

Kronik Hepatitli Problem Olgular

Tansu Yamazhan
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji
İzmir

Problem Çok Çeşitlidir!



Kronik Hepatitli Problem Olgular

- İleri Siroz
- Koenfekte hastalar
 - HIV, HCV, HBV
- Renal yetmezlik
- Eşlik eden hastalık
 - DM, KOAH, Astım, Tiroidit
- Ek ilaç kullanımı
- Yaş
- Gebelik
- Uyum problemleri
- DIİB

OLGU

- BT
- 70 yaşında
- İzmir Kemalpaşa'da yaşıyor
- Ev hanımı
- Ek hastalık, ilaç kullanımı yok

- Herhangi bir şikayeti yok
- ALT 136 U/L
- Anti HCV pozitif,
- HCV RNA 886.000 IU/mL, genotip 1b
- Hemogramda
 - lökosit: $4600/\text{mm}^3$
 - Hemoglobin: 11.6 g/dL
 - Trombosit: $136.000/\text{mm}^3$

- Periportal/Periseptal interface hepatitis: 3
 - Konfluent nekroz:0
 - Fokal nekroz, apoptoz, fokal inflamasyon:2
 - Portal inflamasyon:3
 - Fibrozis (Stage):5
-
- TANI : KARACİĞER, BİYOPSİ; KRONİK HEPATİT C (GRADE:8/18, STAGE:5/6), ISHAK SKORU

Tedavi ?

All adults and children with chronic HCV infection, including people who inject drugs, should be assessed for antiviral treatment.


Strong recommendation, moderate quality of evidence



**GUIDELINES FOR THE SCREENING,
CARE AND TREATMENT OF PERSONS
WITH HEPATITIS C INFECTION**

APRIL 2014

Tedavinin ilk 3 ayı

- PEG IFN 2a + Ribavirin 1200 mg başlanıyor
- Her hafta kontrole geliyor
- 4.hf trombosit: 89.000/mm³
- 4. haftada HCV-RNA 660 IU/mL
- 6.hf trombosit: 45.000/mm³  IFN/2 doz
- 6-12.hf trombositopeni nedeniyle doz azaltılarak devam
- 12.hf HCV-RNA: negatif (<15 IU/mL)

Reduce IFN dose

Discontinue IFN

Neutrophil count

At <0.75 cells $\times 10^9/L$ reduce to $135 \mu\text{g}$ PEG-IFN $\alpha 2a$.
At <0.75 cells $\times 10^9/L$ PEG-IFN $\alpha 2b$ should be reduced in increments of $0.5 \mu\text{g/kg/week}$, e.g. from $1.5 \mu\text{g/kg/week}$ to $1 \mu\text{g/kg/week}$ and then if required to $0.5 \mu\text{g/kg/week}$.

At <0.5 cells $\times 10^9/L$ PEG-IFN $\alpha 2a$ treatment should be suspended until neutrophils reach >1.0 cells $\times 10^9/L$.
Reinstitute at a dose of $90 \mu\text{g}$ and monitor.
At <0.5 cells $\times 10^9/L$ PEG-IFN $\alpha 2b$ should be permanently discontinued.

Platelets

$25\text{--}50$ cells $\times 10^9/L$ reduce dose of IFN to $90 \mu\text{g}$ or reduce PEG-IFN $\alpha 2b$ as above.

<25 cells $\times 10^9/L$ discontinue PEG-IFN $\alpha 2a$ and PEG-IFN $\alpha 2b$.

Haemoglobin

When Hb <10 g/dL reduce RBV to 600 mg/day when given with PEG-IFN $\alpha 2a$.
When Hb <10 g/dL, the starting dose of RBV should be reduced sequentially by 200 mg when given with PEG-IFN $\alpha 2b$ (unless starting dose is $1\,400$ mg when reduction should be to $1\,000$ mg).

Discontinue PEG-IFN permanently if Hb is <8.5 g/dL.

GUIDELINES FOR THE SCREENING, CARE AND TREATMENT OF PERSONS WITH HEPATITIS C INFECTION

APRIL 2014



4. Ay

- Tedavinin 4. ayında komşusunun tavsiyesi üzerine bel ağrıları nedeniyle bir İM antiienflamatuvar
- *Gluteal abse*
Nekrotizan fasiyit → Direnaja
- PEG+RBV kesiliyor
- Ampisilin/sulbaktam 3x2 g/IV başlanıyor
- 15 gün sonra taburcu, 1 haftada oral antibiyotik



Sağ olasin
Bahar
Teyze



Sağ olasin
Bahar
Teyze



5. Ay

- Hasta çıkışından 20 gün sonra Ateş yüksekliği ile başvuruyor
- Sistem muayeneleri olağan ama $38.5^{\circ} C$ ateşi var
- Hemogramda Lökosit: $1200/mm^3$ Nötrofil: $200/mm^3$
Trombosit: $74.000/mm^3$, anemisi yok
- Febril nötropeni olarak değerlendirilerek piperasilin-tazobaktam 4×1 /gün + Lenograstim (rHuG-CSF rekombinan insan koloni stimulan faktör 33.6 MIU) başlanıyor

