



2.

**ULUSLARARASI KATILIMLI
TRANSPLANTASYON ve
HÜCRESEL TEDAVİLER
KONGRESİ**

Ankara Sheraton
21-24 Aralık



***2. ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON VE
HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ
21-24 ARALIK***

Transplantasyon ve Hücresel Tedaviler Derneği, ülkemizdeki kök hücre, transplantasyon, hücresel tedaviler, genetik tedaviler, aferez ve immünoterapi alanlarında her türlü eğitim ve araştırma faaliyetlerinde bulunmak, yapılan çalışmalarını desteklemek; kök hücre, transplantasyon, hücresel tedaviler, genetik tedaviler, aferez ve immünoterapi alanlarında hastalıklarla mücadele için kaynaklar yaratmak; kök hücre, transplantasyon, hücresel tedaviler, genetik tedaviler, aferez ve immünoterapi alanları ile ilgili bilim dalları arasında bilgi iletişimini sağlamak ve ilgili kişi, kurum ve kuruluşları bir araya getirerek iş birliğini sağlamak; kök hücre, transplantasyon, hücresel tedaviler, genetik tedaviler, aferez ve immünoterapi alanlarında hastalarına gerekli yardımları sağlamak; kök hücre, transplantasyon, hücresel tedaviler, genetik tedaviler, aferez ve immünoterapi alanlarında gönüllü, verici, halk, hekim ve hekim dışı sağlık personeli eğitiminde görevleri yüklenmek amacıyla kurulmuştur.

17-18 Eylül 2022 tarihleri arasında hematoloji uzmanları, hematoloji yan dal asistanları, hematoloji alanında hizmet veren hemşireler ve teknisyenlere yönelik, İstanbul'da gerçekleştirdiğimiz "1. Transplantasyon ve Hücresel Tedaviler Kongresi'nde" alanında uzman meslektaşlarımız güncel gelişmeleri ve deneyimlerini tartışmışlardır.

Derneğimize ulaşan geri bildirimlerle kendimizi geliştiriyor, yeniliyor ve toplantılarımızda daha da yarar sağlayacağı belirtilen tüm detaylara içtenlikle eğiliyoruz. Bilimsel programımızı yine titizlikle hazırladık.

THTD olarak bu yıl düzenleyeceğimiz kongremizde yine sizlerle bilimsel bir etkinlikte yeniden bir araya gelecek olabilmenin heyecanını taşıyoruz.

21-24 Aralık 2023 tarihlerinde 2. Transplantasyon ve Hücresel Tedaviler Kongresi'nde tekrardan buluşmak dileğiyle...

Kongremize vereceğiniz destek için şimdiden teşekkür ederiz.

Saygılarımızla,

Transplantasyon ve Hücresel Tedaviler Derneği Yönetim Kurulu

*Prof. Dr. Mehmet Ali Erkurt
THTD KONGRE BAŞKANI*



*Doç. Dr. Tuğçe Nur Yiğenoğlu
THTD GENEL SEKRETERİ*



KONGRE KURULLARI

BAŐKAN

Prof. Dr. Fevzi Altuntaş

KONGRE 2. BAŞKANI

Prof. Dr. Mehmet Sinan Dal

KONGRE BAŞKANI

Prof. Dr. Mehmet Ali Erkurt

KONGRE SEKRETERİ

Doç. Dr. Tuğçe Nur Yiğenoğlu

ARAŞTIRMA SEKRETERİ

Doç. Dr. Bahar Uncu Ulu

SAYMAN

Ali Kılınç

ÜYE

Uzm. Dr. Samet Yaman

Esra Atakul

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI
TRANSPLANTASYON VE
HÜCRESEL TEDAVİLER
KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



TRANSPLANTASYON VE HÜCRESEL
TEDAVİLER DERNEĞİ

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI

II. TRANSPLANTASYON ve HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ	
PERŞEMBE	
14:00-14:15	Kongre Açılışı
	I. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Valeh Huseynov, Dr. Münci Yağcı
14:15-14:35	Kök Hücre Mobilizasyonu Konuşmacı: Dr. Soykan Biçim
14:35-14:55	Kemik İliği Naklinin İmmunolojik Mekanizmaları Konuşmacı: Dr. Barış Boral
14:55-15:05	Tartışma
	II. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Ferit Avcı, Dr. Mehmet Ali Özcan
15:05-15:25	Doku Bilgi Bankacılığı: Dünya Ve TürkOK Güncel Durum Ve Eğilimler Konuşmacı: Dr. Fatma Savran
15:25-15:45	Nakil Ünitelerinde Akreditasyon Süreci ve Mükemmelliyet Merkezleri Konuşmacı: Dr. Musa Karakükcü
15:45-15:55	Tartışma
15:55-16:10	Kahve arası

2. ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON ve HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 Aralık 2024



	III. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Burhan Turgut, Dr. Çiğdem Sönmez
16:10-16:30	Doku Tiplendirme, HLA Değerlendirme Konuşmacı: Dr. Fatma Savran
16:30-16:50	Donör Değerlendirme Ve Seçimi. Birden Fazla Donör Var. Hangisini Seçeyim? Konuşmacı: Dr. Tahir Darçın
16:50-17:00	Tartışma
	IV. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Abdulkadir Baştürk
17:00-17:15	Akılcı İlaç Kullanımı Konuşmacı: Dr. Adem Köse
17:15-17:25	Tartışma
CUMA	
	V. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. İlhami Kiki, Dr. Bülent Eser
09:00-09:20	Graft Yetmezliği ve Zayıf Graft Fonksiyonu Konuşmacı: Dr. Didar Yanardağ
09:20-09:40	Graft Manipülasyonu, İn vivo mu? İn vitro mu? Konuşmacı: Dr. İlknur Nizam
09:40-09:55	Tartışma

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON VE HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



TRANSPLANTASYON VE HÜCRESEL
TEDAVİLER DERNEĞİ

	VI. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Sami Kartı, Dr. Şeniz Öngören
09:55-10:15	Otoimmün Hastalıklarda Kök Hücre Nakli Konuşmacı: Dr. Mehmet Gündüz
10:15-10:35	Doku Rejenerasyonu Amacıyla Yapılan Hücresel Tedaviler Konuşmacı: Dr. Ayşe Uysal
11:10-11:25	Tartışma
11:10-11:25	Kahve arası
13:45-14:00	Lenfoid Malignitelerin Naklinde Hazırlama Rejimleri: Kanıta Dayalı Uygulama Örnekleri Konuşmacı: Dr. Mesut Göçer
	VII. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Sevgi Kalayoğlu Beşışık, Dr. Ali Uğur Ural
11:25-11:45	CAR T Hücre Tedavi Endikasyonları Konuşmacı: Dr. Fevzi Altuntaş
11:45-12:05	CAR T Hücre: Yan Etki Yönetimi Konuşmacı: Dr. Bahar Uncu Ulu
12:05-12:20	Tartışma
12:20-13:30	Öğle Arası

2. ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON ve HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 Aralık 2024



	VIII. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Rıdvan Ali, Dr. Cengiz Demir,
13:30-13:45	Plazma Hücre Diskrazileri: Kök Hücre Nakil Hazırlama Rejimleri Konuşmacı: Dr. Ömer Ekinci
13:45-14:00	Lenfoid Malignitelerin Naklinde Hazırlama Rejimleri: Kanıta Dayalı Uygulama Örnekleri Konuşmacı: Dr. Mesut Göçer
14:00-14:15	Miyeloid Malignitelerin Naklinde Hazırlama Rejimleri Konuşmacı: Dr. Seda Yılmaz
14:15-14:25	Tartışma
09:20-09:40	Graft Manipülasyonu, İn vivo mu? İn vitro mu? Konuşmacı: Dr. İlknur Nizam
09:40-09:55	Tartışma
	IX. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Orhan Ayyıldız, Dr. Tuba Hacıbekiroğlu
14:25-14:45	Benign Hematolojik Hastalıkların Naklinde Hazırlama Rejimleri Konuşmacı: Dr. Funda Tanrıkulu
14:45-15:05	Solid Tümör Nakillerinde Hazırlama Rejimleri Konuşmacı: Dr. Evren Özdemir
15:05-15:20	Tartışma
15:20-15:35	Kahve arası

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON VE HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



	X. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Hasan Kaya, Dr. Düzgün Özatlı
15:35-15:55	Kök Hücre Saklama Yöntemleri Konuşmacı: Dr. Sinan Demircioğlu
15:55-16:15	DMSO Toksikite Yönetimi Konuşmacı: Dr. Filiz Yavaşoğlu
16:15-16:35	Uyumsuz Kan Grubu Olan Nakillerde Transfüzyon Desteği Konuşmacı: Dr. Dicle İskender
16:35-16:50	Tartışma
CUMA	
	V. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. İlhami Kiki, Dr. Bülent Eser
09:00-09:20	Graft Yetmezliği ve Zayıf Graft Fonksiyonu Konuşmacı: Dr. Didar Yanardağ
09:20-09:40	Graft Manipülasyonu, İn vivo mu? İn vitro mu? Konuşmacı: Dr. İlknur Nizam
09:40-09:55	Tartışma
	VI. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Sami Kartı, Dr. Şeniz Öngören
09:55-10:15	Otoimmün Hastalıklarda Kök Hücre Nakli Konuşmacı: Dr. Mehmet Gündüz
10:15-10:35	Doku Rejenerasyonu Amacıyla Yapılan Hücresel Tedaviler Konuşmacı: Dr. Ayşe Uysal
11:10-11:25	Tartışma

2. ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON ve HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 Aralık 2024



11:10-11:25	Kahve arası
13:45-14:00	Lenfoid Malignitelerin Naklinde Hazırlama Rejimleri: Kanıta Dayalı Uygulama Örnekleri Konuşmacı: Dr. Mesut Göçer
	VII. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Sevgi Kalayoğlu Beşışık, Dr. Ali Uğur Ural
11:25-11:45	CAR T Hücre Tedavi Endikasyonları Konuşmacı: Dr. Fevzi Altuntaş
11:45-12:05	CAR T Hücre: Yan Etki Yönetimi Konuşmacı: Dr. Bahar Uncu Ulu
12:05-12:20	Tartışma
12:20-13:30	Öğle Arası
	VIII. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Rıdvan Ali, Dr. Cengiz Demir,
13:30-13:45	Plazma Hücre Diskrazileri: Kök Hücre Nakil Hazırlama Rejimleri Konuşmacı: Dr. Ömer Ekinci
13:45-14:00	Lenfoid Malignitelerin Naklinde Hazırlama Rejimleri: Kanıta Dayalı Uygulama Örnekleri Konuşmacı: Dr. Mesut Göçer
14:00-14:15	Miyeloid Malignitelerin Naklinde Hazırlama Rejimleri Konuşmacı: Dr. Seda Yılmaz
14:15-14:25	Tartışma

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON VE HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



09:20-09:40	Graft Manipülasyonu, İn vivo mu? İn vitro mu? Konuşmacı: Dr. İlknur Nizam
09:40-09:55	Tartışma
	IX. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Orhan Ayyıldız, Dr. Tuba Hacıbekiroğlu
14:25-14:45	Benign Hematolojik Hastalıkların Naklinde Hazırlama Rejimleri Konuşmacı: Dr. Funda Tanrıkulu
14:45-15:05	Solid Tümör Nakillerinde Hazırlama Rejimleri Konuşmacı: Dr. Evren Özdemir
15:05-15:20	Tartışma
15:20-15:35	Kahve arası
	X. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Hasan Kaya, Dr. Düzgün Özatlı
15:35-15:55	Kök Hücre Saklama Yöntemleri Konuşmacı: Dr. Sinan Demircioğlu
15:55-16:15	DMSO Toksikite Yönetimi Konuşmacı: Dr. Filiz Yavaşoğlu
16:15-16:35	Uyumsuz Kan Grubu Olan Nakillerde Transfüzyon Desteği Konuşmacı: Dr. Dicle İskender
16:35-16:50	Tartışma

2. ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON ve HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 Aralık 2024



CUMARTESİ



	XI. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Gülsüm Özet, Dr. Vahap Okan
09:00-09:20	Hazırlama Rejiminin Bir Parçası Olarak ATG Konuşmacı: Dr. Hakan Özdoğu
09:20-09:40	Nakil Sonrası İmmüsupresyon (Ne ile? Ne kadar süre?) Konuşmacı: Dr. Şebnem İzmir Güner
09:40-10:00	Panel Reaktif Antikorları Varlığında Desensitizasyon Protokolleri Konuşmacı: Dr. Tayfur Toptaş
10:00-10:10	Tartışma
10:10-10:40	 UYDU: Eculizumab çağında PNH'ta transplantasyon ne zaman? Oturum Başkanı: Dr. Serdal Korkmaz Konuşmacı: Dr. Mustafa Merter
10:40-10:50	Tartışma
10:50-11:05	Kahve Arası
11:05-11:45	Malign ve Non-Malign Hastalıklarda Daha Fazlası için: Treosulfan Oturum Başkanı: Dr. Fevzi Altuntaş Konuşmacılar: Non-Malign: Dr. Mahmut Yeral Malign: Dr. Mehmet Sinan Dal
11:45-11:55	Tartışma

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI
TRANSPLANTASYON VE
HÜCRESEL TEDAVİLER
KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



11:55-12:25	 <p>UYDU: Hematopoetik Hücre Transplantasyonu Öncesi ve Sonrasında Neden Lenalidomid? Oturum Başkanı: Dr. Emin Kaya Konuşmacı: Dr. Cengiz Demir</p>
12:25-12:35	Tartışma
12:35-13:30	Öğle Arası
13:30-14:00	 <p>UYDU: GVHD Tedavisinde Ruksolitinib Çağı Oturum Başkanı: Dr. Seçkin Çağırğan Konuşmacı: Dr. İlhami Berber</p>
14:00-14:10	Tartışma
14:10-14:30	GVHD Tedavisinde İmmünesupresif Olmayan Tedavi Seçenekleri Oturum Başkanları: Tuğçe Nur Yiğenoğlu Konuşmacı: Dr. Nuran Ahu Baysal
14:30-14:40	Tartışma
	XII. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. İsmet Aydoğdu, Dr. Mehmet Ali Erkurt
14:40-15:00	Erken Endotelial Hasar Sendromları (SOS Dışı) Konuşmacı: Dr. İrfan Yavaşoğlu
15:00-15:20	SOS (VOD) Yaklaşımı Konuşmacı: Dr. Ahmet Sarıcı

2. ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON ve HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 Aralık 2024



15:20-15:30	Tartışma
15:30-15:45	Kahve Arası
	XIII. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Mehmet Ali Uçar, Dr. Songül Şerefhanoglu
15:45-16:05	EBMT Nakil Endikasyonları Konuşmacı: Dr. Turgay Ulaş
16:05-16:25	Trombosit Refrakterliğine Yaklaşım Konuşmacı: Dr. Gürsel Güneş
16:25-16:35	Tartışma
	XIV. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Funda Ceran, Dr. Murat Albayrak
16:35-16:55	Nakil Sonrası Kimerizm Takibi, Donör Lenfosit İnfüzyonu Kullanımı Konuşmacı: Dr. Mustafa Köroğlu
16:55-17:15	Kök Hücre Naklinde Beslenme ve Nutrisyonel Destek Konuşmacı: Dr. Sibel Hacıoğlu
17:15-17:25	Tartışma

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI
TRANSPLANTASYON VE
HÜCRESEL TEDAVİLER
KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



PAZAR

PAZAR	
	XV. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Oral Nevruz, Dr. Simten Dağdaş
09:00-09:20	Kök Hücre Nakli Sonrası Akciğer Komplikasyonları Ve Ayırıcı Tanı Konuşmacı: Dr. Çiğdem Özdilekcan
09:20-09:40	Kök Hücre Nakil Sürecinde Ve Sonrasında Antimikrobiyal Profilaksi Konuşmacı: Dr. Emine Alp Meşe
09:40-10:00	Nakil Sonrası Aşılar Konuşmacı: Dr. Gülşen İskender
10:00:10:15	Tartışma
10:15-10:30	Kahve Arası
10:30-12:00	SÖZEL BİLDİRİLER (2 salon) Oturum Başkanları: Dr. Rafiye Çiftçiler
12:00-13:05	Kapanış

2. ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON ve HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 Aralık 2024



**II. TRANSPLANTASYON ve HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ
KÖK HÜCRE NAKİL HEMŞİRELİK OTURUMU
23 ARALIK 2023**

08:45-09:00	Oturum Açılışı
	1. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Abdulkadir Baştürk, Hem. Nazime Tekoğlu
09:00-09:30	Transplant Öncesi Dönemde Hasta ve Donörün Değerlendirilmesi Konuşmacı: Mustafa Demir
09:30-10:00	Kök Hücre Mobilizasyonu ve Krioprezervasyonu Konuşmacı: Mehmet Ceylan
10:00-10:30	Kök Hücre İnfüzyonu: DMSO Yönetimi Konuşmacı: Kamile Nur Akpınar
10:30-10:45	Kahve arası
14:55-15:05	Tartışma
	2. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Turgay Ulaş, Hem. Serap Bostancı,
10:45-11:15	EBMT Güncellemesinde VOD/SOS Tanılama Konuşmacı: Derya Mercan İbiş
11:15-11:45	VOD/SOS Tedavi-Bakım: Defibrodite Kullanımı ve Hemşirelik Yönetimi Konuşmacı: Kübra Çınarsoy
11:45-12:15	Engrafman Sendromu: Tanılama ve Yönetiminde Hemşirelik Konuşmacı: Gönül Gündoğdu
12:15-13:30	Öğle arası

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON VE HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



