



AKADEMİK
SOLUNUM
DERNEĞİ

IX.

SOLUNUM OKULU

4 - 7 Haziran 2023 • Elexus Otel / K.K.T.C.



BİLDİRİ KİTABI

www.solunum2023.org



ORGANİZASYON SEKRETERYASI
Topkon Kongre ve Etkinlik Hizmetleri
Zühtüpaşa Mah. Rifatbey Sok. No: 24
34724 Kalamış-Kadıköy / İstanbul
Tel: +90 216 330 90 20
Faks: +90 216 330 90 05
E-posta: solunum2023@topkon.com



DAVET

Akademik Solunum Derneği olarak 4-7 Haziran 2023 tarihinde Elexus Otel, KKTC’de gerçekleştirmeyi planladığımız “IX. Solunum Okulu’nda” ve pratik eğitimin iç içe geçtiği kurslarla yapılanmış bir program hazırlamayı amaçladık. Bu yılki ana temalarımız alerji/atopi, interstisyel akciğer hastalıkları, göğüs hastalıklarında girişimsel tanı ve tedavi yöntemleri, sigara ve akciğer kanseri, zor astım, KOAH’da güncel tedaviler, OSAS ve kronik solunum hastalıklarında pulmoner rehabilitasyon.

Okulumuzun vazgeçilmez unsuru multidisipliner yaklaşım her zamanki gibi kurslarımızın yapıtaşlarında her aşamada kendini gösterdi. Farklı disiplinlerin bakış açısını sizlerle paylaşarak ve bu disiplinlerdeki eğitimcilerle bir araya gelerek kalıcı bilgiye ulaşmayı hedefliyoruz.

Her yıl tekrarladığımız Solunum Okulu’nun, 2023’de de sizlerle güçlü ve verimli geçeceği inancıyla tüm “Solunum Okulu Dostlarını” buluşmaya davet ediyoruz.

Olgu sunumu oturumlarımızda görevli hekimlerimiz kongre haklarını kullanmadan katılma olanağı sağlamış olacaklar, bu nedenle son bildiri gönderim tarihinden önce olgularını web sitemizden www.akademiksolunum.org.tr adresine göndermelerini rica ederiz.

Prof. Dr. Bülent Tutluoğlu
Dernek Başkanı

Prof. Dr. Birsen Pınar Yıldız
Okul Başkanı



YÖNETİM KURULU

BAŞKAN

Bülent TUTLUOĞLU

BAŞKAN YARDIMCISI

Turhan ECE

GENEL SEKRETER

Birsen Pınar YILDIZ

SAYMAN

Serdar ERTURAN

ÜYELER

Akın Eraslan BALCI

Bahattin ÇOLAKOĞLU

Günay AYDIN

Mahir İĞDE

Selim BADUR

Sibel ARINÇ

Teyfik TURGUT

DÜZENLEME KURULU

SOLUNUM OKULU BAŞKANI

Birsen Pınar YILDIZ

BİLİMSEL KURUL

Akın Eraslan BALCI

Bahattin ÇOLAKOĞLU

Birsen Pınar YILDIZ

Bülent TUTLUOĞLU

Canan AKMAN

Günay AYDIN TOSUN

Haluk ÇOKUĞRAŞ

Kamil KAYNAK

Mahir İĞDE

Murat TOPRAK

Nail YILMAZ

Selim BADUR

Sibel ARINÇ

Teyfik TURGUT

Turhan ECE



BİLİMSEL PROGRAM

4 HAZİRAN 2023, PAZAR

16:00-17:00	Göğüs Hastalıklarında Olgu Pratikleri - İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Pulmoner Hipertansiyon Oturum Başkanları: <i>Cihan Akgül Özmen, Elif Yelda Niksarlıoğlu</i>
16:00-16:20	Zor Olgular, Önemli Sorular <i>Gülşah Günlüoğlu</i>
16:20-16:40	Zor Tanılar, Zor Kararlar <i>Hülya Abalı</i>
16:40-17:00	Tartışma
17:00-17:30	Pulmoner Hipertansiyon Güncelleme Oturumu Oturum Başkanları: <i>Gülfer Okumuş, İsmail Hanta</i>
17:00-17:30	Grup 1 ve Grup 3 Ayrımı Yapılabilir mi ? <i>Gülfer Okumuş</i>
17:30-18:00	Açılış Töreni <i>Birsen Pınar Yıldız</i> <i>Bülent Tutluoğlu</i> <i>Necdet Aydoğan</i> Bu Cumhuriyet Nasıl Kuruldu?
18:30-19:30	Akademik Solunum Derneği Yönetim Kurulu Toplantısı



BİLİMSEL PROGRAM

5 HAZİRAN 2023, PAZARTESİ

SALON A

08:30-10:30

KONFERANS: 2023 Solunum Hastalıklarında Güncelleme Toplantısı
Oturum Başkanları: *Ferah Ece, Bahaüddin Çolakoğlu*

08:30-08:50

GINA Rehberliğinde Astımda Güncellemeler
Fusun Yıldız

08:50-09:00

Tartışma

09:00-09:20

KOAH'da Bronkoskopik Tedaviler
Turhan Ece

09:20-09:30

Tartışma

09:30-09:50

Sarkoidozda Güncel Tedavi Yaklaşımı
Elif Yelda Niksarlıoğlu

09:50-10:00

Tartışma

10:00-10:20

İPF Dışı Fibrotik hastalıklarda Antifibrotik Tedavi
İsmail Hanta

10:20-10:30

Tartışma

10:30-11:00

KAHVE ARASI ☕

11:00-12:00

 **ABDiBRAHİM**
UYDU SEMPOZYUMU
KOAH'da İKS/LABA Tedavisi
Oturum Başkanları: *Hakan Günen, Birsen Pınar Yıldız*

11:00-11:20

KOAH Tedavisinde İKS/LABA Nerede?
Birsen Pınar Yıldız

11:20-11:40

KOAH Tedavisinde İKS/LABA Nereye Kadar?
Hakan Günen

11:40-12:00

Tartışma

12:00-14:00

ÖĞLE YEMEĞİ 🍴



BİLİMSEL PROGRAM

5 HAZİRAN 2023, PAZARTESİ

SALON A



UYDU SEMPOZYUMU

Astım ve KOAH'da Nebulize Tedavilerin Bugünü Geleceği

Oturum Başkanları: *Birsen Pınar Yıldız, İsmail Hanta*

14:00-15:00

14:00-14:30

Nebulize Tedavilerin Astım ve KOAH Yönetimindeki Yeri

İsmail Hanta

14:30-15:00

Tartışma

15:00-16:30

SEMPOZYUM: BRONŞEKTAZİDE GÜNCEL DURUM

Oturum Başkanları: *Ersan Atahan, Bülent Karadağ*

15:00-15:20

Bronşektazi

Sevda Şener Cömert

15:20-15:40

Çocuktan Erişkine Kistik Fibrozis

Bülent Karadağ

15:40-16:00

Tartışma

16:00-16:30

KAHVE ARASI

16:30-17:00

UZMANINI DİNLE: GÖĞÜS HASTALIKLARINDA YENİ ALANLAR

Oturum Başkanı: *Birsen Pınar Yıldız, Gülfer Okumuş*

16:30-17:00

Göğüs Hastalıklarında Yeni Alanlar, Yapay Zekâ Uygulamaları

Mehmet Atilla Uysal



BİLİMSEL PROGRAM

5 HAZİRAN 2023, PAZARTESİ

17:00-18:00	Sözlü Bildiri Oturumu -1 Oturum Başkanları: Teyfik Turgut, Sevda Şener Cömert
	S-01 Astım ve KOAH Hastalarında Cinsiyetin Dispne Üzerine Etkileri <i>Müfide Arzu Özkarafakılı</i>
	S-02 İnterstisyel Akciğer Hastalıklarında Pan-İmmün İnflamatuvar İndeks Radyolojik Tutulum ve Fonksiyonel Bozukluğun Derecesini Gösterir mi? <i>Berna Yıldırım</i>
	S-03 KOAH'lı Hastalarda PET-CT'de Yardımcı Solunum Kası Aktivasyonu Hava Akımı Kısıtlılığı Derecesi ile İlişkili midir? <i>Buket Çalışkaner Öztürk</i>
	S-04 KOAH'lı Hastalarda Uyku Hijyeni ve Uyku Kalitesinin Yaşam Kalitesi ve Hastalık Parametreleri ile İlişkisi <i>Sariha Buyukluoğlu</i>
	S-05 Pulmoner Tromboemboli Sıklığının Meteorolojik Parametreler ve Mevsimlerle İlişkisi <i>Veysi Açıan</i>
	S-06 Serum C-Reaktif Protein-Albümin Oranının Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Şiddeti (Stabil ve Akut Alevlenme) ile İlişkisi <i>Ferhat Bolu</i>
18:00-19:00	Sözlü Bildiri Oturumu -2 Oturum Başkanları: Sibel Arınç, Metin Keren
	S-08 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Komorbiditelerinde Cinsiyet Farklılıkları: Tek-Merkezli Kesitsel Çalışma <i>Hülya Abalı</i>
	S-07 Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Farmakolojik Tedavi Başlanan KOAH Tanılı Olgularda Bırakma Oranlarının Değerlendirilmesi. <i>Nermin Kaplan</i>
	S-09 Obstrüktif Uyku Apnesi Ağır COVID-19 Enfeksiyonu İçin Risk Faktörü Mü? <i>Cihan Aydın</i>
	S-10 Pandeminin İlk Yılında Sarkoidoz Hastalarında COVID-19 'un Sıklığı ve Seyri <i>Buket Çalışkaner Öztürk</i>



BİLİMSEL PROGRAM


6 HAZİRAN 2023, SALI

6 HAZİRAN 2023, SALI	
	SALON A
08:30-10:30	SEMPOZYUM: AKCİĞER KANSERİ, SİGARA Oturum Başkanları: <i>Akın Eraslan Balcı, Turhan Ece</i>
08:30-08:50	Akciğer Kanseri Tanı ve Evrelemesinde EBUS <i>Tekin Yıldız</i>
08:50-09:00	Tartışma
09:00-09:20	Akciğer Kanserinde Bronkoskopik Girişimler, Tedaviler <i>Akif Özgül</i>
09:20-09:30	Tartışma
09:30-09:50	Akciğer Kanseri Olgu Sunumu <i>Sibel Arınç</i>
09:50-10:00	Tartışma
10:00-10:20	Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma <i>Ayşe Bahadır</i>
10:20-10:30	Tartışma
10:30-11:00	KAHVE ARASI 
11:00-12:00	 UYDU SEMPOZYUMU A'dan Z'ye ASTİM Oturum Başkanı: <i>Turhan Ece</i> Konuşmacılar: <i>Bülent Tutluoğlu, Sibel Atış Naycı, İsmet Bulut</i>
12:00-13:00	GÜNCELLENEN BİLGİLER UYGULAMALAR Oturum Başkanları: <i>Teyfik Turgut, İsmail Hanta</i>
12:00-12:20	Vaskülitler ve Akciğer <i>Aylin Pıhtılı</i>



BİLİMSEL PROGRAM

6 HAZİRAN 2023, SALI

12:20-12:30	Tartışma
12:30-12:50	OSAS ve Obezite Hipoventilasyon Sendromu <i>Teyfik Turgut</i>
12:50-13:00	Tartışma
13:00-14:30	ÖĞLE ARASI 
14:30-16:30	SOLUNUM FİZYOLOJİSİ KURSU: Kan Gazı Değerlendirme, Sonuçların Yorumlanması <i>Bülent Tutluoğlu, Tuğhan Utku</i>
16:30-17:30	Poster Bildiri Oturumu -1 Oturum Başkanları: <i>Ersan Atahan, Bülent Tutluoğlu</i>

7 HAZİRAN 2023, ÇARŞAMBA

09:00-10:30	GEÇMİŞTEN GELECEĞE AKCİĞER SORUNLARI Oturum Başkanları: <i>Günay Aydın, Dilek Kanmaz</i>
09:00-09:20	Akut Tromboembolide Tedavi Seçimi ve Yönetim <i>Züleyha Bingöl</i>
09:20-09:40	Pulmoner Embolide Olgularla Sorunlara Yaklaşım <i>Fusun Ülger</i>
09:40-10:00	Kronik Akciğer Hastalıklarında Pulmoner Rehabilitasyon <i>İpek Özmen</i>
10:00-10:30	Tartışma
10:30-11:00	KAHVE ARASI 
11:00-12:00	Akılcı İlaç Sunumu Oturum Başkanları: <i>Murat Toprak, Arzu Didem Yalçın</i> Konuşmacı: <i>Ahmet Başustaoğlu</i>
12:00-14:00	ÖĞLE ARASI 
14:00-16:00	Poster Bildiri Oturumu -2 Oturum Başkanları: <i>Bahaüddin Çolakoğlu, Özkan Yetkin</i>

IX. SOLUNUM OKULU

4 - 7 Haziran 2023 • Elexus Otel / K.K.T.C.



KONUŞMA ÖZETLERİ



Akılcı İlaç Sunumu

Ülkemizde Antimikrobiyal Direnç

Prof. Dr. Ahmet Başustaoğlu

Başkent Üniversitesi

Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Bir enfeksiyonun tedavisi için uygun antimikrobiyal ajanın seçiminde, hastanın şikayetleri, hekim tarafından saptanan klinik bulgular ve hastalık etkeninin saptanmasına yönelik laboratuvar sonuçları birlikte değerlendirilmelidir.

Hastalar ve hekimleri hızlı bir şekilde tedaviye başlamak istemeleri nedeniyle çoğunlukla yanlış antibiyotik kullanımı söz konusu olabilmektedir. Alt ve üst solunum yolu enfeksiyonlarında öncelikle etkenin viral mi, bakteriyel mi olduğuna karar verilmesi gerekmektedir. Bu nedenle örnek alıp sonucu bekleyene kadar test istemeden tedaviye başlamak isterler. Bu tip testler yaklaşık 48 saat kadar zaman kaybına neden olabilmektedir bu nedenle klinisyenler haklı olarak tedaviye başlamaktadırlar. Bu nedenle hasta başı testlerin kullanımı bu konudaki hataları en alt düzeye indirebilmektedir. Özellikle en sık görülen viral ajanlardan İnfluenza virüs, Corona virüs gibi viral ajanlar ve bakteriyel ajanlarda *Streptococcus pneumoniae*, A grubu streptokoklar ve MRSA için hızlı tanı testleri kullanımı yararlı olacaktır.

Yanlış antibiyotik kullanımının yol açtığı en önemli sorun direnç sorunudur. Bu konuda farkındalık yaratılması ve klinisyenlerin antibiyotik direnç oranları ve etken bakterilerin beta laktamaz pozitifliği gibi genel özellikleri hakkında bilgi sahibi olarak reçeteleme yapmaları çok önemlidir. Özellikle; sıklıkla karşılaştığımız; *H. influenzae* için beta laktamaz oranının % 27 civarında olması, *Moraxella catarrhalis*'de %100 olduğu, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* (GAS) ve diğer streptokokların beta laktamaz negatif olduğu, *Klebsiella* türleri, *E.coli*, *Pseudomonas*, *Acinetobacter* spp. gibi Gram negatif bakterilerin beta laktamaz ve ESBL pozitifliği ve özellikle bu bakterilerde *Acinetobacter* türleri (%90-97) başta olmak üzere karbapenem direncinin yüksek olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Felmingham D: Comparative antimicrobial susceptibility of respiratory tract pathogens. *Chemotherapy*, 50 Suppl 1:3-10, 2004.
2. Torumkuney D ve ark; Results from the survey of antibiotic resistance (SOAR) 2015-2017 in Turkey; data based on CLSI, EUCAST and pharmacokinetic/pharmacodynamic (PK/PD) breakpoints. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 2020, 75, 88-99.
3. Üsküdar Güçlü A ve ark;; Antimicrobial Resistance in lower respiratory tract bacteria pathogens; A multicenter analysis from Turkey. *J Infect Dev Ctries*, 2019.



Vaskülitler ve Akciğer

Aylin Pıhtılı

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Damarların duvarlarında inflamasyon ve nekroz ile karakterize bir multisistem hastalık grubudur. Primer (otoimmün) veya sekonder (enfeksiyon, malignite, ilaç reaksiyonu, konnektif doku hastalıklarına bağlı) olarak gelişebilir. Primer vaskülitler, hakim olan tutulumun küçük, orta veya büyük damar olmasına göre alt gruplara ayrılmıştır. Akciğer tutulumu en sık, primer küçük damar veya ANCA ilişkili vakülitlerde (Wegener Granülomatozu, Mikroskopik Polianjiit ve Churg-Strauss Sendromunda) görülür. Primer idiopatik orta ve büyük damar vaskülitleri (Takayasu Arteriti), primer immün kompleks kaynaklı vaskülit (Behçet Hastalığı, Goodpasture Sendromu) ve sekonder vaskülitler de (konnektif doku hastalıkları) akciğer tutulumu ile seyredebilirler.

Granulomatozis Polianjitis (GP) / Wegener Granulomatozu (WG)

En sık görülen ANCA-ilişkili vaskülit ve en sık görülen pulmoner vaskülitdir. En sık üst solunum yollarını, akciğerleri ve böbrekleri tutar. Akciğer tutulumu (%70-95): kaviteleşebilen; nodüller, kitleler, konsolidasyonlar, diffüz alveoler hemoraji, subglottik stenoz, trakeal, bronşial granülom-stenoz. Öksürük, dispne, hemoptizi, göğüs ağrısı semptomları olur.

Polianjitli Eozinofilik Granulomatozis (Churg Strauss Sendromu)

Periferik eozinofili (>1.500 hücre/mm³ veya >%10), Astım, Mononöropati-polinöropati, pulmoner infiltratlar, paranasal sinüs anormalliği, eozinofilik doku infiltrasyonu (biyopsi). Kriterlerlerden dört tanesi pozitifse Churg Strauss Sendromu tanısı konulur.

Mikroskopik Polianjitis (MPA)

Akciğerde kapillarit yapar ve DAH'ye yol açar. Bazen interstisyel akciğer hastalığı ile karşımıza çıkar. Pulmoner tutulum %10-30'dur. Böbrek tutulumu: glomerülo nefrite yol açar. MPO-ANCA saptanır.



Sarkoidozda Güncel Tedavi Yaklaşımı

Doç. Dr. Elif Yelda Özgün Niksarlıoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü

Sarkoidoz nedeni bilinmeyen, başta akciğer ve mediastinal lenfadenopatiler olmak üzere, pek çok organı tutan granulomatöz bir hastalıktır. Olguların yarısından fazlası spontan rezolüsyona uğrarken kalanı için genellikle kortikosteroid kullanımı gerekmektedir. Bu toplantıda sarkoidoz tedavisindeki güncel gelişmelerden bahsedilecektir.

Son olarak 2021 yılında sarkoidoz tedavi rehberi yayınlanmıştır. Bu rehber ışığında sarkoidoz olgusunda ölüm riski ya da kalıcı organ hasar riski olan ve/veya yaşam kalitesinde ciddi bozulmaya neden olan durumda tedavisi verilmesi önerilmektedir. Kardiak sarkoidoz, nörosarkoidoz, optik nörit, akciğerde parankim tutulumu, ciddi böbrek ve karaciğer tutulumu yüksek riskli kabul edilerek tedavi verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Löfgren sendromunda artralji için nonsteroid antiinflamatuar verilebilir. Deri ve göz tutulumlarında local steroid denenebilir. Orta düzeyde cilt tutulumu veya hafif hiperkalsiüri ile artralji için hidroklorokin faydalı olabilmektedir. Akciğer sarkoidozunda 1. basamak tedavide 20mg/gün dozda steroid kullanılması, orta riskli olgularda ise 5-10mg/gün önerilmektedir, ancak tedavi süresi ile ilgili bilgiler net olarak rehberlerde belirtilmemektedir. Ayrıca steroid kullanımı sırasında gelişebilecek diyabetes mellitus, hipertansiyon, katarakt, osteoporoz, kilo artışı, depresyon gibi komplikasyonlar açısından da dikkatli olunması gerektiği unutulmamalıdır. Steroid tedavisine yanıt vermeyen ya da steroid dozu azaltılırken nüks gelişen, steroid kesilemeyen olgularda ikinci basamak tedaviler gündeme gelmektedir. Bu grup ilaçlarda ilk tercih metotreksat olarak bildirilmekte ardından azatiopurin, leflunomide, mikofenolat mofetil, hidroklorokin kullanılabileceği belirtilmektedir. Eğer bu ilaçlara da yanıt yoksa o zaman 3. basamak olarak infliximab veya adalimumab'ın kullanılması önerilmektedir.

Günümüzde sarkoidoz rehberlerinde tedavi endikasyonları, monitorizasyon ve doz azaltma konusunda net bilgiler bulunmamakta; yeni çalışmalar ışığında güncellemelere ihtiyaç bulunmaktadır.

Referanslar

1. Baughman RP, Valeyre D, Korsten P, et al. ERS Clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis. Eur Respir J 2021;58:2004079.
2. El Jammal T, Jamilloux Y, et al. Refractory Sarcoidosis: A review. Ther Clin Risk Manag. 2020;17:323.
3. Millward K, Fiddler C, Thillai M. Update on sarcoidosis guidelines. Curr Opin Pulm Med 2021;1:484.



Pulmoner Embolide Olgularla Sorunlara Yaklaşım

Prof. Dr. Füsün Ülger

SBÜ Ankara Atatürk Sanatoryum EAH

Venöz tromboembolizm (VTE), küresel olarak en sık görülen üçüncü akut kardiyovasküler sendrom olarak kabul edilir ve akut pulmoner emboli (PE) ve derin ven trombozu (DVT) klinik antiteleri için bir şemsiye terimdir.

Aciller ve poliklinikler PE semptomları açısından ilk başvuru noktalarıdır. Dispne ve/veya göğüs ağrısı, hemoptizi, çarpıntı ve presenkop ya da senkop önemli başvuru nedenleridir.

PE'de en önemli sorunlar tanıda asemptomatik olgular, gebelik, trombofili ve Covid 19'dur. Tedavi sürecinde ise özel durumlarda PE tedavisi sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Otopsi çalışmaları, ölümcül PE vakalarının çoğunun tanınmadığını ve teşhis edilmediğini göstermeye devam etmektedir, PE tanısı, objektif testler ile doğrulamayı gerektirir. Muhtemel PE için bu tanısal değerlendirme, klinisyenin hastanın ilk belirti ve bulgularına dayalı şüphesi ile başlatılır. PE'nin yetersiz teşhisi kısmen, PE'nin varlığını gizleyebilen pnömoni, konjestif kalp yetmezliği ve miyokard enfarktüsü gibi altta yatan tıbbi hastalıklara bağlanabilir. Şüpheli PE vakalarının sadece üçte biri aslında PE'dir. Tersine, ölümcül olanlar da dahil olmak üzere birçok PE vakası tanınmaz veya teşhis edilmez.

Hamilelik sırasında akut PE'nin yönetimi zordur çünkü; gebe kadınlarda PE semptomları ve DVT semptomlarının kısmen hamileliğin "fizyolojik" semptomlarından ayırt edilmesi zor olabilir. Hemodinamik instabilitesi olan hastalarda birinci basamak ilaç olarak fraksiyone olmayan heparin (UFH) kullanılır. Hemodinamik durum kötüleşirse, trombolitik ajanların uygulanması gerekli olabilir.

Trombofili, aşırı kan pıhtılaşmasına ve ardından VTE gelişimine yönelik bir eğilimi temsil eder. Edinilmiş veya kalıtsal olan bu hiper pıhtılaşma durumu, VTE gelişme riskini artırır.

Gözlemsel çalışmalarda, COVID-19 (SARS-CoV-2 virüsü) için pozitif olan hastalarda VTE'ler ve PE de dahil olmak üzere diğer ciddi komplikasyonlar görülmektedir. Kronik süreçte de PE sıklığının arttığını gösteren çalışmalar vardır.

Tedavide özel durumlar göz önüne alındığında en son öneriler, belirli hasta kategorileri (antifosfolipid sendromlu hastalar, mekanik kapaklar, gebelik) dışında, K vitamini antagonistlerine (VKA) kıyasla yeni oral antikoagülanları (YOA'lar) tercih etmektedir. Özel durumlar gebelik, kanser, yaşlı ve kırılğan hastalar, böbrek yetmezliği, obezite, HIV enfeksiyonu, epilepsi ve KTEPH'tir.

Kaynaklar

- 1- Pulmonary embolus, Caroline Dix, Huyen Tran, Reprinted from AJGP Vol. 51, No. 9, September 2022
- 2- Clinical Recognition of Pulmonary Embolism: Problem of Unrecognized and Asymptomatic Cases, REVIEW| VOLUME 73, ISSUE 9, P873-879, SEPTEMBER 1998
- 3-Dilemmas in the Choice of Adequate Therapeutic Treatment in Patients with Acute Pulmonary Embolism-From Modern Recommendations to Clinical Application. Pharmaceuticals (Basel) 2022 Sep 14;15(9):1146. doi: 10.3390/ph15091146.



Zor Tanılar, Zor Kararlar

Uzm. Dr. Hülya Abalı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş

Diffüz parankimal akciğer hastalıkları olarak da adlandırılan interstisyel akciğer hastalıkları (İAH); idyopatik interstisyel pnömoniler, otoimmün İAH, hipersensitivite pnömonisi, granülomatozlar ve diğer İAH olarak sınıflandırılır (1). Klinik-radyolojik benzerliklerin olduğu, yaklaşık 200'den fazla İAH'nın ayırıcı tanısı klinisyeni zorlayan bir durumdur. Burada, tanısı non-invaziv tetkiklerle konulamayıp açık akciğer biyopsisiyle konabilen, interstisyel paterne sahip bir olguyu sunuyoruz.

Olgu

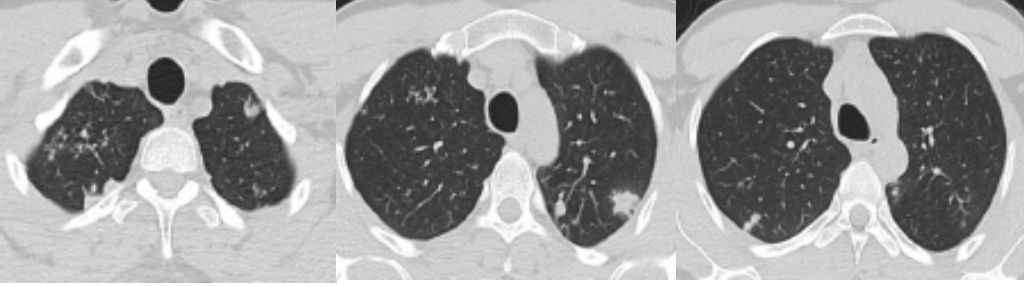
31 yaşında erkek hasta, 3 ay önce başvurduğu dış merkezde çekilen toraks BT'sinde bilateral üst loblarda nodüller (Figür-1) gözlenmesi üzerine tetkik amaçlı tarafımıza sevk edilmiş. Göğüs hastalıkları polikliniğimize başvurusunda hastanın 3.5 aydır nefes darlığı ve göğüs ağrısı mevcuttu. 12 yaşına kadar tarım-hayvancılık, 20 yıldır kebabçılık yapan ve 10 paket/yıl sigara içicisi olan hasta migren ve ülser (Pantoprazol kullanıyordu) tanılıydı. Fizik muayenesinde, tüm sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar testleri normal sınırdıydı (Lökosit: 7 e3/uL, CRP: 2.1 mg/L, Prokalsitonin: 0.02 ng/ml). PA-akciğer grafisinde bilateral üst zonlarda milimetrik opasiteler (Figür-2) görüldü. Toraks HRCT'de bilateral akciğer üst loblarda multiple nodüller ve etrafında sentrilobüler nodüller infiltrasyonlar (Figür-3) gözlemlendi. PET-BT'sinde bilateral akciğer üst loblarda bazısı milimetrik kaviteye sahip, en büyüğü 15 mm, minimal hipermetabolik (SUVmax: 3.3) nodüller (Figür-4) gözlemlendi. Bronkoskopide tüm bronş sistemi doğaldı. Bilateral üst lob bronş lavaj sitolojisi, non-spesifik inflammatuar hücreler olarak rapor edildi. Lavaj Mikobakteri PCR, ARB, kültür ve mantar kültürü negatif saptandı. Dispne etyolojisi için istenen kardiyoloji konsültasyonunda kardiyak hastalık saptanmadı. Kollajen vasküler belirteçlerinden anti-SSB pozitif bulunan hastanın romatolojik konsültasyonunda spesifik hastalık düşünülmedi. Quantiferon testi negatif, ppd:12 mm bulundu. Sağ üst lob ve alt lob wedge rezeksiyon materyallerinin histokimyasal boyamasında PAS, EZN ve GMS (-) bulundu; histopatolojisinde tüberkülozla uyumlu kronik kazeifiye nekrotizan granülomatöz iltihap görüldü.

Sonuç

Radyolojik dağılım olarak üst lob predominansı olan İAH'ları sarkoidozis, kömür işçisi pnömokonyozu, silikozis, eozinofilik pnömoni, Langerhans hücreli histiyositozis, hipersensitivite pnömonisidir (2). Olgumuzla, bu İAH'ları ile radyolojik predominans ve interstisyel patern benzerliği gösterebilen tüberkülozu da ayırıcı tanıda göz önünde bulundurmamız gerektiğini vurguladık.

Referanslar

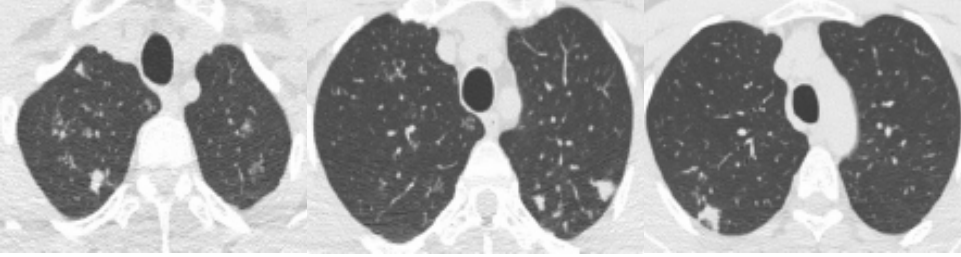
- Cottin V, Valenzuela C. Diagnostic approach of fibrosing interstitial lung diseases of unknown origin. La Presse M.dicale 49(2):104021.
- Lynch DA. Imaging of diffuse infiltrative lung disease. In: Olivieri D, du Bois RM (eds). Interstitial Lung Diseases. Eur Respir Monograph 2000; 5: 29-54.



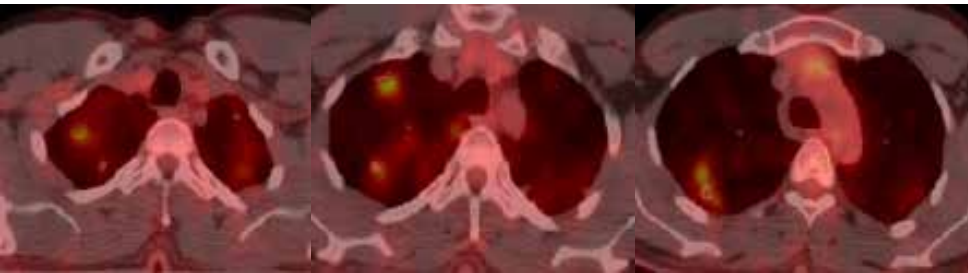
Figür 1. Dış merkezdeki toraks BT'de bilateral üst loblarda buzlu cam alanları ve nodüller



Figür 2. Başvuru PA-akciğer grafisinde bilateral üst zonlarda milimetrik opasiteler



Figür 3. Başvuru Toraks HRCT'de bilateral akciğer üst loblarda özellikle apikal bölgelerde birleşme eğilimi gösteren multiple nodüller ve etrafında eşlik eden sentrilobüler nodüler infiltrasyonlar



Figür 4. PET-BT'sinde bilateral akciğer üst loblarda bazısında milimetrik kavitasyonlar gözlenen en büyüğü 15 mm, minimal hipermetabolik (SUVmax: 3.3) multiple nodüller



Akciğer Kanseri Tanı ve Evrelemesinde Endobronşiyal Ultrasonun (EBUS) Yeri

Prof. Dr. Tekin Yıldız

Endobronşiyal ultrason kılavuzluğunda transbronşiyal iğne aspirasyonu (EBUS-TBİA), mediastinal ve hiler lenf nodu metastazlarının tanısında daha az invaziv bir yöntem olarak 2004 yılında tanıtıldı. Nodal evreleme, erken evre akciğer kanserinin tanı ve tedavisinde anahtardır. Bir hastanın prognozu ve primer operabilitesi, mediastinal lenf nodu metastazı varlığından etkilenir. Nodal evreleme öncesi değerlendirme genellikle bilgisayarlı toraks tomografisi (Toraks BT) ve pozitron emisyon tomografisi (PET)-BT gibi invaziv olmayan radyolojik modaliteler kullanılarak başlatılır. EBUS-TBİA ayaktan hastalarda, lokal anestezi altında ve bilinçli sedasyonla yapılabilir. Ulaşılabilen lenf bezi sayısı cerrahi mediastinoskopiden daha fazladır.

Bu nedenle, EBUS-TBİA, akciğer kanserli hastalarda şüpheli nodal hastalığın doğrulanması için artık yaygın olarak birinci basamak bir prosedür olarak kabul edilmektedir.

1. Silvestri GA, Gonzalez AV, Jantz MA, et al. Methods for Staging Non-Small Cell Lung Cancer: Diagnosis and Management of Lung Cancer. 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143(Suppl 5):e211S–e250S.
2. Yasufuku K, Chiyo M, Sekine Y, et al. Real-time endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration of mediastinal and hilar lymph nodes. Chest. 2004;126:122–128.
3. Fujiwara T, Yasufuku K, Nakajima T, et al. The utility of sonographic features during endobronchial ultrasound-guided transbronchial needle aspiration for lymph node staging in patients with lung cancer. Chest. 2010;138:641–647.



OSAS ve Obezite Hipoventilasyon Sendromu

Prof. Dr. Teyfik Turgut

Fırat Ü. Tıp Fak. Göğüs Hst. AD, Elazığ

Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) Uyku sırasında üst solunum yollarında tekrarlayan kısmi veya tam kollaps epizotları ile karakterizedir. Bu durum en az 10 saniye süren; hava akışının azalmasına (hipopne) veya hiç olmamasına (apne) neden olur. Apne ve hipopneler kortikal uyarılma (arousal) veya oksijen saturasyonunda düşme ile ilişkilidir. En sık görülen uyku bozukluğudur.

