsuz devam etmekte.

Olgu-2: 2 yaşında kız hasta, aile tarafından fark edilen memede büyüme şikayeti ile hastaneye başvuran hastada muayenede batında ele gelen kitle mevcuttu. Hastanın laboratuvarında CA 125 değeri 366 U/mL idi. Karın ultrasonografisinde, karın orta hattında yer alan, epigastrik bölgeden pelvik bölgeye uzanan ve en büyük boyutu 12 x 7,5 cm olan kistik solid alanlar içeren kitle lezyonu görüldü. Hastanın sağ taraflı plevral efüzyonu mevcuttu. Laparotomide kitlenin sol overden kaynaklandığı gözlemlendi. Ooferektomi yapılarak kitle eksize edildi patoloji raporu JGHT olarak raporlandı. Hasta şuan 14 yaşında sağlıklı olarak hayatına devam etmekte.

Sonuç: Plevral efüzyon nedeniyle oluşan solunum sıkıntısı,batında asit ve adneksiyal kitle nedeniyle başvuran çocuklarda Pseudo-Meigs Sendromu akılda tutulmalıdır. Over tümörleri içinde juvenil granüloza hücreli tümör oldukça nadir olmasına rağmen ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Hastalarda cerrahi eksizyon sonrası dramatik iyileşme gözlenmektedir. Zamanında müdahale edilen olgularda ek olarak kemoterapi/radyoterapiye ihtiyaç duyulmamaktadır.

SB078

Sigara Bırakma Tedavisi için Vareniklin Kullanan ve Hipofiz Adenomu ile Akromegali Tanılarını Alan Bir Hasta: Olgu Sunumu

Aynur Yıldırım¹, Mustafa Balcı¹, Seyfullah Yıldırım², İbrahim Solak¹
¹Konya Beyhkim Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği
²Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı

GİRİŞ

Sigara bırakma tedavisinde davranışçı-bilişsel yöntemler, nikotin yerine koyma tedavisi, bupropion ve vareniklin gibi seçenekler bulunmaktadır (1). Bu olgu sunumunda, vareniklinin hipofiz adenomuna ve akromegaliye yatkınlığı etkileyebileceğine dikkat çekilmiştir.

OLGU

Erkek hasta, 41 yaşında; 28 paket/yıl sigara kullanımı öyküsü var. On iki yıl önce vareniklin tedavisiyle sigara kullanımını bırakmış, son 10 aydır sigara kullandığı için başvurmuş. Vareniklin kullanımı sonrasındaki 6 ay içinde meme uçlarının sertleştiği, vücut ağırlığında 10 kilogram artış olduğu, ayak baş parmaklarında tekrarlayan tırnak batmaları olduğu, ayakkabıların dar geldiği ve ayakkabı numaralarının büyüdüğü, ellerinin irileştiği, sabahları uyuduğu ve parmaklarını açmakta zorlandığı, yüzüğünün parmağını sıkıdığı, pantolon paça ve bacak kesimlerinin dar gelmeye başladığı, göğüs kafesinin genişlediği ve kıyafetlerinin dar geldiği, burun, alın, çene ve yüz kemiklerinin irileştiği, fotoğraflarda yüz şeklinde fark edilen değişikliklerin olduğu, cinsel sorunlar yaşadığı, dişlerinin arasının açıldığı, bu süreçte skolyoz, uyku apnesi, glokom, hipermetropi ve tip 2 diabetes mellitus tanıları aldığı, tüm sorunlarının benzer zamanlarda olduğu, her bir şikayeti için farklı polikliniklere başvurduğu tespit edildi. Bir yıl sonra sol gözde ani görme kaybının olmasıyla beyin ve sinir cerrahisinden hipofiz tümörü, akromegali tanıları almış. Beyin ve sinir cerrahisi, endokrinoloji bölümleri tarafından takipliymiş. Hipofiz adenomu tanısı almadan önce nitrozamin içeren başka ilaç kullanmamıştır (2). Aile öyküsü yoktur.