- 5. gün ateş düşüyor antibiyoterapi 1.hf sonunda kesiliyor ama hasta nötropeniden çıkamıyor
- Lökosit: 2000-1500/mm³ nötrofil: 200-500/mm³
- 1. hf sonunda nötropeninin devamı üzerine Hematoloji konsültasyonu ve Kİ aspirasyon ve biyopsisi
- Normoselüler kemik iliği

- Yatışının 30. günü ve 13 doz Lenograstim uygulanmasının ardından nötropeniden çıkan hasta, taburcu edildi
- HCV-RNA:18.946 IU/ml
- Hasta bir yıldır takipte, tedavi almıyor
- Karın USG: hepatosteatoz dışında normal
- HCV-RNA: 220.461 IU/ml
- ALT:50 IU/ml
- Lökosit: 3980/mm³, 2180/mm³, trombosit:80.000/mm³

Tedaviye bağlı geç gelişen KI supresyonu

- Trombositopeni  Febril nötropeni
- Yönetimi ?
- PEG-IFN dışı tedavi seçenekleri
- 24 haftalık RBV+SOF tedavi adayı

HBV'li PROBLEMLİ BİR AİLE





Anne

- 56 yaşında, 5 yıl önce KHB tanısı almış
- 1 yıl IFN ted kullanmış
- 3 yıl sonra nüks ile başvurdu

- AntiHBe (+), HBV-DNA: 18.000 IU, ALT: 117
- Grade: 8, Stage: 3 (Ishak)
- 2008 yılı (SUT izin veriyor): Tenofovir başlanıyor
- 6. ayda HBV-DNA: saptanmaz düzeyde, ALT N
- Tedavinin 5. yılı tedavi devam ilaç uyumu var.
HBsAg kaybı yok



- 24 yaş
- HBeAg (+), ALT: 65 IU/ml, HBV-DNA: 10^8 IU/ml
- 6 ay izlem ALT yüksek devam ediyor
- Grade: 8, Stage: 2 (ISHAK)
- 2009 yılı Entekavir 0.5 mg/gün başlanıyor



2009	HBV-DNA IU/ml	eAg	İlaç	
Başlangıç	10 ⁸	+	Entekavir	
6. ay	5890	+	Entekavir	
1. yıl (2010)	4740	+	Entekavir	Uyum? Direnç istenmedi
18 ay	6200	+	Entekavir	Uyum tam direnç testi istendi

