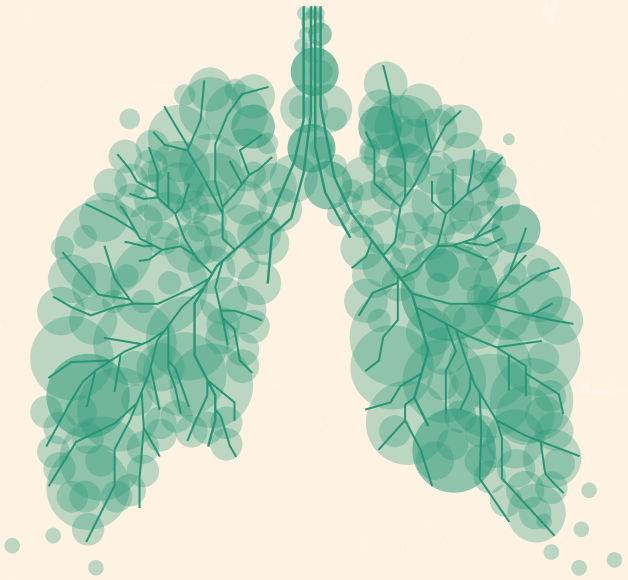
www.uask2023.com

ASYOD
AKCİĞER SAĞLIĞI VE YOĞUN BAKIM DERNEĞİ
www.asyod.org

UASK 2023



Uluslararası Katılımlı

ULUSAL AKCİĞER SAĞLIĞI KONGRESİ

15-18 Mart 2023
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

POSTER SUNU BİLDİRİLERİ

Kongre Komitesi

Nuri TUTAR
Kongre Başkanı

Mehmet BAYRAM
Bilimsel Komite Başkanı

Neslihan ÖZÇELİK
Kongre Sekreteri

Halil İbrahim YAKAR
Kongre Bilimsel Program Sorumlusu

Elif YILMAZEL UÇAR
Kongre Bildiri ve Poster Sorumlusu

Volkan ERDOĞU
Kongre Mali Sekreteri

Efsun Gonca UĞUR CHOUSEİN
Kongre Dış İlişkiler Sorumlusu

Derya YENİBERTİZ
Kongre Basın İlişkileri Sorumlusu

Hülya ŞAHİN
Kongre Sosyal Program Sorumlusu

Akın KAYA
ASYOD Yönetim Kurulu Temsilcisi

ASYOD YÖNETİM KURULU
Ahmet Emin ERBAYCU, Başkan
Gamze KIRKIL, Başkan Yardımcısı
Özlem ERÇEN DİKEN, Genel Sekreter
Mustafa ÇÖRTÜK, Sayman

Üyeler
Akın KAYA, Efsun Gonca UĞUR CHOUSEİN, Celal Buğra SEZEN, Ersin GÜNAY, Nuri TUTAR, Cengizhan SEZGİ, Neslihan ÖZÇELİK, Hadice SELİMOĞLU ŞEN, Gülistan KARADENİZ

16 Mart 2023, Perşembe

Poster Bildiri Oturumu 1: Akciğer Enfeksiyonları ve Tüberküloz

PS-001 Hemofagositik Sendromun Eşlik Ettiği Miliyer Tüberküloz

Ayten İsmayılova[1], Ersan Atahan[1], Işıl Bavunoğlu[2], Gökhan Türkmen[3]

[1]Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[3]Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Miliyer tüberküloz, TB basillerinin lenfo-hematojen yolla yayılımı ile oluşan TB formudur. Klinik olarak hastalığa özgül olan belirti ve bulguların olması ve akciğer grafisinde klasik miliyer görünüm her zaman saptanmaz. Miliyer TB nedeni bilinmeyen ateşin önemli bir sebebidir. Ateşi olan bir olguda akciğer görüntülemesinde tipik miliyer paternin görülmesi aksi kanıtlanıncaya kadar miliyer TB kabul edilmelidir. Akciğer grafisinde miliyer paterne olguların %80'inde rastlanılmaktadır ve HRCT miliyer görünümün saptanmasında daha duyarlı bir radyolojik yöntemdir.

Gereç ve Yöntem: Atipik klinik tabloların olması tanıda gecikmeye neden olur. Miliyer TB tanısında akciğer, karaciğer ve kemik iliği doku örneklerinde granülomların gösterilmesi son derece önemlidir.

Bulgular: 67 yaş erkek hasta 1 aydır olan yüksek ateş, nefes darlığı ve ishal şikayetleri ile başvurdu. Kronik obstruktif akciğer hastalığı, Konjestif kalp yetmezliği, Opere kolon kanser, Kronik osteomiyelit tanılı hastanın 40 paket yıl sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede genel durumu kötü, renk soluktu. Ateş 38.5 C, solunum sayısı 35/dk, nabız 152/dk idi. Başvuru sırasında akciğer grafisi normaldi ve tüberkülin deri testi negatifti. Toraks ve batın tomografisinde aktif enfeksiyon odağı saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 11,6 g/dl, lökosit 11500/mm3, nötrofil 9000/mm3, sedimentasyon hızı 90 mm/saat, CRP 91 mg/dl, alkalen fosfataz ve transaminaz seviyeleri yüksekti. Nedeni bilinmeyen ateş için non spesifik antibiyotik tedavisi düzenlendi. Hastaya bronkoskopik işlem yapildı. Mikrobiyoloji ve sitoloji çalışıldı. Ateşi sebat eden hastada 3 hafta sonra pansitopeni, akut faz yüksekliği, hipertrigleseridemi, hipofibrinojenemi gelişmesi nedeniyle periferik yayma incelemesinde hemofagositik hücreler saptandı. Kemik iliği aspirasyonunda ARB pozitifliği, biyopsisinde intratrabekulyar nekrotizan granülom görüldü. 4 hafta sonra çekilen Yüksek resolüsyonlu BT de perivasküler ve periseptal yerleşimli 1-2 mm. boyutunda nodüllerin, göstermesi şeklindedir. Hastaya anti tüberküloz tedavisi başlandı. 3 gün sonra ateş yanıtı alındı.

Tartışma-Sonuç: Miliyer TB tanısında akciğer, karaciğer ve kemik iliği doku örneklerinde granülomların gösterilmesi son derece önemlidir. Bu olguda hemofagositik sendrom gelişmesi sonucu yapılan kemik iliği biyopsisinde miliyer tüberküloz granulomları görüldü. Akciğer ve karaciğerde granülomlara % 80, kemik iliğinde ise %50 oranında rastlanılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Miliyer Tüberküloz Lenfohematojen Yayılım, Hemofagositoz, Miliyer Tüberküloz, Lenfohematojen Yayılım, Hemofagositoz

PS-003 Tedavi Süreçlerinin Radyolojik Olarak Yaygın Akciğer Tutulumu Olan Bir Olgu Eşliğinde Gözden Geçirilmesi

Hatice Çiner Çağlayan[1], Fatma Canbay[1]

[1]Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: KKTC 'de akciğer tüberkülozu sıklığı yüksek olmamakla birlikte son yıllarda dünyayı etkileyen savaş, eğitim ve çalışma kaygısı ile ortaya çıkan göç dalgası sonucunda özellikle 3. dünya ülkelerinden alınan göçlerle yaygın akciğer tutulumu gösteren ve ilaca dirençli akciğer tüberkülozu şüphesi doğuran genç yaş hasta sıklığı artış eğilimindedir. Bu olgu sunumu ile akciğer tüberkülozu tanı ve tedavi yönetiminin klinik, radyolojik ve mikrobiyolojik bulgular ışığında gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu: 25 yaşında erkek hasta 3 aydır olan öksürük, halsizlik, iştahsızlık şikayetleri mevcut. Toraks bt tetkikinde sağ akciğer üst lob posteriorda kalın cidarlı kaviter lezyon, yaygın infiltrassyon, sağ akciğer alt lob anteriorda yaygın tomurcuklanan ağaç manzarası kalın cidarlı kavite, sol akciğer üst lob dens infiltrasyon, tomurcuklanan ağaç manzarası gözlendi. Klinik radyolojik akciğer tüberkülozu kabul edilerek interne edildi standart 4lü tbc tedavisi başlandı. İzleminde ateşi olmadı. Mikrobiyolojik teyit için balgam arb gönderilmek istendi balgam örneği veremedi. Kontrol paag tetkiklerinde düzelme gözlenmedi 2. ay tamamlanmak üzere iken öksürük devamı ile mikrobiyolojik örnek alınamadığından radyolojik inceleme için toraks bt çekildi. Yeni gelişen kaviter lezyonlar ve infiltratif alanlar ile radyolojik progresyonu kabul edildi. Mikrobiyolojik tanıyı teyit etmek ilaç direnci çalışmak tedavi devamlılığını gözden geçirmek amaçlı hastaya fob yapıldı. Alınan lavaj mikobiyoloji laboratuvarına arb+tbc kültür çalışılmak üzere gönderildi. Özel dış laboratuara xpert testi ile lavaj arb+ rıf direnci çalışılmak üzere gönderildi. Hastaneye gönderilen örnekte arb - olarak raporlandı. xpert ile arb+, ilaç direnci saptanmamıştır raporlandı. Hastanın 4lü tam doz başlangıç tedavisinin 3 aya tamamlanması planlandı. 3. ay sonunda radyolojik regresyon saptandı ve klinik düzelme gözlenen hastanın tedavisi2li idame tedaviye düşüldü. Hastanın toplam tedavisinin 9 aya tamamlanması planlandı.

Toraks bt kesiti

Yaygın tutulumlu akciğer tbc

Tartışma-Sonuç: Expert gibi aynı örnekten kısa sürede hem arb pozitifliği hem de ile direnç sonucu verebilecek yeni teknoloji tetkik yöntemlerinin devlet hastanelerinde bulundurulması maddi açıdan hasta üzerindeki yükü alacaktır ve bilimsel anlamda tedavi yönetiminde karar verirken klinisyenin elini güçlendiren bir yöntem olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, İlaç Direnci, Xpert

PS-004 Pulmoner Aktinomikoz (Bir Olgu)

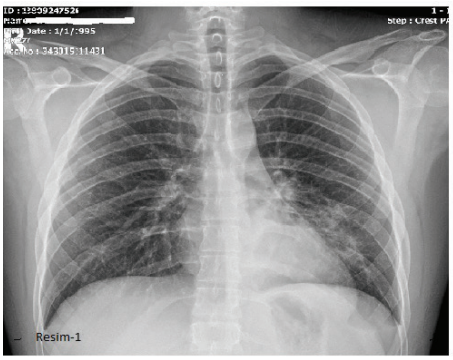
Gül Ünalan[1], Ayşe Bahadır[2], Barış Demirkol[2], Ecem Bilensoy[2], Nur Büyükpınarbaşlı[3], Mehmet Akif Özgül[2], Sibel Yurt[2]

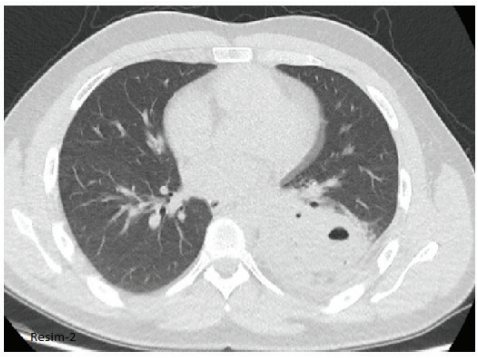
[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi
[2]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği
[3]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Patoloji Kliniği

Giriş-Amaç: Aktinomikoz, gram pozitif anaerop, Aktinomyces türlerinin neden olduğu yavaş seyirli kronik, enfeksiyöz bir hastalıktır. Alkolizm, oral travma, sigara tüketimi, diyabetes mellitus, kronik akciğer hastalığı, aspirasyon enfeksiyona yatkınlığı artırmaktadır. Pulmoner aktinomikoz insidansı 1/300.000-1/1.000.000 olup, erkeklerde ve 20-40 yaşları arasında daha sık görülmektedir. Klinik ve radyolojik özelliklerin non-spesifik olması tanıda gecikmelere neden olmaktadır. Tanı genel olarak akciğer biyopsi histopatolojisi ile konulmaktadır. Biz de yoğun alkol ve sigara tüketimi olan tedaviye yanıt alınamayan akciğer absesi nedeni ile operasyon sonucu yaklaşık 3 ay sonra tanı alan pulmoner aktinomikoz olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 27 yaşında erkek, 3 aydır süren halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, nefes darlığı, solda sırt ağrısı, yeşil renkli balgam, ağızda kötü koku ve ateş şikayetleri vardı. Ek hastalığı yoktu. Yaklaşık 10 yıl önce 2 yıl madde kullanımı, 10 yıldır her gün yoğun alkol tüketimi ve 20paket/yıl sigara öyküsü olup halen aktif smoker idi. Laboratuvar tetkiklerinde wbc:13.500/mm3, nötrofil: 10.2(10^9/L) crp :265mg/L, pct:0,4ng/ml değerleri dışında normal idi. P-A akciğer grafisinde sol alt zonda opasite artışı mevcuttu (resim-1). Toraks BTsinde sol akciğer alt zonda hava bronkogramları içeren konsolide alan, çevresinde milimetrik hava dansiteleri izlendi(resim-2). Balgam kültüründe klebsiella saptandı. FOB 'da sol alt lobdan alınan bronş lavajında Gram boyamada bakteri görülmedi, ARB ve nonspsesifik kültürde üreme olmadı, sitolojisinde akut inflamasyon saptandı. Tedaviye yanıt alınamayan hastada akciğer absesi nedeni ile sol alt lobektomi uygulandı ve histopatolojisi aktinomikoz ile uyumlu olarak raporlandı.

Hastanın Paag ve Toraks BT kesitleri


Resim-1


Resim-2

Tartışma-Sonuç: Pulmoner aktinomikoz en sık öksürük, balgam, hemoptizi gibi klinik bulgular, kitle, konsolidasyon ve kavite gibi radyolojik bulgular ile görülmektedir. Ayırıcı tanıda tüberküloz, malignite ve diğer enfeksiyon nedenler düşünülmelidir. Ortalama tanı süresi 3 ay- 5 yıl arasında değişmektedir. Tedavide 2-4 hafta intravenöz ardından 3-12 ay oral penisilin kullanılmaktadır. Tanı ve tedavide gecikmelere neden olduğu için geç rezorbe pnömoni ve abse ayırıcı tanısında aktinomikoz akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aktinomikoz, Geç Rezorbe Pnömoni, Akciğer Absesi

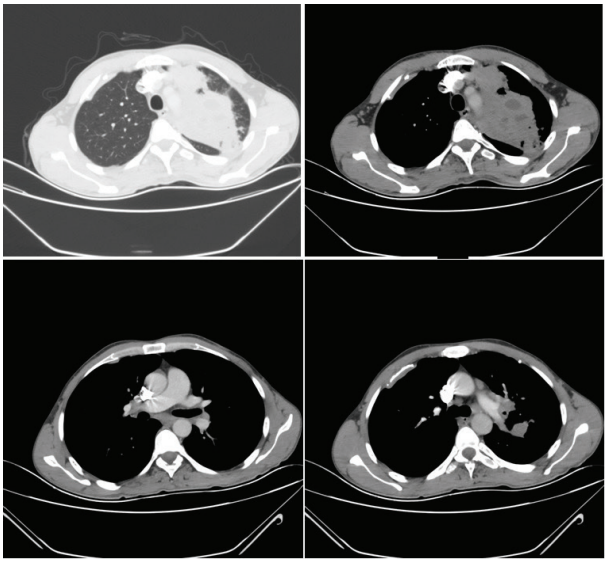
PS-005 Maligniteyi Taklit Eden Pulmoner Aspergilloma

Zeynep Güney[1], Barış Demirkol[2], Ramazan Eren[1], Bahar Aydoğar[1], Mustafa Çörtük[1], Erdoğan Çetinkaya[1]

[1]SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Pulmoner aspergilloz, aspergillus enfeksiyonu ile oluşan akciğer hastalıklarının genel adıdır. Olgular genellikle asemptomatiktir ancak semptomatik olgularda en sık öksürük ve tekrarlayan hemoptizi şikayetleri görülmektedir. Radyolojik olarak sıklıkla üst lobda lokalize olup solid,oval veya yuvarlak kitle ile karakterizedir. Bu olgumuzda malignite şüphesiyle tetkik edilen pulmoner aspergilloz tanısı alan hastamızı sunacağız.

Olgu: Elli yaşında erkek hasta acilimize hemoptizi şikayetiyle başvurdu. Ek hastalığı olmayan hastanın iki paket-yıl sigara öyküsü olup; sekiz aydır içmiyordu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde ek özellik yoktu. Toraks BT'de mediastende ve sol hilusta en büyüğü 2.5 cm çaplı lenf nodları ve sol akciğer üst lobda apikal ve posterior segmentlerde anterior segmente uzanan hepatizasyon gösteren içerisinde hava bronkogramıda izlenmeyen medialde medial yağlı dokulara doğru bulging etrafında konsolidasyon-atelektazi sahası ile uyumlu yaklaşık 8.5x8 cm kitle lezyonu izlendi (Resim 1). Hasta hemoptizi ve malignite ön tanısı interne edildi. Balgam kültürlerinde üreme olmadı, üç kez ARB negatifti. Bronkoskopide anterior segment ile anteroposterior segment ayrımındaki karinasında mukuzal infiltrasyon ve apikoposterior segment bronşunu parsiyel tıkayan üzeri nekrotik lezyondan multipl biyopsiler alındı. Biyopsi sonucu nonspesifikti. PET-CT sonucunda yoğun tutulumu olan bölgeden TTİAB yapıldı. Tümöral hücre gözlenmedi ve lowenstein kültüründe üreme olmadı. Hasta cerrahi konseyde görüşüldü ve cerrahi işlem kararı alındı. Sol üst lobektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Patoloji kaviter alan ve nekrotik materyal içerisinde ince mantar hif ve sporlar olarak raporlandı. Enfeksiyon hastalıklarına danışılan hasta pulmoner aspergilloz tanısı aldı ve cerrahi tedavi uygulandığı için antifungal tedavi başlanmadı, takip önerildi. Hastanın yaklaşık bir yıllık takibinde hemoptizisi olmadı ve postoperatif değişiklikler dışında yeni gelişen patoloji saptanmadı.



Resim 1. Toraks BT'de mediastende ve sol hilusta lenf nodları ve sol akciğer üst lobda apikal ve posterior segmentlerde anterior segmente uzanan hepatizasyon gösteren içerisinde hava bronkogramıda izlenmeyen medialde medial yağlı dokulara doğru bulging etrafında konsolidasyon-atelektazi sahası ile uyumlu kitlesel lezyon.

Tartışma-Sonuç: Pulmoner aspergillozis tanısında atipik radyolojik formların klinisyenler tarafından bilinmesi önemlidir. Bu atipik lezyonların tetkik edilmesinde erken ve doğru tanı için çok önemlidir. Bu açıdan radyolojik olarak saptanan nodüller ve konsolide lezyonlar malignite yönünden araştırılırken mantar enfeksiyonu olabileceği de unutulmamalı ve bu yönden de tetkik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aspergillom, Malignite, Tüberküloz

PS-006 Maligniteyi Taklit Eden Nadir Akciğer Dışı Tüberküloz: Olgu Sunumu

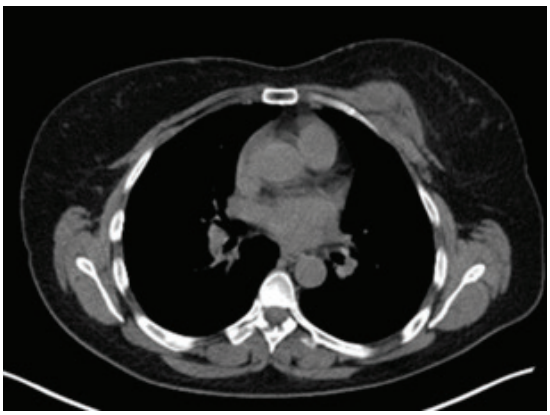
Tunahan Dolmuş[1], Kerem Ensarioğlu[1], Tuğçe Şahin Özdemirel[1], Berna Akıncı Özyürek[1], Mehmet Kuruş[1], Şeref Özkara[1]

[1]SBÜ Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Tüberküloz, tüm doku ve organları tutabilen enfeksiyöz bir hastalıktır. Hastalığın akciğer ve akciğer dışı organ tutulumları vardır. Kemik ve vertebra tüberkülozu tüm tüberküloz olgularının sırasıyla, %2,4 ve %5,3'ünü oluşturur. Toraks duvarında görülmeleri seyrektir. Göğüs duvarı tüberküloz apsesi, enfeksiyon hastalıklarını ve toraks duvarı kanserlerini taklit edebilir. Bu olgu sunumunda nadir görülen pektoral kas duvarında tüberküloz tanısı alan bir hasta sunuldu.

Olgu: 47 yaş kadın hasta, ev hanımı, sigara içmemiş. Esansiyel hipertansiyon, geçirilmiş menenjit hikayesi ve epilepsi tanıları ile takipte iken son 1 aydır artan sol meme altında ağrı ve halsizlik şikayetiyle başvurdu. Sistemik muayenede, solunum sayısı 20/dk ve diğer vital bulguları normaldi. Sol meme altında 2x2 cm ele gelen ve fluktuasyon göstermeyen sert ve ağrılı yuvarlak lezyon mevcuttu. Arka ön akciğer grafisinde parankim doğal ve hiler yapılar normal değerlendirildi. Toraks tomografisinde sol meme üst iç kadranda saat 9-10 hizasında göğüs ön duvarına yakın 27x21 mm(şekil-1) boyutunda kaba kalsifikasyonlar içeren solid lezyon görüldü ve çekilen PET-BT'te artmış FDG tutulumu (SUVmaks: 11,9) izlendi. İstenilen meme manyetik rezonans görüntülemesinde sol anterior göğüs duvarda pektoral kas içerisinde 4x6x6 cm boyutunda lobülasyon gösteren ödemli ve septallı kontrastlanan odak görüldü. Buradan iki kez yapılan tru-cut biyopside kazeifiye granülamatöz iltihapla uyumlu izlendi. Aspirasyon sıvısında asidorezitan basil (ARB) pozitif görülen hastanın tüberkülin deri testi 19 mm olarak izlendi. Balgam ARB negatif izlendi. Hastaya izoniazid, rifampisin, etambutol, pirazinamid tedavisi standart dozda başlandı.

Akciğer Tomografi Kesiti



Tartışma-Sonuç: Gelişmiş ülkelerde tüberküloz insidansı düşüktür. Tanıda ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve radyolojik incelemeler yapıldıktan sonra, alınan örneklerde tüberküloz bakteriyolojisi ve histopatolojik tetkikler yapılır. Histopatolojik incelemede granülom saptanması tüberkülozu düşündürür. Aynı zamanda kazeifikasyon nekrozu varsa tüberküloz tanı olasılığı daha yüksek olur. Kesin tanıda tüberküloz basilinin saptanması önemlidir. Mikroskopla görülen aside dirençli basillerin kültürde üretilip türünün belirlenmesi ya da moleküler test ile basilin türünün kesinleştirilmesi kesin tanı sağlar. Özellikle yüksek tüberküloz insidanslı ülkelerden gelen hastalarda tüberküloz şüphesinin daha yüksek tutulması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Abse, Pektoral Kas

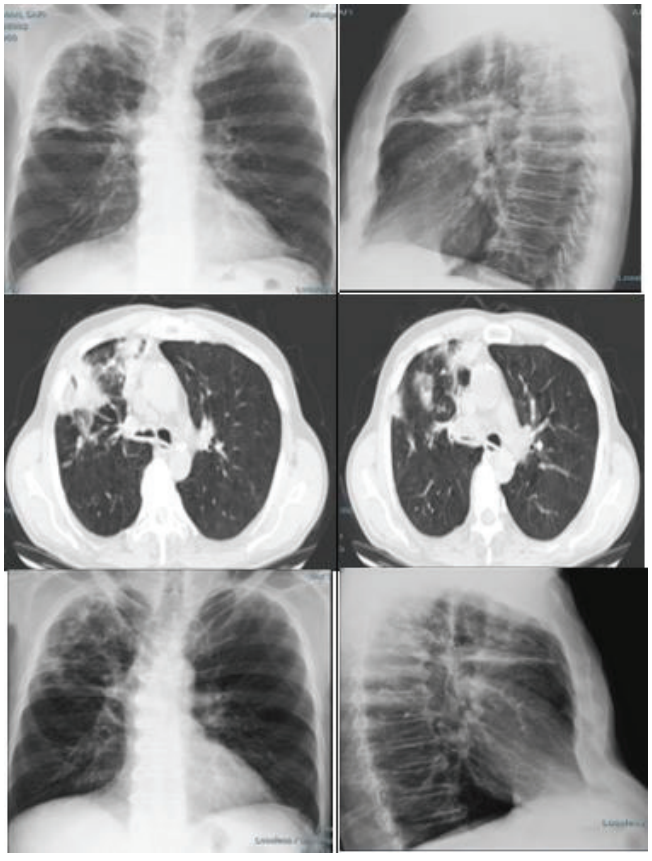
PS-007 Endobronşiyal Tüberküloz Olgusu

Ayşe Çifci[1], Armağan Yılmaz[1], Şeref Özkara[1]

[1]Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Endobronşiyal tüberküloz (EBTB), trakeobronşiyal ağacın mikrobiyolojik ve histopatolojik bulgularla kanıtlanmış tüberküloz hastalığı olarak tanımlanmaktadır ve akciğer tüberkülozunun ciddi bir şeklidir. Bronş astımı, akciğer kanseri gibi yanlış tanılar alabilmektedir. Burada yayma pozitif akciğer tüberkülozunda santral bronş tümörünü taklit eden endobronşiyal tüberküloz olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Erkek, 62 yaşında emekli memur, 60 paket-yıl sigara içiyor. 2 yıldır yeşil renkli balgam, arada olan halsizlik, 1 yılda olan yaklaşık 8 kg kilo kaybı, 4 aydır gece terlemesi, 1 aydır nefes darlığı ve öksürük yakınması olan hasta servise yatırıldı. KOAH ve hipertansiyonu vardır. Öz geçmiş ve soy geçmişte özellik yok. Fizik muayenede; vital bulgular normal, oda havası bakılan oksijen saturasyonu %88 olup, diğer sistemlerin muayenesinde patoloji saptanmadı. Laboratuar incelemesinde; Beyaz Küre: 14.400/µL, CRP: 34 mg/L, Hb: 12,3 g/dL, Hct: 38, PLT: 443.000/µL, sedim: 61 mm/saat olarak bulundu. Akciğer filmi(PAAG) Şekil 1'dedir. Bakılan balgam ARB yaymaları 2 kez negatif, 2 kez pozitif, Xpert MTB/RİF pozitif ve rifampisin duyarlı bulunmuştur. Yatışının ikinci günü standart tüberküloz tedavisine başlanmıştır. Filminde hiler dolgunluk olması üzerine PET BT çekildi (Şekil 2). Bronş darlıkları nedeniyle hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı: sağ akciğer üst lob girişinde mukoza infiltrasyonu ve endobronşiyal tümöral lezyon izlendi, buradan biyopsi alındı. Patolojik incelemede kazeifiye granülomatöz olay saptandı. Kültüründe tüberküloz basili üredi. Tedavinin üçüncü ayında çekilen PAAG Şekil 3'tedir. Tedavi 6 ayda başarıyla tamamlandı.



Şekil 1-2-3. 1-Akciğer grafisinde, sağ üst zonda kaviteli infiltrasyon, üst ve orta zonda infiltrasyon sağ hilusta genişleme ve hilustan perifere doğru uzanan dansite artışı izlendi. 2-Sağ akciğerde üst lobda

hilustan anterior segmente paramediastinal alanda uzanan kitlesel konsolidasyon alanında sağ akciğer üst lop anterior segmentte belirgin olmak üzerek yer yer kitlesel görünüm kazanan subsegmenter konsolidasyonlar ve retikülonodüler dansiteler, sağ akciğer ana bronş,üst lob bronşunda daralma izlenmiştir. 3-Tedavinin üçüncü ayında çekilen akciğer filminde sağ üst ve orta zon infiltrasyonlar, konsolidasyon ve hiler dolgunlukta gerileme izlendi.

Tartışma-Sonuç: Endobronşiyal tüberküloz akciğer tüberkülozunun özel bir formudur ve bazen bronş duvarı hasarına ve trakeobronşiyal stenoza yol açar. Ayrıca akciğer enfeksiyonu, atelektazi, bronşektazi gibi komlikasyonlara yol açabilir, hatta solunum yetmezliği ve asfiksi nedeni ile ölüme sebep olabilir. Genellikle gençlerde ve kadınlarda daha sık görülmektedir. Ancak bizim olgumuz 62 yaşında erkek hastadır. Erken tanıda bronkoskopik muayene ve tetkikler en önemli tanısal yöntemdir. Endobronşiyal lezyon olan hastalarda EBTB akla getirilmelidir. Sonuç olarak, EBTB ile akciğe parankim tüberküloz olgusu sunulmaktadır. Bu olgularda erken tanı ve tedavi, bronkostenoz ve diğer komplikasyonları önlemede önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Endobronşiyal Tüberküloz, Endobronşiyal Lezyon

PS-008 Madde Kullanımı Olan Hastada İnfektif Endokardit ve Septik Pulmoner Emboli

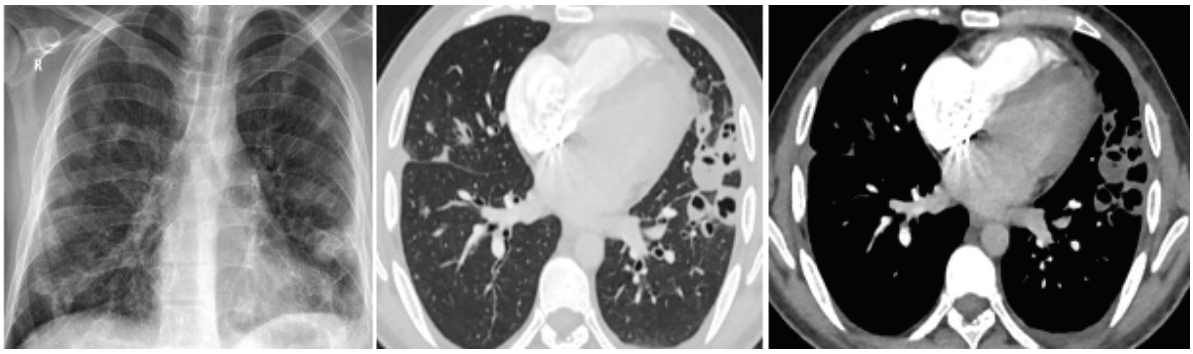
Yasemin Yavuz[1], Ayşe Baççıoğlu[1], Ayşe Füsun Kalpaklıoğlu[1]

[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Septik pulmoner emboli (SPE), enfeksiyon odağından hareket eden fibrin içine yerleşmiş mikroorganizmaları içeren bir trombüsün pulmoner arterlere yerleşip akciğer parankiminde yol açtığı infeksiyonlardır. Burada infektif endokardite ikincil SPE olgusu sunulmuştur.

Olgu: Yirmi yaşında erkek hasta üç gündür olan öksürük, ateş, göğüs ağrısı, nefes darlığı şikayetiyle göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede yaygın sonor ronküs ,oksijen satürasyonu oda havasında % 93,alından ölçülen ateşi38°C idi. Hastanın 4 yıldır sigara ve uyuşturucu madde kullanımı vardı. Bir yıl içinde çeşitli kereler amateme başvurmuş olup uyuşturucu yerine verilen suboksan (buprenorfin) kullandığı öğrenildi. Hastanın serum d-dimer 7274ug/L, crp 185mg/L, prokalsitonin 0.897ng/mL, sedimentasyon 97mm/h, hemoglobin 9.1 g/dL ve HCV (+) idi. İdrarda buprenorfin25< µg/L, idrarda amfetamin2000< µg/L. P-A akciğer grafisinde sol alt zonda periferden santrale ve sağ hilustan alt zon perifere uzanan lineer infiltratlar ve her iki akciğerde dağınık 1cm'den küçük multipl nodüler opasiteler izlendi. Pnömosepsis ön tanısıyla servise yatırılan hastaya metilprednizolon 40 mg/gün, bronkodilatör, ekspektoran, parasetamol ve enoksaparin 1mg/kg başlandı. Moksifloksasin ve seftriakson antibiyoterapisi periferik kan kültürü örneklerinde metisiline dirençli Stafilokok Aerius üremesi üzerine teikoplanin 400mg ile değiştirildi. Pulmoner arter BT anjiografi raporunda 'Her iki akciğerde özellikle periferal yerleşimli büyüğü sol akciğer üst lob linguler segmentte 23mm çaplı kaviter ve nodüler lezyonlar, yer yer bronşiektatik değişiklikler ve sağ alt lob posterobazal segmente giden dalda emboli açısından kuşkulu dolum defekti izlendi.' Eko'da triküsbit kapakta 0,9 x1,2cm boyutunda vejetasyon izlenen hastaya kalp damar cerrahisi girişimsel işlem planlamadı. Septik emboli açısından çekilen beyin ve abdomen BT'de patoloji saptanmadı. Ateşi düşen ve kontrol kültürlerinde üremesi olmayan hasta inhaler tedavi, antibiyotik ve düşük moleküler ağırlıklı heparin ile kendi isteği ile taburcu edildi.

P-A akciğer grafisi ve Pulmoner arter BT anjiografi görüntüleri



Tartışma-Sonuç: Bu vaka uyuşturucu kullanan genç hastalarda yüksek ateş varlığında nadir de görülse SPE tanısını hatırlatma açısından önemlidir. Ayrıca, akciğerde bilateral multipl ve periferik yerleşimli nodüller, serum d-dimer,crp ve sedimantasyon yüksekliği olan hastalarda BT anjiografinin yanı sıra sekonder enfeksiyon odağını bulmak için eko ve çoklu kan kültürü SPE tanısında yapılmalı ve erken antibiyotik tedavisi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Septik Pulmoner Emboli, İnfektif Endokardit

PS-009 Tüberküloza Bağlı Sternal Osteomiyelit: Nadir Bir Olgu Sunumu

Hasan Doğan[1], Rıfat Somay[2]

[1]Muş Devlet Hastanesi
[2]Muş Devlet Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji

Giriş-Amaç: Sternum, osteomiyelit oranı en az görülen kemik yapılardan biridir. Sternal tüberküloz tüm tüberküloz osteomiyelitlerin %1'inden daha azında görülür. Biz bu yazıda nadir görülen tüberküloza bağlı sternal osteomiyelit olgu sunumundan bahsedeceğiz.

Olgu: 62 yaşında bayan hasta; göğüs ön duvarında şişlik şikayeti ile başvurdu. Sternum üzerinde palpasyonda ağrısız, immobil, yumuşak yapıda bir lezyon vardı. Yaklaşık 10 aydır şikayetleri devam eden hastanın önceden yapılan sitoloji sonuçlarında tanı konulamamış ve kültür sonuçlarında üreme olmamış. Hastanın kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde sternumu destrükte eden, paryetal plevraya doğru uzanan kistik yapıda lezyonu vardı. Hastanın ek bir hastalığı yoktu. Tam kan ve biyokimyasal parametrelerinde anormallik saptanmadı. Sedimentasyon, C-reaktif protein değerleri normal aralıklarda idi. Ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı yoktu. Brucella açısından endemik bölgede yaşadığı için, brucellaya yönelik testler yapıldı. Ancak bu testler de negatif çıktı. Hastaya tanısı konulamadığı için cerrahiye karar verildi. Hasta operasyona alınarak; kist içeriği, kist duvarı ve sternumdan biyopsi alındı. Tüberküloz için gönderilen kültür materyallerinin hiçbirinde üreme olmadı ve aside dirençli basiller görülmedi. Patoloji sonucu kazeifiye granülamatöz inflamasyon içeren kist duvarı yapısı olarak raporlandı. Hastaya anti-tüberküloz tedavisi başlandı.

Tartışma-Sonuç: Tüberküloz çeşitli organ tutulumları yapabilen bir hastalıktır. Ekstrapulmoner tutulumları nadir görülürken, osteomyelit oranları daha da düşüktür. Tüberküloza bağlı osteomiyelit sternumda da görülebilmektedir. Genellikle hastalar ağrı, şişlik, akıntı, kızarıklık, spontan sternal kırık ile başvururlar. Sternum üzerinde kitle ile başvuran hastalarda malignite, diğer enfeksiyöz hastalıklar düşünülebilir. Tanısında ince iğne aspirasyon biyopsisi kullanılabilir. Ancak bu yöntem tüberküloz tanısı alan hastalarda genellikle yetersiz kalmaktadır. Tüberküloz osteomiyelit hastalarında medikal tedavi seçeneği uzun süreli anti tüberküloz tedavidir. Bizde hastamıza anti tüberküloz tedavi başladık ve 4 aydır tedavisi devam ediyor. Seçilmiş olgularda sternal rezeksiyon gerekebilir. Bizim hastamızında yara yerinde fistül şeklinde akıntısı devam etmekte olup 6-9 ay medikal tedavi sonrasında rezeksiyon için tekrar değerlendirilecek.

Anahtar Kelimeler: Sternal Tüberküloz

PS-010 Lejyonella Pnömonisi

Gülnihal Sebiha Darçın[1], Zehra Dilek Kanmaz[1], Ömer Kağan Gül[1]

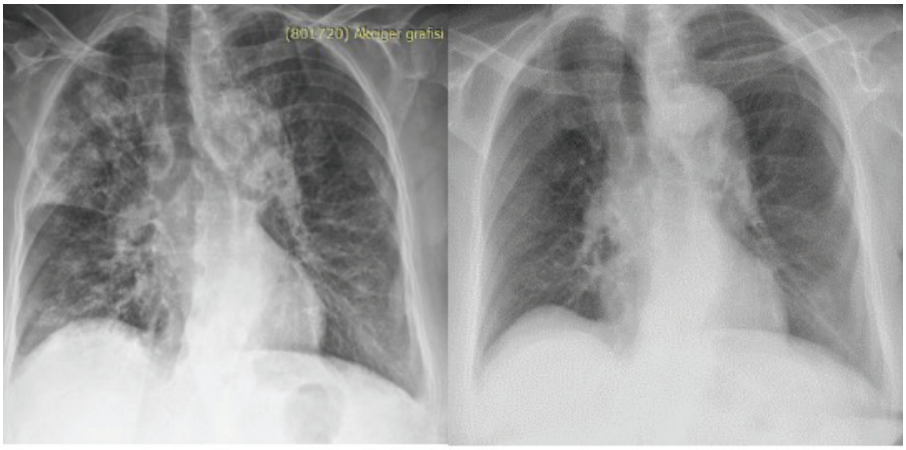
[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Lejyonella pnömonisi; klima, jakuzili havuz, havalandırma sistemleri gibi sistemlerden solunum yoluyla bulaşan, β-laktam antibiyotiklere yanıt vermeyen bir bakteriden kaynaklanır. Solunum yetmezliğine yol açabilen toplum ve hastane kaynaklı bir pnömonidir. Antibiyotik tedavisi ile 48 saat içinde klinik ve radyolojik yanıt alınır. Sporadik veya salgınlar şeklinde infeksiyonlara neden olabilir. Şehir sularında, termal havuzlar gibi doğal su kaynaklarında ve klimaların nemlendirici su sistemlerinde kolonize olabilir. Bu bildiride beş günden beri ateş, öksürük ve dispne şikayeti ile başvuran; kan gazında hipoksi saptanan ve 15 gün ara ile yapılan lejyonella antikor titresinin 4 kattan fazla artmasıyla tanısı konulan anamnezinde kaplıca ziyareti öyküsü bulunan 77 yaşında kadın hastayı sunduk.