TARTIŞMA

Hayvan çalışmalarında insanların dayanabileceği kanserojen olarak sınıflandırılan nitrozamin; ilacın üretimi, ambalajlanması aşamasında olduğundan, üretim sürecindeki değişiklikler ile önlenemez. Literatürde vareniklinin (N nitroso-vareniklin, Champix) nitrozamin içerdiği, eşik değerini aştığı; birçok ülkede geri çekilme kararı alındığı, yetkili pazarlama sahibinin bunu gözden geçirmesi gerektiği sonucuna varılmıştır (2-5). Hayvan çalışmalarında, nitrozaminlerin kanserojen olduğu ve hipofiz adenomuna neden olduğu bildirilmiştir (6-8). Nitrozaminler; diğer yapılan hayvan çalışmalarında, en sık akciğer ve karaciğer tümörüne neden olmakla birlikte nadir görülen tümörleri indüklediği bildirilmiştir (9).

SONUÇ

Hastada vareniklin tedavisinden önce hipofiz görüntülemesi yapılmamış, ancak tedaviden 6 ay sonra başlayan semptomlar ve hipofiz adenomunun nitrozamin ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu - Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu. Türk Toraks Derneği. 2014;6-41.
2. Dattatraya JP, Arun MSN, Deshmukh VK, Ghawate VB, Pund AR. A Review On Nitrosamine Impurities Present In Drugs. Pharmaceutical Resonance. 2022;4(2).
3. US FDA. FDA Alerts Health Care Professionals and Patients to a Voluntary Recall of Varenicline (Chantix) to the Warehouse Level.
4. Health Canada. CHAMPIX (Varenicline)—Potential Risk Posed by Long-Term Exposure to Nitrosamine Impurity, N- Nitrosovarenicline, Exceeding Acceptable Intake Limit.
5. Pfizer PFE Türkiye. İlaç Geri Çekme Tutanağı.
6. Berman JJ, Rice JM, Wenk ML, Rollee PP. Dependence of Tumor Spectrum on Route of Administration in Sprague-Dawley Rats as a Result of Single or Multiple Injections of Methyl(acetoxymethyl)nitrosamine. 2018.
7. Hoshi S, Hoshi N, Okamoto M, Paiz J, Kusakabe T, Ward JM, et al. Role of NKX2-1 in N -bis(2-hydroxypropyl)-nitrosamine-induced thyroid adenoma in mice. Carcinogenesis. 2009;30(9):1614-9.
8. Lijinsky W, Reuber MD. Comparative Carcinogenesis By Some Aliphatic Nitrosamines In Fischer Rats. Cancer Lett. 1981;14:297-302.
9. OEHA (Office of Environmental Health Hazard Assessment). Evidence on the Carcinogenicity of N-Nitrosomethyl-n-Alkylamines; OEHA: Oakland, CA, USA, 2014.

SB079

ONKOLOJİK ACİL:FEBRİL NÖTROPENİK HASTADA SEPTİK ŞOK

Nureddin Servi
Mamak Devlet Hastanesi

GİRİŞ

Febril nötropeni, genellikle sitotoksik kemoterapi ve malignitelerle ilişkili olan ve morbidite ve mortalite üzerinde önemli bir etkisi olan yaşamı tehdit eden bir komplikasyondur. FN'nin sonuçları arasında doz azaltımları, tedavi gecikmeleri morbidite ve mortalite üzerinde önemli etki yer alabilir. Nötropeni, kanserin kendisinden, kemoterapi ve radyasyondan, diğer altta yatan hastalık süreçlerinden veya olayların bir kombinasyonundan kaynaklanan kemik iliği hasarının bir sonucu olarak ortaya çıkabilir (1). Septik şok, maligniteli hastalarda daha yüksek mortalite ile ilişkilidir ve yoğun bakım ünitesine yatışın yaygın bir nedenidir [2,3]. Bu yazımızda pankreas kanseri kemoterapi alan septik şokta nötropenik ateş vakası sunulmuştur.

VAKA

42 yaşında kadın hasta acil servise kusma, ishal ateş şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde pankreas kanseri nedeniyle 2 ay önce whipple operasyonu geçirdiği, şu anda 1 hafta önce adjuvan sitotoksik kemoterapiye başlandığı öğrenildi. Acil serviste genel durum orta, ajitasyon mevcut, vital bulgulara ateş:38.2 0C derece tansiyon: 75/45 mmHg spo2:96 nabız:115 / dk idi. Hastanın kan sonuçlarında wbc:1200 / μ L nötrofil:110 / μ L hgb:11 HGB: 12 g/dL, plt:122 103/ μ L, AST/ALT:13/5 U/L, BUN:25 mg/dL, Kreatin:1.52 mg/dL, sodyum:130 mmol/L, potasyum:3.2 mmol/L, kalsiyum:9 mg/dL, albumin:29 g/L, crp:143 mg/L, prokalsitonin:13 kan gazında ph:7.42, pco2:26 mmHg, po2:88 mmHg, hco3:17 mmol/L, laktat:2 mmol/L idi. Hastada febril nötropeni tablosunda hipovolemi düşünülerek hidrasyon başlandı. idrar çıkışı 15cc/h ve hipotansif olan nöradrenalin başlanan hasta septik şok tanısıyla yoğun bakıma yatırıldı