Patofizyolojisinde; nöromusküler faktörler, yapısal faktörler ve vasküler faktörler rol oynar. Bu faktörler retropalatal ve retroglossal alanları etkileyerek hastalığın gelişmesine neden olur. Yapılan çalışmalarda OSAS'lı hastalarda üst hava yolu kalibresindeki değişikliklerin daha fazla olduğu bulunmuştur. Ana semptomlar horlama, tanıklı apne ve gündüz aşırı uykululuk hali olup, gece boyunca gelişen hipoksik epizotlar birçok organ ve sistemi etkiler. Hastalık için en büyük risk faktörü obezitedir. Eşlik eden bazı hastalıklar (KOAH, astım gibi) OSAS'ın şiddetini arttırırken, OSAS da bu hastalıkların kontrolünü zorlaştırmaktadır.

Hastalığın tanısında altın standart polisomnografi olup, günümüzde evde de kullanılabilen portatif cihazlar geliştirilmiştir. Eğer cerrahi olarak düzeltilebilecek bir bozukluk yoksa genel önlemlerin (kilo verme, uyku hijyeninin düzeltilmesi gibi) yanı sıra en etkili tedavi yöntemi PAP (positive airway pressure) uygulamasıdır.

Obezite hipoventilasyon sendromu (OHS) ise; vücut kitle indeksinin (VKİ) ≥ 30 kg/m², gündüz AKG'de PaCO₂ ≥ 45 mmHg olması ve olası diğer hipoventilasyon nedenlerinin olmaması (nöromusküler, mekanik veya metabolik hst) ile karakterize bir hastalıktır. Bu hastaların %90'unda tabloya OSAS da eşlik eder. OHS'li hastalarda fazla kilo, artmış mekanik yüke ve daralmış havayoluna, yine bu hastalarda oluşan sempatik aktivite artışı ve inflamasyon OSAS'a zemin hazırlamaktadır. Eşlik eden OSAS da aralıklı hipoksi ve bölünmüş uyku nedeni ile sempatik aktivite artışına, oksidatif strese ve inflamasyona neden olarak obeziteye katkı sağlamaktadır. Yani iki durum arasında karşılıklı bir ilişki mevcuttur. Tedavide OSAS ile birlikteliği olan hastalarda CPAP'ın (continuous positive airway pressure), diğerlerinde ise non-invaziv ventilasyon (NIV) tedavisinin etkili olduğu gösterilmiştir.



Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında (KOAH) Bronkoskopik Tedaviler

Prof. Dr. Turhan Ece

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) erişkinlerde sık rastlanan (% 10-20), yandaş hastalıklar ile birlikte seyretme ve mortalite oranı yüksek (erişkinlerde 3.sıklıkta ölüm nedeni), erken tanı konulursa önlenebilir bir hastalıktır. Malesef hastaların öncü belirtileri gözardı etmeleri nedeniyle ilerledikten sonra tanı konulan ve geç tanı nedeniyle akciğerlerde geri dönüşümsüz yapısal değişikliklerle kontrolü , tedavisi zorlaşmakta olan kronik hastalıklar grubunda yer almaktadır.

Koruyucu önlemler, inhalasyon ile alınan bronkodilatatör ağırlıklı tedavi, rehabilitasyon programları ile ancak kısmi rahatlama sağlanabilen ileri evre KOAH hastalarında ; alt solunum yolları ve akciğer parankiminde oluşan yapısal değişiklikleri, bozulmaları kısmen de olsa iyileştirmeye yönelik bronkoskopik tedaviler, son 20 yılda yapılan yoğun araştırmaların sonucu olarak ortaya çıkarılan ve randomize kontrollü çalışmalar ile etkinlik ve güvenilirlikleri kanıtlanmış yeni tedavi yöntemleridir.

KOAH fenotiplerine göre farklı bronkoskopik tedavi yöntemleri geliştirilmiştir. Amfizem ağırlıklı KOAH' da; hiperinflasyonu azaltıp, ventilasyon – perfüzyon uyumunu iyileştirerek solunum rahatlama, semptom azalması sağlayan; bronkoskopik akciğer hacim azaltma yöntemleri (endobronşiyal valfler, nitinol sarmallar, termal ablasyon ve biyolojik dolgu macunları) ve cerrahi akciğer hacim azaltılma yöntemleri ile etkili sonuçlar elde edilebilmektedir. Kronik bronşit ağırlıklı KOAH' lılarda; parasempatik aktiviteyi kalıcı olarak sınırlandırma yöntemi (hedeflenmiş akciğer nöron denervasyonu, mukus gland hipertrofini ,goblet hücre yoğunluğunu azaltan; bronkoskopik reoplasti, kriyosprey ve balon tedavi yöntemleri, etkinlikleri ve güvenilirlikleri randomize kontrollü çalışmalar ile kanıtlanmış, KOAH yeni bronkoskopik tedavi yöntemleridir

Anahtar Kelimeler: Bronkoskopik akciğer hacim küçültme (BLVR); kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ; hiperenflasyon; amfizem; endobronşiyal valv; mukus hipersekresyonu; kronik bronşit

Kaynaklar:

1. Celli, B.R.; Wedzicha, J.A. Update on Clinical Aspects of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. N. Engl. J. Med. **2019**, *381*, 1257–1266.
2. 2023 GOLD Report—Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease—GOLD. Available online: <https://goldcopd.org/2023-gold-report-2/>
3. DeMarco, B.; MacRosty,C.R. Bronchoscopic Management of COPD and Advances in Therapy. Life **2023**, *13*, 1036.

IX.

SOLUNUM OKULU

4 - 7 Haziran 2023 • Elexus Otel / K.K.T.C.



SÖZEL BİLDİRİLER



SB-01

Astım ve KOAH Hastalarında Cinsiyetin Dispne Üzerine Etkileri

Dr. Müfide Arzu Özkarafakılı

S.B.Ü İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi

Göğüs Hastalıkları Bölümü

Amaç

Dispne algısının cinsiyete göre değiştiğini gösteren pek çok klinik çalışma olsa da, günlük pratikte astım ve KOAH hastalarının takibinde bu veri sıklıkla göz ardı edilmektedir. Dispne ölçümü için kullanılan skalalarda bu farklılığı gözden geçirmeyi amaçladık.

Materyal Metot

Eylül- Aralık 2022 arasında göğüs hatalıkları polikliniğine başvurmuş olan, polikliniğimizde en az 2 yıldır takip edilen, 60'ı erkek 60'ı kadın stabil dönem KOAH'lı ve 60'ı erkek 60'ı kadın astımlı olmak üzere toplam 240 hasta çalışmaya dahil edildi. Demografik verileri, komorbiditeleri kaydedildi. Hastalara solunum fonksiyon testi ve 6 dakika yürüme testi yapıldı. Pulse oksimetre ile parmak ucu oksijen satürasyonları ölçüldü. Dispne düzeyleri mMRC ve BORG skalaları kullanılarak ölçüldü.

Bulgular: Yaş ortalaması astımlı grupta $57,78 \pm 9,1$, KOAH'lı grupta $57,47 \pm 9,14$ ($p=0,0839$) şeklindeydi. Astım hastalarında vücut kitle indexi (BMI), sigara paket/yıl, 6 dakika yürüme testi (6DYT) ve BORG değerleri KOAH hastalarındakinden istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük bulundu ($p<0,05$). Tüm hastalarda yaş, BMI sigara içimi, mMRC, 6DYT, BORG, %SO₂, solunum fonksiyon testi parametreleri incelendiğinde; erkeklerde yaş, BMI kadın hastalardan yüksek, %FEV₁ %FVC %FEV₁/FVC değerleri kadın hastalardan daha düşük bulunurken ($p<0,05$), sigara içimi, mMRC, BORG, 6DYT ve %SO₂ açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Astım ve KOAH hastalarını cinsiyete göre incelediğimizde; astımlı erkek hastalarda BMI kadınlardakinden daha yüksek, kadın hastalarda ise mMRC ve BORG değerleri erkek hastalardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p<0,05$). KOAH'lı erkek hastalarda yaş ve mMRC skoru kadın hastalardan daha yüksek iken, kadın hastalarda BMI, %FEV₁ %FVC %FEV₁/FVC değerleri erkek KOAH hastalarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p<0,05$).

Tartışma: Astımlı kadın hastalarda, %FEV₁ %FVC %FEV₁/FVC 6 dakika yürüme testi %SO₂ değerleri erkek hastalardan farklı bulunmadığı halde, mMRC ve BORG dispne skorları daha yüksek bulunmuştur. KOAH lı kadın hastalarda ise astımdan farklı olarak, %FEV₁ %FVC %FEV₁/FVC değerleri erkeklerden yüksek, orantılı olarak mMRC skoru erkek hastalardan düşük bulunmuştur.

Sonuç: Astımlı kadın hastalarda dispne şiddetinin algılanması mMRC ve BORG skalaları kullanılarak ölçüldüğünde erkek hastalardan daha yüksek olarak bulunmaktadır. Bu bulgu hastalığın şiddetini değerlendirirken %FEV₁ gibi rehberlere yerleşmiş bir parametre kadar etkin olarak görünmektedir.

**SB-02****İnterstiyel Akciğer Hastalıklarında Pan-İmmün İnflamatuar İndeks Radyolojik Tutulum ve Fonksiyonel Bozukluğun Derecesini Gösterir mi?**

Dr. Berna Botan YILDIRIM¹, Dr. Çağrı KESİM²

¹ Öğr. Gör.Dr; Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ABD; Konya

² Uzm. Dr; Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji ABD; Konya

Giriş- Amaç

Bu çalışmanın amacı, interstiyel akciğer hastalığı (İAH) olan hastalarda pan- immün inflammatuar değer (PİD) ve sistemik immün inflammatuar indeks (Sii) düzeyi ve bunun radyolojik tutulum ve solunum fonksiyon testleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Materyal-Metod

İnterstiyel Akciğer Hastalığı nedeniyle takip edilen 58 hasta ve 43 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, komorbiditeleri, tanı tarihleri, laboratuvar verileri, tanı anındaki spirometrik testler ve toraks bilgisayarlı tomografi (TBT) veya yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografilerinde (YRBT) akciğer parankim bulguları retrospektif olarak hastane medikal kayıt sisteminden tarandı. Pan- immün inflammatuar değer (PİD) (nötrofil sayısı x trombosit sayısı x monosit sayısı / lenfosit sayısı) ve sistemik immün inflammatuar indeks (Sii) (nötrofil sayısı x trombosit sayısı / lenfosit sayısı) hesaplanarak spirometrik testler ve radyolojik verilerle karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmaya katılan 58 hastadan 6 tanesinin TBT veya YRBT tetkiklerine ulaşamadı. Kalan 52 interstiyel akciğer hastasının demografik verileri Tablo- 1'de özetlenmiştir.

En sık görülen radyolojik tanımlar olağan interstiyel pnömoni (OİP, 24/52, %46.15) ve non-spesifik interstiyel pnömoni (NSİP, 21/52, %40.38) idi. Vaka sayılarındaki yetersizlik nedeniyle, lenfositik (n=2), kriptojenik (n=3) ve deskuamatif (n=2) interstiyel pnömoniler, üçüncü bir grup şeklinde, diğer interstiyel pnömoniler (DP, 7/52, %13.46) olarak belirlendi.

Sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında İAH hastalarında NEU/LEU, Pİ ve Sii değerleri istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek tespit edildi (p<0.05).

PİD değerlerinin DP grubunda en yüksek, OİP grubunda en düşük olduğu tespit edilmekle beraber ANOVA analizi ile OİP, NSİP ve DP grupları arasında Sii veya PİD ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p>0.05). Pearson's korelasyon analizinde ise PİD ve Sii ile DLCO, FEV1%, FVC% arasında anlamlı bir korelasyon izlenmedi.

Sonuç

Sistemik immün-inflamasyon indeksi (Sii) ve pan-immun-inflamasyon değeri (PİD) hastalarda yeni araştırılmaya başlayan, tam kan sayımı tabanlı immün-enflamasyon biyobelirteçleridir. Bazı araştırmalar, Pan-immün inflammatuar değer (PİD) ve sistemik immün inflammatuar indeksin (Sii) özellikle malignitelerde prognoz hakkında prediktif veriler sağladığını bildirmiştir (1).



Çalışmamızın bulguları Sİİ ve PİD' in interstisyel akciğer hastalıklarında, hastalığın solunum fonksiyonlarında bozulma ve radyolojik tutulum şiddeti hakkında güvenilir veriler sağlamaktan uzak olduğunu göstermektedir. Daha somut veriler için geniş vaka serilerine ihtiyaç vardır.

Literatürler

1. Yang XC, Liu H, Liu DC, Tong C, Liang XW, Chen RH. Prognostic value of pan-immune-inflammation value in colorectal cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Front Oncol.* 2022 Dec 22;12:1036890. doi: 10.3389/fonc.2022.1036890.

Tablo 1: Demografik veriler

Değişkenler (n:52)		n (%)
Cinsiyet	Erkek	33 (63.5)
	Kadın	19 (36.5)
Sigara kullanma	İçiyor	4 (7.7)
	İçmemiş	23 (44.2)
DLCO %	Terk	25 (48.1)
	Hafif- >%60	19 (36.5)
	Orta- %40-60	14 (26.9)
	Ağır- <%40	5 (9.6)
GOLD evreleme	GOLD 1	21 (40.4)
	GOLD 2	24 (17.9)
	GOLD 3	4 (7.7)
	GOLD 4	0
Değişkenler(n=52)		Median (min-max)
Yaş (yıl)		66.54±10.4, (30 – 81)
FEV1%		76.57±19.53
FVC%		62.17±18.93
Sİİ		604.55±342.1, (182.45 – 1916.61)
PİD		379.89±204.12 (73.53 – 963.24)



SB-03

KOAHLı Hastalarda PET-CT'de Yardımcı Solunum Kası Aktivasyonu Hava Akımı Kısıtlılığı Derecesi ile İlişkili midir?

Buket Çalışkaner Öztürk¹, Seçkin Bilgiç², Hazal Cansu Çulpan³, şermin Börekçi¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Giriş

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAHL); kronik, geri dönüşümsüz bir havayolu hastalığıdır. Dispne hastaların sık semptomlarındanır. Sıklıkla görülen solunum sıkıntısına bağlı taşıpne, yardımcı solunum kası kullanımı, solunum yetmezliği gibi semptom ve durumlar kötüleşen solunum fonksiyonları ile ilişkilidir. 2-deoksi-2-[¹⁸F]-florodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografisi/bilgisayarlı tomografi (¹⁸F-FDG-PET/CT), iskelet kas metabolizmasındaki çeşitli fizyolojik ve patolojik değişiklikleri saptayabilir. Çalışmadaki amacımız; KOAHL hastalarında F-FDG-PET/CT'deki inspiratuar kas aktivasyonlarının solunum fonksiyonları ve hasta demografik özellikleri ile ilişkisini irdelemektir.

Materyal-Methot

şubat 2017-şubat 2019 arasında İÜ-C, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvurusunda herhangi bir endikasyon ile PET-CT istemi yapılan ve İÜ-C, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı'nda çekimi gerçekleştirilen hastalar tarandı. Hastaların içinden KOAHL tanısı olup PET-CT ile yakın zamanlı spirometri testi sonucuna ulaşılanlar çalışmaya dahil edildi.

Bulgular

Çalışmaya 49 KOAHL hastası dahil edildi. Retrospektif olarak hasta dosyalarından demografik verilerine ve spirometri sonuçlarına ulaşıldı. Hastaların spirometri değerlerinden FEV1 (L), FEV1 (%), FVC (L), FVC (%), FEV1/FVC, MEF25-75 (L), MEF25-75 (L), MEF25-75 (%), FEV3 (L) parametreleri değerlendirmeye alındı. Tüm PET-CT' ler nükleer tıp uzmanınca değerlendirildi ve primer inspirasyon kaslarından scalen ve interkostal kaslarda artmış 2-deoksi-2-[¹⁸F]-florodeoksiglukoz tutulumu olup olmamasına göre hastalar iki gruba ayrıldı. Hastaların yaş ortalaması 66,9±10,5 olup hastaların 41 'i (%83.7) erkekti. Ortalama sigara kullanımı 55.8±33.2 paket-yıl idi. Ortalama BMI 26.7±4.9 kg/m² idi. 24 hastanın %49'unun KOAHL'a eşlik eden komorbiditesi yok iken, 25 (%51) hastanın komorbiditesi (HT,DM,KAH) vardı. Hastaların ortalama FEV1(L) değerı 1.33±0.51, FVC(L) 2.71±0.92, FEV1/FVC' si 50.8±11.2 olarak saptandı. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, biomass maruziyeti, BMI, KOAHL tedavisi, eşlik eden komorbidite olup olmaması arasında anlamlı farklılık saptanmadı. İki grup arasında hiçbir spirometri parametresinin gruplar arasında farklılık göstermediği görüldü (Tablo 1).



Sonuç

KOAH'lı hastalarda PET-CT'de inspiratuar kaslardaki artmış aktivite olmasının; demografik özellikler, komorbidite durumları ve solunum fonksiyon testi değerleri ile herhangi bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır. Yardımcı solunum kası tutulumu KOAH'da hava akımı kısıtlılığı ile ilişkili bulunmamıştır.

Tablo.1 Değişkenlere göre solunum kaslarında PET tutulumu olan ve olmayan grupların karşılaştırılması

	Tümü (n=49)	Tutulum yok (n=16)	Tutulum var (n=33)	p değeri
Yaş	66.9±10.5	66.6±12.1	67±9.8	0.883 ^s
Cinsiyet	68.6 (59.6-74.9)	67.9 (60.4-77.1)	68.9 (59.3-73.6)	0.614 ^k
Kadın	8 (16.3)	2 (12.5)	6 (18.2)	
Erkek	41 (83.7)	14 (87.5)	27 (81.8)	
Sigara kullanımı				0.886 ^f
Kullanmıyor	3 (6.1)	1 (6.3)	2 (6.1)	
Aktif	19 (38.8)	7 (43.8)	12 (36.4)	
Ex	27 (55.1)	8 (50)	19 (57.6)	
Paketyıl	55.8±33.2	63.4±36.9	52.1±31.2	0.326 ^m
Biomass	50 (35-70)	55 (35-86.3)	45 (32.5-65)	1.000 ^k
Yok	39 (81.3)	13 (81.3)	26 (81.3)	
Var	9 (18.8)	3 (18.8)	6 (18.8)	
BMI	26.7±4.9	27.5±4.6	26.4±5.1	0.483 ^s
BMI	26.6 (22.9-30.6)	27.4 (22.8-30.9)	26.2 (23.4-30.6)	
İlaç kullanımı				
LAMA	28 (57.1)	7 (43.8)	21 (63.6)	0.187 ^k
LABA	30 (61.2)	10 (62.5)	20 (60.6)	0.898 ^k
ICS	34 (69.4)	13 (81.3)	21 (63.6)	0.210 ^k
SABA	32 (65.3)	12 (75)	20 (60.6)	0.321 ^k
SAMA	22 (44.9)	7 (43.8)	15 (45.5)	0.910 ^k
Teofilin	4 (8.2)	1 (6.3)	3 (9.1)	1.000 ^f
Komorbidite				0.263 ^k
Yok	24 (49)	6 (37.5)	18 (54.5)	
Var	25 (51)	10 (62.5)	15 (45.5)	
FEV1 (L)	1.33±0.51	1.33±0.50	1.34±53.2	0.957 ^m
FEV1 (%)	1.25 (0.96-1.63)	1.30 (0.87-1.70)	1.22 (0.96-1.57)	
FEV1 (%)	53.4±20.3	51.6±20	54.2±20.8	0.670 ^s
FVC (L)	2.71±0.92	2.60±0.84	2.76±0.97	0.574 ^s
FVC (%)	2.61 (2.01-3.51)	2.40 (1.94-3.29)	2.69 (2.02-3.59)	
FVC (%)	81.6±23.5	80.5±24.8	82.2±23.3	0.821 ^s
FEV1/FVC	77 (65.5-96.5)	77.5 (65.3-96)	77 (65.5-96.5)	0.665 ^s
MEF25-75 (L)	50.8±11.2	49.8±11.4	51.2±11.2	
MEF25-75 (L)	0.57±0.32	0.59±0.32	0.57±0.32	1.000 ^m
MEF25-75 (%)	0.47 (0.33-0.74)	0.46 (0.30-0.89)	0.48 (0.35-0.68)	
MEF25-75 (%)	19.3±9.7	19.8±9.8	19.1±9.8	0.839 ^m
FEV3 (L)	17 (12-26.5)	16 (11.3-30)	17 (12-25.5)	
FEV3 (L)	2.02±0.72	1.98±0.64	2.03±0.76	0.827 ^s
FEV3 (L)	1.99 (1.47-2.40)	2.02 (1.43-2.20)	1.99 (1.50-2.64)	

Sürekli değişkenler ortalama±standart sapma ve medyan (25.-75.persentil) ile gösterildi. Kategorik değişkenler frekans (yüzde) ile gösterildi.

^f Fisher Kesin Testi, ^k Ki-kare Testi, ^m Mann Whitney U Testi, ^s Student t-testi



SB-04

KOAH'lı Hastalarda Uyku Hijyeni ve Uyku Kalitesinin Yaşam Kalitesi ve Hastalık Parametreleri ile İlişkisi

Sariha Buyukluoğlu, Birsen Pınar Yıldız

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç

Çalışmamızın amacı stabil KOAH'lı hastalarda uyku hijyeni, uyku kalitesi, gündüz uykululuğu ile değerlendirilen uyku parametrelerinin yaşam kalitesi ve hastalık parametreleri ile ilişkisini göstermektir.

Gereç ve Yöntem

Tek merkezli, kesitsel vaka kontrol yöntemi ile yapılan çalışmamıza yaş ve cinsiyet açısından benzer olan 101 KOAH (yaş ort: 65 ± 7.4) ve 43 sağlıklı kontrol (yaş ort: 63 ± 6.5) alındı. Katılımcıların uyku kalitesi Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI), uyku hijyeni Uyku hijyen indexi (UHI), gündüz aşırı uykululuk Epworth Uykululuk Ölçeği (EUÖ), yaşam kalitesi Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ile değerlendirildi. Solunum fonksiyonları, CAT skoru, mMRC, komorbiditeleri (Modifiye Charlson İndeksi-MCI) kaydedildi. Tüm olgulara Beck Depresyon (BD) ve Anksiyete Ölçekleri (BA) uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan KOAH ve kontrol grubu arasında yaş, cinsiyet dağılımı açısından anlamlı farklılık yoktu. KOAH olgularında kontrollerle karşılaştırıldığında uyku kalitesi azalırken ($p=0.04$), EUÖ total skoru artmıştı ($p<0.01$). UHI total skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Hastalar GOLD-2020' ye ve FEV1 değerlerine göre değerlendirildi. KOAH hastalarının %53.4' ünde (54/101) ve sağlıklı kontrollerin %34' ünde (15/43) uyku kalitesi kötü (PSQI skoru >5) bulundu. FEV1' e göre evreler arasında uyku kalitesi açısından anlamlı fark saptanmadı, uyku kalitesindeki bozulma FEV1 ile zayıf korele idi ($r=-0.19$; $p=0.04$). Birleşik değerlendirmede GOLD A, B ve D sırasıyla uyku kalitesinde giderek artan bozulma olmakla birlikte, anlamlı farklılık sadece A ve D grubu arasında saptandı ($p=0.02$), B ve D grubu arasında anlamlı farklılık yoktu. ($p=0.06$). Gruplar arasında uyku hijyeni ve EUÖ açısından anlamlı farklılık yoktu. ($p>0.05$). KOAH olguları uyku kalitesine göre iyi ve kötü uykulu olarak karşılaştırıldığında yaş, VKI, sigara öyküsü, MCI ve FEV1 açısından istatistiksel fark yoktu. mMRC ve CAT skalaları uyku kalitesi kötü olanlarda daha yüksek bulundu. (sırasıyla $p=0.04$ ve 0.01) Uyku kalitesi kötü olanlarda 6 dakika yürüme mesafesi azalmıştı ($p=0.02$). Kötü uykulu KOAH' lılarda yaşam kalitesinin fiziksel rol dışında diğer tüm parametreleri azalmıştı. Uyku hijyeninin yaşam kalitesi üzerine etkisi görülmedi.

Sonuç

KOAH hastalarında uyku kalitesinin uyku hijyeninden bağımsız olarak bozulduğu görüldü. EUÖ sağlıklı grupla karşılaştırıldığında artmıştı. Sonuçlarımız uyku kalitesindeki bozulmanın yaşam kalitesi parametrelerindeki bozulma ile ilişkili olduğunu gösterdi. Bozulmuş uyku kalitesinin KOAH evresi ile ilişkisiz iken CAT skoru, mMRC, 6 dakika yürüme mesafesi ve GOLD birleşik değerlendirme grupları ile ilişkili idi.

Anahtar Sözcükler: KOAH, Uyku Kalitesi, Uyku Hijyeni, Yaşam Kalitesi



SB-05

Pulmoner Tromboemboli Sıklığının Meteorolojik Parametreler ve Mevsimlerle İlişkisi

Veysi Acan¹, Hüsnü Baykal¹, Ayşe Füsün Ülger¹

¹ Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş-Amaç

Akut pulmoner tromboemboli (PTE); acil tanı ve tedavi gerektiren, sık görülen ve tedavi edilmediği takdirde yaşamı tehdit edebilen bir durumdur. PTE için; alt ekstremitte kırığı, majör travma, kalça ve diz protezi varlığı, santral venöz katater varlığı ve konjestif kalp yetersizliği gibi risk faktörleri tanımlanmıştır. Meteorolojik parametrelerin PTE için risk oluşturup oluşturmadığı ve PTE'nin mevsimsel dağılımı konusunda yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar raporlanmıştır. Bu amaçla, PTE hastalarının dağılımında mevsimlerin ve sıcaklık, atmosfer basıncı, nem, yağış ve rüzgar hızı gibi meteorolojik parametrelerin ilişkisini araştırdık.

Gereç-Yöntem

Kliniğimiz aciline 1 Ocak 2015 ile 31 Aralık 2019 tarihleri arasında başvuran 1509 PTE tanılı vaka, çalışmaya dahil edildi. Hastaların tanı aldıkları ay ve mevsimler kaydedildi. Hastaların PTE tanısı aldığı gün ve tanı almadan önce maruz kaldığı üç, beş ve yedi günlük ortalama atmosfer basıncı, nem, yağış, sıcaklık ve rüzgar hızı kullanıldı. Veriler SPSS 26 programı yardımıyla analiz edildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ile test edildi. Tanımlayıcı istatistik, Kruskal Wallis testi ve Mann-Whitney U testi, Ki kare testi, Student's-t independent ve Pearson ile Spearman Korelasyon analizleri uygulandı. $p < 0,05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

1509 PTE tanılı vakanın 841'i kadın (%55,7), 668'i erkek (%44,3) olarak bulundu. Yaş ortalamaları $63,24 \pm 16,27$ olup en küçüğü 18, en büyüğü 105 yaşındaydı. PTE sıklığının mevsim ve aylara göre farklılık gösterdiği ve en çok hastanın kış mevsiminde, en az hastanın yaz mevsiminde olduğu bulundu ($p < 0,001$). PTE izlenen günlerin, izlenmeyen günlere göre daha düşük sıcaklık ve daha yüksek nem ortalamasına sahip olduğu saptandı. PTE sıklığının sıcaklık, atmosfer basıncı, nem ve rüzgâr hızı ile ilişkili olduğu saptandı. Aylara göre PTE görülme sıklığı ile sıcaklık arasında kuvvetli negatif ilişki; aynı şekilde rüzgâr hızı ile kuvvetli negatif ilişki; atmosfer basıncı ile kuvvetli pozitif ilişki, aynı şekilde nem ile pozitif yönde ilişki olduğu saptandı ($p < 0,05$). Yağış miktarı ve yağışlı gün sayısı ile aylara göre PTE görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

Sonuç

Pulmoner tromboemboli hastalarının dağılımında mevsimlerin; sıcaklık, atmosfer basıncı, nem, yağış ve rüzgar hızı gibi meteorolojik parametrelerin ilişkisi olduğu saptandı. PTE'nin mevsimsel dağılımında iklim parametreleri dışında olası diğer çevresel faktörlerin etkisi olabileceği de düşünülebilir. Ayrıca meteorolojik faktörlerin etkisi PTE için daha iyi bilinen risk faktörleri kadar önemli olmayabilir.

Anahtar Kelimeler: atmosfer basıncı, meteoroloji, mevsim, nem, pulmoner tromboemboli, rüzgar, sıcaklık



SB-06

Serum C-Reaktif Protein-Albümin Oranının Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Şiddeti (Stabil ve Akut Alevlenme) ile İlişkisi

Ferhat Bolu, Hüsnü Baykal, Ayşe Füsün Ülger

T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

Amaç

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH); hava yolu (bronşit, bronşiolit) ve/veya alveoler anormalliklere (amfizem) bağlı kalıcı hava akımı kısıtlanması ve solunumsal semptomlar ile karakterize sıklıkla ilerleyici, önlenemez ve tedavi edilebilir heterojen bir akciğer hastalığıdır. Hastanın ilk başvuru anında bakılan kan parametreleri yatış veya taburculuk açısından hekimin öngöründe bulunmasına katkı sağlamaktadır. Daha önce yapılan çalışmalar ile birçok hastalıkta (sepsis, malignite ve inflamatuvar hastalıklar gibi) C-reaktif protein/albumin oranı (CAO) ve hematolojik parametrelerin prognozu ve hastalık şiddetini tahmin etmede kullanılabilirliği kanıtlanmıştır. Bu çalışmanın amacı KOAH hastalarında serum CAO oranının hastalık şiddeti ile ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya, 01 Ocak 2020-01Ağustos 2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran ve göğüs hastalıkları kliniklerinde KOAH tanısı alan hastalar dahil edildi. Hastalara ait veriler hastane elektronik kayıt sisteminden ve hasta dosyalarından retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya alınan 301 hasta, KOAH alevlenmesi olanlar (n:145) ve stabil KOAH'lı hastalar (n:156) olarak iki gruba ayrıldı. Grupların serum CAO ve diğer bulguları karşılaştırıldı. Ayrıca hastalar GOLD evreleme sistemine göre gruplandırılarak kendi içlerinde karşılaştırmalar yapıldı.

Bulgular

Çalışmaya alınan 301 hastanın 264'ü erkek (%87,7), 37'si kadındı (%12,3). Tüm hastaların yaş ortalaması 65,5±9,2 olarak bulundu. Serum CAO alevlenme grubunda (1,57±1,59) stabil KOAH grubuna (0,31±0,61) göre anlamlı derecede daha yüksek düzeyde bulundu (p<0,001). KOAH alevlenme grubunda serum CAO ile CRP, nötrofil ve nötrofil/lenfosit oranı (NLO) parametreleri arasında anlamlı pozitif yönlü; albumin ve eozinofil ile anlamlı negatif yönlü korelasyon saptandı. Stabil KOAH grubunda ise serum CAO ile sigara içme yoğunluğu, CRP, nötrofil, NLO, lökosit, monosit parametreleri arasında anlamlı pozitif yönlü; FEV₁, SPO₂ ve albumin ile anlamlı negatif yönlü korelasyon saptandı. Serum CAO'nun cut-off değeri >0,423 alındığında duyarlılığı %73,80, özgüllüğü %80,10 olarak saptandı. Serum CAO'nun tek başına CRP ya da albuminden duyarlılığı daha yüksek olarak bulundu. En sık izlenen komorbid hastalıklar sırasıyla HT (%31,6), KAH (21,2), DM (%17,9) idi. Alevlenme grubunda mMRC skoru, son bir yılda alevlenme ve hospitalizasyon sayıları stabil KOAH grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu (p<0,001). Solunum fonksiyon testleri karşılaştırıldığında FEV₁, FVC ve FEV₁/FVC alevlenme grubunda stabil KOAH grubuna göre anlamlı derecede daha düşük bulundu (p<0,001). Solunum destek cihazlarına (O₂ konsantratörü, Bipap ve Cpap vb.) olan ihtiyaç alevlenme grubunda daha yüksek saptandı. Ayrıca GOLD evrelerine göre karşılaştırmalar yapıldığında CAO, NLO, CRP, nötrofil, lökosit, monosit GOLD E evresinde GOLD A ve B evrelerine göre daha yüksek; albumin, lenfosit ve eozinofil ise daha düşük olarak saptandı (p<0,05).

Tartışma ve Sonuç

KOAH sıklıkla ilerleyici, önlenemez ve tedavi edilebilir bir akciğer hastalığıdır ve tüm dünyada önde gelen morbidite ve mortalite sebeplerinden biridir. Hastaneye başvuru veya yatış sırasında bakılan serum CAO'nun alevlenme riskini ve hastalık şiddetini tahmin etmede yararlı bir biyobelirteç olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: CAO, Hastalık Şiddeti, KOAH

**SB-07****Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Farmakolojik Tedavi Başlanan KOAH Tanılı Olgularda Bırakma Oranlarının Değerlendirilmesi**

Nermin Kaplan

Antalya Atatürk Devlet Hastanesi

Amaç

Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğinde izlenen KOAH tanılı hastalarda sigara bırakma oranı, izlem sonuçları ve hastaların tedaviye uyumlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntemler

Ocak 2015- Ocak 2017 tarihleri arasında, sigara bırakma polikliniğine başvuran 1430 hastadan bupropiyon veya vareniklin başlanan 980 olgu retrospektif değerlendirilerek çalışmaya alındı. Bu hastaların 258 (%24.9) olguda ek komorbidite mevcuttu. En sık görülen komorbidite 164 kişi ile KOAH idi. Koah hastalarında demografik özellikleri, başlanan farmakoterapi, tedaviye uyum, bırakma davranışı, fagerström test sonuçları, komorbiditeleri, kontrol başvuru sayısı, başlanılan farmakoterapinin yan etkileri ve mortalite sayısı kayıt edildi. Hastaların sigara bırakma başarıları ve başarıya etki eden faktörler değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya katılan 164 olgunun 103 (%62.8)'si erkek, 61 (%37.2)'si kadındı ve yaş ortalaması 58.25 idi. Vareniklin başlanan hasta sayısı 95 (%58), bupropion başlanan hasta sayısı 69 (%42) olarak saptandı. 1. ay kontrole gelen kişi sayısı 101 (%61.5), 3. ay kontrole gelen kişi sayısı 33(%20.1) olarak saptandı. 1.yıl sonunda kontrol başvuru sayısı ise 15 (%9.2) kişi idi. Sigara bırakma başarıları %27.2 olarak görüldü. Bırakamayan grupta konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik, fagerström bağımlılık derecesi ($p<0,001$) daha fazlaydı. Bırakma oranının vareniklin grubunda yeterli sürede farmakolojik tedavi verilmesi ile anlamlı olarak arttığı görüldü($p<0,001$).

Sonuç

Sigara bırakma süreci, her olgu için bireysel değerlendirilmesi gereken zor bir süreçtir. Bu süreçte yeterli davranışsal eğitim ve uygun bireylere yeterli süre ve düzenli kontrollerle farmakolojik destek tedavi verilmesi başarı oranını arttıracaktır.

