



**İZMİR**  
AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ



# 15. *Ulusal İzmir* **AİLE HEKİMLERİ** **DERNEĞİ** *Kongresi*

*29 Nisan - 02 Mayıs 2024*

*La Blanche Island, Bodrum*

**PROGRAM VE ÖZET KİTABI**



[www.izahed2024.org](http://www.izahed2024.org)



# 15. Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ *Kongresi*

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

## KONGRE DÜZENLEME KURULU

### KONGRE BAŞKANI

NURİ ŞALK

### KONGRE GENEL SEKRETER

İSMAİL ÇİFÇİ

### KONGRE BİLİMSEL SEKRETERİ

DERYA MENGÜCÜK

### ÜYELER

MUHTEBER ÇOLAK

NİHAN DAŞTI

BİLAL DURMAZ

MUSTAFA KARACA

ÇAĞRI DURSUN

ALPER ÇAMLI

VOLKAN ALTAN

ÖZLEM MUSLU

SEVGİ GÜMÜŞ

BAŞAK AKKAYA



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ *Kongresi*

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

## İZAHED YÖNETİM KURULU

### YÖNETİM KURULU BAŞKANI

MUHTEBER ÇOLAK

### BAŞKAN YARDIMCILARI

VOLKAN ALTAN  
DERYA MENGÜCÜK

### GENEL SEKRETER

NURİ ŞALK

### SAYMAN

SEVGİ GÜMÜŞ

### ÜYELER

MUSTAFA KARACA  
İSMAİL ÇİFÇİ  
BAŞAK AKKAYA  
ÖZLEM MUSLU



**İZMİR**  
AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ



**15.** *Ulusal İzmir*  
**AİLE HEKİMLERİ**  
**DERNEĞİ** *Kongresi*

*29 Nisan - 02 Mayıs 2024*

*La Blanche Island, Bodrum*

**BİLİMSEL**  
**PROGRAM**

[www.izahed2024.org](http://www.izahed2024.org)



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

29 Nisan 2024

## SALON 1

14:00-17:00

KURS 1

*Oturum Başkanı: Dr. Başak Akkaya*

BİRİNCİ BASAMAKTA DİYABET YÖNETİMİ KURSU

Prof. Dr. Sevki ÇETİNKALP

## SALON 2

14:00-17:00

KURS 2

*Oturum Başkanı: Dr. Volkan ALTAN*

ASM'DE ACİL VAKALARA YAKLAŞIM KURSU

Doç. Dr. Neşe ÇOLAK

## SALON 3

14:00-17:00

KURS 3

*Oturum Başkanı: Dr. Özlem MUSLU*

YAŞAMIN İLK 6 YILI VE BESLENME KURSU

Doç. Dr. Tolga İNCE

## SALON 4

14:00-17:00

KURS 4

*Oturum Başkanı: Dr. Mustafa KARACA*

TEMEL RADYOLOJİ KURSU

Doç. Dr. Ali Murat KOÇ

18:00

KONGRE AÇILIŞ KONUŞMALARI



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

## 30 Nisan 2024

### SALON 1

09:00-09:40

#### 1. OTURUM

*Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Merve ALBAN*

Aile Hekimliğinde Gelecekteki Uygulamalar

Doç. Dr. Meltem KOÇ

09:40-10:00

#### KAHVE ARASI

10:00-10:40

#### 2. OTURUM

*Oturum Başkanı: Uzm. Dr. İsmail ÇİFTÇİ*

Dislipidemi Tanı ve Tedavi Kılavuzu

Prof. Dr. Şevki ÇETİNKALP

10:40-11:00

#### KAHVE ARASI

11:00-11:40

#### UYDU SEMPOZYUMU 1- SANDOZ

Alerji

11:40-11:50

#### KAHVE ARASI

11:50-12:30

#### 3. OTURUM

*Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Nihan DAŞTI*

Pediyatrik Enfeksiyonlarda Antibiyotik Kullanımı

Prof. Dr. Dilek YILMAZ

12:30-14:00

#### ÖĞLE YEMEĞİ

14:00-14:40

#### 4. OTURUM

*Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Ece SAYKAN BALATACI*

Fonksiyonel barsak hastalıkları

Prof. Dr. Göksel BENĞİ

14:40-15:00

#### KAHVE ARASI



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ *Kongresi*

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

## 30 Nisan 2024

15:00-15:40 UYDU SEMPOZYUMU 2- NOBEL  
Ağrı

15:40-16:00 KAHVE ARASI

16:00-16:40 5. OTURUM  
*Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Nuri ŞALK*  
Sık Görülen Göz Acilleri

Prof. Dr. Sait EĞRİLMEZ

16:40-16:50 KAHVE ARASI

16:50-17:30 6. OTURUM İNTERAKTİF  
*Oturum Başkanları: Uzm. Dr. Bilal DURMAZ, Uzm. Dr. Merve NUR ALAGÖZ*  
Kardiyovasküler Hastalıklar (en çok merak edilenler)

Prof. Dr. Hüseyin OFLAZ

### SALON 2

11:50-12:30 BİLDİRİ SUNUMU  
Oturum Başkanları:



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

1 Mayıs 2024

## SALON 1

09:00-09:40	<b>7. OTURUM</b> <i>Oturum Başkanı: Dr. Adem ERTAŞ</i> ASM.de PSA Değerlendirmesi ve Prostat Hastalıkları	Uzm. Dr. Özgür ERDOĞAN
09:40-10:00	<b>KAHVE ARASI</b>	
10:00-10:40	<b>8. OTURUM</b> <i>Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Çağrı DURSUN</i> Görselden Tanıya Dermatolojik Hastalıklar	Prof. Dr. Fatma Aslı HAPA
10:40-11:00	<b>KAHVE ARASI</b>	
11:00-11:40	<b>UYDU SEMPOZYUMU 3- HUMANİS</b> Scabies Tanı ve Tedavisi	Doç. Dr. Aslan YÜREKLİ
11:40-11:50	<b>KAHVE ARASI</b>	
11:50-12:30	<b>9. OTURUM</b> <i>Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Kamile KUZUGÜDENLİ</i> Yapay Zeka ve Aile Hekimliği	Prof. Dr. Yusuf Cem KAPLAN
12:30-14:00	<b>ÖĞLE YEMEĞİ</b>	
14:00-14:40	<b>10. OTURUM</b> <i>Oturum Başkanları: Uzm. Dr. İsmail ÇİFÇİ, Uzm. Dr. Nihan DAŞTI</i> Her Yönüyle Aşılı İletişimi	Prof. Dr. Nur Baran AKSAKAL
14:40-15:00	<b>KAHVE ARASI</b>	





# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ *Kongresi*

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

1 Mayıs 2024

15:00-15:40

11. OTURUM

**Oturum Başkanı: Dr. Sevgi GÜMÜŞ**

Yaşlılarda Polifarmasiye Aile Hekimliği Yaklaşımı

Prof. Dr. Hüseyin CAN

15:40-16:00

KAHVE ARASI

15:00-15:40

12. OTURUM

**Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Derya MENGÜCÜK**

Cinsellik ile İlgili Tüm Merak Edilenler

Uzm. Dr. Müjdegül ZAYIFOĞLU  
KARACA

16:40-16:50

KAHVE ARASI

15:00-15:40

13. OTURUM

**Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Merve AKEKİN**

Vitaminlerimi Ölçtürmeye Geldim

Doç. Dr. Oğuzhan ÖZCAN



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

2 Mayıs 2024

## SALON 1

08:30-09:10	<b>14. OTURUM</b> <i>Oturum Başkanı: Dr. Alper ÇAMLI</i> Akılcı İlaç Kullanımı	Uzm. Dr. Çağrı DURSUN
09:10-09:50	<b>15. OTURUM</b> <i>Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Nuri ŞALK</i> Çocuk İstismarı	Uzm. Dr. Özlem BAĞ
09:50-10:00	<b>KAHVE ARASI</b>	
10:00-10:40	<b>16. OTURUM</b> <i>Oturum Başkanı: Uzm. Dr. Muhteber ÇOLAK</i> Gezegen Sağlığı ve WONCA	Doç. Dr. Özden GÖKDEMİR
10:40-10:50	<b>KAHVE ARASI</b>	
10:00-10:40	<b>17. OTURUM</b> <i>Oturum Başkanları: Uzm. Dr. Feride GÜLCÜLER, Uzm. Dr. Ebru TERZİ</i> Yatağa Bağımlı Hastalarda Beslenme	Uzm. Dr. Özge TUNCER
11:50-12:30	<b>KAPANIŞ</b>	



**İZMİR**  
AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ



*Ulusal İzmir*  
**15. AİLE HEKİMLERİ  
DERNEĞİ** *Kongresi*

*29 Nisan - 02 Mayıs 2024*

*La Blanche Island, Bodrum*

**SÖZLÜ  
SUNUMLAR**



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

## S-01

### DİABETES 1.5: KETOZA EĞİLİMLİ DİYABET TANISI ALAN OLGU

İclal KASAP, Volga KAYMAKÇI, Büşra GÜRSES, Kardelen TUNÇ, Gizem LİMNİLİ, Nilgün ÖZÇAKAR  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı  
İclal KASAP / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

**Amaç:** Ketoza eğilimli diyabet (KED), diyabetik ketoasidoz veya provoke edilmemiş ketozis ile başvuran ancak tipik otoimmün tip 1 diyabet fenotipine sahip olması gerekmeyen hastalarla karakterize, yaygın, yeni ortaya çıkan, atipik diyabet sendromudur. KED'in patofizyolojisinde ciddi  $\beta$  hücre fonksiyon bozukluğu vardır. Günümüzde tedaviye yanıtı ve prognozu belirlemek için A/ $\beta$  sınıflandırma sisteminin kullanılması önerilmektedir. C-peptid ölçümü ile belirlenen  $\beta$ -hücre rezervi ( $\beta$ ) ve adacık otoantikörleri ile belirlenen adacık otoimmünitesi (A) bulgularına dayanan sınıflamaya göre; KED'in dört farklı varyantı tanımlanmıştır. Bu olgu sunumunun amacı, oldukça heterojen olan; çoğunlukla klinik insülin direnci bulgularına sahip, fazla kilolu ya da obez erkeklerde görülen; atipik diyabet formunu tanımanın önemini belirtmektir.

### WHO Diyabet Sınıflaması-2019

TABLO 1.4: Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Diyabet Sınıflaması (2019)

<b>Tip 1 Diyabet</b>
<b>Tip 2 Diyabet</b>
<b>Diyabetin hibrit formları</b> Erişkinde yavaş gelişen immün aracı diyabet Ketoza meyilli tip 2 diyabet
<b>Diğer Spesifik Tipler</b> Monojenik diyabet $\beta$ hücre fonksiyonunun monojenik defektleri İnsülin etkisinin monojenik defektleri Egzokrin pankreasın hastalıkları Endokrin hastalıklar İlaç veya kimyasal nedenlerle uyarılan İnfeksiyonlar İmmün aracı diyabetin sıradışı spesifik formları Diyabetle ilişkili olabilen diğer genetik sendromlar
<b>Sınıflanmamış Diyabet</b> Bu kategori özellikle diyabet tanısının konulduğu sıralarda, henüz kategorilendirmenin yapılmadığı dönemde geçici olarak kullanılmalıdır
<b>İlk Olarak Gebelikte Tespit Edilen Hiperglisemi</b> Gebelikte diyabet Gestasyonel diyabet

Kaynak: Classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization: 2019. ISBN 978-92-4-151570-2



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

## S-01

### Yöntem: Olgu Sunumu

**Bulgular:** 32 yaşında, erkek hasta, çok su içme ve idrar yapma şikayetleri ile aile hekimliği polikliniğine başvurdu. Bilinen bir hastalığı veya kullandığı bir ilaç yoktu, 10 paket/yıl sigara kullanımı mevcuttu. Aile öyküsü sorgulandığında, annesinin Tip2 diabetes mellitusa (DM) bağlı komplikasyonlar nedeniyle; babasının ise koroner arter hastalığı nedeniyle vefat ettiği öğrenildi. Fizik muayenesinde ateşi 36,2C, nabız 72 atım/dk, tansiyonu 128/72mmHg, VKİ'nin 33,1 kg/m2 idi. Bel çevresi:110 cm olarak ölçülmüştür. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Hastadan istenen tetkikler sonucunda kan glikoz düzeyi 336 mg/dL, HBA1c %13,1 idi. İdrarda keton+++ ve 2000 mg/dL glukoz mevcuttu. Hastadan alınan arteriyel kan gazında anyon açığı ve asidozu yoktu. Hastanın sonuçları değerlendirilip endokrin polikliniğine konsülte edildi ve hastane endokrin servise yatırıldı. Hastanın yatışı sırasındaki takiplerinde hastaya minidoz infüzyon ve 3\*6 ünite insülin aspart, trigliserid 1144 mg/dL ve batın USG'de grade 2-3 hepatosteatoz olması nedeniyle fenofibrat 267mg 1x1 başlandı. Adacık hücresi ve glutamik asit dekarboksilaz (GAD) antikollarına yönelik testler negatifti ve C-peptid düzeyi 1,38 ng/mL (N) olarak bulundu. Hastada beta hücre rezervi korunmuş olup adacık otoimmünitesi yoktu. Olgu A/b sınıflandırma sisteminde Tip 2B (A-/β+) formunda ketoza eğilimli diyabet olarak değerlendirildi. Hasta bir haftalık yatış izleminin sonunda kan şekeri regülasyonları sağlanıp 36 ünite glarjin, 3\*12 ünite insülin aspart, 2\*1000mg metformin ve fenofibrat 267mg ile bir hafta sonra poliklinik kontrolüne gelmesi istenip taburcu edildi. Poliklinik kontrolünde hastanın tedavi sırasında sabah açlık kan şekeri ortalama 100mg/dL olması, tokluk kan şekerlerinin düşük olmasından dolayı insülin aspart dozları doz başına 2 ünite azaldı ve 3\*10 ünite olarak düzenlendi. Hastaya beslenme ve egzersiz konusunda eğitim aile hekimi tarafından verilerek 1 ay sonra kontrole çağırılmıştır.