	3. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. M. Sinan Dal, Hem. Esra Atakul
13:30-14:00	Akut – Kronik GVHD: Tanı- Grade Kriterleri Konuşmacı: Kübra Çıtlak
14:00-14:30	GVHD Profilaksisinde İmmüsupresifler ve Yönetimi Konuşmacı: Şerife Şener
14:30-15:00	GVHD Tedavisinde İmmüsupresifler ve Yönetimi Konuşmacı: Pelin Çiçekgil
15:00-15:15	Kahve arası
	4. OTURUM Oturum Başkanları: Dr. Serdar Korkmaz, Hem. Emine Korkmaz Tekoğlu
15:15-15:45	Transplant Sonrası Hasta Takibi: Ülkemizden Örnekler Konuşmacı: Elif Çağlı
15:45-16:15	Nötropenik Hasta Yönetimi: Rehberler Ne diyor? Konuşmacı: Ebru Altunel
16:15-16:45	Kanser Tanılı Hasta Bakımında Dijital İnovasyon Konuşmacı: Dila Başçı
16:45-17:00	Hazırlama Rejiminde Treosulfan: Nasıl Hazırlayalım? Konuşmacı: Ferhat Öztürk
10:30-10:45	KAPANIŞ



BİLDİRİLER

SÖZLÜ BİLDİRİLER

OP-01. Etnisitenin Allojenik Kök Hücre Mobilizasyonuna Etkisi

Ahmet Kaya¹1

OP-02. Nadir Bir Vaka: Vena Kava Superior Sendromu İle Başvuran Gebe Hastada Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma

¹Engin YOLA, Aslı ODABAŞI GİDEN, Düzgün ÖZATLI.....2

OP-03. Akraba Dışı Allojenik Nakil Sonrası Optik Sinir Atrofisine Bağlı Gelişen Görme Kaybı Ve Mezenkimal Kök Hücre Tedavisi: Vaka Sunumu

Mehmet Ali ERKURT¹, Emin KAYA¹, İrfan KUKU¹, İlhami BERBER¹, Soykan BİÇİM¹, Ahmet KAYA¹, Süleyman ASLAN¹, Haluk ŞEKER¹, Yunus Emre KARACA¹, Nazime TEKOĞLU¹, Birgül DENİZ¹6

OP-04. Dış Merkezlerde Mobilizasyon Yetersizliği Olan ALCL Tanılı Hastaya Flexipor, Heparin ve GCSF Kombinasyonu İle Mobilizasyon Vakası

Ferhat Öztürk¹, Serap Bostancı², Mehmet Ali Erkurt³, Emin Kaya⁴, İrfan Kuku⁵, İlhami Berber⁶.....9

OP-05. Relaps Over Karsinomu Olan Hastada Allojenik Hematopoetik Hücre Nakli Deneyimi

Tuğba ZORLU¹, Nazik OKUMUŞ¹, Ali DURDU¹, Mehmet Sinan DAL¹, Turgay ULAŞ¹, Fevzi ALTUNTAŞ^{1,2}.....10

OP-06. Akut Miyeloid Lösemi Hastasında Akut Graft-Versus-Host Hastalığı ile Eş Zamanlı Nüks

¹Uğur Hatipoğlu, Mert Seyhan, Tahir Darçın, Tuğçe Nur Yiğenoğlu, Fevzi Altuntaş.....12

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI
TRANSPLANTASYON VE
HÜCRESEL TEDAVİLER
KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



POSTER BİLDİRİLER

PP-01. Steroide Dirençli ITP hastalarında Hemogram Parametrelerinin Prediktif Önemi

Ahmet Kaya¹, İrfan Kuku², Mehmet Ali Erkurt³, Emin Kaya⁴, İlhami Berber⁵, Ahmet Sarıcı⁶, Soykan Biçim⁷, Emine Hidayet⁸, Salih Cırık⁹, Süleyman Arslan¹⁰, Fatma Hilal Yağın¹¹ 15

PP-02. Coombs Negatif Otoimmün Hemolitik Anemi

Süleyman ARSLAN¹, İlhami BERBER¹, İrfan KUKU¹, Emin KAYA¹, Mehmet Ali ERKURT¹, Soykan BİÇİM¹, Ahmet KAYA¹, Emine HİDAYET¹, Salih CIRIK¹ 18

PP-03. Dirençli Kll Olgusunda İdelalisib Deneyimimiz

Süleyman ARSLAN¹, İlhami BERBER¹, İrfan KUKU¹, Emin KAYA¹, Mehmet Ali ERKURT¹, Soykan BİÇİM¹, Ahmet KAYA¹, Emine HİDAYET¹, Salih CIRIK¹ 19

SÖZLÜ BİLDİRİLER



2.

ULUSLARARASI KATILIMLI
TRANSPLANTASYON VE
HÜCRESEL TEDAVİLER
KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



OP-01. Etnisitenin Allojenik Kök Hücre Mobilizasyonuna Etkisi

Ahmet Kaya¹

¹*İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Hematoloji Anabilim Dah, Malatya*

Amaç: Çalışmamızda merkezimizde kök hücre nakli yapılan Suriyeli hastalar ile Türk hastalarda mobilizasyon rejimi sonrası toplanan kök hücre düzeyleri ile allojenik kök hücre nakli sonrası engraftasyon düzeylerini karşılaştırdık. İki etnik köken arasındaki allojenik kök hücre nakli farklılıklarını ortaya çıkarmayı amaçladık.

Yöntemler: Kemik iliği nakli merkezimizdeki Suriyeli ve Türk hastaların verileri retrospektif olarak analiz edildi. Grup olarak 10 Aplastik Anemi, 2 Talasemi, 6 Akut Miyeloid Lösemi, 20 Akut Lenfositik Lösemi, 4 Kronik Miyeloid Lösemi hastası olmak üzere toplam 21 Suriye kökenli ve 21 Türk kökenli hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 32,33±13,083 olan 21 (%50) Türk ve 21 (%50) Suriyeli olmak üzere toplam 42 kişi dahil edildi. Kök hücre düzeyi açısından Türk ve Suriyeliler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. (p değeri: 0,01). Kök hücre düzeyine ilişkin etki büyüklüğü incelendiğinde, tespit edilen bu farklı klinik olarak oldukça büyük olduğu görülmektedir. (etki büyüklüğü: 0,867).

Sonuç: Türklerin kök hücre mobilizasyonu Suriyelilere göre anlamlı derecede yüksek olduğundan Suriyeli hastalarda trombosit engraftmanı ve mobilizasyonu daha zordu. Bir çok faktör gibi etnik köken de kök hücre mobilizasyonunda etkili olabilir.

Anahtar Kelimeler: Etnik köken, Allojenik, Kök hücre, Mobilizasyon



OP-02. Nadir Bir Vaka: Vena Kava Superior Sendromu İle Başvuran Gebe Hastada Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma

¹Engin YOLA, Aslı ODABAŞI GİDEN, Düzgün ÖZATLI

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hematoloji Bilim Dalı

GİRİŞ

Lenfoma gebelikte en sık görülen malignite türlerinden biridir. Diffüz büyük b hücreli lenfomanın (DBBHL) moleküler patogenezi, sonuçta germinal veya post-germinal B hücre kökenli malign bir klonun transformasyonu ve genişlemesiyle sonuçlanan karmaşık, çok adımlı bir süreçtir. En sık 19-40 yaşlarında görülmekle beraber gebelikte de ortaya çıkabilmektedir. Bu vakada gebeliğinin 27 haftasında VCSS (vena kava superior sendromu) semptom ve bulguları ile başvuran görüntülemesinde ön ve orta mediasteni dolduran geniş yayımlı kitleden alınan tru-cut bx sonrası DBBHL tanısı alan gebe hastanın tedaviye başlama zamanlaması, vcss yönetimi ve tedavi yönetimi ele alınmıştır.

VAKA

Bilinen bir hastalığı olmayan 29 yaş, 27w+4 olan gebe hasta 20 haziran 2023 tarihinde 6 aydır olan öksürük, hemoptizi ve son dönemlerde karın ve göğüs bölgesindeki venöz kollaterallerin belirginleşmesi üzerine göğüs hastalıkları bölümüne başvurdu. (Resim 1)



Resim 1. Başvuru sırasında hastanın göğüs ön yüz ve karın yüzeyinde bulunan venöz kollateraller

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON VE HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



Son 2 aydır dış merkezlere başvurduğu ama genellikle semptomatik tedaviler verildiği öğrenildi. Gebe olması nedeni ile göğüs hastalıkları tarafından toraks mr çekilen hastanın mr'nın sonucuna göre, ön ve orta mediasteni tamamen doldurmuş heterojen iç yapıda, yer yer nodüler görünümde olmak üzere medias-tinal yapılarından çıkan aortayı, trunkus brakiosefalukus, karotis arter, subklavyen arteri tamamen sarmış, superior vena kavaya belirgin bası oluşturmuş, yaklaşık 13x8x16 cm boyutlarında yumuşak doku kitlesi izlendi. Bu süreçten itibaren neonatoloji, kadın hastalıkları ve doğum (khd), göğüs hastalıkları, radyoloji ve hematoloji bölümleri tarafından multidisipliner olarak değerlendirildi. Khd tarafından herhangi bir obstet-rik patoloji düşünülmeyen ve takip önerilen hastaya bunun sonucunda tru-cut bx yapıldı ve DBBHL olarak sonuçlandı ve NSSN-IPI ye göre evre-4 , yüksek-orta risk olarak değerlendirildi.