Evaluation of release rate and patient compliance in smoking cessation outpatients with COPD**Objective**

In this study, it was aimed to compare the smoking cessation rate, follow-up results and treatment compliance in patients with COPD who were followed up in the smoking cessation outpatient clinic.

Methods

Between January 2015 and January 2017, 980 patients who were started on bupropion or varenicline from 1430 patients who applied to the smoking cessation outpatient clinic were retrospectively evaluated and included in the study. Additional comorbidities were present in 258 (24.9%) of these patients. The most common comorbidity was COPD with 164 people. Demographic characteristics, pharmacotherapy initiated, adherence to treatment, withdrawal behavior, Fagerström test results, comorbidities, number of control admissions, side effects of pharmacotherapy initiated, and mortality were recorded in patients with COPD. The smoking cessation success of the patients and the factors affecting success were evaluated.



Results

103 (62.8%) of the 164 subjects participating in the study were male, 61 (37.2%) were female, and the mean age was 58.25 years. The number of patients who were started on varenicline was 95 (58%), and the number of patients who were started on bupropion was 69 (42%). The number of people who came for control in the first month was 101 (61.5%), and the number of people who came for control in the third month was 33 (20.1%). At the end of the first year, the number of control applications was 15 (9.2%). Smoking cessation success was seen as 27.2%. Difficulty in concentration, irritability, and Fagerström dependency degree were higher in the group who could not quit ($p<0.001$). It was observed that the rate of withdrawal increased significantly with the administration of pharmacological treatment in the varenicline group for a sufficient period of time ($p<0.001$).

Conclusion

Smoking cessation process is a difficult process that should be evaluated individually for each case. In this process, adequate behavioral training and providing pharmacological support treatment to appropriate individuals with sufficient time and regular controls will increase the success rate.



SB-08

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Komorbiditelerinde Cinsiyet Farklılıkları: Tek-Merkezli Kesitsel Çalışma

Hülya Abalı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş-Amaç

Komorbiditeler, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) hastalarında morbidite ve mortaliteyi artırır. KOAH prevalansı, son iki dekatta kadınlarda erkeklerden hızlı artmıştır. KOAH'nın klinik manifestasyonu, prognozu ve komorbiditeleri cinsiyete göre farklılıklar gösterebilir. Amacımız, KOAH'lı kadın ve erkekler arasında komorbiditeler açısından farklılıkları ve komorbiditelerin prevalansını değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem

Kesitsel-tanımlayıcı çalışmamız, 2022 1. ay ile 2022 5. ay arasında bir referans göğüs hastalıkları hastanesi göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran KOAH tanılı 442 hastada uygulanmıştır. Hastane veritabanı sisteminden hastaların komorbidite bilgileri [hipertansiyon (HT), diyabet (DM) iskemik kalp hastalığı (İKH), kronik kalp yetmezliği (KKY), kanser ve tipleri, kronik böbrek yetmezliği (KBY)] ve cinsiyet verileri toplanmıştır.

Bulgular

Toplam KOAH'lı 442 hastadan 112'si kadın (%25), 330'u erkek (%75) idi. Her iki cinsiyette en sık HT ($n_{kadın}$:82, %33; n_{erkek} :168, %67), en az KBY ($n_{kadın}$:6, %46; n_{erkek} :7, %54) görüldü. Kadın ve erkek hastalar, komorbiditeleri ve kanser tipleri açısından Ki-kare Bağımsızlık testi kullanılarak karşılaştırıldı. DM, HT ve KKY erkeklerde daha sık gözlemlendi ($p=0.00$, her üç hastalık için) ancak İKH, KBY ve kanser komorbiditelerinde anlamlı bir cinsiyet farklılığı gözlenmedi. Kanser hastalarının (n :69) %81'i erkek (n : 56), %19'u kadındı (n :13). Kanser tiplerinden en sık akciğer kanseri (n : 39, %57) gözlemlenmiş olup bunların %18'i kadın (n : 7), %82'si erkekti (n : 32).

Tartışma-Sonuç

Cinsiyete bağlı tütüne karşı farklı duyarlılık, anatomik, emosyonel ve hormonal farklılıklar KOAH hastalarının tedavi yanıtını ve prognozunu etkileyebilir. Aynı zamanda bu farklılıklar, KOAH prognozunda etken olan komorbiditelerinin de cinsiyete göre kategorize edilebileceğini göstermektedir. Bir derleme çalışmasında osteoporoz, inflamatuvar barsak hastalıkları, reflü, HT, romatoid artrit ve psikiyatrik hastalıklar KOAH tanılı kadınlarda erkeklerle göre daha sık görülmüştür (1). Diğer bir çalışmada kardiyovasküler hastalıklar (HT, İKH, KKY) erkeklerde, metabolik hastalıklar (osteoporoz) kadınlarda daha sık gözlenmiştir (2). Benzer olarak çalışmamızda da KOAH'nın prognozunu kötüleştirebilen DM, HT ve KKY gibi komorbiditeler erkeklerde anlamlı olarak daha sık gözlenmiştir. Yine, negatif prognostik faktör olan kanser, erkeklerde daha sık görülmüştür. Bu sonuçları destekler mahiyette bir çalışmada, kadın KOAH hastalarının daha uzun süreli sağ kalıma sahip olduğu bulunmuştur (3). Çalışmamızda, KOAH komorbiditelerinde cinsiyet farklılığı gözlenmiş olup farklı cinsiyet fenotiplerine göre hedeflenen KOAH tedavi ve takip stratejilerinin geliştirilebileceğini savunmaktayız. Bu amaçla çok merkezli daha büyük popülasyonlarda çalışmalara ihtiyaç vardır.



Anahtar Kelimeler: KOAH, komorbidite, cinsiyet, prevalans

References

1. Nicolini A, Barbagelata E, Tagliabue E, Colombo D, Monacelli F, Braido F. Gender differences in chronic obstructive pulmonary diseases: a narrative review. *Panminerva Med.* 2018;60(4):192-199.

doi:10.23736/S0031-0808.18.03463-8.

2. Trigueros JA, Riesco JA, Alcázar-Navarrete B, Campuzano A, Pérez J. Clinical Features Of Women With COPD: Sex Differences In A Cross-Sectional Study In Spain ("The ESPIRAL-ES Study"). *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2019 Nov 5;14:2469-2478.

doi:10.2147/COPD.S217921.

3. Perez TA, Castillo EG, Ancochea J, Pastor Sanz MT, Almagro P, Martínez-Cambor P, Miravittles M, Rodríguez-Carballeira M, Navarro A, Lamprecht B, Ramírez-García Luna AS, Kaiser B, Alfageme I, Casanova C, Esteban C, Soler-Cataluña JJ, De-Torres JP, Celli BR, Marin JM, Lopez-Campos JL, Riet GT, Sobradillo P, Lange P, Garcia-Aymerich J, Anto JM, Turner AM, Han MK, Langhammer A, Sternberg A, Leivseth L, Bakke P, Johannessen A, Oga T, Cosío B, Echazarreta A, Roche N, Burgel PR, Sin DD, Puhon MA, Soriano JB.

Sex differences between women and men with COPD: A new analysis of the 3CIAstudy. *Respir Med.* 2020;171:106105.

doi:10.1016/j.rmed.2020.106105.



Tablo 1. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı komorbiditelerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

		Cinsiyet				Toplam		p
		Kadın		Erkek		n	%	
		n	%	n	%			
Diyabet	Yok	56	18.5	246	81.5	302	68.3	0.00*
	Var	56	40.0	84	60.0	140	31.7	
İskemik kalp hastalığı	Yok	77	25.8	222	74.2	299	67.6	0.77
	Var	35	24.5	108	75.5	143	32.4	
Hipertansiyon	Yok	30	15.6	162	84.4	192	43.4	0.00*
	Var	82	32.8	168	67.2	250	56.6	
Kronik böbrek yetmezliği	Yok	106	24.7	323	75.3	429	97.1	0.08
	Var	6	46.2	7	53.8	13	2.9	
Kronik kalp yetmezliği	Yok	84	22.3	292	77.7	376	85.1	0.00*
	Var	28	42.4	38	57.6	66	14.9	
Kanser	Yok	99	26.5	274	73.5	373	84.4	0.23
	Var	13	18.8	56	81.2	69	15.6	

p: Ki-kare Bağımsızlık Testi, *p< .05: Düzeyinde Anlamlı

Tablo 2. Cinsiyete göre Kanser Tipleri

Kanser Tipi	Cinsiyet				Toplam	
	Kadın		Erkek		n	%
	n	%	n	%		
Akciğer	7	17.9	32.0	82.1	39	56.5
Beyin	0	.0	1.0	100.0	1	1.4
Böbrek	0	.0	2.0	100.0	2	2.9
Deri	0	.0	1.0	100.0	1	1.4
Hodgkin lenfoma	0	.0	1.0	100.0	1	1.4
Karaciğer	0	.0	1.0	100.0	1	1.4
Larinks	1	33.3	2.0	66.7	3	4.3
Meme	1	100.0	.0	.0	1	1.4
Mesane	1	14.3	6.0	85.7	7	10.1
Prostat	0	.0	7.0	100.0	7	10.1
Rektum	0	.0	3.0	100.0	3	4.3
Tiroid	3	100.0	.0	.0	3	4.3
Toplam	13	18.8	56	81.2	69	100.0

Not: Kanser tipleri birden fazla seçeneklidir.



SB-09

Obstrüktif Uyku Apnesi Ağır COVID-19 Enfeksiyonu İçin Risk Faktörü Mü?

Nermin Zerman¹, Cihan Aydın¹

1 Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş

Covid-19 pandemisi, solunum yetmezliği ile ölüme neden olabilen bir viral enfeksiyondur. Obstrüktif uyku apnesinin ağır Covid-19 enfeksiyonu ile ilişkisi ile ilgili çelişen sonuçlara ulaşan çalışmalar mevcuttur.

Amaç

Mevcut çalışmalardaki tartışmalı sonuçlar nedeniyle ağır Covid-19 ve obstrüktif uyku apnesinin(OSA) ilişkisini saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Tek merkezli retrospektif vaka-kontrol çalışmamıza Haziran 2018-Kasım 2021 arasında Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde polisomnografi ile OSA tanısı almış ve Covid-19 geçirmiş olan hastalar ve kontrol grubu olarak OSA tanısı olmayan ve Covid-19 geçiren hastalar alındı. OSA grubu hafif ve orta ile ağır derece birleştirilmiş hasta grubu şeklinde ikiye ayrıldı. Hastaların demografik verileri, komorbiditeleri, OSA ağırlığı, apne hipopne indeksi(AHI) ve oksijen desatürasyon indeksi(ODI) kaydedildi. Sonlanım noktamız hastane yatışı gerektiren COVID-19 enfeksiyonu idi.

Bulgular:217 hasta ile yapılan çalışmamızda OSA tanısı tek başına ağır COVID-19 için risk faktörü değil iken, orta-ağır OSA risk faktörü olarak bulundu. Apne hipopne indeksi(AHI) ve oksijen desatürasyon indeksi(ODI) ağır COVID enfeksiyonu ile ilişkili bulunmadı.

Tartışma ve Sonuç

Sonuçlarımız OSA'nın tek başına ağır Covid-19 enfeksiyonu için risk faktörü olmadığı ve orta-ağır OSA'nın riskli hasta grubu olduğu yönündedir.

Anahtar Sözcükler: COVID-19, enfeksiyon, obstrüktif uyku apnesi

**SB-10****Pandeminin İlk Yılında Sarkoidoz Hastalarında COVID-19'un Sıklığı ve Seyri**

Melissa İris Çakar, Buket Çalışkaner Öztürk, Ersan Atahan

Giriş

Sarkoidoz, bağışıklık sisteminin anormal çalışmasıyla ortaya çıkan, sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Genetik olarak yatkın bireylerde ne olduğu henüz bilinmeyen bir antijene maruziyet sonrası antijen sunucu hücreler ve antijene spesifik T helper-1 (CD4⁺) lenfositler yoluyla hücresel immünite ve nonspesifik inflamatuvar yanıtı düzenleyen immün efektör hücrelerin gelişmesiyle ve granüloma yapısı görülür. En çok tutulan organlar akciğerler ve mediastinal lenf nodlarıdır. Tutulan dokularda CD4⁺ lenfositlerin birikmesi saptanırken diğer dokularda ve kanda CD4⁺ düzeyi normaldir veya azalmıştır.

Materyal ve Method

15-31 Mart 2021 tarihleri arasında sarkoidoz polikliniğinden takipli 165 hastaya telefon viziti gerçekleştirildi. COVID-19 enfeksiyonu geçiren 47 hasta saptandı. Sözlü onam veren 45 hasta araştırmaya dahil edildi. Dahil edilen hastaların ayrıntılı COVID-19 öyküleri alındı; tanı şekli, temas öyküsü, semptomları, tedavide kullanılan ajanlar ve komplikasyonları kaydedildi.

Bulgular

Yaş ortalaması 49.3 (30-66) idi. Hastaların 39'u kadın (%83) ve 8'i (%17) erkek idi. Hastaların sarkoidoz evrelerine göre dağılımı, ekstratorasik organ tutulumları, komorbiditeleri, tedavilerinin oranları Tablo-1 de verilmiştir. Hastaların %82.2'sinde SARS-CoV-2 ile ev içi teması, %6.3'ünde iş yeri teması görülürken %6.3 'ünde temas öyküsü yoktu. COVID-19 tanısı 31 hastada (%65.9) PCR pozitifliği ile, 12 hastada (%25.5) pozitif PCR+radyolojik tutulum ile, 2 hastada (%4.2) radyolojik+temas öyküsü ile, 2 hastada (%4.2) semptomatik+temas öyküsü ile konulmuştu.

40 hastada (%85.1) SARS-CoV-2 enfeksiyonunu düşündüren en az bir semptom mevcut iken, geri kalan 7 hasta (%14.8) asemptomatik idi. Sarkoidoz hastalarında COVID-19'un en sık görülen semptomları sırasıyla tad-koku kaybı (%87.2), miyalji (%53.1), öksürük (%38.2), baş ağrısı (%36.1), ateş (%31.9), boğaz ağrısı (%25.5), nefes darlığı (%25.5) ve ishal (%10.6) idi. 9 hastada(%19.1) hidroksiklorokin, 36 hastada (%76.5) hastada favipiravir, 12 hastada (%29.7) DMAH ve 19 hastada (%40.4) asetil salisilik asit olmak üzere 46 hastaya (%97.9) SARS-CoV-2 enfeksiyonuna yönelik spesifik tedavi uygulanmıştı. SARS-CoV-2 enfeksiyonu 41 hasta(%82.2) hastada evde (pratisyen hekimler tarafından yakın takip veya evde hastane programları ile) ve kalan 6 hastada (%12.6) hastanede; (3 hasta (%6.3) serviste, 3 hasta (%6.3) ybü 'sinde) tedavi edilmişti. Hastaneye yatırılan 6 hastanın 3'ü serviste takip edildi; 3 hasta (%2.2) yoğun bakım ünitesine yatırılmış ve mekanik ventilasyon yapılmıştı. Yoğun bakım ünitesine yatırılan 2 hasta bilateral pnömoniye bağlı ilerleyici solunum yetmezliğine eşlik eden tromboembolik olaylar nedeniyle ex olmuştu. Post-COVID yalnızca 2 hastamızda (%4.3) COVID-19 sonrası öksürük şikayetinin 1 ayı geçtiği görüldü. Hastalarımızın hiçbirinde COVID-19 sonrası sarkoidoz alevlenmesi olmadı.

Sonuç

Çalışmamızda elde edilen verilere göre sarkoidoz hastalarında pandeminin ilk 1 yılında COVID-19 sıklığı %28, ölüm %4.2, uzamış COVID-19 sonrası semptomlar %4.3 oranında görüldü. Ayrıca bu araştırma SARS-CoV-2 viral enfeksiyonun sarkoidoz alevlenmesini tetiklemediğini desteklemektedir.



Tablo 1. COVID-19 pandemisinde enfekte olan sarkoidoz hastalarının demografik özellikleri

		Hastalar n / N	Yüzde sıklığı
Yaş ortalaması	49.3 (30-66)		
Cinsiyet			
	Kadın	39	% 83
	Erkek	8	% 17
Komorbiditeler			
	Komorbiditesi olmayan	16	%34
	Kronik akciğer hastalığı (astım – KOAH – OSAS)	8	%17
	Hipertansiyon	10	%21.3
	Dişabet	7	%14.9
	Kardiyovasküler hastalık	2	%4.3
	Malignite	3	%6.4
	Diğer	11	%23.4
BMI			
	>30 (obez)	25	%53.2
	< 30	22	%46.8
Sigara öyküsü			
	Aktif smoker	4	%8.5
	Exsmoker	10	%21.3
	Hiç kullanmayan	33	%70.2
Sağlık çalışanı			
		3	%6.4
Son 1 yılda grip aşısı olan			
		5	%10.6
Sarkoidoz süresi	Ort. 7.18 yıl		
Sarkoidoz radyolojik evre			
	Evre 0	0	%0
	Evre 1	22	%46.8
	Evre 2	16	%34.0
	Evre 3	6	%12.8
	Evre 4	3	%6.4
Sarkoidoz tutulumu			
	Akciğer	47	%100
	Ekstratorasik tutulum	21	%44.7
	Kalp	3	%6.4
	Oküler	11	%23.4
	Beyin	1	%2.1
	Cilt	4	%8.5
	Kemik iliği	2	%4.3
Tanı			
	Bronkoskopi	25	%53.2
	Mediastinoskopi	11	%23.4
	VATS	1	%2.1
	EBUS	2	%4.3
	PET-CT	1	%2.1
	Biyopsi	6	%12.8
	LAP eksizyon	1	%2.1
Sarkoidoz için aktif tedavi alanlar			
	Herhangi bir tedavi alan	12	%25.5
	Kortikosteroid	7	%14.9
	İmmüsupresan ajanlar	4	%8.5
	Biyolojik ajan	1	%2.1

IX.

SOLUNUM OKULU

4 - 7 Haziran 2023 • Elexus Otel / K.K.T.C.



POSTER BİLDİRİLER



PS-01

Astımda Anti Ig-E Tedavisi

Ali Selçuk

Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları

Giriş

Anti-IgE (omalizumab), kronik ürtiker tedavisinin yanı sıra optimal konvansiyonel tedaviye rağmen kontrol altına alınamayan orta-ağır alerjik astımlı hastalarda kullanılan bir biyolojik ajandır. Dolaşımdaki serbest Ig E molekülünü bağlayarak etki gösteren omalizumabın astımlı hastalarda eşlik eden nazal polip ve yakınmalarda da etkili olduğunu öne süren olgu sunumları mevcuttur.

Olgu

On bir yıldır astım tanısıyla takip edilen 41 yaşındaki kadın hasta yüksek doz inhaler steroid, beta-agonistleri ve lökotrien antagonisti kullanmasına rağmen son bir yılda dört kez astım atağı nedeniyle acile başvurmuştu. Nazal polip nedeniyle toplam üç kez operasyon öyküsü olan hastanın ağrı kesici alerji öyküsü yoktu. yıl boyu devam eden nazal yakınmaları da olan hastanın muayenesinde akciğerde yaygın ronküsler duyuldu. FEV1: %72, total IgE: 368 IU/mL, inhalan deri testleriyle ev akarı pozitif saptandı. Klinik değerlendirmede; astım semptom skoru (ASS) 6 olarak belirlendi ve 450 mg/ay omalizumab başlandı. Omalizumabın ikinci dozundan iki hafta sonra hastanın yakınmalarında iyileşme gözlemlendi. Halen omalizumab tedavisinin üçüncü yılındaki hastanın ASS 23 olup tedavi sürecinde astım nedeniyle acil hastane başvurusu veya hospitalizasyonu olmamıştır. Bu süre içinde yeni bir nazal polip saptanmadı.

Tartışma

Omalizumabın alerjik astımda klinik etkinliği birçok çalışmayla gösterilmiş olup, perennial alerjenlere karşı duyarlılığı gösterilmiş olan alerjik astımlı hastalarda tedavi seçeneği olarak sunulmaktadır. Literatürde yer alan vaka raporlarında tek başına nazal polipli hastalarda da omalizumab tedavisinin faydalı olabileceği düşünülmektedir. Olgumuzda astım kontrolünün yanı sıra nazal yakınmalar ve polip gelişiminde belirgin fayda sağlandı. Nazal polibi olan astımlı hastalarda omalizumab tedavisinin etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Astım, omalizumab, nazal polip



PS-02

Malign Plevral Sıvı ile Seyreden Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma Olgusu

Ast. Dr. Amine Söylemez, Doç. Dr. Zehra Dilek Kanmaz

Yedikule Göğüs hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

Giriş

Malign plevral sıvılar (MPS), eksüda nitelikli sıvıların en sık karşılaşılan nedenlerinden birisidir; tüm eksüdatif sıvıların yaklaşık %42-72'si malign hastalıklara ikincil olarak gelişir. MPS etyolojisinde akciğer ve meme kanseri sonrası hematolojik maligniteler, %10 görülme sıklığı ile 3. sırada yer almaktadır. Hodgkin ve non-hodgkin lenfoma(NHL) malign plevral efüzyona sebep olan en sık hematolojik malignitelerdir.Bu olgumuzda MPS ile tetkik edilip NHL 'nın en sık görülen alt grubu olan Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma tanısı almıştır.

Olgu

Olgumuz bilinen ek hastalığı olmayan ve özgeçmişinde anlamlı bir bulgu olmayan 21 yaş kadın hasta. 1 aydır mevcut nefes darlığı ,sırt ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvuran hastanın akciğer grafide sağ hemitoraks total opak ve mediastende sola doğru kayma (Resim 1)izlenmesi üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ mediastinal alanları ve prevasküler alanı dolduran gross kitlesel lezyon ve sağ hemitoraksta plevral efüzyon(Resim 2) izlendi. Laboratuvar sonuçlarında hemogramda platelet (44 bin)düşük,beyaz küre (11 bin)sınırdaki yüksek,hemoglobin(10) düşük ve lenfosit sayısı(380) düşük olarak saptandı,biyokimyada ve akut faz reaktanlarında anlamlı bulgu izlenmedi. Plevral efüzyon torasentez ile örnekledi.Serohemorajik görünümlü ,eksüda vasıflı sıvıda adenoazin deaminaz 1041 saptandı(üst sınırimız 30). Hasta malign plevral sıvı ön tanısıyla ileri tetkik amacıyla göğüs hastalıkları servisimize interne edildi.

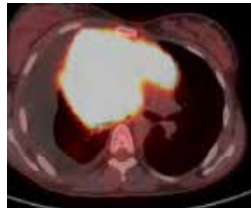
Servis takiplerinde hastaya tekrar torasentez yapılarak etyolojiyi saptamaya yönelik mikrobiyolojiye, sitolojiye örnek gönderildi ve sıvıdan yaklaşık 700 cc boşaltılarak hasta rahatlatıldı . Plevral sıvıda çalışılan aside dirençli basil (ARB) negatif.Plevral sıvıda atipik malign hücreler izlendi. Tümör markerları gönderildi anlamlı sonuç saptanmadı.Malignite şüphesi olan hastada Pozitron emisyon tomografisi(PET) çekildi.PET raporunda mediastende yer alan gross kitlesel lezyonun çok yoğun hipermetabolizma göstermesi (SUVmax:26.03)(Resim 3)ve abdomende yer alan dağınık yerleşimli yoğun hipermetabolizma gösteren multiple nodüller olması lenfoproliferatif hastalıklar lehine yorumlandı.Göğüs cerrahi ile konsey yapılan hastaya tru-cut biopsi yapıldı,patolojisi Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma olarak saptanan hasta tıbbi onkoloji ve hematoloji kliniğine yönlendirildi.



Resim 1



Resim 2



Resim 3

Tartışma-Sonuç

MPS etyolojisinde lenfomalar 3.sırada yer almaktadır.Bu olgumuzda plevral efüzyon ile tetkik edilen hastalarda etyolojide lenfomanın unutulmamasını hatırlatmak amacıyla hazırlanmıştır.



PS-03

Geç Tanı Alan Swyer-James-Macleod Sendromu: Olgu Sunumu

Ayşe Nur Yılmaz, Ramazan Eren, Elif Yelda Özgün Niksarlıoğlu, Merdiye Serdaroğlu, Derya Gündöner, Batuhan Alp Zor, Mehmet Atilla Uysal, Güngör Çamsarı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş

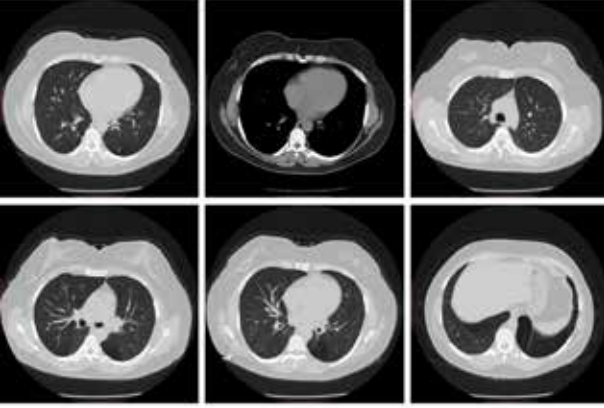
Swyer-James-MacLeod Sendromu (SJMS), bronşiyal hava yolu tıkanması olmadan tek akciğer lobunun havalanma fazlalığı ile hiperlüsen görünüm ve azalmış vaskülarite ile karakterize radyolojik antitedir. Çocukluk çağında geçirilen viral bronşiolit veya pnömoniler sonrası obliteratif bronşiyolit geliştiği ve etkilenen akciğerin hipoplazisi ile sonuçlandığı düşünülmektedir. Prognoz genellikle iyidir, tek tedavisi tekrarlayan enfeksiyonları engellemek ve tedavi etmektir. Servisimize astım atak ve bronşektazi tanıları ile yatan olguda SJMS'nun nadir görülmesi nedeniyle sunmak istedik. .

Olgu Sunumu

Kırk dört yaş kadın hasta nefes darlığı, öksürük ve balgam şikayetleriyle polikliniğimize geldi. Fizik muayenesinde dinlemekle sol hemitoraksta solunum sesleri azalmıştı. Astım tanılı hastanın 10 paket-yıl sigara öyküsü olup, 5 yıldır sigara kullanmıyordu. Öyküsünde çocukluk çağından beri sık akciğer enfeksiyonu geçirdiği, yılda en az beş kez acil başvurusu olduğu ve sıklıkla antibiyotik kullanımı mevcuttu. Tarafımıza başvurmadan önce bronşektazi nedeniyle takip edilmiş olup pnömokok aşısını yaptırmıştı. Çekilen posterior-anterior akciğer grafisinde sol alt zonda hiperlüsensi ve sol hiler bölgede küçülme izlendi(Resim-1).Yapılan biyokimyasal ve mikrobiyolojik tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı. Solunum fonksiyon testinde(SFT) hafif derecede obstrüktif tip bozukluk vardı. Toraks bilgisayarlı tomografide(BT) sol akciğer alt lob volümü azalmıştı ve bronşektazik görünümü mevcuttu. Her iki akciğer havalanma farklılıkları ve bazıları plevral çekintilerden ayırt edilemeyen birkaç adet milimetrik dansite artışı ile sağ akciğer alt lob süperior segmentte minimal nodüler infiltrasyon alanı mevcuttu(Resim-2).



Resim-1: Akciğer sol alt zonda hiperlüsensi ve sol hiler bölgede küçülme



Resim-2: Toraks bilgisayarlı tomografide sol akciğer alt lob volümü azalmıştı ve bronşektazik görünüm; her iki akciğer havalanma farklılıkları ve bazılarında plevral çekintilerden ayırt edilemeyen birkaç adet milimetrik dansite artışı ile sağ akciğer alt lob superior segmentte minimal nodüler infiltrasyon alanı görünümü.

Yapılan görüntülemelerle birlikte radyoloji konsültasyonu istenildi. Radyolog değerlendirmesiyle birlikte görüntülerin SJMS ile uyumlu olduğu raporlandı. SJMS teşhisi konulan hastaya mevcut şikayetlerine tedavi verildi ve her yıl ekim kasım aylarında viral influenza aşısı, beş yılda bir pnömokok aşısı yaptırması önerilip taburcu edildi.

Sonuç

SJMS, genellikle çocukluk çağında geçirilmiş enfeksiyonlar sonucu ortaya çıkan kazanılmış bir durumdur. Erişkin çağda genellikle asemptomatik olmakla birlikte hemoptizi, dispne gibi semptomları olabilir. Olgumuz yıllarca astım ve bronşektazi olarak takip edildiğinden tanısında gecikme olmuştur. Göğüs hastalıkları klinik takiplerinde yapılan görüntülemelerde havalanma farklılığının olduğu, bronşektazinin ve pulmoner arter anomalisinin olduğu vakalarda SJMS tanısı aklımızın bir köşesinde olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Astım, Bronşektazi, Erişkin, Hiperlüksensiyon, Swyer-James-MacLeod sendromu

Kaynaklar

1. Moore ada, godwin jd, dietrich pa, versehekaleen ia, hendersonn wj. Swyer-james syndrome. Ct findings in eight patients. *Ajr am j roentgenol.* 1992; 158: 1211-1215.
- 2.Piquene ca. Rennan! Si, snidcr gl. Chronie brunehilis and emphysema. In: murrav jf. Nadel ja. *Textbook of respiratory,medicine*. Philadelphia, wb saunders company. 2000; 1187-1245.
- 3.Hardy ka, schidlow dv, zaeri n. Obliterative bronchiolitis in children. *Chest* 1988; 93: 460-466.
- 4.Fishman AP, ed. *Pulmonary Diseases and Disorders*. 3rd ed. NewYork, NY: McGraw-Hill;1998;834.
- 5.Moore ADA, Godwin JD, Dietrich PA, et al. CT findings in eight patients. *Am J Resp* 1992;58:1211-1215.
- 6Chan PW, De Bruyne JA, Goh AY, et al. Swyer James Mac Leod - Mac Leod syndrome. *Med J Malaysia* 1999; 54:520-522.
7. Mayeux I, Auubry P, Jaunicoux V. Swyer James Mac Leod syndrome or unilateral translucent lung. *Med Lav* 1993; 84: 387-393.



PS-04

Tüberküloz Benzeri ABPA Olgusu: Olgu Sunumu

Ayşenur İlyaz, Mediha Gönenç Ortaköylü, Belma Akbaba Bağcı, Kadriye Nazlı Kara, Furkan Doğan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları

Giriş

Allerjik bronkopulmoner aspergillozis (ABPA) astım ya da kistik fibrozisli hastalarda görülen pulmoner hastalıktır. *Aspergillus fumigatus*'a karşı oluşan bir hipersensitivite reaksiyonudur. Genetik faktörler, CD4+ Th2 lenfosit aktivasyonu ve spesifik antikor üretimi bu hastalığın gelişimine sebep olmaktadır. ABPA tanısı klinik, serolojik ve radyolojik bulgulara göre konulmaktadır. Tedavisinde oral kortikosteroidler ve itrakonazol yer almaktadır. Bu vakamızda radyolojik olarak tüberkülozu andıran hastanın ABPA tanısı almasını incelemeyi hedefledik.

Olgu

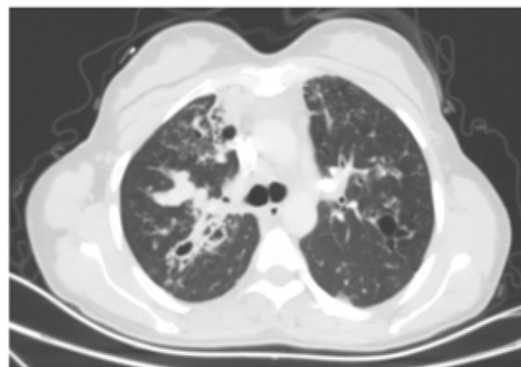
Otuz beş yaş kadın hasta 2017 yılında çekilen toraks BT'de bilateral kaviter lezyonlar görülmesi sonrasında tüberküloz ön tanısı ile tetkik edilmiş. Hastaya klinik-radyolojik uyumlu olması nedeniyle antitüberküloz tedavi başlanmış. 2 ay anti-tbc ilacı kullanan hastaya yapılan TBB-BAL işlemi sonrasında patolojide *Aspergillus* ile uyumlu septalı mantar hifa yapıları görülmüş. Ancak herhangi bir antifungal tedavi verilmemiş. Hasta Aralık 2022'de hemoptizi nedeniyle tekrar hastanemize başvurmuş. Bronkoskopi ve embolizasyon işlemleri yapılmış, patolojileri negatif değerlendirilmiş. Yatışı sırasında yapılan tetkiklerde Total IgE: 10459 olan hasta alerji polikliniğine konsülte edilip yapılan alerji testi sonucunda ev tozu akarı ve küf mantarı sporlarına duyarlı bulunmuş. *Aspergillus fumigatus* pozitif, APBA tanısını desteklemektedir. Tedavi önerilir. (steroid + antifungal tedavi)* şeklinde değerlendirildi. Hastaya prednol 24mg + itrakonazol 200mg 2*1 tedavisi başlandı. Dış merkez laboratuvarında *Aspergillus fumigatus* spesifik IgG ve IgE çalışıldı, pozitif saptandı. Hastanın tedavisi 6 aylık olarak planlandı. Steroid dozu azaltılarak devam edecek olan hasta aylık poliklinik kontrollerine gelmekte ve klinik-radyolojik regresyon izlenmektedir.

Sonuç

ABPA için spesifik semptom ve laboratuvar testlerinin olmaması olguların yıllarca tanı alamamasına neden olabilir. ABPA tedavisinde kortikosteroid tedavisinin yanında alta yatan hastalığın tedavisi, bronşektazi gelişmişse düzenli göğüs fizyoterapisi yapılarak balgam atılımının sağlanması ve gerektiğinde antibiyotiklerin kullanılması önerilir. Itrakonazol yan etkisi en az olup, ABPA tedavisinde etkinliği en iyi olan antifungal ilaçtır. Prednizolon tedavisinin tek başına yetersiz olduğu hastalarda ya da prednizolon kullanılmayan hastalarda, 200-400 mg/gün, 4-6 ay boyunca kullanılması önerilmektedir.



Şekil 1: Tedavi öncesi çekilen PAAG'de bronşektazi ve infiltrasyonlar ve sağ akciğer orta zonda küçük kavite.
Şekil 2: Tedavi sonrası çekilen PAAG'de infiltrasyon regresyon.