**Sonuç:** KED, atipik bir diyabet sendromudur; klinik görünümü, hastanın sahip olduğu diyabet tipinin yanlış teşhis edilmesine yol açabilir. Birinci basamakta özellikle periyodik sağlık taramalarında aile hekimlerinin diyabet semptomlarını tanıma, tipik ve atipik diyabet sendromlarının farkında olup süreci yönetebilmesi etkili sağlık hizmetleri arasındadır.

**Anahtar Kelimeler:** Ketoza eğilimli diyabet, Otoantikör, Sınıflandırma



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

S-02

## İZMİR'DEKİ AİLE HEKİMLİĞİ ASİSTANLARININ DERMATOLOJİK HASTALIKLARIN TANI VE TEDAVİSİ HAKKINDA TUTUM VE BİLGİ DÜZEYİ

Merve ALBAN, Mutlu ÇOBAN, Esra Meltem KOÇ

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir, Türkiye

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD, İzmir, Türkiye

Uzm. Dr. Mutlu Çoban Kliniği, Didim, Aydın, Türkiye

Merve ALBAN / İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir, Türkiye

**Amaç:** Birinci basamak sağlık kuruluşlarına dermatolojik hastalıklar nedeniyle sıklıkla başvuruda bulunmaktadır. Dermatolojik hastalıklar konusunda birinci basamakta görev alacak olan aile hekimi uzmanlarının dermatolojik hastalıklar konusunda bilgi ve tutumları önem arz etmektedir. Bu çalışmada Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi alan asistan hekimlerin dermatolojik hastalıkları tanı ve tedavi konusundaki bilgi düzeyleri ve tutumlarını saptamak amaçlandı.

**Yöntem:** Çalışma tanımlayıcı tipte olup 01.03.2024-30.06.2024 tarihleri arasında İzmir'de bulunan 4 üniversite hastanesinde uzmanlık eğitimi alan Aile Hekimliği Asistan Hekimlerine yüz yüze olarak 7 sorudan oluşan sosyo-demografik verilerle literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanmış 28 sorudan oluşan anket formuyla yapılması planlanmamıştır. Çalışmaya etik kurul onayı ve gerekli izinler alındıktan sonra başlanmıştır. Örneklem büyüklüğü, open epi örneklem hesaplama aracıyla toplam 430 asistan hekimden sıklık bilinmeyen sıklık olarak yüzde 50 alındığında örneklem büyüklüğü %95 güven aralığı %5 hata payı ile en az 204 kişi olarak hesaplanmıştır.

**Bulgular:** Hala devam eden çalışmamıza katılan 123 kişinin %66.7'si(n:82) kadın ve yaş ortalamaları  $31.23 \pm 5,734$ 'tür. Aile hekimliği asistanlarının tam zamanlıların oranı %80.5(n:99), sözleşmeli olanların %19.5(n:24)'dir. Katılımcıların meslekteki yıl ortanca değeri 5 (min:1 max:34) olup asistanlıktaki yıl ortalaması  $2.46 \pm 0,994$ 'dür. Asistanlığa başlamadan önce pratisyenlik yapanlar %90.2(n:111), dermatoloji rotasyonu alanlar %57.7(n:71)'dir. Mevcut verilerle dermatolojik hastalığı olanları dermatoloji polikliniğine yönlendirenler (p:0.02) ve dermatitleri yönetmekte zorlananlar (p:0.041) ile sorulara doğru yanıt verme arasında istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmıştır (p<0.05).

## S-02

İlgi ve tutum özdeğerlendirme durumu

	Evet		Hayır	
	%	n	%	n
Cilt hastalıklarını tanımakta zorlanırım	<b>%61</b>	75	%39	48
Cilt hastalıklarını tedavi etmekte zorlanırım	<b>%62.6</b>	77	%37.4	46
Tedavi planı oluştururken internet veya reçete kitaplarından faydalanırım	<b>%91.9</b>	113	%8.1	10
Dermatitleri yönetmekte zorlanırım	%48.8	60	<b>%51.2</b>	63
Tinea pedisi başarılı bir şekilde tedavi ederim	<b>%77.2</b>	95	%22.8	28
Akne vulgarisi tanır ve tedavi edebilirim	<b>%74</b>	91	%26	32
Uyuzu tanır ve tedavi edebilirim	<b>%87.8</b>	108	%12.2	15
Oral aftların ayırıcı tanısını yapmakta ve hastalığı tedavi etmekte zorluk çekmem	<b>%62.6</b>	77	%37.4	46
Dermatolojik hastalığı olan hastaları genellikle dermatoloji polikliniğine yönlendiririm	<b>%66.7</b>	82	%33.3	41

Aile Hekimliği Asistanlarının Dermatolojik Hastalıklar Özdeğerlendirme Soruları

**Sonuç:** Devam etmekte olan çalışmamızda aile hekimliği asistanları; cilt hastalıklarını yönetmek, tanı-tedavisinde zorlandıklarını ve bir kaynaktan faydalandıklarını belirtmiş olup uyuz, mantar gibi hastalıklarla ilgili özdeğerlendirmede bu konuda kendilerini yetkin olarak tanımladıkları ve sıklıkla cilt hastalığı olanları dermatoloji polikliniğine yönlendirmekte oldukları saptanmıştır. Tıpta Uzmanlık Kurulu'nca belirlenen dermatoloji rotasyonu eğitim hedefleriyle ilgili yetkinliğin değerlendirilmesi için çalışmamıza daha fazla katılımcı ihtiyacı olup Aile Hekimliği Asistanlarının dermatolojik hastalıklar bilgi düzeyi ile ilgili daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** aile hekimliği asistanları, dermatolojik hastalıklar bilgi düzeyi, dermatolojik hastalıklar özdeğerlendirme düzeyi, dermatoloji rotasyonu, aile hekimliği



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

S-03

## AİLEVİ AKDENİZ ATEŞİ OLAN HASTANIN APENDEKTOMİ ÖYKÜSÜ

Şeyma DELİBAŞ, Vildan MEVSİM

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

Şeyma DELİBAŞ / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) tekrarlayıcı, kendini sınırlayan poliserözit ve ateş atakları ile karakterize otozomal resesif geçişli bir inflamatuvar hastalıktır. Uzun dönemde hastalığın en önemli komplikasyonu, kolşisin tedavisi almayan yaklaşık dört hastadan birinde gelişen amiloidozdur. Amiloid birçok organda birikmekle birlikte morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Bu olgu sunumunun amacı, tekrarlayan ateş, karın ağrısı, artrit veya artralji ya da izole erizipel benzeri döküntüsü olan çocuklarda FMF ön tanısının akla gelmesini sağlamak ve hastalığın erken tanımlanıp yaşam kalitesinin iyileştirilmesinin önemini vurgulamak.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** 23 yaşında erkek hasta, polikliniğimize 2 yıldır başlayan aralıklı karın ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Hasta ataklarının genelde 2-3 gün sürdüğünü ve ateşin eşlik ettiğini belirtti. Eşlik eden travma öyküsü veya öncesinde geçirilmiş enfeksiyon öyküsü yoktu. Hasta şikayetlerinin artması nedeniyle birkaç kez acil servise başvurduğunu belirtti. En son acile bu şikayetlerle başvurduğunda hastanın yapılan batın muayenesinde batın distandü, defans ve rebound pozitif bulunmuş. Acil servisteki tetkiklerinde CRP:236 WBC:12.400 olduğu saptanmış. Hastanın kliniği akut batını taklit ettiği için abdomen BT çekildiği, akut apandisit ile uyumlu olduğu ve apendektomi olduğunu belirtti. Hasta apendektomi sonrası ataklarının devam ettiğini ve bu nedenle tarafımıza başvurduğunu belirtti. Poliklinikteki başvurusunda batın muayenesi rahattı, defans rebound yoktu. Hastadan atak dönemi ve atağının olmadığı dönemde kan tetkikleri, grafipleri istendi. Grafiplerinde ek patoloji görülmedi. Hastanın atak dışında ESH: 3 mm/h, CRP: 2,8 mg/L olduğu görüldü. Bu sırada FMF gen analizinde M680I ve V726A heterozigot pozitif olarak sonuçlandı. Bu nedenle tedavisine kolşisin 2\*1 başlandı. Klinik düzelmesi olan hastanın ailesine yönelik genetik tarama önerildi. Takiplerine devam edildi.

**Sonuç:** Ülkemizde sık rastlanılan bir hastalık olması nedeniyle birinci basamakta FMF'li hastalara uygun klinik yaklaşımın nasıl yapılacağına hekimlerimizce bilinmesi oldukça önemlidir. Bu olgu, ayırıcı tanıda FMF' i mutlaka düşünülmesi ve erken tanı konmasını sağlayarak "amiloidoz" komplikasyonunu engellemeyi vurgulamaktadır. Hastaların hayat kalitelerinin artmasının ve gereksiz operasyon öykülerinin önüne geçilmesini sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Ailesel Akdeniz Ateşi, apendektomi, erken tanı, aile hekimliği





# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

S-04

## “KARACİĞER ENZİMLERİM NEDEN YÜKSELDİ?” AĞIR EGZERSİZ İLİŞKİLİ AMİNOTRANSFERAZ YÜKSEKLİĞİ

İclal KASAP, Merve DURUK, Makbule Neslişah TAN  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı  
İclal KASAP / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

**Amaç:** Anormal karaciğer fonksiyon testleri asemptomatik hastalarda sıklıkla tespit edilir çünkü birçok test panelinde rutin olarak yer alırlar. Bu testlerden; ALT ve AST hepatosellüler hasarı gösterirken, GGT ve ALP kolestazi gösterir. Bilirubin hem karaciğer hasarında hem de kolestazda yükselir. Total protein, albümin, PTZ karaciğer sentez kapasitesini gösterir. Karaciğer enzim yüksekliğinde etiyojide düşümemiz gereken birçok durum vardır.

**Yöntem:** Olgu Sunumu

**Bulgular:** Yeni spora başlayan, 19 yaşındaki erkek hasta halsizlik şikayeti ile Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Yapılan kan tetkik sonuçlarında izole AST: 403 U/L, ALT:103 U/L yüksekliği nedeniyle gastroenteroloji ve enfeksiyon hastalıkları polikliniğine yönlendirildi. Hastanın bilinen kronik hastalığı, herhangi bir ilaç, bitkisel ürün, uyuşturucu kullanım, seyahat öyküsü yoktu. Viral hepatitler için potansiyel parenteral maruziyetler bulunmamaktaydı. Bilirubin değerleri normaldi. Hemogram ve akut faz değerleri olağandı. Hasta karın ağrısı, bulantı, kusma tariflemeydi; spora yeni başladığını belirtti. Protein tozu/anabolik steroid kullanımı sorgulandı, kullanmadığını söyledi. Enfeksiyon Hastalıkları'nda yapılan hepatit serolojisi ve karaciğer fonksiyon testlerinde: AST: 954 U/L, ALT 180 U/L, GGT:16 U/L, ALP: 63 U/L, anti-HAV Total: negatif, HBsAg: negatif, anti-HBc Total: negatif, anti-HBs: 6.80 mIU/MI, anti HCV: negatif, HIV Ag/Ab: negatif saptandı. Hepatit serolojisi negatif ancak AST-ALT değerlerinde progresyon görülmesi nedeniyle hasta gastroenterolojiye yönlendirildi. Gastroenteroloji; batin USG ve koagülasyon testlerini görmek, rabdomiyoliz açısından değerlendirmek istedi. Tetkiklerde AST: 450 U/L, ALT: 206 U/L, GGT: 16 U/L, ALP: 67 U/L, LDH: 410 U/L, CK: 16545 U/L, Miyogloblin: 384.1 ng/mL, miyogloblin (spot idrar): <1 ng/mL, PT:11,49 s, INR:1,03 olarak saptandı. Tam idrar tahlili normaldi. Yapılan batin ultrasonunda patoloji saptanmadı. Hastada karaciğer enzimlerinin yüksekliğinin nedeni ağır egzersiz olarak değerlendirildi. Egzersize ara verilmesi istenen hastada bir hafta sonra yapılan kontrolde AST:37 U/L, ALT:70 U/L, GGT: 15 U/L, LDH: 167 U/L, CK: 171 U/L olarak saptandı.



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ *Kongresi*

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

S-04

**Sonuç:** Karaciğer enzim yüksekliği asemptomatik hastalarda sıklıkla tespit edilebilir. Anamnez ve fizik muayene anormal değerlere neden olabilecek ipuçlarına ulaşmamız açısından önemli bir yere sahiptir.

Serum aminotransferaz yüksekliğine neden olabilecek durumlar; asetaminofen toksisitesi, ilaç reaksiyonları, hepatosteatoz, uyuşturucu madde kullanımı, viral hepatit, alkolik hepatit, otoimmün hepatit, Wilson hastalığı, HELLP Sendromu, malign infiltrasyon, mantar zehirlenmesi, kas bozuklukları (polimiyozit) ve ağır egzersiz olabilir. Unutulmamalıdır ki, uzun süreli ve yüksek şiddette yapılan egzersiz karaciğer enzim aktivitesinde artışa neden olabilir. Birinci basamakta hastalarda anormal karaciğer fonksiyon testleri sık tespit edebileceğimiz için ayırıcı tanıda düşüneceğimiz hastalıklar ve hastayı doğru yönlendirme önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Karaciğer enzim yüksekliği, Hepatit, Egzersiz



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

S-05

## TÜRKİYE'DE BEŞ YAŞ ALTI MORTALİTE NEDENLERİ

Gamze DUR  
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Gamze DUR / Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Amaç:** Perinatal ve çocukluk çağı ölüm hızları, ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin en temel demografik göstergelerinden ve en önemli toplum sağlığı sorunlarından biridir. Bu minvalde, ülkemizde 5 yaş altı çocuk ölüm nedenlerinin ve yıllara göre değişimin irdelenmesi, diğer ülkelerle karşılaştırılması ve ölüm hızlarını azaltmaya yönelik olarak alınabilecek önlemlerin tartışılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü istatistik ve raporları, Sağlık istatistikleri yıllıkları (2012-2022), TÜİK verileri, TNSA 2018 verileri, DSÖ'nün çocuk ölümleri ile ilgili yayınladığı istatistikler (Global Health Observatory-Child Mortality Data) ve Unicef raporları (Levels and Trends in Child Mortality Report) incelenmiş, yıllara ve ölüm nedenlerine göre veriler düzenlenerek, karşılaştırmalar yapılmıştır.