TARTIŞMA

Febril nötropeni Mutlak nötrofil sayısının 500'ün altında olduğu veya 48 saat içinde <500 /mm³ olacağı düşünülen nötropeni ile beraber; tek bir oral ölçümde ateşin 38.3 C saptanması veya bir saat süreyle 38 C ve üzerinde bulunduğu tespit edilmesidir.(4) Yatan ve ayaktan bakım ortamlarında yapılan bir çalışmanın bulguları, kemoterapi süresince FN geliştirme riskinin %16,8 olduğunu göstermiştir.(1). Yapılan bir çalışmada, septik şok hastalarının %14,7'sinin nötropenik olduğu belirlenmiştir (5). Ayrıca, önemli sayıda nötropenili hastayı içeren çalışmalarda, kanser hastalarının yoğun bakım ünitesine zamanında yatırılmasının sağ kalım için elzem olduğunu belirtmiştir(6,7)

Acil servise ateş ve ishal şikayeti ile başvuru yüksektir. Kanser öyküsü olan kemoterapi alan ateş ve ishal şikayeti olan hastalar detaylı değerlendirilmesi gereken hastalardır. Kemoterapi alan pankreas kanseri olan bizim vakamızda da septik şok ve nötropenik ateş mevcuttur. Acil servise başvuran kemoterapi alan onkolojik hastalarda ateş varlığında nötropenik ateş ve septik şok akılda tutulmalıdır. The Multinational Association for Supportive Care in Cancer skorlaması (8) ile hastane yatışı için hasta değerlendirilmeli ve erken tedavi başlanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Lucas AJ, Olin JL, Coleman MD. Management and Preventive Measures for Febrile Neutropenia. P T. 2018 Apr;43(4):228-232. PMID: 29622943; PMCID: PMC5871243.
- Azoulay E., Mokart D., Pène F., Lambert J., Kouatchet A., Mayaux J., Vincent F., Nyunga M., Bruneel F., Laisne L.M., et al. Outcomes of critically ill patients with hematologic malignancies: Prospective multicenter data from France and Belgium—a groupe de recherche respiratoire en réanimation onco-hématologique study. J. Clin. Oncol. 2013;31:2810–2818. doi: 10.1200/JCO.2012.47.2365.
- Soares M., Bozza F.A., Azevedo L.C., Silva U.V., Corrêa T.D., Colombari F., Torelly A.P., Varaschin P., Viana W.N., Knibel M.F., et al. Effects of Organizational Characteristics on Outcomes and Resource Use in Patients with Cancer Admitted to Intensive Care Units. J. Clin. Oncol. 2016;34:3315–3324. doi: 10.1200/JCO.2016.66.9549.
- Freifeld AG, Bow EJ, Sepkowitz KA, Boeckh MJ, Ito JI, Mullen CA, Raad II, Rolston KV, Young JA, Wingard JR., Infectious Diseases Society of America. Clinical practice guideline for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update by the infectious diseases society of america. Clin Infect Dis. 2011 Feb 15;52(4):e56-93.
- Kim SM, Kim YJ, Kim YJ, Kim WY. Prognostic Impact of Neutropenia in Cancer Patients with Septic Shock: A 2009-2017 Nationwide Cohort Study. Cancers (Basel). 2022 Jul 24;14(15):3601. doi: 10.3390/cancers14153601. PMID: 35892860; PMCID: PMC9332608.
- de Montmollin, E.; Tandjaoui-Lambiotte, Y.; Legrand, M.; Lambert, J.; Mokart, D.; Kouatchet, A.; Lemiale, V.; Pène, F.; Bruneel, F.; Vincent, F.; et al. Outcomes in critically ill cancer patients with septic shock of pulmonary origin. Shock 2013, 39, 250–254.
- Azoulay, E.; Pène, F.; Darmon, M.; Lengliné, E.; Benoit, D.; Soares, M.; Vincent, F.; Bruneel, F.; Perez, P.; Lemiale, V.; et al. Managing critically ill hematology patients: Time to think differently. Blood Rev. 2015, 29, 359–367.
- Taj M, Nadeem M, Maqsood S, Shah T, Farzana T, Shamsi TS. Validation of MASCC Score for Risk Stratification in Patients of Hematological Disorders with Febrile Neutropenia. Indian J Hematol Blood Transfus. 2017;33(3):355-360. doi:10.1007/s12288-016-0730-7