Direnç Paternleri

- Naiv hastalarda ETV direnci için 3 mutasyon olmalı

rt180 M + rt204 V



rtT184
rtS202
rtM250

Mutasyonlarından biri ya da daha fazlası bir arada olmalı

Dizi analizi

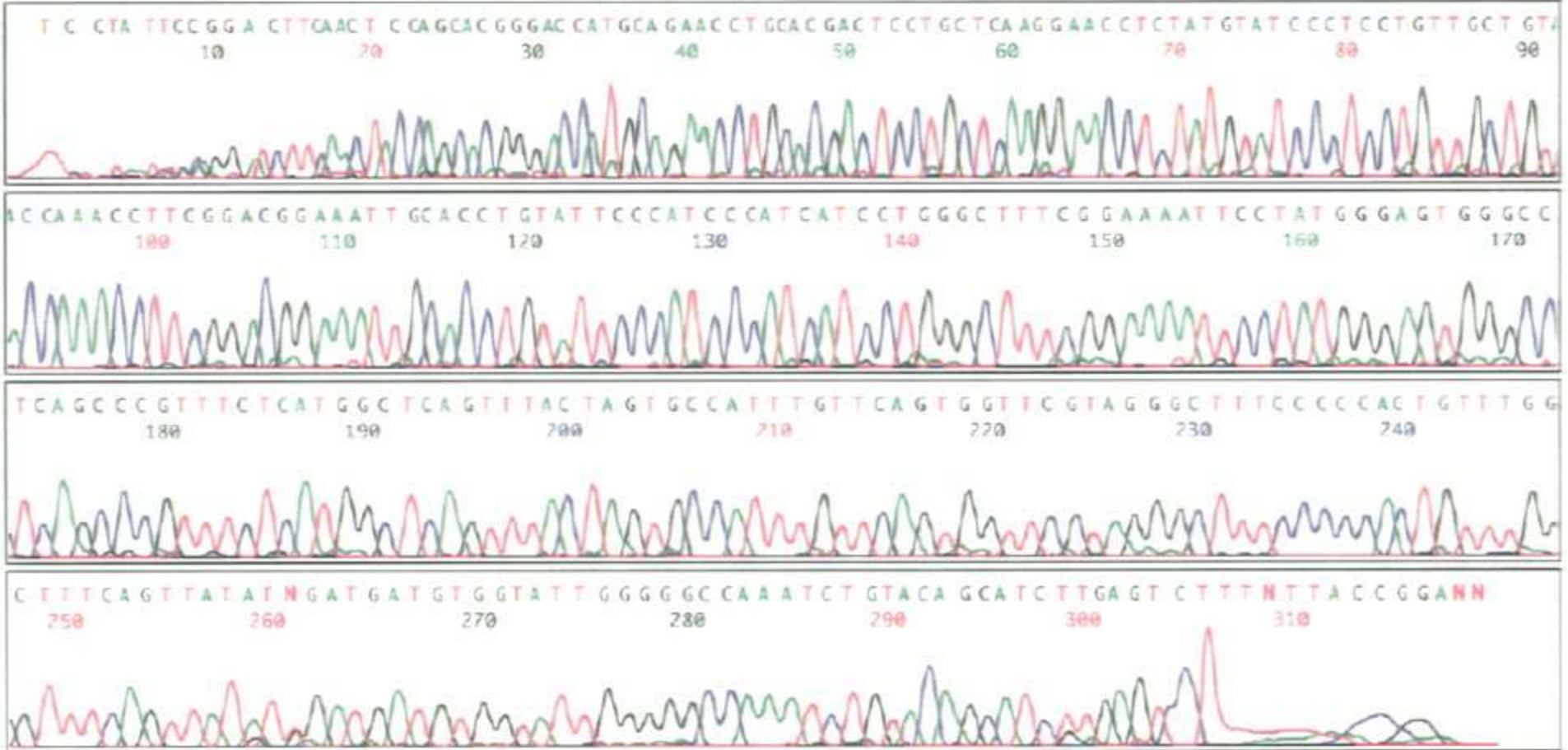


Model 310
Version 3.4.1
ABI-CE1
Version 3.2

2484 YMDD HBS1 1/2Sample8
2484 YMDD HBS1 1/2
Lane 8

Signal G:1530 A:1067 T:940 C:1188
DT POP6(BD Set-AnyPrimer)
Seq inst BDT
Points 938 to 4654 Pk 1 Loc: 938

Page 1 of 1
Fri, Feb 28, 2003 7:30 PM
Fri, Feb 28, 2003 5:15 PM
Spacing: 11.38(11.38)