Olgu: Hastanemiz acil servisine beş gündür olan ateş, öksürük ve dispne şikayeti ile başvuran, kafe işletmecisi olan 77 yaşında kadın hastamızın bilinen ek hastalık öyküsü ve sürekli kullandığı ilacı yoktu. Sigara hiç içmemişti. Acil başvurusunda çekilen akciğer grafisinde sağ akciğer orta-üst zon konsolidasyon izlendi (Resim1). Hastamızın bir hafta önce kaplıca tatili öyküsü mevcuttu. Şikayetleri nedenli evde parasetamol dışında ilaç kullanımı yoktu. Başvuru sırasında crp:269 mg/L, prokalsitonin:0.25, wbc:13.46 10e3/uL, lenfosit: 0.45 10e3/uL, nötrofil: 12.49 10e3/uL görüldü. Oda havası arter kan gazı tetkikinde ph:7.51, pco2:31, po2:56, sat:92 görüldü. Toplum kökenli pnömoni ile interne edildi. Levofloksasin 750mg ile intravenöz tedavi başlandı. Takiplerde balgam kültüründe normal solunum yolu flora elemanları üredi. Balgam arb negatif sonuçlandı. Yatışı sırasında istenen Legionella pneumophila IgG (ELISA): 51.70 U/mL (0.0-50), Legionella pneumophila IgM (ELISA): 25.40U/mL (0.0-120) görüldü. On gün interne edilerek klinik, radyolojik, laboratuar iyileşme gözlenen hasta taburcu edildi (Resim2). On beş gün sonra kontrole gelen hastadan istenen Legionellapneumophila IgG (ELISA) 316.9 U/mL (0.0-50) görüldü.

Tartışma-Sonuç: Pnömoni ile takip edilen hastalarda klima, jakuzili havuz, havalandırma sistemleri maruziyeti, kaplıcaöyküsü sorgulanmalı ve lejyonella pnömonisi tanısı göz ardı edilmemelidir.

Lejyonella



Resim1. PA AC grafisinde sağ akciğer orta üst zonda konsolidasyon izlenmektedir.

Resim2. Tedavi sonrası hastanın PA AC grafisinde belirgin regresyon izlenmektedir.

lejyonella

Anahtar Kelimeler: Lejyonella Pnömonisi, Kaplıca Öyküsü

PS-011 Perikarditte Nadir Bir Etken: MRSA Perikarditi Olgusu

Damla Azaklı[1], Celal Satıcı[1]

[1]S.B.Ü Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Enfeksiyöz ve nonenfeksiyöz birçok sebeple ortaya çıkabilen akut perikarditin en sık sebebi viral enfeksiyonlardır. İkinci sıklıkla karşılaştığımız bakteriyel etkenler; m. tüberculosis, pnömokok, streptokok, meningokok ve gonokoktur. Fungal ve parazitik enfeksiyonlar çok daha nadir sebeplerdir. Nonenfeksiyöz sebepler olarak otoimmun, neoplastik, metabolik, travma ve ilaçlar karşımıza çıkmaktadır.

Olgu: 79 yaş erkek hasta 2 aydır devam nefes darlığı yakınmasıyla başvurdu. Fizik muayenesinde TA:100/80 nabız:110 SPO2:96 ateş:36.8 olan hastanın arter kan gazında hafif hipoksemisi ve respiratuar alkalozu vardı. Solunum sistemi muayenesinde bilateral bazallerde ralleri olan hastanın diğer sistem muayeneleri normaldi. EKG'sinde nonspesifik ST-T değişiklikleri vardı. Laboratuar değerlerinde CRP:187 WBC:16 bin, troponin hafif yüksekti, troponin takibinde anlamlı artış olmadı. PAAG'de bilateral sinüsler künt görünen hastanın toraks tomografisinde bilateral plevral effüzyon ve perikardiyal effüzyon mevcuttu. Kardiyoloji konsültasyonu istendi ve yapılan EKO'sunda EF: %60 PAB:37 mmHg, sağ atrium komşuluğunda 1.2cm perikardiyal effüzyon izlendi ve bası bulgusu saptanmadı. Poliserözit tetkik amaçlı interne edilen hastaya geniş spektrumlu antibiyoterapi ve nonsteroid antiinflamatuar tedavi başlandı. Poliserözit ayırıcı tanısı için istenen ENA profili, TFT, TİT ve batın ultrasonunda patolojik bulgu saptanmadı. PPD testi yapılan hastanın PPD endurasyon çapı 4 mm ölçüldü. Takiplerinde 38 derece üzeri ateşi olan hastadan kan kültürü gönderildi. Kan kültüründe MRSA üremesi olması üzerine enfeksiyon hastalıklarına konsülte edilerek Seftriakson 1x2 gr ve Teikoplanin 1x400 mg olarak tedavisi düzenlendi. Takiplerinde kliniğinde tam iyileşme gözlenen, enfeksiyon markerları gerileyen, akciğer görüntülemesinde plevral ve perikardiyal effüzyonu gerileyen, tekrarlanan kan kültürlerinde üreme saptanmayan hasta antibiyoterapisinin 20. gününde poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç: Enfeksiyöz kaynaklı perikarditte uygun antibiyoterapinin vaktinde başlanması ile hastalığın tedavisi mümkündür. Olgumuzda perikardit etyolojisinde nadir bir etken olarak MRSA'yı da göz önünde bulundurmak gerekliliğini ve uygun antibiyoterapi ile hızlı klinik düzelme gözlendiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Perikardit, Plevral Efüzyon, MRSA

PS-012 Akciğer Kanser Tanısını Geciktiren Pnömoni

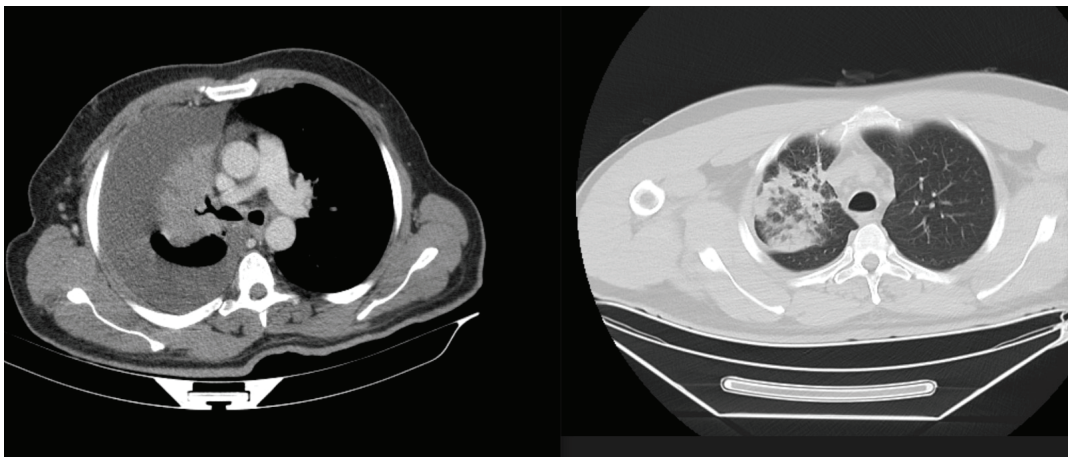
Ömer Seylan[1], Aysel Sünnetçioğlu[1]

[1]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri dünya çapında en önemli mortalite nedenlerinden biridir. Tanı ve tedavi gecikmesi hastalığın prognozunu etkileyen en önemli faktörlerdendir. Bu vakada pnömoni sebebi ile takip edilen EBUS/İİAB sonrası adenokarsinom tanısı alan hastamızı sunduk.

Olgu: 47 yaşında bilinen kronik bir hastalığı olmayan erkek hastanın 20 P/Y sigara öyküsü mevcut. 7 ay önce dış merkezde göğüs hastalıkları polikliniğine 1 aydır olan öksürük ve boğaz ağrısı şikayetleri ile başvurmuş. Üst solunum yolu enfeksiyonu olarak değerlendirilen hastaya reçete verilip ayaktan tedavi başlanmış. Tekrar tekrar aynı şikayetler ile farklı hastanelere başvuran hastada çekilen toraks BT de sağ üst lobda konsolide alan ve plevral efüzyon (Resim-1A) izlenince bronkoskopi yapılmış. Bilateral endobronşial lezyon izlenmeyen hastadan alınan lavaj sitolojisi normal gelmiş. İki ay sonra dispne, öksürük, hemoptizi, kilo kaybı ve halsizlik şikayetleri olan ve giderek kliniği kötüleşen hastanın başvurduğu başka bir hastanede tekrar çekilen kontraslı toraks BT'si Lober pnömoni (Resim-1B) olarak raporlanmış. Pulmoner emboli lehine bulgu saptanmamış. interne edilen hastanın şikayetlerinin devam etmesi ve antibiyoterapiye rağmen CRP yanıtının olmaması üzerine tekrar EBUS yapılmış. CRP:114,8. Hastanın balgam incelemelerinde ARB (3 Gün üst üste): Negatif, Balgam kültürü: Normal boğaz florası üremiş, TBC kültür: Üreme olmamış. EBUS/İİAB sonucu Patoloji raporu adenokanser uyumlu gelmiş. Sonrasında çekilen PET BT sonucu "Sağ akciğer üst ön kesimde geniş alanda, sağ hemitoraks plevral yüzeyde ve plevral efüzyonda, mediastinal ve sağ supraklavikular lenf nodlarında multipl odakta patolojik aktivite artışları" olarak raporlandı.

RESİM 1A-1B



Tartışma-Sonuç: Akciğer maligniteleri morbidite-mortalite sebepleri arasında önemli bir yere sahiptir. Bazı vakalarda pnömoni gibi patolojiler kanser tanı ve tedavisini geciktirebilir. Bu vakada pnömoni sebebi ile takip edilen ancak şikayetlerinin normalden daha uzun sürmesi ve giderek kötüleşmesi sebebi ile tetkik edilen ve akciğer kanseri tanısı alan hastamızı sunduk.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Pnömoni, Adenokarsinom

PS-013 Maligniteyi Taklit Eden Tüberküloz Olgusu

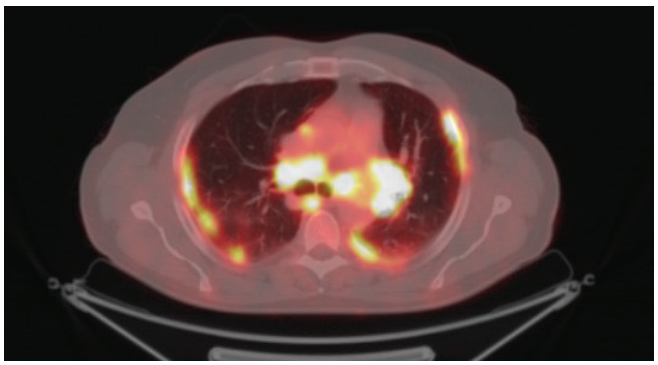
Belma Akbaba Bağcı[1], Tuğçe Özen[1], Esma Seda Akalın Karaca[1], Ayşenur İlkyaz[1], Kadriye Nazlı Kara[1], Mediha Gönenç Ortaköylü[1]

[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: F18-FDG Pozitron Emisyon Tomografi/Bilgisayarlı Tomografi; tümör tanısı, evrelendirilmesi, tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Fakat granülomatöz hastalıklar başta olmak üzere aktif makrofaj içeren bütün enfeksiyonlar ve inflamasyonlarda PET'de yanlış pozitiflik görülebilir. Olgumuz ile yüksek klinik şüphe ve PET tutulumu nedeniyle malignite olarak tetkik edilen bir tüberküloz olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta 1,5 aydır olan sırt ağrısı ve gece terlemesi şikayeti ile hastanemize başvurdu.30 yıldır exsmoker ve çocukluğundan beri inşaat işlerinde çalışmıştı.PA Akciğer Grafisinde (Figür1) bilateral hiler dolgunluk ve sağda belirgin periferik kostal plevral yüzeylerde şüpheli düzensizlikler izlendi. ToraksBT'de (Figür2) multıpl mediastinal LAP'lar, bilateral plevral yüzeylerde kalınlaşma ve düzensizlikler izlendi. Hastaya klinik ve radyolojik bulguları ile plevral malignite ön tanısı ile PETBT ve EBUS planlandı. Çekilen PETBT(Figür3);"her iki akciğerde tüm plevral kalınlaşma alanlarında yer yer nodülarite gösteren dağınık yerleşimli en kalın yerinde 11 mm'ye varan plevral kalınlaşma alanlarında yoğun FDG tutulumu izlenmiştir (SUVmax:10.6). Her iki hiler bölgede santral kitle/LAP ayrımı yapılamayan büyüğü solda 34x24 mm boyutlu lezyonlarda çok yoğun FDG tutulumları izlenmiştir (SUVmax:18.24). Mediastende tüm istasyonlarda, büyüğü subkarinal alanda 38x25 mm boyutlarına ulaşan lenfadenopatilerde yoğun FDG tutulumu izlenmiştir (SUVmax:21.06)" olarak raporlandı ve bulgular malignite ve metastaz lehine olarak yorumlandı. Hastaya yapılan EBUS'ta; subkarinal alanda yaklaşık 35mm çapında, sınırları net izlenen, homojen, hipoekojen lenfadenomegali, sağ hiler benzer natürde bulky lenfadenomegali izlendi ve örneklendi. (Figür4) Diğer istasyonlarda da multipl benzer natürde lenfadenomegaliler görüntülendi. Subkarinal lenf nodu sitoloji sonucu Granulomatoz iltihap ile uyumlu olarak raporlandı. PCR negatif saptandı. Hastada malignite şüphesi devam etmesi üzerine hasta göğüs cerrahisi ile ortak konseyde görüşüldü ve hastaya VATS ile cerrahi plevra ve lenf nodu biyopsisi yapıldı. Patolojisi; Nekrozlaşan ve nekrozlaşmayan granülomatöz plörit, EZN(-) olarak raporlandı.6 ay antitüberküloz tedavi alan hasta tedavi sonrası kontrol Toraks BT'de plevral lezyonlar tamamen regrese oldu.(Figür5)

FİGÜR 3



Tartışma-Sonuç: Malign-benign ayrımında PETBT'nin kullanıma girmesiyle gereksiz invaziv işlemlerin sayısı azalmıştır. Ancak granülomatöz hastalıkların PETBT ile dışlanamaması hala sorun olarak devam etmektedir. Yeni geliştirilecek non-invaziv tanı yöntemlerine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Mezotelyoma, Plevral Malignite

PS-014 Nefes Darlığı Şikayeti İle Başvuran Endobronşiyal Tüberküloz Olgusu

Gülden Deniz Aksu[1], Ayşe Dilvin Mansır[1], Mustafa Çolak[1], Hikmet Çoban[1], Nurhan Sarıoğlu[1]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Endobronşiyal tüberküloz akciğer tüberkülozunun ciddi komplikasyonlarından biridir. Klinik ve radyolojik olarak bronşiyal astım veya akciğer kanseri gibi hastalıklarla karıştırılıp yanlış tanı konmasına sebep olabiliyor. Tanı ve tedavide gecikme sonucunda bronkostenoz gibi komplikasyonlar gelişebiliyor. Bu olgumuzda geçmeyen nefes darlığı şikayetiyle acil servise son 1 haftada 3 kez başvuran endobronşiyal tüberküloz tanısı alan olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 80 yaşında kadın hasta son 3 aydır nefes darlığı şikayetiyle acil servise farklı zamanlarda başvurmuş. Hastaya 1 ay içinde farklı zamanlarda moksifloksasin reçete edilmiş. Verilen antibiyoterapiden fayda görmeyen hasta göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirilmiş. Hasta poliklinikte değerlendirildi. Fizik muayenede; TA: 110/70 mmHg, Nabız: 80/dk, Ateş: 36.4βC idi. Solunum sistemi muayenesinde bilateral solunum seslerinde kabalaşma tek tük ronküs duyuldu, diğer sistemlerin muayenesinde patoloji saptanmadı. Laboratuar incelemesinde; Beyaz Küre:6600/βL, Hb:12.0g/dL, Hct: 37.4, PLT: 414000/βL, Sedimentasyon hızı: 44mm/saat olarak bulundu. . Hastanın dış merkezde 3 kez verdiği ARB negatif sonuçlanmış. Hastanın çekilen akciğer filminde sağ alt lobda konsolide alanı izlendi. Toraks BT'inde akciğer parankim yapılarının değerlendirilmesinde; Sağ akciğer orta lobda santral yerleşimli fokal kollaps konsolidasyon sahası izlendi. Ayrıca perifissürel efüzyon mevcuttu. Sağ akciğer alt lob anterobazal segment bazalde plevraya geniş tabana oturmuş konsolidasyon alanı izlendi. Rezolüsyonlu geciken pnömoni etyolojisi araştırmak amacıyla bronkoskopi yapıldı. Hastanın sağ bronş üst lob segmentleri açık izlendi. Sağ intermedier bronşta duvarı çepeçevre saran lümeni oblitere eden beyaz mukoid infiltrasyon izlendi. (RESİM 1) Hastaya forceps biyopsi yapıldı. Patoloji sonucunda nekrotizan granülomatöz inflamasyon saptandı. Bronş lavajında ARB pozitif saptandı. Hastaya 4'lü (HRZE) anti-tüberküloz tedavi başlandı. Mikobakteri üremesi oldu. Tedavinin 2. Ay kontrol PA grafisinde regresyon klinik bulgularda iyileşme izlendi.

Resim 1. Sağ intermedier bronşta lümeni oblitere beyaz mukoid infiltrasyon

Tartışma-Sonuç: Endobronşiyal tüberküloz akciğer tüberkülozunun özel bir formudur. Akciğer kanseri, pnömoni ve astım gibi birçok hastalıkla karışabilmektedir. Bronş duvarı hasarına ve trakeobronşiyal stenoza yol açar. Basıya bağlı olarak asfiksi nedenli ölüme neden olabilir. Endobronşiyal tüberküloz akciğer tüberkülozunun tedavisinde en önemli amaç bronkostenozun önüne geçilmesidir. Şüphe duyulan olgularda tüberküloz tanısına yönelik incelemelerin yapılması doğru tanının konulmasını sağlar.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon, Endobronşial, Tüberküloz, Pnömoni

PS-015 Covid-19 Sonrası Kaviter Lezyon: Olgu Sunumu

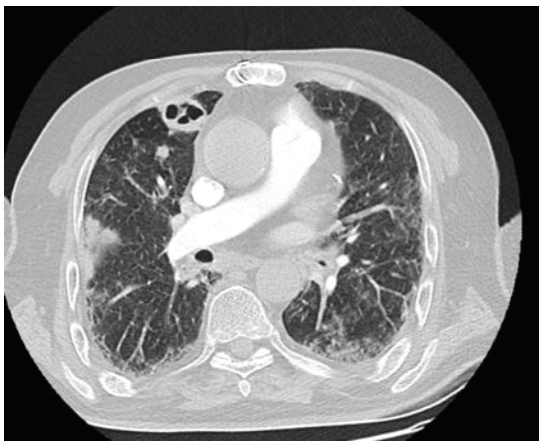
Hazal Kırca[1], Bahar Kurt[1], Kerem Ensarioğlu[2]

[1]Ankara Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Koronavirüs hastalığı (Covid-19), SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. Covid-19 tipik radyolojik bulguları olmakla beraber, atipik görüntüleme ile de karşımıza gelebilmektedir. Covid-19 enfeksiyonunda buzlu cam alanları, konsalidasyon, hava bronkogramları daha sık görülürken; plevral efüzyon, tomurcuklu ağaç ve kaviter lezyonlar oldukça düşük oranda görülmektedir. Bu olgu sunumunda Covid-19 enfeksiyon sonrasında kaviter bir lezyon ile değerlendirilen bir hasta sunuldu.

Olgu: Kafa travması sebebi ile operasyonu planlanan, KOAH, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı olan 77 yaşında erkek hasta, preoperatif Covid-19 RT-PCR pozitif olarak görüldü. Tomografi bulgular ilk tanıda dağınık buzlu cam alanları lehine idi. Travma takibi sonrasında taburcu edilen hasta; öksürük, nefes darlığı ve balgam şikayeti ile acile başvurdu. Pnömoni tanısı ile yoğun bakıma kabul edilen hastanın, progresif genel durumda kötüleşmesi üzerine istenilen güncel toraks tomografisinde kavitasyon ve konsolide alanlar görüldü. Balgam kültüründe pseudomonas ve klebsiella türleri görülen hastaya geniş spektrumlu antibiyoterapi başlanıldı. Bronkoskopide korunmuş fırçalama örneğinde acinetobakter ve tekrar pseudomonas üremesi oldu. Tedavi altında iken balgam ARB, galaktomannan ve kollajen markerları negatifliği görülerek, klinik ve radyolojik yanıt ile hasta taburcu edildi. Takipte, tekrar benzer şikayetlerle acil başvurusu olan hastanın, bu kez tomografik görüntülemesinde farklı odaklarda kaviter lezyonlar görüldü. Antibiyoterapi tekrar başlanılan hastanın tedavi yanıtı görülmesi sonrasında taburculuğu yapıldı ve takipte kaviter odak görülmedi.

Kaviter Lezyon Tomografi Kesidi



Tartışma-Sonuç: Covid-19, diğer enfektif odaklarla birlikte görüldüğünde, tedavi ve tanıda zorluklara neden olmaktadır. Benzeri olarak, Covid-19 sonrasında pnömoni ve ek enfektif odakların görüldüğü vakalarda da görülmektedir. Bakterial ko-enfeksiyonlarda patojenlerin saptanması ve uygun vakalarda antibiyotik tedavisinin başlanılması hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Pnömoni, Kavite

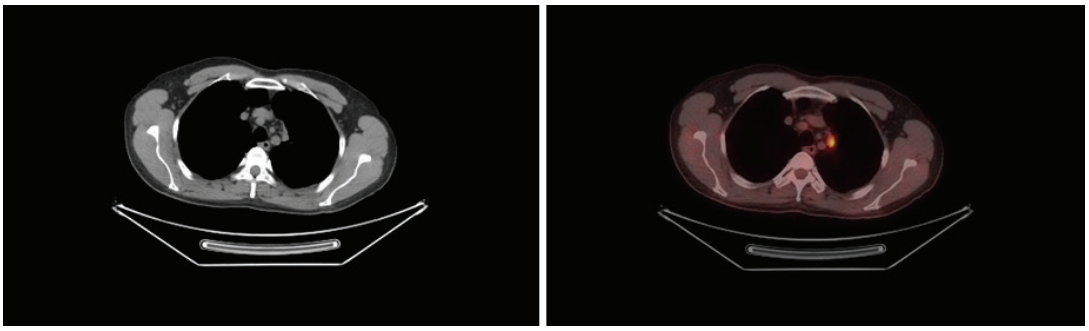
PS-016 Maligniteyi Taklit Eden Aspergilloma

Ramazan Eren[1], Barış Demirkol[2], Erdoğan Çetinkaya[1]

[1]SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Başakşehir Çam ve Sakura Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Pulmoner aspergillom, akciğerde özellikle tüberküloza sekonder olarak görülen kronik kavitelerde kolonize olmuş mantar kütlesi olarak tanımlanabilir. Lezyon daha çok üst loblarda yerleşim gösterir. Kavite içerisinde yuvarlak veya katlanmış solid lezyon görünümündedir. Bu olgu, malignite şüphesiyle tetkik edilen nodüler lezyonun patolojik olarak aspergillus enfeksiyonu gelmesi nedeniyle sunulmaktadır.

Olgu: Altmış yaşında erkek, nefes darlığı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın 11 yıldır eforla dispnesi oluyormuş. Beş yıldır kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı mevcut. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde ek özellik yoktu. 30 paket-yıl sigara öyküsü mevcut olup 15 yıldır sigara içmiyordu. Fizik muayenesinde her iki akciğerde solunum sesleri azalmıştı. Solunum fonksiyon testinde FVC:3.27lt (%89), FEV1:1.81lt (%61), FEV1/FVC: %54 idi. Hastanın eski görüntüleri ile kıyaslandığında çekilen toraks BT'sinde yeni gelişen sol akciğerde mediastinal plevra boyunca hilustan süperiora uzanan hava bronkogramsız kalınlığı 10 mm olan şüpheli lezyon olması ve mediastinal lenfadenopatisi olması nedeniyle PET-CT çekildi. PET-CT'de; sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte mediastinal plevraya oturan 14x8mm boyutlu nodüler lezyonda yoğun FDG tutulumu izlendi (SUVmax:6,6). Mediastende AP pencerede büyüğü santimetre sınırında birkaç adet lenf nodunda düşük-orta düzeyde artmış FDG tutulumları izlendi (SUVmax:3.1). Hastaya tanısal amaçlı sol üst lob wedge rezeksiyon işlemi yapıldı. Patolojisi 'pulmoner aspergillom' olarak sonuçlandı. Opere edilen hastamıza antifungal tedavi başlanılmadı ve takibe alındı. Hastanın klinik takibi devam edip yeni patolojik bir bulgu saptanmadı.



Resim 1. PET-CT'de; sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte mediastinal plevraya oturan 14x8mm boyutlu nodüler lezyon

Tartışma-Sonuç: Pulmoner aspergillozisin en sık görülen formu olan aspergillomaya ait karakteristik solid, yuvarlak ve genellikle mobil intrakaviter kitle görünümünün dışında olgumuzda olduğu gibi atipik radyolojik formların da klinisyenler tarafından bilinmesi ve erken radyolojik bulgu olarak önceden var olan kavitelerde boyut artışı ile duvar kalınlaşmasının fark edilmesi erken ve doğru tanı için çok önemlidir. Bu açıdan radyolojik olarak saptanan nodüller ve konsolide lezyonlar tüberküloz ve malignite yönünden araştırılırken mantar enfeksiyonu olabileceği de unutulmamalı ve bu yönden de tetkik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Aspergillom, Nodül, Mantar, Malignite, Aspergillus

PS-017 HIV Pozitif Bir Hastada Akciğer Histoplazmozu

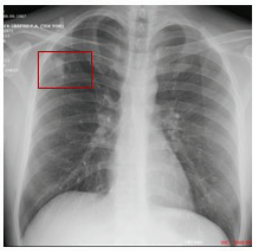
Feride Tamay Tatlı[1], Sami Deniz[1], Tuba Tatlı Kış[1]

[1]SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıklaır ve Cerrahisi EAH

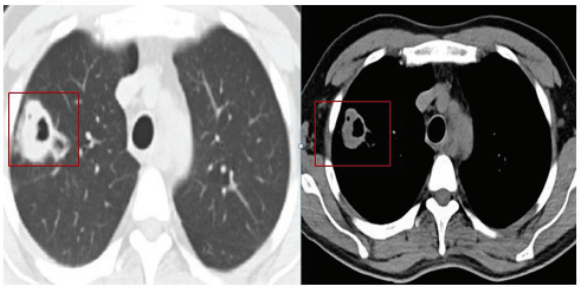
Giriş-Amaç: Histoplazmoz; Histoplasma capsulatum'un neden olduğu Orta-Güney Amerika, Afrika ve Asya'nın belirli bölgelerinde endemik görülen sistemik mikoz tablosudur. H. capsulatum insan immün yetmezlik virüsü (HIV) ile yaşayan bireyler gibi immunsuprese hastalarda fırsatçı infeksiyon etkeni olarak karşımıza çıkabilmekte, pulmoner veya sistemik tutulumla seyredebilmektedir. Ülkemiz H.capsulatum'un endemik olduğu coğrafyada yer almadığı için nadir bildirilmektedir. Olgumuzda; akciğerde mantar infeksiyonu nedeni ile takip edilen ancak 3 aydır şikayetlerinin geçmemesi üzerine tarafımıza başvuran ve akciğer histoplazmozisi tanısı alan HIV (+) olgu sunulmuştur.

Olgu: 15 paket/yıl sigara içme öyküsü olan,35 yaşında erkek hasta 2-3 aydır devam eden öksürük, balgam, son bir ayda 20 kg kilo kaybı ve bacaklarda güçsüzlük şikayetleri ile başvurdu. Bulgaristan'da yaşayan ve tır şoförlüğü yapan hastanın özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik yoktu. Periferik kan analizinde, lökosit:4500/uL, nötrofil:2200/uL, lenfosit:800/uL, trombosit:199000/uL, CRP:4.4 mg/L, prokalsitonin 0.14 ng/mL saptandı. Otoantikorlar negatif saptandı. İki defa anti-HIV pozitif saptanması üzerine HIV doğrulamaya gönderildi. Hastanın akciğer grafisinde sağ üst zon periferde düzgün sınırlı dansite artışı görüldü. Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral buzlu cam dansitesi ve atipik enfeksiyona sekonder? sağ üst lobda 3 cm kalın cidarlı kaviter lezyon görüldü. Başka merkezde yapılan tru-cut biyopsi patoloji sonucu mantar enfeksiyonu lehine değerlendirilmiş idi. Hasta bronkoskopi yapılmasını kabul etmedi ve antifungal tedavi olarak anidulafungin 1x200 mg/gün yükleme 1x100 mg/gün idame başlandı.Dış merkez akciğer tru-cut biyopsi materyalleri hastanemizde incelendi ve materyallerde alveolleri dolduran histositlerin içerisinde mantar sporları izlendi. PAS boyası (+) olup histoplazmozis lehine değerlendirildi. Akciğer histoplazmozisi tanısı ile klinik düzelme olana kadar en az 2 hafta lipozomal Amfoterisin B 3 mg/kg/gün i.v, idame tedavi olarak 12 ay boyunca itrakonazol 2x200 mg kullanılması önerildi. Hastanın 14 günlük lipozomal amfoterisin B tedavisi tamamlandı. HIV doğrulama sonucu pozitif saptandı. Hastaya itrakonazol 2x200mg p.o reçete edilerek, HIV takip ve tedavisi için enfeksiyon hastalıkları poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

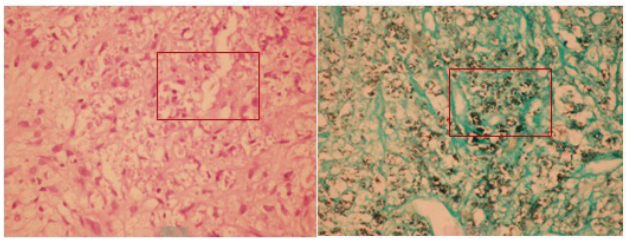
Şekil-1. Posteroanterior Akciğer Grafisi



Şekil-2: Toraks BT Görüntüsü



Şekil-3: Histopatolojik Görüntüler



Olguya Ait Görüntüler

Tartışma-Sonuç: Histoplazmoz, akut pulmoner histoplazmozdan immunsuprese bireylerde yaygın ve hayatı tehdit eden yaygın histoplazmoz tablosuna kadar farklı kliniklerde görülebilir. Ülkemiz H.capsulatum'un endemik olmadığı coğrafyada yer alsa da seyahat ile ilişkili olguların görülebileceği akılda tutulmalıdır. Tanı konulması halinde başta HIV infeksiyonu olmak üzere immunsupresyon oluşturan etyolojilerin araştırılması gerekliliği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, HIV, Histoplazmoz

PS-018 Radyolojik Olarak Miliyer Tüberküloz ile Karışan Miliyer Metastaz Olgusu

Aylin Bayram[1], Gülistan Karadeniz[1], Tülay Akarca[1], Onur Karaman[1]

[1]S.B.Ü. İzmir Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Miliyer Tüberküloz, tüberküloz (TB) basilinin kan yolu ile yayılımı sonucu oluşan dissemine enfeksiyondur. Primer TB'da %2-6 oranında görülür, ayrıca reaktivasyon TB'da sıklığı bir miktar artmıştır. Miliyer enfeksiyonun her bir odağı lokal granülom ile sonuçlanır. Karakteristik radyografik ve yüksek çözünürlüklü BT bulguları sayısız, 1-3 mm çapında, her iki akciğerde rastgele dağılmış nodüllerdir. İnterlobüler septanın kalınlaşması ve ince intralobüler ağlar sıklıkla görülür.

Olgu: 61 yaşında bilinen ek hastalığı olmayan kadın hasta öksürük, balgam, halsizlik, nefes darlığı şikayetleri ile başvurduğu dış merkezde çekilen Akciğer grafisi ve toraks BT'de miliyer patern saptanması üzerine miliyer tüberküloz şüphesi ile refere edildi. Hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı tüberküloz servisine interne edildi. Hastaya ampirik HRE tedavisi başlandı. Tüberküloz kan ve balgam kültürleri istendi. Üç kez bakılan balgam ARB direkt bakısı negatif olup PCR sonucu da negatif saptanan hastaya bronkoskopi yapıldı. BAL ve bronş aspirasyon ARB direkt bakıları ile BAL TB PCR da negatif idi. TB kan kültür sonucu beklenen hastanın takibinde baş dönmesi şikayeti gelişmesi üzerine kranial MR çekildi. Kranial MR: 'kitle?-TB?' olarak raporlandı. Nöroloji ve Medikal onkoloji ile konsülte edilen hastaya PET/CT önerildi. PET/CT raporunda:'Uterin kaviteyi dolduran ve miyometriuma uzanım gösteren lobule konturlu kitle lezyonunda malignite düzeyinde artmış 18FDG tutulumu olup jinekolojik değerlendirme ve histopatolojik verifikasyon önerilir. Sol hemitoraksta izlenen minimal plevral efüzyonda, her iki akciğerde izlenen plevral kalınlaşma alanlarında ve her iki akciğerde izlenen milier tarzındaki nodüler opasitelerde, sol aksilla ve abdominoplevik bölgede tanımlanan lenf nodlarında, abdominopelvik bölgede izlenen implant ile uyumlu olduğu düşünülen nodüler dansitelerde, sakrum ve sol iliak kemikte izlenen kemik lezyonunda patolojik düzeyde artmış 18FDG tutulumu izlendi.' Tüberküloz tedavisi stoplanan hasta Jinekoloji ile konsülte edildi, Uterus Karsinomu-yaygın metastazlar ile nakil verilmesi uygun görüldü. Hastanın balgam, bronşaspirasyon, BAL ve kan tüberküloz kültürlerinde de üreme saptanmadı.

Hastanın Başvuru Akciğer Grafisi

Akciğer grafisinde yaygın miliyer görünüm

Tartışma-Sonuç: Akciğerde miliyer tutulum yapan metastazların miliyer tüberküloz ile karışabileceği unutulmamalıdır. Tüberkülozda kesin tanı Mycobacterium Tuberculosis Kompleks'in kültürde üremesidir.

Anahtar Kelimeler: Miliyer Tüberküloz, Miliyer Patern, Metastaz

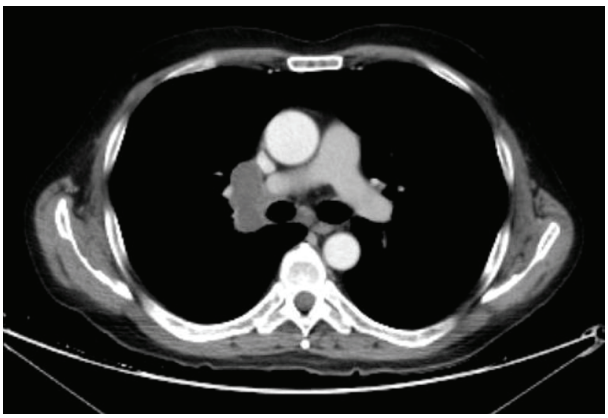
PS-019 Metastatik Prostat Adenokanserini Taklit Eden Miliyer Tüberküloz: Olgu Sunumu

Kübra Taşkaraca[2], Nilgün Yılmaz Demirci[2], Nihat Karabacak[1], Murat Yavuz Koparal[1], Çağrı Coşkun[1]

[1]Gazi Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı
[2]Gazi Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Prostat tüberkülozu, mikobakteri basilinin masif lenfohematojen yayılımına bağlı olarak, tüm vakaların %1-3'ünde görülen M. Tuberculosisis nispeten alışılmadık bir akciğer dışı komplikasyonudur. Nadir görülmesi ve tanı anındaki klinik ve radyolojik olarak prostat adenokarsinomuyla karıştırılması sebebiyle dikkat çekmek ve literatüre katkı sağlamak amacıyla olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: 54 yaşında 20 paket yıl sigara öyküsü ve 1 yıl önce tanı almış Membranoproliferatif glomerülonefrit (MPGN) tanısı olan hasta öksürük ve gece terlemesi şikayeti ile başvurdu. Başvuru anındaki vitalleri normaldi, oskultayonda hastada raller duyuldu ek sistemik muayesinde patoloji saptanmadı. Gönderilen labaratuvar tetkiklerinde hastanın tam kan sayımı, biyokimya, tam idrar tetkiki ve enfektif parametreleri normal olarak değerlendirildi. Hastaya iki yönlü akciğer grafisi ardından bilgisayarlı tomografi çekildi. Hastaya çekilen BT'de sağda büyümüş hiler lenf nodları görülmesi sebebiyle hastaya Pozitron Emisyon Tomografi çekildi. Mediastende yaygın büyümüş lenf nodlarında FDG tutulumu SUV max: 8.3 saptandı. Akciğerde yaygın miliyer görünüm, multipl nodüllerde artmış FDG tutulumu ve paraspinal, abdomendeki diğer lenf nodu istastyonlarında, dalakta, böbrekte ve prostatta yaygın tutulan FDG görüldü. Parmakla rektal muayanesinde noduler lezyonlar olan hastadan Prostat spesifik antijen gönderildi, yüksek olarak sonuçlandı. Tüm vücut değerlendirildiğinde maksimum tutulumun yaklaşık 3 cm'lik prostatta suv max 13.4 görülmesi sebebiyle hastaya prostat biyopsisi planlandı. Endobronşial Ultrason ile transbronşiyal iğne aspirasyonu ve Bronş Lavajı planlandı. MPGN ile yaklaşık 1 yıldır immunsupresif tedavi alan hastada mikrobiyolojik örneklemeler yapıldı. TBC PCR+ geldi. Prostat biyopsisi sonunda nekrotizan granulamatöz prostatit ve Asido Resistan Basil boyaması pozitif olan hastada miliyer tüberküloz tanısı aldı. Hastanın bildirimi yapıldı, tedavisi başlandı, dispansere yönlendirildi.



Resim 1. Başvuru anındaki bilgisayarlı tomografi kesitinde büyümüş sağ hiler lenfoadenopati.

Tartışma-Sonuç: M. Tuberculosis üriner sistemde granülomatöz infeksiyona neden olabilmektedir. Genitoüriner tüberküloz hemen hemen daima, primer pulmoner infeksiyondan hematojen yolla yayılım sonucu olmaktadır. Ekstrapulmoner tüberkülozun %30 u genitoüriner sistemde görülmektedir (2). Gelişmiş ülkelerde bu oran daha düşük bildirilmektedir (3). Prostat tüberkülozu, dijital rektal muayenede prostat karsinomu ve kronik prostatitten ayırt etmek zor olabilir. Kesin tanı histopatolojik ve bakteriyolojik çalışmalarla konulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Miliyer, Tüberküloz, Adenokanser

PS-020 Palyatif Bakım Ünitesinde Pulmoner Aspergillozis Tanısı Alan Vakalar

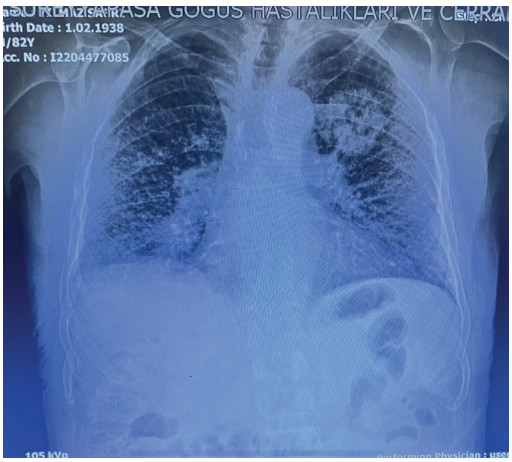
İpek Erdem[1], Ebru Sulu[1], Dudu Handan Akış[1], Halide Fulya Kızıltepe[1], Buse Nur Ertam[1], Birsen Ocaklı[1], Özlem Oruç[1]

[1]Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğerin fungal enfeksiyonlarının görülme sıklığı, bakteriyel ve viral solunum yolu enfeksiyonlarına kıyasla daha nadir olmakla birlikte, özellikle immunsupresif bireylerde insidansının arttığı gözlenmiştir. Nötropeni, maligniteler, sitotoksik tedaviler, radyasyon, immunsupresif ilaçlar, GVHH, HIV enfeksiyonu gibi nedenler immunsupresyonun sık nedenlerindendir. Bu hastalarda da fungal etkenler arasında en sık doğada yaygın olarak bulunan Aspergilloz türleri görülür. Palyatif bakım ünitesinde takip edilen immunsupresif hastalarda, takip esnasında karşılaştığımız pulmoner aspergillozis vakalarını paylaşmak istedik.