SB080

SPONTANE AND PROGRESSİVE BLEEDİNG İN THE EMERGENCY ROOM

İhtişam Zafer Cengiz¹, Ensari Yavuz², Fatma Çakmak³

1.İstanbul Atlas Üniversitesi, Plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi anabilimdalı

2.Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eviya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik rekonstrüktif ve estetik cerrahi

3.İstanbul Atlas Üniversitesi, Acil tıp anabilimdalı

INTRODUCTION

Squamous cell carcinoma is the second most common malignancy after basal cell carcinoma, with a share of 20 percent among skin cancers. Squamous cell carcinoma originates from squamous cells, which are the outermost layer of the skin. Since its metastasis rate is high, it is an important morbidity and mortality factor. Therefore, early diagnosis and treatment are important.

The most important factor in its pathophysiology is ultraviolet (UV). Ultraviolet causes DNA damage directly in squamous cells, causing squamous cell carcinomas. Although it can be seen anywhere on the body, it is most commonly seen in the head-neck region and the dorsal part of the hand. The fact that it is most commonly seen in the H region of the face indicates that direct sunlight is effective (Figure 1). In addition to UV in etiology; There are also factors such as genetic factors, chronic irritation, ulcers, old burns (Marjolin ulcer), chronic radiation, immunosuppression and solid organ transplantation. The incidence of squamous cell carcinoma is also increased in diseases such as xeroderma pigmentosum and oculocutaneous albinism.

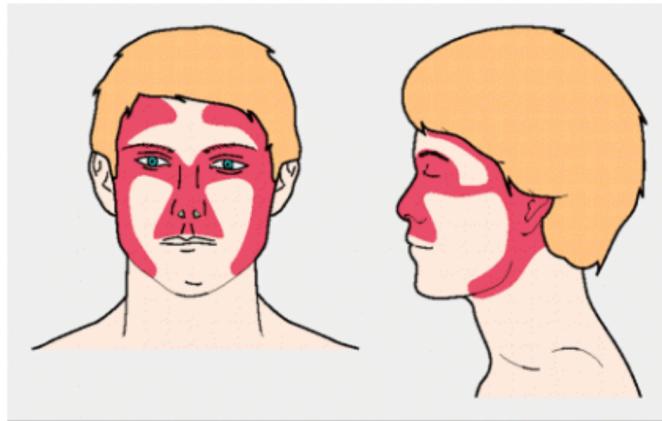


Figure 1. H region of the face

The characteristic appearance of cutaneous squamous cell carcinoma is an ulcerated, raised pink papule or plaque. The appearance can vary considerably, from flat lesions with well-defined borders resembling actinic keratoses to large, ulcerated, and invasive lesions. Even carcinomas close to vascular structures may present to the emergency department with severe, unstopable bleeding.

The definitive diagnosis of squamous cell carcinoma is made by incisional or excisional biopsy. Early diagnosis and treatment significantly reduce both esthetic appearance and metastasis-related morbidity and mortality, thus increasing survival.

CASE

A 74-year-old male patient came to the emergency department with a complaint of unstopable bleeding from a wound on the right side of his nose of unknown cause. The patient stated in his history that he had a pimple-like lesion on the right alar wing of his nose for the last 5 months, and that he had removed the crust of this lesion several times, causing bleeding. It was learned that the patient was engaged in farming, there was no similar history of skin cancer in the family, he had no illness other than hypertension, and he did not use any medication regularly. The patient's general condition was good at the time of admission, blood pressure was 140/80, and pulse was 64. The lesion on the right wing of the nose was seen to be raised above the skin and ulcerated in the middle. When the anamnesis was examined, it was learned that the patient had previously gone to the hospital plastic surgery clinic for this complaint, a biopsy was performed, and the result was squamous cell carcinoma, and surgery was recommended, but the patient did not accept the operation. The patient, whose blood values were normal, was first treated in the emergency room by applying pressure with sponges impregnated with diluted adrenaline to stop the bleeding. Later, a plastic surgery consultation was requested. The patient was taken over by plastic surgery. The plastic surgery clinic concluded that there was no neck metastasis as a result of neck CT. Total excision of the mass was performed under local anesthesia and nasolabial island flap was applied for defect repair.