**Bulgular:** Ülkemizde bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızının, 1960'lı yılların ortalarında sırası ile binde 163 ve binde 223 iken; 2000 ve 2006 yılları arasında hızlı bir düşüşe geçtiği, 2006-2012 yılları arasında nispeten ılımlı düşüşün devam ettiği, 2010 yılından itibaren ise belli bir aralıkta kaldığı ve 2022'deki son verilere göre sırasıyla; binde 9,1 ve binde 11,1 düzeyinde olduğu görülmektedir. Dünyada 2017'de, 5 yaş altı çocuk ölüm nedenleri incelendiğinde; neonatal ölümler içerisinde ilk sırada prematüritenin (tüm 5 yaş altı ölümlerin %16'sı, yenidoğan ölümlerinin %34'ü), ardından doğum asfiksisi ve doğum travmasının geldiği görülmektedir. Tüm 5 yaş altı ölümlerin %37'si, 1-59 ay ölümlerin ise %70'ine enfeksiyonların neden olduğu görülmektedir. Aynı dönemde ülkemizde, tüm 5 yaş altı ölümlerin %26'sının, yenidoğan ölümlerinin ise %48,1'inin nedeni prematürite iken; tüm 5 yaş altı ölümlerin %43,5'i, 1-59 ay ölümlerin %20'sinin nedenini konjenital anomalilerin ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşturduğu görülmüştür.

**Sonuç:** 1990 yılından bu yana, tüm dünyada, Maldivler ve San Marino'dan sonra, yıllık %6,9 azalma oranı ile, Türkiye 5 yaş altı ölümleri en çok azaltan 3. ülke konumundadır. Bebek ve 5 yaş altı ölümlerdeki azalma; perinatal, neonatal ve postneonatal dönemdeki ölümlerde de gözlense de, bu düşüş ivmesinin nispeten daha yavaş olduğu görülmektedir. 2019 yılında, 5 yaş altı ölümlerin dünya genelinde %47'sinin, ülkemizde ise %54'ünün neonatal dönemde olduğu, özellikle de erken neonatal dönemde yoğunlaştığı görülmektedir.

Gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan ülkelerdeki neonatal ölüm nedenleri arasında ise prematürite ve konjenital anomaliler önemli bir sıklıkta yer almaktadır.



# 15. Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

## S-05

Prematüritenin önlenmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesi, konjenital anomalilere prenatal dönemde tanı konması ve erken müdahale yapılması önemlidir. Perinatal, neonatal, bebeklik ve çocukluk döneminde, mortalite ve morbidite üzerinde etkisi olan; tıbbi, sosyoekonomik ve kültürel tüm faktörlere yönelik olarak koruyucu hekimlik uygulamalarının geliştirilmesi ve güçlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık eğitimi, prenatal bakım, nutrisyon, sosyal destek, risk analizi ve obstetrik bakım gibi farklı alanların koordinasyonu ile optimum sağlık sonuçları sağlanabilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk ölümü, Bebek ölümü, Ölüm nedeni



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

S-06

## BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK ÇALIŞANLARININ İŞ GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşen MERT, Gamze DUR, Özge TUNCER, Gülcan GENCER, Yiğit ŞENOL

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye  
Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye

Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri, Afyonkarahisar, Türkiye

Ayşen MERT / Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye

**Amaç:** İş sağlığı ve güvenliği (İSG); iş yerlerinde işin yürütülmesi sırasında çeşitli nedenlerden kaynaklanan sağlığa zarar verebilecek koşullardan, güvenliği tehlikeye düşürecek durum ve davranışlardan korunmak, üretimin devamlılığını sağlamak ve verimliliği arttırmak amacıyla yürütülen sistemli bilimsel çalışmalardır. İşyerlerinde İSG'nin ve mevcut sağlık ve güvenlik şartlarının iyileştirilmesi için işveren ve çalışanların görev, yetki, hak ve yükümlülüklerini düzenlemek amacıyla Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından hazırlanan 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 2012 tarihinde Resmi Gazetede yayımlanarak kamu ve özel sektöre ait bütün işleri, işyerlerini ve tüm çalışanları kapsamı altına almıştır. Kültüre dönüştürülmüş güvenlik uygulamaları iş güvenliği kültürünü oluşturur. Güvenlik kültürü, özellikle risk düzeyinin yüksek olduğu durumlarda insan faktörünün güvenliği sağlamadaki rolünü açıklayan anahtar bir kavramdır. İş güvenliği kültürü; işyerlerinde, çalışma ortamlarında, bilgiye dayanan, iş güvenliğinin öncelikli olduğu yaşam biçimi olmuştur. İş güvenliğinin olmadığı ortamda iş kazaları ve meslek hastalıkları da artacaktır. Bu çalışmayla Afyonkarahisar ilindeki birinci basamak sağlık çalışanlarının iş güvenliği kültürünün değerlendirilmesi, iş güvenliği kültürü ile ilgili farkındalıklarının artırılması ve literatüre ve bu alanda yapılacak olan yeni çalışmalara katkı sunulması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan ve Afyonkarahisar İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli etik izinler alınmıştır. Çalışmanın evrenini Afyonkarahisar ilinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan tüm sağlık çalışanları oluşturmuştur. Katılımcılardan yazılı ve sözlü onam alınmış ve literatür doğrultusunda hazırlanmış 34 sorudan oluşan veri toplama formu yüz yüze uygulanmıştır. İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 20.0 paket programı kullanılmış, tanımlayıcı istatistiksel metodlar ve niteliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrik ve nonparametrik testler kullanılmış, anlamlılık  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.



# 15. Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

S-06

**Bulgular:** Araştırma 201 sağlık çalışanıyla tamamlanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması  $35,3 \pm 10,5$  idi. %69,2'si kadın ve %30,8'i erkek ve %66,8'i evli idi. %35,8'i lisanüstü, %24,4'ü lisans, %11,4'ü ön lisans, %23,9'u lise ve %4,5'i ilk ve orta okul mezunuydu. %35,3 'ü doktor, %43,3'ü ebe/hemşire, %7,5'i sağlık memuru/acil tıp teknisyeni, %13,9'u diğer sağlık çalışanıydı. Katılımcıların toplam iş deneyimlerinin ortalaması  $12,2 \pm 9,2$  yıldır. Çalışma hayatı boyunca %16,9'u iş kazası geçirdiğini, %18,4'ü meslek hastalığı geçirdiğini bildirdi. %51,7'si 6331 sayılı iş sağlığı güvenliği yasası hakkında bilgisi olduğunu, %59,7'si iş sağlığı güvenliğiyle ilgili eğitim aldığını bildirdi. İş güvenliği kültürüyle ilgili beşli likert şeklinde hazırlanan 22 adet soruya verilen cevaplarda Afyonkarahisar'da birinci basamak sağlık kuruluşlarında iş güvenliği kültürünün oturmaya başladığı ancak henüz yeterli düzeyde olgunlaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

**Sonuç:** Çalışma sonunda ortaya çıkan bulgular neticesinde, Afyonkarahisar ilinde birinci basamak sağlık kuruluşlarında iş güvenliği kültürünün güçlendirilmesi adına bazı çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İş sağlığı, İş güvenliği, Aile hekimliği, Kurum kültürü



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

S-07

## SİGARA İÇEN VE İÇMEYEN BİREYLERDE UYKUSUZLUK ŞİDDETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Serap ÖKSÜZ, Ece Serap DORUK, Gülseren PAMUK

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Serap ÖKSÜZ / İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

**Amaç:** Sigara bağımlılığı, önemli ve önlenebilir küresel bir sağlık problemi olarak nitelendirilmektedir. Dünya genelinde bakıldığında yaklaşık olarak 1.3 milyar kişinin sigara içtiği öngörülmektedir. Epidemiyolojik çalışmalara göre yetişkinlerde uyku bozukluğu prevalansı %30-35'tir. Sıklıkla karşımıza çıkan ve önemli bir sağlık sorunu olan bu uyku bozukluklarının mental, fiziksel ve psikolojik birçok nedeni vardır. Uykusuzluğun risk faktörlerini ortaya çıkarmak için birçok çalışma yapılmıştır. Alkol, sigara ve depresyon yaygın olarak uykusuzluk için bağımsız faktörler olarak bilinir. Sigara kullanan ve kullanmayan kişiler arasında yürütülen birçok çalışmada sigara içen kişilerde uyku kalitesinin azaldığı yönünde bulgular elde edilmiştir. Bu çalışmada sigara içen ve içmeyen bireylerde "Uykusuzluk Şiddeti İndeksi" kullanılarak sigaranın uyku kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada, 18-65 yaş aralığında olan sigara içen ve içmeyen gönüllülerde uyku kalitesi değerlendirilmiştir. Çalışmaya, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi 4 No'lu Narlıdere Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran; sigara içen ve içmeyen 496 gönüllü birey alınmıştır. Tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve sigara içen katılımcılara Fagerström Nikotin bağımlılık testi uygulanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan 496 katılımcının yaş ortalaması  $39.98 \pm 12.83$  (median:39.00, min:18.00, max:65.00) idi. Katılımcıların tümüne "Uykusuzluk Şiddeti İndeksi" (UŞİ) uygulanmış ve katılımcıların uykusuzluk şiddeti düzeyleri değerlendirilmiştir. Katılımcıların %8.4'ü (n:42) klinik olarak orta-şiddetli insomnia düzeyine sahipti, %29.4'ü (n:146) insomnia alt eşliğinde bulunmuş ve %62'sinde (n:308) insomnia saptanmamıştır. Sigara kullanan 248 katılımcıya "Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi" (FNBT) uygulanmış, buna göre katılımcıların %7.3'ü (n:18) yüksek düzeyde bağımlı, %48'i (n:119) düşük düzeyde bağımlı %44.7'si (n:111) orta düzeyde bağımlı bulunmuştur. Sigara kullanan katılımcıların %55.2'sinde (n:137) insomnia yoktu. Sigara kullanmayan katılımcılarda bu değer %69 (n:171) olarak bulundu. Sigara kullanan katılımcıların %11.7'si (n:29) orta-şiddetli insomnia düzeyine sahipken sigara kullanmayan katılımcılarda bu değerler %5,2 (n:13) olarak bulundu. Değerler istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p:0,002). Klinik olarak anlamlı (orta-şiddetli) insomniası olduğu tespit edilen katılımcıların %69'u sigara içen ve %31'i sigara içmeyen katılımcılardan oluşmaktaydı (p:0,002)



# 15. Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

S-07

**Sonuç:** Uykusuzluk toplumda sıklıkla görülür ve hayat kalitesini olumsuz etkiler, uyku dinamiğini bozan birçok faktör bulunmaktadır ve sigara kullanımı bunlardan biridir. Çalışmamızda sigara kullanımının insomnia semptomlarında artışa yol açtığı gösterilmiştir, günlük pratikte, özellikle birinci basamağa başvuran ve uyku bozukluğu şikâyeti olan kişilerde sigara kullanımı sorgulanmalı, uykusuzluk tedavisi yanı sıra sigara bırakma tedavileri açısından da değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Uykusuzluk Şiddeti İndeksi, Nikotin Bağımlılığı, Uyku, Sigara





*Ulusal İzmir*  
**15. AİLE HEKİMLERİ  
DERNEĞİ** *Kongresi*

*29 Nisan - 02 Mayıs 2024*

*La Blanche Island, Bodrum*

**POSTER  
SUNUMLAR**



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-01

## AİLE HEKİMLERİNE GÜVEN, ERKEN TANI VE TEDAVİDE NE KADAR ÖNEMLİ?

Leyla Nazlı, Peyruze Sincar, Saadet Şeyma Kaya, Vildan Mevsim  
Dokuz eylül üniversitesi  
Leyla Nazlı / Dokuz eylül üniversitesi

**Amaç:** Hastaların aile hekimlerine olan güvensizliği, sağlık hizmetlerine erişimi ve tedavi uyumunu olumsuz etkilemektedir. Hastaların aile hekimlerine olan güvenini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler arasında hekim-hasta iletişimi, sürekli bakım sağlama, hekimin erişilebilirliği, profesyonel yetkinlik, empati ve kişilerarası beceriler, hasta eğitimi ve katılımı, kültürel uyum ve sağlık sistemi faktörleri yer alır. Aile hekimlerinin hasta ile kurduğu güvenilir ilişki, etkili sağlık hizmetlerinin sağlanmasında kritik bir rol oynar. Ancak, güvenin inşa edilmesi ve sürdürülmesi her zaman kolay değildir ve çeşitli zorluklarla karşılaşılabilir. Bu bildiri, erkek bir hastanın aile hekimine olan güvensizliği nedeniyle sağlık kuruluşuna geç başvurması ve dolayısıyla gecikmeli tanı ve tedavi sürecini ele alarak, aile hekimlerinin güvenilirliğini ve bu güvenin önemini vurgulamayı amaçlamaktadır.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** 45 yaş erkek hasta, sakallarının köklerinde iki haftadır olan kızarıklık, şişlik ve kaşıntı şikayetiyle başvurur. Hikayesi derinleştirildiğinde dermatoloji randevusu alamadığı için aile hekimine geldiğini ve bu gelişimin son 5 yıl içerisinde ilk gelişi olduğu anlaşılır. Folikülit tanısı ile tedavisi düzenlenen hasta iki hafta sonraya kontrole çağırılır. Ancak, hasta aile hekimine olan güvensizliği nedeniyle verilen folikülit tanısı ve tedavi planına şüpheyle yaklaşır. Tedaviyi tamamlar, ancak dermatolojiye gitmek için ısrar eder. Dermatoloji uzmanı tarafından muayene olan ve tedavi sayesinde o esnada lezyonu bulunmayan hastaya ek bir tedavi planlanmaz.