Olgu: Malignitesi mevcut palyatif bakım amaçlı yatırılan 5 immunsupresif erkek hastanın yaş ortalaması 68,8 (63-82) idi. Akciğer malignitesi bulunan beş vakadan birisine genel durum bozukluğu nedeni ile patolojik tanı konulamamıştı. Kalan 4 vakanın; ikisinin adenokanser, birisinin küçük hücreli kanser ve birisinin de skuamöz hücreli kanser tanıları mevcuttu. Ünitemize genel durumda düşkünlük ve enfeksiyon parametrelerinde yükseklik nedeni ile yatan hastaların radyolojik görünümleri ve tedaviye yanıtsızlığı nedeni ile mantar enfeksiyonu düşünülerek ileri tetkik yapıldı. Hastaların birinde balgamda galaktomannan antijeni pozitif saptandı, diğerlerinde tanı bronkoskopik lavaj sonucu ile geldi. Hastaların biri tedaviye başlamadan, diğeri ise tedavinin 21. gününde exitus oldu. Diğer olgulara antifungal tedavi başlandı ve tedavileri tamamlanarak oral idame tedavi ile medikal onkolojiye yönlendirilerek taburcu edildiler.

Pulmoner aspergillozis ve malignite birlikteliği



Bilateral interstisyel gölgelenmelerde artış, sol üst zonda yaklaşık 4 cm içinde kistik açıklığı olan kaviter görünümlü konsolide alan

Tartışma-Sonuç: Pulmoner aspergillozis, klinikte çok sık görülmemekle beraber; malignite varlığı, kemoterapi, radyasyon, uzun süreli kortikosteroid kullanımı gibi immun supresyon yapacak tablolarda sıklığı en çok artan mantar enfeksiyonlarındandır. Klinik yanıt alınamayan hastalarda fungal enfeksiyon varlığı mutlaka akla gelmelidir. Tetkikinde fiber optik bronkoskop ile alınan bronş lavanında kültür, galaktomannan antijeninin çalışılması ve balgamda mantar kültürü çalışılması çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Aspergillozis, Fungal, Palyatif, İmmunsupresif

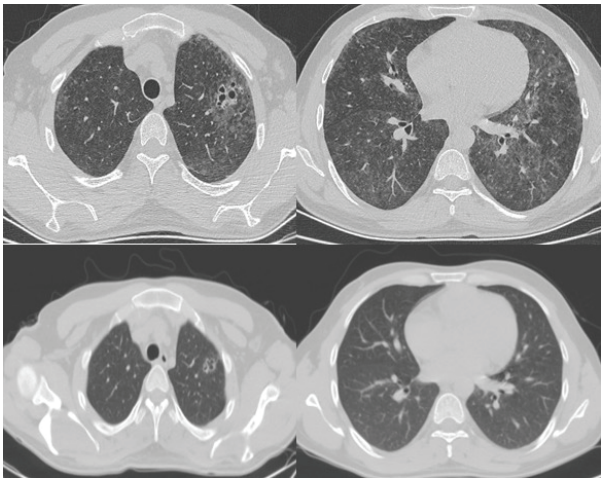
PS-021 Kronik Öksürükte Nadir Bir Etken: Pneumocystis Jiroveci Pnömonisi

Erol Başaranoğlu[1], Hadice Selimoğlu Şen[1], Veysi Tekin[2], Rupel Ezgi Demir[1], Özge Yersel Karaoğlan[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır
[2]Gazi Yaşargil Eğitim-Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Sekiz haftadan uzun süren öksürüğe kronik öksürük denir. Kronik öksürüğün en sık nedenleri arasında üst hava yolu öksürük sendromu, astım ve gastroözofageal reflü hastalığı yer alır. Pneumocystis jiroveci, bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda özellikle akciğer tutulumu ile seyreden fırsatçı bir patojendir. Pneumocystis jiroveci pnömonisinde (PCP) en sık klinik bulgular dispne, nonprodüktif öksürük ve ateştir. HIV (+) olgularda çoğunlukla ateş görülmez. Kronik öksürük, dispne şikayetleri ile başvuran olgu, kronik öksürük etyolojisinde PCP'ye dikkat çekme amacı ile sunuldu.

Olgu: 27 yaşında bilinen bir hastalık, ilaç kullanım ve sigara öyküsü olmayan erkek hasta yaklaşık 2,5 aydır öksürük ve eforla olan nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Özel bir kurumda öğretmen olarak çalışıyordu. Öksürük şikayetiyle 4 defa dış merkezde tedavi almış ancak şikayetleri gerilememişti. Fizik muayenesinde Solunum sayısı:20/dk, Nb:105, SpO2: %94, Ateş: 37.4 derece idi. Akciğer grafisinde bilateral buzlu cam alanları gözlenen hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT); bilateral yaygın buzlu cam alanları ve sol AC üst lob anterior segmentte kistik lezyonu mevcuttu (Resim 1). Balgam nonspesifik kültürü, balgamda ARB, Solunum yolu multiple PCR, Covid PCR sonucu negatif ve Anti-HIV testi pozitif olarak sonuçlandı. Laboratuvarında CD4 oranı düşük saptandı (%2). Mevcut klinik, laboratuvar ve radyolojik özellikleri ile PCP düşünülen hastaya trimetoprim-sulfametoksazol tedavisi başlandı. Hastanın 1 ay sonraki kontrol toraks BT'sinde lezyonların gerilediği gözlendi (Resim 1).



Resim 1. Bilateral Buzlu Cam ve Sol akciğerde Pnömotosel-Trimetoprim Sulfametoksazol Tedavisi Sonrası Lezyonlarda İyileşme

Tartışma-Sonuç: Geçmişte protozoon olarak bilinen Pneumocystis jiroveci, immünsupresif hastalarda fırsatçı bir fungal enfeksiyon kaynağıdır. CD4 oranı düşük olan HIV (+) hastalarda PCP riski artar. Kesin tanısolunum yolu örneklerinde kist veya trofozoid formların gösterilmesi ile konur. Kesin tanıya gidilemediği durumlarda CD4<200 olması, klinik, radyolojik uyumlu bulgular ve PCP tedavisine yanıt ile tanı konabilir. Radyolojik olarak bilateral yaygın yamasal buzlu cam alanları ağırlıkta olup kist, kavite ve spontan pnömotoraks görülebilmektedir. Ülkemizde HIV (+) olgu sayısı son yıllarda artış göstermektedir. Kronik öksürük şikayeti ile başvuran olgularda, uygun radyoloji ve klinik bulguların varlığında PCP de etiyolojide düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: PCP, HIV, Kronik Öksürük

PS-022 Periton Tüberkülozu ve Tüberküloz Assiti

Ahmet Melih Şahin[1], Elif Şen[1], Turan Acıcan[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Periton tüberkülozu, Türkiye'de tüberküloz vakalarının %1-3'ünü, akciğer dışı tüberküloz vakalarının %5,9'unu oluşturmaktadır. Hastalık çoğu vakada peritondaki latent tüberküloz odağının reaktivasyonuyla ortaya çıksa da hematojen veya komşu organlardan direkt yayılımla ortaya çıkabilir. Tanısı zordur ve önemli derecede morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır.

Olgu: Bir aydır olan iştahsızlık ve on gündür olan karın ağrısı şikayetiyle gastroenteroloji polikliniğine başvuran, ek hastalığı olmayan elli beş yaşında erkek hastaya yapılan abdomen ultrasonografide, en belirgin yerinde 10 cm sıvı görülmesi üzerine parasentez yapıldı; eksüdatif vasıfta olan periton sıvısı adenozin deaminaz değeri yüksek, CA-125 değeri yüksek görüldü, adi kültüründe üreme olmadı, aside rezistan basil(ARB) görülmedi, tüberküloz PCR negatif olup tüberküloz kültürleri de gönderildi. Malignite ön tanısıyla torako-abdomino-pelvik bilgisayarlı tomografi(BT) çekilen hastada her iki hiler bölgede sağda daha belirgin olmak üzere, büyüğü sağ inferior paratrakeal alanda yerleşimli ve boyutları 22x12 mm olarak ölçülen birkaç adet lenf nodu görüldü, akciğerde belirgin aktif infiltrasyon saptanmamış olup sağ hemitoraksta sıvama tarzı plevral efüzyon, batın içi belirgin yerinde 7 cm kalınlığında ölçülen yaygın serbest mayi ve omental yağlı planlarda hafif heterojenite, splenomegali, ayrıca paraaortik, parakaval ve retrokaval alanlarda nonspesifik çok sayıda lenf nodu izlenmekteydi. PET-BT çekilen hastada mediastinal lenf nodlarında tutulum izlenmemiş olup mezenterde ve peritoneal yüzlerde fokal tarzda artmış F18-FDG tutulumu görüldü. Endoskopi-kolonoskopide lezyon görülmeyip alınan örneklerde patolojik bulguya rastlanmadı. Endobronşial ultrasonografi (EBUS) eşliğinde alınan ince iğne aspirasyon biyopsisinde patolojik bulguya rastlanmadı, kültürde üreme olmadı, ARB negatif görüldü, tüberküloz kültürü gönderildi. Tekrarlayan assit ve karın ağrısı olan hastada tanısal laparotomi yapıldı, peritoneal yaygın implantlar görüldü, eksizyonel patoloji örneklerinde non-nekrotizan granülomatöz inflamasyon görüldü. Hastanın assit sıvısı tüberküloz kültüründe 14. günde Mycobacterium tuberculosis üremesi bildirildi. Hastaya standart anti-tüberküloz tedavisi başlandı; belirgin klinik yanıt alındı, semptomlar tamamen geriledi. Hastanın tüberküloz tedavisi üçüncü ayında devam etmektedir.

Tartışma-Sonuç: Akciğer dışı tüberküloz değişik görünümlerle karşımıza çıkmakta olup hastalıkların ayırıcı tanısında tüberküloz mutlaka düşünülmelidir. Tüberkülozun tamamen kontrol altına alınması multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Peritonit, Assit

PS-023 Çok İlaca Dirençli Tüberküloz Tanılı Hastada Bir Komplikasyon; Bronkostenoz

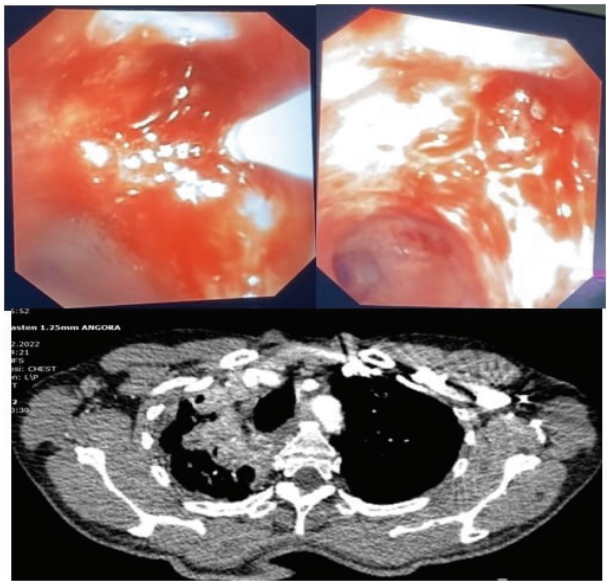
Derya Gökcan[1], Onur Karaman[1], Sami Deniz[1]

[1]S.B.Ü. Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Tüberküloz (TB) Mycobacterium tuberculosis basili tarafından oluşur. Çok ilaca dirençli tüberküloz (ÇİD-TB) ilk basamak Tüberküloz ilaçlarından hem İzoniazid (INH) hem Rifampisin (R)'e direnç olmasıdır. Birlikte başka ilaç direnci de olabilir. Olgumuzda; ÇİD Tüberküloz tedavisi almaktayken sağ akciğer üst lob atelektazisi ile bronkostenoz görünen hasta sunulmuştur.

Olgu: 52 yaşında KOAH tanılı erkek hasta nefes darlığı ve ateş şikayeti mevcuttu. Verem Savaş Dispanserinden ÇİD-TB tanısı ile tarafımıza yönlendirildi.30 paket/ yıl sigara öyküsü olan hastanın Balgam kültür antibiyogramında İzoniazid (H), Rifampisin (R) ve Streptomisin direnci saptandı. ÇİD-TB tedavisi başlanan hastanın özgeçmişinde KOAH soygeçmişinde özellik yoktu. Periferik kan analizinde; lökosit 8900 / uL, nötrofil 5800 /Ul, lenfosit 2100/uL, trombosit 268000/Ul, CRP3.6mg/L saptandı. Hastanın PA akciğer grafisinde trakea sağa doğru belirgin deviasyon göstermekteydi ve sağ akciğer üst zonda düzensiz sınırlı opasite artışı görüldü. Toraks Bilgisayarlı Tomografide sağ akciğer üst lobda düzensiz sınırlı kitlesel görüntü,sağ akciğer üst lob bronşu tıkalı görüldü. Hastanın belirgin trakeal çekintisi ve sağ üst lob bronşu tıkanması Tb nedenli olması yanında Tb'de altta yatan bir malignite sebebiyle de olabilmektedir. Ayırıcı tanısı için yapılan bronkoskopide trakea sağa belirgin deviye ve genişlemiş, sağ üst lob bronşu tama yakın tıkalı görüldü. Sağ üst lob bronşundan minimal açıklıktan fırça ile örnek alındı. Patoloji materyallerinde malignite ve atipi görülmedi.

Fotoğraf 1



Tartışma-Sonuç: ÇİD TB vakasında sağ akciğer üst lobda olan Tb enfeksiyonu sekelinin parankimi belirgin destrükte etmesi sonucu oluşan fibrozisin sağ üst bronşu tama yakın daralttığı görülmektedir. Bronkostenoz malignite şüphesini düşündürmüştür ancak patolojik olarak atipik hücre tespit edilmemiştir. Ülkemizde yaygın olarak görülen Tb tedavi edilebilir bir hastalıktır ve erken saptanıp etkin tedavi edilmediği taktirde mortalitesi yüksek ya da mortal seyretmediğinde de parankim kaybı ile morbidite geliştiren ciddi bir hastalıktır. Bu olgumuzda Tb'nin parankim destrüksiyonu ve malignite şüphesi uyandıran bronkostenoz olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Bronşial Darlık, Bronkoskopi

PS-024 Primer Kot Yerleşimi Gösteren Hidatik Kist

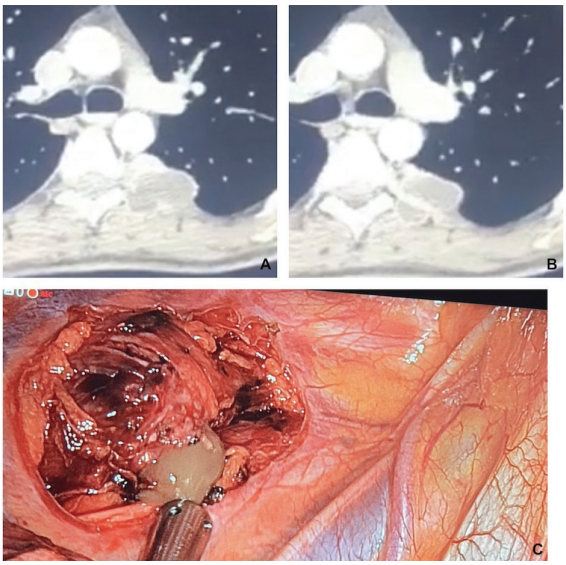
Fatma Tuğba Özlü[1], Mahmut Talha Doğruyol[1], Attila Özdemir[1], Rıza Berk Çimenoğlu[1], Mesut Buz[1], Recep Demirhan[1]

[1]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Kist Hidatik hastalığı dünyada geniş coğrafi yayılım gösteren zoonozlardan biridir. Bu hastalığa Echinococcus granulosus paraziti tarafından oluşturulan ve en sık karaciğer ve akciğeri tutan hayvan kökenli bir bir enfeksiyondur. Atipik yerleşim gösterip kostaya invazyon gösteren kist hidatik olgumuza cerrahi tedavi yaklaşımını sunmayı amaçladık.

Olgu: 27 yaşında erkek hasta sırt ağrısı nedeni ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede tüm sistemler olağan izlendi. Hastanın yapılan incelemelerde çekilen toraks BT'sinde sol hemitoraks 5. kot posteromedial komşuluğundaki akciğer parankimine ve posterior paravertebral kas planlarına doğru ekspansiyon gösteren 3x4cm boyutlarında kostada lizise neden olan anteriorunda kalsifikasyon barındıran lobüle kontürlü hipodens kitle tespit edildi. Batın ultrasonagrafisi karaciğerde kistik yapı varlığı açısından değerlendirildi ve kist izlenmedi. Cerrahi eksizyon planlandı. Operasyon genel anestezi altında VATS ile yapıldı. Kısmi pnömoliz sonrası 5.kostanın kosta vertebra bileşkesine uyan lokalizasyonda komşu akciğer dokusunda sıkı yapışık göğüs duvarından vertebraya uzanan kistik kitle izlendi. Kist rüptüre edilmeden pnömoliz sağlandı. Kist ponksiyene edildi. Kist içeriğinin kaya suyu görünümlü olduğu izlenip, kistetomi yapılarak germinatif membrana ulaşıldı. Germinatif membran etraf dokulara bulaştırılmadan alındı. Daha sonra vertebraya doğru kistin vertebra korpusundan içeriye doğru kemik yapıları erode edip multilokulasyonlar yaptığı görüldü. Tüm lokülasyonlar açılıp kist içeriği ve germinatif membranlar boşaltılarak hipertonik solüsyon ile yıkama yapılarak katlar kapatıldı. Makroskopik görünümü kist hidatik ile uyumlu izlenen spesimenin patoloji raporu tanımızı teyit etmiştir. Postoperatif 1. ayında takipleri devam eden hastada nüks izlenmedi. Karaciğer değerlerine bakılarak andazol tedavisi ile takibi devam etmektedir.

Primer Kosta Yerleşimi Gösteren Hidatik Kist



A, B: Kostaya invaze kistin toraks BT'si, C: Peroperatif VATS görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Dünyada yaygın görülen kist hidatik hastalığının nadir bir formu olan kosta invazyonlu kist hidatik olan vakamızda VATS ile küratif cerrahi tedavi uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kist Hidatik, Kist, VATS, Cerrahi

Poster Bildiri Oturumu 2: İntertisyel Akciğer Hastalıkları

PS-025 Dört Olguyla Plöroparankimal Fibroelastozise Yaklaşım

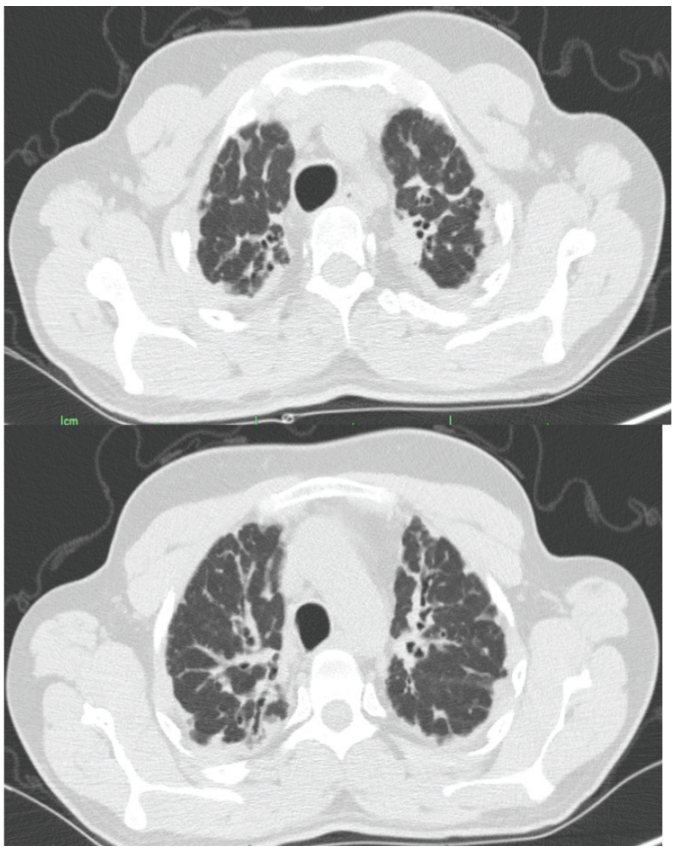
Ramazan Eren[1], Elif Tanrıverdi[1], Barış Demirkol[2], Aysunur Özmen[3], Hikmet Merve Reyhan[1], Demet Turan[1], Mustafa Çörtük[1], Halide Nur Ürer[4], Erdoğan Çetinkaya[1]

[1]SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi
[4]SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

Giriş-Amaç: Plöroparankimal fibroelastozis (PPFE) ağırlıklı olarak üst lobları tutan, belirgin kollajen ve elastik doku depolanması sonucu plevrayı ve subplevral akciğer parankimini etkileyen, visseral plevranın yoğun fibrotik bir şekilde kalınlaşması ile karakterize nadir görülen bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Histopatolojik olarak PPFE tanısı alan dört olgu nadir görülmesi sebebiyle sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem: Tek merkezli, retrospektif çalışma.

Bulgular: Yaş ortalamaları median 46(39-50) olan dört hasta polikliniğimize nefes darlığı ve öksürük şikayetiyle başvurdu. Bir hastada 40 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu. Bir hastanın 1.5 yıldır böbrek yetmezliği vardı ve diyaliz tedavisi almaktaydı. Bir hastada ise dokuz yıl önce renal transplantasyon yapılmış olup prednizolon, mikofenolat mofetil, takrolimus kullanıyordu. Diğer hastaların özgeçmişinde başka özellik yoktu. Bir hastanın ablasına İAH nedeniyle akciğer transplantasyonu yapılmış. Diğer hastaların soygeçmişinde özellik yoktu. İki hastanın fizik muayenesinde göğüs ön-arka çapı daralmış, solunum sesleri doğaldı. İki hastanın ise fizik muayenesinde her iki akciğerde arka orta alanlarda inspiratuarralleri mevcuttu. Restriktif tipte solunum fonksiyon bozukluğu saptanan dört hastanın yüksek çözünürlüklü toraks BT (YÇBT)'sinde bilateral üst zon apikalde plevral kalınlaşma, plöroparankimal bant görünümleri, retiküler patern, bazal subplevral retiküler dansite artışları izlenmişti (Resim-1).Dört hastaya açık akciğer biyopsisi yapılmış.Patolojisi PPFE ile uyumluydu. Bir hastamızda renal transplantasyon sonrası şikayetleri başlaması sebebiyle sekonder PPFE; diğer üç hastamızda altta yatan bir neden olmayıp idiopatik (primer) PPFE düşünülmüştü. Hastalarımıza pulmoner rehabilitasyon, aşılama gibi destek tedavileri yapıldı. Dört hastamıza da steroid tedavisi başlanıldı ve hepsi transplantasyon merkezine yönlendirildi. İki hastamıza solunum yetmezliğinden dolayı oksijen tedavisi de başlandı. Hastalarımızın immünsüpresif tedaviye rağmen hastalığı progresif olarak devam etmekteydi. Progresif seyreden hastalarımızın üçü tanıdan sonraki beş yıl içinde solunum yetmezliğinden kaybedildi. Bir hastamızın klinik takibi devam etmekte olup hastalığı progresif seyretmektedir.



Resim 1. Bilateral üst zon apikalde plevral kalınlaşma,plöroparankimal bant görünümleri,retiküler patern,bazal subplevral retiküler dansite artışları

Tartışma-Sonuç: PPFE, tedavisi zor ve prognozu kötü nadir görülen idiyopatik interstisyel pnömonidir. Altta yatan herhangi bir neden olmadan (idiopatik ya da primer PPFE)ya da farklı hastalıklara veya durumlara sekonder olarak ortaya çıkabilir. Spesifik tedavisi yoktur, steroid ve immünsüpresif tedavilere yanıt tartışmalıdır. Antifibrotik tedavi kullanımının faydası ile ilgili kısıtlı olgu sunumları mevcuttur. Kesin tedavisi akciğer transplantasyonu olmakla birlikte göğüs ön arka çapının daralması cerrahisini zorlaştırmaktadır. Bu grup hastalarda erken tanı ve akciğer nakli için erken müdahale hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Fibrozis, Plöroparankimal Fibroelastozis, Pulmoner Fibrozis, Parankimal Bant, Plevral Kalınlaşma

PS-026 Bleomisin İlişkili Pnömotoraks ve Pnömomediastinum

Nagihan Yağın Türkmen[1], Güldane Sarıoğlan[1], Nur Demet Pınar[1], Argün Kış[1], Gökhan Öztürk[1], Ümit Aydoğmuş[1]

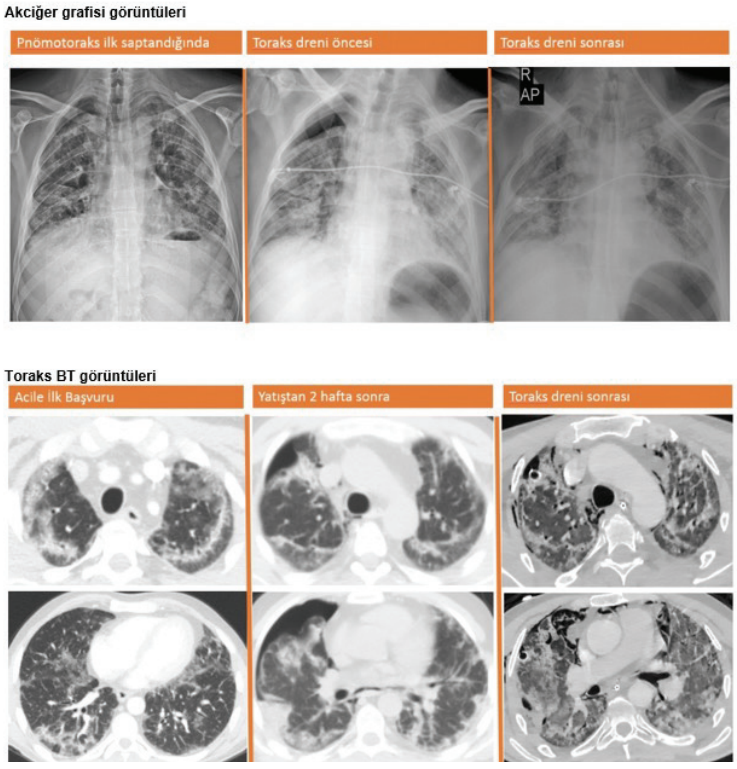
[1]Pamukkale Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Bleomisinin akciğer toksisitesi bilinmektedir, genellikle pnömoni ve fibrozisle kendini gösterir. Pnömomediastinum ve pnömotoraks çok nadir görülen komplikasyonlardır. Olgumuz testis karsinomu tanılı bleomisin tedavisi ile kür olduğu sırada ilaç akciğeri gelişen ve bilateral pnömotoraks, pnömomediastinum sonrası ölümle sonuçlanan hastamızı anlatmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Otuz yaş erkek hasta, 1 yıldır testis embriyonel karsinom nedeniyle takipli, bleomisin'e tam yanıt göstermesi nedeniyle tedavisi devam ederken yeni gelişen nefes darlığı nedeniyle acil servise başvurdu.

Bulgular: Kontrollerinde bilateral pnömotoraks ve pnömomediastinum gelişen, toraks dreni ile takip edilip ECMO'ya kadar çeşitli takip tedavi süreçlerinden geçen hastanın olgusu radyolojik görüntüleriyle birlikte aktarılmaktadır.

Radyolojik Bulgular



Tartışma-Sonuç: Bleomisin tedavisine başlamadan önce ve tedavisi sırasında solunum fonksiyonlarının yakın takibi zorunludur (1). Hastamızda bleomisin tedavisinin yaygın komplikasyonlarından olan interstisyel pnömoni, ARDS veya bunların bir kombinasyonunun (2) hızla gelişmesi pnömomediastene ve pnömotoraksa yol açmış olabilir.

Anahtar Kelimeler: Bleomisin, Bleomisin İlişkili Pnömotoraks, İlaç Akciğeri, Sekonder Spontan Pnömotoraks, Spontan Pnömomediastinum

PS-027 EVALI: Artan Risk, İki Olgu Nedeniyle

Osama Abuzaina[1], Seray Abuzaina[1]

[1]Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

Giriş-Amaç: EVALI (e-cigarette and vaping use associated lung injury), elektronik sigara kullanımıyla ilişkili akut bir akciğer hastalığıdır. Vape adı verilen yeni nesil elektronik sigara içilmesine bağlı olarak gelişir. İlk kez 2019 yılında tarif edildi. Akut akciğer hasarı ile solunum yetmezliği ve ölüme yol açabilir.

Olgu: On sekiz yaşında kadın ve Yirmi yedi yaşında erkek hasta, öksürük, nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetleri ile başvurdular. Fizik muayenelerinde hipoksi tespit edildi sırasıyla oksijen satürasyonları %91 ve %93 ölçüldü, oskültasyonda her 2 hastada bazallarda daha belirgin olmak üzere iki taraflı ince ral ve yer yer ronküs duyuldu. Postero-anterior (PA) akciğer grafilerinde bilateral kostoferinik sinüsleri kapalı ve yer yer fokal buzlu cam infiltrasyonları izlendi. C-reaktif protein (CRP) sırasıyla 53 ve 74 mg/L olarak ölçüldü. Bilgisayarlı toraks tomografisi (Toraks BT) çekildi, bilateral non-masif plerval efüzyon ve üst zon ve periferik hakimiyeti olan yaygın fokal buzlu cam infiltrasyonları izlendi. İki hastada yapılan kardiyak ve eko değerlendirmesi normaldı. Covid-19 ve influenza A-B antijen testleri negatifti. Mevcut bulgular akut eozinofilik pnömoni lehine tipik olması nedeniyle madde ve e-sigara inhalasyonu soruldu, şikayetlerin başlangıcından önce ilk kez vaper e-sigara içtikleri ve ilk hastanın esrar içtiğini bildirdi. Hastalara 1 mg/kg metil prednizolon tedavisi başlandı, belirgin düzelme gösteren hastalar 1 hafta hastanede takip edildikten sonra metil prednizolon dozu azaltılarak taburcu edildiler.

Üst lob, periferik infiltrasyonlar

Bilateral periferik yerleşimli fokal infiltrasyonlar

Tartışma-Sonuç: EVALI tek bir hastalıktan ziyade, e-sigaraya sekonder gelişen, birçok hastalığın veya radyolojik ve klinik tablonun ortak ismidir. Akut alveolar hasar, organize pnömoni, respiratuar bronşiolit, diffüz alveolar hemoraji, akut eosinofilik pnömoni ve lipoid pnömoni gibi durumlar ile karşımıza gelebilir. Hastane yatışı, oksijen inhalasyonu gibi destek tedaviler ve bazı durumlarda steroid tedavisi gerekebilir, tedaviye rağmen EVALI'ye sekonder ölümler bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: EVALI, E-sigara, Akut eozinofilik pnömoni, Vaper

PS-028 Akciğerde Nodüler ve Kaviter Lezyonlarla Seyreden Granülamatöz Polianjitis Olgusu

Elvin Karahacıoğlu Madran[1], Neslihan Özçelik[1], İnci Selimoğlu[1], Ünal Şahin[1], Osman Cüre[2]

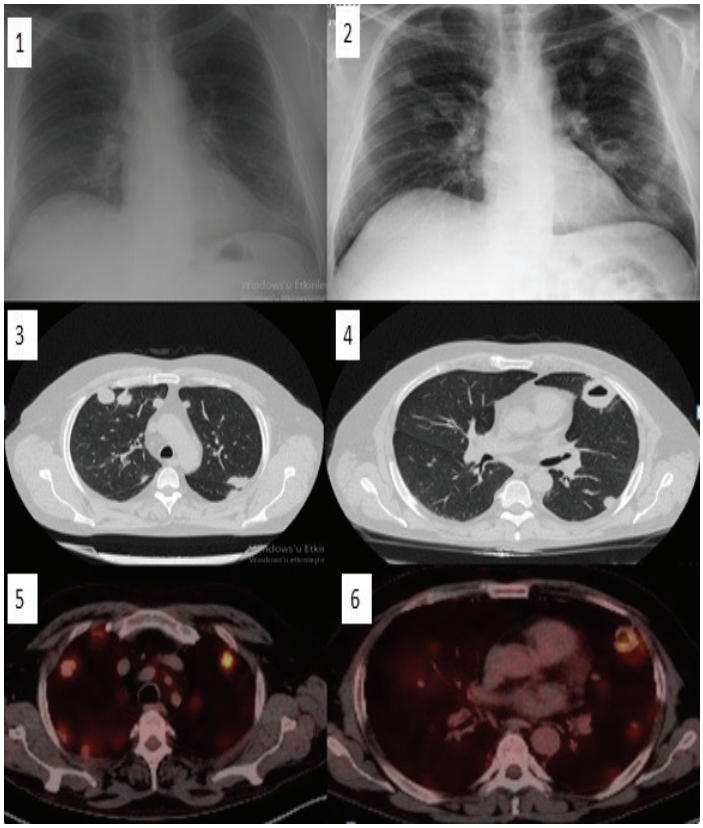
[1]Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Recep Tayyip Erdoğan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bölümü

Giriş-Amaç: Wegener granülomatözü olarak bilinen,2011 yılından itibaren granülomatozis polianjitis (GPA) olarak tanımlanan tablo multisistemik, idiyopatik ve nekrotizangranülomlar ile seyreden bir hastalıktır. Diğer vaskülitler ile karşılaştırıldığında, akciğerin en yaygın tutulumu GPA'da görülür. GPA'lı hastalarının yaklaşık %80'inde ANCA pozitiftir. Akciğer bulguları tek taraflı veya bilateral infiltrasyonlar, kavitasyon, kitle, nodüller olabileceği gibi LAP, konsolidasyon, plevral efüzyon da izlenebilir. Kaviteler, tipik olarak çapı 2 cm'den büyük ve kalın cidarlıdır. Bu olguda akciğer tutulumu yokken yeni gelişen kaviter lezyonlar nedeniyle tetkik edilen GPA'lı bir hasta sunulmuştur.

Olgu: 49 yaş erkek, nefes darlığı ve öksürük nedeni ile başvurdu. Oda havası satürasyon%96,diğer vital bulgular doğaldı. Aktif sigara içicisiydi (30 paket/yıl). Ek hastalık olarak diyabet, hipertansiyon mevcuttu.15 yıl önce renal biyopsi ile vaskülit tanısı alan hastada akciğer tutulumu yoktu. Endoxan tedavisi almaktaydı. Hastanın 6 ay önceki akciğer grafisinde patoloji saptanmadı (Resim 1). Yeni çekilen akciğer grafisinde multiple nodüler lezyonlar izlenmesi (Resim 2) üzerine çekilen toraks BT'de her iki akciğer parankiminde en büyüğü 41*39 mm boyutlarında yer yer içerisinde kaviter alan içeren düzensiz kontürlü multiple kitle lezyonları görüldü (Resim 3-4). Laboratuvar sonuçlarında patolojik bulgu saptanmadı. Balgam kültüründe üreme olmadı. Eko ve batın ultrasonunda patoloji saptanmadı. Balgam arb ve tüberküloz kültürü negatifti. Olası ek malignite gelişimi açısından çekilen Pet BT (Resim 5-6) raporu: "Her iki akciğerde bazıları kaviter multiple hipermetabolik nodüller. Görünüm öncelikle wegener granülomatozuna sekonder akciğer nodülleri lehine değerlendirilmiştir." şeklinde yorumlandı. Hastanın immunsupresif tedavisi romatoloji tarafından düzenlendi. Hastanın takibine devam edilmektedir.

Tartışma-Sonuç: GPA akciğer tutulumu radyolojik bulguları nodül ve kitlelerden, buzlu cam dansiteleri ve konsolidasyonlara uzanan geniş bir yelpazeyi içerir. Nodül ve kitle boyutlarında hastalığın seyri sırasında büyüme ve küçülmeler olabilir, bazı lezyonlar kaybolabilir veya yer değiştirebilir. Vakamızda olduğu gibi GPA tanılı hastalar nodüler lezyon ve kaviter tutulum ile başvurduğunda tüberküloz ve malignite ekartasyonu yapıldıktan sonra tedavi rejimi değişikliğine gidilmelidir.

Olgu Görüntüleri



Resim 1: Hastanın kliniğimize başvurmadan 6 ay önceki görüntülemesi Resim 2:Başvuru anındaki akciğer filmi Resim 3:Multiple kitle lezyonların toraks bt görüntüsü Resim 4:Solda izlenen kaviter lezyonun toraks bt görüntüsü Resim 5:Multiple kitle lezyonların pet bt görüntüsü Resim 6:Solda izlenen kaviter lezyon pet bt görüntüsü

Anahtar Kelimeler: Gpa, Kavite, Malignite, Tüberküloz, Wegener

PS-029 Kavitesi Olan Hastalara Farklı Bir Bakış Açısı: Wegener Granülomatozis

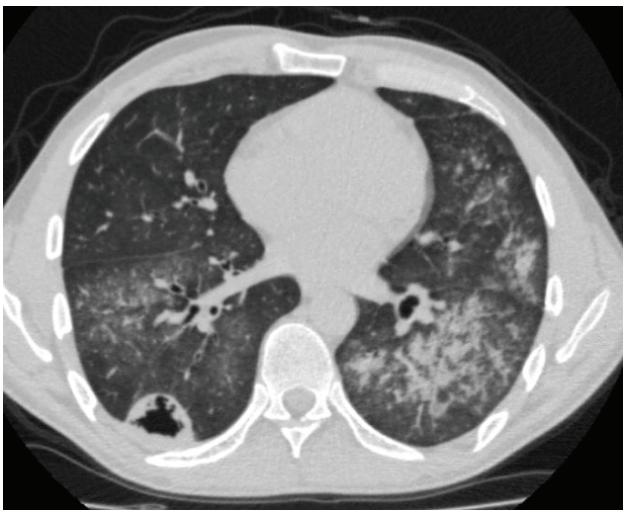
Feyza Betül YILDIZ[1], Asiye YILMAZ[1], Olcay AYÇİÇEK[1]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Polianjitisli granülomatozun (GPA) prevalansı milyon kişi başına 2.3 ila 146.0 vaka arasında değişmektedir ve insidans milyon kişi-yılı başına 0.4 ila 11.9 vakadır. Hemen hemen her organ veya dokudaki küçük kan damarları tutulabilir, ancak en çok üst ve alt solunum yolları ve böbrekler etkilenir. Hastalar tipik olarak ateş, halsizlik, kilo kaybı, miyaljiler ve artraljiler gibi spesifik olmayan semptomlarla başvururlar. Bu yüzden birçok hastalık ile karışabilmektedir. Bu olguda amacımız akciğerde kaviter lezyon saptanan hastalarda vaskülitlerinde ayırıcı tanıda olabileceğini düşündürmektir.