Figure 2. Preoperative SCC



Figure 3. Defect formed after excision

The pathology report, which resulted from the examination of the patient's total excision material, showed that the surgical margins were clean, and neck USG follow-up and oncology follow-up were recommended at 3-month intervals. The patient was discharged without sequelae.

SB080



Figure 4. 1st week after flap repair

DISCUSSION

Squamous Cell Carcinoma is frequently seen and can be aggressive, so it should be closely monitored, and early diagnosis and treatment should be initiated. Approximately 700 thousand new SCC cases are seen in the USA each year. Risk factors, family history and the shape of the lesion should be evaluated well at the time of application.

It should not be forgotten that some premalignant lesions can cause SCC. These lesions are especially actinic keratosis, Bowen's disease (scc in-situ), leukoplakia and keratoacanthoma. Keratoacanthoma mimics SCC clinically. Excision alone is sufficient for these precursor lesions. Squamous cell carcinoma patients may present to emergency services with complaints of pain and unstoppable bleeding before or after diagnosis. Correct referral in the emergency department is life-saving. The main treatment for squamous cell carcinoma is surgery. Correct excision margins without metastasis significantly reduce the patient's mortality and morbidity rates. Generally, excision with a 6 mm surgical margin is ideal. In terms of metastasis evaluation, USG-CT-MR combinations or PET/CT can be used depending on the region. Sentinel lymph node biopsy can be performed in the presence of suspicious lymph nodes. Completion lymphadenectomy can be performed when lymphatic metastasis is confirmed. Radiotherapy and chemotherapy can be used in advanced metastatic cases.

Correct guidance and early diagnosis of squamous cell carcinoma in suspicious lesions are very important for mortality and morbidity.

YAZAR İNDEKSİ

A

Abdi Gürhan 56 - Abdullah Güneş 96 - Abdül Rıdvan Kulu 74 - Abdülaziz Doğan 101, 103, 106 - Abdussamed Vural 37 - Ahmet Çağlar 59, 60 - Alican Özer 93 - Asaf Burak Vural 89 - Ayla Mollaoğlu 17 - Aynur Yıldırım 110 - Ayşe Işık 17 - Ayşegül Demir 100

B

Bahattin Kerem Aydın 25, 93 - Batuhan İlber Başol 12 - Betül Çiğdem Yortanlı 58 - Berke Yıldırım 21, 69 - Buket Kara 87, 87, 88, 92, 110 - Burak Ezer 42

Ç

Çiğdem Damla Deniz 13, 14

D

Demet Acar 17 - Deniz Yılmaz Sak 13, 14 - Dilay Gök Korucu 86 - Dursun Elmas 27

E

Ebubekir Eravşar 25 - Eda Nur Hepbildi 86 - Elif Ceyda Serin 51, 52 - Emine Özdemir Kaçer 78 - Emin Fatih Vişneci 94 - Emirhan Ünlü 47 - Emrah Avcuoğlu 67 - Enes Karaman 90 - Enes Kirkiz 109 - Ensari Yavuz 112 - Ercüment Egeli 43, 80 - Esra Koşucu 93

F

Fatih Akkuş 52 - Fatih Cemal Tekin 21, 69 - Fatma Betül Yiğit 87 - Fatma Çakmak 112 - Fatma Gül Akgüner 39 - Fatma Özcan Sıkı 85, 87, 87, 88, 88, 92, 110 - Fettah Eren 18 - Fikri Burak İpçi 80, 82 - Fuat Buğrul 85

G

Gamze Kaygısız Bayındır 87, 88, 88 - Gizem Çakan 82 - Gökhan İlyas 43 - Gökhan Özdemir 18 - Gülsima Özcan 16 - Gülsüm Tuğçe Çatak 13, 14

H

Hanife Tuğçe Çağlar 61 - Hasan Basri Yıldırım 13, 14 - Hasan Kumru 81 - Hasan Madenci 93 - Hatice Altunhan 13 - Hilal Sena Çiftçi 42 - Hüseyin Kurku 13, 14