**Sonuç:** Bu olgu, hastanın aile hekimine olan güvensizliğinin sağlık hizmetlerine erişim ve tedavi uyumu üzerindeki etkilerini vurgulamaktadır. Hastanın aile hekimine olan güvensizliği, hastaların daha spesifik uzmanlık alanlarına yönelmeye ve aile hekimlerinin tavsiyelerine şüpheyle yaklaşmalarına neden olabilir. Bu durum, hastaların tanı ve tedavi süreçlerinde gecikmelere yol açabilir ve sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Güven, Tedavi uyumu, Gecikmeli tanı, Sağlık hizmetlerine erişim, Tanı ve tedavide gecikme



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-02

## İZORETİNOİKASİT TAKİBİNDE KAN YAĞ SEVİYELERİNİN TAKİBİ

Emre Kantaş, Özge Tuncer  
SBÜ, Bozyaka EAH, Aile Hekimliği Kliniği  
Emre Kantaş / SBÜ, Bozyaka EAH, Aile Hekimliği Kliniği

**Amaç:** İzoretionin A vitaminin türevi olan sentetik retinoittir. Geçmeyen dirençli aknelerde tedavi olarak kullanılmaktadır. Hali hazırda bilinen yan etkilerinin yanı sıra değişik olgularda bilinmeyen etkilerde görülmektedir. Genel olarak bilinen yan etkiler; karaciğer fonksiyon bozukluğu, teratojen etki, pankreatit, miyalji, halsizliktir. Bu çalışmadaki amacımız izoretinoik asit kullanan hastalarının lipit profillerinin de göz önünde bulundurulması gerekliliğini göstermektir.

**Yöntem:** 16 yaş erkek hasta bilinen kronik bir hastalığı yoktur. Sadece aile hikayesinde babada koroner arter hastalığı dışında başka bir hastalık yoktur. Akne vulgaris tedavisi için dört aydır 20 mg izoretionin günde iki defa olmak üzere kullanılmaktadır. Dört ay kullanım sonrasında kontrol kan tahlili yapılan hastanın Karaciğer Fonksiyon Testlerinden (KCFT) ALT, AST, LDH ve GGT sonuçlarının normal sınırdaki olduğu tespit edildi. Hastanın lipit profilinde ise önceki değerlerine göre artış olduğu tespit edildi. LDL: 242 mg/dl, TOTAL KOLESTEROL: 285 mg/dl, TG: 53 mg/dl, HDL: 31 mg/dl gelmiştir. Obezite bulgusu da olmayan hastanın BMI:21 kg/metrekaare olarak hesaplanmıştır. Lipit profilindeki yükseklik nedeniyle hastanın ilacı bırakması söylenip altı hafta sonra kontrol kan tahlili için tekrar muayeneye çağrılmıştır. Kontrol kan tahlilinde TOTAL KOLESTEROL: 150 mg/dl, LDL: 95 mg/dl, TG: 92mg/dl, HDL: 39 mg/dl gelmiştir. Hastanın eski lipit değerlerindeki yükselme izoretionin tedavisine bağlanmış olup ilaç kesildikten sonra tekrar normal değerlere indiği görülmüştür

**Bulgular:** 09.11.2023 Total Kolesterol: 285 mg/dl, LDL: 242 mg/dl, HDL: 32 mg/dl, TG: 53 mg/dl, 22.12.2023 Total Kolesterol: 177 mg/dl, LDL: 108 mg/dl, HDL: 37 mg/dl, TG: 108 mg/dl.

**Sonuç:** İzoretionin yan etkileri fazla bilinmemekle beraber, tedavi takiplerinde karaciğer fonksiyon testlerinin yanı sıra lipit profilinin de değerlendirilmesi gerekliliği görülmüştür.



# 15. Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

## P-02

### Lipit Parametreleri

TARİH	Total Kolesterol	HDL	LDL	TG
09/11/2023	285	31	242	53
22/12/2023	150	39	95	92

**Anahtar Kelimeler:** İzoretionin, Akne, Hiperlipidemi



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-03

## AMİODARON İLİŞKİLİ TİROTOKSİKOZ

Çiğdem Delice Sezgin, Hande Akar, Elif Ekin Çamlı, Gizem Limnili, Nilgün Özçakar  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
Hande Akar / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Amaç:** Amiodaron, iyot bakımından zengin, çeşitli kardiyak aritmilerin tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir ajandır. Yüksek iyot içeriği ve tiroide doğrudan toksik etkileri nedeniyle tiroid disfonksiyonuna yol açabilir. Altta yatan tiroid hastalığı olanlarda (otonom nodül veya latent Graves) iyot yüklenmesine bağlı (tip 1); tiroidite bağlı follikül yıkımı ve depolanmış hormonların açığa çıkması (tip 2) nedeniyle tirotoksikoz görülebilir. Amiodarona bağlı tirotoksikoz iyot eksikliği bölgelerinde daha sık görülür. Bu olgu sunumunun amacı, oldukça sık kullanılan bir antiaritmik olan amiodaronun; sık görülen ancak tanınması güç olan ve ciddi klinik sonuçları olan “Amiodaron ilişkili tirotoksikoz” durumunu tanımanın önemini belirtmektir.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** 22 yaşında erkek hasta ellerde titreme ve çarpıntı hissi şikayetleri ile aile hekimliği polikliniğine başvurdu. Şikayetlerinin 1 aydır olduğu ancak son 2 haftada sıklığının arttığını ifade etti. Bilinen kardiyak aritmisi olan hasta, amiodaron 2x200mg, propranolol 1x40mg kullanmaktaydı. Hastanın 5 paket/yıl sigara kullanımı mevcuttu. Aile öyküsünde bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde vücut ısısı: 36,8C, nabız: 80 atım/dk, TA:130/73mmHg, VKİ'nin 26,1 kg/m<sup>2</sup>, bel çevresi:100 cm olarak ölçüldü. Diğer sistem muayeneleri olağandı. EKG normal sinüs ritmindeydi. Hastadan istenen tetkikler sonucunda TSH: <0.015, fT4:1.47, fT3: 4.05 idi. Hastanın sonuçları değerlendirilip endokrin polikliniğine konsülte edildi. Poliklinikte yapılan tetkiklerinde Anti tiroid peroksidaz (TPO) ve tiroid stimulan hormon (TRAb) antikorlarına yönelik testler negatifti. Tiroid USG'de tiroid bezinde nodüle rastlanmadı, bez kanlanmasında artış gözlenmedi. Yapılan tiroid sintigrafisinde düşük tutulum saptandı. Tanıda ön planda amiodaronun etken olduğu tiroidite bağlı follikül yıkımı ve depolanmış hormonların açığa çıkması (tip 2) nedeniyle tirotoksikoz olarak değerlendirildi. Kardiyoloji konsültasyonu ile amiodaronun kesilmesi kararı alındı. 2x15 mg metimazol ve 1x30mg prednizolon başlandı. 1 ay sonra poliklinik kontrolünde şikayetleri tamamen gerilemiş olan hastanın TFT ötiroid olduğu görüldü. Prednizolon 16mg/gün'e düşürüldü. Hastadan 2 haftalık aralıklar ile aile sağlığı merkezinde TFT görülmesi ve metimazol ve prednizolon dozunun azaltılarak kesilmesi planlandı. Hastaya aile hekimliğinden bu tedavi altındayken dikkat etmesi gereken konular hakkında bilgi verildi, hasta tiroid fonksiyon bozuklukları ve aritmi açısından yakın izleme alındı.



# 15. Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-03

**Sonuç:** Amiodaron ilişkili tirotoksikoz özellikle iyot eksikliği olan bölgelerde sıklıkla görülebilen bir tiroid fonksiyon bozukluğu durumudur. Birinci basamak hekimleri, amiodaronun tiroid fizyolojisi üzerindeki etkilerinin farkında olmalı ve amiodaron tedavisi gören veya önceden görmüş olan hastalarda tiroid fonksiyonlarını düzenli olarak izlemelidir. Ayrıca amiodaron kullanan hastalar, tirotoksikoz semptomları ortaya çıktığında derhal tıbbi yardım almaları konusunda eğitilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** amiodaron ilişkili tirotoksikoz, otoantikolar, sınıflandırma



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-04

## GERİATRİK HASTADA TİNEA CAPİTİS

Ayşe Sena GÜLSOY, Ozan Emre ELİAÇIK

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

Ayşe Sena GÜLSOY / DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

**Amaç:** Tinea capitis, saçlı deride görülen ve genellikle çocuklarda daha sık rastlanan bir mantar enfeksiyonudur. Yetişkinlerde nadiren görülen bu durum, dermatofit adı verilen mantar türleri tarafından tetiklenir ve kaşıntılı lezyonlar, saç dökülmesi ve beyaz plaklar gibi belirtilere neden olabilir. Yetişkinlerdeki vakalar genellikle altta yatan risk faktörleri veya immunsupresyon ile ilişkilidir. Tinea capitis, kişiden kişiye temas yoluyla bulaşabilir ve hijyen koşullarının yetersiz olduğu kalabalık ortamlarda salgınlara neden olabilir. Topikal tedaviler genellikle etkisiz olduğundan, bu durum genellikle oral antifungaller ile sistemik olarak tedavi edilir. Bu çalışmanın amacı, özellikle ileri yaşta nadir görülen tinea capitis vakasını sunarak, bu durumun tanı ve tedavi süreçlerindeki zorluklarına dikkat çekmek ve aile hekimlerinin nadir görülen durumların tanınması ve yönetilmesindeki rolünü vurgulamaktır.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** 80 yaşındaki erkek hasta, saçlı deride kaşıntılı lezyon nedeniyle Aile Sağlığı Merkezimize başvurdu. Lezyon 2x2 cm genişliğinde olup, üzerinde beyaz plaklar ve saç dökülmesi mevcuttu. Çevresi kaşıntılı ve hiperemikti. Yaklaşık bir ay önce kaşıntı ile başlayan lezyon, daha sonra kabuklanma göstermişti. Hastanın özgeçmişinde hipertansiyon ve diyabet bulunmakta ancak ilaçlarını düzenli kullanmadığını belirtmiştir. Muayenede, el ve ayak tırnaklarında sararma ve ufalanma saptanmış, ancak daha önce bu duruma yönelik tedavi verilmemişti. Diğer sistemik muayeneler normaldi ve vücudun başka yerlerinde herhangi bir lezyon saptanmamıştı. Kan tetkiklerinde patoloji bulunmamıştır (AST: 40 IU/L, ALT: 39 IU/L). Ön planda tinea capitis düşünülerek, hastaya 1x1 250 mg oral Terbinafin başlanmış ve 4 hafta sonra kontrol için çağrılmıştır. Ayrıca, diyabet ve hipertansiyon tedavilerinin düzenlenmesi amacıyla yakın takibe alınmıştır.

**Sonuç:** Bu olgu sunumunda, yaşlılarda görülen tinea capitisin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır. İleri yaşta tinea capitis vakaları, immün sistem zayıflığı veya diğer risk faktörlerinin etkisi altında olabileceğini düşündürmektedir. Kronik hastalıkların tedavi uyumu ve kontrol altında tutulması, bu hastalıklarla bağlantılı oluşabilecek durumların önlenmesine katkı sağlayacaktır. Bu olgu, birinci basamakta kronik hastalıkların yönetimi ve nadir görülen durumların tanınması ve yönetilmesinde önemli bir örnek teşkil etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Tinea kapitis, yaşlı, kronik hastalık, bağışıklık, epidermofitozis



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-05

## KRONİK ÖKSÜRÜK HER ZAMAN ASTIM MIDIR?

Emrullah ŞAN, Mehmet DEMİR, Gizem LİMNİLİ, Nilgün ÖZÇAKAR  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir  
Emrullah ŞAN / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Sekiz haftadan uzun süren öksürük kronik öksürük olarak tanımlanır ve pek çok farklı nedene bağlıdır. Kronik öksürüğün en sık nedeni astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, gastroözofageal reflü hastalığı, rinosinüzit ve astım dışı eozinofilik bronşittir. Bunlar dışında ACE inhibitörü ile tedavi edilen hipertansiyonu olan hastaların yüzde 5 ila 20'sinde kuru, kesik öksürük olabilmektedir. ACE inhibitörünün neden olduğu öksürükten sorumlu mekanizma bilinmemektedir. İlaça başlandıktan sonraki bir iki haftada ortaya çıkabileceği gibi bu semptomun ortaya çıkması altı ayı bulabilmektedir. Bu olgu sunumunun amacı, kronik öksürük ayırıcı tanısında ACE inhibitörü kullanımına dikkati çekmektir.