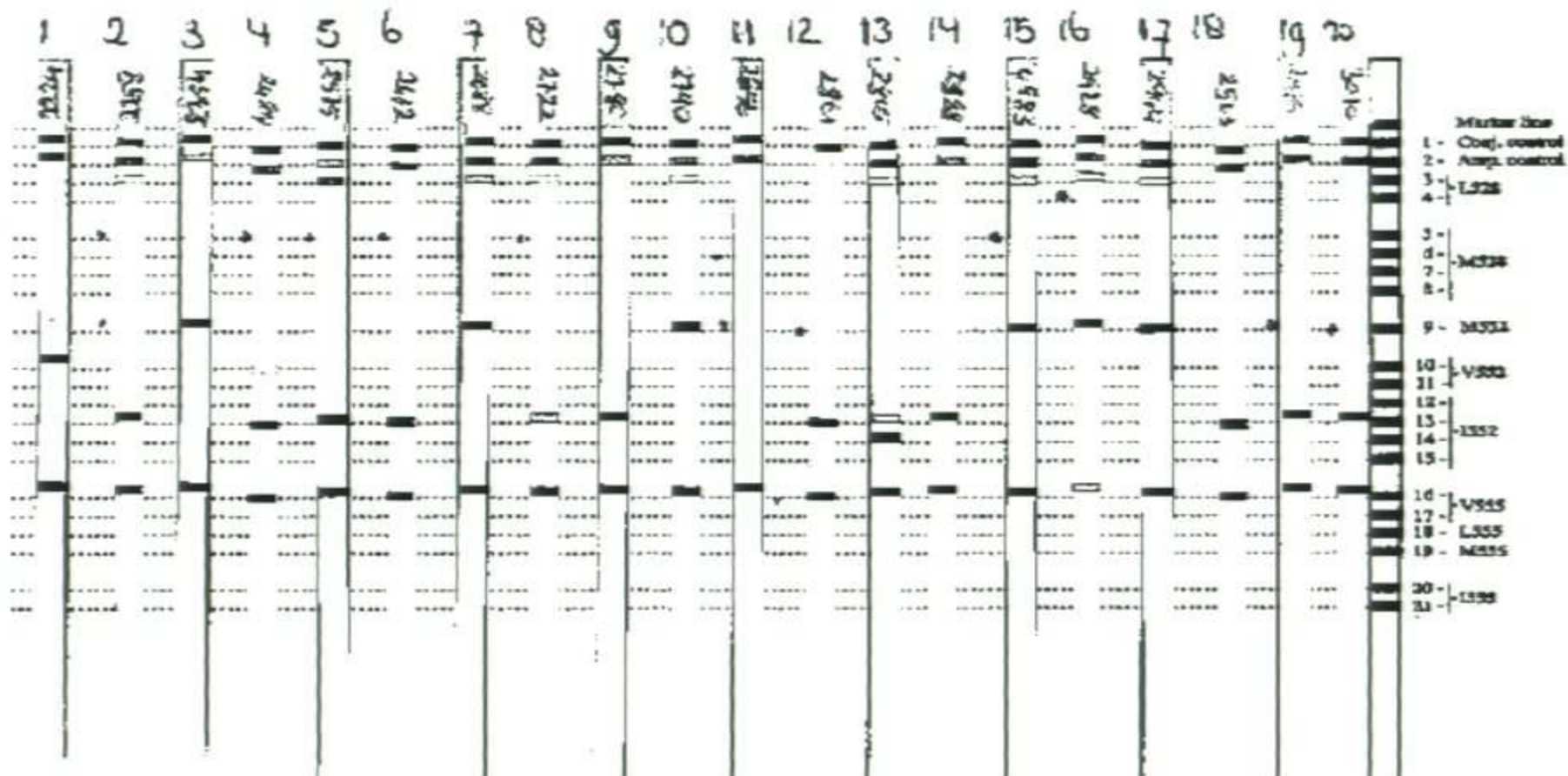


DNA zincirinde nükleotid dizilerini sıralamaya sekanslama denir

INNO-LiPA HBV DR

①

Data reporting sheet



TTTCTCATGGCTCAGTTTACTAGTGCCATTTGTTTCAGTGGTTCGTAGGGCTTTCCCCACTGTTTGGCTTTCAGTTATATTGATGATGTG



2009	HBV-DNA IU/ml	eAg	İlaç	
Başlangıç	10 ⁸	+	Entekavir	
6. ay	5890	+	Entekavir	
1. yıl (2010)	4740	+	Entekavir	Uyum? Direnç istenmedi
18 ay	6200	+	Entekavir	Uyum tam direnç testi istendi (Direnç yok)
2. yıl (2011)	5080	+	Entekavir+Tenofovir	
30 ay	<10 pozitif	+	Entekavir+Tenofovir	Entekavir kesildi
3. yıl	<10 pozitif	+	Tenofovir	
42 ay	negatif	+	Tenofovir	
4. yıl	negatif	+	Tenofovir	



Tedavinin 4. yılı

- Gebelik → Tenofovir kesildi
- Ayda bir ALT
- 3.ayda HBV-DNA: 2000 IU/ml
- 6.ayda HBV-DNA: 4800 IU/ml

Bekleyelim mi Başlayalım mı?

- Gebeliğin 6. ayı
 - HBV-DNA: 4800 IU/ml
 - ALT N
 - HBeAg pozitif

Bekleyelim mi Başlayalım mı?

- Gebeliğin 6. ayı
 - HBV-DNA: 4800 IU/ml
 - ALT N
 - HBeAg pozitif
- Tekrar başladık
- Doğum gerçekleşti
- Emzirme dönemi tenofovire devam edelim mi?



- 29 yaş, daha önce tedavi almamış
- HBeAg (-), ALT: 109 IU/ml, HBV-DNA: 10^8 IU/ml
- Grade: 9, Stage: 2
- Entekavir 0.5 mg, 2009 yılında başlandı



2009	HBV-DNA IU/ml	İlaç	
Başlangıç	10 ⁸	Entekavir	
6. ay	89.140	Entekavir	
1. yıl (2010)	2800	Entekavir	Uyum: Tam
18 ay	2400	Entekavir	
2. yıl (2011)	2580	Entekavir	
30 ay	1875	Entekavir	Direnç testi: Direnç yok
3. yıl	1425	Entekavir	
42 ay	1110	Entekavir	
4. yıl	895	Entekavir	

5.Kasım 2011

SUT


HAI \geq 6
Fibroz \geq 2

HBV DNA
<2.000.000
IU/ML

ALT > 2 NÜS
İnterferon

Lamivudin

Telbivudin


 1.2×10^6 IU/mL



- En son 4.5 yılda ALT N, HBV-DNA: 589 IU/ml
- Uyum tam gibi gözüküyor !
- İzole Bil yüksekliği ?
- T.Bil: 2.97-2.73 mg/dl, D.bil:0.7-0.6, İ.bil yük.
- Gilbert sendromu ?



2009	HBV-DNA IU/ml	İlaç	
Başlangıç	10 ⁸	Entekavir	
6. ay	89.140	Entekavir	
1. yıl (2010)	2800	Entekavir	Uyum: Tam
18 ay	2400	Entekavir	
2. yıl (2011)	2580	Entekavir	
30 ay	1875	Entekavir	Direnç testi: Direnç yok
3. yıl	1425	Entekavir	
42 ay	1110	Entekavir	
4. yıl	895	Entekavir	



- En son 4.5 yılda ALT N, HBV-DNA: 589 IU/ml
- Uyum tam gibi gözüküyor !
- İzole Bil yüksekliği ?
- T.Bil: 2.97-2.73 mg/dl, D.bil:0.7-0.6, İ.bil yük.
- Gilbert sendromu ?

Partial virological response to ETV or TDF

48. Optimal management of patients with a partial virological response after 48 weeks of ETV or TDF is the subject of intense debate. HBV DNA levels at week 48 and their kinetics must be taken into account in these patients. Patients with residual viraemia ≤ 1000 IU/ml or with a continuous decline in serum HBV DNA levels may continue the same treatment because of the progressive increase in virological response over time and the low risk of resistance with long-term monotherapy. In patients with a flat pattern of HBV DNA, with a residual viraemia > 1000 IU/ml, or with underlying cirrhosis, a rescue strategy with a non cross-resistant analogue, i.e. TDF for partial response to ETV and vice versa, can be recommended (19).

REVIEW ARTICLE

HBeAg-negative chronic hepatitis B: why do I treat my patients with nucleos(t)ide analogues?