Olgu: 41 yaşında erkek hasta bilinen ek hastalığı olmayıp iki ay önce biontech aşısı olduktan sonra kilo kaybı, halsizlik şikayetiyle dış merkeze başvurmuş. Hastanın balgam arb negatif olmasına rağmen çekilen toraks bt'sinde kavite görünümü mevcut olup radyoloji tarafından tüberküloz ön tanısı koyulması nedeniyle hastaya 4 lü anti tbc tedavisi başlanmış. Tedavi sırasında hastada cilt döküntüleri gelişmiş ve cildiye tarafından akut kutanöz vaskülit tanısı koyulmuş. Steroid tedavisi başlanmış, 5 gün steroid tedavisi ile akciğer grafisinde regrese izlenmiş. Hastada kcft artışı olması sebebiyle anti tbc tedavi 12 gün kullanıldıktan sonra kesilmiş vaskülit ? tbc? ön tanıları ile hasta servisimize interne edilmiştir. Hemoptizisi olan ve röntgen de yaygın infiltrasyonu olan hastaya ön planda vaskülit düşünülerek tarafımızca prednol tedavisi başlandı, 3 gün sonra infiltrasyonlarda regresyon gözlendi. Vaskülit markerlarında c-ANCA pozitif geldi. İmmunoloji tarafından wegener granülomatozu tanısı koyuldu, immunsupresif tedavi başlandı ve hasta takiplerinde semptomsuz takip edildi.

Asimetrik kalın düzensiz duvar özelliği gösteren kaviter lezyon, yaygın nodüler tarzda infiltrasyonlar ve tomurcuklanmış ağaç görünümü



Tartışma-Sonuç: Polianjitisli granülomatozlu(GPA) hastaların spesifik olmayan semptomlarla başvurup radyolojik görünümde kaviter lezyonlar oluşturması sebebiyle birçok hastalık ile karışabilmektedir. Bu yüzden kaviter lezyonu olan hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmesi gereken bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Vaskülit, Tüberküloz, Wegener Granülomatozu, İmmunsupresyon

PS-030 Lenfanjioleiomyomatozis-Sirolimus: Olgu Sunumu

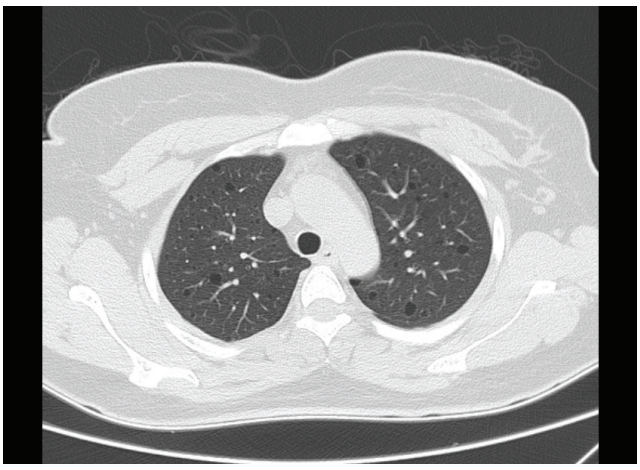
Bilgenur Yıldırım[1], Merve Meryem Varol[1], Ercan Kurtipek[1], Mehmet Mermer[1]

[1]S.B.Ü. Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner lenfanjiyoleiyomyomatozis (LAM), genellikle üreme çağındaki kadınlarda görülen ve nadir görülen bir hastalıktır. Eforla artan nefes darlığına yol açar. Klinik olarak tekrarlayıcı pnömotoraks sık görülür. Ayrıca hemoptizi veya şilöz plevral efüzyon ile de seyredebilmektedir. LAM; damar ve havayolu tıkanmasına, kist oluşumu ve akciğer fonksiyonlarında ilerleyici bozulmaya yol açan, peribronşial, perivasküler ve perilenfatik atipik düz kas proliferasyonu ile karakterizedir. Tanı için sıklıkla açık akciğer biyopsisi gereklidir. Vakamız, açık akciğer biyopsisi ile tanı konulan 1 lenfanjiyoleiyomyomatozis olgusudur.

Olgu: Astım tanılı inhaler tedavi kullanan 35 yaş kadın hasta yaklaşık 1.5 yıldır olan nefes darlığı şikayeti ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvuruyor. Soy geçmişinde özellik yok. Özgeçmişinde sigara, alkol, oral kontraseptif kullanım öyküsü yok. Ek hastalık: çölyak, ev tozu alerjisi. Sol böbrek nefrektomili sağ böbrek anjiomyolipom mevcut. Fizik muayenesi normal, oda havasında spO2:98idi. Laboratuvar değerleri normal. Toraks BT: Her iki akciğerde büyüğü sağ akciğer alt lobsüperior segmentte 14 mm çapında olmak üzere multiple, kist izlenmektedir. Hastanın önceki abdomen incelemelerinde böbrekte tarif edilmiş olan anjiyomyolipom ile uyumlu lezyonlar ile birlikte değerlendirildiğinde lenfanjioleiomyomatozise bağlı olabileceği düşünüldü. Hastaya kesin tanı için göğüs cerrahisi tarafından wedge akciğer rezeksiyonu yapıldı. Biyopsi alındı. Lenfanjioleiomyomatozis tanısı geldi. Şu ana kadar hiç pnömotoraks öyküsü yok. Sirolimus tedavisi için bakanlığa başvuruldu, onay verildi. Sirolimus 2x1 olarak başlandı. Hastamız ayda bir defa kan sirolimus düzeyi ölçümü için kontrole gelecek.

HRCT



İki taraflı, LAM ile uyumlu, kistleri mevcut.

Tartışma-Sonuç: Son 2 yıl içinde ikinci LAM tanısı koyduğumuz olgumuza, medikal tedavi kararı aldık. İlk olgumuz yaklaşık 1,5 yıldır sirolimus tedavisi alıyor. Tedaviye başlamadan önce, yaklaşık 8 defa pnömotoraks dolayısıyla tüp torakostomi uygulanmıştı. Medikal tedavimize başladıktan sonra hiç pnömotoraks olmamıştı. Bizde bu yüzden ikinci olgumuza da medikal sirolimus tedavisi başlama kararı aldık.

Anahtar Kelimeler: Lenfanjiomyomatosis, Pnömotoraks, Sirolimus

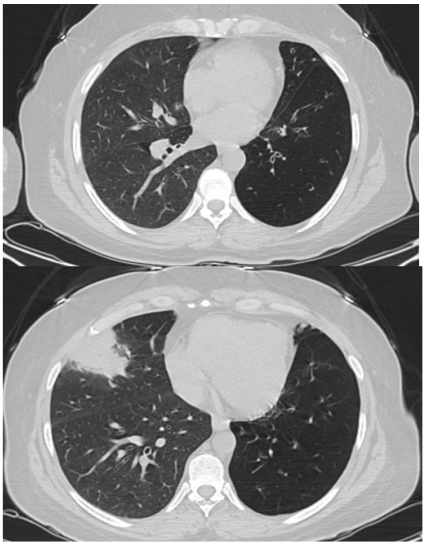
PS-031 Swyer-James-MacLeod Sendromu: Unilateral Hiperlüsen Akciğer Olgusu

Gunel Jeyranova[1], Ayshan Mammadova[1], Nurdan Köktürk[1]

[1]Ankara Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Swyer James Macleod Sendromu (SJMS) bronşiyel hava yollarında tıkanma olmadan tek akciğer lobunun havalanma fazlalığı ile hiperlüsen görünüm ve azalmış vaskülerite ile karakterize radyoljik bir durumdur. Asemptomatikdir. Nadir görülen tektaraflı hiperlüsen akciğer nedeni olarak hatırlanması için 45 yaşında kadın olgumuzu sunduk. SJMS etyolojisi tam bilinmemekle beraber özellikle çocukluk çağında geçirilen viral bronşiyolit ve pnömoni sonrası obliteratif bronşiyolit (en sık adenovirus) sonrası akciğerin hipoplazisi ve azalmış vaskülarite sonuçlanan bir durum olduğu düşünülüyor. Bronşektazi varlığı klinik ve prognozda önemlidir. Genellikle KOAH, pnömotoraks, pulmoner emboli gibi yanlış tanılar alabilmektedirler.

Olgu: 45 yaşında 50 paket-yıl sigara öyküsü olan kadın hasta son bir haftadır iki defa febril ateşi, balgam renginde değişiklik ve miktarında artış, nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile başvurdu. FM`de sol hemitoraks üzerinde solunum sesleri dinlemekle belirgin azalmış, sağ hemitoraks alt zonda ralleri mevcuttu, satürasyonu-%93`dü.Çekilen PA grafide sol hemitoraksta belirgin hiperlüsensi, sağ akciğer alt zonda belirgin olan homojen dansite artışı görüldü. Tek taraflı hiperlüsensi akciğer nedenlerinin ayrıcı tanısı için YRÇT çekildi. YRÇT`de ve BT anjiografide sol akciğerde alt lobda belirgin yaygın hiperlüsensi, sol akciğer pulmoner arter dallarında hipoplazi, sağ akciğer alt zonda konsolidasyon mevcutdu. Yapılan dual enerji incelemesinde sol akciğer alt zonda ve sağ akciğerde perfüzyonda azalma izlendi. Diğer tektaraflı hiperlüsensi yapacak nedenler ekarte edilerek SJMS düşünüldü. Sağ akciğerde olan pnömoniye yönelik tedavi verildi.



Resim 1.

Tartışma-Sonuç: SJMS etyolojisi bilinmemekle beraber kartilaj defektine sekonder olarak çocukluk çağında geçirilen bronkopnömoni ve obliteratif bronşiyolit ile hava yollarının genişlemesine sekonder geliştiği düşünülüyor. Bizim olgumuzda uzun yıllardır olan efor dispnesi mevcutdu ve en sık yanlış tanı olan KOAH tanısı konmuştu. Egzersiz kapasitesinde azalma izlenen bu hastalarda KOAH alevlenme veya astım atak düşünülerek sık steroid tedavileri alıp enfeksiyonlara yatkınlık ve pnömotoraks ön tanısı ile tüp drenajı literatürde yer almaktadır. SJMS tedavisi konservatif olup hastaların enfeksiyonlara karşı korunması, grip ve pnömokokk aşılarının yapılması önerilmektedir. Sigara içicisi olan vakalarda sigarayı bırakma dispnede azalma, sık pulmoner enfeksiyon geçiren vakalarda bronşektaziye yönelik cerrahi rezeksiyon yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Bronşektazi, Swyer-James-Macleod Sendromu, Unilateral Hiperlüsensi

PS-032 Etanercept Kullanımına Sekonder Organize Pnömoni: Olgu Sunumu

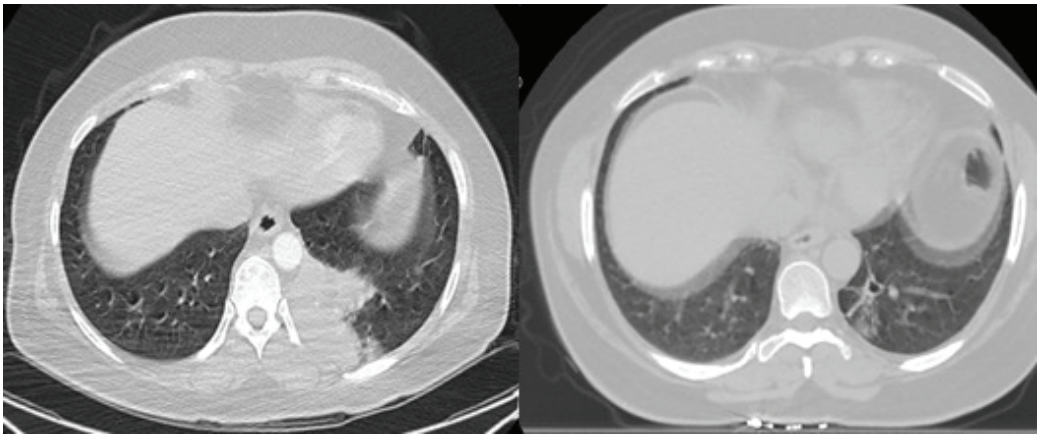
Özge Yersel Karaoğlan[1], Hadice Selimoğlu Şen[1], Nuriye Gökçe Erkan[1], Erol Başaranoğlu[1], Rupel Ezgi Demir[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Tümör nekroz faktörü-alfa (TNF-alfa) inhibitörü tedavileri günümüzde birçok romatolojik hastalıkta en önemli tedavi seçeneklerinden birini oluşturmaktadır. Bununla birlikte, bu ajanların kullanımının birçok otoimmün hastalığın gelişimi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Romatoid Artrit nedeni ile verilen etanersept tedavisine sekonder gelişen organize pnömoni olgusu, konuya dikkat çekme amacı ile sunuldu.

Olgu: 50 yaşında olan kadın hasta 2 aydır başlayan öksürük, nefes darlığı göğüs ağrısı şikayetleri ile dış merkezde uzun süre tedavi almıştı. Klinik iyileşme ve radyolojik regresyon görülmemesi üzerine hastanemize refere edilmişti. Özgeçmişinde romatoid artrit tanısı mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) sol AC alt lobda 2 aydır sebat eden konsolidasyon izlenen hastaya transtorasik biyopsi yapıldı. Biyopsi patoloji sonucu organize pnömoni olarak raporlandı. Anamnezi derinleştirildiğinde, hastanın tüm solunumsal semptomlarının etanersept kullanımından sonra başladığı öğrenildi Hastanın etanercept tedavisi kesilerek kortikosteroid tedavisi başlandı. Klinik hızlı iyileşme gözlenen hastanın 3 ay sonra çekilen toraks BT'sinde belirgin radyolojik regresyon izlendi.

Tedavi Öncesi-Sonrası Toraks BT



Romatoid artrit tanılı hastada sol AC alt lob posterobazal segmentteki kitlesel konsolide alan ve tedavi sonrası kontrol toraks BT'sinde regresyon

Tartışma-Sonuç: Organize pnömoni akciğer hastalıkları içinde ender görülen karakteristik bir klinikopatolojik tablodur. Altta yatan herhangi bir neden bulunamadığında idyopatik/kriptojenik organize pnömoni adını alırken başka bir hastalık ya da ilaç kullanımının akciğere yangısal etkisi olarak ortaya çıktığında sekonder organize pnömoni adını almaktadır. Organize pnömoni çeşitli ilaçlara sekonder olarak oluşabilmektedir. Amiodarone, bleomisin, karbamazepin, siklofosfomid, fenitoin'e sekonder yaygın olarak görülmekte olup etanercept, adalimumab gibi TNF-alfa inhibitörlerine bağlı nadir olarak gelişebilmektedir. Kuru öksürük, egzersiz dispnesi klinik bulguları ile görüntülemede en sık bilateral gezici geçici periferal konsolide alanlar ile karakterizedir. Kesin tanı doku biyopsisi ile konur. Standart yaklaşım: 6-12 ay süre ile kortikosteroid tedavisidir. TNF-alfa inhibitörü kullanan hastalarda, solunumsal semptomlar görüldüğünde, enfeksiyon hastalıkları yanında sekonder organize pnömoni de akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Etanersept, Sekonder Organize Pnömoni, TNF-Alfa İnhibitörleri

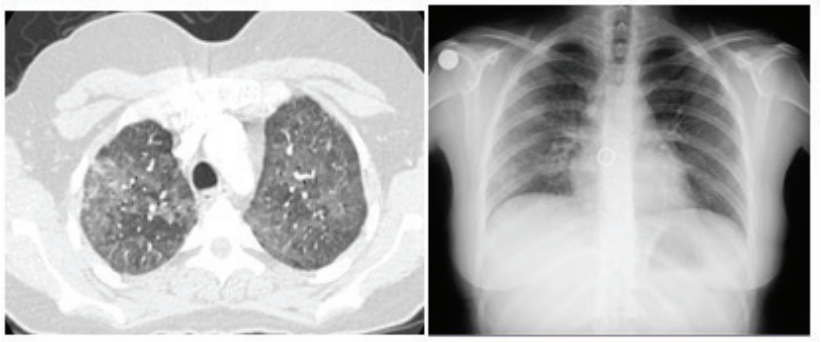
PS-033 Bleomisin Toksisitesi Gelişen Hastada Değişken Akciğer Lezyonları; Buzlu Cam Alanları, Pnömomediastinum Ve Cilt Altı Amfizem

Aleyna Bektaş[1], Olcay Ayçiçek[1], Selçuk Akkaya[1], Funda Öztuna[1]

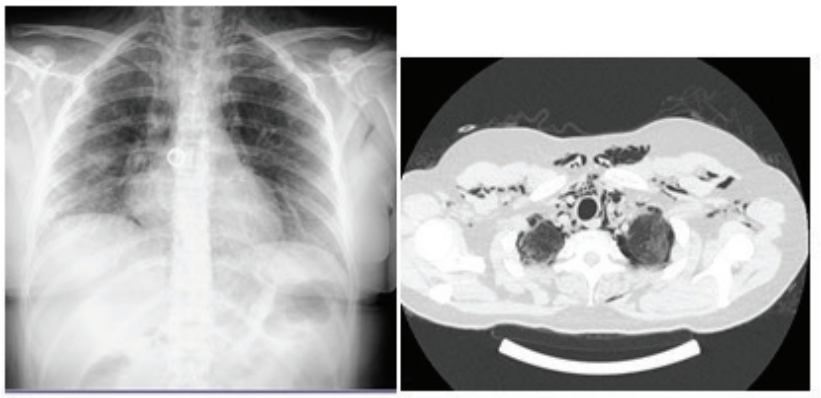
[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

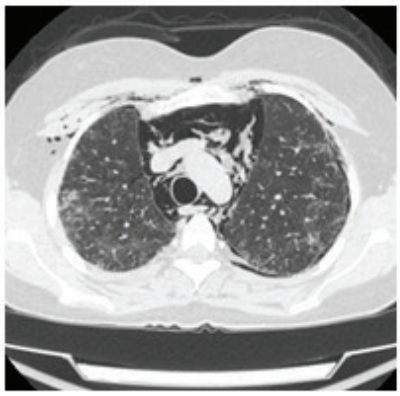
Giriş-Amaç: Kemoterapötik ajan kullanımına bağlı hastaların %5-%10'unda ilaç ilişkili akciğer hastalığı gelişebilmektedir. Bleomisin, kanser tedavisinde kullanılan bir kemoteropi ilacıdır. Bununla birlikte akciğer toksisitesi nedeniyle ölümcül yan etkilere sahiptir. Akciğer hasarı riski %3-%40 iken hastalarda %10 oranında akciğer fibrozisi görülebilir.

Olgu: Beş aydır hodgkin lenfoma tanısıyla tedavi alan 25 yaşındaki kadın hasta 2 haftadır olan öksürük, sarı renkli balgam ve nefes darlığı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın 2-3 gündür olan hemoptizisi mevcuttu. Fizik muayenesinde sağ bazalde ralleri olan hastanın periferik saturasyonları oda havasında 95 olarak ölçüldü. Başvuru anında CRP: 54.3, Hb:11.4 g/dL, trombosit 442 bin, lökosit 2570 µL, nötrofil 960 µL, d-dimer 1.61 mg/L idi. Akciğer grafisinde bilateral infiltrasyonları mevcuttu (Resim 2). Toraks BT'sinde pnömoni, bleomisin akciğer toksisitesi, alveolar hemoraji ve covid-19 dahil viral pnömoni öntanıları olan hasta göğüs hastalıkları servisine interne edildi (Resim-1).Hasta 10 gün önce bleomisin tedavisinin son kürünü almıştı. Moxifloksasin ve prednol 1mg/kg başlandı. Covid PCR ve balgam ARB (-) gelen hastada ön planda bleomisin toksisitesi düşünüldü. Hastaya 3 gün 500 mg pulse steroid uygulandı. Prednol dozu kademeli azaltılan hastanın takiplerinin 15.gününde saturasyonlarında düşme gözlendi. Yapılan fizik muayenesinde cilt altı amfizemi ve PA AC grafisinde amfizemi ve mediastende hava dansitesi olan hastaya Toraks BT çekildi (Resim 3-4-5). Toraks BT'sinde pnömotoraks ve yaygın pnömomediastinium görüldü. Oksijen desteğiyle takip edildi. Yatışının 21.gününde cilt altı amfizemi ve parankim lezyonları gerileyen hasta oral 32 mg steroidle taburcu edildi.



(resim 1) (resim 2)





(resim 3-4-5)

RESİM 1-2-3-4-5

Tartışma-Sonuç: Kemoterapötik ilaçlara bağlı akciğer toksisitesi covid-19 pnömonisi gibi viral pnömoniler, alveolar hemoraji ve pnömoni ile karışabilir. Anamnez ve klinik takip ayırıcı tanıda önem taşımaktadır. Akciğer toksisitesi olgumuzda olduğu gibi ilaca başladıktan haftalar veya aylar sonra ortaya çıkabilir. Bleomisine bağlı akciğer fibrozisi gelişme insidansı ilacın kümülatif dozuna bağlıdır. İlacın yüksek dozlarda kullanımı fibrozis riskini artırmaktadır. Bleomisin toksitesi tedavisinde glukokortikosteroidler veya diğer immunsupressif ilaçların kullanımıyla ilgili kontrollü çalışmaklar olmamakla birlikte klinik deneyimler sonucu 0.75 ile 1 mg/kg/gün başlanan glukortikoid dozu azaltılarak kullanılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bleomisin, Fibrozis, İlaç Toksisitesi, Amfizem

PS-034 Nadir Diffüz Kistik Akciğer Hastalığı: Birt-Hogg-Dube Sendromu

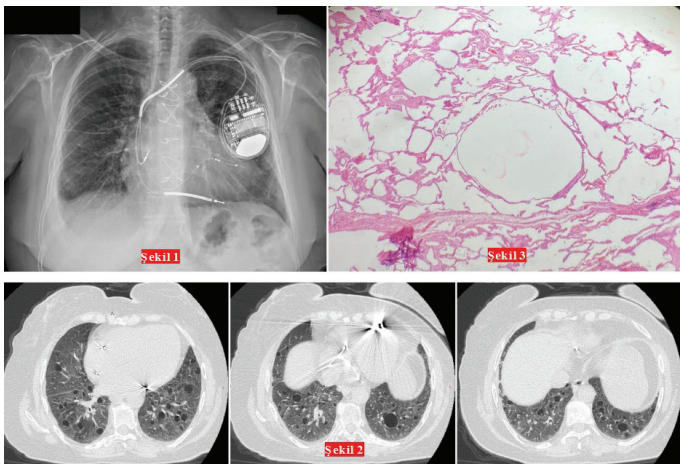
Ramazan Şahin[1], Sefa Murat Devran[1], Barış Demirkol[1], Ayşe Bahadır[1], Mehmet Akif Özgül[1], Sibel Yurt[1], Halide Nur Ürer[2]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Birt-Hogg-Dube Sendromu; nadir görülen, fibrofoliküloma, trikodiskoma gibi deri bulguları ile akciğer kistleri, spontan pnömotoraks ve böbrek tümörleri gibi ekstrakutanöz bulgularla seyreden otozomal dominant hastalıktır. Bu hastalar yaşam boyu renal tümör ve pnömotoraks gelişimi açısından risk altındadırlar ve bu açıdan takip edilmelidir. Bu yazıda histopatolojik ve genetik olarak tanı almış, nadir diffüz kistik akciğer hastalıklarından Birt-Hogg-Dube sendromlu olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: 73 yaş kadın hasta 3 aydır eforla nefes darlığı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Bilinen hipertansiyon, koroner arter hastalığı, hipotiroidisi ve 22 yıl önce pyelonefrite bağlı sol nefrektomiden ötürü tek böbreği mevcuttu. Fizik muayene ve laboratuar incelemede patolojik bulgu saptanmadı. PA akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda damoiseau hattı çizen plevral efüzyon ile sağ akciğer orta ve alt zonlarda sınırları belirgin olmayan, büyüğü 9x7 mm boyutlarında kistik görünümler izlendi (Şekil 1). Toraks BT'de akciğer parankiminde sentriasiner amfizem bulguları, büyüğü sol alt lobda 17x17 mm boyutlarında bilateral bazal ve parakardiyak alanda dağılım gösteren çok sayıda kist ile uyumlu olabilecek yapılar izlendi (Şekil 2). VATS biyopsi ile alınan örnekte kistik dejenerasyonlar görüldü (Şekil 3). Hastadan Birt-Hogg-Dube sendromu şüphesiyle FLCN gen mutasyonu istendi. Genetik analizde FLCN gen mutasyonu saptanan ve bilateral akciğer kistleri olan hastaya Birt-Hogg-Dube Sendromu tanısı konuldu.

Şekiller



Tartışma-Sonuç: Birt-Hogg-Dube sendromlu hastaların yaklaşık %90'ında BT'de akciğer kistleri saptanır. Akciğer kistleri sigara içenlerde daha sık görülmektedir ve genellikle akciğer bazallerinde ve subplevral yerleşimlidir. Bizim olgumuzda her iki akciğer parankim alanlarında alt loblarda belirginleşen parankimal, subplevral çok sayıda kistler saptandı. Olgumuzdaki subplevral kistler asemptomatik olup pnömotoraks öyküsü yoktu. Birt-Hogg-Dube sendromlu hastalar normal popülasyondan 50 kat daha fazla pnömotoraks riskine sahiptir. Bu hastalar pnömotoraks riskini arttıran basınç değişikliğine neden olan durumlara karşı bilgilendirilmeli, sigarayı bırakmaları tavsiye edilmelidir. İleri yaş ve erkek cinsiyette böbrek tümörü riski artarken, spontan pnömotoraks riski yaş ile azalmaktadır. Yaygın akciğer kistleri dışında sistemik bulgu izlenmeyen hasta uzun süreli takibe alındı.

Anahtar Kelimeler: Pnömotoraks, Fibrofoliküloma, Böbrek Tümörü, Hava Kisti

PS-035 Birt -Hogg -Dube Sendromu

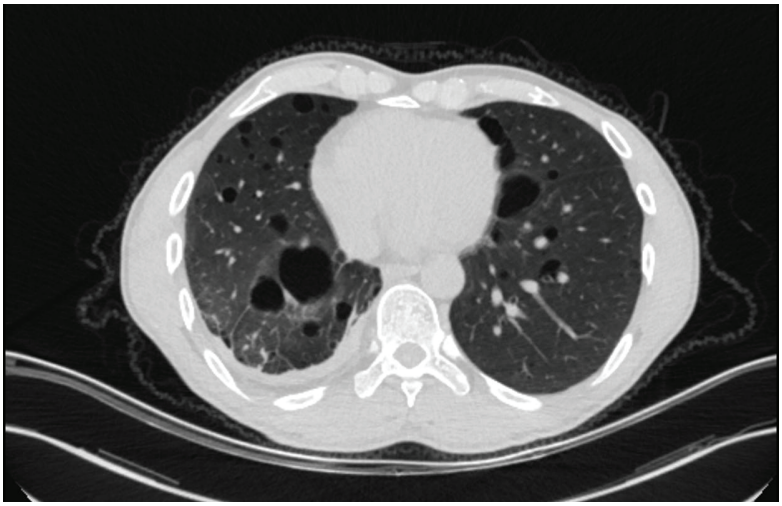
Hacer Sürer Shalabı[1], Mahmoud Y.M Shalabı[1], Fikret Kanat[1]

[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Birt-Hogg-Dube sendromu (BHDS) klinik olarak fibrofoliküloma, trikodiskoma, akciğer kistleri, spontan pnömotoraks ve böbrek tümörleri ile karakterize bir sendromdur. Bu çalışmada, 57 yaşında deride fibrofolikülomalar ve akciğerde çok sayıda kistlerin görüldüğü Birt-Hogg-Dube sendromlu bir olgu bildirilmiş ve Birt-Hogg-Dube sendromunun özellikleri tartışılmıştır. Akciğerde yaygın kistik lezyonları olan hastalarda ayırıcı tanıda Birt-Hogg-Dube sendromu ön tanısı düşünülmelidir.

Olgu: Elli yedi yaşında erkek hasta bir haftadır olan göğüs sağ ön duvarda ağrı şikayeti ile göğüs hastalıklar polikiniğine başvurdu. Hastanın 10 gün önce travma öyküsü (inek vurması) mevcuttu. Akciğer grafisinde ve tomografide; bilateral apeksten başlayan aşağıya doğru, farklı boyutlu, ince duvarlı kistik lezyonlar izlendi. Sağ akciğer üst lob posterior ve alt lob süperior plevrasında kalınlaşma ve bu bölgede minimal effüzyon mevcuttu. Sağ üst lob anteriorda orta lob düzeyine dek uzanan plevral kalınlaşma ve subplevral konsolide alan izlendi. Hastanın sistemik muayenesinde özellikle dermatolojik muayenesinde sırt ve abdominal bölgelerde cilt renginde, kubbe şeklinde papüler lezyonlar saptandı. Akciğerdeki hava kistleri, deride fibrofoliküloma benzeri lezyonlar ile uyumlu olması nedeni ile Birt-Hogg-Dube Sendromu düşünülerek Folikulin gen mutasyonu çalışıldı ve pozitif olarak saptandı.

Akciğerde Kistik Lezyonlar



Bilateral farklı boyutta, ince duvarlı kistik lezyonlar

Tartışma-Sonuç: Yetişkinlikte oluşan en az bir tanesi histopatolojik tanı almış, 5 adet fibrofoliküloma, sistemik hiçbir bulgu eşlik etmeksizin Birt-Hogg-Dube sendromu tanısı koydurmaktadır. Bizim olgumuzda da çok sayıda sırt ve abdominal bölgede fibrofoliküloma benzeri lezyonlar saptandı fakat tanı histopatolojik olarak doğrulanmadı. Hastaların yaklaşık %90'ında bilgisayarlı tomografide akciğer kistleri saptanır, genellikle akciğer bazallerinde ve subplevral yerleşimlidir. Bizim olgumuzda da her iki akciğer parankim alanlarında, özellikle alt loblarda belirginleşen parankimal, subplevral çok sayıda kistler saptandı. Olgumuzdaki kistler asemptomatik olup pnömotoraks öyküsü yoktu. Hastamızda majör kriterlerden biri olan folikulin gen mutasyonu pozitifdi. Böbrek kanseri açısından tarama yapıldı ve saptanmadı .Otozomal dominant kalıtım nedeniyle aile fertlerinin taranması önerildi. Akciğerde yaygın kistik lezyon nedenlerinden biri olan Birt-Hogg-Dube sendromu akılda tutulmalıdır. Bu hastalar yaşam boyu böbrek kanseri ve spontan pnömotoraks gelişimi açısından takip edilmeli, bilgilendirilmelidir.

Birt-Hogg-Dube Sendromu Tanı Kriterleri

MAJÖR KRİTERLER	MİNÖR KRİTERLER
Yetişkinlikte oluşan en az bir tanesi histopatoloik tanı almış ≥5 fibrofoliküloma veya trikodiskoma	Çok sayıda akciğer kistleri (bilateral ve bazal yerleşimli ± spontan pnömotoraks)
FLCN geninde mutasyon	Böbrek kanseri (50 yaş öncesi veya multifokal, bilateral veya miks kromofob, onkositik histo-patoloji)
	Birinci derece akrabalarda Birt-Hogg-Dubé sendromu

Tanı için 1 majör veya 2 minör kriter bulunmalıdır

Anahtar Kelimeler: Kist, Fibrofoliküloma, Folikulin Gen Mutasyonu

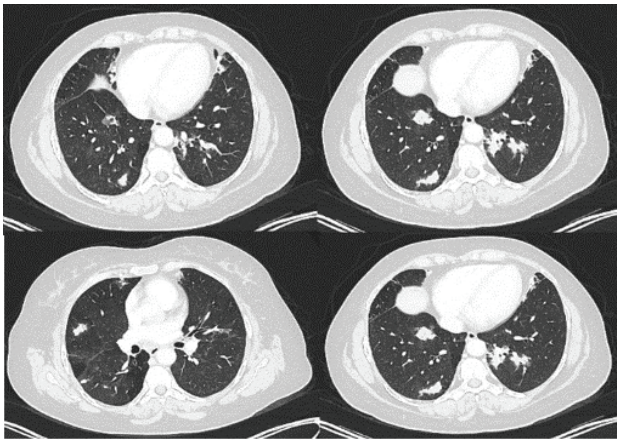
PS-036 Evans Sendromunda Rituksimab'a Bağlı Gelişen Organize Pnömoni: Olgu Sunumu

Kübra Taşkaraca[1], Nurdan Köktürk[1]

[1]Gazi Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Rituksimab (RTX) 1997 yılında keşfedilmiş birçok hematolojik ve romatolojik hastalıkta endikasyon almış olan CD20 G1 antikoruna karşı geliştirilmiş monoklonal antikordur. RTX'in en yaygın yan etkileri infüzyonla ilişkilidir. Çeşitli çalışmalarda ritüksimab ilişkili şiddetli akciğer hasarı %0.03'ten daha az olarak bildirilmiştir (1). Nadir de olsa ciddi gelişebilecek yan etki farkındalığını artırmak adına olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: 48 yaşında 25 paket/yıl sigara öyküsü olan kadın hasta 2 yıldır hematoloji bölümünde Evans Sendromu ile takipli, göğüste plöretik vasıfta ağrı olması sebebiyle başvurdu. Evans Sendromu dışında ek hastalığı olmayan hastanın başvuru anındaki vitalleri normal, muayenesinde oskultasyonda yaygın raller duyuldu. 2 yönlü akciğer grafisinde yamasal tarzda buzlu cam görünümü mevcuttu, hastaya Bilgisayarlı Tomografi (BT) çekildi (Resim 1). Büyüğü sağ akciğer alt lobda yaklaşık 4x2,5 cm boyutlarında olmak üzere yer yer düzensiz sınırlı yaygın nodüler infiltrasyon alanları izlendi. 2 yıllık süreçte kademeli olarak prednol ve diğer immunsupresanlardan Mikofenalat Mofetil almış, yaklaşık 2 aydır Rituksimab tedavisine geçilmiş olan immunsupresif hastada malignite, immunsupresif pnomoni ve organize pnömoni (OP) ön tanısı ile PET (Pozitron Emisyon Tomografi) istendi ve fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı. Bronkoalveolar lavaj (BAL) ve Transbronşial biyopsi ile örneklemeler yapıldı. PET'inde noduler alanlarda tutulum izlenmedi. Patolojik ve mikrobiyolojik örneklerde, patoloji saptanmadı, BAL'da karışık hücre popülasyonu görüldü. Rituksimab ilişkili Organize pnomoni düşünülen hastada hemotoloji ile konsulte edilerek Rituksimab kesildi, hastaya kısa süreli prednizolon başlandı, takiplerinde infiltrasyonları geriledi, tedaviden tanıya gidiş de tanıyı destekler nitelikteydi.



Resim 1. Başvuru anındaki Bilgisayarlı Tomografi kesitleri

Tartışma-Sonuç: Evans sendromu otoimmün trombositopeni (OTP) ve otoimmün hemolitik anemi (OHA) ile karakterize nadir bir sendromdur. Tedavide kortikosteroidler ve/veya IVIG ilk seçenek ilaçlardır. Bunun dışında immünsupresif ajanlar, monoklonal antikordan CD20 G1 antikoru olarak bilinen Rituksimab tedavi seçenekleri arasındadır (2). Rituksimabla ilgili son zamanlarda çokça yan etki bildirilmekle beraber, özellikle başlangıç döneminde pulmoner semptom olması durumunda Rituksimab ilişkili akciğer hasarı açısından dikkatli değerlendirilmelidir. Temel tedavi ilacın kesilmesi ve destek tedavisidir ancak bazı durumlarda steroid eklenmesi tedavide sağ kalımı artırabilir.

Anahtar Kelimeler: Rituksimab, Organize Pnömoni, Evans Sendromu

PS-037 Extrapulmoner Sarkoidozis'in Nadir Prezentasyonu: Böbrek ve Kemik İliği Tutulumu

Kübra Güngör[1], Oğuzhan Zengin[2], Ayşegül Karalezli[1]

[1]Bilkent Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları
[2]Bilkent Şehir Hastanesi İç Hastalıkları

Giriş-Amaç: Sarkoidoz idiyopatik, multisistemik, kronik granülomatöz inflamatuar bir hastalıktır. Vakaların %90'ından fazlasında pulmoner tutulum olurken göz, periferik lenf bezleri, kalp ve cilt sıklıkla tutulabilir. Ancak hastaların nadir bir kısmında akciğer tutulumu olmadan extrapulmoner bulgular görülebilmektedir. Tetkiklerinde böbrek fonksiyon bozukluğu saptanan ve takibinde extrapulmoner sarkoidozis tanısı alan bir olguyu paylaşıyoruz.

Olgu: Bilinen hastalığı olmayan yirmi yedi yaşında erkek hasta kilo kaybı, karın ağrısı-şişliği ve ateş şikayetleriyle başvurdu. Laboratuvar tetkiklerinde serum kreatinini yüksek görülmesi üzerine çekilen Bilgisayarlı Torakoabdominal Tomografi'de mediastinal-intraabdominal çok sayıda lenfadenopati (LAP), sağ hemitoraksta plevral efüzyon ve batında assit saptandı. İdrar, balgam, plevra-periton sıvısı ve kan kültüründe patojen mikroorganizma saptanmadı. Pre/postrenal böbrek yetmezliği nedenleri dışlanarak hastaya renal biyopsi yapıldı. Hastanın akut faz reaktanları normalken subfebril ateşe eşlik eden bisitopeni olması üzerine lenfoproliferatif hastalık ön tanısıyla Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) çekildi. Mediastinal-abdominal LAP'larda değişen oranlarda F-18 fluoro-2-deoksi-glikoz (FDG) tutulumu saptandı. Hastaya kemik iliği biyopsisi, mediastinal LAP için EBUS-TBNA ve pankreatikoduodenal LAP eksizyonel biyopsisi yapıldı. Subkarinal LAP ve bronş mukoza biyopsisinde spesifik bulgu saptanmazken; pankreatikoduodenal LAP, kemik iliği ve renal biyopsi sonucu nonkazeifiye granülomatöz inflamasyon olarak raporlandı. Hastanın örneklerinde malignite lehine bulgu saptanmazken tüberküloz ARB-PCR negatif görüldü. PPD testi anerjik saptandı. İmmunmarkerları negatif olan hastada Romatoloji tarafından bağ doku hastalıkları dışlandı. Hastada, en sık tutulumun beklendiği göz, kalp ve ciltte tutulum saptanmadı. Serum ACE düzeyi yüksek olması, multipl doku örneklerinde nonkazeifiye granülom saptanması; Brusella, tüberküloz, vaskülit ve immun yetmezliklerin dışlanması üzerine hasta extrapulmoner sarkoidozis kabul edildi. Hastaya sistemik steroid tedavisi başlandı. Kısa sürede serum kreatinin düzeylerinde iyileşme gözlendi. Hasta halen iç hastalıkları servisinde takip edilmektedir.