**Yöntem:** Olgu sunumudur.

**Bulgular:** 53 yaş kadın hasta aile hekimine boğazında gıcıklanma hissi ve öksürük şikayetleri ile başvurdu. Şikayetlerinin iki aydan fazla zamandır devam ettiğini, öksürüğünün kuru olduğunu ve gün boyu sürdüğünü belirtti. Öksürüğü dakikada birkaç kez ortaya çıkıyor ve günlük aktivitelerini önemli ölçüde etkiliyordu. Ateş, titreme, kilo kaybı, gece terlemesi, göğüs ağrısı, hırıltı olmadığını belirten hasta hiç sigara içmeyen biriydi. Hasta ev hanımıydı ve mesleki maruziyeti bulunmamaktaydı. Bilinen osteoporoz, hipertansiyon ve astım tanısı nedeniyle ilaç kullanmaktaydı. Hasta, son bir yıldır primer hipertansiyon sebebiyle ACE inhibitörü kullanmaktaydı. Astımının kontrol altında olduğunu, son yıllarda atak geçirmediğini belirten hasta 4 yıldır osteoporozu için tedavi almakta. Hastanın polen alerjisi bulunmakta ancak bize başvurusu ocak ayında idi. Hasta daha önce covid-19 geçirmemişti. Muayenesinde vücut ısısı 36.7C, TA:128/82mmHg, Nb: 73/dk, SS:16/dk, O2 sat:%98, orofarenksi olağan, akciğer muayenesi olağan sınırlarda idi. Hastaya kullandığı ilaçların yanı sıra proton pompası inhibitörü ve antitüssif ilaç da reçete edilip şikayetleri geçmezse tekrar başvurması önerildi. Hastanın 1 ay sonraki başvurusunda şikayetlerinde herhangi bir gerileme olmadığı öğrenildi. Kullandığı ilaçlar gözden geçirildi ve ACE inhibitörünün öksürüğün nedeni olabileceği düşünülerek ilaç kesildi ve anjiyotensin reseptör bloker (ARB) grubu bir ilaca geçildi. İlaç değişikliğinden 3 ay sonraki görüşmede öksürüğün tamamen geçtiği öğrenildi.

**Sonuç:** ACE inhibitörü ilaçların en sık görülen yan etkisi öksürüktür ve bu oran menopoz sonrası kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla görülmektedir. Bazı hastalar ACE inhibitörlerinin kendilerine iyi gelmediğini düşünerek ilacı kesmektedir. Bu durum hipertansiyon tedavisini başarısız kılarak kan basıncı yükselmesine bağlı pek çok olumsuzluğa yol açabilir. Bu nedenle tedavi başlanan hastalara ilacın kuru öksürük yapabileceği böyle bir semptom olursa tekrar başvurması gerektiği söylenmeli ayrıca geç başlangıçlı olabileceği de akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** hipertansiyon, ACE inhibitörü, öksürük





# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-06

## SERVİKAL LENFADENOPOTİ İLE BAŞVURAN HASTANIN HIV POZİTİFLİĞİ SAPTANMASI

FİLİZ YILDIZ, TUĞÇE YÜKSEL, MERTER, GİZEM LİMNİLİ, NİLGÜN ÖZÇAKAR

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir

FİLİZ YILDIZ / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Giriş: Servikal lenfadenopatilerin etiyojisi yaşa ve yerleşime göre değişmektedir. Posterior bölgedekiler; enfeksiyonlar veya baş boyun bölgesi malignitesi nedeniyle ile ortaya çıkabilir. Gençlerde ise neden, çoğunlukla enfeksiyonlardır. Bu enfeksiyonlar üst solunum yolu enfeksiyonlarından cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara kadar geniş bir yelpazede görülebilir. Ayırıcı tanıda her biri dikkate alınmalıdır. Lenfadenopati, akut HIV enfeksiyonunun bir parçası olabilir ve genellikle hastalığın ikinci haftasından sonra, HIV'e karşı bağışıklık tepkisinin ortaya çıkmasıyla birlikte gelişir. Aksiller, servikal ve oksipital lenf düğümleri içeren hassas olmayan adenopati görülür. Akut dönemi takiben boyutu azalır ancak kaybolmaz. Olgu sunumunun amacı, servikal lenfadenopati ile başvuran genç hastalarda ayırıcı tanıda HIV'in akılda tutulmasını vurgulamak ve erken dönem HIV bulgularının farkına varılmasının sağlanmasıdır.

**Yöntem:** Olgu

**Bulgular:** Olgu:25 yaşında erkek hasta boyunda ele gelen kitle şikayetiyle aile hekimliği polikliniğine başvurdu. Öyküsünde bu kitleyi iki hafta önce fark ettiğini, ağrısız olduğunu belirtti. Yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyonu, kronik hastalığı, hayvan teması, yurt dışı seyahati öyküsü olmadığı öğrenildi. Hastanın ilaç, sigara ve alkol kullanımı öyküsü yoktu. Muayenesinde vücut ısısı: 36,5C, TA:120/80, Nb: 88 olarak ölçüldü. Her iki posterior servikal alanda en büyüğü 3x3 cm'lik ve 2x1 cm'lik ağrısız, hareketli, solid kıvamlı lenf nodları palpe edildi. Submandibular, inguinal, aksiller lenfadenopati izlenmedi, hepatosplenomegali yoktu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Tetkikleri istenerek amoksisilin-klavunat 1 gr tablet 2x1 peroral ve ağız gargarası reçete edilip bir hafta sonra kontrole çağırıldı. Bir hafta sonra lenf nodlarının boyutlarında değişim izlenmedi ve hasta ek şikayetinin olmadığını beyan etti. Kan tetkiklerinde tam kan sayımı normal, viral seroloji panelinde Anti HIV sonucunun doğrulama analizine alındığı görüldü. Bunun üzerine öyküsü derinleştirildiğinde üç ay önce korunmasız homoseksüel cinsel ilişki öyküsü olduğu; bu ilişki sonrasında HIV şüphesi ile test verdiği ve test sonucunun negatif çıktığı öğrenildi. Hastanın korunmasız cinsel ilişkisi üç ay önce bir defa gerçekleşmiş sonrasında tekrar etmemiş. Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi ile iletişime geçildi ve doğrulama testi sonucunun pozitif olduğu öğrenildi. HIV enfeksiyonu bildirim zorunlu hastalıklar grubundan A kategorisinde yer aldığından hastaya ait bilgi formları dolduruldu ve bildirim yapıldı. Hastaya sonuç bilgileri verildi. Hasta tarama, takip ve tedavi için enfeksiyon hastalıklarına sevk edildi.



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ *Kongresi*

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-06

**Sonuç:** Servikal lenfadenopati ile birinci basamağa başvuran genç yaş grubu hastalarda riskli davranışların sık görülmesi nedeniyle HIV gibi cinsel yolla bulaşabilecek hastalıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Genç yaş grubu hastalarda riskli davranışlar mutlaka sorgulanmalı bulaşı engelleyecek önlemler alınmalıdır. Öykü ve fizik muayeneyle erken tanı ve tedavi şansı elde ederek hastanın yaşam kalitesi artırılabilir.1.Birinci basamakta ergen izleminde riskli davranışların sorgulanması konusunda neler yapılabilir?2.Birinci basamakta HIV+ hastaya yaklaşımda dikkat edilmesi gereken konular nelerdir?

**Anahtar Kelimeler:** hiv enfeksiyonu, lenfadenopati, birinci basamakta lenfadenopati yönetimi



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-07

## RAMSAY HUNT SENDROMU

Elif SAVAŞ, Gizem LİMNİLİ, Nilgün ÖZÇAKAR

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AnaBilim Dalı, İzmir

Elif SAVAŞ / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AnaBilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Ramsay Hunt Sendromu, varisella zoster virüslerinin reaktivasyonu ile ortaya çıkan kraniyal bir polinöropatidir. Tipik olarak ipsilateral yüz felci, kulak ağrısı ve işitsel kanaldaki veya kulak kepçesindeki veziküller üçlüsünü içerir. Herpes zoster enfeksiyonları içerisindeki sıklığı %1'dir. Semptomlar klasik olarak 1-3 günlük ağrı, ateş ve halsizlik gibi prodromal dönem bulguları ile başlar. Bunu 3-4 gün içinde dış kulak, timpanik zar veya dilin 2/3 ön kısmında herpetik veziküllerin gelişimi takip eder. Fasyal paralizi, genellikle döküntüden sonraki 1-2 hafta içinde ortaya çıkar. Bu tabloya sıklıkla bulantı, kusma, vertigo, nistagmus ve işitme kaybı gibi 8. sinir tutulumu belirtileri de eşlik eder. Ramsay Hunt sendromunda görülen fasyal paralizi oldukça şiddetlidir, geç nöral denervasyon oranları artar ve tam iyileşme olasılığı azalır. Herpes zoster, konakçının bağışıklık durumundan etkilenmektedir, bununla birlikte yaşlanma, herpes zoster vakalarının %90'ı için ana risk faktörüdür. Bu olgu sunumunun amacı, yaşlanma ve bağışıklık sistemindeki bozulmalar nedeniyle ortaya çıkabilen fırsatçı enfeksiyonlardan biri olan Herpes zoster enfeksiyonunun nadir görülen bir formu olan Ramsay Hunt Sendromuna dikkati çekmenin yanı sıra, yaşlının kendine bakımının azalması gibi durumların birinci basamakta farkedilmesinin önemini vurgulamaktır.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** 68 yaşında erkek hasta aile hekimine sol kulakta ağrı ve baş bölgesindeki döküntü şikayetiyle başvurdu. Bilinen hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği, geçirilmiş anjiyo öyküsü mevcuttu. Yalnız yaşayan, kendine bakımı iyi olmayan hastanın muayenesinde inspeksiyonda boyunda, sol klavikula altında, sol dış kulak yolu, postauricular ve oksipital bölgede eritemli zeminde çok sayıda veziküller krutlu lezyonlar görüldü. Başvuru sırasındaki vücut ısısı: 36,5 C TA: 125/83 mmHg Nb: 98/dk olarak ölçüldü. Yapılan nörolojik muayenede hasta sol gözünü tam olarak kapatamıyor, sol kaşını kaldıramıyor. Sol ağız köşesinde düşüklük ve sol nazolabial sulkusta silinme mevcuttu. Hasta sol periferik fasyal paralizi olarak değerlendirildi. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Hastaya antiviral ve ağrı kesici tedavi başlanarak, KBB polikliniğine sevk edildi.



# 15. Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-07

**Sonuç:** Ramsay Hunt Sendromu genellikle klinik belirtiler ve fizik muayene ile tanınır. Yalnız yaşayan yaşlı hastalarda ulaşılabilirliğin kolay olması nedeniyle birinci basamak sağlık kurumlarına başvuru sıklığıdır. Bu nedenle yaşlı hastalarda bağışıklığı ve beraberinde yaşam kalitesini etkilebilecek, bazı durumların sıklaşmasına neden olabilecek kendine bakımda azalma gibi durumlar irdelenmeli; seyrek de olsa görülebilecek durumlar konusunda da dikkatli olunmalıdır. Klinik takibi açısından mutlaka KBB uzmanına sevk gerektirmekle birlikte ilk 72 saat içinde tedavinin başlaması önemli olduğundan tanı anında tedavi hemen başlanmalıdır. Tedavide antienflamatuvar etkileri nedeniyle kortikosteroidler ve viral yük üzerindeki replikasyonu engelleyici etkileri nedeniyle antiviral ajanların kombinasyonu önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ramsay Hunt Sendromu



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-08

## “2 AYDIR MİDEM BULANIYOR” DİYEN HASTADA İDRAR YOLU ENFEKSİYONU

Mekan Ay, Suna Cansu Mermer, Gizem Limnili, Makbule Neslişah Tan  
Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
Suna Cansu Mermer / Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Amaç:** İdrar yolu enfeksiyonları (İYE), idrar yolunun tamamının veya bir kısmının enfeksiyonunu içeren heterojen bir hastalık grubudur. Bakteriyel enfeksiyona üriner sistem üretelyumun inflamatuvar yanıtı, İYE olarak tanımlanmıştır. Kadınların İYE geliştirme olasılığı erkeklerden 30 kat daha fazladır. İdrar yolu enfeksiyonunda hastalar dizüri, sık idrar gibi "tipik bulgular" dışında semptomlar gösterebilir veya asemptomatik olabilirler. Bu olgu sunumunun amacı, "tipik bulgular" dışındaki semptomlarla başvuran hastalarda idrar yolu enfeksiyonunu da akılda tutma gerekliliğini anlatmaktır.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** 53 yaşında kadın hasta 2 aydır geçmeyen bulantı şikayeti ile aile hekimliği polikliniğine başvurdu. Hasta, bulantıya kusmanın eşlik etmediğini ancak iki gündür uykudan uyandıracak şiddette olduğunu ifade etti. Öyküsünde; daha önce benzer şikayetlerle başvuran hastanın  $\beta$ -hCG değerine bakılmış, negatif saptanmış, hastaya medikal tedavi verilmemişti. Şikayetinin geçmemesi üzerine gastroenteroloji polikliniğine başvuran hastadan kan tetkikleri, batın USG istenmiş; endoskopi planlanmış ve antiemetik reçete edilmiş. Batın USG "normal" olarak yorumlanan hastanın kan tetkiklerinde WBC:5200 CRP:1.4 olarak saptanmış. Hasta şikayetinin başlarda antiemetik kullanımı ile geçtiğini; son iki gündür bulantı şikayetinin ilaca karşı geçmediğini ve uykudan uyandıracak derecede şiddetli olduğunu ifade etti. Hasta ile görüşme sırasında hasta bulantıya karın ağrısının eşlik etmediğini, idrar yaparken yanma veya idrara sık çıkma şikayeti olmadığını belirtti. Yapılan fizik muayenesinde vücut ısısı: 37.5°C, TA:110/75mmHg, Nbz: 92/dk, SS:18/dk olarak ölçüldü. Tüm sistemik bulguları normal olarak değerlendirilen hastadan kan ve tam idrar tetkiki (TİT) istendi. Kan tetkiklerinde WBC:5600, CRP:5,3 olarak bulundu. Yapılan TİT: keton (+), lökosit esteraz (+++), lökosit (WBC):10 olarak saptanan hasta idrar yolu enfeksiyonu olarak değerlendirildi. Hastaya İYE yönelik tedavi başlanarak kontrol tetkikleri için gelmesi önerildi. 10 gün sonra tarafımıza başvuran hasta bulantı şikayetinin tamamen geçtiği öğrenildi. Kontrol TİT sonucunda lökosit esteraz: negatif, lökosit (WBC): negatif olarak saptandı.