Şekil 3: Toraks BT'de izlenen kistik dilate bronşektazi odakları, kavitasyonların eşlik ettiği konsolidasyon

Anahtar Kelimeler: Aspergillus, Kavite, Bronşektazi



PS-05

Deri Bulgularıyla Prezente Olan İlaç İlişkili Sarkoidoz*Emine Bensu Erdemir¹, Gökhan Altan¹, Turhan Ece¹*¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul**Giriş**

Sarkoidoz, non-kazeifiye epitelioid granülomlarla karakterize, etyolojisi tam olarak bilinmeyen multisistemik inflamatuvar hastalıktır. Lenf bezleri (%90) ve akciğer (%90) tutulumu ön planda olmakla beraber deri tutulumu da görülmektedir. Vortioksetin; 5-hidroksitriptamin (HT) taşıyıcı inhibitörü, 5-HT₃, 5-HT₇ ve 5-HT₁- D reseptör antagonisti, 5-HT₁-B kısmi agonisti ve 5HT₁- A agonisti gibi etkileri bulunan multimodal aktiviteye sahip antidepresandır. Bu yazıda deri bulguları ile prezente olan ve vortioksetin ile ilişkili sarkoidoz olgusu sunulmuştur.

Olgu

Elli yedi yaşında kadın hasta, bir yıl önce oluşan burun sağ laterali ile sağ buccal bölgedeki nodüler deri lezyonları nedeniyle başvurduğu dermatoloji kliniği tarafından yönlendirildi. (Resim 1) Sigara ve alkol kullanımı bulunmayan olgunun stres bozukluğu ve depresyon dışında ek hastalık öyküsü yoktu. Mesleki anamnezinde 25 yıl boyunca çiftçilik yaptığı saptandı. Stres bozukluğu ve depresyon nedeniyle dört yıldır vortioksetin alan olgunun fizik muayenesinde bilateral inspiryum sonu ince raller duyulmaktaydı. Oda havasında parmak ucu satürasyonu %98, solunum sayısı 14/dk, nabız 84/dk idi. Sağ diz proksimalinde sıcak, ağrılı, kızarıklık ve şişlikle seyreden eritema nodosum lehine değerlendirdiğimiz deri lezyonu mevcuttu. Hemogram ile koagülasyon panelinde patoloji saptanmayan olgunun serum biyokimyasında pro-BNP 17400 pq, kalsiyum 10.1 mg/dL ve ACE düzeyi 77 U/L saptandı. Burun sağ laterali ile sağ buccal bölgedeki hafif ortohiperkeratoz ve spongiyoz, eritemli zeminde endüre yapıda nodüler lezyonlarından alınan punch biyopsinin patolojik incelemesinde granülomatöz dermatit saptanan olgunun toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol akciğerin lingula segmentinde baskın olmak üzere her 2 akciğer alt loblarında da bulunan retiküler paternde parenkimal infiltrasyonlar saptandı. (Resim 2) Yapılan bronkoskopisinde endobronşial lezyon saptanmadı, sağ ve sol bronş sisteminde kronik bronşitik mukozal değişiklikler görüldü. Sağ akciğer orta lob medial segmentten bronkoalveolar lavaj (BAL), sol akciğer lingula bronş girişinden ve üst lob karinasından forceps biyopsiler alındı. (Resim 3) BAL'ın hücre sayımında lenfositik baskın (%88) patern ve CD4/CD8 oranı 6.5 saptandı. Forceps biyopsilerin patolojik incelemesinde non-nekrotizan granülomatöz inflamasyon görüldü. Ekokardiyografisinde kardiyak tutulum ve göz muayenesinde patoloji saptanmadı. Quantiferon tb gold testi negatif saptanan olguya sarkoidoz tanısıyla metilprednizolon başlanarak doz azaltma şemasıyla takip edildi. Tedavinin otuzuncu gününde sağ diz proksimalindeki lezyonun boyutlarında regresyon görüldü.

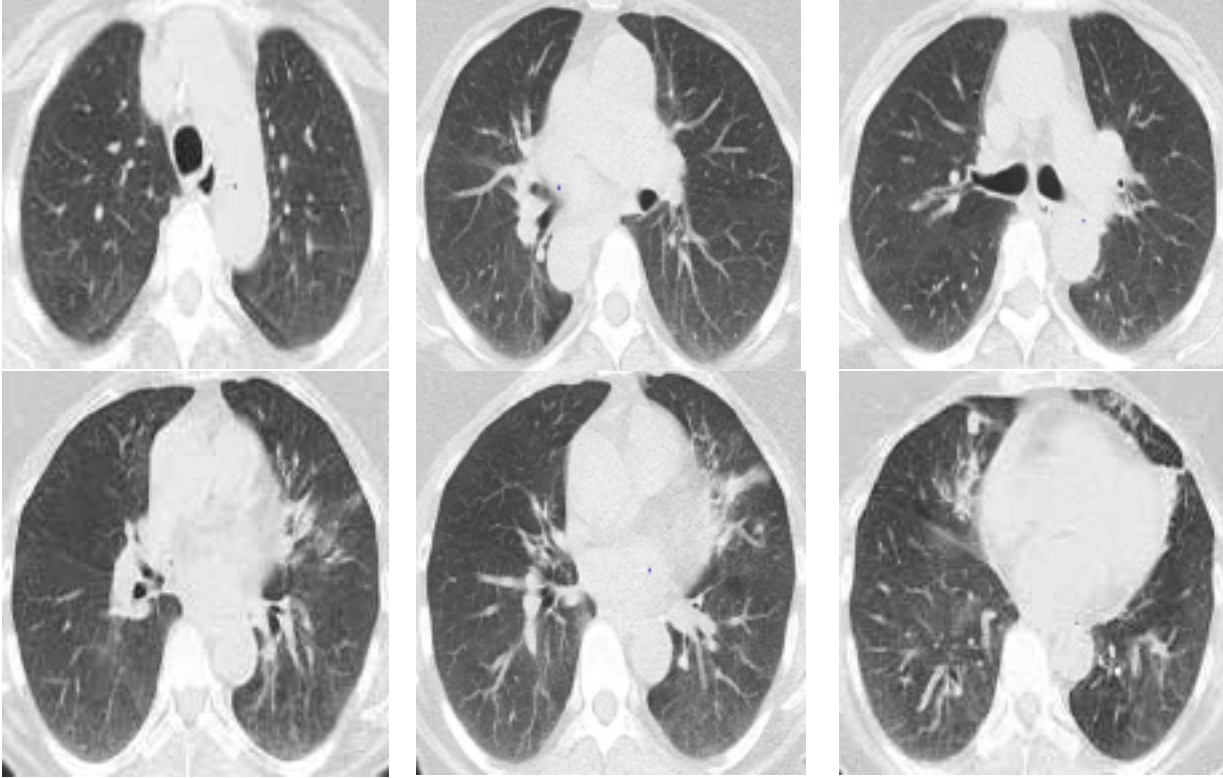
Sonuç

Sarkoidoz etyolojisinde ilaçların da bulunması nedeniyle detaylı ilaç öyküsünün alınması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İlaç ilişkili Sarkoidoz, Non-Nekrotizan Granülom, Sarkoidoz



Resim 1: Burun sağ laterali ve sağ buccal bölgedeki hafif ortohiperkeratoz ve spongiyoz, eritemli zeminde endüre yapıda nodüler lezyonlar



Resim 2: Toraks BT 'sinde sol akciğerin lingula segmentinde baskın olmak üzere her 2 akciğer alt loblarında da bulunan retiküler paternde parenkimal infiltrasyonlar



Resim 3: Sırasıyla sağ alt ve orta lobun, sol üst lob lingula, sol sekonder karinanın bronkoskopi kesitleri



PS-06

Şilotoraks ile Başvuran Diffuz Büyük B Hücreli Lenfoma Olgusu

Beyza Yılmaz, Ebru Aykan Mavigöz*, Öznur Hun*, Çağan Asparuk*, Fatma Ezgi Altun Acar*, Aslıhan Aras*, Naciye Mutlu*, Hüseyin Cem Tigin*, Murat Kıyık**

*SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç

Şilotoraks pleural boşluktaki duktus torasikusun bütünlüğünün bozulması sonucu plevra yaprakları arasında lenfatik sıvının birikmesine denir. Süt benzeri görünümlü (şilöz) pleural sıvı ile karakterizedir. Şilöz sıvı 1633 yılında Bartolet tarafından tanımlanmış ve günümüze kadar şilotoraksa sebep olan birçok etyolojik faktör bulunmuştur. Etiyolojide cerrahi ve cerrahi dışı travmalar, maligniteler, enfeksiyonlar ve diğer çeşitli faktörler yer almaktadır. Biz de malignite ilişkili şilotoraks vakasını sunmak istedik.

Olgu

22 yaşında bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan erkek hasta 1 aydır nefes darlığı ve göğsünde batma şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Motorsiklet kullanan hastanın 1 ay içinde üst solunum yolu enfeksiyonu nedenli makrolid kullanım öyküsü mevcuttu. PA akciğer grafi çekildi. Sağ masif effüzyon tespit edilen hastaya tanısız ve boşaltıcı torasentez yapıldı. Plevral mayi süt benzeri görünümdeydi. Plevral mayi biyokimya sonucu glukoz: 99, protein: 40.7, albumin: 21.4, LDH:1012, ADA:28.6, pH:7.497, trigliserid:1133, VLDL kolesterol: 227 olarak sonuçlandı. Sıvı eksuda niteliğinde ve plevra hücre formülü %100 lenfosit hakimiyeti geldi. Plevra kültüründe üreme olmadı ve ARB negatif sonuçlandı. Hastaya şilotoraks nedeniyle tt+ksad uygulandı. İşlem sonrası hastaya çekilen toraks BT'de sağ akciğer üst lob düzeyinde perikarda invaze görünümde olan yaklaşık 9 cm çapında, heterojen iç yapıda kitlesel lezyon izlendi.

Hastaya trucut biyopsi ile diffüz büyük B hücreli lenfoma tanısı konuldu. Pet-BT planlandı. Pet-BT çekilen hastanın SUVmax tutulumu malignite ile uyumlu geldi. Hasta radyasyon onkolojisi bölümüne danışılarak hematoloji bölümüne onkolojik tedavi amacıyla yönlendirildi.

Tartışma-Sonuç

Şilotoraksın en sık sebebi cerrahi travmalardır. Yapılan çalışmalarda çoğunlukta cerrahi travmaya bağlı olarak, ikincil en sık ise travma dışı nedenlerden malignite ile ilişkili olarak şilotoraks görüldüğü bildirilmiştir. Bunun dışında konjenital nedenlere bağlı olarak da gelişebilir.

Travma dışı şilotoraks sebeplerinin birçoğu tümörler ile ilişkilidir. Tümörün doğrudan invazyonu veya tümör embolileri ile duktus obstrüksiyonu sonucu oluşurlar. Bunlar içinde de en sık sebep lenfomalardır. Genç hastalarda masif pleural effüzyon varlığında örnekleme yapılmalı ve malignite araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Şilotoraks, lenfoma, masif pleural effüzyon

**PS-07****Endobronşial Hamartom**

Dr. Burak Baybora Ekici, Dr. Ezgi Yükçü Memiş, Dr. Nazlı Deniz Tunç, Prof. Dr. Hakan Günen

İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş

Pulmoner hamartomlar en sık görülen benign pulmoner neoplazilerdir. Soliter pulmoner nodüllerin %6'sını oluşturur. Değişen oranlarda matür kıkırdak, fibröz doku, yağ doku ve epitelyal elemanlardan oluşur. Genellikle 60-70 yaş arasında erkeklerde daha sık olarak görülürler. Çoğunlukla parankimal olmakla beraber %1,4-19,5 oranında endobronşiyal lokalizasyondadır. İntraparankimal yerleşimli olanlar çoğunlukla asemptomatikler ve çekilen rutin PA Akciğer grafilerinde rastlantısal olarak saptanırlar. Hamartomlar genellikle düzgün sınırlıdır ve %30'a varan oranlarda kalsifikasyon içerdikleri bildirilmiştir. Klasik olarak "patlamış mısır (popcorn) kalsifikasyonlar" pulmoner hamartoma özgül kabul edilmektedir. Endobronşiyal yerleşimli olanlar; çok düşük oranlarda görümlerine karşın sıklıkla neden oldukları pnömoni, atelektazi, abse formasyonu oluşturarak bunlara bağlı şikayetlerle hastane başvurusuna sebebiyet verirler.

Bu vaka sunumunda astım tanısı ile takip edilen, hastamız endobronşial hamartom tanısı almış olup, geceleri artan dispne ve göğüs ağrısı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanılarda endobronşial kitlelerin de düşünülmesi gerektiğini vurgulamaya çalıştık.

Vaka

50 yaşında erkek hasta, geceleri nefes kesilmesi, nefes açlığı ile uyanma, bazen batıcı bazense baskı tarzında göğüs ağrısı şikayetleriyle poliklinik başvurusu yaptı. Daha önce bu semptomları nedeniyle Kardiyoloji başvuru öyküsü de olan hastanın tetkiklerinde kardiyak patolojiye rastlanmamış. Göğüs Hastalıklarına yönlendirilmiş. Hastanın ailesinde pulmoner hastalık öyküsü bulunmuyor. 35 paket/yıl aktif sigara içicisi olan hastanın bilinen hastalık veya ilaç kullanım öyküsü yoktu. Şikayetlerinin yaklaşık 6 aydır olduğunu ve artarak devam ettiğini söyleyen hastanın PA Akciğer grafisinde bilateral hiler bölgelerde belirgin bronkovasküler gölgelerde belirginleşme ve sol hilustan periferde uzanan lineer opasiteler görüldü. Hastanın çekilen Toraks bilgisayarlı tomografisi'nde sol üst lobda 1x1 cm boyutunda bronşla ilişkili lezyon görüldü ve Pozitif Emisyon Tomografisi/Bilgisayarlı Tomografi(PET/CT) istendi. PET/CT incelemesinde malignite lehine FDG(F-18 Floro-2-deoksi-glukoz) tutulumu görülmedi. Nodülün tetkiki amacıyla hastanemiz Göğüs Cerrahisi servisine yatırıldı. Yapılan Rijid+ Fiberoptik bronkoskopi(FOB) tetkikinde sol üst lob apikoposterior segment girişinde, mukozası düzgün endobronşial lezyon saptandı ve biyopsi yapıldı. Rijid Bronkoskopi ile eksizyon başarısız olunca torakotomiye geçildi ve sol üst lobektomi yapıldı. Operasyon sonrası takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi. Bronkoskopik biyopsi ve sol üst lobektomi materyalinin patolojik incelemesi 1x0.8.0.8 cm boyutunda düzgün sınırlı hamartom olarak raporlandı. Hastanın takiplerinde başvuru şikayetleri geriledi.

Sonuç

Bu vakayı geceleri nefes açlığı, benzeri şikayetler ve göğüs ağrısı şikayetleri ile başvuran hastalarda PA Akciğer Grafisi bulgusu olmasa dahi endobronşial lezyonların da ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla sunduk.



KLİNİK BULGU

AC CA?

MAKROSKOPİ

- 1- Sol endobronşial lezyon: Topluca 0,6 x 0,4 x 0,2 cm ölçülerinde kirlibeyaz renkte doku parçası. TT1K
 - 2- 22 x 14 x 3 cm boyutlarda lobektomi materyalidir.
- Pariyetal plevra yapışıklığı yoktur.
Viseral plevra yüzeyi siyah ve düzensiz görünümündedir.
Hiler yüzde 2,5 cm uzunlukta insizyon vardır.
Parankim havalanması kısmen korunmuştur.
Bronş dalları açıldığında spesimen üzerindeki cerrahi sınırdan 1,8 cm uzaklıkta, ince bir sapla bronşa tutulmuş 1 x 0,8 x 0,8 cm boyutlarında düzgün sınırlı kitlesel lezyon görülmüştür.
Parankim kanamalı ve yer yer süngerimsi görünümündedir.
Parankimde başka patoloji görülmemiştir. 11LN-2K, BCS-1K, AC-2K, T-2K (16 lam + 8 blok)

PATOLOJİK TANISI

- A- SOL AKCİĞER ÜST LOB, BRONKOSKOPİK BİYOPSİ:
BRONŞYAL MUKOZADA SEYREK LENFOSİTLER, FİBROZİS
- B- SOL AKCİĞER ÜST LOB, LOBEKTOMİ:
1- HAMARTOM
2- PULMONER PARENKİMDE FOKAL AMFİZEMATÖZ DEĞİŞİKLİKLER, KRONİK İNFLAMASYON, HEMORAJİ
3- 11. İSTASYON LENF NODLARI: REAKTİF LENFOİD HİPERPLAZİ



PS-08

Akciğer Apsesi ile Karışan Granüloamatöz Polianjitis Olgusu

*Çağan Asparuk**, *Ebru Aykan Mavigöz**, *Öznur Hun**, *Beyza Yılmaz**, *Fatma Ezgi Altun Acar**, *Aslıhan Aras**, *Naciye Mutlu**, *Hüseyin Cem Tigin**, *Murat Kıyık**

*SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç

Granüloamatöz polianjitis (GPA) sistemik, nekrotizan ve granüloamatöz vaskülitte karakterize otoimmün bir hastalıktır. Genellikle orta yaşlı hastalarda görülmektedir. En sık tutulum solunum yollarında ve böbreklerde görülmektedir. Böbrek tutulumu kötü prognoz ilişkilidir. Hastalar öncelikle üst ve alt solunum yollarında gelişen akut nekrotizan vaskülitte bağlı solunum yolu bulguları ile başvurmaktadır. Sınırlı ve yaygın form olarak ikiye ayrılmıştır. Sınırlı form solunum yollarını tutarken yaygın form böbrek ve diğer organ tutulumlarını kapsar. Nekrotizan veya granüloamatöz vaskülit küçük-orta çaplı damarları tutar. Biz de akciğer radyolojisinde apse görünümüyle gelen GPA vakasını sunmak istedik.

Olgu

Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 47 yaş erkek hasta ateş, nefes darlığı, soğuk terleme, oral alımda bozukluk şikayetleriyle hastanemize başvurdu. PA akciğer grafide sağ akciğerde abse görünümü mevcuttu. CRP 410, prokalsitonin 0,36, WBC 20bin olan hasta akciğer apsesi ön tanısıyla interne edildi. Kültürleri alındı ve nonspesifik antibiyoterapi başlandı. Toraks BT'de sağ akciğer alt lobta 82 mm boyutunda kalın duvarlı kaviter lezyon ve 15 mm boyutlarında düzensiz konturlu buzlu cam görünümü mevcuttu. Hastanın kültürlerinde üreme olmadı ve balgam ARB negatif sonuçlandı. Takiplerinde antibiyotik altında akut faz reaktanlarında artış devam eden ve böbrek fonksiyonlarında bozukluk gelişen hastada ayırıcı tanıda vaskülit düşünüldü. Tam idrar tetkiki (TİT), ENA profili ve vaskülit markerları istendi. TİT: eritrosit 3+, sedimentasyon yüksek, RF ve PR3-ANCA pozitif olarak sonuçlanan hastada GPA düşünülerek romatoloji bölümüne yönlendirildi. Böbrek biyopsisi ile GPA tanısı alan hastaya pulse steroid ve immunsupresif tedavi romatoloji bölümü tarafından başlandı. Takiplerinde sağ akciğerdeki kaviter lezyonda regresyon, böbrek fonksiyonlarında düzelme ve akut faz reaktanlarında gerileme görüldü.

Tartışma-Sonuç

GPA, akciğer radyolojisinde en sık nodüler görünüm, kaviter lezyon, buzlu cam dansiteleri ve konsolidasyon ile prezente olmaktadır. Akciğer parankiminde apse formasyonu, kaviter lezyon gibi görünümle olduğunda ayırıcı tanıda enfeksiyon, tüberküloz, malignite düşünülebileceği gibi vaskülitler de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler

Akciğer absesi, kaviter lezyon, vaskülit, granüloamatöz polianjitis



PS-09

Amiodaron ile ilişkili ilaç Akciğeri: Olgu Sunumu

Cetin Yakışık¹, Ezgi Kılıçarslan³, Neslihan Fener², Birsen Pınar Yıldız¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Patoloji

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Cerrahisi

Giriş

İlaça bağlı akciğer hastalıkları (İBAH) sık görülmekle birlikte tanı zorluğu yaşanan hastalıklardır. Klinik prezentasyonları hafif olabileceği gibi fatal de seyredebilir. Günümüzde akciğer toksitesine neden olan 380'den fazla ilaç vardır. En sık akciğer hastalığından sorumlu olan ilaçlar metotreksat, amiodaron, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), nitrofurantoin ve anjiyotensin konverting enzim inhibitörleridir (ACE). Tüm interstisyel akciğer hastalıklarının %2.5-3'ünün ilaçlara bağlı olarak meydana geldiği düşünülmekle birlikte tüm dünyada gerçek sıklığı konusunda halen belirsizlik mevcuttur. Olguların %0.5-1.2'de ilaç reaksiyonlarına bağlı solunumsal semptomlar ortaya çıkar. İlaça bağlı akciğer hastalıklarında klinik, laboratuvar, radyolojik, histolojik bulgular nonspesifik olduğundan tanı zordur. Tedavide, sorumlu ilacın kesilmesi, destek tedavi ve bazı olgularda kortikosteroidler önerilir.

Olgu

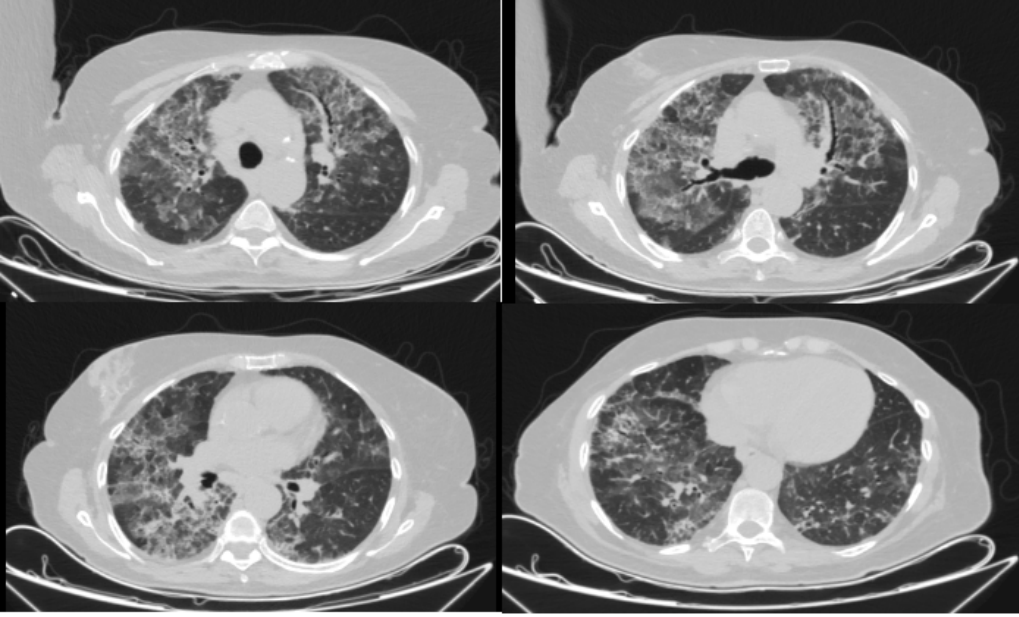
Bilinen major depresif bozukluk, kalp ritim bozukluğu tanıları olan 74 yaşında kadın hastanın altı aydır nefes darlığı mevcuttu. Hipoksik solunum yetmezliği nedeniyle kliniğimize yatırıldı. Son bir yıldır sigara içmeyen hastanın 20 p/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Amiodaron, sertralin, mirtazapin kullanmaktaydı. Kuş besleme veya mesleki risk faktörlerine maruziyet öyküsü yoktu. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüsünde bilateral yaygın yer yer konsolidasyonlar, buzlu cam alanları, traksiyon bronşiektazisi izlenmekteydi.

Bulgular

Romatolojik markerlarda patoloji yoktu. Kardiyoloji muayenesi EKG normal sinus ritmi, EKO EF %65, RV normal, eser TY olarak sonuçlandı ve amiodaron kesildi. Bronkoalveoler lavajda lenfosit %26, nötrofil %15, eozinofil %2, CD4/CD8 0.89 olarak sonuçlandı. Tanısal VATS biyopsi sonucu ilaç akciğeri ile uyumlu olarak değerlendirildi.

Tartışma ve Sonuç

İBAH klinik ve radyolojik olarak geniş bir yelpazeye sahiptir. Bulguların hiçbiri veya herhangi bir patern tek bir ilaç için spesifik değildir. Hastalık farklı antitelerle klinisyenin karşısına çıkabilir. İBAH tanısı olup bazen ölümcül seyreden tablolar oluşturabildiğinden klinisyenin ilaç kullanan ve yukarıda bahsedilen paternlere sahip olgularda ayırıcı tanıda göz önüne alınması gerekir.



Resim1: Her iki akciğerde dağınık subplevral yerleşimli bazıları konsolidasyon oluşturmuş ve bazıları birbiri ile birleşme eğiliminde , içerisinde bronşial genişlemelerin olduğu buzlu cam alanları izlenmektedir.



PS-10

Arnold Chiari Malformasyonu ve Santral Uyku Apne Sendromu

Dr. Nazlı Deniz Tunç, Dr. Ezgi Yükçü Memiş, Dr. Baybora Burak Ekici, Prof. Dr. Hakan Günen

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

Amaç

ICSD -3 sınıflamasında uyku ile ilişkili solunum bozuklukları alt grubunda yer alan santral uyku apne sendromu PSG de tüm apne ve hipopnelerin %50'den fazlasının santral tipte olması ile karakterize bir hastalık tablosudur. Medikal Hastalığa bağlı Cheyne-Stoke (CSB) olmadan santral uyku apnesi alt grubunda en sık görülen patolojiler santral sinir sistemi lezyonları (vasküler, neoplastik, travmatik, demiyelinizan vs.) ve son dönem böbrek hastalığıdır Arnold chiari malformasyonu olan olgu ile santral uyku apne sendromu ve tedavisini tekrar gözden geçirmeyi amaçladık.

Olgu

H.D; 54 yas K

2013 yılında merkezimize horlama, uykuda nefes durması (tanıklı apne), gündüz uyku hali şikayetleri ile başvurdu. Sigara kullanım öyküsü olmayan hasta astım tanısı ile de takip edilmekteydi. VKİ: 32/kg/m², ESS 10 idi. Hastaya o dönemde merkezimizde uyku apne ön tansı ile polisomnografi yapıldı. (Tablo 1)

Beyin MR Arnold Chiari ile uyumlu bulgular izlendi ve Beyin Cerrahisine yönlendirildi. Hasta kontrole gelmedi. 09/01/2017 de Horlama, uykuda nefes durması ve gündüz uyku hali şikayetlerinin devam etmesi nedeni ile tekrar başvurdu. ESS: 3

2015 yılında opere olduğu ancak tam bir düzeltme sağlanamadığı öğrenildi. Nöroloji konsultasyonu istendi. 20/01/2017Beyin MR:Serebellar tonsiller foramen magna doğru 9mm herniye olarak raporlandı. Tekrar PSG yapıldı. (Tablo 2)

19/03/2017 PSG ile birlikte titrasyon yapıldı. 8 cmH₂O basınçta hastanın santral apneleri dahil anormal solunum olayları ortadan kalktı. (AHI:0/saat)

Sonuç

Santral Uyku apne sendromu Obstrüktif uyku apne sendromuna göre daha nadir görülmekle birlikte öncelikle tedavisi altta yatan patolojinin düzeltilmesidir. Ancak bu her zaman mümkün olmamaktadır. PAP tedavi seçeneği göz önünde bulundurulmalı ve uygun PAP cihazı uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: horlama, arnold chiari malformasyonu, santral apne



PSG Bulguları 2013

Time in bed (dk)	507 dk
TST (dk)	247 dk
Uyku etkinliği (%)	%50
N1 dk,%	18.5dk %7.5
N2 dk,%	138.5dk (%56)
N3 dk,%	60.5 dk (%24.5)
REM dk,%	29.5 dk (%11.9)
T. AHI	56/saat
Santral AI	23/saat
Obstrüktif AI	9.75/saat
Santral HI	0/saat
Obs. AHI	34.75/saat
Ort O2 Sat %	%92
Min O2 Sat %	%76

PSG Bulguları 2017

Time in bed (dk)	452 dk
TST (dk)	352 dk
Uyku etkinliği (%)	%77.7
N1 dk,%	17 dk (%4.8)
N2 dk,%	257 dk (%73)
N3 dk,%	68.5 dk (%19.5)
REM dk,%	9.5 dk (%2.7)
T. AHI	36.14/saat
Santral AI	21/saat
Obstrüktif AI	3.41/saat
Santral HI	0/saat
Obs. AHI	12.41/saat
Ort O2 Sat %	%94
Min O2 Sat %	%73



PS-11

Çift Arkus Aortalı Olgu

Ebru Bek, Damla Azaklı, Çetin Yakışık, Gülsüm Kırhan, Güliz Değirmenci, Celal Satıcı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

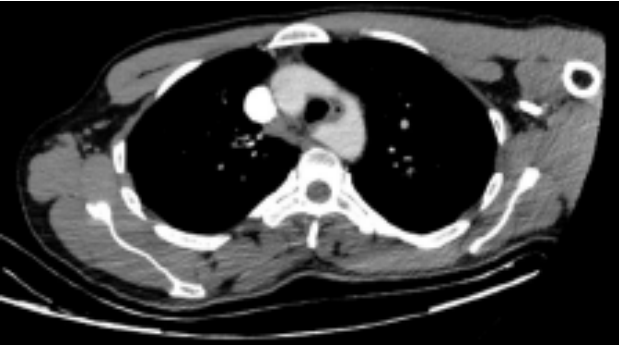
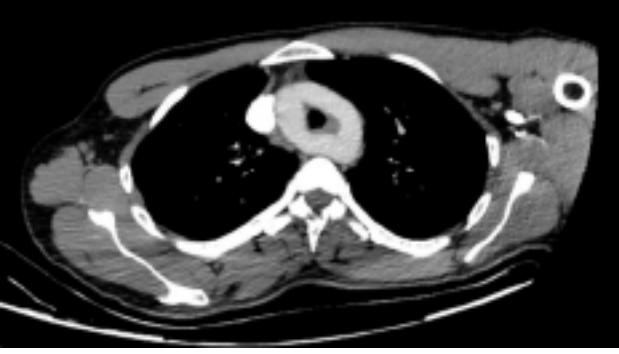
Giriş

Çift aortik ark, oldukça nadir görülen trakea ve/veya özofagusu bası yapabilen tam bir vasküler ring anomalisidir. Sıklıkla trakea ve özofagus arkasında daha büyük (baskın) bir sağ ark ve önünde daha küçük (hipoplastik) bir sol aortik ark bulunur ve iki ark, genellikle sol tarafta inen aortu oluşturmak için birleşir. Semptomlar, trakea, özofagus veya her ikisinin tam damar halkası tarafından sıkıştırılmasıyla ilişkilidir. Biz de nadir görülmesi sebebi ile çift aortik ark saptanan vakamızı sunmak istedik.

Olgu

37 yaşında, bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan erkek hasta eforla nefes darlığı, öksürük, halsizlik şikayeti ile göğüs hastalıkları polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde solunum sesleri doğal saptanan hastanın çekilen postero-anterior akciğer grafisinde sağ akciğer üst zonda paratrakeal bölgede kitle benzeri lezyon görülmesi üzerine toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Sağ akciğer üst lob apekte yaklaşık 42x30 mm boyutlu santralinde hava dansiteleri barındıran kaviter kitlesel yumuşak doku alanı ve medial kesimde kalsifikasyon izlendi. Ayrıca çift aortik ark anomalisi saptandı. Hastanın rutin hemogram ve biyokimya parametreleri normaldi. Alınan balgam ARB'leri negatif saptanan hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronkoalveolar lavaj sıvısından çalışılan mikobakteri PCR pozitif saptandı ve mikobakteri kültüründe M.tuberculosis kompleks üremesi olması üzerine hastaya tüberküloz tedavisi başlanarak takibe alındı.





Tartışma

Vasküler ringler, tüm konjenital kardiyovasküler anomalilerin %1'inden daha azını oluşturmaktadır. Çift arkus aorta, semptomatik aortik ark varyantlarının en sık görülen tipidir. Bu anomaliye sahip kişilerde genellikle trakea basısına bağlı olarak ortaya çıkan stridor, dispne, öksürük ve yineleyen solunum yolu enfeksiyonları olur. Solunum sistemi bulguları sıklıkla doğumda mevcuttur. Özofagus basısı sonucu beslenmeyi takiben ortaya çıkan solunum sıkıntısı olur. Sekresyonların yutulmaması aspirasyon pnömonisine neden olabilir. Apne ve siyanoz görülebilir. "Çift aortik ark" anomalisi diğer vasküler ring anomalilerine göre daha erken bulgu vermekle birlikte olgumuzda asemptomatik seyretmiştir. Vasküler ringler genellikle izole anomali olmasına rağmen, nadiren Fallot tetralojisi, trunkus arteriyozus ve aort koarktasyonu ile birlikte bulunabilir. Tanıda en sık kullanılan yöntem baryumlu özofagogram olmakla birlikte akciğer radyogramı, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, anjiyografi gibi tanı yöntemleri de kullanılabilir. Vasküler ring tedavisinde cerrahi girişim ile halka oluşturulan yapılar ayrıştırılarak bası ortadan kaldırılır. Cerrahi sonrası yapısal bozukluk ya da uzun süreli basıya bağlı trakeomalazi nedeniyle bazı vakalarda solunum sıkıntısı devam ederken, çoğu vakada semptomlar tamamen ortadan kalkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: çift arkus aorta, vasküler ring



PS-12

Boyun Enfeksiyonu Sonrası Gelişen Septik Pulmoner Emboli Olgusu

Dr. Ecem Ay Talan, Fulya Elmastaş Akkuş, Doç. Dr. Ersin Demirel, Dr. Berrin Zinnet Eraslan, Prof. Dr. Sevda Şener Cömert

SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul

Giriş

Septik pulmoner emboli (SPE) herhangi bir enfeksiyon odağına ikincil olarak gelişen akciğer infiltrasyonları, ateş, göğüs ağrısı, öksürük gibi non spesifik akciğer semptomları ile karakterize bir hastalıktır. Enfeksiyon odağından köken alan fibrin ve mikroorganizmaları içeren trombüsün pulmoner arterlere yerleşmesi ve kan dolaşımı ile birlikte akciğer parankimine yayılması sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Enfektif endokardit, periodontal hastalıklar, diş apsesi, deri ve yumuşak doku enfeksiyonları SPE odağı olabilir. Boyun enfeksiyonu sonrası gelişmiş bir SPE olgusu sunmaktayız.