Tartışma-Sonuç: Sarkoidozis, kronik granülomatöz bir hastalık olup genellikle akciğer, cilt, kalp tutulumu ile karşımıza çıkar. Ancak klasik hastalık tutulumlarını yapmadan sistemik bulgularla gelen hastalarda tanı koymak güç olup multidisipliner yaklaşım gerektirir. Bizim vakamızdaki gibi, extrapulmoner sarkoidozis şüphesinden hareketle minimum iki organda granülomun gösterilmesi ve diğer granülomatöz hastalıkların dışlanmasıyla tanıya ulaşılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Extrapulmoner Sarkoidozis, Renal Sarkoidozis, Kemik İliği Sarkoidozisi, Kronik Granülomatöz Hastalık

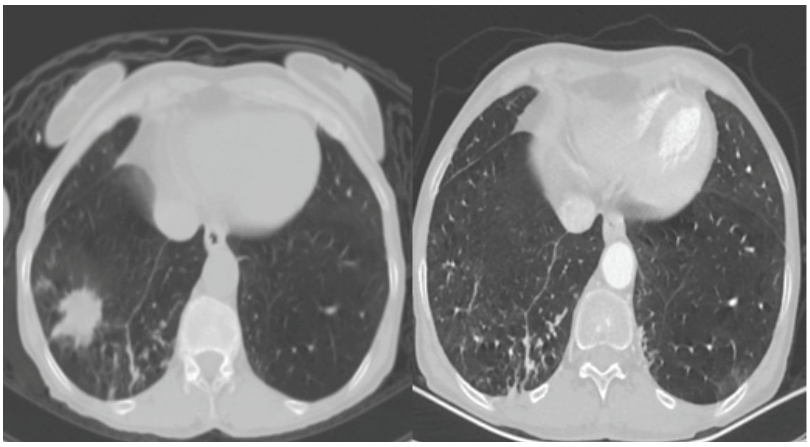
PS-038 Akciğerde Spiküle Kontürlü Kitle Lezyonu: Organize Pnömoni

Nuriye Gökçe Erkan[1], Erol Başaranoğlu[1], Özge Yersel Karaoğlan[1], Rupel Ezgi Demir[1], Hadice Selimoğlu Şen[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Kriptojenik organize pnömoni (COP), etiyolojisi bilinmeyen nadir bir akciğer hastalığıdır. Organize pnömonide temel radyolojik görünüm genellikle subplevral koruma ile periferik parankimal konsolidasyon şeklinde olsa da artan sayıda varyasyonlu olgu sunumları bildirilmektedir. Bu tipik lezyon, boyut olarak çok değişiklik gösterebilmenin yanı sıra, nitelik olarak da buzlu cam görünümünden hava bronkogramları içeren konsolidasyona dek değişebilmektedir. Daha seyrek olarak diffüz bilateral infiltrasyon, soliter fokal kitle ya da metastazı düşündüren yaygın nodüler lezyonlar da gözlenebilmektedir. Radyolojik olarak, spiküle kontürlü soliter kitle lezyonu şeklindeki organize pnömoni olgusu, ayırıcı tanıya dikkat çekme amacı ile sunuldu.

Olgu: 67 yaşında, bilinen KOAH tanılı kadın hasta, hemoptizi şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Fizik muayenede takipneik, taşikardik ve oksijen saturasyonu %92 idi. Oskultasyonda bilateral yaygın ronküs duyuldu. Laboratuvarında CRP ve beyaz küre yüksekliği mevcuttu.Toraks bilgisayarlı tomografide (BT de sağ akciğer alt lobda plevraya uzanımı olan spiküle kontürlü 40x28 mm boyutlarında kitle (Resim 1) saptanan hastaya malignite ekartasyonu açısından pozitron emisyon tomografi (PET)-BT görüntüleme yapıldı. PET-BT'de soliter kitlede suv-max: 4,5 saptandı ve başka bir bölgede patolojik tutulum saptanmadı. Bronkoskopik inceleme doğal izlendi. Transtorasik trucut biyopsi patolojisi organize pnömoni olarak raporlandı. Kortikosterid tedavisi başlanan hastanın, birinci ay sonunda çekilen toraks BT'sinde kitlesel lezyonda regresyon izlendi (Resim 1).



Resim 1. Spiküle kontürlü lezyonun steroid tedavisi sonrası belirgin regrese olduğu görülmekte.

Tartışma-Sonuç: Organize pnömoni, gevşek kollajen dokusuna sahip fibroblastların neden olduğu fibrinli eksudanın oluşturduğu granülasyon dokusunun distal hava yollarında tomurcuklanarak ilerlediği patolojik bir antitedir. Fokal organize pnömoniler (FOP) radyolojik olarak bazen akciğer kanseri karışabilecek şekilde spiküler uzanımları olan şüpheli nodul ve kitleler olarak karşımıza çıkabilmektedir. FOP sıklıkla, kontrast toraks BT ve PET BT'de pozitif sonuçlar dahil olmak üzere bronkojenik karsinom gibi malign lezyonlara benzer görüntüleme paternleri gösterebilir ve malignite ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken bir antitedir.

Anahtar Kelimeler: Fokal Organize Pnömoni, Spiküle Kontürlü Kitle, Akciğer Kanseri

PS-039 Adalimumab Kullanımına Sekonder Organize Pnömoni

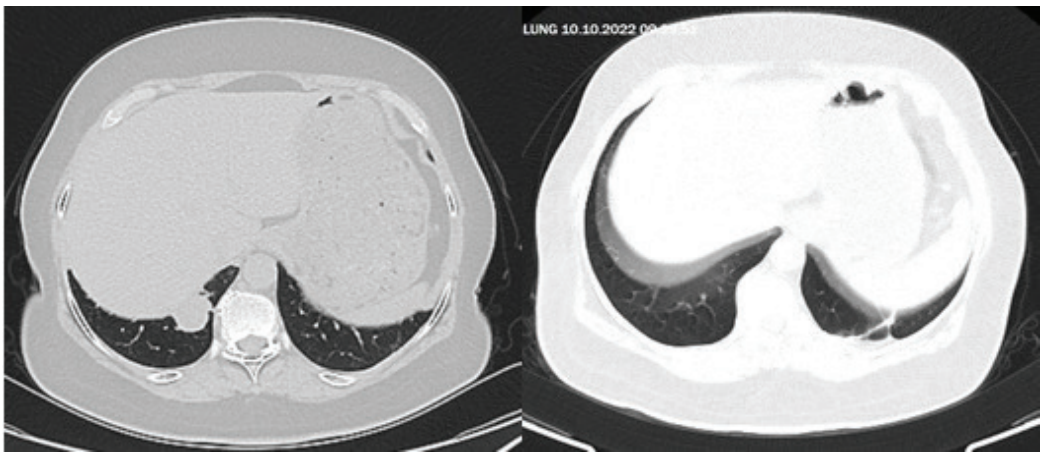
Nuriye Gökçe Erkan[1], Hadice Selimoğlu Şen[1], Erol Başaranoğlu[1], Özge Yersel Karaoğlan[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Organize pnömoni (OP), respiratuvar bronşiyoller, alveoler kanallar ve alveoller içerisinde fibroblastik tıkaçların oluşturduğu polipoid granülasyon dokusu ile karakterizedir. Altta yatan herhangi bir neden bulunamadığında idyopatik/kriptojenik organize pnömoni adını alırken başka bir hastalık ya da ilaç kullanımının akciğere yangısal etkisi olarak ortaya çıktığında sekonder organize pnömoni adını almaktadır. Organize pnömoni çeşitli ilaçlara sekonder olarak oluşabilmektedir. Amiodarone, beta- blokörler,bleomisin ,siklofosfamid fenitoin en sık OP'e neden olan ilaçlardır. Etanercept, adalimumab gibi TNF_alfa blokerlerine sekonder OP olguları da bildirilmiştir. Ankilozan spondilit (AS) tanılı hastada Adalimumab kullanımına sekonder gelişen OP olgusu konuya dikkat çekme amacı ile sunuldu.

Olgu: 50 yaşında AS tanılı kadın hasta 7 aydır başlayan eforla olan nefes darlığı ve öksürük şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Bilinen kronik solunum yolu hastalığı öyküsü yoktu ve solunum sistemi muayenesi doğaldı. Özgeçmişinde 2 yıl süredir AS için adalimumab kullanım öyküsü mevcuttu. Laboratuvarda sedimentasyon ve CRP değerlerinde minimal artış olan hastanın beyaz küresi ve prokalsitonin değerleri normaldi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ AC alt lob posterobazal segmentte 28 mm, sol AC alt lob laterobazalde 19 mm boyutlarında nodüler lezyonlar izlendi. PET-CT'de nodüllerde malignite düzeyinde tutulum izlendi. Akciğerdeki nodüllerden video yardımlı torakoskopik biyopsi yapıldı. Patoloji raporu organize pnömoni olarak sonuçlandı. Romatoloji kliniğine konsulte edilerek adalimumab tedavisi kesildi. Kontrolsüz diabet nedeni ile steroid verilmeden, ilaç kesilerek takibe alınan hastada 2 haftada klinik iyileşme gözlendi. 3. ayda radyolojik olarak nodüllerin regrese olduğu izlendi.

Tedavi Öncesi-Sonrası



Sağ AC posterobazal segmentteki kitlesel lezyon Adalimumab tedavisi kesildikten 3 ay sonra belirgin regrese olmuş durumda

Tartışma-Sonuç: TNF-alfa blokerleri gibi biyolojik ajanlar günümüzde romatolojik ve dermatolojik hastalıkların kronik tedavisinde oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ajanlara sekonder enfeksiyoz komplikasyonlar ve hematolojik maligniteler oldukça iyi bilinmektedir.Ancak bu ajanları kullananlarda ortaya çıkan solunumsal semptom ve radyolojik infiltrasyon durumlarında ayırıcı tanıda ilaca sekonder organize pnömoni de akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Adalimumab, Sekonder Organize Pnömoni, Ankilozan Spondilit

PS-041 İlaca Bağlı Akciğer Hastalığı Amıodorone Toksisitesi Vakası

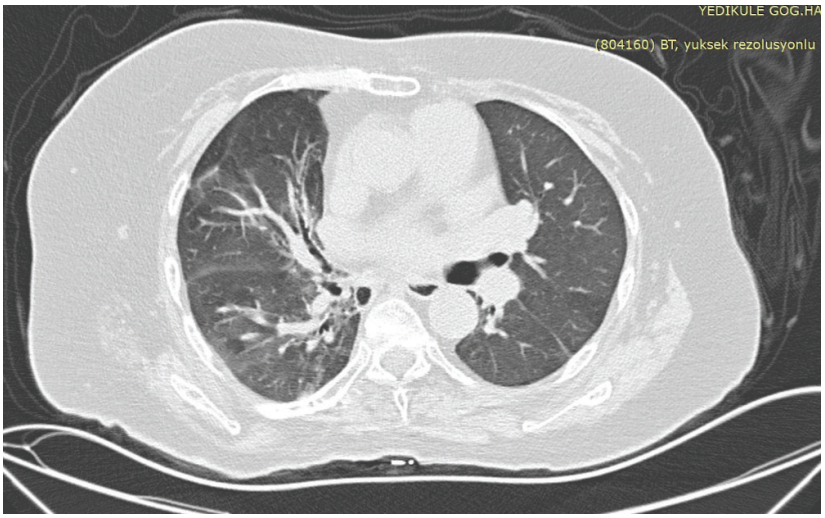
Betül Kınık[1], Aslı Biçen[1], Neslihan Boyracı[1], Seda Tural Önür[1]

[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: İlaçlara bağlı akciğer hastalıkları (İBAH), tedavi amaçlı olarak kullanılan maddelerin solunum sistemi üzerinde oluşturduğu hasar ve yan etkilerdir. Günümüze kadar gittikçe artan miktarda vakalar bildirilmesine karşın çalışmaların çoğu kemoterapötik ajanların akciğerler üzerindeki etkilerine bağlıdır. Oluşan klinik hafif, orta veya ağır olabileceği gibi bazen fatal seyredebilir. İBAH'da farklı histolojik paternler izlenebilir. Tüm bu paternler nonspesifiktir ve kollajen doku hastalıkları veya idiyopatik interstisyel akciğer hastalıklarını taklit edebilir. İlk grupta yer alan interstisyel patern en sık görülen formdur. İAH anamnezin ve ilaç öyküsünün önemini vurgulamak amacıyla takip ettiğimiz amiodorana sekonder interstisyel akciğer hastalığı olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: Bilinen konjestif kalp yetmezliği, kardiyak ritim bozukluğu, kronik obstruktif akciğer hastalığı tanıları olan elli yedi yaşında kadın hasta nefes darlığı, bacaklarda şişme şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Detaylı anamnezde hastanın amiodorone, bisoprolol, trazodon kullandığı öğrenildi. Ev hanımı olan hastamız hiç sigara içmemişti. Fizik muayenesinde bilateral +/+ pretibial ödemi mevcuttu. Oda havası saturasyonu seksen dokuz olan hastanın alınan arter kan gazında parsiyel oksijeni elli ikiydi. 6 dk yürüme testi yapıldı. Başlangıç dispne:3, nabız 91, saturasyon 97 idi. Bitiriş dispne:3, yorgunluk:3, nabız 94, saturasyon 89 olarak görüldü. Çekilen dış merkez bilgisayarlı tomografisinde (BT) kardiyotorasik indeksi artmış olarak görülen, kardiyak ödem olarak yorumlanan ve alınan kanlarda proBNP değeri 550pg/ml olan hasta amiodorone toksisitesi açısından kardiyolojiye konsulte edildi. Ejeksiyon fraksiyonu %60, pulmoner arter basıncı 60 mmhg olarak ölçüldü. Kardiyoloji görüşü de alınarak hastanın amiodorone toksistesi ön tanısı ile amiodorone tedavisi kesildi. Uzun zamandır amiodorone kullanan hastanın tedavisi kesildikten sonra 1. Ay kontrolde PAAC grafisinde regresyon ve klinik iyileşme gözlendi.

Bilgisayarlı Tomografi



Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak İAH klinik ve radyolojik bulguları geniş bir ayırıcı tanı spektrumuna sahip olan İBAH tanısında detaylı anamnez ve ilaç öyküsü son derece önemli olup yakın klinik takip önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İlaçlara Bağlı Akciğer Hastalıkları, İAH, Amiodaron Toksisitesi

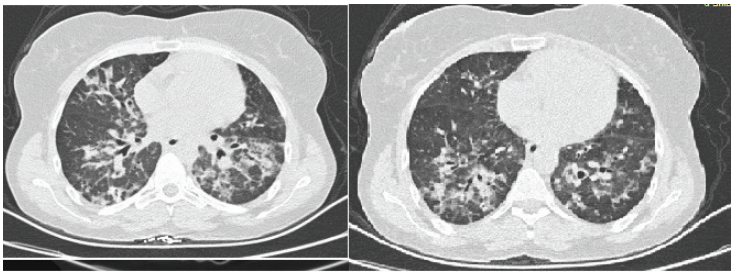
PS-042 Radyodiagnostik Olarak UIP Benzerliği Nedenli Tanısı Geciken NSİP

Seda Tural Önür[1], Aslı Biçen[1], Betül Kınık[1], Elif İrem Gürbüz[1], Hülya Abalı[1], Kaan Kara[1], Fatma Tokgöz Akyıl[1]

[1]Yedikule Göğüs ve Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Nonspesifik interstisyel pnömoni (NSİP),sigara öyküsü olmayan orta yaşlı kadınlarda restriktif ve selüler/fibrotik interstisyel tutulum ile karakterize bir akciğer hastalığıdır. Üç alt tipe sahiptir; selüler, fibrotik veya miks tip. Son iki grup, klinik sonuçların benzer olması nedeniyle birçok seride "fibrotik NSİP" olarak tanımlanmıştır. Yüksek rezolüsyonlu BT'de (HRCT) en sık saptanan bulgu bilateral yamasal buzlu cam alanları olsa da, NSİP hastalarının ancak %22'sinde bu bulgu saptanmaktadır, %32 hastada olağan interstisyel pnömoni (UIP) paterni görülebilmektedir, geri kalan hastalarda da radyolojik bulgular non-diagnostiktir.

Olgu: Kırk yaşında kadın hasta bir haftadır nefes darlığı ve sırt ağrısı şikayetleriyle acil polikliniğimize başvurdu. Diyabet, hipotiroidi, astım, hiperlipidemi öyküsü olan ve nonsmoker hasta ev hanımı ve İstanbul'da yaşamaktaydı. Dış merkezde radyolojik bulguları nedeniyle ön tanıda UIP düşünülerek tetkik edildiği hastaya sol akciğer üst ve alt lob wedge rezeksiyonu yapıldı. Patoloji sonucu "fibrotik paternde nonspesifik interstisyel pnömoni lehine bulgular" olarak raporlandığı fakat hastanın takiplerine gitmediği öğrenildi. Acil başvurusunda akut faz reaktanlarında artış ve lökositoz saptanan hastanın servis takiplerinde balgam ARB negatif bulundu, kültüründe ise mikroorganizma üremedi. Hastaya uygulanan parenteral piperasilin-tazobaktam tedavisi sonrası enfektif tabloda gerileme saptandı. Ancak şikayetlerde düzelme saptanmayan hastaya çekilen HRCT'de, bilateral akciğer orta ve üst lobda santral bronkovasküler demet çevresinde yoğunlaşan peribronkovasküler nodüler infiltratlar, septal kalınlaşmaların oluşturduğu kaba retikülasyonlar ve traksiyon formasyonda bronşektaziler izlendi. Bulgular İAH açısından anlamlı değerlendirildi. Solunum fonksiyon testinde;FVC:0,94lt(%33,51),FEV1:0,81lt(%33,78),FEV1/FVC:%106,36.Hastanın klinik olarak desatürasyonları devam etmesi üzerine dış merkezdeki patoloji preparatları istenerek konsülte edildi ve yeniden değerlendirilen hastanın patolojisi NSİP olarak raporlandı. Hastaya önce parenteral, devamında oral metilprednizolon uygulandıktan sonra klinik düzelme ve semptomlarda gerileme gözlendi. Hasta NSİP tanısıyla kliniğimizce halen aralıklı takip ediliyor. Kardiyoloji ile hastanın e-nabız verileri tekrardan değerlendirilen hastada statin kullanımına takiben klinik ve radyolojik bulguların prezente olduğu saptandı tekrar değerlendirme üzerine statin tedavisi kesildi.



Figür 1A; HRCT: Bilateral akciğerde santral bronkovasküler demet çevresinde yoğunlaşan peribronkovasküler nodüler infiltratlar, septal kalınlaşmaların oluşturduğu kaba retikülasyonlar ve traksiyon formasyonda bronşektaziler. Figür 1B; Altı ay sonra klinik kontrolde çekilen HRCT

Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak interstisyel pnömoni ailesi birbirine yakın klinik ve radyodiagnostik bulgularla seyretmesi nedeniyle çoğunlukla ayırıcı tanı tamamlanmadan ve kesin tanıya ulaşmadan tedavi ve takip planlanması önerilmemektedir. Ayrıca ilaca bağlı intertisyel hastalıklar ancak hastanın öyküsüne hakim olarak saptanabilir. Böyle durumlar, hastanın çoklu merkezlerde gereksiz tetkiklerinin tekrarlanmasına ve tanı-takip sürecinin gecikmesine neden olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: NSİP, İnterstisyel Akciğer Hastalıkları, Statin

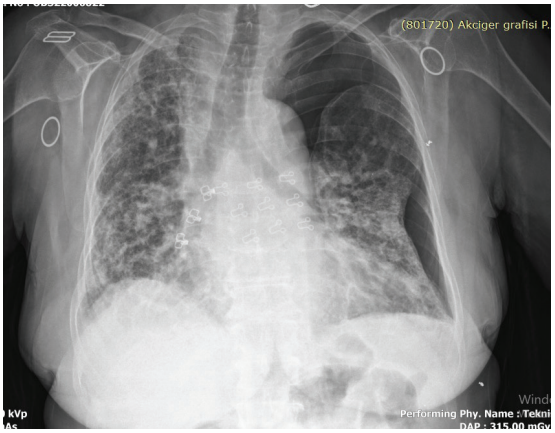
PS-043 Nonspesifik İnterstisyel Pnömonide Cilt Altı Amfizemi

Elif Yelda Niksarlıoğlu[1], Gizem Nur Akbalık[1], Ayşe Yeter[1], Şule Gül[1], Güngör Çamsarı[1], Erdoğan Çetinkaya[1]

[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Nonspesifik interstisyel pnömoni idiopatik interstisyel pnömonilerin bir alt tipidir. Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide (HRCT) bilateral buzlu cam görünümü, bronşiektazi ve retiküler düzensiz opasiteler vardır. Prognozun değişken olduğu bu hastalıkta bizde 2007'de tanı konmuş ve prognozu iyi seyreden olgumuzda araya giren sekonder durumlarla olan prognozun kötüleşmesini sunduk.

Olgu: 68 yaş kadın hasta 2gündür olan nefes darlığı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hastanın bilinen 2007'de açık akciğer biyopsisi ile tanı konmuş nonspesifik interstisiyel pnömoni (NSİP) tanısı olduğu; prednol ve nintedanib ile takip edildiği öğrenildi. Laboratuvar değerlerinde belirgin patoloji saptanmayan hastanın çekilen posteroanterior (pa) akciğer grafisinde sol akciğerde pnömotoraks izlendi. Toraks tüpü ve kapalı su altı drenajı (TT-KSAD) uygulanan hasta servise interne edildi. Profilaktik olarak seftriakson başlanan hastanın yatışının 4.gününde drenden geleni olmaması ve akciğerin ekspanse görünmesi üzerine dreni sonlandırıldı.1gün sonra solunum sıkıntısında artış kolunda ve boynunda şişme izlenen; fizik muayenede yaygın krepitasyon alınan hastada kontrol pa akciğer grafide solda yeniden pnömotoraks ve yaygın cilt altı amfizemi izlendi.TT-KSAD yüksek negatif sistem ile tekrar ugulandı. Takiplerinde cilt altı amfizemi artan yüzünde ve gözlerinde de şişlik oluşan hastaya göğüs ön duvarında iki tane pencere insizyonu açılarak masajla hava drenajı sağlandı. Enfeksiyon parametrelerinde artış izlenen hastanın antibiyotiği piperasilin/tazobaktam olarak düzenlendi. Cilt altı amfizemi azalan ancak TT-KSAD'dan kaçağı devam eden hastanın piperasilin/tazobaktam altında enfeksiyon parametrelerinde yükselme başladı. Hastanın pencere insizyonundan ve dren giriş yerinden yara yeri kültürü gönderildi. Kontrol pa grafide yeni gelişen infiltrasyon izlenmeyen hastadan yinede nonspesifik balgam kültürü ve idrar kültürü istendi ve ampirik antibiyotik tedavisi meropenem ve teikoplanin olarak düzenlendi. Kültür sonuçları çıkamadan solunum sıkıntısı derinleşen ve hastanemizin yoğun bakım ünitesine alınan hasta yoğun bakım yatışının 2.gününde entübe edildi, 3.gününde ex oldu.



Px Li Paac

Tartışma-Sonuç: Cilt altı amfizeminin en sık travma sonucu oluştuğu bilinmektedir. Olgumuzda her ne kadar drenden geleni olmaması ve akciğeri ekspanse olmasına rağmen interstisiyel akciğer hastalığı gibi başlı başına ekspansiyon kusuru yaratabilecek durumlarda pnömotoraks sonrası tt-ksad sonlandırılmasında çok acele etmemek ve dren sonlandırılması sırasında bu tür hastalarda cilt altı amfizemi gelişmemesi için belki daha dikkatli olmak gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Nonspesifik İnterstisiyel Pnömoni, Cilt Altı Amfizemi, İnterstisyel Akciğer Hastalığı

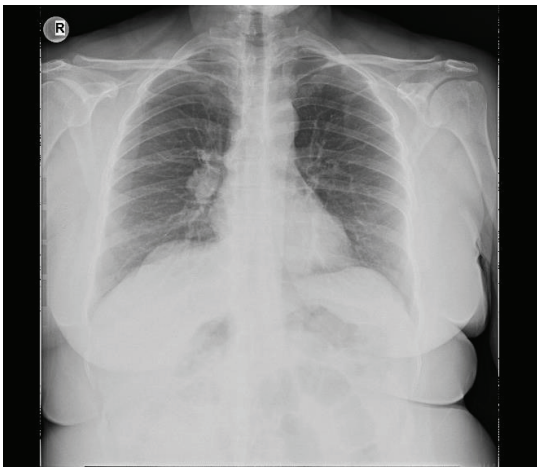
PS-044 Olgu sunumu: Erken Evre Sarkoidozda Tedavi İçin Ne Kadar Beklenilmeli?

Kübra Taşkaraca[1], Nilgün Yılmaz Demirci[1]

[1]Gazi Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Sarkoidoz, etiyolojisi net aydınlatılamayan, tutulan bölgelerde non-kazeifiye inflamasyonla karakterize en sık akciğerleri tutan multisistemik hastalıktır. Geniş vaka serilerinde tedavisiz izlenen hastalardaki spontan remisyon oranlarının %60-70'lerde olduğu gösterilmiştir. Spontan remisyon oranlarının yüksek olması, tedavideki primer ilaçların steroid ve diğer immunmodulatör ilaçlar olmasından kaynaklı özellikle uzun süreli tedavilerde ortaya çıkabilecek yan etkilerde dolayı tedaviye başlama kararının ortaya konması zordur.

Olgu: Bilinen sjögren sendromuyla takipli, sigara öyküsü olmayan 50 yaşındaki kadın hasta hasta dış merkezde çekilen akciğer grafisinde sağ hiler dolgunluk ile başvurdu. Hastanın başvuru anındaki vitalleri stabildi. Başvuru anındaki akciğer grafisinde sağ hiler dolgunluk dışında patoloji yoktu. (Resim 1). Hastaya bilgisayarlı tomografi çekildi, sağ hiler bölgede 33x20 mm'lik lenf nodu görüldü. Hastadan Pet-CT istendi, SUV max: 8.9 olacak şekidle tutulum mevcuttu. Hastaya Endobronşial Ultrasound ve ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı ve patoloji raporu non-kazefiye nekrotizan doku olarak sonuçlandı, sarkoidoz tanısı kondu. Ekstrapulmoner tutulum gözlenmedi. Pulmoner şikayeti olmayan hasta tedavisiz izleme alındı. Radyolojik olarak unilateral lenf nodu tutulumu olan, ek sistemik sarkoidoz bulgusu olmayan ve 4 yıl içinde regrese olmayan radyolojik görüntülemesiyle vakamız tipik bir sarkodioz vakasından daha farklı sebat etmekteydi. Tanıdan sonraki 2. yıl kontrolünde hastanın hiler lenfadenopatisinin gerilememesi üzerine göğüs cerrahisi ile görüşülerek hastanın regresyon göstermeyen lenf noduna yönelik yeniden örnekleme yapılması planlandı.



Resim 1. Başvuru anındaki Posteroanterior akciğer grafisi

Tartışma-Sonuç: Sarkoidoz hastalarında tedavi planı genellikle semptom bazlı olarak yapılmaktadır. Sarkoidozda nörosarkoidoz, kardiak tutulum, hiperkalsemi ve göz tutulumu mutlak tedavi endikasyonlarıdır. Hastalığın yüksek spontan remisyon oranları ve tedavinin yan etkilerinden dolayı, asemptomatik veya hafif seyirli vakaların tedavisiz izlenmesi önerilmektedir. Semptomatik evre 2 ve 3 hastalarda klinik şartlar uygunsa 6-12 aylık izlemden sonra tedavi açısından değerlendirilmelidir ancak regresyon göstermeyen hastaların ne kadar süre ile tedavisiz izlenmesi gerektiği konusunda net bir algoritma yoktur. Vakamızda olduğu gibi özellikle atipik seyreden sarkoidoz vakalarında ek bir patoloji olabilme şüphesi olması sebebiyle kar zarar oranı gözetilerek ikincil örnekleme yapılmak üzere değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Spontan Remisyon, Atipik Sarkoidoz

PS-045 İdiopatik İntertisyel Pnömoni Nedeniyle Takip Edilen Hastada Mikroskobik Polianjitis Gelişimi

Nurten Aysan[1], Edanur Arsoy[2], Serdil Akın[2], Gamze Ergün Sezer[2], Ahmet Burak Dirim[2], Arzu Özdemir[2], Mürvet Yılmaz[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nefroloji Servisi

Giriş-Amaç: Mikroskobik polianjitis (MPA), Chapel Hill 2012 Sınıflandırmasında kapillerleri, venülleri ve arteriyolleri etkileyen nekrotizan vaskülit olarak yer alan sistemik bir hastalıktır. Diffüz alveoler hemoraji akciğer hastalığının en yaygın belirtisidir. İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH) yaygın değildir ve olağan interstisyel pnömoni baskın paterndir (1). İdiyopatik pulmoner fibrozis (IPF), kötü prognozlu ilerleyici bir hastalıktır. Daha yakın zamanlarda, genel popülasyondan daha yüksek bir insidansla IPF hastalarında antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ile ilişkili vaskülit gelişimi dikkat çekmiştir (2).

Olgu: Olgumuz 60 yaşında bilinen idiopatik intertisyel pnömoni nedeniyle 4 yıldır antifibrinolitik tedavi alan kadın hasta. Antifibrinolitik tedavi altında iken hastanın takiplerinde hastada akciğer dışı semptomlar gelişmesi üzerine yapılan ileri tetkiklerde kanda perinükleer anti-nötrofil sitoplazmik antikor (p-ANCA) pozitif gelmesi ve tam idrar tetkikinde idrada 3+ proteinürü saptanması üzerine hasta nefrolojiye sevk edilmiş olup hastaya böbrek biyopsisi ile mikroskobik polianjitis tanısı konularak hasta ileri takibe alındı.

Tartışma-Sonuç: IPF'li hastalarda ANCA pozitifliği prevalansının genel popülasyondakinden daha yüksek olduğu görülmektedir. IPF tanısı sırasında veya takip sırasında, hastaların %20'ye varan oranında sistemik vaskülit klinik belirtileri olmaksızın ANCA pozitifliği ile başvurur (2). Başlangıçta İPF tanısı alan hastaların takiplerinde MPO-ANCA pozitifliğinin saptanmasının hastalığın takip ve tedavisi değiştireceğinden bu hastaların takiplerinde sistemik semptomlar geliştiğinde hastaları ileri tetkik etmenin önemini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Usual İnterstisyel Pnömoni Paterni, Vaskülit, Antinötrofil Sitoplazmik Antikor

PS-046 Atipik Sarkoidoz: Olgu Sunumu

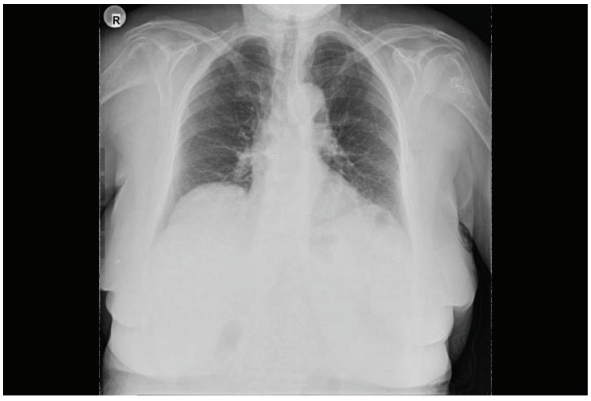
Ayshan Mammadova[1], Nilgün Yılmaz Demirci[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

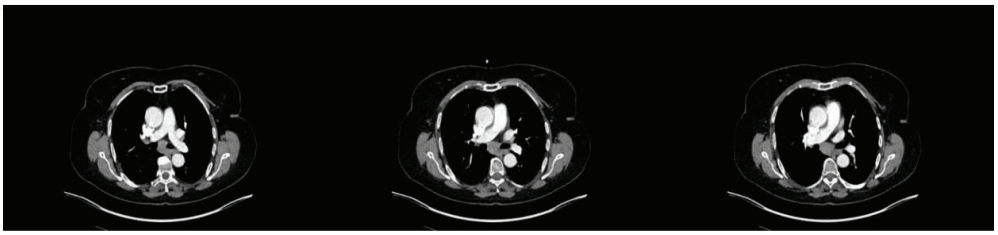
Giriş-Amaç: Sarkoidoz, non-kazeifiye epiteloid granülomlarla karakterize etyolojisi bilinmeyen multisistemik inflamatuar bir hastalıktır. Tanı genellikle klinik ve radyolojik bulgularla, bir ya da daha fazla sistemde gösterilen histopatolojik bulguların (kazeifikasyon göstermeyen granülomlar) gösterilmesiyle konulur. Biz de tanı aşamalarının en başında, hatta en sonunda da sarkoidozun her zaman akılda tutulması gerektiğine iyi bir örnek olan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen hipertansiyonu olup, sigara kullanım öyküsü olmayan 72 yaşında kadın hasta, sarkoidoz ön tanısı ve tedavi amaçlı tarafımıza yönlendirilmiş. Dış merkezde üveit nedeniyle takip edilen hastanın aile öyküsünde özellik yoktu. Mesleksel ve çevresel temas öyküsü yoktu. Halsizlik dışında aktif şikayeti yoktu. Akciğer muayenesi doğaldı. Karaciğer ve dalak palpe edilemedi. Lenfadenopatisi yoktu. Laboratuvar bulgularında sedimantasyon hızı 16mm/St , CRP 4 mg/L, WBC 7.7x100 hücre /L. ACE, Üre, kreatinin, AST, ALT, kan elektrolitleri, fosfor, kalsium ve alkalen fosfataz değerleri yaşa göre normal sınırlar içerisinde bulundu. Hastaya çekilen posterior-anterior (PA) akciğer grafisinde sağ hiler bölgede daha belirgin olmak üzere bilateral hiler LAP izlenmiştir (Resim 1). Bu nedenle çekilen Toraks YÇBT'de Subkarinal bölgede 36x24 mm boyutlarında yumuşak doku yapılanması izlenmiştir (Resim 2). Subkarinal bölgede yumuşak doku yapılanması, Malignite? ile hastadan pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografi (PET-BT) istendi. Mediastende subkarinal alanda izlenen yaklaşık 3x2 cm boyutlarındaki yumuşak doku yapılanmasında patolojik artmış 18F-FDG tutulumu izlendi. (SUVmaks: 10,6) (Resim 3). Hastaya Malignite? Sarkoidoz? İle Bronkoskopi yapıldı. Subkarinal alandan yapılan hücre bloğu sonucu non-nekrotizan granülom oluşumları içeren lenfoid doku olarak sonuçlandı. Bu bulgularla sarkoidoz düşünülen hasta klinik bulguların çok ağır olmaması üzerine tedavisiz izleme alındı. Hasta takipe alınarak poliklinik kontrolü önerildi.

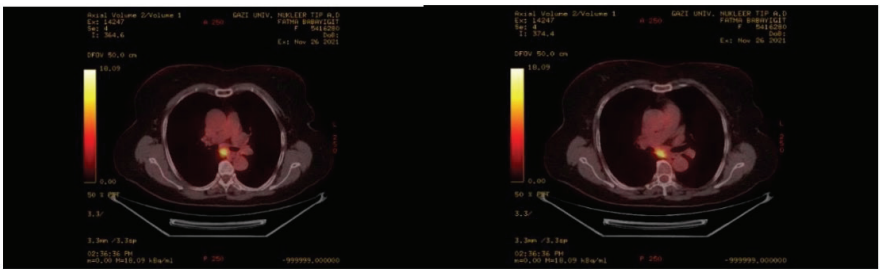
Tartışma-Sonuç: Akciğer, sarkoidoz'un en sık gözlendiği ve klinik belirtilerin en fazla olduğu organdır hastaların %50'sinde akciğer grafisinde anormallik görülür. Bizim vakamızda klinik ve radyolojik bulgulara ilaveten tanı biyopsi ile konulmuştur. Başlıkda da dediğimiz gibi sarkoidoz ilk tanınız, ikinci tanınız hatta son tanınız olmasa bile her an karşınıza çıkabilecek bir durumdur.



Resim 1. Hastanın geliş akciğer grafisi



Resim 2. Başvuru anında çekilen YRBT



Resim 3. Başvuru anında çekilen PET-BT

Hastanın radyoloji görüntüleri

Anahtar Kelimeler: Granülom, Lenfadenopati, Atipik, Sarkoidoz

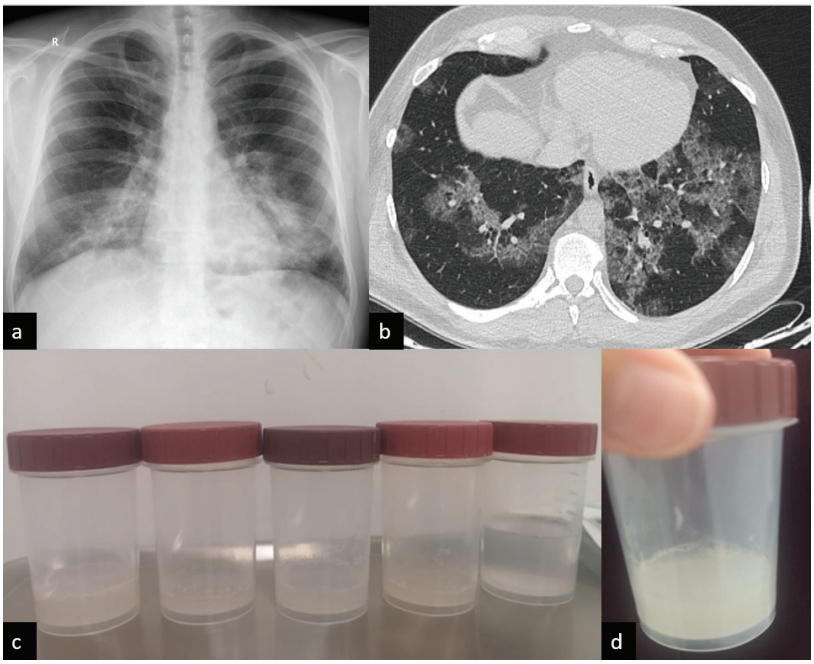
PS-047 "Crazy Paving"e Neden Olan Nadir Hastalık: Pulmoner Alveoler Proteinozis (PAP) Olgusu

Emine Argüder[1], Furkan Yapan[2], Oğuzhan Şen[2], Nesrin Öcal[3]

[1]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.
[2]Ankara Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği
[3]SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Pulmoner alveoler proteinozis (PAP), alveollerde ve distal hava yollarında lipoproteinöz PAS pozitif madde birikimiyle karakterize nadir bir hastalıktır. En sık rastlanan semptomlar, nefes darlığı ve kuru öksürüktür. Toraks BT'de PAP'ın karakteristik bulguları, yamalı buzlu cam opasiteleri, interlobüler ve intralobüler septal kalınlaşmaların gözlendiği "kaldırım taşı" (crazy paving) eşlik etmektedir. Granülosit-makrofaj koloni uyarıcı faktör (GM-CSF) sinyali hem alveoler makrofaj differansiyasyonunda hem de akciğer immün hücrelerinin aktivasyonunda önemlidir. Differansiye alveolar makrofajlar (DAM), hem alveolar mikroorganizmaların ortadan kaldırılmasında hem de yüzey aktif madde temizliğinde çok önemlidir. DAM'larda GM-CSF aksının bozulması PAP gelişimine yol açmaktadır. Hastaların çoğunda GM-CSF'ye karşı otoantikorların varlığı ile ilgilidir. Biz de burada PAP tanısı konulan bir olguyu nadir görülmesi nedeni ile burada sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuz sekiz yaş erkek hasta, 1 haftadır kuru öksürük, nefes darlığı ve sol yan ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde bilinen hastalığı yok, sigara kullanımı 12 py smoker, mesleği öğretmen ve yazları çiftçilik yapıyordu. FM'de genel durum iyi, bilinç açık koopere. Solunum sistemi muayenesinde bilateral ince raller mevcuttu. Diğer bulguları doğaldı. Hastanın akciğer grafisinde parakardiyak alanlarda opasite artışı olması üzerine çekilen Toraks BT'de yama tarzında buzlu cam alanları ve "crazy paving" görünümü izlendi. Hastaya atipik pnömoni ön tanısı ile non-spesifik antibiyotik tedavi başlandı. Ancak klinik ve laboratuvar bulgularında düzelmeye karşın radyolojik bulgularda anlamlı düzelme izlenmedi. Hastaya PAP ön tanısı ile bronkoskopi yapıldı. Alınan BAL sıvısı opak renkte görüldü. Sitolojik incelemede yer yer eozinofilik granüler materyal ve az sayıda inflamatuar hücreler izlenirken, histokimyasal olarak granüler materyal PAS/d-PAS pozitif olarak raporlandı. Bakılan GM-CSF antikoru pozitif bulunan hastaya PAP tanısı konuldu. Sigarayı bırakması, mesleksel maruziyetinin sonlandırılması önerilerek tedavi için ileri bir merkeze yönlendirildi.