**Sonuç:** İdrar yolu enfeksiyonları, birinci basamak hekimleri tarafından yaygın görülen enfeksiyonlardır. Genelde dizüri, sık idrara çıkma, urgency gibi semptomlar bulunur. Bu semptomlar olmadan sadece bulantı şikayeti ile başvuran hastada ayırıcı tanıda idrar yolu enfeksiyonu mutlaka düşünülmelidir. Aile hekimleri, hastanın kliniğini daha net belirleyebilmek için iyi öykü almalı, uygun fizik muayene ve tetkikler yapmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** İdrar yolu enfeksiyonu, bulantı



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-09

## “ÇOCUĞUMUZ NÖBET GEÇİRDİ”: PERFORE APANDİSİT OLGUSU

Mert ER, Gözde AKDENİZ, Tuğçe YÜKSEL, Filiz YILDIZ, Gizem LİMNİLİ, Nilgün ÖZÇAKAR  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir  
Mert ER / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Akut apandisit en sık karşılaşılan acil cerrahi patolojilerden biridir ve cerrahi girişimle tam iyileşme sağlanır. On yaş altı çocuklarda nadir rastlanır. Karın içi oluşan patolojilerin birçoğu ile karıştırılabilir ve karın ağrısı ile gelen her hastada mutlaka ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerekir. Perforasyon geliştiğinde ise farklı semptomlar görülebilir ve ölümcül seyredebilir.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** OLGU: 7 yaşındaki erkek olgu saat 04:00 civarında acil servise evde nöbet geçirme şikayeti ile başvurdu. Öyküde 8-9 saat önce başlayan verilen komutları tam algılayamama tarzında bir bilinç bulanıklığı olduğu ve ailenin bu sebeple geldiği öğrenildi. Özgeçmişinde nöbet geçirme öyküsü bulunmamaktaydı. Yapılan fizik muayenede de aktif nöbet bulgusuna rastlanmadı. Ancak hastanın bilincinin açık olduğu halde, koopere ve oryante olmada zorluk yaşadığı görülmüştür. Ateş:37.0 TA:110/70 Nbz: 92 SS: 18 olarak ölçülmüştür. Öykü derinleştirildiğinde hastanın 4 gün önce başlayan iştahsızlık, bulantı ve kusma şikayetlerinin olduğu ve daha sonrasında karın ağrısı başladığı öğrenilmiştir. Bu dönemde, ateşinin olmadığı, başvurduğu hekim tarafınca yapılan değerlendirme sonucunda akut gastroenterit (AGE) düşünülerek ilaç başlandığı ve hastaya karın ağrısı sebebi ile ailenin düzenli olarak ibuprofen verdiği öğrenildi. Hastanın yapılan batın muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyeti mevcuttu. Defans ve rebound pozitif bulundu. Kan tetkikleri istendi. Çekilen ayakta direk batın grafisinde yaygın gaz odakları görüldü yine de hastanın 4 gündür devam eden karın ağrısı, rebound pozitifliği ve bilinç bulanıklığı olması sebebi ile akut batın olarak değerlendirilerek batın USG istendi. WBC: 15500u/L, CRP: 58 olarak saptandı. Venöz kan gazı olağan, TİT olağan olarak değerlendirildi. İstenen batın USG sonucu perfore apandisit ile uyumlu olarak yorumlandı. Hastaya idame mayisi ve antibiyotikleri başlandıktan sonra çocuk cerrahisi ile görüşülüp, çocuk cerrahi tarafınca opere edildi. Hastanın operasyon sonrası tedavisi düzenlenerek şifa ile taburcu edilmiştir.

**Sonuç:** Yaş aralığının şüphe uyandırmaması ve erken dönemde silik semptomlar görülmesi gibi zorluklar olsa da karın ağrısı ile gelen her hastada akut batın düşünülerek takibi yapılmalı ve hastanın ağrı kesici kullanımı engellenmelidir. Aile hekimliğinde sık görülen ayrışmamış hasta özelliklerine uygun hareket etmek önemlidir. Bununla birlikte perforasyonun bilinç bulanıklığı gibi nörolojik bulgular ile gelebileceği de akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** perfore apandisit, bilinç bulanıklığı, nöbet



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-10

## BAŞ AĞRISI VE MİDE BULANTISI İLE GELEN HASTADA SEREBELLAR KİTLE TANISI

Gözde AKDENİZ, Ozan Emre ELİAÇIK, Mert ER, Tuğçe YÜKSEL, Tolga GÜNVAR  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir  
Ozan Emre ELİAÇIK / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Baş ağrısı klinik tıpta en sık karşılaşılan şikayetlerden biridir. Baş ağrılarının büyük çoğunluğu primer baş ağrısı bozukluklarından kaynaklansa da, serebral, serebellar neoplazm veya metastatik hastalık gibi etiyojiler de baş ağrısı habercisi olabilir. Pediatrik serebellar lezyonlar nadirdir ancak çeşitli nörolojik semptomlarla ortaya çıkabilir. Bu vaka, birinci basamak sağlık hizmeti ortamında karşılaşılan teşhis zorluklarını vurgulamakta ve uzman hekim tarafından değerlendirilmesi için acil sevk önemini vurgulamaktadır.

**Yöntem:** Genel durumu ve vitalleri iyi olan hastada detaylı anamnez ve nörolojik muayene ile serebellar patoloji bulunan bir olgu sunumunun yapılması planlandı.

**Bulgular:** 7 yaşında kız çocuk, annesi ile birlikte bir haftadır ara ara baş ağrısı ve mide bulantısı şikayeti ile Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Acil Polikliniğine başvurdu. Annesi çocuğunun başının ağrıdığını ve ağrı kesici ilaç talep etmesi sebebiyle başvurduğunu belirtti. Anamnez detaylandırıldığında baş ağrısının daha çok sabahları olduğu, ibuprofen ile azaldığı, ayrıca sabahları 1 veya 2 defa kustuğu, sonra şikayetlerinin tamamen geçtiği öğrenildi. Eşlik eden bir ateş öyküsü yoktu. Hastanın kronik hastalığı bulunmuyordu ve aile öyküsünde kanser öyküsü bulunmadığını beyan ettiler. Ayrıca bir travma öyküsü de yoktu. Hasta başvurduğunda aktif şikayeti bulunmuyordu. Ancak annesi kızının son bir haftada arkadaşlarıyla oyun oynamak istemediğini, daha çok evde oturmak istediğini söyledi. Hastanın sistem muayeneleri olağandı. Hasta oryante, koopereydi. Nörolojik muayenesinde pupiller izokorikti ve ışık refleksi her iki gözde de pozitif. Gözler serbest hareketliydi ve fasiyal asimetri yoktu. Lateralize motor, duyu defisiti yoktu. Ancak tandem yürüyüşü testinde iki adımdan sonra denge problemi yaşadı ve disdiadokinezisi mevcuttu. Hastada serebellar patoloji ön tanısıyla Beyin BT'si istendi. Hastanın daha sonra e-nabız verilerinden incelenen BT'si: "Ventrikül sıkışık ve bazal sisternler açık, orta hat yapıları olağan lokalizasyonda, şift yok, hematoma yok, ventriküller dilate görünümde, serebellar bölgede yaklaşık 5 cm kitle ile uyumlu olabilecek lezyon görüldü. Kemik pencerede fraktür yok." Olarak raporlandı. Daha sonra hasta Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim dalına konsülte edildi. Hastanın yatışı yapıldı ve operasyon planı yapıldığı öğrenildi. Hasta şu anda e-nabız verileri üzerinden yakından takip ediliyor. Beyin Cerrahisi servisinde aktif olarak durumu takip ediliyor.



# 15. Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

## P-10

**Sonuç:** Aile hekimliği polikliniklerimizde sık sık bu hasta ile benzer profilde hasta başvurusu bulunmaktadır. Pediatrik serebellar lezyonlar, çeşitli sunumları nedeniyle tanısız ikilemler ortaya çıkarmaktadır. Bu vaka, doğru tanı için kapsamlı bir nörolojik muayenenin ve zamanında görüntülemenin önemini vurgulamaktadır. Pediatrik serebellar lezyonlarda erken teşhis ve sevk, optimal sonuçlar için çok önemlidir. Bu vaka, birinci basamak hekimlerinin hafif nörolojik belirtileri tanıma ve zamanında müdahale için diğer uzmanlarla işbirliği yapma konusundaki rolünü vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Baş ağrısı, Serebellar kitle, Birinci basamak





# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-11

## BEHÇET HASTALIĞININ NADİR BİR SUNUMU: SEPTİK ARTRİT VE ÜVEİT

İlayda Ceylan EMRE, Peyruze SİNCAR, Gizem LİMNİLİ, Makbule Neslişah TAN  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir, Türkiye  
İlayda Ceylan EMRE / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

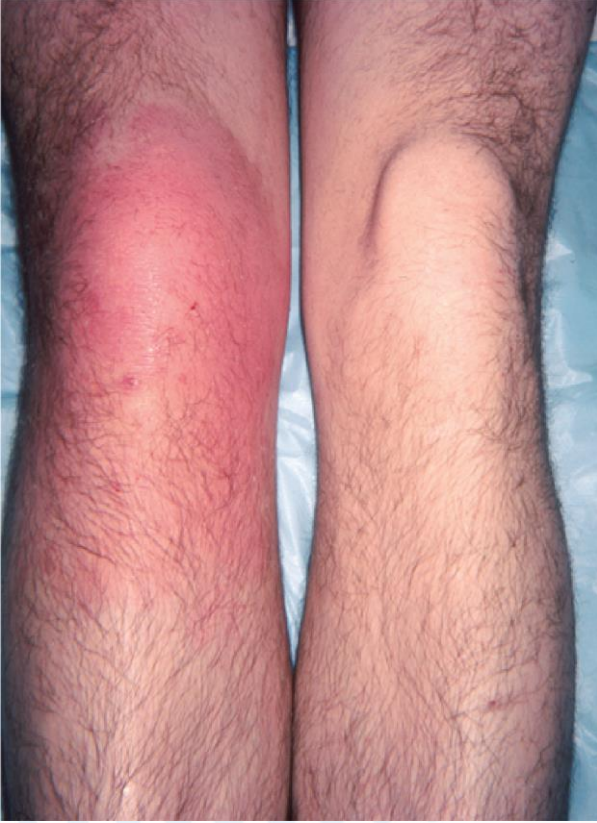
**Amaç:** Behçet hastalığı, tekrarlayan oral, genital ülserler, göz tutulumu ve deri lezyonları gibi belirtilerle karakterize ve ciddi komplikasyonlara yol açabilen multisistemik bir otoimmün hastalıktır. Nadir görülmesine rağmen, özellikle genç erişkinlerde görülen Behçet hastalığı, çeşitli komplikasyonlara yol açabilir ve hasta yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Bu olgu sunumunun amacı; aile hekimlerinin nadir görülen hastalıklarda karar verme sürecini yönetmeleri, hastaları uygun şekilde yönlendirme konusunda dikkatli olmaları ve multidisipliner bir yaklaşım benimseyerek hastaların en iyi tedaviyi almasını sağlamaları gerektiğini vurgulamaktır.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** 29 yaşında erkek hasta 3-4 gün önce başlayan sağ dizde ağrı, kızarıklık, ısı artışı ve şişlik şikayetleriyle aile hekimine başvurdu. Öyküsünde ilk kez 1-2 yıl önce benzer belirtiler yaşadığını belirten hastanın fizik muayenesinde sağ dizde ağrı, hareket kısıtlılığı, ısı artışı, şişlik, kızarıklık, 2 eklem arası çap farkı saptandı. Tetkiklerinden eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 44/saat, White blood cell (WBC): 12,9, c-reaktif protein (CRP):74,8, nötrofil(NEU#):9,3, lenfosit(LYM#):2,1, monosit(MONO#):1,2 olması üzerine ortopediye yönlendirildi. Eklem sıvısı analizi; WBC:19400, potasyum (K): 4,17, Glukoz: 91, direkt bakıda bol polimorf nüveli lökosit (PNL), bakteri yok olarak değerlendirildi. Hasta septik artrit tanısı ile ortopedi servisine yatırıldı. Ancak takip sürecinde eklem ağrılarının yanı sıra göz tutulumu, skarla iyileşen oral/genital ülserlerin varlığı ve hastanın 10 günlük yatışı sürecinde Ampsilin-Sulbaktam 4x3 gr IV tedaviye cevap vermeyen WBC: 19,2, NEU#:15,1 CRP: 74,4 olması Behçet Hastalığı şüphesini artırmıştır. Romatolojik sorgulama ve fizik muayene yapıldığında 5 dk süren sabah tutukluğu, topuk ağrısı ve deri lezyonları görüldü, istenen göz hastalıkları görüşünde posterior üveit; dermatoloji görüşünde, sağ ayak dorsumunda ve sağ kruris ön yüzde eritema nodosum, skrotumda periferi eleve ortası ülsere lezyon görüldü. Oral aft, genital ülser, artrit, üveit bulunan hastaya Behçet Hastalığına uygun tedavi protokolleri başlandı. Yapılan kontrollerde klinik, laboratuvar düzelme görülmüş olup hasta takibe alındı.

## P-11

### Artrit



Behçet Hastalığına bağlı gelişen septik artrit görüntüsü

**Sonuç:** Aile hekimlerinin Behçet Hastalığı gibi nadir görülen hastalıklarda olasılıklara dayalı bir karar verme sürecini yönetmeleri gerektirmektedir. Doğru tanı, yönlendirme yapabilmek için hastanın semptomlarını dikkatle değerlendirmeli ve hastanın savunuculuğunu yapacakları multidisipliner bir yaklaşımı benimsemelidirler.