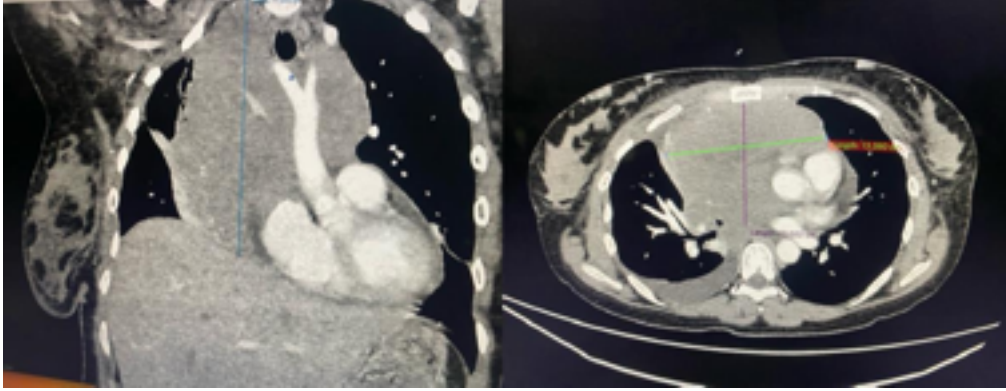
Tanı anında Ldh: 459 u/l, Albumin 3.56 gr/dl , Sedim: 66 mm/saat, Hgb: 11 g/dl Plt: 389 bin/ul , Inr: 0.96, Crp:67 mg/dl elektrolitler ve kcft normal aralıkta görüldü. Bx sonrası VCSS açısından hematoloji tarafından yakın takibe alınan ve VCSS bağlı bası semptomları olan hastaya 23-27 haziran tarihlerinde 5 gün olacak şekilde günlük 100 mg prednol verildi ve kliniğinde rahatlama oldu. 32. haftada doğum zaman-laması için neonatoloji, hematoloji ve kadın hastalıkları doğum uzmanlarının olduğu konseyde değeri-len-dirilmesi kararlaştırıldı. Eş zamanlı olarak khd takiplerine devam etti. Solunum sıkıntısı, taşikardi, şiddetli baş ve boyun ağrılarının olması nedeniyle hasta 17.07.2023 tarihli perinatoloji konseyinde değerlendirildi. Şikayetlerinin artmış olması ve bir an önce hastanın tedavisine başlanması kararı alındı. Betametazon doz-ları tamamlanan hasta 17.07.2023 tarihinde maternal nedenler ile (diffüz büyük b hücreli lenfoma, vena cava superior sendromu) saa sezaryen ile 1720 gram e bebek doğurtuldu. doğum sonrası yakın takip edilen hastada hastanın kollarında ödem artışı ve yüzün sağ üst yarısında, göz çevresinde ödem artışı , sağ göz ka-pağında düşüklük olması, sol pupillada sağa göre midriyatik olması sebebiyle hastanın horner sendromu şüphesi ile ilgili göğüs hastalıkları , nöroloji, kbb ve göz hastalıklarına danışıldı, horner sendromu olarak değerlendirildi ve primer hastalığın tedavisi önerildi. 24 temmuz 2023 te hematoloji servisine alınan hasta kt planı için görüntülemeleri çekildikten sonra r-da epoch kemoterapisi başlandı.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON ve HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 Aralık 2024



En son kasımda 4. kür kt i verilen hastanın 3 kür kt sonrası kontrol görüntülemelerinde anlamlı gerileme olduğu görüldü. 8x13x20 cm → 43x27 mm e gerileme. (Resim 2 ve 3). Bebeğinde herhangi bir patolojik durum olmayan hastanın takip ve tedavi süreci tarafımızca devam etmektedir.



Resim 2. Kemoterapi öncesi toraks coronal ve transvers görüntülemesi

TARTIŞMA

Hodgkin dışı lenfoma (nhl) nadiren gebelik sırasında teşhis edilir. Çoğu gebe hastada nhl tutulumu yaygındır ve hastalık agresif seyretmektedir bu durum , tanı yöntemlerinin olası teratojenitesi ile birlikte, gebelik sırasında evreleme çalışmasının sınırlı kalmasına sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalarda gebelikte kt verilme durumunda fatal seyir ile ilişkili olarak tanı anında yüksek ldh düzeyleri ve evre 4 olması arasında yakın ilişki görülmüş. Her ne kadar prognozun kötü olduğu bildirilse de, uygun şekilde tedavi edildiğinde gebeliğin lenfomanın seyrini etkilemediğini gösteren yeni kanıtlar vardır. Gebelik sırasında teşhis edilen lenfomanın tedavisi tartışmalıdır, büyük ölçüde vaka raporlarından ve küçük serilerden elde edilen bulgulara göre yönlendirilmektedir. Gebelik sırasında tedaviye başlama kararı, fetal, maternal ve hastalıkla ilişkili faktörlerden büyük ölçüde etkilenir; bunlardan en etkili olanları tanı sırasındaki trimester, hastalığın evresi, agresifliği ve yaşamı tehdit eden semptomların varlığıdır, bundan dolayı tedaviler anne ve fetal refahı dengeleyen bakım hedefleri ile bireyselleştirilmelidir. Gebelik sırasında kemoterapiye başlama kararı, kemoterapiyi geciktirmenin gebelik sırasında tedavinin anne ve fetusun maruz kaldığı potansiyel olumsuz etkilerini , potansiyel faydalarına karşı tartan multidisipliner bir ekibin işbirliği ve rehberliği ile son derece

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI
TRANSPLANTASYON VE
HÜCRESEL TEDAVİLER
KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



kişiselleştirilmelidir. Konsensüs kılavuzları ilk trimesterde tedaviden kaçınılmasını önermektedir, gebeliğin ilk üç ayından sonra lenfoma için verilen sistemik tedavi daha güvenlidir , anne ve fetus açısından kabul edilebilir sonuçlar barındırır.

İlk trimester gebelikler için kemoimmünoterapi ile tedavi, risk-yarar tartışmasına dayanmalıdır. Tedavinin zamanlaması ve seçimi, daha sonraki çalışmalar bu öneriyi ortaya koyana kadar kişiye özel kalmalıdır. İlk trimesterde kemoterapiye maruz kalma fetal malformasyon riskini yaklaşık %10-20 artırır, ancak ikinci trimesterden sonra malformasyon riski azalır. Her ne kadar rituksimabın transplasental geçişinin olması ve gebelik sırasında rituksimab uygulanmasının fetüste nötropeniye veya b hücreleri silinmesine yol açabildiği görülse de bu durumunun geçici olduğu görülmüş ve tedavide rituksimab bazlı kemoterapiler tercih edilmiştir. Bunun dışında chop ve abvd tedavisi de kullanılmaktadır. İkinci ve üçüncü trimesterdeki gebe hastaların tedavisinde r-chop'un standart kullanımının, yönetilebilir fetal risklerle birlikte hastalık kontrolünde önemli bir etkinlikle sonuçlandığını göstermektedir.

Gebelik sırasında nhl'nin nadir görülmesi göz önüne alındığında, optimal tedavi rejimi zorlu olmaya devam etmekte olup daha fazla klinik çalışmalara ihtiyaç vardır

Anahtar kelimeler: Gebelik, Lenfoma, Vena kava süperior sendromu



OP-03. Akraba Dışı Allojenik Nakil Sonrası Optik Sinir Atrofisine Bağlı Gelişen Görme Kaybı Ve Mezenkimal Kök Hücre Tedavisi: Vaka Sunumu

Mehmet Ali ERKURT¹, Emin KAYA¹, İrfan KUKU¹, İlhami BERBER¹, Soykan BİÇİM¹, Ahmet KAYA¹, Süleyman ASLAN¹, Haluk ŞEKER¹, Yunus Emre KARACA¹, Nazime TEKOĞLU¹, Birgül DENİZ¹

¹Inonu University, Turgut Ozal Medicine Center, Division of Hematology, Malatya

ÖZET

Günümüzde hematolojik maligniteli hastaların tedavisinde monoklonal antikolar ve immünoterapi gibi ilaçlara rağmen allojenik kök hücre nakli halen etkili ve küratif bir tedavi seçeneği olarak yerini korumaktadır. Ancak Allojenik kök hücre naklinin komplikasyonları deneyimli merkezlerde proaktif yaklaşımla en aza indirilebilir.