Olgu

Kronik hastalık öyküsü olmayan 38 yaşında erkek hasta acil servise oral alımda azalma, bulantı, kusma ve öksürük şikayetleri ile başvurdu. Öksürük şikayetinin bir haftadır mevcut olduğunu, sarı renkli balgam eşlik ettiğini, bulantı ve kusma şikayetlerinin ise iki haftadır olduğunu belirtti. 20 paket/yıl sigara kullanımı mevcuttu. Tansiyon arteriyel 110/80 mmHg, nabız: 100/dk, ateş 38°C, solunum sayısı: 22/dk olarak ölçüldü. Genel durum orta, bilinç durumu normaldi. Solunum sesleri doğal duyuldu. Boyun sağ lateralinde ele gelen şişlik saptandı. PA Akciğer grafisinde parankimde bilateral ince cidarlı multipil kaviter opasiteler izlendi (Resim 1). Hemoglobin düzeyi 9 gr/dl, hematokrit %27.5, lökosit 6700, C-reaktif protein 197.2 mg/dl, prokalsitonin düzeyi 16.2mg/L, üre: 54 mg/dl, kreatinin:1.15 mg/dl olarak ölçüldü. Toraks BT'de: Büyük olanları sağ akciğer üst lob apikalde ve sol akciğer alt lob postero-bazalde yaklaşık 2 cm çapında olmak üzere içerisinde kavitasyon barındıran yaygın nodüler lezyonlar izlendi (Resim 2). Hastaya seftriakson, klaritromisin ve metronidazol uygulandı. Ekokardiyografide sol ventrikül sistolik fonksiyonları normal, EF %60 olup kapaklarda belirgin kitle veya vejetasyon izlenmediği belirtildi. Boyun USG'de sağ sternokleidomastoid kasın posteriorunda lenfadenomegali veya abse uyumlu görünüm raporlandı. Girişimsel radyoloji bölümü tarafından boyundaki abse drene edildi. Abse kültüründe üreme olmadı. Antibiyoterapi sonrası CRP: 2.7 mg/dl, prokalsitonin düzeyi 0.1mg/L olarak ölçüldü. Akciğer grafisinde belirgin regresyon izlendi (Resim 3). Boyun enfeksiyonuna sekonder septik emboli kabul edilen hasta oral antibiyotik tedavisi ile taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç

SPE, nadir görülen bir hastalık olup erken ve agresif antibiyoterapi başlanmaz ise morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. Yüksek ateş, CRP ve sedimantasyon değerleri gibi enfeksiyon parametrelerinin yüksekliği ile birlikte sekonder enfeksiyon odağı bulunan olgularda radyolojik olarak bilateral içerisinde kavitasyon barındıran yaygın nodüler lezyonlar varlığında SPE ön tanılar arasında düşünülmelidir.



RESİM 1: PA Akciğer grafisinde parankimde bilateral ince cidarlı multipl kaviter opasiteler izlenmektedir.



RESİM 2: Toraks BT'de: Büyük olanları sağ akciğer üst lob apikalde ve sol akciğer alt lob postero-bazalde yaklaşık 2 cm çapında olmak üzere içerisinde kavitasyon barındıran yaygın nodüler lezyonlar izlenmektedir.





PS-13

Maliginteyi Taklit Eden Aktinomikoz Olgusu

Efecan Haskan, Merve Dilşad Gün, Simay Tankut Doğan, Gülşah Günlüoğlu

SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş

Pulmoner aktinomikoz tanısı klinik pratikte hala önemli bir sorundur. Bu yazıda malignite şüphesi olan hastaların ayırıcı tanısında pulmoner aktinomikozun da bulunması gerektiği ve tanıya ulaşmanın zorlukları vurgulanmıştır.

Olgu

Bilinen ek hastalığı olmayan 35 yaşındaki kadın hasta polikliniğimize covid pnömonisi sonrası 6 aydır devam eden öksürük ve halsizlik şikayetleriyle başvurmuş. Sigara ve ilaç öyküsü olmayan hastanın 14.04.22'de çekilen akciğer röntgeninde bilateral buzlu cam alanları olup sağ kostofrenik sinüste küntlük mevcut olup (şekil 1) hastanın crp değeri 86 izlendi. Hastanın eski röntgenlerine bakıldığında radyolojisinin 6 aydır benzer olması sebebiyle hastaya bronkoskopi planlanmış. Tüm segmentler açık izlendi. Sol alt lobdan bronş lavajı alındı. Arb, pcr, sitoloji, nonspesifik kültür gönderildi. Sonucu nonspesifik izlendi. Hastanın 28/04/2022 tarihli balgam kültüründe arb negatif olup üreme görülmedi. Non spesifik tedavi verilen hasta 09/2022 de tekrar şikayetleri olması üzerine başvurmuş. Hastanın sol alt lobda konsolidasyonunun devam etmesi üzerine hastaya biyopsi planlanmış. Biyopsi sonucu tanısız değildi. Hasta radyolojik takibe alındı ve 3 ay sonra gelmesi söylendi. 3 ay sonra tarafımıza başvuran hastanın sol alt lobda kitle imajının devam etmesi üzerine hasta cerrahi konseyde danışıldı ve torakoskopik akciğer biyopsisi yapılmak üzere hasta cerrahi servise yönlendirildi. 17/04/23 patoloji sonucunda abse içeriği, icinde bazofilik hif yapıları, tip 2 pnemosit proliferasyonu, interstisyumda yaygın lenfoid agregatlar, meronem duyarlı enterobacter üremesi görüldü ve aktinomices enfeksiyonu düşünüldü. Hastaya penisilin tedavisi başlandı ve lezyonunda gerileme görüldü(Şekil 2).



Şekil 1



Şekil 2

Tartışma

Aktinomikoz enfeksiyonunun tedavisi olmasına rağmen malign birçok hastalıkla karışabilmesi nedeniyle genellikle geç tanı konabilen bir hastalık olmaya devam etmektedir. En sık saptanan klinik belirtiler öksürük, balgam çıkarma, göğüs ağrısı, ateş, kilo kaybı ve gece terlemesidir. Aktinomikoz antibiyotiklere genellikle duyarlı bir bakteridir. Tedavide bir ay süre ile intravenöz 18-24 milyon ünite kristalize penisilin, idame tedavide ise 6-12 ay oral beta laktam antibiyotikler önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aktinomikoz, Penisilin



PS-14

Sık Astım Atakları ile Prezente Olan Eozinofilik Granüloamatöz Polianjitis

Ast. Dr. Elif Acar, Ast. Dr. İmen Bingöl Dağ, Prof. Dr. Ayşe Bahadır

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Özet

Sık astım atakları ile tekrarlı acil başvuruları olup uygun basamak tedavisine rağmen semptomları kontrol altına alınamayan hasta takiplerinde klinik ve laboratuvar bulguları ile eozinofilik granüloamatöz polianjitis(EGPA) tanısı almıştır. Dirençli astım kliniği ile başvuran hastalarda EGPA'nın ayırıcı tanıda düşünülmesi hedeflenmiştir.

Olgu

Bilinen on yıldır astım, fibromiyalji, hipotiroidi tanılı 45 yaşında ev hanımı kadın hasta, 4 yıldır nefes darlığı hırıltı ve öksürük şikayetleriyle acile sık sık başvuruyor. Sigara öyküsü 10 paket/yıl. Ara ara eklem ağrısı tarifliyor. Muayenesinde bilateral ronküsleri mevcut. Oda havasında saturasyon 94. Daha önce astım atakları için LABA+LAMA+İKS+montelukast verilmiş olup tam kontrol sağlanamamış. Başlangıçta kan eozinofilisi görülmeyen ve Anti nükleer antikor(ANCA) negatif olan hastada total IgE:2000, spesifik IgE küf mantarı ve çimen pozitif. 3 ay Mepolizumab ve 2 ay Omalizumab tedavisine yanıt vermeyen, 6 ay sonraki kontrolünde eozinofil:5590, bir saat süren sabah tutukluğu ve aralıklı nöropatik yakınmalar tarifleyen hastanın çekilen "Paranasal sinüs Bilgisayarlı tomografi(BT)"de bilateral fokal mukozal kalınlaşma saptandı. Farklı zamanlarda çekilen toraks BT'de farklı lokalizasyonda infiltrasyonlar görüldü. EMG: Çok hafif dereceli el bileğinde median sinir nöropatisi ile uyumlu elektrofizyolojik bulgular mevcuttu. Klinik radyolojik ve laboratuvar parametrelerine göre multidisipliner olarak değerlendirilen hastaya "Akciğere Sınırlı EGPA" tanısı konularak 32 mg steroid başlandı. Tedavisi devam etmekte

Tartışma ve Sonuç

EGPA üç fazda seyreden vaskülitik bir hastalıktır. Prodromal dönemde astım kliniği ile prezente olduğundan geç tanı alması hastanın yaşam kalitesini düşürmektedir. EGPA, uzun yıllar astım tanısıyla regülasyon sağlanamayan hastalarda dikkate alınması gereken bir tanıdır. Hastamızda da yaklaşık üç yıl 5. basamak astım tedavisine rağmen tam kontrol sağlanamamış, kontrolünde eozinofilik faza geçiş, gezici opasiteler ve mononöritis bulguları göz önüne alınarak EGPA tanısı konulup steroid tedavisi ile semptomlarda anlamlı düşüş görülmüştür. Astım tanılı hastalarda EGPA'nın ayırıcı tanıda hatırla tutulması önerilir.



Resim 1: (24.02.2022) Her iki perihiler alanda infiltrasyon



Resim 2: (18.10.2022) Periferik fokal buzlu cam alanları ve konsolidasyonlar



PS-15

Bir Olgu Raporu: Yapay Sis İnhalasyonuna Bağlı Akut Akciğer Hasarı

Ast. Dr. Elif Hazal Karadağ, Prof. Dr. Esra Ertan Yazar

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş

Eğlence sektöründe ve çeşitli gösterilerde kullanılan yapay sis, e-sigara ürünlerinde de bulunabilen glikol bazlı çözücülerden üretilir. Glikol solumanın akciğerler üzerine potansiyel etkileri e-sigara kullanımı ile ilgili çalışmalarda ele alınmış, e-sigaraya bağlı akut akciğer hasarı vakaları olgu bazında bildirilmiştir. Literatürde inceleyebildiğimiz kadarıyla hastamız yapay sis inhalasyonuna bağlı akut akciğer hasarı gelişen ilk olgudur.

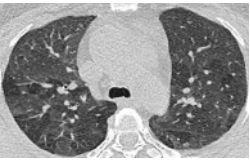
Olgu

46 yaşında kadın hasta, yaklaşık beş ay önce acil servise öksürük, nefes darlığı ve ses kısıklığı şikayetleri ile başvurmuş. Acil başvurusundan dört gün önce katıldığı bir düğünde kullanılan yapay sise yoğun maruziyeti olmuş ve şikayetleri sonrasında başlamış. Acil serviste bronkodilatör tedavi verildikten sonra eve taburcu edilmiş. Ancak hasta beş ay sonra göğüs ağrısı, nefes darlığı ve terleme şikayetleri ile yeniden acil servise başvurmuş. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (resim 1, resim 2), her iki akciğerde orta ve alt alanlarda yaygın buzlu cam dansiteleri izlenmesi üzerine viral pnömoni ön tanısı ile hastaya semptomatik tedavi ve salbutamol inhaler lüzum halinde reçete edilmiş. Hasta acil serviste önerilmesi nedeniyle bir ay sonra göğüs hastalıkları polikliniğimize başvurdu. Hastanın şikayetleri büyük ölçüde gerilemişti ve öksürük dışında şikayeti yoktu. Bilinen ek hastalığı ve sigara kullanım öyküsü yoktu. Son 6 ay içinde solunum yolu enfeksiyonu geçirmemişti ve herhangi bir viral ya da bakteriyel üremisi yoktu. Yaptığımız solunum fonksiyon testinde (SFT) beklenen FEV1%'si 85 beklenen FVC%'si 75 ve FEV1/FVC oranı 96,7 idi. Hastaya inhale kortikosteroid (İKS) başlandı. Bir ay sonraki poliklinik kontrolünde şikayetleri tamamen gerilemişti. Kontrol SFT'de beklenen FEV1 %'si %89, beklenen FVC %'si 93 ve FEV1/FVC oranı 82 idi. Çekilen toraks BT'de (resim 3, resim 4) bir öncekine oranla buzlu cam dansitelerinde belirgin regresyon mevcuttu.

Sonuç

Olgumuz acil servise başvurduğunda, yoğun yapay sis soluduğunu ve şikayetlerinin sonrasında geliştiğini belirtmesine rağmen şikayetleri bu durum ile ilişkilendirilmemişti. Daha önce de benzer vakaların belki de yapay sisin akciğerler üzerine etkisi bilinmediği için atlanmış olabileceği düşüncesindeyiz. Bu nedenle olgumuzun, son yıllarda kullanımı giderek artan yapay sise bağlı gelişebilecek akut akciğer hasarı vakalarının tespiti bakımından farkındalığı arttıracığı düşüncesindeyiz.

Resim 1



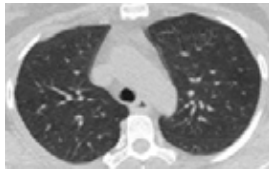
Resim 2



Resim 3



Resim 4



Kaynaklar

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36168228/>

https://www.researchgate.net/publication/7857309_Exposures_to_Atmospheric_Effects_in_the_Entertainment_Industry



PS-16

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Bronkoskopik Akciğer Volüm Küçültme İşlemlerinin Etkinliği*Gökhan Altan¹, Emine Bensu Erdemir¹, Turhan Ece¹*¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul**Giriş**

KOAH mortalitesi yüksek akciğer hastalıklarındandır. Havayolu obstrüksiyonu ve hiperinflasyon pulmoner fonksiyonlarda bozulmaya yol açar. Bronkoskopik akciğer volüm küçültme (BLVR) tedavisinin son dönem KOAH hastalarının yaşam kalitesinde ve akciğer fonksiyonlarında iyileşme, efor kapasitesinde anlamlı artış yaptığı klinik çalışmalarda gösterilmiştir. Bu yazıda ileri evre KOAH tanısıyla takip edilen, endobronşiyal valf tedavisi uygulanan bir olgu sunulmuştur.

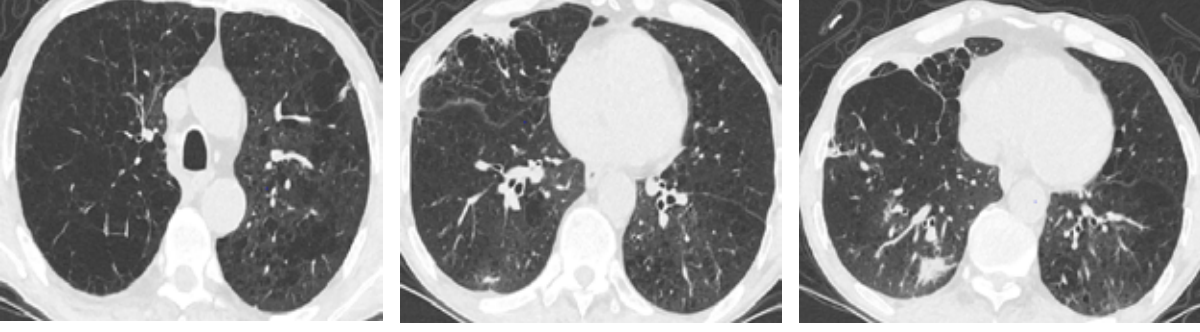
Olgu

Yetmiş yaşında erkek hasta, öksürük, nefes darlığı, fiziksel aktivitede ciddi azalma şikayetleri ile başvurdu. 2008 yılında KOAH tanısı alan ve tedavisi düzensiz olan olgunun 2018 yılında pnömotoraks nedeniyle hastane yatış öyküsü bulunmaktaydı. Ek hastalık ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. 75 paket / yıl sigara öyküsü olan hasta 20 yıldır sigara içmemektedir. Alkol kullanımı yoktu ancak mesleki anamnezinde 50 yıl boyunca çiftçilik yaptığı saptandı. Fizik muayenesinde göğüs ön arka çapı artmıştı, ekspirasyonu uzamıştı, bilateral ronküs ve wheeze duyulmaktaydı. Oda havasında parmak ucu satürasyonu(spo₂) %92, solunum sayısı 24/dk, nabız 74/dk idi. Hemogramında ve koagülasyon panelinde patoloji saptanmadı. Serum biyokimyasında eritrosit sedimentasyon hızının 47 mm/saat ve C-reaktif protein düzeylerinin 62 mg/L olması dışında özellik yoktu. Balgam, idrar ve kan kültürlerinde üreme olmayan olgunun solunum fonksiyon testinde FEV₁ 500 mL (%22) FVC 1380 mL (%47) FEV₁/FVC %36 saptandı. 6 dakika yürüme testinde belirgin desatüre olan (başlangıç spo₂ %92, borg dispne skoru 2 iken bitiş spo₂ %78, borg dispne skoru 7) olgu 280 metre yürüyebildi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) bilateral tüm zonlarda yaygın sentriasiner amfizem alanları ile özellikle sağ akciğer alt lobunda bulunan sekel değişiklikler ve sağ akciğer alt lobunun posterior segmentinin medial kesitinde infiltrasyon gözlendi. (Resim 1). Kantitatif akciğer perfüzyon sintigrafisinde sağ üst zon %4,4, sol üst zon %14, sağ orta zon %19,8, sol orta zon % 29, sağ alt zon %21,9, sol alt zon %10,8 saptandı, sağ akciğer %46,2, sol akciğer %53,8 oranlarında solunuma iştirak etmekteydi. Akut fazları yüksek ve bronkoobstrüksiyon saptanan olguya ipratropium bromür + salbutamol ve budesonid inhalasyonu, N-asetil sistein 3*2 i.v., prednol 40 mg i.v. ve ampisilin sulbaktam 1.5 gr 4*1 i.v. başlandı. Tedavinin 17. gününde semptomları devam eden ve efor kapasitesinde iyileşme olmayan olguya sağ akciğerin üst lobunun anterior ve posterior segmentlerine 4.0 100 kateterle, sağ akciğerin üst lob apikal segmentine 4.0 J kateterle 4.0 valv yerleştirildi. (Resim 2). İşlem sonrası komplikasyon saptanmayan olgunun semptomlarında, efor kapasitesinde ve yaşam kalitesinde anlamlı iyileşme saptandı.

Sonuç

BLVR-endobronşiyal valf tedavisi KOAH hastalarının egzersiz kapasitesinde, yaşam kalitesinde ve semptomlarında ciddi iyileşmeler sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Amfizem, Bronkoskopik Volüm Küçültme Tedavisi, Endobronşiyal Valf, KOAH



Resim 1: Bilateral tüm zonlarda yaygın sentriasiner amfizem alanları ile özellikle sağ akciğer alt lobunda bulunan sekel değişiklikler ve sağ akciğer alt lobunun posterior segmentinin medial kesitinde infiltrasyon saptanan Toraks BT



Resim 2: Sırasıyla birinci ve ikinci görselde sağ üst lob anterior segmetine, üçüncü görselde sağ üst lob posterior segmentine valf takıldığı görülen bronkoskopi kesitleri



PS-17

Göğüs Hastalıkları Servisinde Yatan Yabancı Uyruklu Hastaların Değerlendirilmesi

Doç. Dr. Ersin Demirel, Dr. Esra Kılıç, Doç. Dr. Seda Beyhan Sağmen, Dr. Hasibe Çiğdem Erten, Prof. Dr. Sevda Şener Cömert

SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul

Giriş

Ülkemizde turistlerin sağlığı, mülteci sağlığı ve oturma iznine sahip yabancı uyruklu hastalara sağlık hizmeti verilmektedir. Bu çalışmamızda Göğüs hastalıkları servisine yatan yabancı uyruklu hastalar incelenmiştir.

Gereç-Yöntem

Üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunun Göğüs hastalıkları servisinde 2022 yılında yatan yabancı uyruklu hastaların demografik bulguları, tanı ve tedavi sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular

Göğüs hastalıkları servisinde 2022 yılı içerisinde toplam 1530 kez yatış mevcuttu. Oniki yabancı uyruklu hasta yatışı saptandı. Tüm yatış içerisinde yüzde birden düşük oranda bulundu. Uyruklarına göre beş Suriye, iki İran, bir Ermenistan, bir Güney Afrika, bir Filistin, bir Fas, bir Azerbaycan vatandaşının yatış bilgileri gözden geçirildi. İki hastanın turistlerin sağlığı, iki hastanın yasal oturma izni, üç hastanın tutuklu, ve beş hastanın geçici koruma kanunu kapsamında olduğu görüldü. Yaş ortalaması 39 yıl (yaş aralığı 19-83) olan hastaların altısı erkek, altısı kadın cinsiyetindedir. Beş hastanın pnömoni, üç hastanın akut solunum yetmezliği, dört hastanın astım, bir hastanın pulmoner emboli, bir hastanın tüberküloz tanısı aldığı gözlemlendi. Ortalama yatış süresinin 5.7 gün (1-10 gün) olduğu görüldü. Bir hastanın tedaviyi kabul etmeyerek taburcu olduğu, bir hastanın başka servise nakil olduğu, sekiz hastanın tedavi sonrası taburcu olduğu, iki hastanın yoğun bakım ünitesine alındığı saptandı.

Tartışma-Sonuç

Bu çalışma sonucunda Göğüs hastalıkları servisimizde yatan yabancı uyruklu hastaların sağlık hizmetinden Vatandaşlarımız ile eşit düzeyde yararlanabildiği görülmektedir.



PS-18

Astımla Karışan Mediastinal Kitle Olgu Sunumu

Dr. Ezgi Akkuş, Dr.Zehra Ökdem, Doç. Dr. Deniz Çelik, Prof. Dr. Hüseyin Lakadamyalı, Prof. Dr. Özkan Yetkin

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Astım, kronik havayolu inflamasyonu zemininde, reversible hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize kronik bir hastalıktır. Bu çalışmada uzun süredir astım tanısıyla takipli ve nefes darlığı şikayeti olan inhale kortikosteroid ve uzun etkili beta agonist tedavi kullanan ancak şikayetlerinde ve semptomlarında düzelme olmayan, sık hastane başvuruları bulunan 30 yaşındaki erkek hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu

Polikliniğimize öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile başvuran ve yapılan fizik muayenesinde ekspiryumda uzama ve stridoru bulunan hastanın solunum fonksiyon testi, solunum sıkıntısı ve uyum sağlayamaması nedeniyle yapılamadı. Akciğer grafisi çekildi, üst mediasteni dolduran opasite artışı saptandı. Çekilen Toraks BT de boyun sağ yarısından retrosternal uzanan, trakeada % 80- 90 seviyesinde darlığa yol açan, çıkan aortayı ve arcus aortayı proksimalde çepeçevre saran, sağ ana pulmoner arterde bası sonucu % 50 darlık yapan ve sağ brakiosefalik trunkus ve sol ana karotid arteri çepeçevre saran kitle imajı izlendi. Öncelikle büyümüş tiroid dokusu olduğu lehine yorumlandı. Hasta, hava yolu obstrüksiyonu yapan mediastinal kitle sebebiyle göğüs cerrahisine yönlendirildi ve kitlesi, göğüs cerrahisi tarafından ameliyatla rezeke edildi.

**PS-19****Baskın Geçiş Gösteren Ailesel Plöroparankimal Fibroelastozis**

Dr. Ezgi Yükçü Memiş, Dr. Nazlı Deniz Tunç, Dr. Burak Baybora Ekici, Prof.Dr. Hakan Günen

İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş

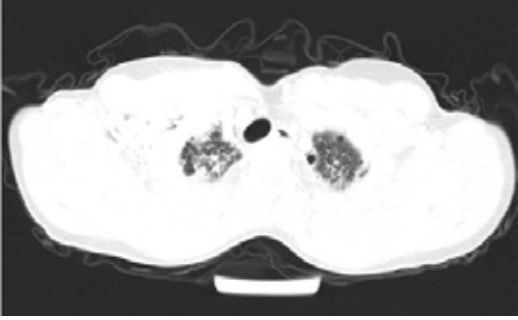
İdiopatik Plöroparankimal Fibroelastozis (PPFE), idiyopatik interstisyel pnömoni grubunda sınıflandırılan, özellikle üst lobları etkileyen, plevral ve parankimal fibrozisin izlendiği nadir görülen bir hastalıktır. Ailesel geçiş gösterdiği düşünülen vakayı, genç yaşta ortaya çıkan nefes darlığı ve hızlı progresyon gösteren fibrozis vakalarının ayırıcı tanısında PPFE hastalığının düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla sunduk.

Vaka

22 yaşında erkek hasta; nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile 2017'de tarafımıza başvurdu. Bu şikayetlerinin 6 yıl önce başladığını ve artarak devam ettiğini ifade etti. Fizik muayenesinde solunum sesleri bilateral azalmıştı, özellikle üst zonlarda ince ve orta raller duyuluyordu. Diğer sistem muayeneleri doğal izlendi. Hastanın yapılan kan tetkiklerinde önemli bir bulguya rastlanmadı. Hastanın solunum fonksiyon testlerinde FEV1(1. saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim): %22, FVC(zorlu vital kapasite): %30, FEV1/FVC: %70, DLCO(karbonmonoksit için difüzyon kapasitesi): %28 olduğu görüldü. Hastanın akciğer grafisinde her iki akciğerin yapıca küçük olduğu ve her iki akciğer üst zonlarda belirgin fibrotik infiltrasyonlar olduğu izlendi. Hastanın çekilen toraks BT (Bilgisayarlı Tomografi)'sinde her iki akciğerde özellikle üst zonlarda olmak üzere yaygın şekilde fibrozis ve plevral kalınlaşmalar mevcuttu ve alt kısımları üst bölgelere göre nispeten daha iyi korunmuştu. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde 5 kardeş oldukları, kendisinin en küçük kardeş olduğu öğrenildi. Geriye kalan 4 kardeşten 3'ünün 15-25 yaşları arasında benzer şikayetlerle doktora başvurdukları ve ortalama 5 sene içerisinde solunum yetmezliği nedeniyle öldükleri; ayrıca hastanın amcasının da 40'lı yaşlarda benzer şikayetlerle öldüğü öğrenildi. Kardeşlerinin yapılan pre-mortem ve post-mortem biyopsi sonuçlarının PPFE olarak rapor edildiği öğrenildi. 5 kardeşten daha büyük olan sadece 1 kardeşte henüz bir bulgu saptanmamıştı. Ölen kardeşlerin ve hastamızın ülkemizde yapılan genetik incelemelerinde hastalığa yol açabilecek bir genetik bozukluk saptanamadı. Hasta takiplerinde hızlı bir progresyon göstermiş, sonraki toraks BT'lerinde üst zonlardaki fibrozis ve volüm kaybı artmış, subplevral konsolidasyonlar ve traksiyon bronşektazileri izlenmeye başlamıştı. Hasta en son Haziran 2021'de kontrole gelmiş ve sonrasında yakınlarından öğrenildiği üzere Ağustos 2022'de solunum yetmezliğiyle hayatını kaybetmiştir.

Sonuç

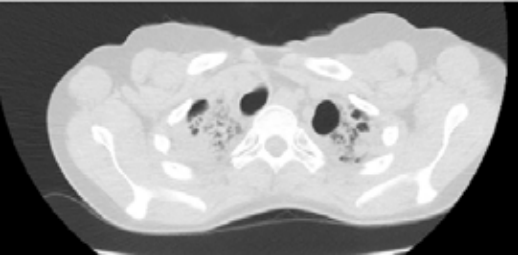
Bu vakayı genç yaşta ortaya çıkan şiddetli nefes darlığı ve fibrozis olgularında baskın veya ailesel ortaya çıkan plöroparankimal fibroelastozis hastalığına dikkat çekmek amacıyla sunduk.



15.11.2017



24.11.2017



19.03.2021



07.06.2021



PS-20

Diffüz Parankimal Akciğer Hastalıklarında Ayırıcı Tanı: Olgu Sunumu

Gülnihal Darçın¹, Deniz Sansar², Birsen Pınar Yıldız¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Cerrahisi

Giriş

Bilateral yaygın parankimal/interstisyel patolojiler göğüs hastalıkları pratiğinde oldukça sık karşılaşılan ve ayırıcı tanıda zorlanılabilen hastalıklardır.

Olgu

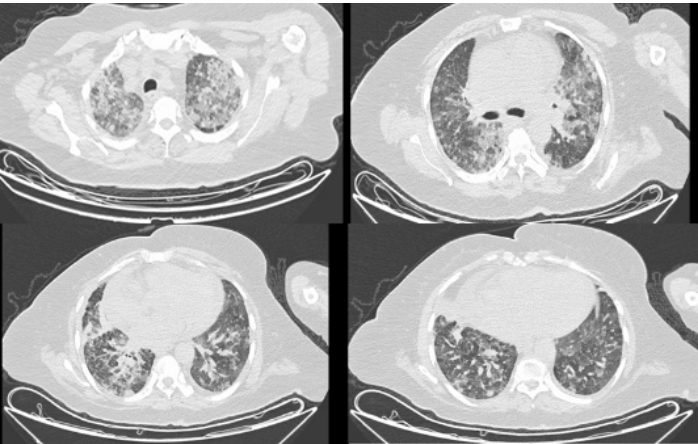
Hipertansiyon, astım, geçirilmiş pulmoner emboli öyküsü olan 57 yaşında kadın hasta solunum yetmezliği nedeniyle 5 gün yoğun bakım ünitesinde takip sonrası kliniğimize sevk edilerek yatırıldı. Son 4 aydır artan kuru öksürük, eforla artan nefes darlığı, baş ağrısı, gastrik şikayetler tarifliyordu. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinde yaygın buzlu cam alanları, interlobal septal kalınlaşmalar, crazy paving mevcuttu. (Resim1) Ayırıcı tanıda pulmoner alveolar proteinozis, ilaç akciğeri, pulmoner ödem, akut interstisyel pnömoni, goodpasture sendromu gibi pulmoner hemoraji nedenleri, usual interstisyel pnömoni ve benzeri hastalıklar ayırıcı tanıda göz önüne alınması önerildi. Hasta kandesartan-amlodipin ve rivaroksaban kullanmaktaydı. Yirmi yıl önce sigarayı bırakmış, 2 p/yıl öyküsü mevcuttu. EKO'da sPAB 45 mmhg olarak sonuçlandı.

Bulgular

Biyokimya ve romatolojik markerlarda patoloji yoktu. Bronkoalveolar lavajda %26 lenfosit hakimiyeti, CD4/CD8: 0.33 düşük olarak saptandı. Tanısal VATS biyopsi sonucu (sağ üst lob ve alt lob) invaziv non müsinöz adenokarsinom, multipl odakta lepidik ve asiner paternlerden baskın adenokarsinom odakları olarak sonuçlandı.

Tartışma ve Sonuç

Diffüz parankimal akciğer hastalıkları oldukça geniş bir ayırıcı tanı yelpazesine sahiptir. Tanıda klinik ve radyolojik değerlendirme yanı sıra, bronkoskopik yöntemler ve tanı belirsizliği olan hastalarda VATS biyopsi erken tanı ve tedavinin yönlendirilmesinde önemli role sahiptir. Bu hastalarda ayırıcı tanıda parankimal / interstisyel akciğer hastalıkları yanı sıra akciğer maligniteleri de göz önüne alınmalıdır.



Resim 1: Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinde bilateral yaygın buzlu cam alanları, interlobal septal kalınlaşmalar, crazy paving görünümü izleniyor.

**PS-21****Akciğerin Nadir Hastalıklarından Birt Hogg Dube Sendromu: Olgu Sunumu**

*Hikmet Merve Reyhan**, *Elif Tanrıverdi**, *Erdoğan Çetinkaya**, *Hatice Reva Saraç**

*Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş

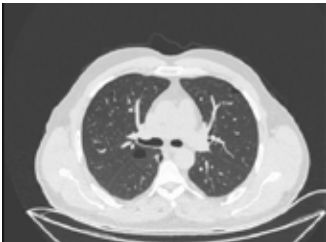
Birt-Hogg-Dubé (BHD) sendromu kıl folikülünün benign tümörleri, renal tümörler ve spontan pnömotoraksla birlikte olan akciğer kistleri ile karakterize otozomal dominant kalıtılan bir sendromdur. Bu sendroma follikülin (FLCN) genindeki mutasyonlar neden olur. Burada BHD sendromlu 51 yaşında erkek bir olguyu sunuyoruz.

Olgu Sunumu

Bilinen kronik hastalığı olmayan hastanın 2020 yılında Covid-19 pnömonisi geçirme öyküsü olup 1 yıl sonra başlayan nefes darlığı, batma tarzı gelip geçici şekilde göğüs ağrıları başlama şikayetiyle polikliniğimize başvurmuş. Fizik muayenesinde solunum sesleri doğaldı. Hastanın 30 paket /yıl sigara öyküsü olup 15 yıldır sigara kullanmıyordu. Çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografide (BT) her iki akciğerde dağınık lokalizasyonlarda küçük çaplı hava kistleri mevcut olup, ön bazallerde çok hafif dereceli fibrotik yapılar mevcuttu. Yapılan biyokimyasal, immüno blot ve mikrobiyolojik tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı. Solunum fonksiyon testinde FVC: 3.24 (%63) FEV1: 2.65 (%66) FEV1/FVC: %81 DLCO: 34.58 %115 olarak saptandı. Hastaya yapılan bronkoskopiye tüm bronş ve segmentler açık, mukozalar kanamaya meyilli izlendi. Sağ orta lob'dan bronkoalveolar lavaj yapıldı. Hücre profili ve CD1a çalışılması için patolojiye gönderildi. BAL: Alveoler makrofajlar : %45 Lenfositler : %32 PMNL : %15 düzeyinde saptandı. Hastadan gen analizi örneği gönderildi. Gen analizi sonucunda FLCN gen mutasyonu saptandı.

Sonuç

BHD sendromunun tedavisi spesifik semptomlara yöneliktir. BHD sendromluların 1/3'ünde akciğerde kistler saptanır ve bu kistler spontan pnömotoraksa neden olur. Bazı pnömotoraks vakaları birkaç günde içinde kendiliğinden geriler, bazı durumlarda ve tekrarlayan akciğer kollapslarında ameliyat gerekebilir. Yıllık cilt muayenesi, renal tümör için Renal MR, Paratiroid tümör için yıllık tiroid ultrason, yılda bir kez kolonoskopi, çocuk ve kardeşlerinden genetik test istenmelidir. Olgumuzda follikülit tedavisi için lazer yöntemi kullanılmış olup pulmoner semptomları için semptomatik tedavi uygulanmıştır.



Resim 1: Birt Hogg Dube sendromunda akciğerde görülen hava kistleri



Resim 2: Birt Hogg Dube Sendromunda görülen cilt

**PS-22****Kronik Hipersensitivite Pnömonisi Olgusu**

Hüseyin Yunus Doğan, Simay Tankut Doğan, Merve Dilşad Gün, Gülşah Günlüoğlu, Ekrem Cengiz Seyhan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş

Hipersensitivite pnömonisi(HP), bilinen veya bilinmeyen bir etkene maruziyet sonrası duyarlı

kişilerde intertisyel akciğer hastalığı(İAH) olarak ortaya çıkan hastalıktır. HP tanısı akut ve kronik hastalık özelliği taşıması ve birçok intertisyumu tutan akciğer hastalığı ile benzer klinik semptomlar içermesinden dolayı oldukça zor tanı koyulmaktadır. Tanı ve tedavi planlamasında patolog ve radyoloğun da bulunduğu multidisipliner bir yaklaşım önerilmektedir. Bu vakamızda multidisipliner bir klinikte tanı alan fibrotik HP olgusu göstermek amacıyla sunduk.