Şekil 1. 1a. PA Akciğer grafisinde bilateral parakardiyak opasite artışı, 1b. Toraks BT'de yama tarzında buzlu cam alanları ve "crazy paving" görünümü, 1c. BAL uygulaması, 1d. BAL sıvısının opak görünümü

Tartışma-Sonuç: Toraks BT'de görülen crazy paving görünümüne neden olabilecek nedenler arasında PAP, pulmoner ödem, viral pnömoniler, PCP, pulmoner adenokarsinom, alveoler sarkoidoz, gibi çok sayıda patoloji yer almaktadır. Özellikle non-spesifik tedavilere yanıt alınmayan olgularda vakit kaybetmeden gerekli ileri incelemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Crazy Paving, PAP, Pulmoner Alveoler Proteinozis, GM-CSF

Poster Bildiri Oturumu 3: İntertisyel Akciğer Hastalıkları

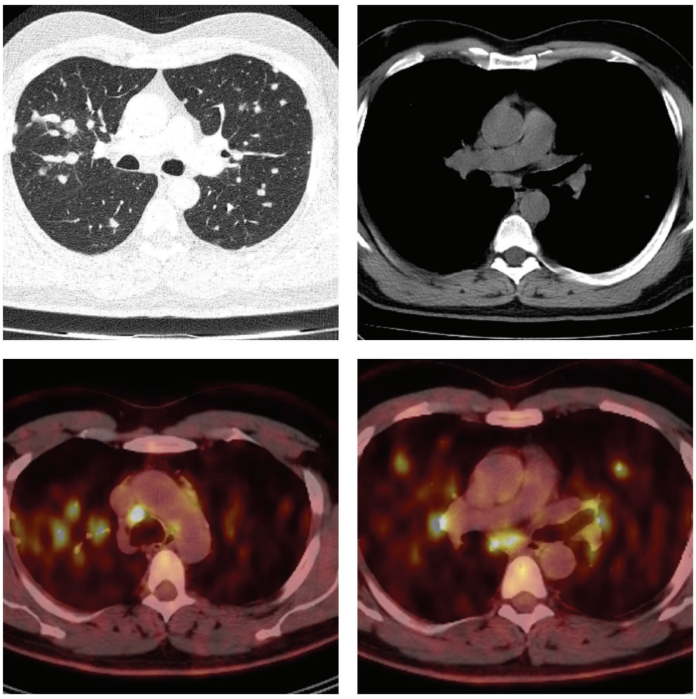
PS-049 Metastatik Hastalıkla Karışabilen Multipl Noduler Sarkoidoz Olgusu

Dilan Yaşar[1], Gülistan Karadeniz[1], Fatma Demirci Üçsular[1], Enver Yalnız[1]

[1]İzmir S.B.Ü. Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Sarkoidoz etiyolojisi bilinmeyen çoğunlukla akciğerleri etkileyen ancak herhangi bir organı tutabilen, kazeifiye olmayan granülomlarla karakterize multisistemik bir hastalıktır (1). Sarkoidozun klinik bulguları değişkendir. Hastalar nefes darlığı, yorgunluk, öksürük gibi semptomlarla başvurabilir ya da asemptomatik olabilir ve insidental olarak toraks görüntülemeleri ile saptanabilir (2). Pulmoner noduller tüberküloz, mantar, pnömokonyoz, sarkoidoz ve metastatik hastalıklar gibi birçok hastalık ile ilişkili görülebilir (3). Metastatik akciğer hastalığı şüphesi ile video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) yapılmış olan ve sarkoidoz tanısı alan hastamızı sunmak istedik.

Olgu: 51 yaş erkek hasta dış merkeze baş ağrısı yakınması ile başvurusunda Covid PCR pozitif saptanması üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografide en büyüğü sağ akciğer alt lob laterobazal segmentte olan 12 mm çapında multipl noduller saptanmış. Pozitron emisyon tomografisi-bilgisayarlı tomografisinde (PET-BT) supraklaviküler, mediastinal ve batında hipermetabolik lenf nodları, her iki akciğer parankiminde yaygın değişik boyutlarda metastatik görünümlü yer yer hipermetabolik pulmoner noduller, sol tibia distal kısmı medialinde litik hipermetabolik bir odak(metastaz?) saptanmış. Fiberoptik bronkoskopi bronkoalveoler lavaj benign ve %89 alveolar makrofaj, %10 lenfosit, %1nötrofil sonuçlanmış. ARB görülmemiş. Kültürde üreme olmamış. Video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) ile sağ alt lob wedge rezeksiyonda non-nekrotizan granülomatöz enflamasyon olduğu görülmüş. Hastanın tarafımıza başvurusunda solunumsal yakınması yoktu. Hipertansiyon dışında ek hastalığı yok. Sigara öyküsü yok. Laboratuar tetkiklerinde hemogram ve biyokimyası olağan sınırlarda, tam idrar tahlili olağan sınırlarda, serum ACE düzeyi 35,6U/L (8-52) saptandı. Solunum fonksiyon testinde FVC:5,03(%108) FEV1:4,13 (%111) FEV1/FVC :%82 saptandı. Kontrastlı kranial manyetik rezonans (MR) görüntüleme olağan, göz bakısı olağan saptandı. Kemik MR sağ tibia proksimalde endokondrom lehine 10*8mm benign lezyon olarak raporlandı. Hastanın bir sene önceki akciğer grafileri incelendiğinde benzer nodulleri olduğu görüldü. Asemptomatik olan hastanın interstisyel konseyinde noduler sarkoidoz olduğu kararına varıldı ve takip edilmesi kararlaştırıldı. Hasta takibinin 1.yılında asemptomatik olarak izlenmektedir.



PET-BT 'de mediastinal hipermetabolik lenf nodları, her iki akciğer parankiminde yaygın değişik boyutlarda metastatik görünümlü yer yer hipermetabolik pulmoner noduller görülmektedir.

Tartışma-Sonuç: Multipl pulmoner noduller tüberküloz, mantar, pnömokonyoz, sarkoidoz ve metastatik hastalıklar gibi birçok hastalık ile ilişkili olabilir (3). Pulmoner nodul ayırıcı tanısında klinik değerlendirme önemlidir. Multipl pulmoner nodullerin metastazı taklit edebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nodul, Sarkoidoz, Metastaz, Granülom

PS-050 Pnömotoraksın Nadir Bir Sebebi: Birt Hogg Dubé Sendromu

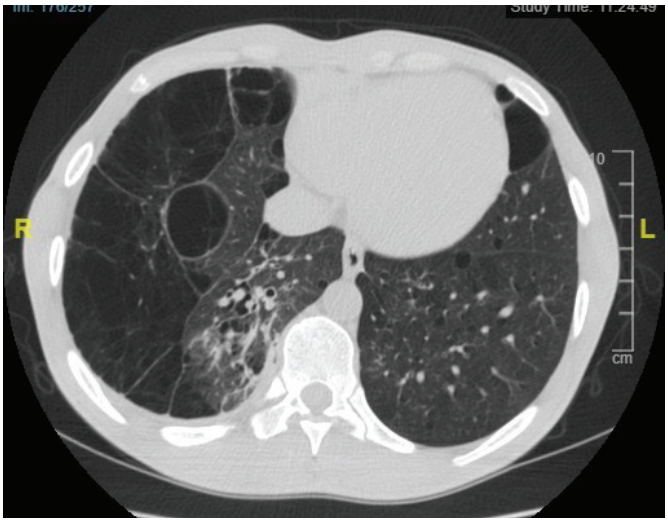
Afag İsazada[1], Fatma Arslan[1], Miraç Öz[1], Aslıhan Gürün Kaya[1], Serhat Erol[1], Aydın Çiledağ[1], Akın Kaya[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Birt-Hogg-Dube (BHD) sendromu benign cilt tümörleri (fibrofoliküloma, trikodiskoma), akciğer kistleri, spontan pnömotoraks ve renal kanser riskinde artış ile karakterize, otozomal dominant geçişli bir sendromdur. BHD sendromuna tümör baskılayıcı gen olan follikülin proteinini kodlayan gendeki germ mutasyonlar neden olur. Kliniğimize göğüs ağrısı ile başvuran, spontan pnömotoraks saptanan bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı ve düzenli kullandığı bir ilaç olmayan 23 yaşında erkek hasta Aralık 2021 tarihinde göğüs ağrısı yakınması ile kliniğimize başvurdu. 10 paket-yıl aktif sigara kullanımı mevcuttu. Oda havasında SpO2 %95, oskültasyonda sağ akciğerde solunum sesleri alınmıyordu. Akciğer grafisinde sağ akciğer total kollapsı ve pnömotoraks saptandı. Olguya acil göğüs tüpü takıldı. Toraks BT' de sağ akciğerde paraseptal amfizematöz sahaları, sağ akciğer üst lobda orta lobu bası yapan dev kist, her iki akciğerde, perifissürel, parankimal ve subplevral yerleşimli çok sayıda ince duvarlı içerisinde septalar seçilen hava kistleri izlendi ve bulgular kistik akciğer hastalığı açısından anlamlı bulundu. Solunum fonksiyon testinde, FVC: 3.30 (% 68) FEV1: 2.33 (%56) oran:71 RV: %203 DLCO: %50 saptandı. Alfa 1 antitripsin düzeyi 1.68 bulundu. Radyoloji ile konsülte edilen hastaya klinik bulguları ile birlikte değerlendirerek Birt-Hogg-Dube sendromu tanısı konuldu. Sigarayı bırakması, egzersiz ve pulmoner rehabilitasyon önerildi. Bronkodilatör tedavi başlandı. Hasta takibe alındı ve aile üyelerinin taranması planlandı.

Toraks bilgisayarlı tomografisi



Her iki akciğerde, perifissürel, parankimal ve subplevral yerleşimli çok sayıda ince duvarlı içerisinde septalar seçilen hava kistleri

Tartışma-Sonuç: BHD sendromunun hayatı tehdit eden komplikasyonları göz önüne alındığında, hastalığın erken teşhisi önemlidir. BHD sendromu nadir görülen bir sendromdur ve klinik ekspresyondaki büyük değişkenlik nedeniyle tanısı güç olabilir. Bu olgular renal kanser için artmış risk altındadır ve periyodik takip gereklidir. Otozomal dominat geçiş nedeniyle aile üyeleri taranmalı ve genetik danışmanlık önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pnömotoraks, Fibrofolliküloma, Birt Hogg Dubé Sendromu, Akciğer Kisti

PS-051 Genel Anestezi Sonrası Gelişen Diffüz İnterstisyel Akciğer Hastalığı

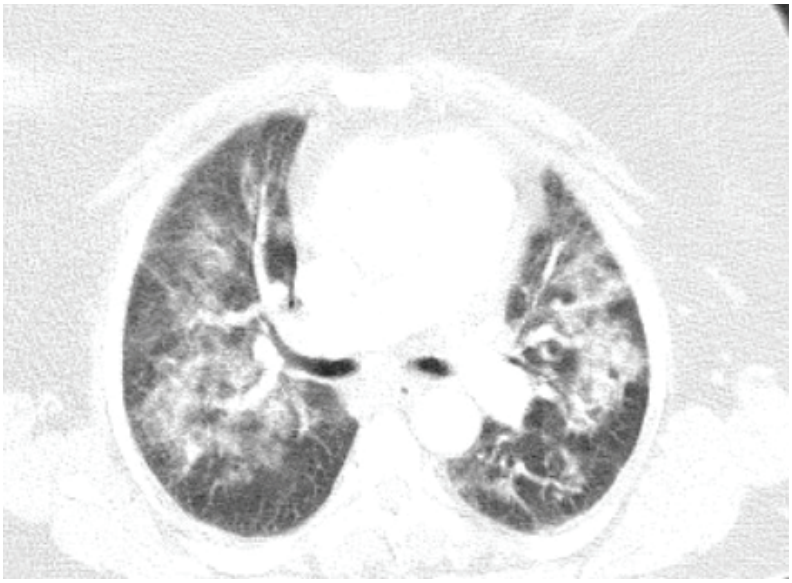
Merve Çalış[1], Aysel Sünnetçioğlu[1]

[1]Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Van

Giriş-Amaç: İnhale anestezik sevoflurana maruz kaldıktan sonra solunum yetmezliği gelişen bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Burada sunulan hasta, histerektomi planlanan 64 yaşında bir kadın idi. Genel anestezi altında intravenöz midazolam, fentanil, propofol ve inhale sevofluran ile cerrahi yapılan hastada postoperatif 1. günün sonununda nefes darlığı, öksürük şikayetleri gelişti. Bilinen kronik bir akciğer hastalığı olmayan hastanın, operasyon öncesi aktif bir solunumsal şikayeti mevcut değildi. Fizik muayenede dinlemekle bilateral solunum sesleri doğaldı. Saturasyon oda havasında: 70 idi. Pulmoner emboli ön tanısı ile çekilen toraks BT de bilateral yaygın buzlu cam dansiteleri mevcuttu. Covıd-19 pcr testi negatif geldi. Mevcut tabloya neden olan başka bir sebep tespit edilemeyen hastaya anestezik ajana bağlı gelişen diffüz interstisyel akciğer hastalığı ön tanısı ile 3 gün süreyle intravenöz olarak günlük metilprednizolon (250mg) verildi. Sonra 40 mg ile 10 gün devam edildi. Tedavi sonrası hipoksemi düzeldi ve akciğer grafisinde infiltrasyonlar kayboldu. Genel anesteziden sonra gelişen solunum semptomları, mevcut radyolojik görünüm ve prednol sonrası klinik ve radyolojik düzelme olması ile tanı ilaca bağlı gelişen diffüz interstisyel akciğer hastalığı olarak düşünüldü.

BT



Tartışma-Sonuç: Anestezik ajan almış olan hastalarda özellikle sevofluran sonrası gelişen akciğerin diffüz interstisyel tutulumunun olduğu durumlara bu vaka ile de dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Dispne, İnterstisyel, Sevofluran

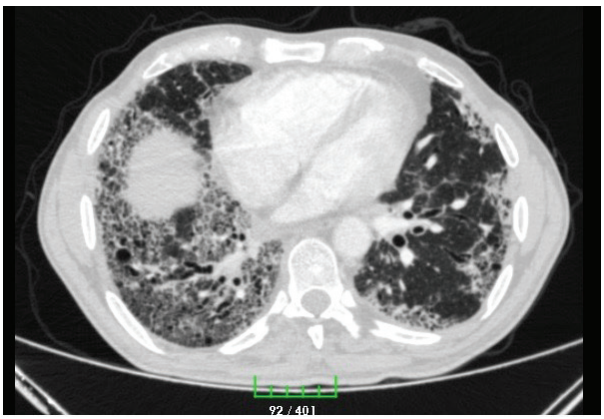
PS-052 İnterstisyel Akciğer Hastalığı Lezyonlarının Ayırıcı Tanısında Romatoid Artrit

İsmail Aydın[1], Aydanur Ekici[1], Mehmet Savaş Ekici[1]

[1]Kırıkkale Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kırıkkale

Giriş-Amaç: Romatoid artrit (RA), etiyolojisi bilinmeyen simetrik, inflamatuar, periferik bir poliartrittir. Romatoid artritin akciğer tutulumunda plevral hastalık, interstisyel fibrozis, pulmoner nodüller, bronşiektazi, küçük hava yolu hastalığı, vaskülit veya pulmoner hipertansiyon görülebilir.

Olgu: 54 yaşında erkek hasta son 6 aydır olan kuru öksürük ve nefes darlığı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu, son 6 ayda 30 kg kilo kaybı mevcuttu eklemlerde deformite bulgusu yoktu. Solunum sistemi muayenesinde bilateral bazalde ralleri vardı. Özgeçmişinde tanı konulmuş hastalığı yoktu. Tam kan sayımında hemoglobin 14.8 g/dl, hematokrit % 46.8, lökosit 1.98 x103 / µl, trombosit 465 x103 /µl olarak saptandı. Eritrosit sedimantasyon hızı 14 mm/saat idi. C Reaktif protein(crp) 63.1 idi. Diğer laboratuar incelemelerinde; RF: 88.7 IU/ml, CCP > 106,8 RU/ml(pozitif),diğer kollajen doku markerları negatifti. Postero anterior akciğer grafisi (PAAC)nde sağ diyafram yüksekliği ve biateral retiküler dansiteler görüldü. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemelerinde mediastende ve hiluslarda büyüklükleri hiler bölgede sağda 35x16.5 mm, subkarinal alanda 29x15 mm boyutunda çok sayıda lenf nodu izlendi. Her iki akciğerde yaygın alt loblarda daha belirgin olmak üzere kalın duvarlı bal peteği görünümü ile uyumlu olabilecek kistik değişiklikler, traksiyon bronşiektazileri ve retikulasyonlar izlendi, Usual intersitisiyel akciğer hastalığı? olarak raporlandı. Mediastinal lenfadenopati nedeniyle çekilen pozitron emisyon tomografisi-bilgsayarlı tomografi'de (PET-BT):Her iki akciğerde izlenen yaygın retikülonodüler dansite alanlarında ılımlı artmış F-18 FDG tutulumları izlenmiş olup toraks BT'de tanımlanan interstisyel akciğer hastalığına sekonder olabileceği düşünüldü. Ayrıca neoplastik gelişim de saptanmadı. Hastada diğer tanılar dışlandıktan sonra romatoid artrit akciğer tutulumu düşünülerek romatoloji bölümü tarafından tedavisi başlandı. Hastaya mikofenolat mofetil 1000 mg, metilprednizolon 32 mg tedavisi başlandı. Tedavinden 1 ay sonra nefes darlığı geriledi, crp düştü. PAAC grafisinde retiküküler lezyonlar geriledi.



Resim 1. Başvuru anındaki toraks BT: balpeteği görünümü ile uyumlu olabilecek kistik değişiklikler, traksiyon bronşiektazileri ve retikulasyonlar izlendi.

Tartışma-Sonuç: Romatoid artrit kronik otoimmün bir hastalık olması sebebiyle eklemler dışında birçok sistemin tutulumu görülür. Pulmoner tutulum RA hastalığının ekstraartiküler bulgularındandır. Romatid artritin pulmoner tutulumu genellikle eklem bulgularından sonra görülse de ilk bulgu olarak karşımıza çıkabilir. Bu vaka sunumunda akciğerde usual akciğer hastalığı bulguları varlığında romatolojik hastalıkların ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiği gösterildi.

Anahtar Kelimeler: Artrit, Usual Akciğer Hastalığı, Romatoid Artrit

PS-053 Mesleki Maruziyet İlintili Respiratuar Bronşiolt-İnterstisyel Akciğer Hastalığı

Cansu Görkem Yahşi[1], Kübra Işık[1], Nilüfer Onak Kandemir[3], Bülent Koçer[2], Emine Argüder[1]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği
[3]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Respiratuar bronşiolit-interstisyel akciğer hastalığı (RB-ILD) nadir, genellikle sigara içenlerde görülen interstisyel akciğer hastalığıdır. Üçüncü ve altıncı dekadlarda sık görülür. Başlangıç genelde sinsidir, haftalar/aylar içerisinde görülen efor dispnesi ve inatçı öksürük ile karşımıza çıkar. RB-ILD'li hastaların akciğer grafisi artmış retikülonodüler interstisyel opasiteler şeklinde görülebilirken, toraks BT'de merkezi ve periferik bronşiyal duvar kalınlaşması, sentrilobüler nodüller ve üst lob sentrilobüler amfizemle ilişkili buzlu cam opasiteleri şeklinde görülür. Histolojik olarak RB-ILD, intraalveolar sarı-kahverengi pigmentli makrofajların birikmesiyle prezentedir. Olgumuz mesleki maruziyeti bulunan hastada histopatolojik olarak RB-ILD saptanması nedeniyle sunuldu.

Olgu: Otuz sekiz yaş erkek, 6 aydır olan öksürük, efor dispnesiyle polikliniğe başvurdu. Bilinen kronik hastalığı bulunmuyordu. 25 paket-yıl aktif sigara kullanıcısıydı. 16 yıldır çelik fabrikasında üretimde çalışmakta ve ciddi çelik tozu maruziyeti tariflemekteydi. Fizik muayenesinde oda havası SpO2 %98, solunum sesleri bilateral subskapular alanda azalmış olarak duyuldu. Akciğer grafisinde bilateral orta-alt zonlarda retiküler dansite artışı görülen (Resim-1) hastadan toraks BT istendi. BT'de her iki akciğerde yaygın asiner-nodüler buzlu cam dansiteleri saptandı (Resim-2). İnterstisyel akciğer hastalığı öntanısı ile hastaya bronkoskopi yapıldı, her iki sistemde antrakotik sekresyon izlendi. Bronkoalveolar lavaj (BAL) alındı. BAL'da nötrofil hakimiyeti görüldü, CD4/CD8 oranı: 1,04 olarak saptandı. BAL histopatolojisinde bronş epiteli, bol hemosiderinli makrofaj izlendi. Sonuçlarıyla multidisipliner konseyde değerlendirilen hastaya açık akciğer biyopsisi yapılması kararlaştırıldı; göğüs cerrahisi kliniğince hastaya açık akciğer biyopsisi yapıldı. Biyopside intraalveolar ve terminal bronşiol lümenlerinde çok sayıda smoker makrofajlar, intersitisyel alanda fokal intersitisyel fibröz doku artışı, hafif düzeyde mononükleer inflamasyon ve antrokotik pigment içeren fibrotik submilimetrik nodüller izlendi. Mesleki maruziyet sonrası gelişen RB-ILD olarak kabul edilen olgumuza iş değişikliği önerildi, tedavisiz izlem kararı alındı.

Resim 2. Her iki akciğer parankiminde yaygın olarak izlenen asiner nodüler buzlu cam dansiteleri

Tartışma-Sonuç: RB-ILD nadir görülen bir hastalıktır. Sigara kullanımı ile yakın ilişkili olsa da mekanizma net aydınlatılamadığından sebebi henüz belirsizdir. RB-ILD'nin kesin prevalansı ve insidansı bilinmemektedir. RB-ILD tanısı semptomlar, maruziyet, görüntüleme ve kliniğin birlikte değerlendirilmesiyle konmaktadır. İzleminde maruziyetin kesilmesi, sigaranın bırakılması önerilir. Olgumuza da maruziyetin kesilmesi için iş değişikliği önerildi.

Anahtar Kelimeler: Respiratuar Bronşiolit, RB-ILD, İnterstisyel Akciğer Hastalığı

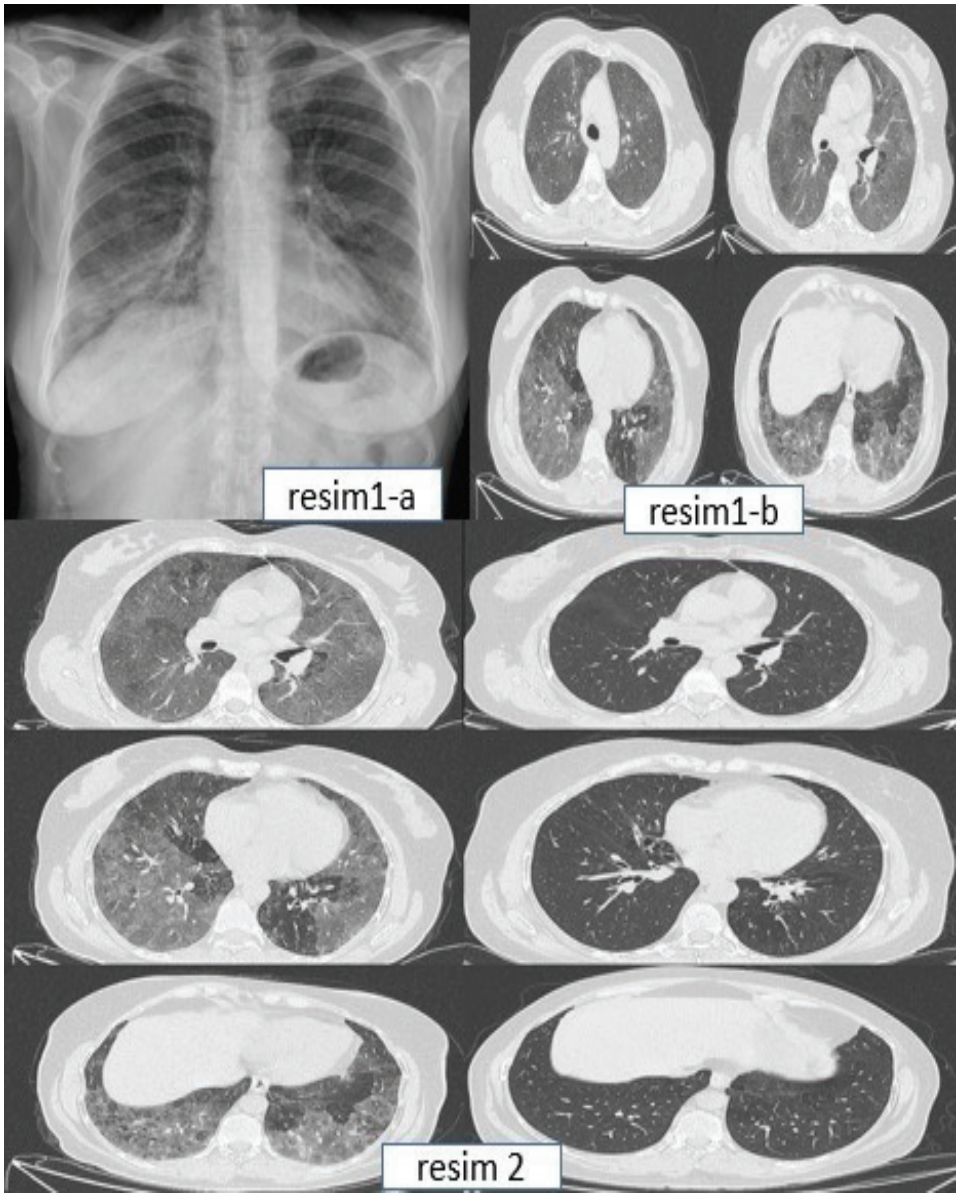
PS-054 Bir Olgu Sunumu: Non-Fibrotik Hipersensitivite Pnömonisi

Nihal Mutlu[1], Sertan Bulut[1], Çiğdem Biber[1]

[1]S.B.Ü Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Hipersensitivite pnömonisi (HP) hayvansal yada bitkisel kaynaklı organik tozların ve bazı kimyasal ajanların yaygın ve tekrarlayan inhalasyonları sonucu oluşan, immün aracılıklı gelişen fibrotik HP ve non-fibrotik HP olarak iki gruba ayrılan hastalıktır. Biz olgumuzu yaygın akciğer parankim tutulumu olmasına rağmen uygun tanı-tedavi ve maruziyetlerden uzaklaşma noktasında hasta işbirliğinin sağlanmasıyla birlikte tam yanıt aldığımız olgumuz olması sebebiyle sunuyoruz.

Olgu: 59 yaşında bilinen bir hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan kadın hasta son bir yıldır olan nefes darlığı ve öksürük şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik yoktu. Maruziyet öyküsü sorgulandığında son bir yıldır evinde 30'danfazla muhabbet kuşu beslediği öğrenildi. Fizik muayenesinde akciğerde dinlemekle yer yer inspratuvarral ve eksprituvarronküs duyuldu. Başvurusunda oda havası oksijen saturasyonu: 83 idi. Postero-anterior (PA-AC) akciğer grafisinde sağda ağırlıklı olmak üzere bilateral retikülo-nodüler gölge koyuluğu artışı izlenmesi(resim1-a) ile birlikte tetkik amaçlı yatırıldı. Tam kan sayımında hemoglobin:15g/dL ve lenfosit-eozinofil oranları normal aralıktaydı. C-reaktifprotein: 12 idi. Arteriyel kan gazı tip1 solunum yetmezliğiyle uyumluydu. Covid PCR'ı 3kez negatif geldi. Kollajen doku belirteçleri normaldi. Nonspesifik balgam kültüründe üreme saptanmadı. Balgam ARB ve ppd negatifti. Toraks HRCT'sinde bilateral sentrilobüler buzlucam dansitesinde nodülerin filtrasyonlar ve hava hapis alanları izlendi (resim1-b). EKO: EF%60SPAB:30mmHg ölçüldü. Solunum Fonksiyon Test değerlerinde; FEV1:98 FVC:99 FEV1/FVC:98, DLCO: %47 DLCO/VA: %86 ölçüldü. Tedavinin 7.gününde 6DYT yapıldı. 540 metre yürüdü. Başlangıç spo2:88 dakika nabız sayısı: 85, bitiş spo2:83 dakika nabızsayısı:110 ölçüldü. Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Orta lobdan bronkoalveolerlavaj (BAL) ve sağ alt lob lateralinden transbronşial biyopsi alındı. BAL analizi normal olarak sonuçlandı. Patoloji sonucunda akciğer parankim örneklerinde tip2 pnömosit hiperplazisi, yaygın lenfosit infiltrasyonu ve alveoller içerisinde makrofajlar izlendi. Hasta 15gün ilaçsız izlendi.15gün sonunda oda havasında spo2:94 ölçüldü. DLCO %47'den %57'ye yükseldi. Hastaya mevcut klinik ve radyolojik veriler doğrultusunda non-fibrotik HP tanısı kondu. 32mg /gün oral metilprednizolon tedavisi başlandı. Maruziyetin sonlandırılması ve detaylı ev temizliği konusunda bilgilendirildi. Prednol tedavisi aşamalı olarak azaltılarak 6.ay sonunda kesildi.6.ay SFT-Difüzyon testi tamamen normal olarak tespit edildi(FVC=%90 DLCO%85 DLCO/VA %96).Onuncu ay HRCT kontrolünde parankimal bulgularda anlamlı regresyon görüldü(resim 2).Hasta tedavisiz takibimizdedir.



Resim 1-a: sağda ağırlıklı olmak üzere bilateral retikülo-nodüler gölge koyuluğu artışı resim 1-b: bilateral sentrilobüler buzlu cam dansitesinde nodüler infiltrasyonlar ve hava hapis alanları resim 2 :10.ay kontrolünde parankimal bulgularda anlamlı regresyon

Tartışma-Sonuç: Bizim olgumuz anamnez-radyolojik bulguların HP'yi desteklediği bir olgu olsa da 2haftalık antijen kaçınma testi sonrasında klinik-fonksiyonel parametrelerinde belirgin iyileşmeyle tanısı konulan bir olgu olup steroid tedavisi ve hastanın çevresel maruziyetlerden uzaklaşma bağlamında iyi işbirliği sonrasında tam kür elde edilebilen bir olgudur. Bu olgularda taburculuk öncesi ve sonrasında hastalık hakkında bilgilendirme maruziyetten tamamen uzaklaşmanın öneminin altını çizmek istiyoruz.

Anahtar Kelimeler: Hipersensitivite, Non-Fibrotik, Pnömoni

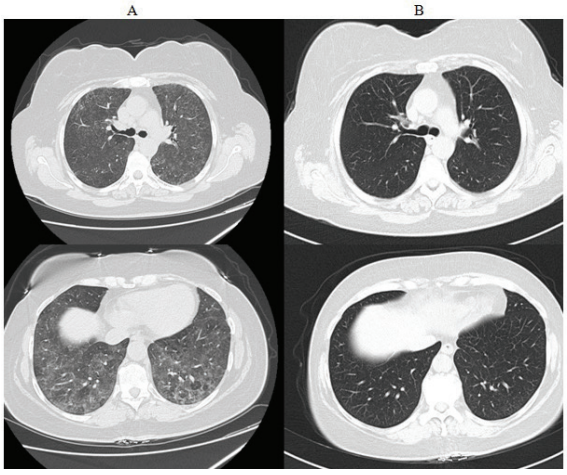
PS-055 Pandeminin Bir Etkisi; Ayırıcı Tanıda Zorluk Yaşanan Bir Hipersensitivite Pnömoni Olgusu

Selma Nur Özkiraz[1], Onur Fevzi Erer[1]

[1]İzmir SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Hipersensitivite pnömonisi, fungal, bakteriyel ve hayvansal proteinler kaynaklı organik tozların veya reaktif kimyasalların tekrarlayan inhalasyonları sonunda oluşan interstisyel akciğer hastalığı olarak tanımlanabilir.

Olgu: 54 yaş kadın hasta 2-3 aydır devam eden ve giderek artan kuru öksürük, eforla nefes darlığı, halsizlik, geceleri terleme, çarpıntı şikayeti ile başvurdu. Vital bulguları stabildi, fizik muayenede dispneik görünümde ve bilateral nadir inspiratuar raller mevcuttu. Özgeçmişinde kronik hastalığı, sigara öyküsü, tüberküloz teması yoktu. Meslek olarak büroda sekreter olarak çalışıyordu. Dış merkezde yapılan radyolojik tetkikler sonucu öncelikle miliyer tüberküloz, covid-19 pnömonisi ön tanıları düşünülerek sevk edilmişti. Anamnez derinleştirildiğinde pandemi döneminde evine monk papağanı aldığını, yaklaşık 1 yıldır ona baktığını belirtti. Laboratuar değerlerinde akut faz reaktanlarının hafif yüksekliği dışında anlamlı bulgu yoktu. Çekilen toraks BTde her iki akciğerde yaygın yer yer birleşme eğilimi gösteren sentrilobüler mikronodüller, akciğer apekslerinde fibrotik sekel değişiklikler görüldü. Covid PCR ve balgam ARB bakısı negatif olan hastaya fiberoptik bronkoskopi planlandi. Sol alt lobdan transbronsiyal aspirasyon biyopsisi yapıldı. Gönderilen biyopsi materyalinde alveoller çevresinde respiratuar epitelyum altında lenfositlerden zengin hücre infitrasyonu izlendi. Linguladan elde edilen BAL materyalinden hücre sayımı yapıldı. %35 makrofaj, %59 lenfosit, %5 nötrofil görüldü. CD4/CD8 oranı 0,2 idi. SFT restriktif paterni destekler nitelikteydi. Romatolojik markırlar negatif saptandı. Hastaya klinik, radyolojik, bronkoskopi bulgular ve temas öyküsü ile beraber hipersensitivite pnömonisi tanısı konarak 1mg/kg/gün dozunda metilprednizolon başlandı. Semptom kontrolü ile steroid dozu azaltılarak 3 ayda kesildi. Tedavi başlangıcından itibaren papağan ile maruziyeti sonlandırıldı. Üç ay sonra çekilen toraks BTde daha önce saptanan lezyonlarda belirgin regresyon izlendi. Her iki akciger apeksinde retiküler dansiteler, sağ akcigerde milimetrik nodül İzlendi. Takibe alınan hastanın 6 ay sonra yapılan kontrollerinde klinik ve radyolojik olarak stabil izlendi.



Tedavi öncesi (A) ve sonrası (B) Toraks BT görüntülemelerinden kesitler

Tartışma-Sonuç: Bu olguyu sunmaktaki amacımız; nonspesifik semptomlarla başvuran ve radyolojik görüntülemesi miliyer tüberküloz, pnömoni ile uyumlu düşünülen hastada anamnezin önemini ve ayırıcı tanıda hipersensitivite pnömonisinin yer alması gerektiğini vurgulamaktır.

Anahtar Kelimeler: Hipersensitivite, Pnömoni, İnterstisiyel, Kuş Besleyiciliği

PS-056 Mikroskopik Polianjitis ve İnterstisyel Akciğer Hastalığı Birlikteliği: İki Olguda Farklı Klinik Prezentasyon Nedeniyle

Gözde Kalbaran Kısmet[1], Oğuzhan Okutan[1], Barış Gündoğdu[2]

[1]SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]SBÜ Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Serumda ANCA pozitifliği ile birlikte olan ve küçük-orta çaplı damarları tutan vaskülitler, ANCA ilişkili vaskülitler (AİV) olarak adlandırılmaktadır. Mikroskopik Polianjitis (MPA) p-ANCA floresan paterni ve MPO özgüllüğü ile ANCA ile ilişkilidir. Klasik olarak MPA, pulmoner renal sendrom olarak tanımlanır ancak son birkaç yıl içinde İAH ile AİV, özellikle MPA arasındaki ilişki, bir dizi vaka serisi raporlarında tanımlanmıştır. Ek olarak, pulmoner fibrozis ve ANCA pozitifliği olan ancak diğer sistemik vaskülit belirtileri olmayan hastalar da bildirilmiştir. İAH'nin, MPA'nın seyrek ancak önemli bir klinik prezentasyonu olduğu kabul edilmiştir. MPA'nın bir belirtisi olarak İAH prevalansının düşük olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, başlangıçta İPF tanısı alan hastalarda ANCA-pozitif dönüşüm meydana gelir ve sonuç olarak bu hastaların bazılarında diğer sistemik vaskülit belirtileri gelişir. Çalışmaların çoğu,proteinaz-3(PR3)-ANCA-pozitif AİV'li hastalara kıyasla, MPO-ANCA-pozitif AİV'li hastalarda, İAH'nin daha sık geliştiğini göstermiştir. Radyolojik olarak en sık UIP paterni gelişmekle birlikte fibrotik NSİP, CPFE ve retikülasyon olmasına rağmen sınıflandırılamamış patern de görülmektedir. Literatüre göre İAH teşhisi, hastaların %45'inde vaskülit tanısından önce gelir, %43'ünde eşzamanlıdır ve hastaların %12'sinde de AİV tanısını takip eder. İAH varlığı, MPA'da kötü prognoz ve mortalite ile ilişkilendirilmiştir. İAH ve AİV olan hastalar için özel bir tedavi yoktur. Bu hastalarda kortikosteroidler ve/veya siklofosfamid, siklosporin kullanılabilmektedir.

Olgu: İlk olgumuz öksürük ve nefes darlığı ile başvuran İAH nedeniyle tetkik edilen 68 yaş kadın hasta idi. Toraks HRCT'de her iki akciğerde alt lob segmentlerinde daha belirgin periferik yerleşimli yaygın retikülasyonlar, traksiyon bronşektazisi ve buzlu cam dansitesinde infiltrasyonlar izlendi. Yapılan kan tetkiklerinde p-ANCA ve ANA pozitifliği saptanarak MPA teşhisi konuldu. İkinci olgumuz ise,4 yıldır İPF tanısı ile takip ve tedavi edilen 74 yaşında erkek hasta idi. Hastanın takiplerinde ANA ve p-ANCA pozitifliği gelişti. Ayrıca proteinüri de saptanan hastaya MPO teşhisi konuldu.

Tartışma-Sonuç: AİV tanısından sonra İAH gelişimi çok nadirdir, ancak takip sırasında MPO-ANCA pozitifliği ortaya çıkan bazı İPF hastalarında MPA gelişebilmektedir. Bununla birlikte, İAH ve MPO-ANCA pozitifliği olan ancak diğer sistemik vaskülit belirtileri olmayan hastaların, MPA'nın fenotipik bir varyantı olarak pulmoner sınırlı vaskülit olarak adlandırılıp adlandırılmayacağı konusunda bir fikir birliği yoktur.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Mikroskopik Polianjitis, MPO-ANCA, ANCA İlişkili Vaskülitler

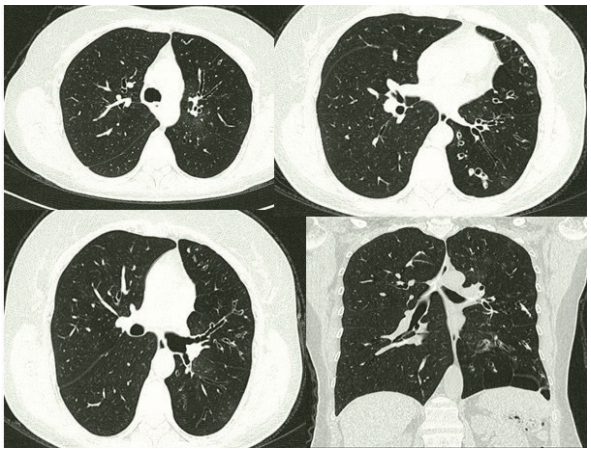
PS-057 Swyer- James-MacLeod Olgusu

Sedat Çiçek[1], Turbat Amiraslanov[1], Mehmet Paarlak[1], Hande Ekinci Adıgüzel[1], Ömer Özbudak[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Swyer- James-MacLeod sendromu veya hiperlüsen akciğer sendrumu, pulmoner vasküler sistemde azalma ve alveolar hiperdistansiyon ile seyreden nadir bir durumdur. Bronşiektazi varlığı şart değildir. Konjenital pulmoner arter hipoplazisi veya çocukluk çağı bronşiolitis obliterans tablosu sonucu oluştuğu düşünülmektedir. Tam nedeni belli olmamakla birlikte sıklıkla çocukluktaki solunum yolu enfeksiyonu (Bronşiolitis obliterans veya pnömonit) sonucu olduğu kabul edilmektedir. Bu vakamızda erişkin çağda hemoptizi semptomu ile prezente olan hastamızı sunacağız.