**Anahtar Kelimeler:** "Behçet Hastalığı", "Septik Artrit", "Üveit", "Multisistemik", "Multidisipliner Yaklaşım"



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-12

## HASTALIK PREVALANSININ BAŞVURU YERİNE GÖRE DEĞİŞİMİNE ÖRNEK VAKA

İlksen Yazgülü Şenol, Tolga Günvar  
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi  
İlksen Yazgülü Şenol / Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

**Amaç:** Amaç farklı birimlere başvuran hastaların sahip oldukları semptomların altından çıkan hastalıkların prevalansının değiştiğine dikkat çekmek. Bu prevalans dağılımına göre hastaya yaklaşım da değişmektedir. Inferior MI'lar tüm miyokard infarktlerinin %40-50'sini oluşturur. Vakaların %80'inde sağ koroner arter sorumlu iken diğerlerinde sirkumfleks arter sorumludur. Genelde anterior miyokard infarktüsünden daha iyi prognoza sahiptir (hastane içi mortalite sadece % 2-9) Inferior STEMI tanısı •II, III, aVF derivasyonlarında ST elevasyonu. •II, III, aCF'de ilerleyici Q dalga gelişimi. •aVL'de resiprokal ST depresyonu (+ I. derivasyon).

**Yöntem:** Bir olgu çalışması sunulmuştur.

**Bulgular:** 54 yaşında erkek hasta eklem ağrısı, midede şişlik, yanma ve hazımsızlık şikayetleri ile acilde yeşil alana başvuruyor. Tek böbrekli hasta. İlaç alerjisi yok. Mevcutta üsye için 1.kuşak sefalosporin ve parasetamol kullanımı dışında aktif kullandığı bir ilaç yok. Başvuru anındaki vitalleri TA: 100/67 NB:96 ATEŞ:36,4 SO2: 96 Mide şikayetleri iki gündür mevcutmuş. PPI kullanımı sonrası mide şikayetleri hafiflemiş ancak tam anlamıyla geçmemiş. FM'de batında epigastrik hassasiyet mevcut. Hastanın mide ile ilgili semptomundan şüphelenilerek ekg çekiliyor. Çekilen ekg'de ritm düzenli hız:75 ve II,III,aVF derivasyonlarında minimal elevasyon görülüyor. Hasta inferior MI ön tanısıyla hızla kardiyolojiye konsülte ediliyor. Hastadan troponin alınıyor ancak troponin sonucu beklenmeden ekg bulgusu ile hasta hızlıca koroner anjiyoya alınıyor. Anjiyoda sağ koroner arter tıkalı görülüyor ve hastaya stent takılıyor.

**Sonuç:** Sonuç/Tartışma: Aile hekimliği polikliniklerine de bu olgudakine benzer mide şikayetleri ile birçok hasta başvurmaktadır. Fakat birçok acilde yapılanın aksine her hastaya ekg çekilmemektedir. Çünkü hastanın başvuru yerine göre hastalıkların prevalansı değişmektedir. Bununla birlikte hastaya yaklaşım da değişmektedir. Aile hekimliği de bir düşük prevalans hekimliğidir. Acile mide ağrısı ile giden bir hastanın inferior MI çıkma ihtimali, aile hekimliğine başvuran mide ağrılı bir hastadan daha yüksektir. Önemli olan nokta aile hekimliğine başvuran mide ağrılı hastaya hangi durumlarda ekg çekmek gerektiğine karar vermektir. Örneğin aile öyküsünde erken yaş MI öyküsü varsa, hastanın geçirilmiş MI öyküsü varsa, mide ağrısının vasfi tariflenemiyor veya PPI ile rahatlamıyorsa, hastanın öyküsünde tromboza eğilim varsa, mide ağrısına aktif göğüs ağrısı da eşlik ediyorsa ekg kontrolü yapmak mantıklı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** PPI ile rahatlamayan mide ağrısı, inferior MI, düşük prevalans hekimliği



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-13

## BİRİNCİ BASAMAKTA BOĞMACA TEMASLISI ÇOCUK HASTA TAKİBİ

Tuğçe YÜKSEL, Filiz YILDIZ, Mert ER, Zeynep Cansu KAÇAR, Büşra Aslıhan AKBIYIK, Gizem LİMNİLİ, Neslişah TAN  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir  
Tuğçe YÜKSEL / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir

**Amaç:** Giriş: Boğmaca; Bordetella pertussis'in etken olduğu, her yaştaki duyarlı bireyi etkileyen, özellikle çocukluk çağında ağır seyreden, akut, bulaşıcı bir solunum sistemi enfeksiyonudur. Özellikle aşılama oranlarının düşük olduğu bölgelerde sonbahar aylarında pik yapar; üç-dört yılda bir artış göstererek periyodik epidemiler oluşturur. Bulaşma, enfekte bireylerin solunum sistemi salgılarının damlacık yoluyla yayılması sonucu oluşur. En bulaştırıcı dönem, öksürük nöbetleri ortaya çıkmadan önceki kataral evredir. En az iki hafta süren öksürüğe; şiddetli öksürük nöbetleri, iç çekmeli solunum, öksürükten hemen sonra kusma eşlik etmesi ve öksürüğe neden olabilecek başka bir sorun (pnömoni, plörezi, sinüzit v.b.) bulunmaması durumunda boğmaca aklımıza gelmelidir. Ülkemizde boğmaca, bildirim zorunlu hastalıklar içinde yer alır. Salgınlarda en çok etkilenen okul veya gündüz bakım evlerindeki çocuklardır. Bu olgu sunumunun amacı, aşı ile korunma sağlanabilecek hastalıkların önemini vurgulamaktır.

### Yöntem: Olgu Sunumu

**Bulgular:** Olgu: 7 yaş erkek hasta ve ailesi, İlçe Sağlık Müdürlüğü tarafından sınıflarında boğmaca tanısı almış yabancı uyruklu bir öğrencinin olduğu bilgisi verilmesi ve yönlendirmesi sonucu kayıtlı olduğu aile hekimine başvurdu. Öyküsünde ateş, öksürük, balgam çıkarma gibi aktif şikayetinin olmadığı, yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyonu, kronik hastalığı, düzenli kullandığı ilacı, allerji öyküsü olmadığı öğrenildi. Aile hekimliği bilgi sisteminden incelendiğinde çocukluk çağı aşılarının zamanında ve eksiksiz uygulandığı görüldü. Yapılan fizik muayenesinde vücut ısısı:36,8C; genel durumu iyi, bilinci açık, cilt olağan, döküntü yok, gözlerde akıntı kızarıklık yok, bilateral dış kulak yolu ve bilateral timpanik membran olağan, orofarenks olağan, her iki hemitoraks solunuma eşit katılımlı, solunum sesleri doğal, patolojik ek ses yok, takipne dispne yok, diğer sistem muayenesi olağandı. Profilakside, Azitromisin 10-12 mg/kg/gün peroral 5-7 gün kullanacak şekilde başlandı. Aile ayrıntılı bilgilendirildi, acil durumlar anlatıldı. İstirahat raporu düzenlendi. Poliklinik kontrolüne çağrıldı. Aynı zamanda telefon ile ulaşılarak günlük semptom kontrolü yapıldı. Hastanın profilaksi süresi sonunda yeni gelişen bir bulgusu olmadığı için takibi sonlandırıldı.



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-13

**Sonuç:** Boğmaca vakası ile yakın temasta bulunmuş ev halkı bireyleri, kreş-okul arkadaşları, öğretmenler, bakıcılar, evi sık ziyaret eden akrabalar ve arkadaşlar teması takiben en az 21 gün süresince boğmaca belirti ve bulguları açısından izlenmelidir. Tüm yakın temaslı bireylere yaş ve aşılama durumlarına bakılmaksızın profilaktik antibiyotik tedavisi uygulanmalıdır. Kemoprofilaksi başlanması, ikincil bulaşmayı etkili bir şekilde önler ancak hastalıktan korunmanın tek yolu aşılama değildir. Aşı oranlarının düşük olduğu toplumlarda ve aşısız bireylerde hastalık görülmeye devam etmekte ve ölümlere neden olmaktadır. Boğmaca aşısı 5'li karma aşı (DaBT-İPA-Hib) şeklinde 2,4,6,18. aylarda ve 48. ayda dördüncü karma aşı (DaBT-İPA) şeklinde pekiştirme dozu olarak uygulanmaktadır. Aşılama ile B.pertussis dolaşımı azaltılacak ve boğmacaya bağlı ölümlerin engellenmesi sağlanacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** boğmaca, birinci basamakta aşılama, boğmaca teması



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-14

## TEKNOLOJİ: ERKEN TANI, CERRAHİ KARA VE SAĞLIKTA DEVRİM!

Peyruze SİNCAR, İlayda Ceylan EMRE, Gizem LİMNİLİ, Vildan MEVSİM  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile hekimliği Ana Bilim Dalı  
Peyruze SİNCAR / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile hekimliği Ana Bilim Dalı

**Amaç:** Son zamanlarda giyilebilir teknoloji gibi araçların yardımıyla sağlıkla ilgili bireysel ölçüm uygulamaları kullanılarak veri kaydı oluşturması sıklaşmıştır. Hayatımızda önemli bir yer edinen akıllı saatler içinde bulunan elektriksel kalp sensörü uygulaması gibi bazı uygulamalar, kalp ritim takibini mümkün kılarak ritim bozukluğunda kişiyi uyarmaktadır ve bireysel ölçüm amacıyla kullanılmaktadır. Taşikardi, senkop, göğüs ağrısı ve sıkıştırma hissi ile sağlık kurumlarına başvuran hastalarda; başvuru anında kalpte bir ritim bozukluğu tespit edilemeyebilir. Ritim bozukluğunun tespiti için düzenli ve sürekli kayıt almak gereklidir. Bu amaçla kullanılan pek çok giyilebilir cihaz mevcuttur. Bu cihazlardan faydalanarak tanı ve takipte kolaylıklar sağlanmış olur.

**Yöntem:** Olgu Sunumu

**Bulgular:** 33 yaşında kadın hasta, supraventriküler taşikardi (SVT) takibi ile Kardiyoloji polikliniğine başvurdu. Başvuru anındaki nb:92, TA:122/83 olarak bulundu. Çekilen elektrokardiyografi (EKG) sinüs ritminde idi. Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde yaklaşık 10 yıldır, ara ara olan senkop ve taşikardi şikayetleri olduğunu, daha önce yapılan tetkikleri sonucunda kesin bir tanı konulmadığı öğrenildi. 5 yıl önce aynı şikayetler ile yönlendirildiği nöroloji hekimi tarafından yapılan tetkikler sonucunda epilepsi ön tanısı ile antiepileptik tedavi başlandığı, hastanın bu ilaçları bir süre kullandıktan sonra kendi istediği ile kestiği öğrenildi. 2021'de edindiği akıllı kol saatinde bulunan elektriksel kalp sensörü uygulaması ile kalp atım hızının yükseldiği anlarda uyarı vermesi üzerine kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaya holter EKG ve efor testi yapıldı ancak testlerde de taşikardi anı saptanamadı. Hastaya akıllı saatindeki uygulama tarafından ritim bozukluğu uyarısı olduğunda yine saatte bulunan "Sağlık" uygulaması üzerinden elektriksel kalp sensörünü kullanarak kalp atışını ve ritmini kaydetmesi önerildi. Hasta kullandığı uygulama ile iki kez SVT anındaki ritmini kayıt altına alabildi. Bu kayıtlar kullanılarak SVT tanısı alan hasta ileri tetkik ve tedavi için hastaneye yatırılarak ablasyon yapılması planlandı.

**Sonuç:** Günümüzde giyilebilir teknoloji pazarı genişlemekte ve bu konudaki araştırmalar gün geçtikçe artmaktadır. Tansiyon monitörleri, giyilebilir teknolojiler, fitness takip cihazları vb. IoT cihazları ile oluşturulan veriler, bireylerin günlük sağlık durumları ile ilgili önemli bilgiler içermektedir. Hastanın kayıt alabilmesi ile gereksiz veya invaziv tetkik, hatalı tanı gibi durumlar azaltılabileceği gibi verilerin e-nabız gibi elektronik tıbbi sistemlerle aktarıldığında, hekim tarafından anormalliğin hızlı bir şekilde tespit edilerek müdahale edilmesini de sağlamakta ve koruyucu ve önleyici bir rol oynamaktadır.



# 15. Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

## P-14

Tartışma Soruları:

- 1- Giyilebilir teknolojik aletlere tanı koymada ne kadar güvenebiliriz?
- 2- Giyilebilir teknolojik aletler tanı koyma ve tedaviye uyum konusunda daha etkin nasıl kullanılabilir?

**Anahtar Kelimeler:** teknoloji, sağlık, erken tanı



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-15

## AŞI KARŞITI OLMAYAN AİLENİN BEBEĞİ BOĞMACA OLUNCA

Zeynep Cansu KAÇAR  
Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi  
Zeynep Cansu KAÇAR / Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi

**Amaç:** Giriş: Ülkemizde 2010 yılından itibaren aşılar ile ilgili olumsuz medya haberleri aileleri etkilemeye başlamış ve “aşı reddi” görülmeye başlanmıştır. 2015 yılından itibaren “aşı uygulaması için ebeveynden onam alınması” davasının kazanılması ile, aşı reddi oranları artmaya başlamıştır. Aşı reddi yapan aile sayısının 50 bine ulaşması durumunda azalmış veya eradike edilmiş çocukluk çağı bulaşıcı hastalıkların salgınlar yapabileceği belirtilmektedir. Bu olgu sunumunun amacı, ülkemizde eradike edilmiş çocukluk çağı hastalıklarının toplumda yeniden görülüyor olmasına dikkati çekmektir.