- 42 yaş, 1 yıl önce dış merkezde KHB tanısı konmuş
- Daha önce tedavi almamış
- HBeAg (-)
- ALT 55 U/L, trombosit N
- HBV-DNA: 1.2×10^6 IU/mL

- USG: Kronik karaciğer hastalığı ile uyumlu
- Karaciğer biyopsisinde Grade 12, Stage 5 (Ishak)
- Klinik olarak siroz bulgusu yok

5.Kasım 2011

SUT

HAI \geq 6
Fibroz \geq 2

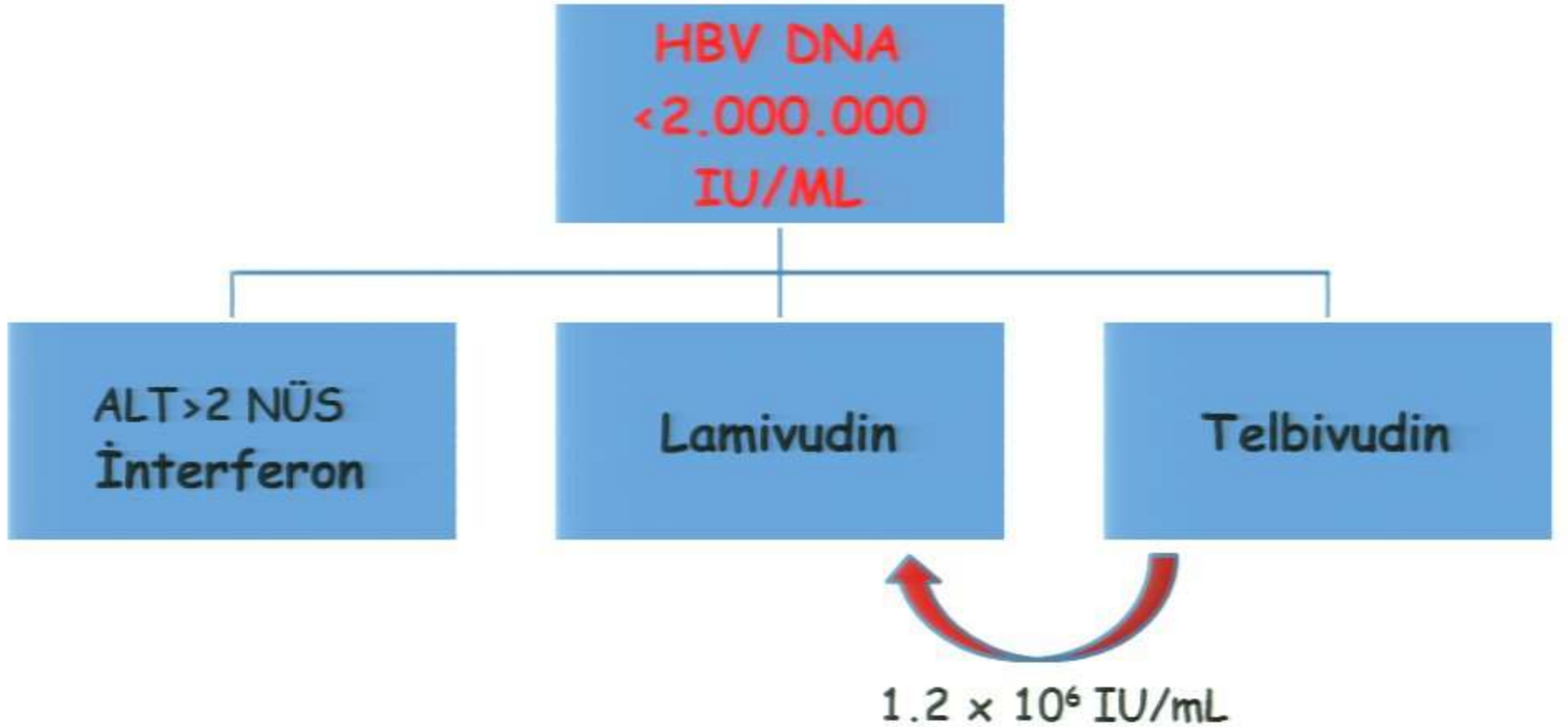
HBV DNA
<2.000.000
IU/ML

ALT > 2 NÜS
İnterferon

Lamivudin

Telbivudin

1.2×10^6 IU/mL





Hasta takipten çıkıyor



Bu bitkiyi tanıdınız mı?



Lavandula stoechas

- Anadolu'da yaygın yetişen şifalı bir bitki
- Karabaş otunun çayını, günde toplam 6 su bardağı içmiş. Beklemiş çay kullanımı da mevcut
- Yaklaşık 1 ay sonra hasta bize tekrar başvurdu



- 1 haftadır idrar miktarında azalma ve bulantı
- Skleralar hafif ikterik, diğer FM bulguları normal
 - Kreatinin 8.7 mg/dl
 - Na:125 mmol/l,
 - K:6.9 mmol/l,
 - AST:1281 IU/ml, ALT:4521, GGT:263, ALP:116, T.Bil: 6.2
 - PZ:25.5, aPTZ:30.6 sn
 - USG:Bilateral hidronefroz, hafif hepatomegali



- Geçici hemodiyaliz katateri ile toplam üç kez HD uygulandı
- INR N olunca Böbrek biyopsi planlandı
- İdrar çıkışı başladı, HD kesildi
- KC ve Böbrek fonksiyonları hızla geriledi
- Biyopsiyi kabul etmedi taburcu edildi