Olgu: 46 yaşındaki kadın hasta polikliniğe yılda3-4 defa olan minör hemoptizi şikayeti ile başvurdu. Ek yakınması yoktu. Sigara öyküsü yoktu.2yaşında pnömoni geçirme öyküsü ve mart2021 tarihinde komplikasyonsuzCOVID-19 enfeksiyon öyküsü vardı. Gümüş takı üretimiyle uğraşan hastanın içeriğini bilmediği kimyasal maruziyeti mevcuttu. Evde hayvan besleme, çevresel ek maruziyet, ek hastalık öyküsü, aile öyküsü yoktu. Vital bulguları normal aralıktaydı. Fizik muayenesinde solda daha belirgin olmak üzere her iki orta ve alt zonlarda kaba raller duyuldu. Clubbingi yoktu. Posteroanterior akciğer grafisinde sol akciğer orta ve alt zonda zayıf retikülo noduler opasiteler izlendi. Her iki akciğer parankiminde bronkovasküler işaretlerde belirginleşme mevcuttu. Bunun üzerine hastaya yüksek rezolusyonlu bilgisayarlı tomografi çekildi. YRBT'de sol akciğer linguler segment ve alt lobda volüm kaybı ve yaygın lüsensi artışı ve tübüler bronşektazik görünümler , eşlik eden yer yer peribronşial kalınlaşmalar ve mukus tıkaçları mevcuttu. Hastada immün yetmezlik ve romatolojik hastalık dışlamak adına immunglobulinler, C3, C4, romatoid faktör, Anti siklik sitrüllenmiş peptid (anti-CCP), ANA, ANCA; alfa1antitripsin eksikliği dışlamak adına Alfa 1 anti tripsin gönderildi. Tüm sonuçları normal aralıkta geldi. Solunum fonksiyon testinde FEV1 değeri 2,04 litre, %79,2; FVC değeri 2,43 litre, %80,7 saptandı. Hastaya hemoptizi etiyolojisi için bronkoskopi yapıldı, kulak burun boğaz ve gastroenteroloji muayenesi önerildi. Bronkoskopide herhangi bir kanama odağı saptanmadı. Kulak burun boğaz ve gastroenteroloji muayenelerinde de kanama odağı saptanmayan hastaya traneksamik asit reçete edildi, kanama takibi önerildi. Hastaya klinik, radyolojik bulguları ve diğer nedenlerin dışlanmasıyla swyer-James mcload sendromu tanısı koyuldu ve takibe alındı.



Toraks BT

Tartışma-Sonuç: Swyer-James-MacLeod sendromu olan çoğu hasta asemptomatikken, hastaların bir kısmı tekrarlayan pulmoner enfeksiyon tablosuyla seyretmektedir. Akciğer grafisi, BT, Teknesyum-99 akciğer sintigrafisi ile tek taraflı volüm, vaskülerite ve perfüzyon kaybı durumlarında akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Swyer, Mc-Load

PS-058 Nadir Görülen Bir Olgu Nedeniyle: LAM

Seray Abuzaina[1], Osama Abuzaina[1]

[1]Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

Giriş-Amaç: Lenfanjiyoleyomyomatozis (LAM) akciğerin nadir görülen kistik hastalığıdır. Genellikle doğurganlık çağındaki genç kadınlarda görülür. Anormal düz kas hücre proliferasyonu ile karakterizedir. Abdominal ve lenfatik anormallikler eşlik edebilir. Sporadik olabileceği gibi tüberoskleroz kompleksi (TSK) genlerinde mutasyonlarla ilişkili ortaya çıkabilir. Sporadik LAM'ın gerçek insidansı ve prevalansı bilinmemektedir. Bu sunumda nadir görülen lenjanjiyoleyomiyomatozis olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: 48 yaşında kadın hasta, kliniğimize nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Yakınması son 1 yıldır vardı ve efor ile artmaktaydı. 40 paket-yıl aktif sigara içicisiydi. Fizik muayenede patolojik bulgu saptanmadı. Aynı şikayet ile başvurduğu dış merkezde çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (Toraks BT) her iki hemitoraksta yaygın, çapları 2-10mm arasında değişen ince duvarlı hava kistleri izlendi. Lenfanjioleyomyomazis ve tuberoskleroz birlikteliği göz önüne alınarak cilt muayenesi tekrarlandı, patolojik deri lezyonu gözlenmedi. Konvulziyon, zeka geriliği, nöropsikiyatrik bozukluk tariflenmedi. Bilgisayarlı tomografide renal anjiyomiyolipom saptanmadı. Lenfositik interstisyel pnömoni ve ilişkili olabileceği Sjögren sengromu ve HIV açısından gönderilen anti-SSA/Ro ve anti-HIV testi negatif sonuçlandı. Hastaya fiberoptik bronkoskopi işlemi yapıldı, alınan bronkoalveoler lavaj (BAL) örneğinde CD4/CD8, makrofaj, lenfosit, nötrofil, eozinofil sayıları normal sınırlardaydı. Langerhans hücreli histiyositozis açısından bakılan CD1a hücreleri ise %0.03 saptandı. Malignite taraması amacı ile yapılan tetkiklerinde tiroid sağ lobunda çapı 1cm olan nodül izlendi. Tiroid nodülünden alınan ince iğne aspirayson biyopsisi benign olarak raporlandı. Tanı amaçlı yapılan torakoskopik akciğer biyopsisi sonucu lenfaniyoleyomyomatozis olarak sonuçlandı.

Tartışma-Sonuç: LAM'da şikayetler en sık akciğer tutulumu nedeniyle gelişmektedir, en sık şikâyetler halsizlik, yorgunluk, nefes darlığı, göğüs ağrısı, öksürük ve balgamdır, LAM'da sık görülen spontan pnömotoraks ve şilotoraks gibi durumlarda farklı şikayetler yaşanabilir. Pulmoner hipertansiyon, renal anjiyomiyolipomlar, lenfadenopati veya lenfanjiyoliyomiyomlar en sık görülen akciğer dışı tutulumu şekilleridir. Tipik Toraks BT bulguları varlığında akciğer dışı tutulum olması, şilotoraks olması ya da Serum vascular endothelial growth factor-D (VEGF-D) 800 pg/ml üzerinde olması halinde herhangi bir histopatolojik tanı gerekmeden tanı konulur.

Anahtar Kelimeler: LAM, Kistik Akciğer Hastalıkları, Toraks BT

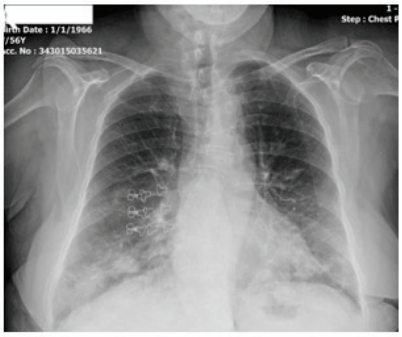
PS-059 Sertraline İlişkili NSIP Paterni

Elçin Nil Ay Temür[1], Gül Ünalan[1], Yunus Emre Kalkan[1], Barış Demirkol[1], Özal Adıyeke[2], Halide Nur Ürer[3], Ayşe Bahadır[1], Sibel Yurt[1], Ekrem Cengiz Seyhan[4], Mehmet Akif Özgül[1]

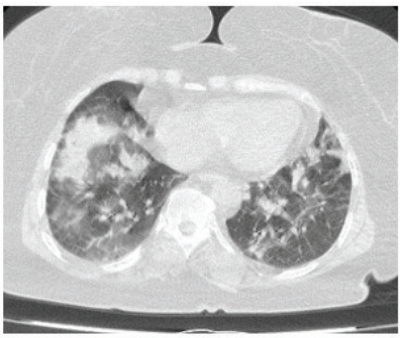
[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği
[3]İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği
[4]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: İnterstisyel Akciğer Hastalıkları (İAH) akciğeri diffüz olarak etkileyen, akciğer parankiminde değişik derecelerde inflamasyon, fibrozis ve yapısal bozulmaya neden olan, akut ya da kronik seyirli bir grup hastalıktır. İlaca bağlı İAH'larında sebep olan mekanizma net olarak aydınlatılamamış olup patogenezde ilacın neden olduğu akciğer sitotoksisitesinin, ilaca karşı gelişen immün yanıtın ve genetik yatkınlığın rolü olduğu ifade edilmektedir. İnterstisyel akciğer hastalıklarının tam insidansı bilinmiyor ise de bunların %2-3'ünün ilaçlara bağlı olduğu kabul edilmektedir. Antidepresan (Sertralin) ilaçlara bağlı nadir görülen NSIP paterni olgumuzu sunmayı amaçladık.

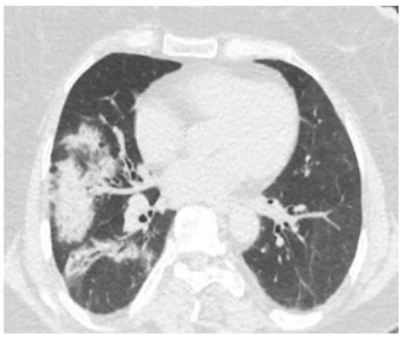
Olgu: 57 yaşında kadın hasta yaklaşık üç aydır olan eforla artan dispne, sırt ağrısı ve ateş şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Bilinen majör depresyon dışında ek hastalığı yoktu. Majör depresyon nedeniyle 8 senedir Duloksetin ve yaklaşık 7 aydır Sertraline kullandığı öğrenildi. Daha önce hiç sigara kullanmamış, mesleksel maruziyeti ve bilinen akciğer hastalığı olmayan hastanın fizik muayenesinde oda havası satürasyonu %98 olup solunum sesleri doğaldı. Üç kez pnömoni nedeniyle hastane yatışı ve antibiyotik kullanım öyküsü olan hastada klinik ve radyolojik olarak anlamlı gerileme olmadığı görüldü. Romatolojiye konsülte edilen hastada romatolojik hastalıklara bağlı akciğer hastalığı düşünülmedi. Paag'de sağda daha belirgin olmak üzere bilateral alt zonlarda opasite artışı izlendi. (Resim 1) Toraks-bt'sinde bilateral tüm zonlarda dağınık fokal alanlarda içerisinde hava bronkogramı izlenen pnömonik infiltrasyon alanları, özellikle orta ve alt alanda buzlu cam ve hava hapsi alanları izlendi. (Resim 2 ve 3) Rijid bronkoskopi ile sağ akciğer orta lob lateral segmentten kriyo-transbronşiyal biyopsi örneği ve bronkoalveolar lavaj alındı. Biyopsi histopatolojisinde nonspesifik interstisyel pnömoni yönünden bulgular izlendi. (Resim 4) Patolojik bulgular nedeniyle ilaç ilişkili NSIP açısından ilaç öyküsü sorgulanması önerildi. Sertraline tedavisi kesilerek hastaya ayaktan takip önerildi.



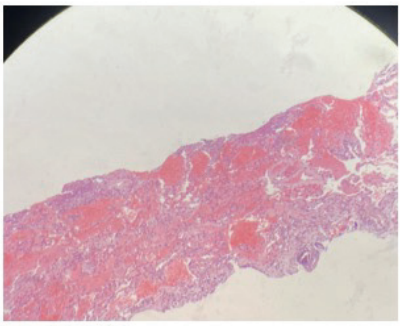
Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4

Hastanın PAAG, Toraks BT ve patoloji kesiti

Tartışma-Sonuç: Klinik ve radyolojik bulgular ilaca bağlı interstisyel akciğer hastalıklarında çoğunlukla nonspesifik olduğu için tanı aşamasında gecikme yaşanabilmekte olup detaylı anamnez ve ilaç öykülerinin sorgulanması kritik önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sertraline, Nsıp, İlaç İlişkili Akciğer Hastalıkları

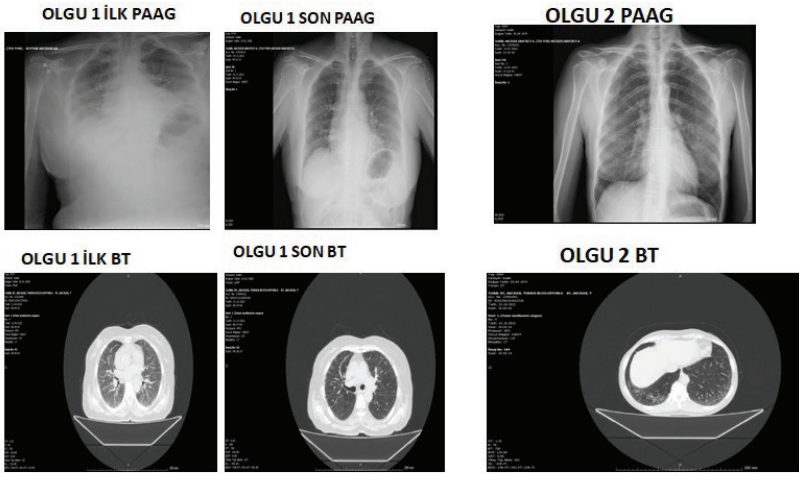
PS-060 Akciğer Biyopsisiyle Tanı Alan İdiyopatik Nonspesifik İnterstisyel Pnömoni (NSIP) Olguları

Seda Yayla[1], Fatma Demirci Üçsular[1], Gülistan Karadeniz[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: İdiyopatik interstisyel pnömoniler (İİP) diffüz parankimal akciğer hastalıklarının (DPAH) bir grubudur. Nonspesifik interstisyel pnömoni (NSIP), İİP'lerin 1/4'ünü oluşturur. Kadınlarda, sigara içmeyenlerde, 50'li yaşlarda daha sık görülür.

Olgu: OLGU 1: 72 yaş kadın hasta; 6 aydır nefes darlığı, öksürük şikayeti mevcut. Non-smoker, herhangi bir çevresel maruziyeti yok. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde her iki akciğerde yaygın retiküler patern görünümleri, buzlu cam dansitesinde opasite artımları, traksiyon bronşektazileri mevcuttu. Bronkoskopi yapıldı. Bronkoalveolar lavaj (BAL) sitolojisi benign olarak sonuçlandı. BAL yaymalarında hücre oranları; %60 alveoler makrofaj, %7 lenfosit, %30 nötrofil lökosit, %3 eozinofil, CD4/CD8 = 0,5'ti. Romatolojik bakısında herhangi bir hastalık saptanmadı. Radyolojik olarak olası usual interstisyel pnömoni (UIP) paterni olması nedeniyle hastaya kriyobiyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu; alveol septaları ve bronkovasküler demetlerde diffüz ve homojen lenfosit, nötrofil ve eozinofil lökositleri içeren enflamasyon ve fibrozis izlendi. Bulgular öncelikle NSIP'yi desteklemektedir. OLGU 2: 48 yaş kadın hasta; 3 aydır kuru öksürük şikayeti, 25 paket/yıl sigara öyküsü mevcut. 20 yıl önce 7 yıl tekstil, 3 yıl midye doldurma işçiliği yapmış. Toraks BT'sinde orta ve alt zonlarda periferik retiküler patern görünümleri, buzlu cam dansitesinde opasite artımları mevcuttu. Bronkoskopi yapıldı. BAL sonucu benign olarak raporlandı. BAL materyali bronş epitel hücreleriyle kontamine olup hücre sayımı yapılamadı. Romatolojik bakıda hastalık saptanmadı. Radyolojik olarak olası/belirsiz UIP paterni olması nedeniyle videotorakoskopi ile wedge rezeksiyon yapıldı. Patoloji sonucu; sağ akciğer üst ve alt loba ait kesitlerde intertisyel alanda fibrotik kalınlaşmalar, bronşioller çevresinde belirginleşen lenfositik hücre infiltrasyonu, alveol döşeyici epitelinde birkaç alanda bronşiolizasyon, alveol boşluklarında yaygın alveoler makrofaj birikimleri izlenmiştir. Bulgular öncelikle NSIP'le uyumludur. Her iki hasta idiyopatik NSIP olarak değerlendirildi. 0,5 mg/kg metilprednizolon başlandı. Takiplerinde klinik, radyolojik ve fonksiyonel iyileşme görüldü.



Olgu 1 ilk ve son paag, bt; Olgu 2 ilk paag, bt görüntüleri.

Tartışma-Sonuç: Sebebi bilinmeyen radyolojik olarak NSIP veya kesin UIP grubunda olmayan diğer UIP paternlerinde multidisipliner yaklaşımla patolojik tanıya gitmek gerekebilir. İİP düşünülen olgularda akciğer biyopsisiyle tanıya gitmenin, tedavi kararında ve prognozu öngörmede önemli olduğunu vurgulamak amacıyla olgularımızı sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik İnterstisyel Pnömoni, Retiküler Patern, Akciğer Biyopsisi, Buzlu Cam, Nonspesifik İnterstisyel Pnömoni

PS-061 Pruritis Nedeniyle Başvuran Hastada Kombine Pulmoner Fibrozis ve Amfizem Sendromu Tanısı Konulan Vaka: Bir Olgu Sunumu

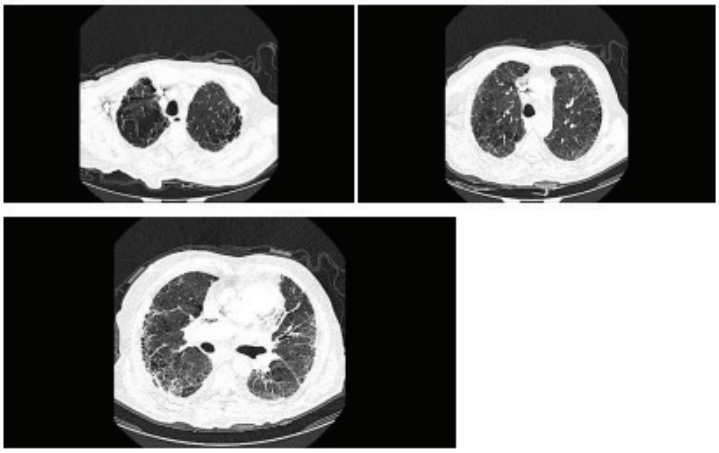
Ayshan Mammadova[1], Günel Jeyranova[1], Nilgün Yılmaz Demirci[1]

[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Kombine pulmoner fibrozis ve amfizem sendromu (KPFA) akciğerin üst loblarında amfizem ve alt loblarında fibrozis ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Bu olguların karakteristik özellikleri sigara içen, ileri yaş, erkek cinsiyette hastalarda, korunmuş akciğer volümleri ve difüzyon kapasitesinde (DLCO) azalma olmasıdır. Burada KOAH tanısı olup pruritis nedeniyle başvuran 77 yaşında erkek olgu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen KOAH, Stent, hiperlipidemi tanısı olup 50 p/yıl sigara öyküsü olan hasta bir yıldır devam eden pruritis nedeniyle dermatoloji kliniğine başvurmuştur. Hasta son iki aydır İKS+LABA+LAMA kullanmasına rağmen eforla artan nefes darlığı ve öksürük şikayetinde artma olmasından dolayı tarafımıza yönlendirilmiştir. Mesleki ve çevresel asbest maruziyeti yoktu. Fizik muayenesinde genel durum iyi, şuur açık, koopere idi. Oskültasyonda bilateral interskapuler alanda solunum sesleri azalmış, bilateral posterobazal bölgelerde ince ralleri mevcuttu. Çekilen akciğer grafisinde üst zonda havalanma artışı, orta ve alt zonlarda periferik retiküler infiltrasyon olduğu görüldü (Resim1). İnterstisyel akciğer hastalıkları etiyolojisine yönelik istenilen tetkiklerinde bağ doku markerleri negatif olarak bulundu. Yapılan solunum fonksiyon testlerinde FEV1/FVC: %65, FEV1: 2,3 L %82, DLCO: %40 bulundu. Hastaya çekilen toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide (YÇBT) her iki akciğer üst loblarda paraseptal ve sentrilobüler amfizem alanları ile her iki akciğer alt loblarda retiküler dansite artışı, bal peteği alanları izlendi (Resim2). Hastada klinik ve radiolojik olarak KPFA düşünüldü. Deri biyopsi perforan kollajenöz olarak sonuçlanan hastaya dermatoloji önerileri alınarak pirfenidon tedavisi başlandı. Uzun süreli oksijen tedavisi ve antifibrotik pirfenidon tedavisi başlanan hasta halen kontrolümüz altındadır.

Resim 1. Hastanın akciğer grafisi



Resim 2. Hastaya ait Toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi kesitleri.

Hastanın Radyoloji Görüntüleri

Tartışma-Sonuç: KPFA sendromu aşırı derecede sigara içen, egzersiz dispnesi olan ve altta yatan konnektif doku hastalığı olmayan ileri yaş erkek hastalarda görülmektedir. KPFA sendromunda öksürük ve nefes darlığı sık görülür ancak KOAH şikayetlerinden daha çok İPF semptomlarına benzer. Sigara öyküsü ile birlikte mikst tipte solunum fonksiyon testi bozukluğu olan veya akciğer hacimlerinin korunmasına rağmen şiddetli gaz değişim bozukluğu olan hastalarda KOAH ve İPF dışında sigaraya bağlı başka bir mortalite nedeni olarak KPFA tanısı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kombine Pulmoner Fibrozis ve Amfizem Sendromu, Pruritis, Bal Peteği

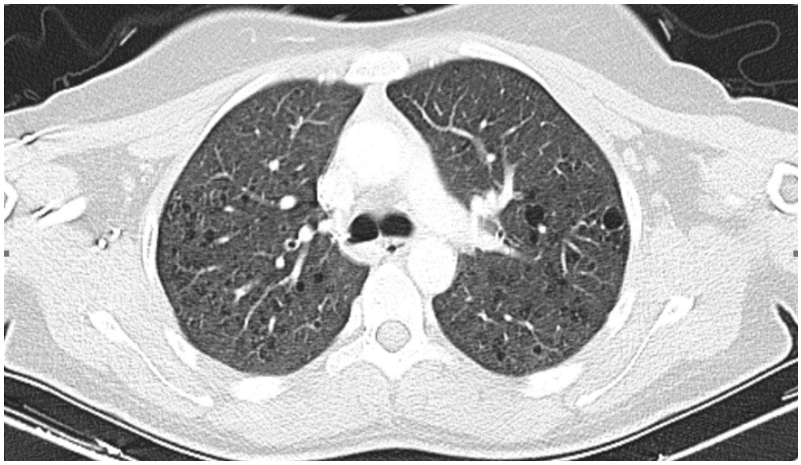
PS-062 Pulmoner Langerhans Hücreli Histiyositozis

Cansu Çoban[1], Fatma Demirci Üçsular[1], Gülistan Karadeniz[1], Enver Yalnız[1]

[1]SBÜ İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner langerhans hücreli histiyositozis (PLHH), CD1a yüzey antijeni içeren myeloid dentritik hücrelerden üretilen langerhans hücrelerinin, dokuyu infiltasyonu sonucu oluşan etyolojisi bilinmeyen interstisyel bir akciğer hastalığıdır. Langerhans hücreli histiyositozis spektrumuna ait bir hastalıktır. Daha çok genç Erkek sigara kullananlarda görülür. Retiküler, nodüler ve kistik lezyonlar daha çok üst ve orta zonlarda rastlanır. Kostafrenik açılar çoğunlukla korunur. Hiler ya da mediastinal lenfadenopati nadir görülür. Görülmesi tanıdan uzaklaştırır. En sık servikal lenfadenopati görülür. Hastalarda spontan pnömotoraks öyküsü olabilir. Kostalar dahil tüm kemiklerde tutulum olabilir. Kan tetkiklerinde ayırıcı özellikte bir bulgu bulunmaz. Tanısı için bronkoalveolar lavaj örneklerinde %5 ve daha fazla oranda CD1a pozitifliği aranır. Tedavide yaklaşım öncelikle sigaranın bırakılması, sigara dumanına maruziyetin ortadan kaldırılmasıdır. Semptomatik olmayan hastalarda spesifik tedavi verilmeksizin takip önerilir. Semptomların artması durumunda steroid tedavisi başlanabilir. Nadir görülen bir hastalık olması nedeniyle olgu sunulmuştur.

Olgu: 20 yaşında aktif smoker kadın hasta servikal lenfadenopatileri nedeniyle kulak burun boğaz polikliniği tarafından takip edilirken çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT), orta- üst zonlarda çok sayıda hava kisti görülmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Hafif nefes darlığı, öksürük, hafif göğüs ağrısı şikayetleri mevcut. Ateş, balgam, hemoptizi yok. Ek hastalığı yok, düzenli kullandığı ilaç yok. Soy geçmişinde özellik yok. Çekilen toraks BT'sinde hava kistleri dışında patoloji görülmedi (Şekil 1). Hiler ya da mediastinal lenf nodu bulunmuyor. Fizik muayenesinde özellik bulunmuyor. Başvurusunda ölçülen SpO2: 98 olarak görüldü. Yapılan solunum fonksiyon testinde FVC: 3.46 %94, FEV1: 2.57 %80, FEV1/FVC:%74, DLCO: 5.3 %57. Fiberoptik bronkoskopi yapılan hastadan alınan BAL materyaline ait yaymalarda hücresel dağılım %94 alveoler makrofaj, %4 lenfosit, %2 nötrofil şeklindedir. Uygulanan IHK boyamada S100 (+) CD1a %5 (+)'tir. Langerhans hücreli histiyositozis olarak değerlendirildi. Sigarayı bırakması önerilen hastanın 3 ay ara ile takipleri devam etmektedir.



Şekil 1. Toraks BT'de her iki akciğer parankiminde orta-üst zonlarda yaygın hava kistleri

Tartışma-Sonuç: Sonuç: PLHH, nadir görülen ve servikal LAP ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken bir hastalıktır. Tedavide sigara bırakılması çok önemli olup gereğinde steroid düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Langerhans Hücreli Histiyositoz, Kistik İnterstisyel Akciğer Hastalığı, PLHH

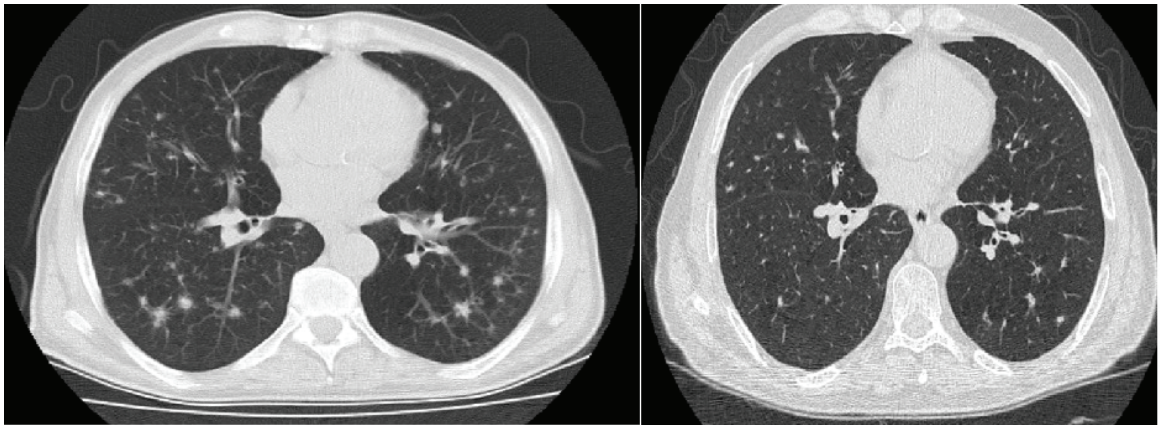
PS-063 IgG4 ilişkili Akciğer Hastalığı

Dilek Kayar[1], Edanur Köse[2], Hamza Ogun[1], Nuran Gökbulut[1], Hacı Ahmet Bİrcan[1]

[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: IgG4 ilişkili hastalık (IgG4-IH), hedef organlarda plazma hücrelerinin IgG4 ile önemli ölçüde infiltrasyonu ile karakterize bir otoimmün bozukluktur. Histolojik olarak, IgG4-IH, bir lenfoplazmasitik infiltrat, storiform fibroz, obliteratif flebit ve değişken doku eozinofilisi ile karakterizedir. Akciğer bulguları ağırlıklı olarak enflamatuvar psödotümör, interstisyel pnömoni, organize pnömoni ve lenfomatoid granülomatozis olarak ortaya çıkar.

Olgu: Sarılık, kilo kaybı şikayetleri olan özgeçmişinde KOAH, DM tanıları bulunan hasta gastroenteroloji servisine interne edildi. Batın BT'de; safra kesesi duvar kalınlık artışı, koledok çap artışı, pankreasta diffüz kalınlık artışı saptandı. ERCP yapılan hastanın periampuller biyopside; Igg4 pozitif plazma hücreleri, lenfoplazmositer infiltrasyon ve fibröz doku artışı görüldü, lgg4 ilişkili pankreatit ile uyumlu bulgular saptandı. Toraks BT'de mediasten ve hiler alanda multipl lenf nodları ve her iki akciğerde dağınık yerleşimli multipl nodüller saptanması üzerine hastaya bronkoskopi yapıldı. Sağ orta lobtan bronkoalveolar lavaj yapıldı. Sağ alt lob apikal segmentten alınan transbronşiyal biyopside interstisyel alanda fibrozis, eozinofil ve lenfositlerin izlendiği inflamatuar hücre infiltrasyonu, atipik pnömosit hiperplazi görüldü. Nonspesifik interstisyel inflamasyon ile uyumlu bulgular saptandı. Serum ACE düzeyi yüksek, BAL'da; nötrofil artışı ve Igg4 seviyesi yüksek saptandı. 4 ay sonra kontrol HRCT nodüller ve lenfadenopatilerde regresyon izlendi.



Resim 1. Tanı anı ve tedavi sonrası.

Tartışma-Sonuç: IgG4- IAH başlıca dört klinik pulmoner sendromdan oluşmaktadır: Enflamatuvar akciğer psödotümörü, merkezi hava yolu hastalığı, interstisyel pnömoni ve plörit. Akciğerdeki karakteristik radyolojik bulgular arasında nodüller, buzlu cam opasiteleri, alveolar ve interstisyel hastalık ve bronkovasküler demet kalınlaşması bulunur. Olgumuzun doku biyopsisinde IgG4/IgG oranı tam olarak tanı kriterlerini karşılamasa da diğer kriterlerin olması ve dışlama kriterlerinin olmaması sebebi ile muhtemel IgG4-IH tanısı konuldu.Korkikosteroid tedavisi başlandı ve kontrol görüntülemesinde regresyon izlendi.

Anahtar Kelimeler: IgG4 İlişkili Akciğer Hastalığı, IgG4 İlişkili Pankreatit

PS-064 Adalimumaba Bağlı İnterstisyel Akciğer Hastalığı

Ayşenur Atila[1], Talat Kılıç[1]

[1]İnönü Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Adalimumab ınflamatuar bağırsak hastalığında (IBH) kullanılan tümör nekroz faktörü-alfa'ya yönelik rekombinant monoklonal antikordur. Biyolojik ajanların birçok yan etkisi mevcuttur. Biz çok sık görülmemesi nedeniyle adalimumab kullanımına bağlı akciğer tutulumu geliştiğini düşündüğümüz olguyu sunmayı uygun bulduk.

Olgu: 49 Yaş erkek olgu Ekim 2022 tarihinde öksürük, nefes darlığı ile acil servise başvurdu. Şikayetleri: 3 gündür olan öksürük ve nefes darlığı idi. Ülseratif kolit ile gastroenteroloji dalı tarafından takip edilmekteydi. Başvuru vitalleri normal sınırlarda olup oskültasyonda bilateral bazallerde daha yoğun olmak üzere ral işitildi. Acil serviste iken çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) (şekil 1-2-3) her iki üst lobtan bazallere kadar yaygın buzlu cam ve üst loblarda periferik bal köpüğü görünümü mevcut idi. Hasta 09.08.2021 tarihinden beri adalimumab kullandığı için mevcut radyolojik görüntülemesi, klinik bulgular ve anamnez beraber değerlendirildiğinde ilaca bağlı interstistel akciğer hastalığı düşünülerek göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Hastaya serviste piperasilin /tazobaktam ve 40mg metil prednisolon tedavileri başlandı. Adalimumab tedavisi kullanmadan önceki radyolojik görüntüleri (şekil 4) incelendiğinde herhangi bir patoloji görülmedi. Yatışının 2.günü bronkoskopi yapıldı. Endobronşial lezyona ,kanama odağına rastlanılmadı. Sağ lobdan bronkoalveolar lavaj ve tranbronşial biyopsi alındı. Bu tetkik sonuçları: WBC 10.51 10^3/uL , HGB 0.30 g/dL , LY# 2.570 10^3/uL, EO# 0.01 10^3/uL , NE# 7.76 10^3/uL , flow: CD 3: 97,9 , CD 4: 22,5 , CD 8: 73,7 , CD 45:100, Tüberküloz kültür :negatif idi. Hastanın yatış süre zarfında romatoloji bilimdalı tarafından incelendi, bağdoku hastalıkları ekarte edildi. Yatış süresince 4 günde 1 doz azaltılarak metilprednisolon verildi. Hasta yatışının 15.gününde çekilen akciğer grafisinde (şekil 6) ve 12. Ay kontrol toraks bt(şekil 7-8-9)sinde infiltrasyonun bariz regrese olduğu görüldü.

Resimlerin genel görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Olgu 2020 yılında 6 ay meselazin, 2021 yılında 3 ay azatiopurin kullanmış. Ağustos 2021 yılından beri adalimumab kullanıyormuş. Meselazin ve azatiopurin kullanırken solunumsal şikayeti olmamış, akciğer görüntülemesinde anormallik saptanmamış. Adalimumab kullanımına bağlı akciğer tutulumu nadir olsa da interstisyel pnömoni tespit edilen ve açıklayacak bir nedenin bulunamadığı immunsuprese olgularda ilaçlar sorgulanırken akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel Pnömoni, Adalimumab, İlaç Akciğeri

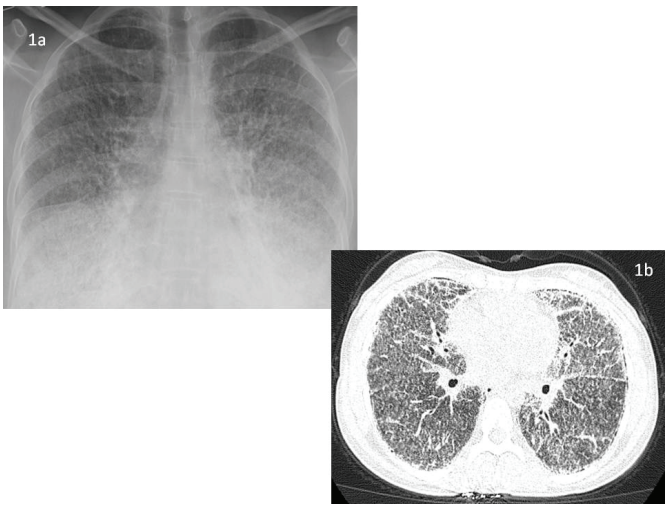
PS-065 Pulmoner Alveolar Mikrolityazis Olgusu

Sevda Aras[1], Fatma Demirci Üçsular[1], Gülistan Karadeniz[1], Enver Yalnız[1]

[1]SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner alveolar mikrolityazis (PAM) etiyolojisi tam olarak bilinmeyen otozomal resesif geçişli olabileceği düşünülen, alveol boşluklarında kalsiyum fosfat kristallerinin birikimiyle karakterize nadir bir akciğer hastalığıdır. Akciğer grafisinde görülen bilateral, özellikle bazallerde diffüz-simetrik mikronodüler kalsifikasyonlar ''kum fırtınası'' olarak adlandırılır. YÇBT'de intertisyel akciğer hastalıklarına benzer mikronodüller, parankimal bantlar, buzlu cam opasiteleri interlobüler septal kalınlaşmalar, plevral kalsifikasyon, bronşektazi, paraseptal ve sentrilobüler amfizem görülebilir. Herhangi bir yaşta tanı konabilmekle birlikte olguların çoğu 40'lı yaşlara kadar asemptomatik olabilmektedir.

Olgu: 3 ay öncesine kadar ara ara olan nefes darlığı dışında aktif pulmoner yakınması olmayan, covid pnomonisi sonrası nefes darlığında artış olan, bilinen ek hastalığı ve sigara kullanım öyküsü olmayan hasta işyerinde yapılan taramada akciğer grafisindeki kum fırtınası benzeri görüntü nedeniyle tarafımıza yönlendirildi (Resim1a). 23 yıl Diyarbakır'da yaşayan, 10 yıl elektronik fabrikasında, son 5 yıldır şarap fabrikasında çalışan, 2017 yılından beri kuş besleyen hastanın aile öyküsü bulunmamakta idi. 2016'da dış merkezde transbronşial biyopsi, bronkoalveolar lavaj yapılıp sonuçları nonspesifik olan hastanın romatolojik markerları negatif saptanmış. Sonrasında takipsiz kalan hastanın başvurusunda çekilen YÇBT 'de bilateral plevral kalsifik plaklar, her iki akciğerde yaygın retiküler patern görünümleri, buzlu cam dansitesinde opasite artımları, interintralobüler septal kalınlaşmalar, dağınık yerleşimli subsantrimetrik nodüller izlendi (resim 1b). Solunum fonksiyon testi FEV1 : 2,54 L (%86),FVC :2,83(%83),FEV1/FVC:%109 idi. Bronkoskopik biyopsi materyalinin seri kesitlerinde calcosferit içeren akciğer alveoler parankimi izlendi. Pulmoner alveolar mikrolityazis tanısı alan hasta tedavisiz takip edilmektedir. 6.ay kontrolleri stabildir.



Resim 1a, 1b. Paag'de kum fırtınası görüntüsü ve toraks BT bulguları

Tartışma-Sonuç: Genellikle klinik bulgular eşliğinde karakteristik radyolojik bulguların varlığı PAM tanısı için yeterlidir. Ancak patolojik tanı bronkoskopik transbronşiyal biyopsi, bronkoalveolar lavaj veya açık akciğer biyopsisi ile intraalveolar yuvarlak kalsifik yapılar ve PAS (+) depositlerin görülmesi ile konur. Hastalığın ayırıcı tanısında özellikle miliyer tüberküloz, sarkoidoz, pnömokonyozlar ve pulmoner hemosiderozis gibi benzer radyolojik görünümlere sahip hastalıklara dikkat edilmelidir. PAM'de spesifik bir tedavi yoktur. Sistemik steroid, tekrarlayan bronkoalveolar lavaj gibi palyatif tedaviler etkisizdir. Son dönem hastalarda akciğer transplantasyonu tedavi seçeneği olarak uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Alveolar Mikrolityazis, Otozomal Resesif, Kum Fırtınası

PS-066 Prasugrele Bağlı Alveoler Hemoraji

Merda Erdemir Işık[1], Özhan Merzuk Uçkun[1], Duygu Zorlu[1]

[1]Medicana İzmir International Hastanesi

Giriş-Amaç: Diffüz Alveoler Hemoraji (DAH),pulmoner mikro-sirkülasyondan kaynaklanan alveol içerisine eritrosit birikmesidir. Etiyolojisinde immün ve non-immün nedenler sorumludur. Hemoptizi ve nefes darlığı en sık karşılaşılan klinik semptomlardır. Akciğer grafisinde bilateral buzlu cam opasiteleri izlenir. Tam kan, böbrek fonksiyon testleri ve immünolojik belirteçler tanı koymada yardımcı laboratuvar testleridir. Bu raporda non-immun olarak Prasugrele sekonder DAH olgusu sunuldu.