Burada akut miyeloid lösemi(AML) tanılı bir hastamızda allojenik kök hücre nakli sonrasında gelişen optik sinir atrofisinin mezenkimal kök hücre kullanılarak tedavisi sunuldu.

GİRİŞ

Allojenik kök hücre nakli, malign ve benign hematolojik hastalıklar için küratif tedavi seçeneğidir. myeloablatif hazırlama rejimi ve nakilden sonra da immünsupressif ilaçların yoğun olarak kullanılmasına bağlı olarak hastalarda komplikasyon riski de artmaktadır. Bu istenmeyen durumlardan biride literatürde nadirde olsa rastlanan optik sinir atrofisine bağlı görme kaybı durumudur. Hastada komplikasyon geliştiğinde bu ilaçların kullanımı ile bunların toksik etkileri arasında spesifik bir neden-sonuç ilişkisine ulaşmak genellikle zordur.

Literatürde allojenik kök hücre nakli sonrası görme kaybı gelişen nadir vakalar vardır. Bunun nedenin açıklanması hakkındaki veriler halen yetersizdir. Burada akraba dışı allojenik nakilden sonra görme kaybı gelişen hasta ve tedavisi sunuldu.

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI
TRANSPLANTASYON VE
HÜCRESEL TEDAVİLER
KONGRESİ

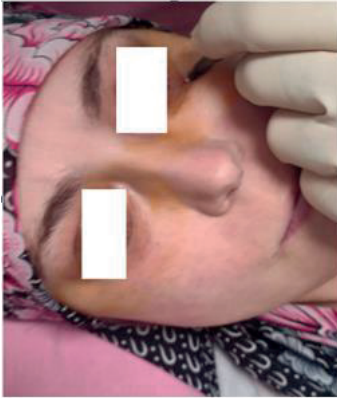
21-24 ARALIK 2024



VAKA SUNUMU

25 yaşında akut miyeloid lösemi (AML) tanılı kadın hastaya indüksiyon tedavisi sonrasında akraba dışı donörden allojenik kök hücre nakli yapıldı. Nakil sonrası remisyonda olan hastada Akut Graft-Versus-Host Hastalığı (A-GVHD) gelişti. Grade 3 GVHD'si hastaya steroid, siklosporin ve mikofenolat mofetil tedavisi verildi. Bu tedavilerden yanıt alınmayan hastaya fotoferez tedavisi uygulandı. Fotoferez tedavisi sonrası hasta, GVHD açısından da remisyona girdi. Naklin 3. ayında hasta sabah uyandığında aniden görme kaybının olduğunu iletmesi üzerine sebebini araştırmak ve tedavisi için kliniğimize yatırıldı. Göz ve nöroloji bölümlerine konsülte edildi. beyin manyetik rezonansında (MR) sonucunda optik sinirde atrofi ve kafa içi basınç artışı sendromu (KİBAS) geliştiği tespit edildi. hastaya KİBAS tedavisi verildi. Tedaviden olumlu yanıt alınan hastada KİBAS'ı geriledi. KİBAS'ı tedaviyle düzelmesine rağmen hastanın %90'nın üzerinde görme kaybının devamı üzerine Sağlık Bakanlığı'ndan onaylı klinik deneme olarak optik mezankimal kök hücre işlemi uygulandı.

İşlemden önce maxiller kemiğin margo infraorbitalisin 2/3 lateraline optik sinirin 1cm gerisine 22G iğne ucuyla girilerek tek göze 10 milyon, iki göze toplamda 20 milyon mezenkimal kök hücre verildi. Şekil 1'de işlemle ilgili resimler verilmiştir.



Şekil 1: Mezenkimal Kök Hücre Uygulaması



TARTIŞMA

Allojenik nakil yapılan hastalarda proaktif yaklaşım önemlidir ve yakın takip gerektirir. Çünkü bu hastalarda gruplarında ölümcül komplikasyonlar gelişebilir. Bu komplikasyonlara erken müdahale ile hastanın hayatta kalma ihtimali yükselmektedir.

Hastamızda yoğun kemoterapi kombinasyon rejimlerinin kullanımı sonrasında optik sinir atrofisine bağlı görme kaybı ve KİBAS gelişti. Uygulanan seri tedavilerle KİBAS belirti ve bulguları düzeldi. optik sinir atrofisi içinde Sağlık Bakanlığı onaylı klinik deneme olarak mezankimal kök hücre işlemi uygulandı.

Optik sinir atrofisi nadirde olsa allojenik kök hücre nakli öncesi, sırasında ve sonrasında görülmektedir [1], [2]. Bu bağlamda kök hücre ve kemik iliği nakli sırasında veya sonrasında ani görme kaybı yaşayan hastalarda optik sinir atrofisi açısından değerlendirilmesi uygundur. Tanı ve tedavide hızlı hareket etmek tedavi açısından önem arz etmektedir. Hastamızda bu süreç ise görme kaybının yaşanmasından yaklaşık 90 gün sonrasında mezenkimal kök hücre temin edilip infüze edildi. Ancak daha erken tanı konulup ve tedaviye seri başlanılsa tedaviye yanıtta başarı artabilirdi.

KAYNAKLAR

- [1] J. LESTAK ve et al., «Bilateral optic neuropathy as a complication of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation,» Biomedical Papers, 2021.
- [2] D. J. MATHEW, A. ARTHUR ve S. S. JOHN, «Presumed chemotherapy-induced optic neuropathy and maculopathy: a case report. 2017,» The Open Ophthalmology Journal, p. 11: 298, 2017.

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI
TRANSPLANTASYON VE
HÜCRESEL TEDAVİLER
KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



OP-04. Dış Merkezlerde Mobilizasyon Yetersizliği Olan ALCL Tanılı Hastaya Flexipor, Heparin ve GCSF Kombinasyonu İle Mobilizasyon Vakası

Ferhat Öztürk¹, Serap Bostancı², Mehmet Ali Erkurt³, Emin Kaya⁴, İrfan Kuku⁵, İlhami Berber⁶

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi. Malatya

Giriş: Anaplastik büyük hücreli lenfoma (ALCL), agresif (hızlı büyüyen) bir T hücreli non-Hodgkin lenfomadır. Olgun T-lenfositlerin anormal ve kontrolsüz bir şekilde büyümesiyle gelişir. Anormal T-lenfositleri genellikle boyundaki lenf düğümlerinde birikir, ancak göğüs, karın, deri, akciğerler veya kemikten de çıkabilir. ALCL’de OKİT hastalar için umut oluşturabilmektedir. Mobilizasyon yetersizliği günümüzde kök hücre nakli yapılan merkezlerin önemli problemlerinin başında gelmektedir. Hasta mobilize edilemediği takdirde kemik iliği naklinin gerçekleştirilemediği bilinmektedir.

Mobilizasyon yetersizliği günümüzde kök hücre nakli yapılan merkezlerin önemli problemlerinin başında gelmektedir. Hasta mobilize edilemediği takdirde kemik iliği naklinin gerçekleştirilemediği bilinmektedir.

Olgu sunumu: 62 yaşında Anaplastik Büyük Hücreli Lenfoma ile takipli kadın hasta 2019 aralık ayında dış merkezde tanı konulmuş. 6 kür CHOP tedavisi almış. Tedavi sonrası remisyon elde edilmiş ve OKİT planlanmış ancak yeterli hücre toplanmadığından OKİT yapılamamış. 2 yıl sonra nüks denilmiş. Ağustos 2022 ‘de ICE tedavisi başlanmış. Aynı zamanda CD30 pozitifliği nedeniyle tedaviye brentuksimab’ da eklenmiş. B-ICE tedavisi altında OKİT mobilizasyon denenmiş ancak başarılı olamamış. Hasta en son temmuz 2023’de brentuksimab almış. Bu süreçte AKİT hazırlığı için TÜRKÖK e yönlendirilmiş. PET CT: progresyon ve Kİ: Lenfosit yapısı %22,0 gözlemlendi. OKİT mobilizasyonuna geçilen hastaya G-CSF 10µg/kg/gün 4 gün, sonrasında G-CSF + plerixafor 240µg/kg x 1 ve işlemden 30 dk önce 150 cc izotonik mayi içinde 5000 ünite fraksiyone heparin uygulanmıştır. CD34 x10⁶/kg: 6,1 olarak kök hücre toplandı. Bu/CY/E Otolog kök hücre rejimi ile tedaviye devam edildi.