- 3 ay sonra hasta tekrar başvurdu
- Tedavi olmak istiyor
- HBV-DNA 2.1×10^6 IU/mL
- Tenofovir başlanıyor

- 3. ayda HBV-DNA: 950 IU/ml, ALT:43 IU
- 6. ayda HBV-DNA: 121 IU/ml, ALT:27 IU
- 9. ayda HBV-DNA: saptanabilecek düzeyin altında

Tenofovir 3.yılı

- Kontrol biyopsisi

Grade: 12  6

Stage: 5  2

PROBLEM HASTALAR



Kronik Hepatitli Problem Olgular

Başkan: İftihar Köksal

Tartışmacılar: Reşat Özaras, Tansu Yamazhan

Olgu 1

- 35 yaşında erkek hasta
- Acile halsizlik, bulantı ve ikter nedeniyle başvurdu

- 2 gün önce bir özel hastaneye başvurmuş

- ALT: 1350 IU/L
- AST: 850 IU/L
- T. bil: 10 mg/dl
- D. bil: 4,2 mg/dl

- HBsAg (+)
- Anti-HBcIgM (+)
- Anti-HAV IgG (+), IgM(-)
- Anti-HCV (-)
- Anti-delta (-)
- USG: grade 1 KC yağlanması

- Alkol öyküsü yok
- IV ilaç yok
- İlaç kullanımı yok
- 3 ay önce dişine kanal tedavisi yaptırmış
- Ailede akut-kronik hepatit öyküsü yok

- Ön tanı: Akut hepatit B

- CTF

- ALT: 1200 IU/L

- T. bil: 8,7 mg/dL

- INR: 1,2

- FM

- İkter mevcut (sklerada ve ciltte)

- Organomegali yok

- Assit yok

- F. tremor yok

- Ensefalopati yok

- HBeAg
- Anti-HBe
- HBV-DNA istendi

- Haftada 2 kez biyokimya kontrolü planlandı

- HBeAg (-)
- Anti-HBe(+)

- HBV-DNA: >110 000 000 IU/mL

- HBsAg(+), HBeAg (-) hastaların izleminde %20-30 görülebilmekte
 - ALT yükselmesi
 - HBV DNA yükselmesi
 - Seyrek olarak HBeAg seroreversiyonu (%4)
- Siroza gidiş için bir risk faktörü
- Genellikle asemptomatik
- Bazı hastalarda ikterli akut hepatit yapabilir
- Sirotik hastalarda dekompanseasyona yol açabilir

Spontaneous relapse of hepatitis in inactive HBsAg carriers

Chia-Ming Chu · Yun-Fan Liaw

- Taşıyıcılarda yıllık %1,4; 25 yılda %20
- Erkeklerde risk fazla
- İleri yaşta risk fazla
 - <30 yaş: %13
 - 40-50 yaş: %29

Prognostic Factors in Severe Exacerbation of Chronic Hepatitis B

Man-Fung Yuen,¹ Erwin Sablon,³ Chee-Kin Hui,¹ Tak-Ming Li,⁴ He-Jun Yuan,¹ Danny Ka-Ho Wong,¹ Joke Doutreloigne,³ Veerle Bogaerts,³ Benjamin Chun-Yu Wong,¹ Sheung-Tat Fan,² and Ching-Lung Lai¹

Departments of ¹Medicine and ²Surgery, University of Hong Kong, Queen Mary Hospital, Hong Kong, China; ³Innogenetics NV, Ghent, Belgium; and ⁴Macau Central Hospital, Macau, China

Kötü Prognostik Faktörler

- Hastanın sirotik olması
- PT'nin 30 saniyeden uzun olması

Diğer

Albumin < 3,5 g/dL

Bilirubin > 200 μ M (>11,7 mg/dL)

- HBeAg(-) hastanın alevlenmesi
 - Antiviral tedavi (tenofovir, entekavir)
- HBeAg(+) hastanın alevlenmesi
 - Serokonversiyon olur mu diye beklenebilir

- Hastaya tenofovir başlandı
- Akut hepatitik atak geçtikten sonra biyopsi planlandı

Olgu 2

- 35/E
- 12 yıl önce aplastik anemi tanısı konmuş, tedavi edilmiş
- 1,5 yıl önce nüks, yeniden tedavi
- Tedavinin 2. ayında sarılık (akut hepatit C)
- Pegile-interferon+ribavirin tedavisi başlanmış
 - Tedavinin 16. haftasında ciddi anemi gelişmesi üzerine tedavi kesilmiş

Hematoloji Görüşü

- Lökosit: 2500 /mm³,
 - Nötrofil: 570 /mm³,
 - Trombosit: 42 000 /mm³,
 - Hb :11.5 mg/ml
-
- Ağır aplastik anemi kriterleri yok
 - Mevcut haliyle immunsupresif tedavi endikasyonu yok

- HCVRNA: 1 350 000 IU/mL
- Genotip 1b
- KC biyopsisi yapıldı (Hafif-orta enflamasyon, hafif fibrozis, demir birikimi)
- 5.6.2013'de elektif pilonidal sinüz cerrahisi (trombaferez desteği ile) yapıldı
- Hastaya telaprevir verilmek üzere endikasyon dışı formu ile başvuruldu