Olgu

55 y erkek hasta, 1 aydır devam eden kuru öksürük, eforla nefes darlığı, subfebil ateş şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde 10 yıl güvercin beslemiş. 40 p/y sigara içicisiydi. Fizik muayenesinde çomak parmak ve bilateral kaba ralleri saptandı. Posterior anterior akciğer grafisinde (paag) de bilateral yaygın retikülodümler dansite artışı görüldü(şekil-1). Covid-PCR negatif CRP:17 hemoglobin 10.8, diğer parametreleri normal aralıkta idi. Toraks bilgisayarlı tomografide(BT) her iki akciğerde subplevral yarıleşimli, üst lob anterior baskın tüm lobları etkileyen buzlu cam ve retikülasyon alanları bilateral bal peteği ve mozaik atenüasyon izlendi(şekil2-3-4). Solunum fonksiyon testinde(şekil-5) restriksiyon izlendi. İAH düşünülen hasta, konseyde görüşüldü. Açık akciğer biyopsisi kararı alındı. Sol üst lob wedge rezeksiyon, sol alt lob wedge rezeksiyon yapıldı. Patoloji sonucunda; sol üst lob wedge rezeksiyonda: artmış fibrozis sonucu yamasal çatisal harabiyet, intertisyel iltihabi hücreler, deskuamasyon, birkaç alanda multinükleer dev hücre varlığı görülmüş. Sol alt lob wedge rezeksiyonda; artmış fibrozis sonucu yamasal çatisal harabiyet mikroskobik bal peteği, lenfoid hücre topluluğu görüldü. Patolog ve romatoloğunda bulunduğu intertisyel konseyde fibrotik HP tanısı alan hastaya nintedanib tedavisi başlandı.

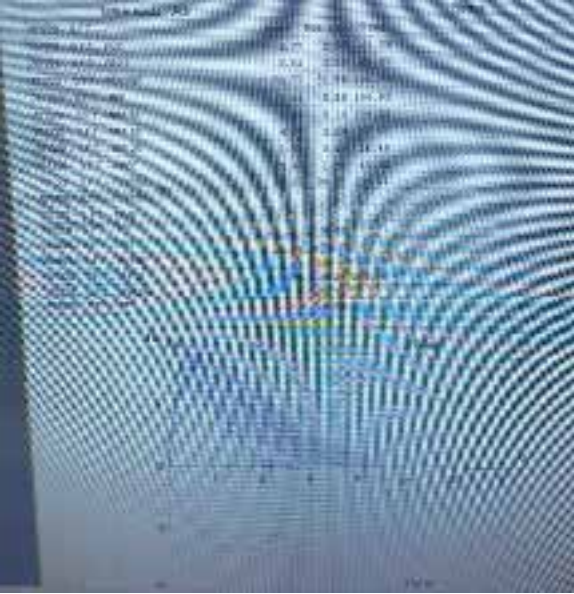
Şekil-1



Şeki-2-3-4



Şekil-5



Tartışma

Hipersensitivite pnömonisi (HP), inhale ajanlara (özellikle organik antijenlere) karşı

akciğer parankiminde gelişen immünolojik bir reaksiyondur. HP tanısı yüksek klinik şüphe ve maruziyet anamnezine dayanır. Klinik değerlendirmeden sonra HRCT ile hastalar değerlendirilir. Günümüzde tedavi ve takibindeki farkları olması sebebi ile fibrotik ve non-fibrotik HP olarak sınıflandırılmaktadır. Tanı koymadaki güçlükler sebebiyle multidisipliner yaklaşım en doğru yaklaşım olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hipersensitivite pnömonisi, multidisipliner yaklaşım

**PS-24****Tekrarlayan Pnömoni ile Tanı Alan Hipereozinofilik Sendrom**

Merve Dilşad Gün, Nevin Karataş, Furkan Atasever, Nurdan Kalkan, Gülşah Günlüoğlu

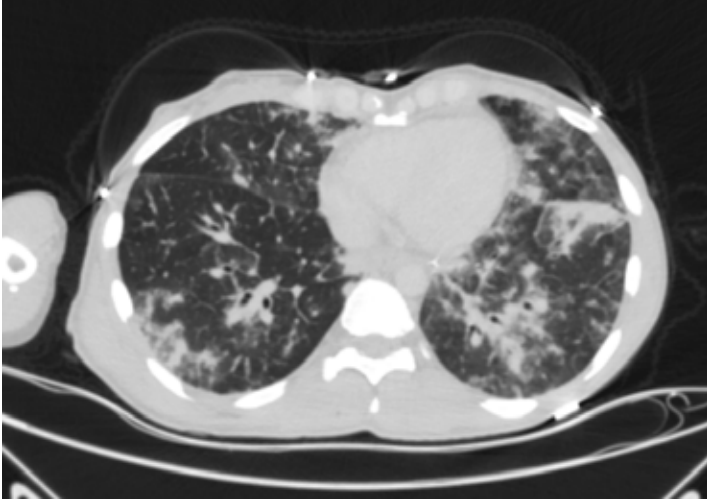
SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş

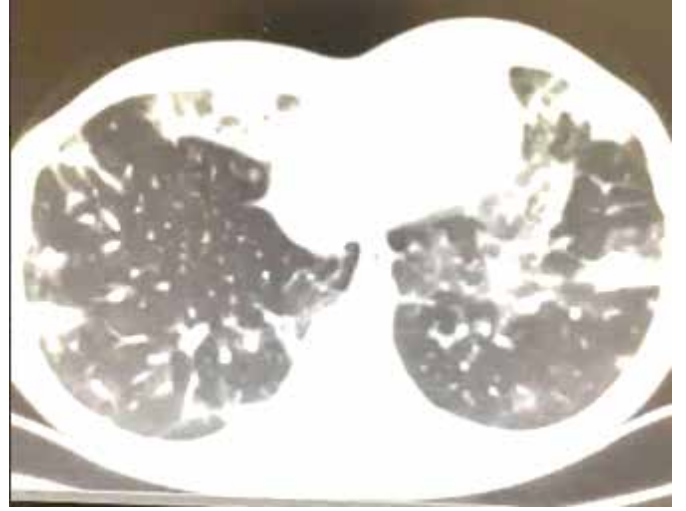
İdiyopatik hipereozinofilik sendrom (IHES) 6 aydan uzun süre kandaki eozinofil sayısının yüksekliği ve bunun parazitler, alerjik hastalıklar, ilaç reaksiyonları, onkolojik hastalıklar gibi nedenlerle açıklanamamamsı durumudur. Multiorgan tutulumu tipiktir ve en sık cilt, akciğer ve gastrointestinal sistem tutulur. Klinik ve radyolojik belirtiler spesifik olmadığından, tanı koymak ve organ hasarının ana nedeni olarak diğer faktörleri dışlamak için sıklıkla histopatolojik değerlendirme gereklidir. Nadir görülen IHES vakasını sunacağız.

Olgu

28 yaş kadın hasta, kolesistektomi öncesi çekilen akciğer tomografisinde pnömonik infiltrasyonları olması üzerine antibiyotik başlanmış, antibiyotik altında progrese olan hasta tarafımıza yönlendirilmiş ve interne edildi. Özgeçmişte 5 p/y sigara kullanımı ve astım öyküsü, Budenosid-formoterol kullanımı mevcut. Ekstremitelerde ağrısız, kaşıntılı lezyonları olan hastaya kronik dermatit tanısı konmuş, lezyonların aktif döneminde biyopsi önerilmiş. Başvuru anında fizik muayenesinde yaygın, multifokal alanlarda lokalize ronküsler ve ekspiryumda uzama izlendi. Kan tablosunda crp:179 eozinofil:3850 olduğu görüldü. Hastanın BT'sinde plevraya oturan, periferik fokal buzlu cam alanları izlendi (şekil1). Eski sonuçlarına bakıldığında 2019'dan itibaren aralıklı olarak periferik eozinofili ve IgE yüksekliği görüldü. Aralıklı olarak kanlı ishal şikayetinin olduğu öğrenildi. 2019 yılındaki BT'si incelendiğinde periferik buzlu camlarının olduğu görüldü (şekil 2). Hastanın sık sık pnömoni tanısıyla antibiyotik tedavisi altında oluşan cilt lezyonlarının ilaç alerjisi olarak değerlendirildiği görüldü. Hastaya klindamisin tedavisi başlandı. Alerji hastalıklarına danışıldı. Prick testinde belirgin bir ajana duyarlılığı saptanmadı. Kollajen vasküler hastalıkları dışlamak için romatolojik markerlar istendi ve negatif saptandı. Kist hidatik indirekt hemaglutinasyon negatif, gaitada amip-giardia negatif. IHES düşünülerek prednol 40 mg/g başlandı. Hasta hematolojiye konsülte edilerek hidroksiüre planlandı. Solunum semptomları azalan ve kan tablosunda düzelme izlenen hasta gastroenterolojiye yönlendirilerek taburcu edildi. Endoskopi-kolonoskopi yapılmış, kronik özofajitis ve eozinofilik kolitis olarak sonuçlanmış. Kontrolünde göğüs ağrısı tanımlayan ve troponin yüksekliği izlenen hasta kardiyolojiye danışıldı. Kalp yetmezliği, apikal trombus tanısı alan hastanın tedavisi kardiyoloji polikliniğince düzenlendi. Hasta romatoloji bölümüne danışılarak tedavisi düzenlendi.



Şekil 1



Şekil 2

Tartışma

IHES Sıklıkla >30 yaş erkek olgularda daha baskın görülür. Solunum sisteminde astım semptomları, sinüzit, rinit, öksürük, dispne, tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonları görülür. Radyolojik olarak interstisyel infiltrasyonlar, küçük nodüller, buzlu cam opasiteleri ile karakterizedir. Lenfadenopati ve plevral effüzyon da görülebilir. Semptomları non-spesifik olup enfeksiyon kliniğiyle benzediği için sık pnömoni tanısı alan hastalarda ayırıcı tanılarda mutlaka akla gelmelidir.



PS-25

Histopatolojik Tanı Alan İki Langerhans Hücreli Histiyositozis Olgusu

Merve Bayrak, Zehra Dilek Kanmaz, Tuğba Mandal, Amine Söylemez, Ömer Kağan Gül, Tuğçe Türk

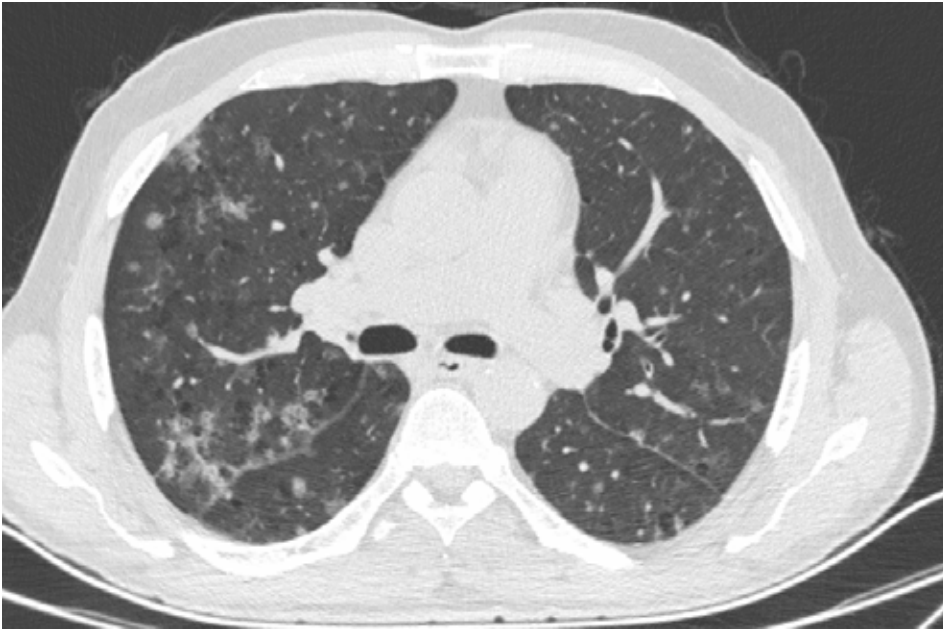
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş

Pulmoner Langerhans hücreli histiyositoz, akciğerlerin Langerhans olarak bilinen hücrelerle infiltrasyonu ile karakterize nadir bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Hastalıkta yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi görünümü genellikle tipiktir. Kesin tanı koymak için ise açık akciğer biyopsisi önemlidir. Açık akciğer biyopsisi ile tanı konulan iki langerhans hücreli histiyositoz olgusunu sunmaya çalıştık.

Olgu 1

65 yaşında erkek hasta öksürük sırt ağrısı ile başvurdu. 30 paket yıl sigara öyküsü mevcut. İskemik kalp hastalığı dışında ek hastalığı yok. Eski toraks bilgisayarlı tomografileri(toraks bt) incelendiğinde ilk başta birkaç yerde sonraki aylarda bilateral üst loblarda daha fazla olmak üzere buzlu cam şeklinde infiltrasyonları mevcuttu. Başvurusundaki toraks bt'de bilateral üst ve orta zonları tutan yaygın buzlu cam dansiteleri amfizemler ve kistik görünümler mevcuttu. Hasta interstisyel akciğer hastalıkları açısından değerlendirildi. Sağ akciğerden vats ile wedge rezeksiyon yapılan hastanın histopatolojik tanısı langerhans hücreli histiyositoz olarak sonuçlandı.



Resim 1:Başvuru sırasındaki Toraks Bt görünümü: bilateral üst ve orta zonları tutan buzlu cam dansiteleri, amfizematöz ve kistik değişiklikler



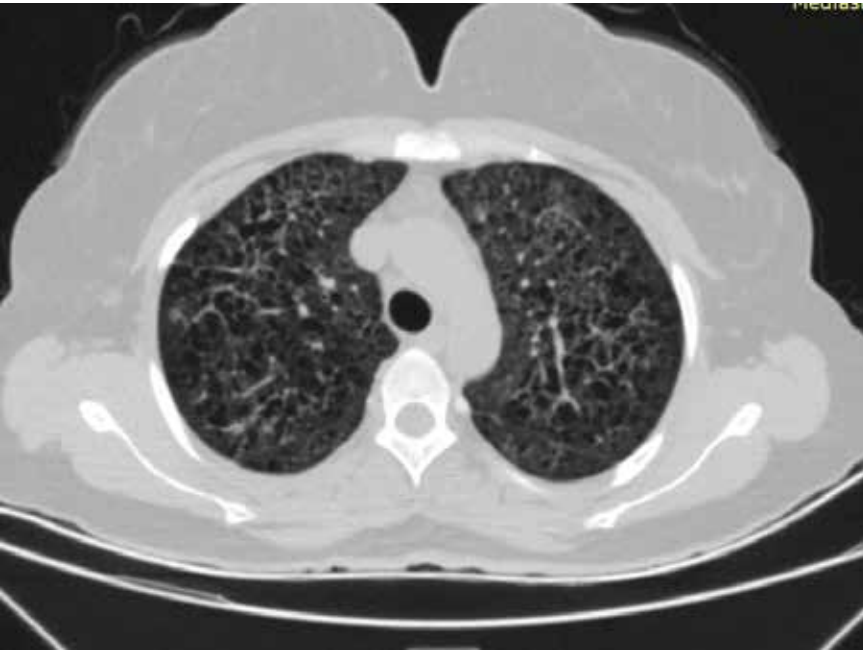
Resim 2: Takibindeki Toraks Bt görünümü: bilateral üst ve orta zonda amfizematöz ve kistik değişiklikler



Olgu 2

33 Yaşında kadın hasta öksürük şikayeti ile başvurdu. 35 paket yıl sigara öyküsü mevcut. Ek hastalık yok. Toraks bt de her iki akciğerde yaygın birleşme eğilimi gösteren üst loblarda daha belirgin 1 cm'den küçük hava kistleri izlenmekteydi. Hastaya kistik akciğer hastalığı etyolojisi açısından açık akciğer biyopsisi yapıldı. Histopatolojik olarak Langerhans hücreli histiositoz olarak sonuçlandı.

Resim 3: üst loblarda daha belirgin bilateral yaygın 1 cm'den küçük hava kistleri



Tartışma

Hastalık spontan veya sigarayı bırakmakla remisyona girebilir ya da parankim infiltrasyonunda ilerleme ve fibrozis sonucu progresif solunum yetmezliği gelişebilir. Tedavide steroid ve sitotoksik ajanlar kullanılmaktadır. Lezyonların yaygınlığı, kistik yapılaşma, tekrarlayan pnömotoraks ve diffüzyon testlerinin düşüklüğü tedaviye başlama endikasyonlarıdır. İki olguda da steroid tedavisine başlandı. Klinik şikayetlerinde azalma izlendi ve takiplerine devam edilmektedir.



PS-26

Sarkoidozda Doğru Zaman Doğru Tedavi

Kadriye Nazlı Kara, Belma Akbaba Bağcı, Ayşenur İlkyaz, Furkan Doğan, Mediha Gönenç Ortaköylü
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi E.A.H

Giriş

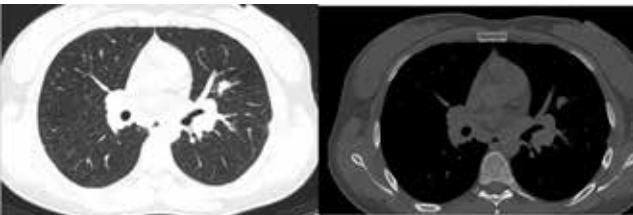
Sarkoidoz, nonkazeifiye granülomların varlığı ile karakterize multisistemik bir hastalıktır. Sarkoidoz rastlantısal olarak çekilen bir akciğer grafisi ile çıkabileceği gibi, multisistem tutulumuna bağlı ortaya çıkan semptomlardaki değişiklikler nedeniyle tanı alırlar. Hastalara Tedavi gerekip gerekmediği, tedavinin ne zaman ve nasıl uygulanacağı konusunda kesin kılavuzlar yoktur. Hastalar klinik semptomları, radyolojik evrelemelerine göre tedavi alırlar. Tedaviye yanıtın takibi; semptomların azalması, başlangıca göre serum ACE düzeyinde, sedimentasyonda ve 24 saatlik idrar kalsiyumunda azalma SFT ve DLCOda düzelme, radyolojik olarak regresyon ile yapılır. Olgumuzda EBUS'la tanı alan, parankim tutulumu ve hiler lenfadenopatisi mevcut olan hastanın medikal tedavi verilmeksizin yakın klinik takip ile düzelen klinik, radyolojik ve laboratuvar değerlerini paylaşıyoruz

Gelişme

Yirmi sekiz yaşında kadın hasta yaygın kas eklem ağrıları ve ateş şikayeti ile acil başvuruları mevcut. Hasta çekilen akciğer grafisinde hiler dolgunluk izlenmesi üzerine göğüs hastalıklarına yönlendirilmiş. Poliklinik kontrolüne gelen hastanın dinlemekle solunum sesleri normal duyuldu. Hastanın alt ekstremitelerde eritamanodusum ile uyumlu cilt lezyonları mevcuttu. Hastanın akciğer grafisinde bilateral lenfadenopati izlendi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde ACE değeri yüksek olarak ölçüldü. Ön tanı olarak sarkoidoz düşünülen hastaya ebus yapıldı. Sağ hiler ve subkarinal lamlar örnekledi. Patolojisi' kronik non nekrotizan granümatöz iltihap' olarak geldi. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde parankim tutulumu mevcuttu. (Siltzbach sınıflamasına göre evre 1) Hastaya semptomatik olmadığından medikal tedavi düzenlenmedi. Hastaya yakın poliklinik takibi önerildi. Üç ay sonra kontrole gelen hastanın muayene bulguları normal izlendi, solunum semptomları yoktu, radyolojik progresyonu mevcuttu. Serum ACE düzeyinde artış vardı. Hastanın semptomlarının olmaması sebebiyle inhaler steroid dışında tedavi verilmeyen hastaya üç ay sonra kontrol önerildi. Kontrolde artralji dışında şikayeti olmayan hastanın çekilen akciğer grafisinde radyolojik gerileme izlendi. Serum ACE düzeyinde düşüş izlendi. Altı ay sonraki takibinde de hasta semptomları yoktu. Hastanın semptomları olursa öne çekilecek şekilde altı ay aralıklarla kontrollerine devam ediliyor.

Sonuç

Olguların önemli kısmında spontan remisyon gelişmektedir. Bu nedenle tedavi sadece semptomatik, organ fonksiyonları bozulmuş olgulara düşünülmelidir. Tedavide steroidler kullanılır. Evre 1, semptomsuz olgular tedavisiz izlenmelidir. Evre 2 veya evre 3 olgular hafif yada orta derecede semptomlu ise tedavi kararı yakın izleme 6-12 ayın sonuna bırakılabilir. Hastaların tedavisine başlarken özellikle yan etkileri ve süresi göz önünde bulundurulmalıdır. Tedavi yakın takip, anamnez ve doğru muayene ile doğru ve uygun zamanda uygulanmalıdır.



ŞEKİL 1: BT'DE BİLATERAL HİLER DOLGUNLUK



PS-27

İmmün Yetmezliği Olmayan Hastada Pnömoni Sonrası Gelişen Bir Komplikasyon Olarak Bronşektazi: Olgu Sunumu

Neval Alağöz¹, Şule Gül¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç

Pnömoni, akciğer parankiminin infeksiyon etkenleri ile oluşan inflamatuvar hastalığıdır. Tüm dünyada çocuk ve erişkin yaş grubunda sık görülen, mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir hastalık grubudur.Yetişkinlerde pnömoni sonrası akciğerde sekel lezyon gelişim oranı bilinmemekle beraber, çocukluk çağı pnömonileri sonrasında bronşektazi gibi parankimal hasar kaldığı bilinmektedir. Pnömoni nedeniyle takip edilen ve immün yetmezliği olmayan yetişkin hastada tedavi sonrası yaygın bronşektazi gelişmesi nedeni ile sunuldu.

Olgu

Yirmi sekiz yaşında erkek hasta bir ay süren nefes darlığı,öksürük,ateş öyküsü ile kliniğimize başvurdu.Bilinen kronik hastalık öyküsü yoktu.25 paket/yıl sigara kullanma öyküsü vardı.Tekstil sektöründe çalışmaktaydı.Hasta şikayetlerinin olduğu dönemde cezaevinde kalmaktaydı.

Bulgular

Fizik muayenesinde oskültasyonda sağ akciğerde belirgin ralleri duyuldu. Akciğer grafisinde sağ orta ve alt zonda buzlu cam alanları ve konsolidasyon mevcut olup hiluslar belirgin izlendi(Şekil 1). Laboratuvar bulguları: beyaz küre sayısı:23.91(4-10), hemoglobin:9,8(11-16), platelet:715.000(150-450), nötrofil:21.18(2-7), lenfosit:1,49(0,8-4), üre:19(10-50), GFR:142(70-140), kreatinin:0,55(0,30-1,2), ast:28(<50),alt:26 (<50), ggt:23(10-71), ldh:184 (<247), anti-hiv negatif idi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) de sağ akciğer üst lob posteriorda, alt lob bazalde ve orta lobda buzlu cam dansitelerinin eşlik ettiği alveolar konsolidasyon alanları ve alt lob superiorda hava bronkogramı içeren 10*5 cm çapta kitle ve konsolidasyon izlendi(Şekil 2). Hastanın Pozitron emisyon tomografisinde (PET/CT) mevcut lezyonlar primer akciğer malignitesi olarak yorumlandı. Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Akciğer bronş biyopsi, subkarinal lenf nodu wang örnekleme ve bronş lavaj sonucunda patolojiye rastlanmadı. Arb ve mikobakteri pcr üremesi negatif sonuçlandı.Hastaya yapılan transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucunda da arb negatif, mikobakteri pcr negatif ve patoloji negatif olarak sonuçlandı.

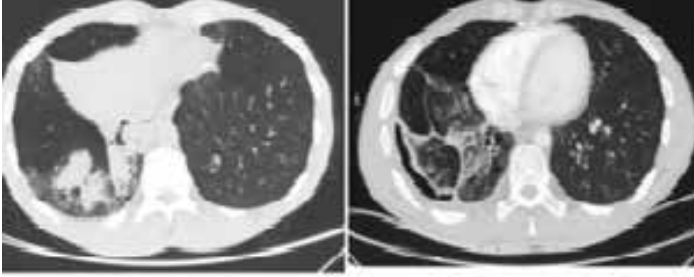
Hasta kliniğimizde bir aylık yatışı boyunca piperasilin-tazobaktam 4*4,5 gr parenteral ve ciprofloksasin 400 mg 2*1 parenteral aldı.Hasta klinik,radyolojik ve laboratuvar olarak tedaviye yanıt verdi. Tedavi sonrası Toraks BT de sağ akciğer alt lobda yaygın kistik ve traksiyon bronşektazileri,subsegmenter ateletkiziler ve sağda plevral alanda fokal hava hapsi alanları izlendi.

Sonuç

Pnömoni sadece çocukluk çağında değil erişkin dönemde de yaygın seyrettiği için sekel lezyon ve bronşektazik alanların gelişimine yol açabilir.Bu hastaların yakın takibi gelişen komplikasyonların yönetilmesi açısından faydalı olacaktır.



Şekil 1: Tedavi öncesi ve sonrası akciğer grafisi



Şekil 2: Tedavi öncesi ve sonrası toraks bilgisayarlı tomografisi

Anahtar Kelimeler: Pnömoni, Bronşiektazi, İmmün Yetmezlik



PS-28

Tanısız Birt Hogg Dube

Ömer Kağan Gül, Zehra Dilek Kanmaz, Tuğba Mandal Ziyrek, Amine Söylemez, Merve Bayrak, Tuğçe Türk

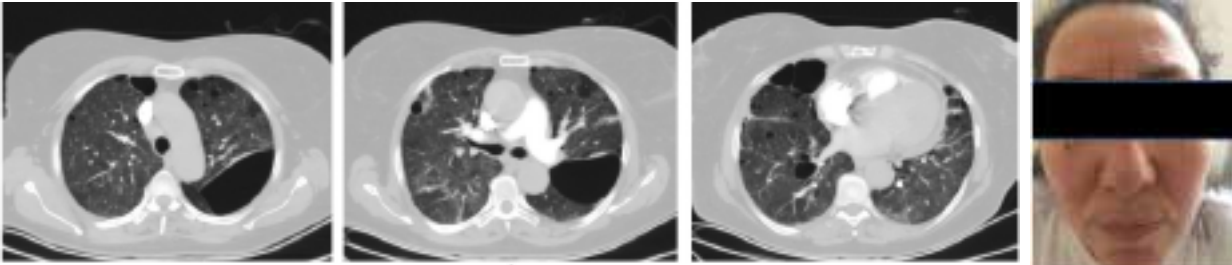
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H.

Giriş

Birt-Hogg-Dube sendromu (BHDS) klinik olarak fibrofoliküloma, trikodiskoma, akciğer kistleri, spontan pnömotoraks ve böbrek tümörleri ile klinik karakterize otozomal dominant bir sendromdur. Bu sendroma follikülin (FLCN) genindeki mutasyonlar neden olur. Burada Birt-Hogg-Dubé sendromlu 55 yaşında kadın bir olguyu sunuyoruz.

Olgu Sunumu

55 yaşında kadın hasta ateş ve nefes darlığı ile başvurduğu acil servisten hastanemiz yataklı servisimize KOAH, hipoksik solunum yetmezliği ön tanılarıyla interne oldu. Hastanın incelenen toraks BT'sinde parakardiyak ve mediastinel kistler dikkat çekti (Resim 1). Dermatolojik muayenesinde burunda yanaklarda ve alında olmak üzere yaygın beyazımsı, kubbe şeklinde birkaç milimetre çaplarında papüller görüldü (Resim 2). Hastanın yapılan sistemik muayenesi, hemogram, biyokimya, tam idrar ve gaita tetkikleri doğaldı. Hastanın deri lezyonlarından biyopsi alınması planlandı. Hastanın takipleri sırasında spontan pnömotoraks gelişmesi üzerine hastaya tüp torakostomi uygulandı. Rezervuarlı maske altında desatüre olması nedeniyle yüksek akımlı oksijen tedavisi (HFOT) denendi.



ŞEKİL 1

ŞEKİL 2

Hastanın tolere edememesi üzerine hasta non-entübe yoğun bakım ünitesine nakledildi.

Tartışma

1977 yılında ilk olarak Birt ve arkadaşları tarafından tanımlanan Birt-Hogg-Dubé sendromu (BHDS) otozomal dominant kalıtım gösterir. Bu sendroma 17. kromozomun p11.2 bölgesinin 14. ekzonunda yer alan follikülin (FLCN) geninde meydana gelen çoklu mutasyonların neden olduğu saptanmıştır. Follikülin proteininin tümör supresor fonksiyonunu olduğu tahmin edilmektedir ancak henüz doğrulanmamıştır. Klinik olarak görülen tümörler bunu destekler niteliktedir. Sendromun tanısının çoğu zaman konulmadığı tahmin edilmekte olup bu nedenle insidansı belirlenememiştir. Birt-Hogg-Dube sendromu genellikle hayatın üçüncü dekadında başlayan yüz ve gövde üst kısmında ortaya çıkan deri renginde, asemptomatik, solid, yumuşak, 2-4mm, kubbe şeklinde papüller ile karakterizedir.

Sonuç

Olgumuzun nadir görülen bir sendrom olması açısından bildiri önemli olup, bu tür sendromlarda deri bulgularının tanınmasının sistemik tutulumun takibi ve özellikle malignitelere erken tanıyı kolaylaştırma açısından önemlidir.



PS-29

Apse Ön Tanısı ile Akciğerde Plasental Transmogrifikasyon Tanısı Alan Nadir Bir Olgu

¹Özgenur Duvarcı, ¹Emine Gizem Cengiz, ¹Merve Erçelik, ¹Önder Öztürk, ¹Ahmet Akkaya

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta

Giriş

Plasental transmogrifikasyon akciğer parankim hücrelerinin plasental villus yapılarına benzer yapılarla yer değiştirmesi ile karakterize çok nadir bir hastalıktır. İlk olarak 1979 yılında McChesney tarafından tanımlanmıştır. Genellikle 20-50 yaş arası erkeklerde görülmekle birlikte sigaraya bağlı şiddetli amfizemi olan veya konjenital dev büllöz amfizemi olan genç erişkinlerde tanımlanmıştır. Şiddetli amfizem sonucu akciğerdeki rezidüel alveoler doku kordonlarında ödem ve fibroze bağlı karakteristik villöz yapılanmalar meydana gelir. Mikroskopik olarak ödemli koryonik villuslara olan benzerliği tanı koymayı kolaylaştırır. Benign olduğu düşünülen plasental transmogrifikasyonda cerrahi rezeksiyon küratif tedavidir.

Olgu

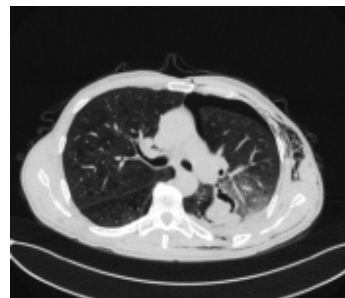
58 yaşında erkek hasta nefes darlığı şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Dış merkezde çekilen toraks bilgisayarlı tomografi(BT) sinde sol akciğer alt lobda içerisinde hava, sıvı seviyesi izlenen 9cm boyutunda hipodens lezyon görülmesi üzerine akciğerde abse şüphesi ile üniversitemiz göğüs cerrahi polikliniğe yönlendirilmiş. Bt eşliğinde abse drenajı planlanan hastada bt görüntüsünde pnömotoraks ve 2cm kalınlığında plevral sıvı görülmesi üzerine işlem yapılmamış. Solunum sıkıntısı olmayan hastaya pigtail takılması gerek duyulmamış. Hastaya acil ameliyat planlanıp abse parankimi wedge rezeksiyonu ile çıkarılmış. Postoperatif toraks tüpü takılmış gelen plevra sıvısı tetkik edilmek üzere örneklenmiş ve patolojiye gönderilmiş. Taburculuk sonrası polikliniğe kontrole gelen hastanın örneklenen plevra sıvısının patoloji raporunda polimorf nüveli lökositlerden zengin iltihabi hücreler ve mezotel hücreleri izlenmiş olup ampiyem ile uyumlu bulunmuş. Aynı zamanda wedge rezeksiyonu materyali patoloji raporunda ise immünohistokimyasal incelemede EMA, TTF1 ve CK7 ile koryon villusu benzeri papiller yapılar çevresindeki epitelde ve alveollerdeki pnömositlerde boyanma izlenmiş. Histokimyasal çalışmalarda Masson Trikrom ile subplevral ve peribronşial alanlarda fibrozis izlenmiş olup subplevral alandan başlayıp parankime uzanan koryon villusu benzeri papiller yapılarda boyanma görülmüş. Patoloji raporunda yaygın amfizematöz değişiklikler, intraparakimal hemoraji, intravasküler tromboz, yaygın intraalveoler hemosiderin yüklü makrofajlar, fibrinöz plövrüt bulguları ve subplevral bül oluşumundan da bahsedilmiş olup bu bulgular eşliğinde olguya "Plasental büllöz lezyon" (plasental transmogrifikasyon) tanısı kondu.

Sonuç

Akciğerin plasental transmogrifikasyonu çok nadir görülen bir hastalık olmakla beraber benign karakterdedir. Ancak literatürde papiller adenokarsinoma transformasyon gösteren bir vaka rapor edilmiştir. Olgumuz çok nadir görülmesi ve mikroskopide koryon villuslarına ileri derecede benzerliği ile ilginç olması nedeniyle sunuldu.