Sonuç ve tartışma: OKHN nüks eden orta ve yüksek dereceli NHL hastaları için standart bir tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir. Mobilizasyon yetersizliği durumunda hastanın nakil ihtimalini ortadan kaldırmamak amacıyla uygun tedavi ile yeterli kök hücre toplanıp nakil yapılabilir.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON ve HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 Aralık 2024



OP-05. Relaps Over Karsinomu Olan Hastada Allojenik Hematopoetik Hücre Nakli Deneyimi

Tuğba ZORLU¹, Nazik OKUMUŞ¹, Ali DURDU¹, Mehmet Sinan DAL¹, Turgay ULAŞ¹,
Fevzi ALTUNTAŞ^{1,2}

¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hematoloji ve Kök hücre Nakli Kliniği*

²*Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı*

Giriş: Tüm akut myeloid lösemi (AML) vakalarının yüzde 10'unu tedavi ilişkili AML oluşturmakta olup sıklıkla önceki malignitede remisyon elde edildikten sonra meydana gelir. Tedavi ilişkili AML, de novo gelişen AML'lere göre standart indüksiyon tedavilerine daha dirençli ve sağkalım oranları daha düşüktür. Tedavi ilişkili AML tanılı eş zamanlı relaps over kanseri olan hasta ile ilgili tedavi yönetimi literatürde net değildir. Tedavi ilişkili AML ve eş zamanlı relaps over kanseri olan hastada allojenik hematopoetik hücre transplantasyonu (allojenik HHT) deneyimimizi paylaştık.

Olgu: Bilinen hipertansiyon ve talasemi minör tanıları olan 53 yaşında kadın hasta, 1,5 yıldır devam eden tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, karın şişkinliği şikayeti ile dahiliye polikliniğine başvurdu. Yapılan tetkiklerinde CA-125 yüksekliği saptandı. Abdomen manyetik rezonans görüntülemesinde paraaortik, parakaval bölgede 20x12 mm lenfadenopati, uterus superior komşuluğunda 50x85x5 mm lezyon saptandı. Hastaya tip 2 histerektomi+bilateral salpingo-ooferektomi+bilateral pelvik paraaortik lenf nodu diseksiyonu+apendektomi+batın içi implant eksizyonu yapıldı. Operasyon materyalinin patolojik değerlendirilmesinde over seröz karsinomu Evre 3B (T3BN0) şeklinde raporlandı. Tıbbi onkoloji bölümü takibine giren hastaya operasyon sırasında hipertermi intraperitoneal kemoterapi (sisplatin, paklitaksel) takibinde 6 kür karbolatin + paklitaksel kemoterapisi verildikten sonra 2 yıl idame rucaparib/nivolumab tedavisi verildi. Tedavisinin bitiminden 2 yıl sonra pansitopeni gelişmesi üzerine kemik iliği biyopsisi yapıldı. Kemik iliği aspirasyonunda %30 blastik hücre infiltrasyonu saptanarak tedavi ilişkili AML tanısı konuldu. Tanı anında Wilms Tümörü 1 pozitifliği saptandı. Hastanın tanı zamanı Doğu Kooperatif Onkoloji Grubu (ECOG) performans skoru 3 olması ve performansı düşük olması sebebiyle azisitidin+ venatoklaks tedavisi verilmesi planlandı. Dört kür tedavi sonrası ölçülebilen kalıntı hastalık(MRD) negatifliği sağlanan hastanın

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI
TRANSPLANTASYON VE
HÜCRESEL TEDAVİLER
KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



performansının ECOG 0 olduğu izlendi. Mayıs 2023'te çekilen kontrol pozitron emisyon tomografisinde karaciğerde 1,5 cm nodüler lezyon, batin içi lenf nodları saptandı. Karaciğer biyopsisi over karsinomu metastazı ile uyumlu raporlandı. Relaps metastatik over kanseri olan hastanın AML tedavisinin önceliği olduğu düşünülüp tıbbi onkoloji tedavi planlamadı. AML açısından remisyonda olan hastaya tam uyumlu kardeş vericisinden treosulfan-fludarabin-anti timosit globulin hazırlık rejimi ile allojenik HHT yapıldı. Graft versus host hastalığı profilaksisi için siklosporin ve post transplant siklofosfamid verildi. Hastanın nakil sonrası +30.gün,+60.gün takiplerinde tam hematolojik remisyonda ,MRD negatif ve tam kimerik saptandı. Görüntülemelerinde batin içi lenf nodlarının kaybolduğu, karaciğerdeki lezyon boyutunun 1,5 cm olup, stabil devam ettiği görüldü.

Sonuç: Son yıllarda yeni gelişen tedaviler sonrası, evre 3-4 over kanserlerinde genel sağ kalım artmaktadır. Platin bazlı kemoterapi alan hastalar uzun dönemde tedaviye ilişkili miyelodisplastik sendrom ,AML gelişmesi açısından takip edilmelidir. AML açısından allojenik HHT küratif bir tedavi olup over kanserinde tümör üzerine sitoredüktif etkisi olabilir. Literatürde tedavi ilişkili AML eş zamanlı over kanseri olan vakalar olup allojenik HHT olan nadir vakalar mevcuttur. Relaps over kanserinde artan sağ kalım nedenli tedavi ilişkili AML gelişen olguda allojenik HHT seçeneği uygulanabilir.

Kaynaklar :

1. Ishikawa M, Nakayama K, Rahman MT, Rahman M, Katagiri H, Katagiri A, Ishibashi T, Iida K, Nakayama N, Miyazaki K. Therapy-related myelodysplastic syndrome and acute myeloid leukemia following chemotherapy (paclitaxel and carboplatin) and radiation therapy in ovarian cancer: a case report. Eur J Gynaecol Oncol. 2014;35(4):443-8.
2. See HT, Thomas DA, Bueso-Ramos C, Kavanagh J. Secondary leukemia after treatment with paclitaxel and carboplatin in a patient with recurrent ovarian cancer. Int J Gynecol Cancer. 2006 Jan-Feb;16 Suppl 1:236-40.
3. Nayl B, Cabrespine-Faugeras A, Maliki Y, Bay JO. Rôle de la greffe autologue ou allogénique de cellules souches hématopoïétiques dans les cancers de l'ovaire [Place of autologous and allogeneic hematopoietic stem cell transplantation in ovarian cancer]. Bull Cancer. 2009 Dec;96(12):1225-32.

2. ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON ve HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 Aralık 2024



OP-06. Akut Miyeloid Lösemi Hastasında Akut

Graft-Versus-Host Hastalığı ile Eş Zamanlı Nüks

¹Uğur Hatipoğlu, Mert Seyhan, Tahir Darçın, Tuğçe Nur Yiğenoğlu, Fevzi Altuntaş

¹Dr.Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji ve Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi, Ankara

Giriş: Orta ve yüksek risk veya relaps/ refrakter akut miyeloid lösemi (AML) hastalarında allojenik hematopoetik hücre transplantasyonu (allojenik HHT) en önemli tedavi stratejisi olarak önemini korumaktadır. Nakil sırasında verilen intensif hazırlama rejimleri ve graft-versus-lösemi etkisi allojenik HHT'nin bu hasta grubundaki faydasının en önemli ayaklarıdır. Allojenik HHT yapılan hastalarda görülen en sık komplikasyonlardan biri akut graft-versus-host hastalığıdır(GVHH). Akut ve kronik GVHH'nin varlığının graft-versus-lösemi etkisini arttırdığı bilinmektedir.

Olgu sunumu: 26 yaşında erkek hasta Mayıs 2022'de t(8;21) ile birlikte olan AML tanısı aldı. Doksorubisin-sitozin arabinozid (3+7) protokolü başlandı. Remisyon indüksiyonu sonrası akım sitometride %1 ölçülebilir kalıntı hastalık (MRD) görülmesi üzerine fludarabin-sitozin arabinozid-filgrastim (FLAG) protokolü verildi. Kurtarma tedavisinden sonra MRD negatif hematolojik tam yanıt elde edilen hastaya 8/10 HLA uyumlu kız kardeşinden Eylül 2022'de haploidentik HHT yapıldı. Nakil sonrası takiplerinde 3.ay kemik iliği biyopsisinde %8 blast görülmesi ve t(8;21) tekrar tespit edilmesi üzerine venetoklaks-desitabin tedavisi 6 kür verildi. Tedavi sonuMRD pozitifliği devam eden hasta için 2. allojenik HHT kararı alındı. Tam uyumlu akraba ve akraba dışı vericisi olmayan hastaya Ağustos 2023'te 5/10 HLA uyumu olan baba-sından 2. allojenik HHT yapıldı. Allojenik HHT sonrası karaciğer enzimlerinde progresif artış olan hastaya +13.günde yapılan karaciğer biyopsisi sonucu akut karaciğer GVHH tanısı konuldu.

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI
TRANSPLANTASYON VE
HÜCRESEL TEDAVİLER
KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



Bu sırada diyare de gelişen hastaya yapılan mikrobiyolojik incelemede etken saptanmaması üzerine hasta grade 3 akut karaciğer-gastrointestinal sistem GVHH olarak kabul edildi. Steroid, mikofenolat mofetil ve siklosporin dirençli GVHH olan hastaya ekstrakorporeal fotoferez, alfa-1 antitripsin ve mezenkimal kök hücre tedavileri verildi. Alfa-1 antitripsin ve mezenkimal kök hücre tedavileri ile hastanın karaciğer enzimleri normale döndü ve diyaresi kesildi. Takiplerinde yapılan 3.ay kemik iliği biyopsisinde ise %21 blast görülen hastanın nüks anında yaygın döküntü, diyare ve karaciğer enzim yüksekliği oldu. Hastanın tam kimerik olduğu izlendi.