İ

İbrahim Keş 21 - İbrahim Solak 110 - İlhan Çiftçi 85, 87, 87, 88, 88, 92, 110 - İhtişam Zafer Cengiz 112 - İlker Çordan 54 - İlker Kaçer 78, 78 - İlknur Şahin 61 - İslam Köse 13, 14 - İsmail Dilek 56 - İsmail Yağmurlu 85, 87

K

Korhan Kollu 32

L

Levent Şahin 75 - Leyla Öztürk Sönmez 100

M

Mahmut Sami İnce 36 - Mehmet Gül 47, 101, 103, 106 - Mehmet Gündüz 85, 87, 88, 92, 110 - Mehmet Özdemir 42 - Mehmet Öztürk 87 - Mehmet Sarıkaya 85, 87, 87, 88, 88, 92, 110 - Melih Şimşek 16 - Melike Geyik Bayman 86 - Mete Can Ateş 86, 93 - Merve Demireller 46 - Mine Kayacı Yıldız 48, 50 - Muhammed Çakas 40 - Muhammed Sadettin İpek 94 - Muhammet Salih Ateş 79 - Murat Gül 79 - Mustafa Balcı 110 - Mustafa Cihan Altay 62 - Mustafa Oğuz Cumaoğlu 33 - Mustafa Özçelik 70 - Mustafa Şahin 83 - Muzaffer Uğraklı 28, 30 - Müslime Kasa 60

YAZAR İNDEKSİ

N

Nijad Bakshalijev 16 - *Nisa Nur Keskin* 89, 89 - *Numan Kılıçlı* 88, 92, 110 - *Nur Gözde Kulhan* 86 - *Nureddin Servi* 111

O

Oğuzhan Günenc 52, 86 - *Onur Bulut* 100 - *Osman Lütfi Demirci* 94 - *Oya Güven* 46

Ö

Ömer Burak Taşkaya 13, 14 - *Ömer Jaradat* 99 - *Ömer Yüceer* 65 - *Öznur Köylü* 13, 14

R

Rıfat Şener 51, 52, 86

S

Sabri Sekme 76 - *Said Sami Erdem* 13, 14 - *Saliha Yılmaz* 59 - *Samet Tolun* 75 - *Samet Ünal* 110 - *Selin Uğraklı* 86 - *Selma Özlem Çelikdelen* 23 - *Sena Tayiz* 13 - *Serhat Boya* 109 - *Sevcan Sarıkaya* 86, 93 - *Sevgi Pekcan* 61 - *Seyfullah Yıldırım* 110 - *Seyyid Rasim Yanmaz* 44 - *Sıtkı Özbilgeç* 52, 97 - *Süeda Zaman* 49

Ş

Şahende Elagöz 16

T

Tamer Sekmenli 85, 87, 88, 92, 110 - *Tunahan Uygun* 42 - *Tural Guliyev* 16 - *Turgut Dolanbay* 73

Ü

Ümit Yaşar Can 70, 72 - *Ümmügülsüm Esenkaya* 86

V

Vahdet Işıkoğlu 108 - *Volkan Taşdemir* 53

Y

Yasin Yağcılar 47 - *Yasin Yıldız* 48, 50, 101, 103, 106 - *Yavuz Köksal* 87, 88, 88, 92, 110 - *Yavuz Yılmaz* 101, 103, 106 - *Yunus Hatipoğlu* 72, 82

Bu sayfa bilinçli olarak boş bırakılmıştır.

Bu sayfa bilinçli olarak boş bırakılmıştır.



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KONYA
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



IV. INTERNATIONAL ONCOLOGICAL EMERGENCIES CONGRESS

Tam Metin
Bildiri Kitabı

Full Text Book

17-20 OCTOBER
2024
KONYA

Konya City Hospital

ISBN: 978-625-98269-7-4

Congress Scientific Secretariat:

- Yasin Yıldız, MD.
atuyasin02@gmail.com
Demet Acar, MD.
dr_demetacar@hotmail.com
Asst.Prof.Emin Fatih Vişneci
drfatihvisneci@hotmail.com
Ayla Mollaoğlu, MD.
mollaoglu@windowslive.com

Congress Organisation Secretariat:

- Menderes Hazır
info@atuder.org.tr
0554 568 12 15

<https://acil42.com/onkolojikacillerkongresi>