**Yöntem:** Yöntem: Olgu Sunumu

**Bulgular:** Olgu: 55 günlük kız bebek, 10 gündür devam eden öksürürken morarma şikayeti ile acil servise başvurdu. Öyküsünde aynı şikayetle farklı hekim başvuruları da olan hastanın ilk başvurusu kendi pediatristine olan hasta, akut bronşiolit tanısı ile üçüncü basamak hastaneye sevk edilmiş. Hasta 1 gün yoğun bakımda iki gün serviste oksijenize edilip izlenerek taburcu edilmiş. Birkaç gün içinde çocuk polikliniğine kontrolleri için başvurusunda hastanın boğmaca olabileceği düşünülerek 5 gün azitromisin PO 1x1 reçete edilmiş, ancak aileye profilaksi verilmemiş. Aile, bebeğin kusması nedeniyle antibiyotiği dozunda uygulayamadığını belirtti, tedavisinin 3. gününde bebeğin öksürürken morarması üzerine aile acil servise başvuran hastanın servise yatırışı yapıldı. 5 yaşında kardeşi, kreşe gidiyor, aşıları tam. Aile eve misafir kabul etmediğini fakat büyük kardeşin kreşinde ebeveynlerinin aşı reddi nedeniyle aşıli olmayan çocukların olduğunu belirtmiştir.

**Sonuç:** Türkiye’de Sağlık Bakanlığının Nisan 2018 verilerine göre aşı reddinde bulunan aile sayısı 20.000’i geçmiştir. Aşılama oranlarındaki azalmanın topluma önlenabilir hastalık sayısında artış olarak yansımaktadır. Yapılan çalışmalar; sağlık çalışanlarının, aşı uygulanacak bireyler ve ebeveynler ile iyi iletişim kurmasının ve güven sağlamanın, aşı konusundaki tereddütleri gidermede en etkin yollardan biri olduğunu göstermektedir. Bu nedenle aşılama hizmetlerindeki tüm sağlık profesyonellerinin ebeveynlerin aşı reddi nedenlerini sorgulamaları, aileleri aşılama konusunda anlaşılır ve kapsamlı şekilde bilgilendirmeleri oldukça önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Aşı reddi, Boğmaca, Eradike edilen hastalıklar





# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-16

## ÜST EKSTREMİTİDE SELÜLİT

Mehmet Demir, Emrullah Şan, Tolga Günvar  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
Mehmet Demir / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Amaç:** Giriş. Selülit, dermisin retiküler tabakasının ve subkutan yağ dokusunun etkilendiği; klinik olarak da ödem, ısı artışı, ağrı, kızarıklık gibi bulgularla seyreden, derinin akut bir enfeksiyonudur. Etkenlerin %80'inin gram pozitif bakteriler olduğu tespit edilmiştir. En sık olarak da A grubu beta hemolitik streptokoklar ve S.aueus etken olarak izole edilmiştir. Selülit vücudun herhangi bir bölgesinde görülebilir. En sık %70'lik bir oran ile alt ekstremitede, daha sonra %12 ile yüzde görülürken daha nadir olarak üst ekstremitede, gözde, baş- boyunda da görülebilir. Bu olgu sunumu ile üst ekstremitedeki kızarıklık, ödem, ısı artışı gibi şikayetlerde akla gelmesi gereken ön tanılar arasında selülitin de bulunması gerektiğinin hatırlatılması amaçlanmıştır. Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne (EASM) bu şikayetlerle başvuran hastanın tetkiklerini yaptırması sağlanmış ve tedavisi düzenlenmiştir. Kontrollerinde de şikayetlerinin ortadan kaybolduğu görülmüştür.

**Yöntem:** Olgu sunumu.

**Bulgular:** Olgu. İ. A. 92 yaş, kadın hasta. EASM'ye sol el ve el bileğinde şişme, kızarıklık ve ağrı şikayetiyle başvurdu. Şikayetlerinin 2 gün önce başladığını ve herhangi bir travma öyküsü olmadığını belirtti. Anamnezinde 6 yıldır hipertansiyon ve 8 yıldır da otoimmün hemolitik anemi tanıları olduğunu, 8 yıl önce hemolitik anemi sebebi ile hastane yatışı sırasında sol alt ekstremitede derin ven trombozu öyküsü mevcut olduğunu bildirdi. Hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, oryante ve koopereydi. Kan basıncı 100/65 mm-Hg; ateş, nabız olağandı. Palpasyonla muayenede sağ el bileği dokundurtmayacak kadar hassas ve ağrılıydı. Ayrıca ödemli, diğer ekstremitelere göre daha sıcaktı. Ön tanı olarak yumuşak doku zedelenmesi, fraktür, derin ven trombozu (DVT) ve selülit düşünüldü. Hasta grafi ve doppler usg açısından acil servise yönlendirildi ve tetkiklerden sonra tarafımıza tekrar başvurdu. Hastanın e-nabızında grafisinde fraktür olmadığı, USG raporunda ise DVT olmadığı, cilt altının ödemli olduğu ve enfektif süreçlerle uyumlu olarak değerlendirildiği görülmüştür. Kan tetkiklerinde de WBC: 8,36 CRP: 54,6 olarak tespit edilen hastaya selülit tanısı kondu ve amoksisilin-klavulanik asit 1000 mg tb 2\*1 ve parasetamol 500 mg tb 2\*1 ve elevasyon önerildi. 5 gün sonra kontrolde hastanın şikayetlerinin tamamen gerilediği gözlemlendi.

**Sonuç:** Olgumuzda yaşlı hastada travma öyküsü olmadan da fraktür olabileceği ve ciddi ağrı, hassasiyet ve ödem mevcut olduğu için fraktür ve DVT gibi tanılar dışlandıktan sonra selülit tanısı konmuştur. Ağrı, kızarıklık, ısı artışı ve ödem gibi inflamasyon bulguları üst ekstremitede mevcut olduğunda da selülit tanısı akla getirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** selülit, üst ekstremitede



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-17

## TİPİK OLMAYAN ZONANIN AYIRICI TANISINDA ÖYKÜ VE FİZİK MUAYENENİN ÖNEMİ

Nuray Derin, Mustafa Yokuş, Gözde Akdeniz, Filiz Yıldız, Daham Özgel, Vildan Mevsim  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
Nuray Derin / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**Amaç:** Zona; kabarcık görünümlü, ağrılı, deri döküntülerine neden olan, virüs kaynaklı bir enfeksiyon türü şeklinde tanımlanmaktadır. Aile hekimliği disiplininin bir ilkesi de hastalıkları tanımak, kapsamlı yaklaşımda bulunmak ve uygun klinik yönetimi sağlamaktır. Bu nedenle aile hekiminin zona hastalığının tipik klinik bulgularının ve semptomlarının, ayrıca hastalığın seyrinin farkında olması oldukça önemlidir. Ancak zona hastalığını tipik bulguları olmadan da rastlamanın mümkün olduğu unutulmamalıdır. Bu olgu sunumunun amacı, aile hekimlerinin son dönemlerde daha sıklıkla karşılaştığı zona hastalığının tanı ve tedavisindeki zorlukları ele almak, tipik olmayan klinik bulguların farkında olmanın önemini vurgulamak ve bu hastalığın yönetiminde bütüncül bir yaklaşımın önemini ortaya koymaktır.

**Yöntem:** Olgu: 34 yaşında kadın hasta, sağ uyluk lateral yüzeyinde 3x5 cm çapında eritemli yüzey üzerinde yer yer vezikül benzeri döküntüyle Aile Sağlığı Merkezine başvurdu. Hastanın şiddetli kaşıntısı olup ağrı eşlik etmemekteydi. Lokal ısı artışı bulunmamakta ve hareket kısıtlılığı mevcut değildi. Hastanın immün yetmezliği ve süregelen hastalığı bulunmamaktaydı; ancak Ukrayna'dan göç eden hasta, yeterli beslenemediğini ifade etti. Eşlik eden ek şikayeti olmayan hastanın defalarca farklı poliklinik girişleri mevcut olup seboreik dermatit, kontakt dermatit ön tanılarıyla steroid içerikli kremlerle tedavisi planlanmış ve uygulanmıştır. Fizik muayenede; hastanın sol uyluk lateralde ayna görüntüsü şeklinde ancak çok daha hafif görünümlü döküntüsü değerlendirildiğinde hasta Zona ön tanısıyla oral ve topikal asiklovir başlandı. Ayrıca düzenli gıda alımı olmadığını ifade eden hastaya ek olarak takviye multivitamin başlandı. 2 hafta sonra kontrol muayenesinde lezyonları gerileyen hastanın eşlik eden şikayetleri ise tamamen gerilemişti. Planlanan kan tetkiklerinde ise anemi parametreleri, karaciğer fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testi, biyokimya ve hemogramı referans aralıkta saptandı.

**Bulgular:** Sağ uyluk lateral yüzeyinde 3x5 cm çapında eritemli yüzey üzerinde yer yer vezikül benzeri döküntüye eşlik eden sol uyluk lateralde ayna görüntüsü şeklinde ancak çok daha hafif görünümlü döküntü mevcut. Planlanan kan tetkiklerinde ise anemi parametreleri, karaciğer fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testi, biyokimya ve hemogramı referans aralıktadır.

**Sonuç:** Son zamanlarda Aile Sağlığı Merkezlerine oldukça sık başvuran zona vakaları olmaktadır. Zonanın farklı bölgelerde ve çeşitli şekillerde ortaya çıkabileceği, ağrının her zaman eşlik etmeyebileceği göz önünde bulundurularak, fizik muayenede tüm bölgeler incelenmeli ve hastada bulunan diğer döküntülerin varlığı da araştırılmalıdır. Tam fizik muayenenin hastalıkların tanısında çok önemli olduğu görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** zona, dermatit, antiviral, bağıışıklık, virüs



# 15 Ulusal İzmir AİLE HEKİMLERİ DERNEĞİ Kongresi

29 Nisan - 02 Mayıs 2024

La Blanche Island, Bodrum

P-18

## İLACIMI KENDİM BIRAKTIM VE ŞİKAYETLERİM ARTTI: HİPOTİROİDİ OLGUSU

Ozan Emre ELİAÇIK, Ayşe Sena GÜLSOY, Vildan MEVSİM

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

Ozan Emre ELİAÇIK / DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

**Amaç:** Hipotiroidi, doku düzeyinde tiroid hormonu yetersizliği veya nadiren etkisizliği sonucu ortaya çıkan, metabolik yavaşlama ile karakterize bir hastalıktır. Hipotiroidi bozukluğunun kaynaklandığı dokulara göre 3 grupta sınıflanır: Primer hipotiroidi: Tiroid bezi yetersizliğinden kaynaklanan nedenlere bağlı, Sekonder hipotiroidi: TSH yetersizliğine bağlı, Tersiyer hipotiroidi: TRH yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan hipotiroididir. Sekonder ve tersiyer hipotiroidiye, santral sinir sisteminden kaynaklandığı için santral hipotiroidi adı da verilmektedir. Hipotiroidi tanısı alan vakaların % 99' u primer hipotiroididir. Bu olgu, hipotiroidi tedavisi ve takibinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır.

**Yöntem:** Olgu sunumu

**Bulgular:** 32 yaşındaki kadın olgu aile sağlığı merkezine halsizlik, saç dökülmesi, tırnaklarda kırılma, uyku hali, kilo alma şikâyetiyle başvurdu. Öyküde hastanın levotiroksin (75 mcg) kullanımını doğumdan sonra kendini iyi hissettiği için ilacını bıraktığını, 3 aydır ilacını almadığını bu süreçte artan şikayetleri sebebiyle tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde bilinen hastalık yok, düzenli ilaç kullandığı ilaç yok. Ameliyat öyküsü yok. Fizik muayenesinde tiroid glandlarında hipertrofi gözlemlenmesi ve hastanın öyküsü üzerine istenen kan tetkiklerinde; TSH:100 mU/L sT4 0.4 ng/dL B12:210 ng/L saptandı. Hastaya tekrardan 75 mcg levotiroksin ve oral B12 preparatı başlandı . Hasta 6 hafta sonra kontrole çağırıldı. 6 hafta sonra kontrole geldiğinde şikayetlerinde belirgin azalma görüldü. Güncel kan tetkiklerinde TSH:11,4 mU/L, sT4:0,86ng/dL olması nedeniyle levotiroksin dozu haftaiçi 75 mcg, haftasonu 100 mcg olacak şekilde revize edildi. Tiroid ultrasonu için dış merkeze sevk edildi. 6 hafta sonra kontrole çağırıldı.

**Sonuç:** Bu olgu, hipotiroidi tedavisi ve takibinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır. Bu hasta, ilacını kesmesinin ardından semptomlarında belirgin bir kötüleşme yaşamıştır. Saç dökülmesi, tırnak kırılması, kilo artışı, halsizlik ve sürekli uyku hali gibi belirtiler, tiroid fonksiyonlarının kötüleştiğine işaret etmektedir. Düzenli takip ve uygun tedavi, hipotiroidi hastalarının semptomlarını kontrol altında tutmak ve komplikasyonları önlemek için hayati öneme sahiptir. Bu hasta, ötiroid duruma gelene kadar yakın takip edilecektir ve dış merkezde tiroid usg çekildikten sonra tekrar değerlendirilecektir. Birinci basamak sağlık hizmeti, hastaların bireysel ihtiyaçlarına uygun tedavi planları oluşturarak ve düzenli takip sağlayarak sağlık sonuçlarını iyileştirebilir. Bu nedenle, hipotiroidi hastalarının birinci basamak sağlık hizmetlerinde değerlendirilmesi ve takip edilmesi büyük önem taşır.

**Anahtar Kelimeler:** Hipotiroidi, ilaç uyumu