Sonuç ve tartışma: Akut GVHH, graft-versus-lösemi etkisini arttıran bir etken olmasına rağmen bizim vakamızda yaygın akut GVHH ile eş zamanlı nüks görülmüştür. Bu da çoklu seri tedavi almış AML hastalarında graft-versus-lösemi etkisine dirençli klonların varlığını göstermektedir. Bu hastalarda graft versus lösemi etkisini artıracak yaklaşımların geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

POSTER BİLDİRİLER



2.

ULUSLARARASI KATILIMLI
TRANSPLANTASYON VE
HÜCRESEL TEDAVİLER
KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



PP-01. Steroide Dirençli ITP hastalarında Hemogram Parametrelerinin Prediktif Önemi

Ahmet Kaya¹, İrfan Kuku², Mehmet Ali Erkurt³, Emin Kaya⁴, İlhami Berber⁵, Ahmet Sarıcı⁶,
Soykan Biçim⁷, Emine Hidayet⁸, Salih Cırık⁹, Süleyman Arslan¹⁰, Fatma Hilal Yağın¹¹

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Erişkin Hematoloji Kliniği Malatya

*(1,2,3,4,5,6,7,10,11) * Sorumlu yazar (7)Dr Abdurahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ankara, Türkiye (8) Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Konya, Türkiye*

Giriş : İmmün trombositopeni (ITP), trombosit antijenlerine karşı otoantikörlerin neden olduğu edinilmiş bir trombositopenidir

Amaç: İmmün trombositopeni hastalarında tedavi öncesi hemogram parametrelerinden özellikle MPV ve PDW değerlerinin hastalık için prediktif bir değer olup olmadığını ortaya koymak.

Gereç ve Yöntem: 222 ITP tanısı olan ilk sıra tedavi olarak steroid almış hastaların hemogram parametreleri geriye dönük olarak tarandı. IBM SPSS Statistics 26.0 programında Paired Samples t test, Wilcoxon test, Spearman's rank correlation coefficient testleri kullanılarak istatistiksel analizler yapıldı.

Sonuç: Hemogram parametreleri ve p değerleri tabloda görülmektedir.

Çıkarım: ITP hastalarında MPV ve PDW değerlerinin steroid tedavisi öncesi hastalık yanıt cevabında prediktif bir değer olarak kullanılamayacağı kanaatine ulaşılmıştır.

GİRİŞ: İmmün trombositopeni (ITP), trombosit antijenlerine karşı otoantikörlerin neden olduğu edinilmiş bir trombositopenidir. ITP için hassas veya spesifik bir tanı testinin olmaması ve trombositopeninin, çok sayıda başka potansiyel nedenleri olması teşhisinde zorluklara neden olur. ITP genellikle sağlıklı kadınlarda daha sık görülür. ITP'nin patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Antikor aracılı yıkım nedeniyle azalmış trombosit ömrü, baskın hipotezdir. ITP'li birçok hasta asemptomatiktir. Semptomları olanlar öncelikle trombositopeni ve kanama ile ilgilidir, ancak hastalar ayrıca yorgunluk ve düşük yaşam kalitesi yaşayabilirler. ITP hastasında tedavinin amacı, trombosit sayısını normalleştirmek değil, kanamayı tedavi etmek veya önlemektir. Bu amaçla steroidler ilk sıra tedavinin önemli bir parçasıdır. Kanaması olmayan

2. ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON ve HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 Aralık 2024



trombosit sayısı mirolitrede ≥ 30.000 olan hastalar belirli periyotlarla medikal tedavisiz izlenebilir (1).

Materyel metod: Çalışmamızda 2009-2021 yılları arasında 222 ITP tanısı olan ilk sıra tedavi olarak steroid(1mg/kg/gün prednizolon veya 40 mg/gün dexametazon dört gün)almış hastaların hemogram değerleri geriye dönük olarak tarandı.hemogram parametrelerinden hgb,wbc,anc,plt,mpv,pdw değerleri kaydedildi. IBM SPSS Statistics 26.0 programında Paired Samples t test ,Wilcoxon test, Spearman's rank correlation coefficient tesleri kullanılarak istatistiksel analizler yapıldı.

Comparison of the first and last measurements of blood parameters

Variables	first		last		effect size	p value
	Mean \pm SD	Median (Min-Max)	Mean \pm SD	Median (Min-Max)		
HGB	-	13.25(4,6-18.7)	-	13.5(6.9-18.1)	12.059	0.004**
MCV	-	85.4(49.3-114.5)	-	86(8.9-112)	12.058	0.033**
WBC	-	8.2(2.27-27.3)	-	12.2(1.4-29.9)	12.074	0.0001**
NE	-	5.2(0-52)	-	9.25(0.51-26.2)	12.073	0.0001**
PLT	-	17(2-338)	-	89(3-560)	12.078	0.0001**
PDW	-	16.7(0-78.7)	-	16.6(0-21.8)	-	0.655*
MPV	10.074 \pm 2.053	-	9.865 \pm 1.904	-	-	0.091*

*: Paired Samples t test. **: Wilcoxon test

SONUÇ: HGB açısından ilk ve son ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. MCV. WBC. NE ve PLT değişkenleri. HGB. MCV. WBC. NE ve PLT değerleri işlem sonrası (yani son ölçümde) ilk ölçüme göre artış mevcut.NE ile WBC arasında çok yüksek düzeyde pozitif korelasyon olduğu söylenebilir.Tedavi sonrasında PLT değeri ile MPV ve PDW değerleri arasında negatif yönde korelasyon saptandı. Tedavi öncesindeki korelasyon analizi sonuçlarına göre PLT değeri ile MPV değeri arasında pozitif yönde ilişki saptandı.tedavi öncesinde PLT ve MPV değerleri pozitif yönde ilişki varken tedavi sonrasında bu değerler arasında negatif yönde ilişki olduğu görülmektedir.

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON VE HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



TARTIŞMA: MPV değeri, empedans teknolojisi sistemlerinde dönüştürülmüş lognormal trombosit hacmi verilerinin geometrik ortalamasından belirlenir veya bazı sistemlerde MPV'nin trombosit hacminin optik teknoloji kullanılarak ölçülmesidir. Bu nedenle MPV, ölçüldüğü yöntemle göre değişecektir. Bu nedenle, belirli bir hematoloji aleti kullanılarak o hasta popülasyonu için oluşturulacak olan laboratuvarın referans aralığı oluşturulmalıdır. trombosit sayıları normal olan yetişkinlerde MPV aralıklarını inceleyen bir çalışma, empedans yöntemlerinin 6.0 ile 13.2 fL arasında değişen normal değerlere sahip olduğunu, optik yöntemlerin ise 5.6 ila 12.1 fL arasında değişen normal değerlere sahip olduğunu bildirmiştir (2).

Bazı konjenital trombositopenilerde (örn. gri trombosit sendromu, May-Hegglin anomalisi, Bernard-Soulier sendromu) ve miyelodisplastik sendromlu bazı hastalarda da yüksek MPV görülür. MPV'de zamanla bir artış, hipoplastik veya aplastik bir durumda megakaryositik rejenerasyonunu gösterebilir. Düşük MPV trombositopenik hastada aplastik anemi gibi, kemik iliği supresyonu göstergesidir. Bazı konjenital trombositopenilerde (örn. Wiskott-Aldrich sendromu) düşük MPV de görülebilir (3).

REFERANS

- 1- Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, et al. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. Blood 2009; 113:2386.
- 2 -Hoffmann JJ. Reference range of mean platelet volume. Thromb Res 2012; 129:534.
- 3- Kaito K, Otsubo H, Usui N, et al. Platelet size deviation width, platelet large cell ratio, and mean platelet volume have sufficient sensitivity and specificity in the diagnosis of immune thrombocytopenia. Br J Haematol 2005; 128:698.)



PP-02. Coombs Negatif Otoimmün Hemolitik Anemi

Süleyman ARSLAN¹, İlhami BERBER¹, İrfan KUKU¹, Emin KAYA¹, Mehmet Ali ERKURT¹,
Soykan BİÇİM¹ Ahmet KAYA¹, Emine HİDAYET¹, Salih CIRIK¹

¹Inönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Erişkin Hematoloji Kliniği, Malatya

Giriş: Otoimmün hemolitik anemi (OİHA), genellikle eritrosit yüzey antijenlerine karşı otoantikörlerin aracılık ettiği otoimmün mekanizmalar yoluyla kırmızı kan hücrelerinin artan yıkımı olarak tanımlanır. Çoğu hastada idiyopatik olan bu durum, bazı otoimmün hastalıklara da eşlik edebilir. Çoğu olguda anemi, yüksek LDH, retikülositoz, düşük haptoglobulin seviyesi ve coombs testi pozitif olduğunda tanı koymak kolaydır. Sadece vakaların %5-10'u coombs negatif otoimmün hemolitik anemidir. Bu duruma; eritrosit başına düşen immunglobulin molekül sayısının düşüklüğü, otoantikörlerin IgA veya IgM şeklinde olması, otoantikörlerin afinitelerinin düşük olması yol açabilir. Bu vakamızda literatürde az sayıda bildirilen coombs negatif otoimmün hemolitik anemi vakamızı sunduk.