- 3.7.2013 Lökosit $3700/\text{mm}^3$, Hb 11,7 mg/dl, trombosit: $47000/\text{mm}^3$
 - Hastaya PEG-IFN 135 mcg başlandı
- 8.7.2013
 - Ribavirin 600 mg, Telaprevir 2250 mg başlandı
 - Takibinde trombositopeni derinleşti; 2. PEG-IFN dozu 70 mcg olarak planlandı
 - Pansitopeni derinleşti. Trombosit $10600/\text{mm}^3$ 'e kadar düştü; 2 U trombaferaz verildi. Hb 8,6 olan hastaya 1 U ES verildi.
- 31.7.13
 - Genel durumu stabil.
 - ateşi yükseldi ve bilateral aksiller follikulit ile uyumlu lezyonlar gelişti.
 - Amoks/klav başlandı
- 4. hafta HCV-RNA: negatif

- Yüzde ve saçlı deride döküntüleri başladı
- Aksiller lezyonları ilerledi.
- Bilateral aksiller USG: sağ aksillada 23x8 mm, sol aksillada 12x7 mm ve 10x6 mm boyutlarında total çapları 20 mm olan yoğun içerikli kolleksiyonlar izlendi.
- Enfekte LAP/apse: Sefazolin 2x2 gr'a geçildi.
- Dermatoloji konsültasyonu: Telaprevire bağlı seboreik dermatit düşünüldü. öneriler:
 - 1. saçlı deriye Belogent® krem 2x1
 - 2. yüze sabah Blue cap® krem 1x1 , akşam Travacort® krem 1x1
 - 3. ayak tabanı için Momesolic® pomad 2*1,
 - 4. Salicade® şampuan 3 hafta uygulanması önerildi.
- Hb 10 mg/dl, trombosit: 27.000/mm³ olan hastaya 1 Ü ES, 2 Ü TF replasmanı yapıldı.
- Eritropoetin başlandı

- Kİ sitogenetik analizi : karyotip 46 XY
- Kİ biyopsi sonucu: Relatif T lenfosit ve plazma hücresi artış, **aplastik anemi**yi desteklemektedir.
- 16.08.2013 lökosit: 1460/mm³, nötrofil: 500 /mm³, Hb:9,32 mg/dl, Hct:%27, trombosit: 7600 /mm³, üre ve kreatinin: normal. 1 ünite tromboferez replase edildi.
- 17.08.13 hastaya 1 Ü TF verildi.
- 18 08 13 trombosit: 7000 /mm³, Hb:8,4, hastaya 2 Ü TF ve 1 Ü ES replase edildi.

- 26.08.13 hastaya 1 Ü ES verildi.
 - 04.09.13 hastaya 1 Ü ES verildi.
 - 11.09.13 hastaya 1 Ü ES verildi.
 - 13.09.13 hastaya 1 Ü ES verildi.
-
- Döküntüleri azaldı, ilaçlara devam ediyor
 - Ribavirin 200-600 arasında dozlarda alıyor

- 17.9.13 Hastanın diş ağrısı ve dişte çürüğü olduğu için tedavi planlandı. Amoks/klav başlandı
- 18.9.2013 diş tedavisinin yapılması için kanama riskini azaltmak amaçlı hastaya 3 Ü TF verildi.
- 19.9.2013 kontrol trombosit: 6000 /mm³ görüldü. Diř tedavisi için trombosit sayısı en az 20 000 /mm³ olması gerektiğinden hastaya 1 Ü TF daha verildi. Kontrollerinde trombosit sayısı 6000 /mm³ devam etti.
- 21.9.2013 hemogramında Hb:8,5 gr/dl, Hct:%25 olan hastaya 1 Ü ES replasmanın yapıldı. 3'lü HCV tedavisinin 12. haftası başladı

- 12. Hafta sonunda telaprevir kesildi.
- 12. Haftadaki HCV-RNA PCR ile negatif saptandı. Hb:7,8 mg/dl ve trombosit: 3000 /mm³ olması üzerine 1 Ü ES ve 2 Ü TF replase edildi.
- Trombosit replasmanı sırasında titreme ile yükselen 40 derece ateşi oldu ve devam etti. Kültürleri alındı, febril transfüzyon reaksiyonu düşünülmesine rağmen nötropenik olması nedeni ile sepsis dışlanamadı ve tedavisi meropenem 3x1 gr olarak genişletildi (17 gün verildi)

- 11.10.13: Hastanın ateşı tekrarlamadı ve kültürlerinde üreme olmadı. Derin nötropeni nedeni ile (nötrofil:110 mm^3) bu haftaki interferon tedavisi yapılmadı.
- 13.10.13: Hastanın trombositleri 4000 / mm^3 olması nedeni ile 1 Ü TF verildi.
- 15.10.13:hastaya 1 Ü TF verildi.
- 17.10.13: Hgb:6,6 mg/dl olması nedeni ile 1 Ü ES verildi.
- 19.10.13:hastaya 1 Ü ES verildi.
- 21.10.13:hastaya 2 Ü ES verildi.
- Döküntüleri devam ediyordu, artma eğilime girdi







- 22.10.13: Biyopsi alındı, **metil prednizolon 32 mg başlandı.**
- 23.10.13: Trombosit:5000 /mm³, 2 Ü TF replase edildi.
- 25.10.13: Antiviral tedavi 15.haftasında, genel durumu iyi, aksiller apse kapanma eğiliminde.
- 26.10.13: Trombosit: 5000 /mm³, 1 Ü TF verildi.
- 28.10.13: 1 Ü ES ve 1 Ü TF takıldı. Sistemik steroid sonrası döküntüleri azaldı.
- 29.10.13: Hastanın metil prednizolon dozu 24 mg'a düşüldü.
- 31.10.13: Trombosit: 4000 /mm³, 2 Ü TF replase edildi.
- 05.11.13: hastaya 1 Ü ES verildi.
- 11.11.13: Genel durumu iyi, aksiller apsesi kapanma eğiliminde, refrakter trombositopeni, alloimmünizasyon nedeni ile replasman yapılmadı.