Resim 1: dış merkezde çekilen bilgisayarlı tomografide raporlanan apse formasyonu



Resim 2: apse drenajı için işlemle eş zamanlı BT görüntüsünde görülen pnömotoraks alanı , plevral effüzyon kaviter lezyon



PS-30

Radyolojik Olarak Nadir Görülen Galaksi Bulgusundan Sarkoidoz Tanısına

Asis. Dr. Samet Samancı¹, Doç. Dr. Burcu Arpınar Yiğitbaş¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş

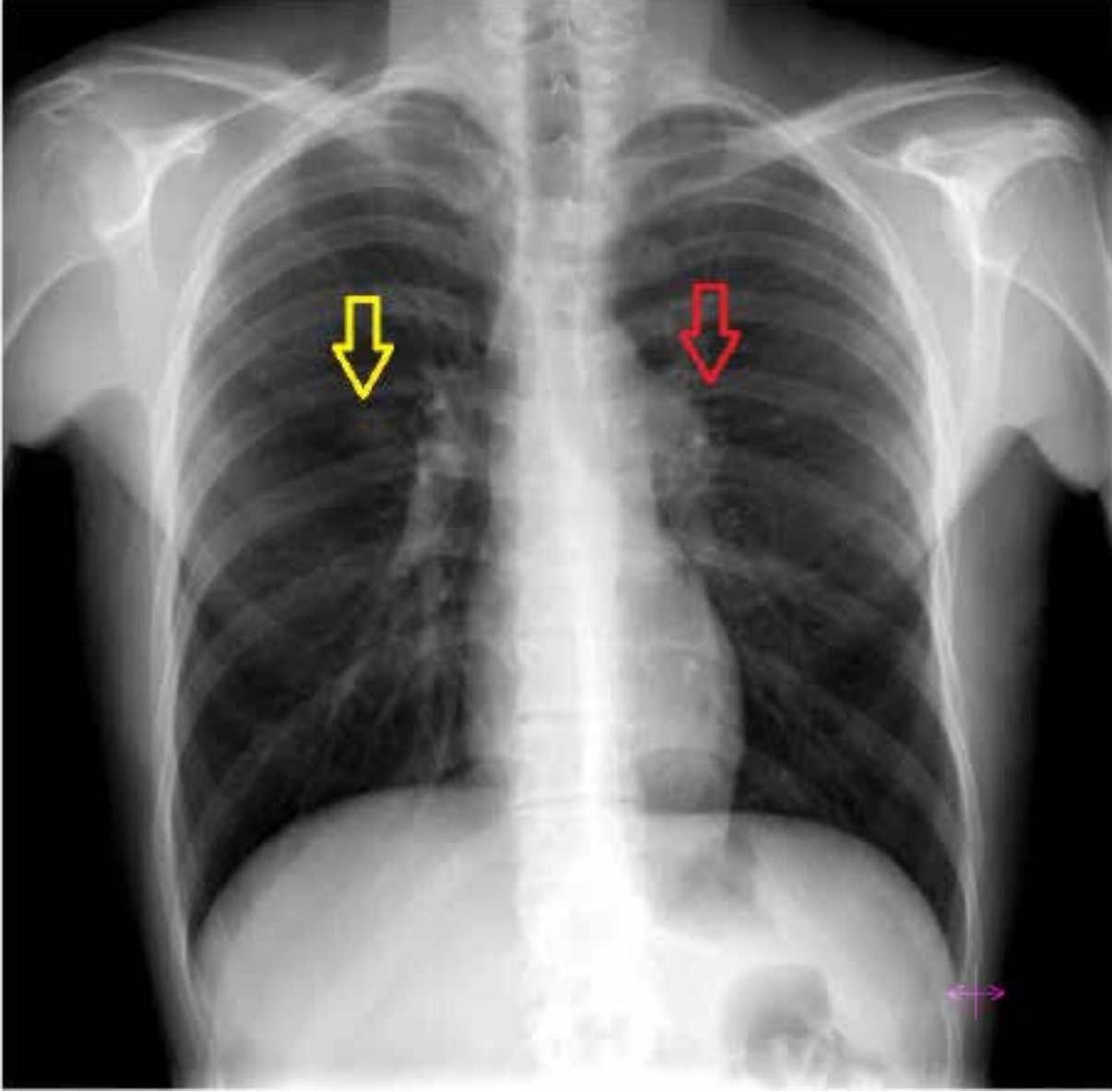
Sarkoidoz akciğer ve lenfatik sistemi tutan, nedeni bilinmeyen sistemik granülomatöz bir hastalıktır. Olgumuz tipik ve az görülen radyolojik bulgulardan yola çıkılarak Sarkoidoz tanısı koyulması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu

Hastanemiz Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran 23 yaş erkek olgu 2 ay önce başlayan ateş, boğaz ağrısı ve bacaklarda kızarma, morarma, şişme şikayetleriyle önce acil servise ardından enfeksiyon hastalıkları polikliniğine başvurmuş. Nonspesifik antibiyoterapi ve antipiretik kullanmış ve romatolojiye yönlendirilmiş. Romatoloji polikliniğinde tetkik edilen ve romatolojik hastalık düşünülmemesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Malatyalı olgunun ailesinde annesi meme kanseri, amcası akciğer kanseri, babaannesi mide kanseri öyküsü mevcut. Laboratuvar tetkikleri CRP:157,61 mg/l, Sedimantasyon:54 mm/saat, Romatoid Faktör:20 IU/ml, Anti dsDNAelisa:<10 IU/ml, mpo anca:<2 ru/ml, pr3 anca:<2 ru/ml, CCP:<8 u/ml, anca IFA:negatif (-), ENA profili:negatif olarak sonuçlanmış. Olgunun fizik muayenesinde pektus karinatum izlendi onun dışında solunum muayenesi doğaldı. Diz eklem hareket açıklığı bilateral kısıtlı ağırlı ama şişlik, kızarıklık yoktu. Hastanın şikayetleri başladığı dönemde acil serviste çekilen ilk Posterior-Anterior Akciğer Grafisinde solda daha belirgin ve konkav görünümde olmak üzere bilateral hiler dolgunluk ve sağ akciğer orta zonda para hiler bölgede yaklaşık 15 mm çapında şüpheli opasite görüldü.(Resim 1) Hastada çekilen Kontrastlı Bilgisayarlı Tomografide(BT) konglomere olmuş multipl mediastinel ve hiler lenfadenopatiler ve her iki akciğer parankiminde santrali daha dens çevresinde ince uydu nodülleri bulunan çapı 5 ile 20 mm arasında değişen multipl dansite alanları(galaksi bulgusu) izlendi. (Resim 2) Hastaya yapılan Endobronşial Ultrasonografi'de(EBUS) sağ alt paratrakeal, subkarinal ve sağ hiler alandaki lenfadenomegaliler EBUS İğne Aspirasyonu(İA) ile örneklendi. Sitoloji çalışmaları sarkoidoz ile uyumlu olarak sonuçlandı.

Sonuç

Akciğer grafisinin giderek önemini kaybetmesi ve hekimlerin değerlendirmelerindeki eksiklik nedeniyle hem sağlık harcamalarının artmasına hem de tanılarda gecikmelere yol açmaktadır. Olgumuzda hem akciğer grafisinde hem BT'de sarkoidoz için tipik ve nadir bulgular olduğu saptanmış ve tanıya gidilmiştir.



Resim 1: Solda daha belirgin ve konkav görünümde(kırmızı ok) olmak üzere bilateral hiler dolgunluk ve sağ akciğer orta zonda para hiler bölgede yaklaşık 15 mm çapında şüpheli opasite.(sarı ok)



PS-31

Polianjitis ile Birlikte Olan Eozinofilik Granülomatozis (EGPA): Olgu Sunumu

Selim Kahraman¹, Mehmet Emin Gerek¹, Fatih Çölkesen¹, Şevket Arslan¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları BD

Giriş

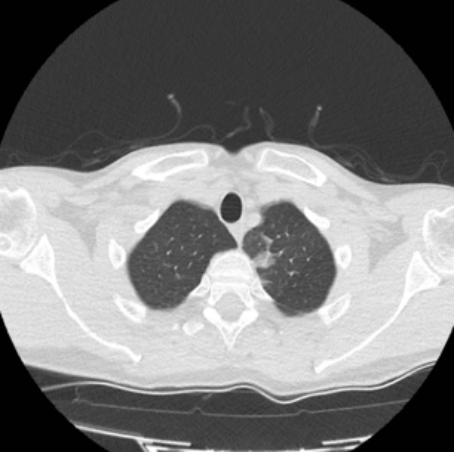
Alerjik rinit, astım ve belirgin periferik kan eozinofilisi ile karakterize, küçük ve orta büyüklükteki arterleri etkileyen sistemik nekrotizan bir vaskülitir. Prevalansı yaklaşık 18/milyondur. Polianjitis ile Birlikte Olan Eozinofilik Granülomatozis (EGPA) tanısında yaş ortalaması 40'tır. Kesin patogenezi bilinmemektedir.

Olgu

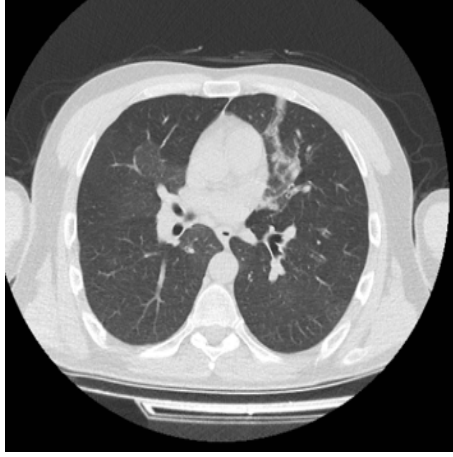
2 yıldır astımı olan hasta 3 ay önce astım atak nedeniyle göğüs hastalıkları polikliniğine başvurduğu sırada serum eozonofil seviyesinde artış (1700-%19) ve IgE de yükseklik (529) görülmesi üzerine biyolojik ajan amaçlı alerji immünoloji polikliniğimize yönlendirilmiş. Fizik muayenesinde solunum sisteminde bilateral ekspiratuar ronküsler dışında patolojik bulgu saptanmadı. Toraks BT sinde bilateral yaygın buzlu cam görünümüleri mevcuttu (Resim 1-2). Anti-nötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) negatifti. Tekrarlanan kan tahlilinde eozinofil sayısı 2980/mm³'e (%22), serum total IgE düzeyi 709 IU/ml'ye yükselmişti. Paranasal sinüs bt de tüm sinüslerde yaygın mukozal kalınlaşmalar görüldü (Resim 3). Elektromyografi'de yaygın sensorimotor polinöropati ile uyumlu olarak geldi. Hastaya Amerikan Romatoloji Derneğinin kriterlerine göre EGPA tanısı konuldu. Hastamıza kortikosteroid tedavisine başlandı. Takipte olan hastanın herhangi bir yakınması bulunmamaktadır.

Sonuç-Tartışma

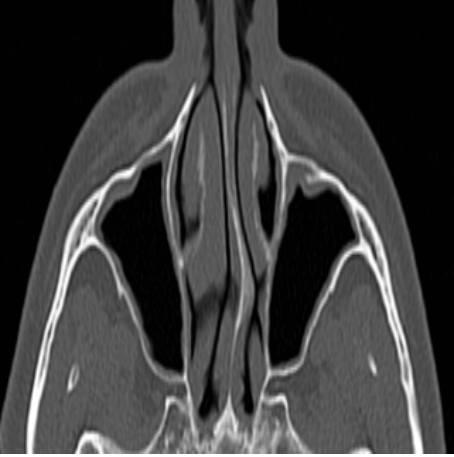
EGPA, nadir görülen bir vaskülitir. En sık tutulan organ akciğerlerdir, bunu cilt tutulumu takip eder. Antinötrofil sitoplazmik antikorlar (ANCA) hastaların yaklaşık yüzde 40-60'ında saptanır. Hastalığın üç ayrı klinik evresi tanımlanmaktadır. Bunlar prodromal, eozinofilik ve vaskülitik evrelerdir. Hastaların yaklaşık yüzde 40'ı, sistemik bir vaskülit gelişmeden önce pulmoner opasiteler, astım ve periferik eozinofili ile başvurur. Solunum fonksiyon testlerinde, vaskülitik evrede DLCO'da azalmayla birlikte obstrüktif ya da restriktif tipte ventilasyon bozukluğu saptanabilir. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi bulguları, yamalı, sabit olmayan buzlu cam opasiteleri ve periferik veya rastgele yerleşimli konsolidasyonları içerir. Laboratuvar bulgularında, tüm olgularda periferik eozinofili görülür. Total IgE seviyesi yükselmiştir ve hastalığın aktivitesi ile paralellik gösterir. Tanı için, Amerikan Romatoloji Derneği'nin tanı ölçütleri geçerlidir: 1) astım, 2) %10'dan daha fazla periferik eozinofili 3) mono ya da poliartropati 4) gezici ya da geçici pulmoner infiltrasyon 5) paranasal sinüs anormalliği 6) doku biyopsisinde ekstrasvasküler eozinofiliden oluşmaktadır. Ölçütlerden 4'ünün bulunması durumunda %85 duyarlılık ve %99.7 özgüllükle hastalığın tanısı konulabilmektedir. EGPA için birincil tedavi sistemik glukokortikoidlerdir. Hastalığın şiddeti ve spesifik organ tutulumuna göre ek bir immünomodülatör ajan eklenir. Astım, eozinofili ve IgE düzeyi yüksekliği söz konusu ise EGPA'nın hatırlanması olgulara erken tanı konmasını ve uygun tedaviyle yaşam sürelerinin uzatılmasını sağlayacaktır.



Resim 1



Resim 2



Resim 3



PS-32

Akciğer Tüberkülozu Schwannoma Birlikteliği*Simay Tankut Doğan, Fatma Müge Batı Alyurt, Merve Dilşad Gün, Nurdan Kalkan, Gülşah Günlüoğlu*

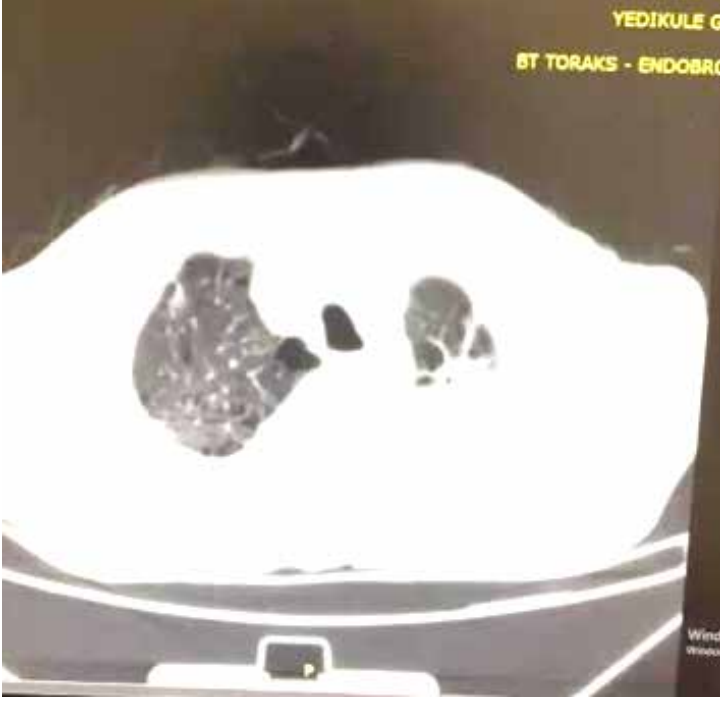
SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş

Periferik sinir kılıfı tümörlerinin en sık görülenlerden biri olan schwannomlar, düzgün sınırlı, sert, kapsüllü ve yavaş büyüyen benign tümörlerdir. Tedavisi kitlenin cerrahi olarak total eksizeyonudur. Bu vaka sunumunda 67 yaşındaki bir erkek hastada oluşan ve oldukça nadir görülen paraspinal schwannomu, schwannomların vücudun her yerinde görülebildiğini hatırlatmak amaçlı sunuyoruz.

Olgu

67 yaşında erkek hasta tarafımıza bir çay bardağı hemoptizi ile başvurdu. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla interne edildi. Bilinen geçirilmiş akciğer tüberkülozu ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı mevcut. 25 p/y exsmoker, 15 yıldır kullanmıyor. Tiotropium 18mcg/gün kullanım öyküsü mevcut. Başvuru esnasında fizik muayenesinde, sol akciğer üst zonda solunum seslerinde azalmış olarak duyuldu. Vital bulguları normal aralıktaydı. Hemogloblin 14,3 inr:1,2 plt:350 bin görüldü. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sol akciğerüst lob apikoposteriorda vertebra ve plevra komşuluğunda düzensiz sınırlı konsolide alan ve yaygın amfizematöz görüntü izlendi(şekil1). Hastanın hemoptizisini lokalize etmek amacıyla bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide bilateral bol mukopürülan sekresyon ve sol alt lob superior segmentle bazal segmentleri ayıran karina üzerinde, üzeri pembe renkte, papillamatöz lezyon izlendi. Kanama odağı saptanmadı. Sol akciğerden bronş lavajı alındı. Sitoloji, nonspesifik kültür, mikobakteri kültürü ve ARB boyama için örnek alındı. Takiplerinde hemoptizi izlenmeyen hasta poliklinik kontrolü ile taburcu edildi. Kontrole geldiğinde lavajında mikobakterium tüberkülozis kompleks ürettiği görüldü. İlaç duyarlılığı olan hastaya nüks tüberküloz tanısıyla 4 lü antitüberküloz tedavisi başlandı. Eş zamanlı olarak alınan biyopsi örneğinin patoloji sonucu iğsi hücreli benign mezenkimal tümör (schwannom ile uyumlu) izlendi. Hasta cerrahi konseyde değerlendirildi. Tüberküloz tedavisi bittikten sonra schwannoma açısından değerlendirilmesi planlanarak takip ve tedavisine devam ediliyor.



Tartışma-Sonuç

Schwannom genellikle posterior mediasten yerleşimli, interkostal sinirlerden kaynaklanan ve çoğunlukla benign karakterli nörojenik tümördür. Büyük boyutlu, kemik erozyonu veya spinal kord basısına neden olanlar, ağrı ve parastezi gibi lokal kompresyon bulguları verebilir. Hastamızın tüberküloz olması ve asemptomatik seyretmesi sebebiyle tüberküloz tedavisi tamamlandıktan sonra cerrahi tedaviye karar verildi.

Anahtar Kelimeler: Schwannoma, akciğer tüberkülozu



PS-33

İdyopatik Pulmoner Fibrozis ve Akciğer Kanseri: Olgu Sunumu*Şeyma Aydın¹, Birsen Pınar Yıldız¹*¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları**Giriş**

İdyopatik pulmoner fibrozis (İPF) ortalama sürvisi 2-4 yıl gibi kısa olan en sık görülen idyopatik interstisyel pnömonidir. İPF olgularında akciğer kanseri sıklığının %7-20 gibi farklı verilerde değişen oranlarla birlikte arttığı bilinmektedir ve bu açıdan takip önerilmektedir.

Olgu

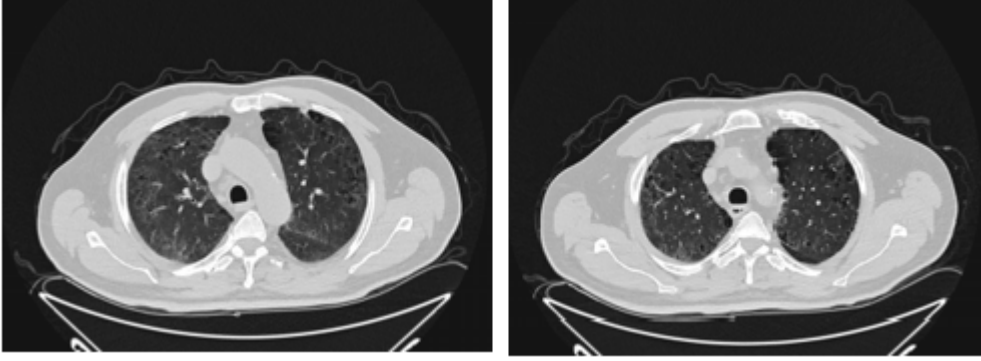
60 yaşında erkek hasta kliniğimize öksürük, eforla nefes darlığı, balgam şikayetleri ile başvuran hastanın fizik muayenesinde clubbing, solunum sistemi oskültasyonunda inspiryum sonu raller ve yer yer ronküsler mevcuttu. Sigara 45p/yıl anamnezi mevcut halen içmekte idi, yaklaşık 10 yıldır KOAH tanısı mevcuttu. Ek hastalıkları KOAH, Hipertansiyon, Diabetes Mellitus ve Prostat hipertrofisi idi.

Bulgular

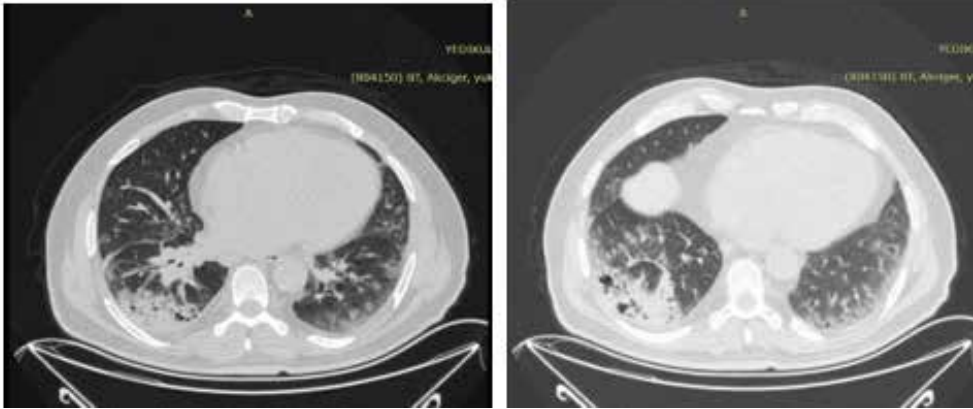
Biyokimya ve romatolojik markerlarda patoloji yoktu. Bronkoalveolar lavajda %15 lenfosit hakimiyeti, CD4/CD8: 0.54 düşük olarak saptandı. Yüksek Çözünürlüklü BT (YRBT) incelemesinde UIP ile uyumlu radyolojik bulgular ile İPF ile uyumlu radyoloji olarak değerlendirildi. Birlikteliğinde amfizem ile uyumlu bulguları mevcuttu (Resim-1). Solunum fonksiyon testlerinde FVC%92, DLCO %44 idi. Dispne skoru MMRC 2 idi. Yürüme testinde 6 dakika yürüme mesafesi 360 metre idi. Ocak 2018'de bu bulgularla pirfenidon 2400 mg/gün tedavisi düzenlendi. Bu tedavi altında yaygın döküntü, alerjik reaksiyon gelişen hastanın tedavisi nintedanip 150 mg 2x1 olarak değiştirilerek devam edildi. Hasta bu tedavi ile 3 yıl düzenli takip edildi, klinik olarak şikayetleri azaldı, fonksiyonel olarak stabil seyretti, atak gözlenmedi. Pandemi nedeniyle sonrasında takiplerine gelemeyen hasta tanı ve tedavinin 54. ayında viral enfeksiyon sonrası geçmeyen öksürük nedeniyle nisan 2022 de tekrar başvurdu. Sağ hiler kitle saptanarak KHDAK tanısı konuldu (Resim-2). Antifibrotik tedavi ile birlikte kemoterapi + Radyoterapi ve immünoterapi tedavisi alan hasta Ocak 2023'de kaybedildi.

Tartışma ve Sonuç

İPF olguları komorbiditelerle seyretmekte ve komplike olabilmektedir. Özellikle birlikte mevcut amfizem varlığı hem akciğer kanseri riskinin artışı hem de hastalık gidişatının daha kötü seyretmesi açısından önemlidir. COVID-19 pandemi döneminde İPF olguları kontrollerini aksatmaları veya geçirdikleri viral enfeksiyon nedeniyle yaşadıkları zorluklara bağlı olarak çeşitli risklerle karşı karşıya kalmıştır. Bu olguların sigara ve amfizem varlığı gibi çoklu risk faktörlerine bağlı olarak yakın takibi ve olası akciğer kanseri açısından değerlendirilmesi önemlidir.



Resim-1: Amfizem



Resim-2: KHDAK



PS-34

Madde Kullanımına Bağlı Genç Yaşta KOAH Olgu Sunumu

Dr. Zehra Ökdem, Dr. Ezgi Akkuş, Doç. Dr. Deniz Çelik, Prof. Dr. Hüseyin Lakadamyalı, Prof. Dr. Özkan Yetkin

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) persistan solunum semptomları ve çoğunlukla irreversible hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize, progresif bir hastalıktır. Bu bildiride KOAH tanısı alan 23 yaşındaki erkek olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu

3 yıl önce başlayan ve giderek şiddeti artan nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile sık sık acil servis başvurusu olan hasta polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde halen sigara içmekte olduğu, toplamda 20 paket/yıl sigara kullanımı olduğu saptandı. Ayrıca opioid bağımlısı olduğu, tedavilere refrakter bir bağımlılık olduğu öğrenildi. Akciğer grafisinde bilateral amfizematöz değişiklikler ve asimetrik, dağınık infiltratif alanlar izlendi. Toraks BT de mozaik attenüasyon paterni, yaygın amfizematöz değişiklikler, tomurcuklanmış ağaç paternleri rapor edildi. Solunum fonksiyon testinde FEV1:%18, FVC:%25, FEV1/FVC:60 saptandı. Ayırıcı tanı açısından DLCO ve FOB, BAL ve transbronşial parankim biyopsisi planlandı ancak hasta kabul etmedi. Hastaya KOAH tanısı konularak uzun etkili beta agonist (LABA) ve uzun etkili muskarinik antagonist (LAMA) tedavisi başlandı. Hasta, tedavi başlangıcında fayda görse de madde ve sigara kullanımına devam ettiği için tedaviden istenilen sonuç elde edilemedi. Sık sık hastane yatışı gerektiren alevlenmelerle hospitalize edildi. Tedavisine inhale kortikosteroid (İKS) eklendi. Hasta İKS+LABA+LAMA tedavisi ile takip edildi. Hastanın sık acil servis başvuruları devam etmektedir.

**PS-35****Geriatrik Sendromların, 60 Yaş ve Üstü COVID Hastalarında Klinik Seyir ve Mortaliteye Etkisi**

Uzm. Dr. Zeynep Safiye ŞAHİN ERÖKSÜZ *

*Sultanbeyli Devlet Hastanesi

Amaç

COVID-19 pandemisinin ataklarında en çok etkilenen popülasyon yaşlılardır, ancak geriatrik sendromların klinik seyir ve mortalite üzerine olası etkileri hakkındaki veriler halen çelişkilidir.

Yöntemler

Nisan-Haziran 2020 tarihleri arasında 60 yaş üstü, PCR testi pozitif olan ve hastaneye yatış (servis veya YBÜ) ihtiyacı olan yeni COVID-19 tanısı almış hastalar prospektif olarak çalışmaya alındı. Hastaların başvuru anındaki demografik bilgileri, tam kan tetkikleri ve laboratuvar sonuçları, bilgisayarlı tomografi bulguları, hastalığın evresi, oksijen ihtiyacı, mekanik ventilasyon ve yoğun bakım ünitesi kayıtları kaydedildi. Tüm hastalar sarkopeni, kırılgnlık ve yetersiz beslenme durumu açısından anketle değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 65 hastanın %41'i (n:27) kadındı ve yaş ortalaması 69±8,4 idi. Her iki cinsiyette demografik özellikler benzerdi, ortalama hastanede kalış süresi 9,2±4,3 gündü. Frail, prefrail, sarkopeni riski ve yetersiz beslenmesi olan hasta sayısı sırasıyla 6(%9,2), 16(%24,6), 7 (%10,8), 5 (%7,7) idi. İleri yaş (>70 yaş) kırılgnlık için bir risk faktörü idi (p>0,001). Mortalite için risk faktörleri ileri yaş (p<0,041), frail-prefrail (p<0,0042), kronik böbrek yetmezliği (p<0,001), aritmi (p<0,045), yoğun bakım ihtiyacı (p<0,001), invaziv olmayan mekanik ventilatör (NIMV) (p<0,001) ve entübasyon (p<0,002) idi.

Sonuç

İleri yaş, kırılgnlık ile yüksek oranda ilişkilidir. Sarkopeni ve yetersiz beslenme durumu da kırılgnlıkla birlikte yaygındı. Komorbiditeler, YBÜ ihtiyacı, NIMV ve entübasyon mortalite için risk faktörleriydi ve prefrail hastalarda yaygındı. Sadece kırılgn değil, prefrail COVID-19 hastaları hastanede yatışları sırasında yakından takip edilmelidir.

**PS-36****Diffüz Alveoler Hemorajiye Neden Olan Akut Mitral Yetmezlik Vakası**

Uzm. Dr. Sükrü Egemen Demir

Hakkari Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları, Hakkari, Türkiye

Giriş

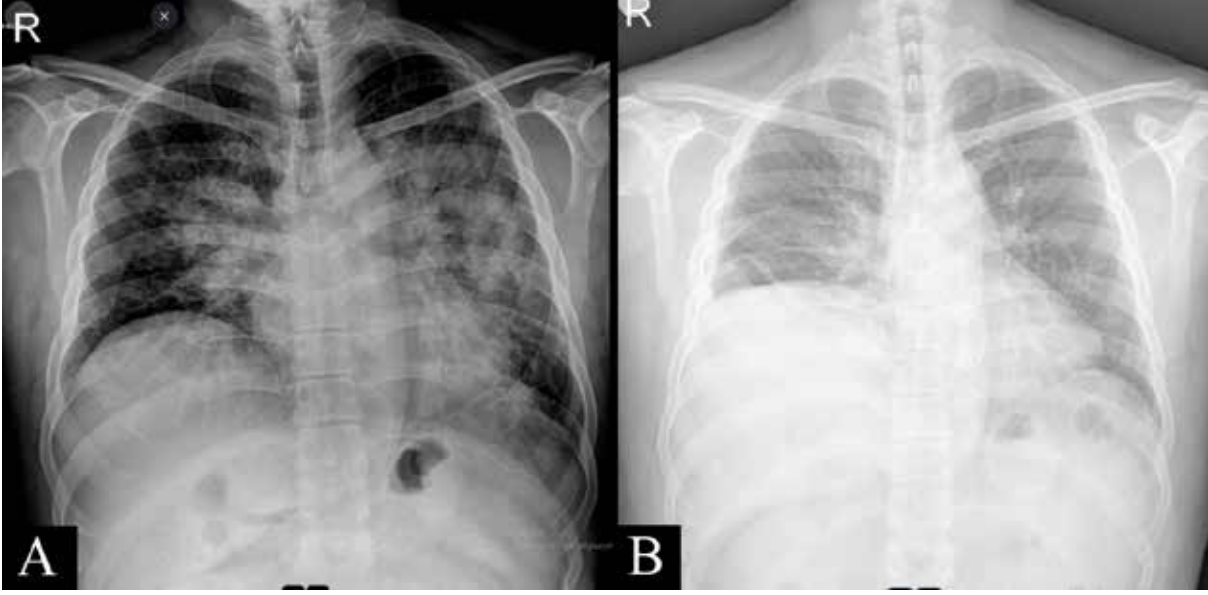
Diffüz alveoler kanama (DAH), mikrovasküler yaralanma nedeniyle alveollere yaygın kanama ile karakterizedir. DAH'a pulmoner ödem de eşlik edebilir. Alveolokapiller membrabda ortaya çıkan gaz değişimi engeli hipoksi ve dispneye yol açmaktadır. İlaç kullanımı, pulmoner emboli, sarkoidoz, vaskülit ve mitral stenoz gibi birçok etiyolojinin DAH'a neden olduğu kanıtlanmıştır. Nadiren de olsa akut mitral yetersizliğin DAH'a yol açtığı olduğu bildirilmiştir. Bu olguda hemoptizi ve dispne şikayeti ile Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran hastada saptanan Akut Mitral Yetmezliğe bağlı Diffüz Alveoler Hemorajiyi sunmak istedik.

Olgu

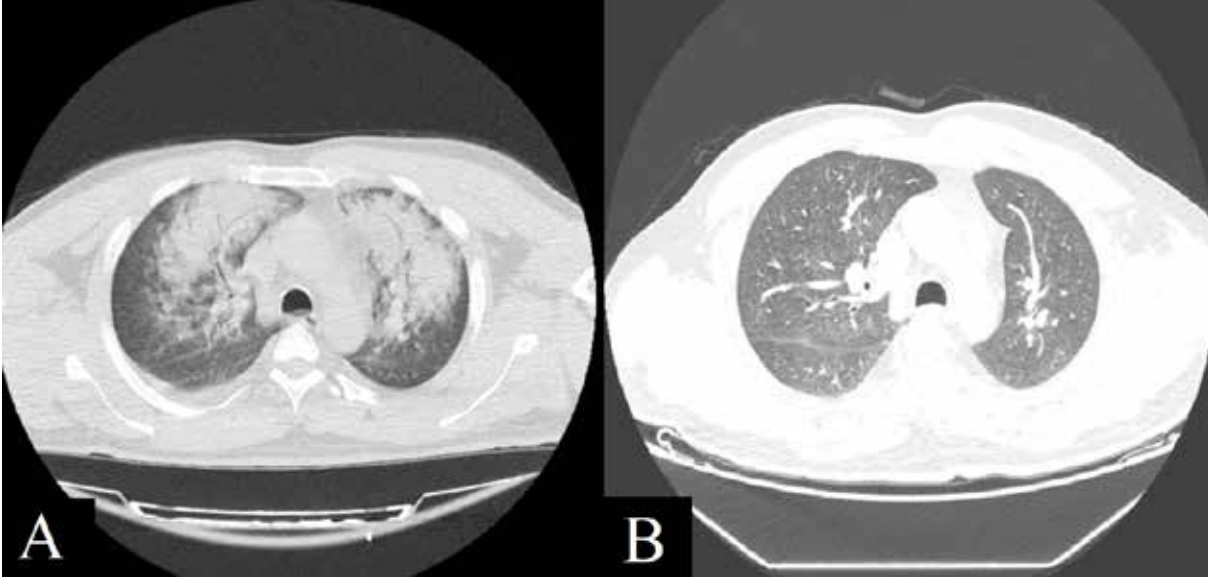
44 yaşında erkek hasta, 4 gündür devam eden dispne ve hemoptizi şikayeti ile Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvurdu. Bilinen kronik hastalık ve sigara öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde bilateral krepitan raller ve sibilan ronküsler duyuldu. Oda havası Spo2: % 75, nabız : 104/dk' idi. PA Akciğer grafisinde santral yerleşimli opasiteler saptanması üzerine çekilen Toraks BT'sinde bilateral santral yerleşimli alveoler buzlucam-konsolide opasiteler ve hava bronkogramları görüldü. Hastanın laboratuvar değerlerinde Hb:13 g/dl, Hct: %23, CRP: 75 mg/dl, Sedimentasyon : 96 mm-saat olarak saptandı. Yapılan Ekokardiyogramında Evre-4 ağır derecede mitral yetmezlik ve Flail mitral korda rüptürü saptandı. Hastanın takiplerinde masif hemoptizisinin devam etmesi üzerine endobronşial değerlendirme açısından fiberoptik bronkoskopi planlandı. Bronkoskopide bronş mukozası hiperemik ve frajil gözlendi. Bronkoalveoler lavaj patoloji incelemesi hemosiderin yüklü makrofaj olarak raporlandı. Akut mitral yetmezliğe bağlı diffüz alveoler hemoraji ön tanısı ile pulse steroid ve diüretik infüzyon tedavisi düzenlendi, rezervuarlı maske ve aralıklı NIMV ile oksijenizasyonu sağlandı. Hastanın takiplerinde klinik, radyolojik ve laboratuvar olarak belirgin regresyon gözlendi ve mitral kapak replasman cerrahisi planlandı.