Olgu: 78 yaşında erkek hasta, halsizlik, karın ağrısı, şikayetiyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon nedeniyle antihipertansif tedavi alıyordu. Fizik muayenede solunum sistemi doğal, karaciğer ve dalak ele gelmiyordu. Hastanın genel durumu iyi ama soluk görünüyordu. Laboratuvarda Hgb: 6.6 gr/dL, Wbc:14500/mm³, Plt:160000/mm³, total bilirubin:5,4mg/dL, direkt bilirubin:0,63mg/dL, Ldh: 1588U/L karaciğer, böbrek enzimleri, vitb12, ferritin ve folat normal sınırlardaydı. Düzeltilmiş retikülosit yüzdesi:%16, haptoglobulin seviyesi normal, direkt coombs testi iki kez yapılan ölçümde negatifti. Periferik yaymada polikromazik eritrositler izlendi. Acil batın ultrasonografide patoloji izlenmedi. Mevcut bulgular eşliğinde hasta coombs negatif otoimmün hemolitik anemi olarak kabul edildi. Paroksizmal nokturnal hemoglobinüri için yapılan tarama negatif olarak geldi. Hastanın kemik iliği aspirasyon biyopsisi yaşa göre hipersellüler kemik iliği şeklinde yorumlandı. Hastaya 1mg/kg metilprednizolon, folik asit 5mg başlandı. Tedavi sonrası hemoliz bulguları gerileyen hastanın bir ay sonra poliklinikte yapılan tetkiklerinde hemoglobin, bilirubin, ldh ve retikülosit sayımları normale döndü, hastanın poliklinik takipleri devam etmektedir.

Tartışma/Sonuç: Coombs pozitifliği otoimmün hemolitik anemide tanı koymamızda oldukça önemli bir parametre olmasına rağmen bizim vakamızda olduğu gibi coombs negatif otoimmün hemolitik anemi de olabilir. Bu vakamızda hemolizin otoimmün mekanizmalarla gerçekleştiği kortikosteroidle yapılan immüsupresyona hızlı yanıt vermesiyle doğrulanmış oldu. Bu nedenle nadiren de olsa hastada otoimmün hemolitik anemi varken direkt coombs testi negatif bulunabileceği için IgG ve C3 dışı antikörler için (IgA veya IgM gibi) monospesifik ayıraçlar kullanılarak testler yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Coombs, otoimmün hemolitik anemi

2.

ULUSLARARASI KATILIMLI
TRANSPLANTASYON VE
HÜCRESEL TEDAVİLER
KONGRESİ

21-24 ARALIK 2024



PP-03. Dirençli Kll Olgusunda İdelalisib Deneyimimiz

Süleyman ARSLAN¹, İlhami BERBER¹, İrfan KUKU¹, Emin KAYA¹, Mehmet Ali ERKURT¹,
Soykan BİÇİM¹ Ahmet KAYA¹, Emine HİDAYET¹, Salih CIRIK¹

¹İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Erişkin Hematoloji Kliniği, Malatya

ÖZET

Dünyada en sık görülen lösemi tipi olan Kronik Lenfositik Lösemi'nin (KLL) tedavisinde geçmişte konvansiyonel kemoterapötik ajanlar kullanılmaktayken hastalıkta artık monoklonal antikor dönemi söz konusudur. Hedefe yönelik ajanlardan bruton tirozin kinaz (BTK) inhibitörleri (ibrutinib, acalabrutinib), BCL2 inhibitörü (venetoklaks), fosfoinositol 3-kinaz (PI3K) inhibitörleri (idelalisib, duvelisib), anti CD20 monoklonal antikorlar (rituksimab, ofatumumab, obinutuzumab) tedavide kullanılabilir. Bu olgu sunumunda ise dirençli bir KLL olgusunda idelalisib tedavisi ve sonucu anlatılmaktadır.

GİRİŞ

Dünyada en sık görülen lösemi tipi olan Kronik Lenfositik Lösemi'nin (KLL) ortanca görülme yaşı 67-72 arasındadır. Erkeklerde kadınlara göre yaklaşık iki kat daha fazla görülen KLL'nin tanısı; periferik kanda 5.000/mm³'den fazla monoklonal ve olgun B lenfositöz varlığı ile konulur. Ayrıca KLL bir olgun periferik B hücreli neoplazi olup; klinik olarak indolen Non-Hodgkin Lenfoma grubundan olan küçük lenfositik lenfoma (SLL) ile ortak kökenden kaynaklandığı kabul edilir. Tedavisinde geçmişte konvansiyonel kemoterapötik ajanların kullanıldığı hastalıkta artık monoklonal antikor dönemi söz konusudur. Hedefe yönelik ajanlardan bruton tirozin kinaz (BTK) inhibitörleri (ibrutinib, acalabrutinib), BCL2 inhibitörü (venetoklaks), fosfoinositol 3-kinaz (PI3K) inhibitörleri (idelalisib, duvelisib), anti CD20 monoklonal antikorlar (rituksimab, ofatumumab, obinutuzumab) tedavide kullanılabilir. Bu olgu sunumunda ise kliniğimize başvuran dirençli KLL olgusunda idelalisib deneyimimiz anlatılmaktadır.

VAKA SUNUMU

55 yaşında erkek hasta Ağustos 2009 tarihinde B semptomları olmayan, boyunda şişlik şikayeti sonrasında servikal bölgedeki lenfadenopatiden yapılan biyopsi sonucunda B hücreli küçük lenfositik lenfoma tanısı aldı. 2009-2012 yılları arasında Evre 1 olması nedeniyle takip edilen hastanın 2012 yılında 10 cm den

2. ULUSLARARASI KATILIMLI TRANSPLANTASYON ve HÜCRESEL TEDAVİLER KONGRESİ

21-24 Aralık 2024



büyük masif lenf düğümü olması, kemik iliği aspirasyon ve biyopsi, akım sitometri incelemeleri sonucunda KLL tedavisine başlandı. Hasta 2012- 2017 yılları arasında önce fludarabin+siklofosamid (FC), ardından rituksimab +bendamustin (RB) rejimleri ile tedavi edildi. Yanıt sağlanamayan hasta 2017 -2020 yılları arasında hedefe yönelik ajanlardan ibrutinib ile tedavi edildi. İbrutinib tedavisinde ise yanıt kaybı gelişen hasta yaklaşık 2 yıl süre ile venetoklaks tedavisi aldı. Hastanın tedavi süresince bakteriyel ve fungal enfeksiyon nedeniyle mükerrer yatışları oldu ve servikal laplarında gerileme olmadı, venetoklaks tedavisinde de yanıt kaybı gelişen hastaya Ekim 2022 tarihinde idelalisib+rituksimab rejimi 1 kür verildi ve kontrole gelen hastanın servikal laplarında fizik muayenede tedavi başlangıcına göre %50 den fazla küçülme izlendi, hastaya boyun usg yapılması planlandı ve klinik kondüsyonu düzelen hastadan iyi klinik yanıt alındı.

TARTIŞMA

Kronik lenfositik lösemi küratif bir hastalık olmaması, hastaların genellikle ileri yaşta olması ve yavaş seyirli bir hastalık olması nedeniyle asemptomatik erken evredeki hastalar tedavi edilmemelidir. Erken evre ve asemptomatik hastalarda yapılan tedavilerin faydası gösterilememiştir. Tedavi endikasyonu olan ve tedavisi başlanan çoğu hasta başlangıç tedavisine tam veya kısmi yanıt verir. Bununla birlikte, KLL için verilen konvansiyonel tedaviler küratif değildir ve çoğu hastada nüks gerçekleşir. Ek olarak, birçok hastada ilaç intoleransı nedeniyle tedavide bir değişiklik gerekecektir. Hedefe yönelik tedavi ajanlarından bruton tirozin kinaz (BTK) inhibitörleri (ibrutinib, acalabrutinib), BCL2 inhibitörü (venetoklaks), fosfoinositol3-kinaz (PI3K) inhibitörleri (idelalisib,duvelisib), anticd20 monoklonal antikorlar (rituksimab, ofatumumab,obinutuzumab) tedavide kullanılabilir. Bizde dirençli Kll tedavisinde idelalisib deneyimimizi paylaşmak için olgumuzu sunmak istedik.

SONUÇ

Tek hasta ile olan idelalisib tedavimiz henüz ilk kürde klinik olarak çok iyi sonuç verdiğiinden dirençli KLL hastalarının tedavisinde etkili bir ajan olarak düşünülebilir, daha çok hasta ile yapılacak çalışmalar bu konuda bize yol gösterici olabilir.



Ankara Sheraton
21-24 Aralık