- 12.11.13: Döküntüleri için dermatoloji ile konsülte edildi. Steroid 16 mg olarak devam ediyor. Gövde ve kollardaki döküntüleri belirgin olarak söndü.
- 14.11.13: Genel durumu iyi, Hb:6,8 mg/dl, 1 Ü ES verildi.
- 25.11.13: Genel durumu iyi, Hb:6,8 1 mg/dl, 1 Ü ES verildi. Refrakter trombositopeni nedeni ile replasman yapılmıyor. Döküntüleri dalgalanmalı seyrediyor. Biyopsi sonucu **(interferona bağlı) parapsoriasis**. Topikal steroidli karışım önerildi; sistemik steroid azaltılarak kesilecek.

- 28.11.13: Sık transfüzyon nedeni ile kontrol edilen ferritin 2000 mg/dl, transferrin saturasyonu %90 olması üzerine hematolojiye danışıldı, şelasyon tedavisi önerildi ancak ilaç etkileşimi olabileceği ve acil tedavi endikasyonu olmadığı için HCV tedavisinin bitiminde tedavisinin başlanması planlandı.
- 29.11.13: Genel durumu iyi, antiviral tedavinin 22.haftasında, Peg-IFN 67,5 mcg/hafta, ribavirin 600 mg/g olarak devam ediyor. Topikal steroid ile döküntüleri azalma eğiliminde.
- 01.12.2013 hastanın ateşi 37,9 °C oldu, sol submandibuler bölgede ağrı yakınması var. Kan kültürleri alındı; Pip/tazobaktam 3x4,5 gr başlandı. 1 Ü ES verildi.
- 02.12.2013: GD iyi ateş yok, 1 Ü ES replasmanı yapıldı
- 03.12.2013: GD iyi ateş 37,9 °C, kan kültürlerinde üreme yok.

- 05.12.2013: GD iyi, sol submandibuler bölgedeki ağrı yakınması geriledi. Steroid 4mg'a düşürüldü.
- 11.12.2013: GD iyi, ateş yok, Pip/Tazobaktam kesildi. Şelasyon tedavisi başlandı. 1 Ü ES replasmanı yapıldı.
- 13.12.2013: GD iyi aktif yakınması yok, interferon 135 mcg 24. hafta yapıldı, steroid kesildi.
- 16.12.2013: Hb 5,12 mg/dl, Hct %14,9 trombosit 8100 /mm³, 1 Ü ES verildi.
- 17.12.2013: 1 Ü ES verildi.
- 18.12.2013: Ribavirin kesildi. Tedavisi tamamlanan hastadan HCV-RNA gönderildi

Mutlu Son!

- 3 Temmuz 2013'te tedavi başlanmıştı. 20.12.2013'te kesildi (24 hafta)
- Tedavi sonunda HCV-RNA (-)
- Tedavi sonrası 1. ayda HCV RNA (-)
- 3. ayında HCV RNA (-)
- Ağabeyinden allogreft kemik iliği nakli yapıldı. Nakil sonrası 14. günde engraft oldu. Lökosit $4000 /\text{mm}^3$, Hb 9 mg/dl, trombosit $90\,000 /\text{mm}^3$ 'e yükseldi.
- 6. ayında HCV RNA (-)
- Kalıcı viral yanıt kabul edildi.

Hemoglobin	Değer	PEG-IFN-alfa2a	PEG-IFN-alfa2b	Ribavirin
	>10	Değişiklik yok	Değişiklik yok	Değişiklik yok
	8,5-10	Değişiklik yok	Değişiklik yok	Doz azalt
	<8,5	Değişiklik yok	Değişiklik yok	Kes, düzelinece 600 mg/gün'den başla
Nötrofil	>500	Değişiklik yok	Değişiklik yok	Değişiklik yok
	<500	135 mcg'a in	%50 azalt	Değişiklik yok
Trombosit	>50 000	Değişiklik yok	Değişiklik yok	Değişiklik yok
	25- 50000	135 mcg'a in	%50 azalt	Değişiklik yok
	<25 000	Kes	Kes	Kes

- 1 Kronik Hepatitli Problem Olgular
Başkan: İftihar Köksal
Tartışmacılar: Reşat Özaras, Tansu Yamazhan
- 2 Olgu 1
- 3
- 4
- 5
- 6

Kronik Hepatitli Problem Olgular

Başkan: **İftihar Köksal**

Tartışmacılar: **Reşat Özaras, Tansu Yamazhan**

Alt başlık eklemek için tıklatın

Not eklemek için tıklatın