Sonuç-Tartışma

DAH, akciğer hasarı veya sistemik bozukluklar (vaskülit, bağ dokusu hastalığı) gibi çeşitli nedenlere bağlı olabilir. Akut MY'de sol atriyum hacmindeki ani artış, sol atriyum içindeki basıncın aniden yükselmesine neden olur. Bu hemen pulmoner dolaşıma geri yansır ve sıklıkla pulmoner ödeme yol açar. Akut artan kapiller mekanik basınç ile birlikte kapiller rüptüre sekonder alveoler hemoraji gelişebilmektedir. Hemoptizi varlığı her alveoler hemoraji olgusunda eşlik etmemekle birlikte, şüpheli olgularda bronkoalveoler lavaj ile hemosiderin yüklü makrofajların gösterilmesi DAH tanısını koydurur. DAH etyolojisinde daha nadir de görülse akut Mitral Yetmezlik gibi kardiyak patolojilerin akılda tutulması ve erken dönemde Ekokardiyografi, TEE ile değerlendirilmesi hayat kurtarıcı olabilir.



Resim-1 : A: Tedavi öncesi PA Akciğer Grafisi , B : Mitral Kapak Replasmanı Cerrahisi sonrası PAAG



Resim-2 : A: Tedavi öncesi Toraks BT , B : Mitral Kapak Replasmanı Cerrahisi sonrası Toraks BT

Anahtar Kelimeler: Diffüz Alveoler Hemoraji, Akut Mitral Yetmezlik



PS-37

Sezaryen Sonrası Postoperatif Akciğer Atelektazisi: Olgu Sunumu

Erdem Fettahoğlu, Melike Bedir, Zehra Dilek Kanmaz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları-Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş

Atelektazi, akciğerlerdeki alveoler hava keseciklerinin kısmen veya tamamen çökmesi ile karakterize bir durumdur. Atelektazi en sık karşılaşılan postoperatif pulmoner komplikasyondur, genellikle klinik bulgu vermez. Akut gelişen atelektazi acil tedavi edilmediğinde alveolar gaz değişimini bozup, enfeksiyon riskini arttırarak mortalite ve morbiditede artışa sebep olabilir. Cerrahi işlemler, ağrı, torasik kas yaralanması, göğüs duvarı instabilitesi ve diyafram disfonksiyonu gibi faktörler nedeniyle öksürük ile salgıların temizlenmesini engelleyerek postoperatif atelektazi riskini artırır. Ayrıca, akciğer hastalığı olan hastalar artmış bronşiyal salgılara yatkındırlar. Perküsyonda azalma, oskültasyonda tutulmuş bölgede akciğer seslerinde azalma veya yokluk, göğüs hareketlerinde azalma veya yokluk atelektazinin fizik muayene bulgularıdır. Atelektazinin en önemli laboratuvar bulgusu ise hipoksemidir. Arteriyel kan gazlarıyla tanı konur. Genellikle artmış ventilasyondan kaynaklı olarak karbondioksit seviyeleri normal veya düşüktür. Akciğer filminde ve tomografide lobar kollapsın direkt ve indirekt bulguları gözlenebilir. Direkt bulgular; fissürlerde deplasman, havalanma kaybı, bronşlarda belirginleşme ve damarlanmada artıştır. İndirekt bulgular; hemidiyaframda yükselme, mediasteninin lezyon tarafına çekilmesi, hiler deplasman, kompensatuar hiperaerasyondur.

Olgu

28 yaşında kadın hasta kliniğimize son 4 gündür devam eden nefes darlığı, ara ara sol göğsünde gezici tarzda ağrı şikayeti ile başvurdu. Depresyon tanısıyla antidepressan kullanıyordu. Sigara öyküsü yoktu. 10 gün önce ikinci sezaryen ameliyatı geçirmişti. Fizik muayenesinde sol akciğerde solunum sesleri azalmış, ateş: 38.4, saturasyon: 94, nabızı: 102, solunum sayısı: 22 idi. Alınan kan gazında Ph: 7,46, pCO₂: 27.5, PO₂: 60.4, HCO₃: 19,2 idi. Hemogram'da WBC: 18.98, HTC:36.2, HGB: 12.5, PLT: 426, biyokimya'da ise CRP: 116.5, AST: 40, Kre: 0.69, LDH: 458, D-dimer: 0,5 idi. Diğer tetkikleri ve Elisa testleri normaldi. Hastanın çekilen posteroanterior akciğer grafisinde(PAAC) sol diyafram eleve görünümde ve sol kostofrenik sinüs kapalıydı.(Resim 1). Hastaya PAAC'deki diyafram elevasyonu sebebiyle toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Toraks BT'de Sol akciğer alt lobda atelektazi izlendi (resim 2). Ayrıca bu düzeyde Pnömonik infiltrasyon izlendi. Hastaya ampsilin 4x1 gr, N-Asietilsistein nebül 3x1, pantoprazol 1x1 tedavisinin yanında solunum fizyoterapisi, bronkodilatatör ve oksijen tedavisi uygulandı. Balgam ARB - mikobakteri kültürü ve non-spesifik balgam kültürü istendi. İkisi de negatif sonuçlandı. Yapılan alt ekstremite venöz doppler ultrasonda herhangi bir derin ven trombozuna rastlanmadı. Yapılan fiberoptik bronkoskopide sol akciğer alt lob superior girişini tıkayan mukus tıkaçı görüldü. Bronkoskop ile tıkaçın temizlenmesiyle işlem sonlandırıldı. Kliniğimizde takip edilen hastanın takiplerinde fiberoptik bronkoskopi sonrası hızla klinik ve radyolojik düzelme görüldü. Hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.



Resim 1. Hastanın PAAC'de atelettaziye bağlı sol diyafram elevasyonu izlenmektedir.



Resim 2. Toraks BT'de bilateral ince cidarlı kistik lezyonlar izlenmektedir



PS-39

Multipl Primer Akciğer Kanseri: Senkron Tümör Olgusu

Dr. Saibe Fulya Elmastaş Akkuş, Uzm. Dr. Hasibe Çiğdem Erten, Prof. Dr. Nesrin Kıral Gürbüz, Prof. Dr. Sevda Şener Cömert

SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul

Multipl Primer Akciğer Kanseri: Senkron Tümör Olgusu**Giriş**

Akciğerde birden fazla odakta gelişen kanserlere multipl primer akciğer kanseri adı verilmektedir. Senkron akciğer tümörü; mediastinal ve uzak organ metastazı olmadan akciğerde aynı zamanda iki farklı histolojik tipte tümör saptanmasıdır [1]. Tüm akciğer kanserlerinin %1-2'si senkron tümör olup beş yıllık sağkalım oranı %1-6 arasında bildirilmiştir[2,3]. Transtorasik ince aspirasyon biyopsileri (TTİAB) ile tanı konulan senkron akciğer tümörü olgumuzu sunmaktayız.

Olgu

Yetmiş bir yaşında erkek hasta öksürük, halsizlik ve kilo kaybı şikayetleri ile Göğüs hastalıkları polikliniğimize başvurdu. Arteriyel kan basıncı 120/80 mmHg, nabız 76/dk, ateş 36.1°, oda havasında satürasyonu %98 izlendi. Fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Akciğer grafisinde; sağ akciğer alt zonda diyaframla süperpoze 6 cm düzgün sınırlı opasite görüldü (Resim 1). Toraks bilgisayarlı tomografide (BT); sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte, diyafragmatik plevral yüzeye yaslanan 7x4.7x6.8 cm kitlesel lezyon ve sol akciğer alt lob superior segmentte 1.8x1.6 cm nodüler lezyon izlendi. Bronkoskopide endobronşiyal lezyon görülmedi. PET-BT ve kranial MR (manyetik rezonans görüntüleme) çekildi. PET-BT'de sağ akciğerdeki kitlesel lezyonun SUDmax değeri 14.1, sol akciğerdeki nodülün ise SUDmax değeri 3.8 ölçüldü. Mediastinal lenfatik istasyonlarda patolojik tutulum izlenmedi (Resim 2). Kranial MR'da metastaz görülmedi. Akciğer sağ alt lob yerleşimli kitlesel lezyondan TTİAB uygulandı. Patoloji sonucu skuamoz hücreli karsinom olarak raporlandı. İnvaziv evreleme amacıyla EBUS yapıldı. Subkarinal ve sol hiler alanda 0.6 cm lenfadenomegali saptanarak transbronşiyal lenf nodu aspirasyonu yapıldı. EBUS ile alınan materyallerde malignite saptanmadı. Sol akciğer alt lob yerleşimli nodüler lezyonun metastaz veya senkron tümör ayırımının yapılabilmesi amacıyla TTİAB yapıldı. Lezyonun patolojik tanısı adenokarsinom olarak raporlandı. Spirometrik değerleri FEV1:2.5 L (%87), FVC: 4.1 L (%110), FEV1/FVC:%61; DLCO %89 olarak ölçüldü. Hastamız operasyon amacıyla göğüs cerrahisine yönlendirildi.

Tartışma-Sonuç

Senkron tümör ile metastatik akciğer kanseri arasında ayırım yapabilmek hem tedavi planı hem de sağ kalım süreleri açısından önemli sonuçlara sebep olabilmektedir. Cerrahi tümör rezeksiyonu yapılan senkron akciğer kanseri olgularının uzun dönem sağ kalımları, evre IV metastatik akciğer kanseri hastalarına göre daha uzun olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Cerrahi rezeksiyonun hastalarda uzun dönem sağ kalım için etkili bir tedavi olduğu düşünülmektedir [4]. Sonuç olarak akciğer kanseri ön tanısı ile araştırılan hastalarda birden fazla lokalizasyonda lezyon mevcut ise senkron tümör olasılığı akılda tutulmalı ve lezyonlara yönelik histopatolojik inceleme yapılmalıdır.

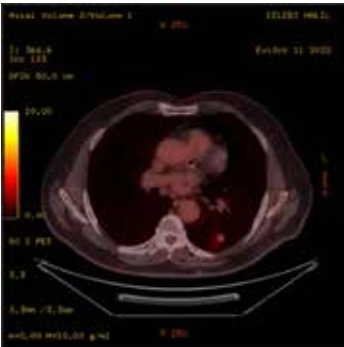
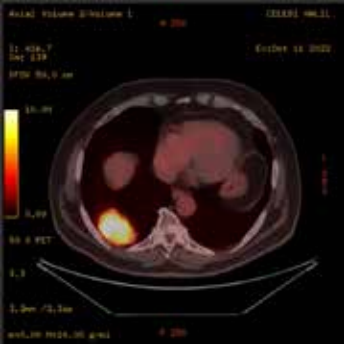


Kaynakça

- [1] T. Antakli, R. F. Schaefer, J. E. Rutherford, and R. C. Read, "Second primary lung cancer," *Annals of Thoracic Surgery*, vol. 59, no. 4, pp. 863–867, 1995, doi: 10.1016/0003-4975(95)00067-U.
- [2] R. F. Pommier, J. T. Vetto, J. T. Lee, and K. M. Johnston, "Synchronous non-small cell lung cancers," *Am J Surg*, vol. 171, no. 5, pp. 521–524, 1996, doi: 10.1016/S0002-9610(96)00019-0.
- [3] T. K. Rosengart, N. Martini, P. Ghosn, and M. Burt, "Multiple primary lung carcinomas: prognosis and treatment," *Ann Thorac Surg*, vol. 52, no. 4, pp. 773–779, 1991, doi: 10.1016/0003-4975(91)91209-E.
- [4] E. J. Jung *et al.*, "Treatment outcomes for patients with synchronous multiple primary non-small cell lung cancer," *Lung Cancer*, vol. 73, no. 2, pp. 237–242, Aug. 2011, doi: 10.1016/j.lungcan.2010.11.008.



Resim 1: PA akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda diyafram ile superpoze yaklaşık 6 cm düzgün sınırlı opasite izlenmektedir.



Resim 2: PET BT'de sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte, diyafragmatik plevral yüzeye yaslanan yaklaşık 7x4.7x6.8 cm boyutlarında SUDmax değeri 14.1 olan kitlesel lezyon ve sol akciğer alt lob superior segmentte yaklaşık 1.8x1.6 cm boyutunda SUDmax değeri 3.8 olan nodüler lezyon izlenmektedir.



PS-40

Maligniteyi Taklit Eden Pulmoner Aktinomikoz: Olgu Sunumu

Nihan Kurt Güreler¹, Güngör Çamsarı¹, Elif Yelda Niksarlıoğlu¹, Ramazan Eren¹, Merdiye Serdaroğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç

Aktinomiçes ağız boşluğu, sindirim sistemi ve genital sistemde normal florada bulunan anaerobik gram pozitif bakterilerdir. Aktinomikoz ise vücutta başlıca servikofasiyal, abdominal ve torasik bölgelerin tutulduğu kronik, süpüratif ve granümatöz bir hastalıktır. Klinik ve radyolojik bulgularının nonspesifik olması sebebiyle tanı konmada güçlük yaşanmaktadır. Tanıda patoloji materyallerinde sülfür granüllerinin görülmesi patognomiktir.

Olgu

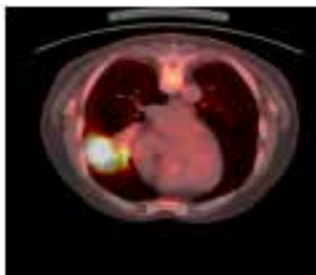
61 yaşında erkek hasta polikliniğimize kreşe hemoptizi şikayeti ile başvurdu. Hipertansiyon dışında bilinen kronik hastalık ve sigara kullanım öyküsü yoktu. Hastanın hemogram ve biyokimya tetkiklerinde bir patoloji saptanmadı, çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer orta lobda buzlu cam dansiteleri ve retikülonodüler alanların eşlik ettiği konsolidasyon alanları gözlemlendi (Şekil 1). Hastaya bronkoskopi yapıldı, endobronşiyal lezyon gözlenmedi, alınan kültürlerinde üreme gözlenmedi, patoloji sonucunda tümöral hücre görülmedi. Hastanın bir ay sonra çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ orta lobda düzensiz kontürlü konsolide alanın devam etmesi üzerine hasta malignite ön tanısı ile tetkik edilmeye başlandı. Çekilen PET-BT'de; Sağ akciğer orta lobda santralden periferik uzanan, orta lob lateral ve anterior segmentte içerisinde hava bronkogramları saptanan konsolide görünümde yoğun hipermetabolik tutulum alanı (SUVmax:12.45) gözlemlendi (Şekil 2). Hastanın eş zamanlı alınan kontrol kanlarında c-reaktif protein:152,8 mg/L, beyaz küre sayısı:17.32 10e3/uL, nötrofil:14,78 10e3/uL olarak saptanması ve kreşe hemoptizisinin devam etmesi üzerine hasta interne edildi. Hastaya meropenem 3*1 gram iv olarak başlandı. 14 gün meropenem tedavisi sonrası hastanın enfeksiyon parametrelerinde regresyon gözlemlendi. Çekilen kontrol toraks bilgisayarlı tomografisinde konsolidasyon alanının devam etmesi üzerine hastanın bronkoskopisi tekrarlandı; sağ üst lob, ve alt lob segmentleri doğal, orta lob medial segment girişinde anteromedial duvardan köken alan düzgün yüzeyle, lobüle görünümde polipoid lezyon izlendi, distaline geçilemedi (Şekil 4). Gözlenen polipoid lezyondan multiple biyopsiler ve sağ orta lob medial segment girişinden lavaj alındı. Patoloji sonucunda tümöral hücre gözlenmeyen, nonspesifik kültürlerinde ve tüberküloz kültüründe üreme olmayan hastaya cerrahi konsey kararıyla sağ orta lobektomi yapılması planlandı. Sağ orta lobektomi sonrası patolojisi aktinomiçes olarak görüldü.

Sonuç

Pulmoner aktinomikoz semptomlarının nonspesifik olması ve radyolojik olarak maligniteyle karışabilmesi sebebiyle tanısı zor bir hastalıktır. Olguların tanısı bu sebeple gecikmektedir. Malignite ön tanısı ile tetkik edilen hastalarda bulgularımız maligniteyi desteklese bile ayırıcı tanıda benign patolojiler de akılda tutulmalıdır.



Şekil 1: Tanı anında çekilen toraks bilgisayarlı tomografi



Şekil 2: PET-BT görüntüsü



Şekil 3: Tedavi sonrası çekilen toraks bilgisayarlı tomografi



Şekil 4: Bronkoskopi görüntüsü

**PS-41****Nadir Ama Ciddi Klinik Tablosu ile Kronik Eozinofilik Pnömoni Vaka Sunumu**

Tahsin Yahşi, E. Pınar Çelik, Hüsnü Baykal, Füsün Ülger

Ankara Atatürk Sanatoryum EAH, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş

Kronik Eozinofilik Pnömoni (KEP); akciğerlerin interstisyum ve alveolar boşluklarında anormal eozinofil birikimi ile karakterize, kan eozinofilisi ve radyolojik olarak periferik pulmoner infiltratlar izlenen, sıklıkla astımın eşlik edebileceği, etiyojisi bilinmeyen, nadir intersitisyel hastalıklardandır.

Olgu

66 yaşında kadın hasta (2011 yılında opere sağ meme CA, 4 kür KT almış, RT almamış, DM, HT, sigara içmemiş); 1.5 yıldır Nefes Darlığı, kuru öksürük, hırıltılı solunum şikayetleri ile astım tanısı mevcut; inhaler tedaviye rağmen düzelmeyen öksürük, hırıltılı solunum, belirgin efor dispnesi şikayetleri ve hipoksi (spo₂:%82-86) saptanması sonucu tetkik edildi. Toraks yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT): Bilateral DAĞINIK buzlu cam alanları, düzensiz konsolide alanlar izlenmekte, kan Eo:1260 ve Total IgE:100,9 olan hasta eozinofilik akciğer hastalığı? covid pnömonisi?, malignite? Ön tanıları ile tetkik edildi. Desatürasyon nedeniyle fiberoptik bronkoskopi (FOB) işlemi yapılamayan, derin hipoksi gelişen hastaya steroid tedavisi başlandı. Konsolide alanlar için bakılan PET tetkiki sonucu radyolojik regresyon izlendi. Kontrol PAAG grafi kontrollerinde konsolide görünüm tamamen kayboldu. Efor dispnesi devam eden hastanın Ventilasyon-Perfüzyonsintigrafisi; orta-yüksek ihtimalli emboli olarak raporlandı ve antikoagülan tedavi başlandı. Steroid dozu 3 aylık sürede azaltılarak kesildi. 12 ay sonra aynı şikâyet ve hipoksi ile tekrar başvurdu. YRBT'de; yaygın periferik infiltrasyonların tekrar geliştiği görüldü. Derin hipoksi nedeniyle yakın gözlem yoğun bakım şartlarında FOB yapıldı; BAL: nötrofil %73 Eo %2,1 ve bronş mukoza biyopsi: eozinofilden zengin kronik inflamasyon bulguları, Eo:1590, IgE 100,9, mevcut bulgularla KEP? Eozinofilik granülomatosis polianjitis? (EGPA-Churg-Strauss Sendromu) ön tanısı ile Romatoloji bölümü ile konsülte edildi. Nöropati saptanmadı, nazal polip saptandı. Renal biyopsi ya da nazal polip biyopsi yapılmadı. Hastaya tekrar steroid tedavisi başlandı ve hızla şikayetlerinde gerileme ve hipokside düzelmeye izlendi. Düşük doz steroid tedavisine devam edildi ve hasta allerji bölümünde değerlendirildi; öncelikli olarak KEP düşünülmedi ve immünoterapi planlandı.

Sonuç

Optimal inhaler tedaviye rağmen astım semptomları devam eden, radyolojik olarak bilateral periferik infiltrasyon izlenen, (kan ve BAL eozinofilisi eşlik edebilir) hastalarda, nadir görülmesine rağmen, ön tanılar içinde KEP düşünülmesi gereken bir hastalıktır.



PS-42

Metastatik Akciğer Kanseri Düşünülen Olguda Miliyer Patern Oluşturan Metastatik Kalsifikasyon Olgusu

Güzide Tomas

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş

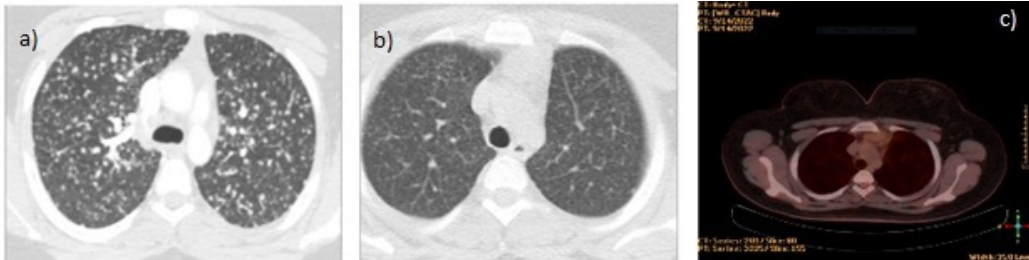
Metastatik kalsifikasyon, kalsiyum tuzlarının normal dokuda birikmesi ile oluşmaktadır.

Olgu

24 Yaşında kadın hasta, haziran 2021 de papiller troid karsinomu nedeni ile total tiroidektomi yapılmış. Operasyondan sonra kontrol için hastanemize başvuran hastaya radyoaktif iyot tedavisi planlanmış. Bu sırada kontrol için çekilen Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) her iki akciğerde miliyer paternde nodüler oluşumlar ve subkarinal düzeyde konglomere görünümde 25 mm'lik lenf nodu saptanması üzerine hasta göğüs hastalıklarına yönlendirilmiş. Hastaya yapılan bronkoskopiye lavaj alındı ve sitolojisi benign bulgular olarak sonuçlandı. Hastadan pozitron emisyon tomografi/BT (PET/BT) istendi. Subkarinal lenf nodunda artmış F-18 florodeoksiglukoz (FDG) tutulumu (SUVmax:8.3) saptandı. Her iki akciğerde miliyer nodüllerin büyük kısmında artmış F-18 FDG tutulumu (SUVmax:4.6) saptandı. Endobronşiyal ultrason (EBUS) ile 7 numaralı lenf nodu iğne aspirasyonu patoloji sonucu benign lenfoid doku hücreleri olarak sonuçlandı. Hastanın bronkoskopisinde sol alt lobdan yapılan transbronşiyal biyopsi patolojisi "bronş duvarında nonspesifik iltihap, komşu akciğer parankiminde düzenli görünüm mevcut olup kalsifik alanlar görülmüştür." şeklinde raporlandı. Hastanın miliyer paterni alta yatan tiroid malignitesi nedeniyle, ön planda metastatik malign nodüller olarak düşünülmüştü. Ancak, tiroidektomi operasyonu geçiren hastalara kalsiyum replasmanı rutin olarak başlanmakta olup; transbronşiyal biyopsi sonucunda, nodüllerin kalsiyum tuzu birikmesi olduğu görülmüştür. Hastanın kalsiyum replasman tedavisi kan kalsiyumu kontrol edilerek kesilmiş ve doz azaltılarak tekrar başlanmıştır. Kan kalsiyumuna göre tedavisi devam etmekte olup nodüller yok olmamakla birlikte belirgin azalma gözlenmiştir.

Sonuç

Bu olgu, miliyer paterni olan hastalarda, anamnezde hastanın kalsiyum tedavisi alıp almadığının sorgulanması ve metastatik pulmoner kalsifikasyona dikkat çekilmesi amacıyla sunulmuştur.



- İlk başvurudaki toraks BT parankim görüntüsünde miliyer nodüller izlenmektedir.
- 1 yıl sonraki kontrol Toraks BT'sinde nodül boyutlarında regresyon izlenmektedir.
- PET/BT görüntüsü

**PS-43****Pulmoner Tromboemboli ile Prezente Behçet Hastalığı ve Faktör V Leiden Mutasyonu Birlikteliği**

Dr. Emir Keskin, Dr. Yunus Atas, Dr. Özlem Saniye İçmeli, Prof. Dr. Nesrin Kıral, Prof. Dr. Sevda Şener Cömert

Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş

Behçet Hastalığı Türk dermatolog Hulusi Behçet tarafından 1973 yılında tanımlanmıştır, kan damarlarının bütün tip ve boyutlarını tutabilen kronik inflamatuvar multi-sistem vaskülitisi olarak kabul edilmektedir. Tekrarlayan oral ve genital aftöz ülserler, üveit, artrit, arteriyel anevrizmalar, venöz trombozlar, gastrointestinal sistem lezyonları ve cilt lezyonları görülebilir. Başlıca pulmoner tutulum şekilleri arasında pulmoner arter anevrizması, arteriyel ve venöz trombozlar, pulmoner infarkt, tekrarlayan pnömoni ve plöreziler yer alır. Behçet hastalığında pulmoner tromboembolizm (PTE) sıklıkla endotel hasarı ile ilişkilidir. Faktör V Leiden (FVL) gen mutasyonu gibi PTE nedeni olabilen trombofilik defektlerin aynı zamanda Behçet hastalığının patogenezinde de rol oynayabildiği gösterilmiştir.

Olgu

Bilinen kronik hastalığı olmayan, 2 yıl önce serebral ven trombozu ve 5 ay önce de derin ven trombozu (DVT) öyküsü olan 20 yaşında genç hasta 1 haftadır olan nefes darlığı ve sağ yan göğüs ağrısı şikayetleri ile acil servise başvuruyor. Özgeçmişinde 5 paket/yıl sigara mevcut olup, soy geçmişinde özellik saptanmayan hastanın fizik muayenesinde sağ hemitoraksta solunum sesleri azalmış olmakla beraber alt zonda inspiratuvar ralleri oskulte edildi. İnceleme ile oral aftları, genital ülserleri ve sırtta papülopüstüller döküntüleri olduğu fark edildi. Akciğer grafisinde (Resim-1) sağ hemitoraksta volüm kaybı, diyafram elevasyonu, diyafram yüzeyinde çekinti, yine sağ hemitoraksta kostafrenik sinüs kapalı, alt zonda tabanı plevraya oturan 4. ile 6. ön kotlar arasında nonhomojen opasite artışı ve sağ hiler genişleme izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde kreatinin: 0,61 mg/dl, Hb: 9,8 g/dl, HCT: %33, WBC: 9290 mcl, PLT: 540.000 mcl, sedimentasyon: 66 mm/saat, CRP: 175 mg/L, PCT: 0,084 µg/L, INR: 1,17 olarak görüldü. PTE ön tanısı ile BT pulmoner arter anjiyografi çekilen hastada sağ ana pulmoner arter distalinden her üç lobe dallara uzanan dolum defekti (Resim-2), vena kava superior içinde tromboz (Resim-3) ve sağ akciğer orta-alt lobda plevra tabanlı nekrotik alan, plevral efüzyon, efüzyon komşuluğunda dansite artışı, gibi tromboemboliye bağlı sekonder değişiklikler (Resim-4) izlendi. Antikoagülan tedavi başlanarak kliniğe yatırıldı. Alt ekstremiteler venöz-arteriel doppler US ile sol femoral ve popliteal ven içinde hipoekoik trombus materyali izlendi. NT-proBNP: 33,7 pg/ml saptanıp, EKO değerlendirmesinde sol ventrikül sistolik fonksiyonları normal (EF %60), sağ boşluklar doğal, PABS: 30 mmHg görüldü. Daha önce venöz tromboz öyküsü olan ve risk faktörü bulunmayan genç hastada genetik analiz yapılarak trombofilik paneli çalışıldı. Faktör V Leiden homozigot ; MTHFR(A1298C), PAI-1(4G-5G), F13 heterozigot mutasyonları saptandı. Fizik muayene bulguları dikkat çeken, HLA-B51 doku antijeni de pozitif saptanan hasta için Romatoloji konsültasyonu istenerek, gerekli değerlendirmeler sağlandı ve Behçet hastalığı tanısı konuldu. Antikoagülan tedavisi düzenlenen, yeterli takip süresi sağlanan hasta immünsüpresif tedavi düzenlenmesi ve takibinin sağlanması üzere Romatoloji kliniğine devir edildi.

Tartışma-Sonuç

FVL mutasyonunun prevalansı sağlıklı Türk populasyonunda %4,7-10,4 arasında değişmektedir. Normal bireylere göre heterozigot taşıyıcılarda venöz tromboz riski 5-10 kat, homozigotlarda bu oran 50-100 kat daha fazladır. Son yıllarda Behçet etyopatogenezinde FVL ve protrombin gen mutasyonu gibi prokoagülan mutasyonların varlığından söz edilmektedir. Özellikle tromboz ve göz tutulumu olan Behçet hastalığı ile FVL mutasyonunun ilişkisi bildirilmektedir. Behçet hastalarını kapsayan Türkiye kaynaklı çalışmalarda, FVL ile arasında bir ilişki olduğu dikkati çeker. Ancak çeşitli batılı çalışmalarda böyle bir ilişki gösterilememiştir. Bu durum muhtemelen etnik farklılığa bağlı olabilir.



Literatüre bakıldığında (Tablo-1) DVT hastalarında FVL mutasyonu ortalama oranı %21, PTE hastalarında %12 olarak görülmüş. Behçet hastalarında yüzeysel venöz tromboz ve DVT %15-40 oranla en sık vasküler tutulum olarak değerlendirilmiş. Pulmoner tutulum daha nadir olmakla beraber, pulmoner arter anevrizması en sık mortalite nedeni olarak bildirilmiş.

Sonuç olarak; PTE ile takip edilen genç risk faktörü barındırmayan hastalarda trombofili paneli çalışılmalı, öykü ve fizik muayenede şüpheli hastalar için Behçet hastalığı da akılda tutulmalıdır.



Resim-1

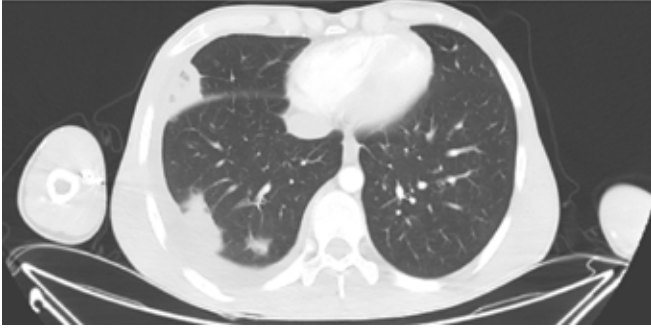


Resim-2





Resim-3



Resim-4



Author, Reference	DVT		Isolated PE		DVT+PE		All PE		Controls	
	n	%FVL	n	%FVL	n	%FVL	n	%FVL	n	%FVL
Manten 1996. ²	211	17	45	9	23	13	68	10	474	3
Martinelli 1997. ³	106	23	41	5	65	17	106	12	212	3
Baglin 1997. ⁴	471	20	207	12	-	-	207	12	511	3
Leroyer 1997. ⁵	90	14	-	-	75	15	78	15	200	4
Turkstra 1999. ⁶	-	-	67	7	25	24	92	12	128	3
de Moerloose 2000. ⁷	83	16	57	11	42	19	99	14	566	5
Margaglione 2000. ⁸	346	24	126	7	175	17	301	9	1329	5
Ordóñez 2000. ⁹	148	18	77	4	21	14	98	6	320	3
Bojanovsky 2001. ⁸	45	33	40	13	43	28	83	20	100	9
Meyer 2001. ²⁰	345	18	236	9	192	16	428	12	-	-
Emmerich 2001. ⁹	1327	20	-	-	-	-	464	15	3204	4
Janl 2004. ²¹	117	19	99	21	-	-	99	21	-	-
Arsov 2006. ²²	145	24	45	13	-	-	45	13	200	6
Schulman 2007. ²³	425	30	70	10	-	-	70	10	-	-
Stralen 2008. ⁸	2063	20	885	8	365	16	1250	11	4857	5
Makelburg 2010. ²⁴	134	22	-	-	-	-	41	12	-	-
All studies	6056	21%	1996	9%	1026	17%	3529	12%	12101	4%
Crude OR		5.8		2.2		4.3		3.0		
(95% CI)*		(5.01-6.21)		(1.82-2.60)		(3.57-5.21)		(2.57-3.37)		

Tablo-1



PS-44

Çocuklarda Obstrüktif Uyku Apnesi Tedavisinde Fonksiyonel Ortodontik Tedavinin Etkinliği

Deniz Şevik¹, Beren Özsoy¹, Özel Baysen¹, İsmet Ersalıcı¹

¹Yakın Doğu Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Anabilim Dalı, Lefkoşa, KKTC

ÖZET

Obstrüktif uyku apnesi (OSA), genellikle teşhis edilmeyen veya yetersiz teşhis edilen, tarama ve ventilasyon yönetiminde önemli bir rol oynayan ortodonti de dahil olmak üzere multidisipliner yaklaşım gerektiren gerçek bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir.

Çocukluk çağındaki OSA, uyku sırasında üst solunum yolunun aralıklı kısmi (obstrüktif hipopne) veya tam olarak kolapsi (apne) ile karakterizedir. OSA oldukça yaygın görülen bir sendromdur ve çocukluk çağında görülme sıklığı %1,2-%5,7 arasında değişmektedir. Tedavi edilmediği takdirde uyuşukluk hissi, hafıza kaybı, düşünme ve muhakeme sorunlarıyla birlikte normal metabolik fonksiyonların bozulması ve kardiyovasküler bozukluklar gibi birçok sağlık sorununa neden olmaktadır.

OSA'nın tedavisi üzerine, diş hekimliği ve özellikle ortodontik yaklaşımların oldukça etkili olduğu bilinmektedir. Bu poster çalışmasında OSA'ya sahip çocuk bireylerde uygulanan ortodontik fonksiyonel tedavilerin etkinliklerine yer verilmiştir.

Çalışmamız, hızlı maksiller genişletme, mandibula ilerlemesi ve genioplasti gibi ortodontik tedavilerin OSA'nın multidisipliner tedavisinde ve nazal solunumun iyileştirilmesindeki önemini sistematik bir derleme ile açıklamayı amaçlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Obstrüktif uyku apnesi, üst hava yolu, ağız içi apereyler, büyüme modifikasyonu, fonksiyonel tedavi

www.solunum2023.org



DERNEK İLETİŞİM BİLGİLERİ
Akademik Solunum Derneği
Aksaray Mah. Yokuş Çeşmesi Sok.
Berk Apt. No: 34 D: 4 Cerrahpaşa - İstanbul
Tel: +90 212 588 90 75
E-posta: info@akademiksolunum.org.tr



ORGANİZASYON SEKRETARYASI
Topkon Kongre ve Etkinlik Hizmetleri
Zühtüpaşa Mah. Rifatbey Sok. No: 24
34724 Kalamış-Kadıköy / İstanbul
Tel: +90 216 330 90 20 • Faks: +90 216 330 90 05
E-posta: solunum2023@topkon.com