Olgu: 43 yaşında erkek hasta iki gündür kan kusma şikayeti olması üzerine acil servise başvurdu. Öz geçmişinde 14 gün önce serebral anevrizma nedeniyle coil embolizasyon ve stent uygulaması olan hasta, işlem sonrası prasugrel kullanmaya başlamıştı. Sigara, alkol kullanımı ve tüberküloz öyküsü yoktu. Çekilen pulmoner bt anjiografide pulmoner emboli izlenmemiş, sağ akciğer orta lobunda ve solda lingulada yaygın olmak üzere bilateral yaygın sentrlobuler düşük dansiteli, yer yer buzlu cam dansitesinde noduller ve infiltrasyonlar izlendi. Hastada DAH düşünülerek kliniğimize yatırıldı. Vitalleri stabildi. Fizik muayenesinde oskültasyonda patolojik ses duyulmadı. Pretibial ödem yok. Enfeksiyon parametreleri normaldi. D-dimer 295 ng/ml, INR 0,97, protrombin zamanı 12,9 sn gözlendi. Hastada pnömoni düşündürür klinik bulgu yoktu. Ağızdan ve burundan kan gelmesi nedeni ile yapılan kulak burun boğaz muayenesinde nazal endoskopide her iki nazal kavitede kanama odakları saptandı, belirgin kanama odağı izlenmedi. Gastroenteroloji muayenesinde gastrointestinal kanama düşünülmedi. DAH ön tanısıyla prasugrel stoplandı, K vitamini ve transamin başlandı. Kollajen doku paneli çalışıldı. Negatif sonuçlandı. İdrarda eritrosit silendiri görülmedi. Hastada vaskülit düşündürecek bulgu saptanmadı. Takipte hastada klinik laboratuar ve radyolojik olarak progresyon saptandı (Resim 1). Hastanın laboratuvarında bakılan hemoglobin değeri 13,6'dan 10,4g/dl'e düşmüştü. Hastaya trombosit infüzyonu uygulandı. Takibinde şikayetleri azalan, hemoglobin değeri düşmeyen hastaya klopidogrel başlanıp, poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Resim 1. Laboratuvar Bulguları

WBC	6,23	10(3) µL
Hb	13,6	g/dL
PLT	309	10(3) µL
CRP	0,88	mg/dL
Kreatinin	0,60	mg/dL
PTZ	12,9	sn
INR	0,97	
D dimer	295	ng/mL
C-ANCA	Negatif	
P-ANCA	Negatif	
ANA	Negatif	
Anti ds DNA	Negatif	

Başvuru Laboratuvar Bulguları

Tartışma-Sonuç: DAH etiyolojisindeki non-immün sebeplerle ortaya çıkan olguların tedavisinde nedene yönelik tedaviye (ilaç kullanımı, koagulasyon bozukluğunun düzeltilmesi) ek olarak kanamayı durdurmaya yönelik destek tedaviler (trombosit transfüzyonu, K vitamini) de uygulanabilir. Prasugrel kullanımının non-immün nedenler arasında olabileceği düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Prasugrel, Diffüz Alveoler Hemoraji

PS-067 Malignite Tetkik Açısından Değerlendirilen Sarkoidoz Vakası

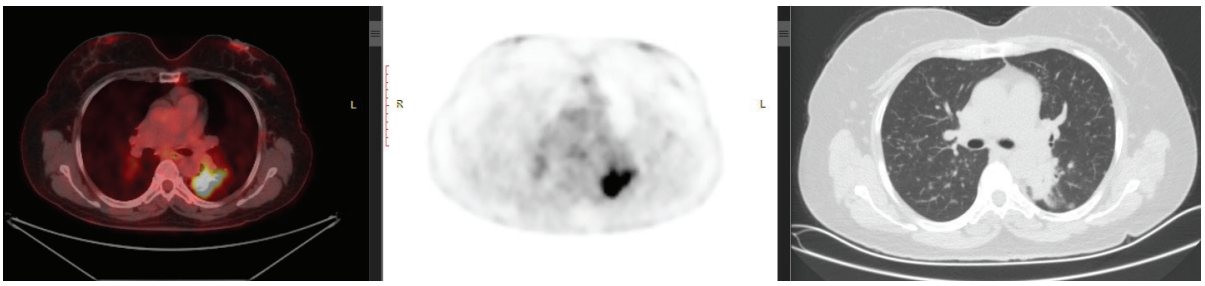
Merve Bayrak[1], Zehra Dilek Kanmaz[1], Esin Yentürk[1], Tuğba Mandal[1], Amine Söylemez[1], Ömer Kağan Gül[1]

[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Sarkoidoz, etyolojisi bilinmeyen, birden fazla sistemi tutan, granülomatöz bir hastalıktır. Akciğer sarkoidozunun klinik ve radyolojik özellikleri birçok hastalığı taklit edebilir. Histopatolojik olarak kazeifikasyon nekrozu içermeyen granülomlar ve benzer tabloyu yapabilecek diğer nedenlerin dışlanması ile tanı konulur. Biz de ayırıcı tanıların ekartasyonun zor olduğu vakamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Olgumuz 47 yaşında kadın hasta. 2 sene önce öksürük nefes darlığı şikayeti ile başvurmuş. Toraks BT(Bilgisayarlı Tomografi)de sol akciğer alt lob superior segmentte santral yerleşimli 22x30mm boyutlarında kitle nedeniyle malignite açısından tetkik edildi. Çekilen PET-BT'de Sol akciğer alt lob superior segmentte santral yerleşimli 22x30mm boyutlarında nodüler formda yumuşak doku dansiteli lezyonda yoğun, sol akciğer üst lob santral alanda izlenen buzlu cam dansiteli nodüler infiltrasyon alanında orta-yoğun, sol akciğerde dağınık yerleşimli subsantimetrik boyutlu çok sayıda nodülde minimal, sağ akciğerde büyüğü üst lobda santral yerleşimli 13mm boyutlu nodülde minimal ve alt lobda posterobazal segmentteki 15mm boyutlu nodüler lezyonda orta düzeyde, her iki supraklavikuler alanda büyüğü sağda 2x1.5cm boyutlu lenf nodunda yoğun FDG tutulumu izlendi. Hastanın sol akciğer alt lobtaki kitlesine TTİA (Transtorasik iğne aspirasyonu) yapıldı, sağ supraklavikuler lenf nodu örneklendi ve bronkoskopi ile sol alt lob superior ve üst lobtan alınan lavaj alındı ve patoloji sonuçlarında tümoral hücre izlenmedi. Bu süreçte alınan balgam örneklerinde ARB ve tüberküloz kültürleri negatif olarak sonuçlandı. Cerrahi biyopsi ile alınan patoloji örneğinde kronik granülomatöz iltihap(nekroz) olarak raporlanması üzerine hastaya antitüberküloz tedavi başlandı. Hastanın tüberküloz tedavisine yanıtı olmaması üzerine sarkoidoz ön tanısı ile 24 saatlik idrarda kalsiyum ve serum ACE düzeyleri istendi. Kalsiyum düzeyi normal olan hastanın ACE düzeyi yüksek olması üzerine hasta sarkoidoz kabul edilerek steroid tedavisine başlandı. Tedavi ile hastanın kliniğinde ve radyolojisinde regresyon izlenmesi üzerine sarkoidoz olarak kabul edildi.

PET-BT VE TORAKS BT



Sarkoidoz tanılı hastanın malignite açısından şüphelendiren radyolojik görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Hastanın başvurusundaki görüntülemelerin tipik sarkoidoz tutulumu ile uyumlu olmaması ve malignite şüpheli kitle formunda olması, FDG tutulumunun yüksek olması, Cerrahi biyopsi sonucunun nekrotizan granülamatöz iltihap olması nedeniyle diğer ayırıcı tanıların yapılması sarkoidoz tanısını geciktirmiştir. Bu sebeple hastanın takibi tanı açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, Malignite, Tüberküloz

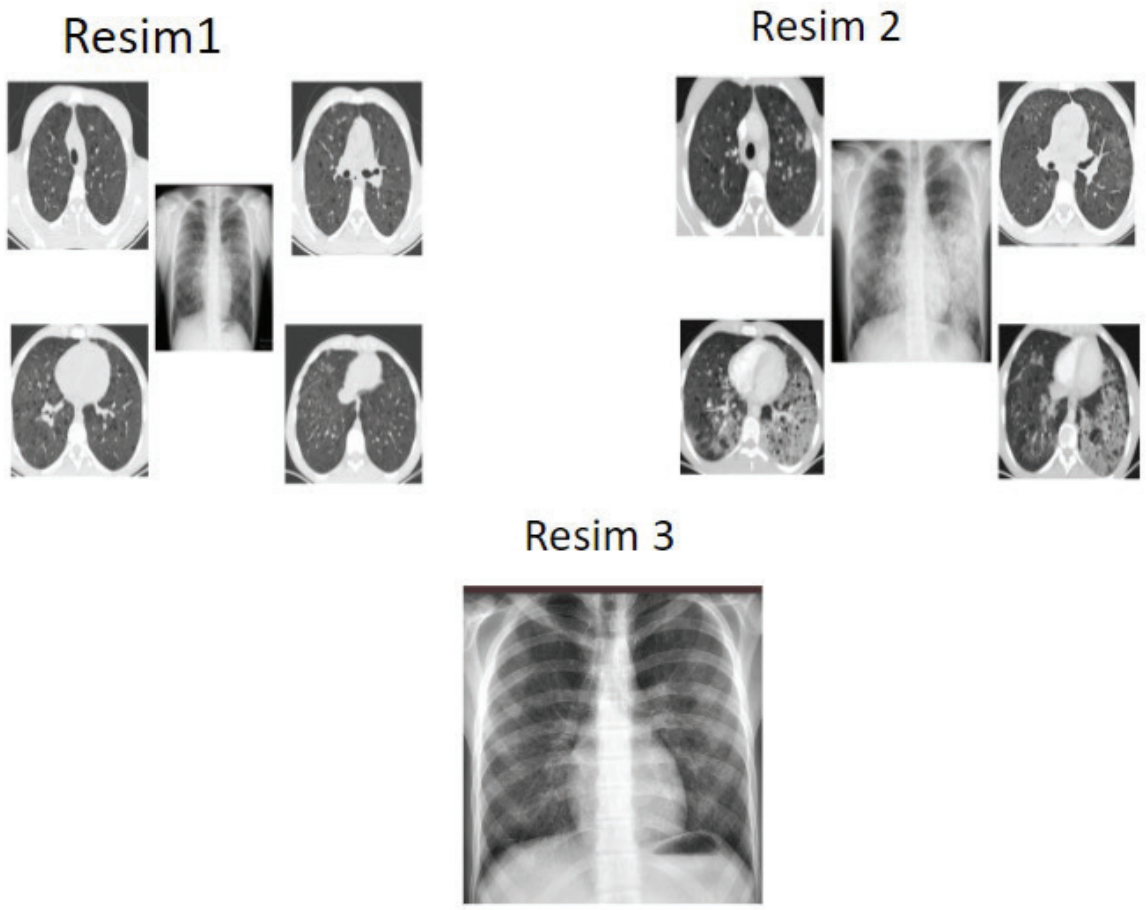
PS-068 Kronik Hipersensitivite Pnömonisine Eşlik Eden Alveolar Hemoraji Olgusu

Amine Söylemez[1], Zehra Dilek Kanmaz[1], Esin Yentürk[1], Tuğba Mandal Zirek[1], Merve Bayrak[1], Ömer Kağan Gül[1]

[1]SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Hipersensitivite pnömonisi (HP), duyarlaşmış kişilerde başta organik antijenler olmak üzere çok sayıda değişik antijenlerin tekrarlayan inhalasyonu sonucu meydana gelen kompleks bir sendromdur. Alveoler hemorajik sendromlar (AHS), alveoler septalardaki harabiyete bağlı, alveoler boşluklar içine oluşan yaygın kanama sonucu dispne, hemoptizi, anemi ve akciğer grafisinde bilateral alveoler konsolidasyonlara yol açan bir grup heterojen hastalıktır. AHS nedenleri arasında sıklıkla Good Pasture sendromu, pulmoner vaskülitler, konnektif doku hastalıkları ve idiopatik pulmoner hemosiderozis yer almaktadır. HP ve alveolar hemoraji birlikteliğinin nadirde olsa olabileceğine dikkat çekmek amacıyla bu olgumuzu hazırladık.

Olgu: Olgumuz 17 yaş erkek hasta, bilinen HP tanısı(12 yaşında, video assisted thoracoscopic surgery (VATS) ile histopatolojik tanı) mevcut. İlaçsız takip edilen hastamız kreşe hemoptizi, nefes darlığı, öksürük şikayetleri ile acil servisimize başvurdu. Oda havası oksijen satürasyonu 93, fizik muayenede taşipneik, taşikardik, oskültasyon ile bilateral orta-alt zonlarda ralleri mevcut idi. Hastanın posteroranterior akciğer (PA) grafisinde ve toraks bilgisayarlı tomografisinde(Resim 2) 5 ay önceki radyolojisine (Resim 1) göre progresyon gösteren, bilateral ,sol akciğerde daha yaygın buzlu cam alanları mevcuttu. Laboratuvar bulgularında anemi, akut faz reaktanlarında artış mevcuttu, hematürisi yoktu. Göğüs hastalıkları servisine yatışı yapıldı. Pulse steroid (metilprednizolon 250 mg /gün) başlandı,3 gün pulse steroid sonrası steroid tedavisi azaltılarak devam edildi. Yatışının 3. gününde fleksible bronkoskopi yapıldı, aktif kanama veya endobronşial lezyon izlenmedi, bronkoalveolar lavaj (BAL) alındı(alınan yıkama sıvısı pembe renkli idi).BAL hücre sayımında %68 makrofaj,%22 lenfosit,%9 polimorf nüveli lökosit izlendi. Alveolar hemorajiye neden olabilecek vaskülit veya konnektif doku hastalıklarının ayırıcı tanısını yapabilmek açısından bakılan romatolojik faktörler negatif saptandı. Hastanın BAL sitolojisi ve eski patoloji preparatları hastanemiz patoloji uzmanınca yeniden incelenerek olgunun hipersensitivite pnömonisi ve eşlik eden alveolar hemoraji olduğu kararlaştırıldı. Yatışının 10. gününde klinik şikayetleri gerilemiş, oda havası oksijen satürasyonu 96 ,laboratuvar bulgularında anemisi düzelen ,akut faz reaktanları gerileyen ve PA grafide (Resim 3) buzlu cam alanlarında belirgin regresyonu olan hasta ayaktan steroid tedavisi azaltılarak devam edilmesi planlanarak taburcu edildi.



Radyolojik görüntülemeler

Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak olgumuzda HP ve alveolar hemoraji birlikteliğinin görülebileceği ve alveolar hemoraji tedavisinde pulse steroidin etkin bir tedavi yöntemi olduğuna dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Alveolar Hemoraji, Hipersensitivite Pnömonisi, Steroid Tedavisi

PS-069 Kemoterapötik Ajanlara Bağlı Akciğer Toksisitesi: 2 Olgu Nedeniyle

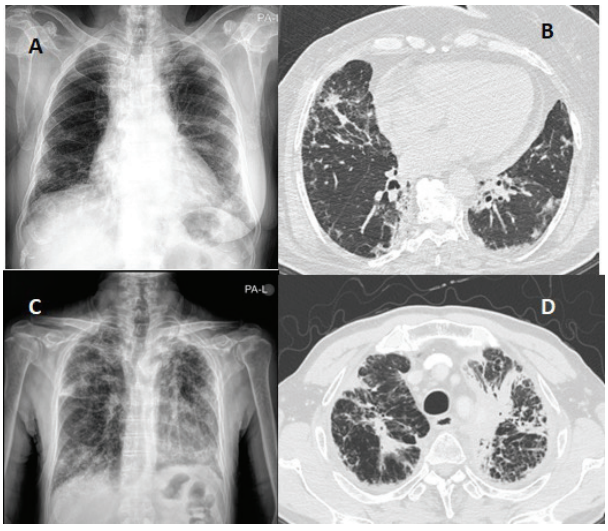
Yunus Ataş[1], Hasibe Çiğdem Erten[1], Emir Keskin[1], Nesrin Kıral[1], Sevda Cömert[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: İlaç ilişkili akciğer toksisitesi en sık interstisyel pnömoni/fibrozis şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Hastaların tipik radyolojik görüntülemeleri akciğer grafisinde diffüz interstisyel infiltrasyon patterni şeklindedir. Kemoterapötik ajanların kullanımı olguların %5-10'unda ilaca bağlı akciğer toksisitesine sebep olmaktadır. Burada meme kanseri nedeniyle palbosiklib ve akciğer kanseri nedeniyle nivolumab tedavisi altında gelişen iki interstisyel pnömoni olgusu sunulmuştur.

Olgu: Olgu 1: 68 yaşında kadın hasta bir aydır süren ateş, sırt yanması ve öksürük şikayetleriyle başvurdu. Hastanın meme kanseri nedeniyle sağ mastektomi, radyoterapi ve 1 yıldır palbosiklib kullanımı öyküsü mevcuttu. Solunum sistemi muayenesinde sağ akciğer orta-alt zonda ve sol akciğer bazalde inspiratuar raller duyuldu. Oksijen satürasyonu oda havasında %93'idi. Akciğer grafisinde bilateral alt zonda retiküler opasite artışı izlendi (Resim 1A). Bilgisayarlı tomografide interstisyel paternde dansite artışı mevcuttu (Resim 1B).Hasta 6 dakika yürüme testinde 403 m yürüdü. Solunum fonksiyon testi normal, DLCO :%68, DLCO/VA:101 olarak saptandı. Hastaya 0.5mg/kg metil prednisolon tedavisi başlandı. Tedaviye klinik, radyolojik ve fonksiyonel yanıt alındı.

Olgu 2: 58 yaşında erkek hasta 3 aydır olan nefes darlığı ve kuru öksürük şikayeti ile başvurdu. Hastanın 80 paket-yıl sigara kullanımı, hipertansiyon hastalığı ve akciğer adenokarsinom tanısı ile 3 aydır nivolumab tedavi öyküsü mevcuttu. Hemogram ve biyokimya testleri normaldi. Fizik muayenede TA: 130/80 mmHg, DSS:22/dk, SpO2: %92 (5lt/dk nazal oksijen altında), sağ hemitoraks midaksillar hatta ve alt zonda ral mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral yaygın retiküler opasite artışı izlendi (Resim 1C). Bilgisayarlı tomografide bilateral plevral kalınlaşmalar ve interstisyel fibrozis mevcuttu (Resim 1D). FVC 3.08 L %76, FEV1 2.23 L %69, FEV1/FVC: %68.58, DLCO: %60, DLCO/VA:%58 olarak görüldü. Hastaya 1mg/kg metil prednisolon tedavisi başlandı. Tedaviye klinik, radyolojik ve fonksiyonel yanıt alındı.



Resim 1. Olgu 1 ve 2'nin akciğer grafisi ile BT görüntüleri

Tartışma-Sonuç: İlaç ilişkili akciğer toksisitesinde tanı için henüz kesin bir kriter belirlenmemiştir. Sık görülen kuru öksürük, dispne, kilo kaybı, ateş yakınmaları ve hastanın ilgili ilaçların maruziyetiyle, uygun anamnez zemininde, hekimlerce tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapötik Ajanlar, Akciğer Toksisitesi, İnterstisyel Pnömoni

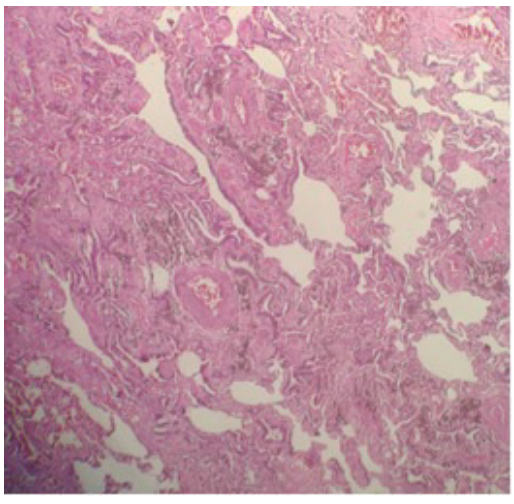
PS-070 Postcovid-19 VATS Biyopsi Sonucu Postmortem Bulgularla ile Uyumlu Olan Hasta: Vaka Sunumu

Esma Zenbilli[1], Kerem Ensarioğlu[1], Tuğçe Şahin Özdemirel[1], Berna Akıncı Özyürek[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Covid-19 enfeksiyonunun yapılan araştırmalarda hastalığın sadece bir pulmoner epitel hastalığı olmadığı anlaşılmıştır. Otopsi incelemeleri ile özellikle kötü klinik gidişli hastalarda endotelit ile seyreden trombüslerin yaygın olarak izlendiği çoklu organ tutulumu olan bir hastalık haline dönüştüğü belirlenmiştir. Otopsi serilerinde en sık görülen bulgular pulmoner ödem, yamalı infiltrasyonlar, fokal interstisyel kalınlaşma ve fibrozis ile daha az oranda ise konsolidasyon odaklarıdır. Bu olgu sunumunda postcovid VATS biyopsi sonucunda interstisyel fibrozis olarak değerlendirilen hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli yedi yaşında tanılı kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan erkek hasta öksürük, üşüme ve terleme şikayetleriyle acile başvurdu. Covid-19 RT-PCR pozitif olan hasta, şikayetlerinin artması üzerine klinik durumda bozulma ile yoğun bakım ünitesine alınmış ve takibinde serviste tedavisi düzenlenen hastaya radyolojik olarak Covid-19 sonrası organize pnömoni tanısıyla 3 ay steroid tedavisi verilmiştir. Hastanın 9. ay kontrolünde klinik ve radyolojik olarak progresyonu olması ve solunumsal şikayetlerinde artma olması nedeniyle çekilen yüksek çözünürlüklü akciğer tomografisinde (YÇBT) bilateral orta alt zonlarda interstisyel patternde belirginleşmeler, buzlu cam alanlarında artış ve yer yer bronşektazik değişiklikler saptanmıştır. Hastanın önceki YÇBT bulguları ile karşılaştırıldığında lezyonları progresyon olarak değerlendirildi. Enfeksiyon parametreleri normal olan ve bağ doku belirteçleri negatif saptanan hasta, hastanemiz interstisyel hastalıklar konseyinde değerlendirildi ve olası diğer etiyolojiler açısından VATS biyopsi yapılması planlanıldı. Patoloji bulgusu perivasküler, peribronşiyal ve interstisyel alanlarda fibröz bağ doku artımı, fokal Tip2 pnömosit hiperplazisi ve peribronşiyal metaplazi alanları olarak raporlandı. Hastanın patoloji bulgusu postcovid otopsi bulgularıyla (fibrozis) uyumlu olarak görüldü ve hastaya konsey kararı ile antifibrotik tedavi başlandı. Tedavinin 1. Yılında olan hasta klinik ve radyolojik olarak stabil izlem altındadır.



Patoloji Preparatı

Tartışma-Sonuç: Postcovid fibrozis ile ilgili net sonuçlar olmasa da antifibrotik tedavinin yararlı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. progresyonla seyreden, genç yaşta olan hastamız antifibrotik tedavi ile klinik-radyolojik olarak stabil seyretmektedir. Net sonuçlara ulaşmak için geniş hasta sayıları ile yapılan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Otopsi, İnterstisyel Akciğer Hastalığı

PS-071 Antifibrotik Tedavi Verilen Otoimmün İlişkili İnterstisyel Pnömoni Olgusu

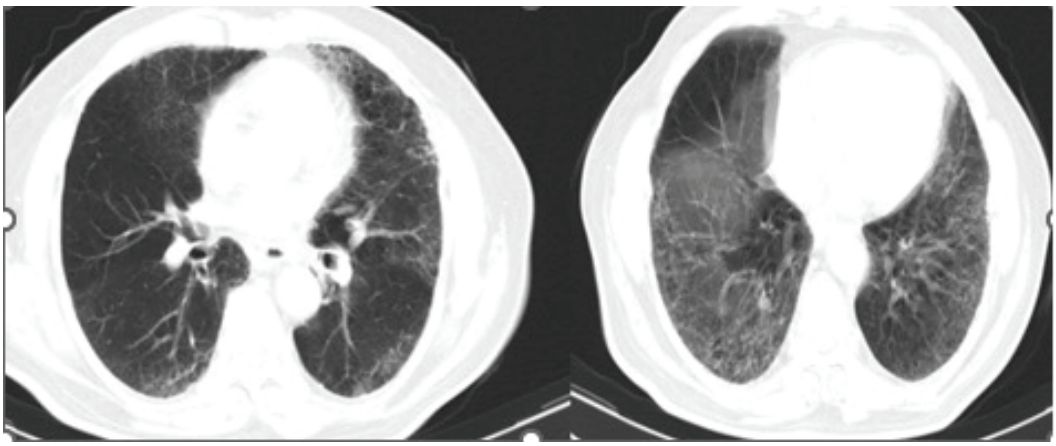
Esma Zenbilli[1], Tuğçe Şahin Özdemirel[1], Kerem Ensarioğlu[1], Berna Akıncı Özyürek[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Otoimmun ilişkili interstisyel pnömoni (İPAF) birçok farklı sistem tutulumu ile kendisini gösterebilen ve çoğunlukla non-spesifik interstisyel pnömoni paterni ile görülen, 2015 yılında European Respiratory Society (ERS) ve American Thoracic Society (ATS) tarafından sınıflandırılan nadir bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Bağ doku hastalığının dışlanması ile tanı alırlar ve tedavide immunsupresyon ve glukokortikoid kullanımını destekleyen çalışmalar mevcuttur. Antifibrotik tedavi verilen İPAF tanılı olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Altmış sekiz yaşında, 5 yıldır kronik obstruktif akciğer hastalığı, tip 2 diyabetes mellitus ve gut tanıları ile takipli erkek hasta, rutin takiplerinde efor kapasitesinde azalma ve öksürük ile polikliniğe başvurdu. Fizik muayenesinde oda havasında desatüre olduğu ve bilateral alt zonlarda ralleri olduğu saptandı. Yüksek çözünürlüklü akciğer tomografisinde (YÇBT) üst zonlarda amfizem ve alt zonlarda retiküler patern, bal peteği, traksiyon bronşektazisi saptandı. Bağ doku belirteçlerinden Scl-70 değerinin pozitif olması nedeniyle Romatoloji bölümü tarafından değerlendirilerek tanımlanmamış bağ doku hastalığına bağlı interstisyel akciğer hastalığı (İPAF) tanısı konuldu. Azatiopürin ve glukokortikoid tedavisi başlandı. 5 yıldır stabil seyreden hasta 2 kez COVID-19 geçirmesi sonrasında artan dispne ile tekrar polikliniğe başvurdu. YÇBT'de fibrotik bulgularda belirgin progresyon izlendi ve hastanemiz interstisyel akciğer hastalıkları konseyinde değerlendirilerek antifibrotik tedavi (nintedanib 150 mg) başlanması kararı alındı. Tedavi altında iken genel durumda bozulma ile dış merkeze başvuran hastanın akut koroner sendroma bağlı olarak exitus olduğu öğrenildi.

Kabul Akciğer Tomografisi



Tartışma-Sonuç: İPAF, İPF'ye göre daha iyi bir prognoza sahip olmakla beraber, ekstrapulmoner organ tutulumun sık görüldüğü bir hastalıktır. Özellikle kardiyak hastalıklara bağlı komorbiditeler sık görülür. Komorbid hastalıkları mortaliteyi olumsuz yönde etkiler. Tedavinin temeli immunsupresyon oluşturmakla beraber, antifibrotik tedavi konusu tartışmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Otoimmun İlişkili İnterstisyel Pnömoni, Pulmoner Hipertansiyon, Pulmoner Fibrosis

Poster Bildiri Oturumu 4: Pulmoner Vasküler Hastalıklar

PS-072 Mafif Pulmoner Embolide Endarterektomi Gereksinimi

Yasemin Yavuz[1], Aydanur Ekici[1], Mehmet Savaş Ekici[1]

[1]Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

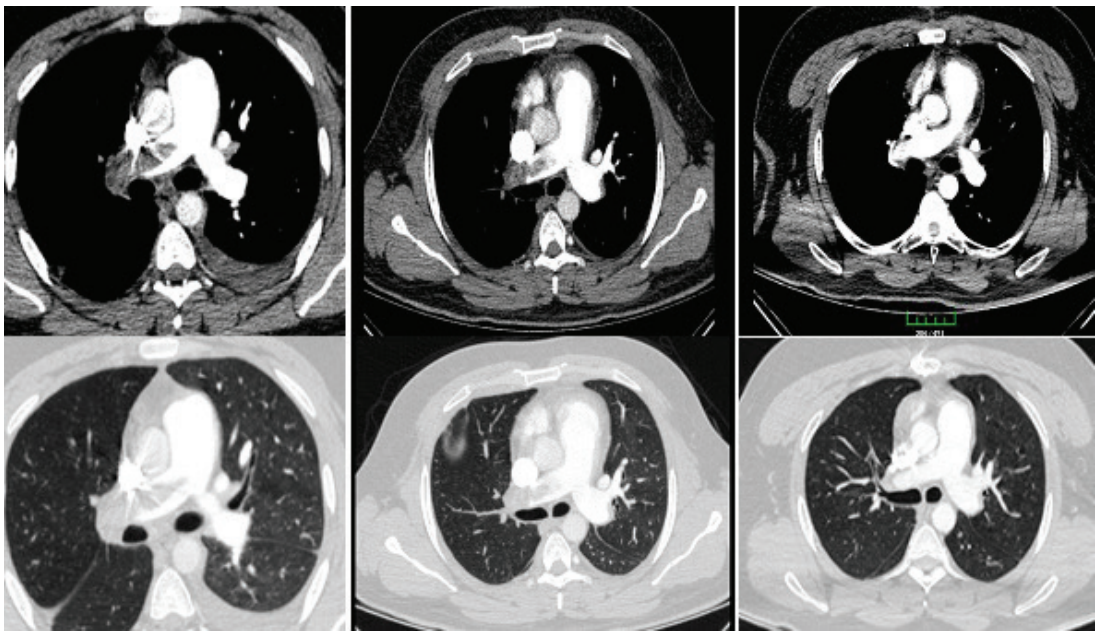
Giriş-Amaç: Pulmoner endarterektomi (PEA) Kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon (KTEPH) hastalığının küratif tedavisidir. Trombüsün çıkarıldığı pulmoner embolektomiden farklı olarak, kronik hastalıkta damar intimasına yapışmış organize trombüs çıkarılır.

Gereç ve Yöntem: Yirmi beş yaşında erkek hasta bilinen epilepsi tanısı mevcut olup acil servisimize eforla olan nefes darlığı, bayılma şikayetleri ile başvuran hastanın acile geliş sat:88 ta:135/72 nabız:120 ss:18. Kan tetkikinde D-dimer:1,84 Pro-BNP:5894, çekilen CT anjiosunda:' Ana pulmoner arter çapı 33.5 mm, sağ pulmoner arter 25 mm, sol pulmoner arter 23 mm ölçülmüştür. Sağ ana pulmoner arterde masif distal lober dallarada uzanım gösteren emboli izlenmiştir' olarak raporlandı. Hasta göğüs hastalıkları kliniğimizce yoğun bakım ünitesine yatırıldı.

Bulgular: Takiplerinde tansiyon düşüklüğü olmadı. EKG:Sinüs taşikardisi, S1-Q3+ T3+, HR:110 olan hastanın yapılan ekosunda: EF:%60, MİN MY, 1-2 TY PAB:55,sağ boşluklar dilate, mc connel (D- shaped) bulgusu saptandı. Hasta genç olduğundan trombofili paneli ve antifosfolipit, lupus antikoagülanları istendi. vWf, Anti fosfolipit IGG, Antikardiyolipin IGG, Lupus Antikoagülanı pozitif olarak kabul edildi. Romatoloji bölümüne konsülte edildi. Genetik panelinde MTFR homozigot, PAISERPINE1 heterozigot, FAKTÖR XIII heterozigot diğerleri normal olarak tespit edildi. Takiplerinde tansiyon düşüklüğü olmadı. Satürasyon oda havasında 92 olan hasta yoğun bakım ünitesinden servise alındı. Taburcu edilen hasta tabuculuğundan3 ay sonra eforla olan nefes darlığı ile tekrar kliniğimize başvurdu. İstirahatte satürasyon 90 eforla 82 olması üzerine göğüs hastalıkları servisimize yatırıldı. Hastanın laboratuvar değerleri D-dimer:3428 Pro-BNP:1060 olup kontrol ekosunda: SPAB:60-65, EF: %63, 3 derece TY olan sağ kalp boşlukları normalden geniş olup 3 ay önceki ekosuna göre PAB değerinde artış mevcuttu. 6 dakika yürüme testi 210 metre tespit edildi. Hastada kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon düşünülerek endarterektomi amaçlı dış merkeze yönlendirildi.

Tartışma-Sonuç: Hastanın endarterektomi sonrası 7. ayda yapılan kontrol ekosunda: SPAB:34 EF %65 min PY min TY olup kalp boşlukları doğal olarak tespit edildi. Kontrol D-dimer:282, oda havasında satürasyonu 98. Hastanın eforla nefes darlığı şikayeti gerilemiş olup hasta ek şikayeti olmadığını belirtti. Hastamızda masif pulmoner emboliden kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon gelişimi sonrası endarterektominin sonuçlarını görmekteyiz.

Ct-anjio Görüntüleri



Hastanın ilk yatışında –3 ay sonraki yatışında-endarterektomi sonrası 7.ayda ct anjio görüntüleri

Anahtar Kelimeler: Masif Pulmoner Emboli, Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon, Endarterektomi

PS-073 Beyin Apsesi ve Dev Pulmoner Arteriovenöz Malformasyonu Olan Hastada Tedavi Yaklaşımı; Olgu Sunumu

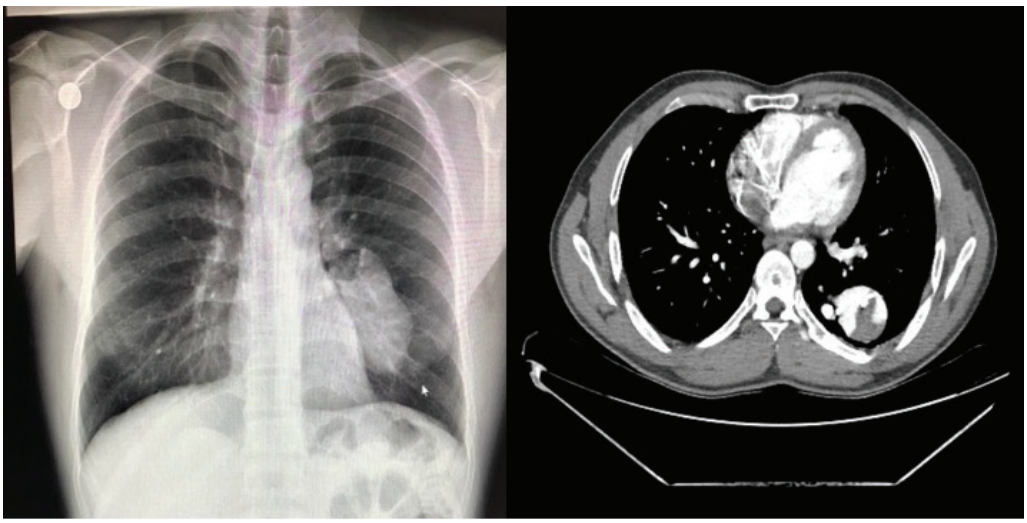
Nuriye Geref Sapancı[1], Nur Aleyna Yetkin[1], Burcu Baran Ketencioğlu[1], Nevzat Herdem[2], İnci Gülmez[1], Fatma Sema Oymak[1], Nuri Tutar[1]

[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri
[2]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş-Amaç: PAVM'ler konjenital veya edinsel olabilen arteriovenöz şantlardan oluşan nadir yapılardır. Vakaların %80-90'ı otozomal dominant bir hastalık olan Herediter Hemorajik Telenjiektazi (HHT) ile ilişkilidir. PAVM'ler izole kraniyal apseler ile ortaya çıkabilir. Eşzamanlı trombüsler eşlik edebilir. Burada epileptik nöbetin eşlik ettiği kranial apse ile seyreden 30 yaşındaki bir olguda saptanan dev PAVM olgusundan ve tedavi yönteminden bahsedilecektir.

Gereç ve Yöntem: Çomak parmak ve hipoksisi olan olguda Toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT) çekildi. Multipl PAVM leri mevcut olan hasta cerrahiyi kabul etmemesi üzerine girişimsel yöntemlerle embolizasyon yapıldı.

Bulgular: 30 yaşında erkek hasta nöbet şikayeti ile acil servise başvurdu. Çekilen Beyin BT 'de sol parietal bölgede ventrikül seviyesinde en geniş yerinde 34x28mm lik lezyon saptandı. Hasta beyin cerrahi bölümüne yatırıldı. Hastanın ayrıntılı anamnezinde sürekli ilaç kullanımı, immünsupresif ilaç kullanımı ve hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde çomak parmak dışında özellik yoktu. Oda havasında parmak saturasyonu %84 ölçüldü. Hipoksisi olan hastaya akciğer grafisi ve ardından çekilen Toraks BT'de sol akciğer alt lobda PAVM ile uyumlu 60*42 mm boyutlarında lezyon izlendi (Resim 1). Ayrıca her iki akciğerde en büyüğü 1,5 cm'ye ulaşan multipl anevrizmatik dilatasyonlar izlendi. Bakılan genetik testler sonucunda HHT düşünülmedi. Hastanın beyin lezyonu cerrahi olarak çıkarıldı. Patoloji sonucu apse olarak raporlandı. Mikrobiyolojik üreme izlenmedi. Çekilen ekokardiyografide Pulmoner Hipertansiyon (PHT) saptanmadı. Hastanın izleminde solda iliak bifürkasyon seviyesinde derin ven trombozu saptandı. Farmakomekanik trombolektomi uygulandı. Sol akciğer alt lobdaki dev PAVM'a lezyonun büyük olması nedeniyle cerrahi planlandı ancak hastanın reddetti. Hastanın cerrahi istememesi ve eşlik eden PHT olmaması sebebiyle lezyona Girişimsel Radyoloji tarafından embolizasyon uygulandı. Takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmedi.



Resim 1. Sol akciğer alt lobda PAVM ile uyumlu 60*42 mm boyutlarında lezyonun Akciğer Grafisi ve Bilgisayarlı Tomografi görüntüsü

Tartışma-Sonuç: PAVM'ler izole kraniyal apseler ile ortaya çıkabilir. Dev PAVM'lerde PHT gelişmeyebilir. Eşzamanlı trombüsler eşlik edebilir. Trombektomi bunlarda önemli bir tedavi seçeneğidir. PHT'si olan hastalarda embolizasyon kontrendikedir. PHT gelişen dev PAVM vakalarında tedavi olarak öncelikle cerrahi önerilir. PHT'si olmayan olgularda transkateterik embolizasyon, dev PAVM'lerde cerrahiye güvenilir bir alternatiftir. Olgumuzda PHT olmadığı için tedavi amaçlı embolizasyon uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Embolizasyon, Vasküler Arteriovenöz Malformasyon, Pulmoner Hipertansiyon

PS-074 Masif ve Submasif Pulmoner Emboli Gelişen Hastalara Uygulanan Selektif Trombolitik Tedavi Sonrası Hastalarda Kontrast Nefropati Gelişme İnsidansı

Levent Arafat[1], Sibel Yurt[1], Ayşe Bahadır[1], Mehmet Akif Özgül[1], Gokhan Eyüpoğlu[2], Uğur Demir[3], Muhammet Atif Karagöl[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği
[3]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Girişimsel Radiyoloji Kliniği

Giriş-Amaç: Masif pulmoner emboli sağ ventrikülde strain ve hipotansiyon, hemodinamik çöküş sonrası şok ile tanımlanır. Submasif ise hemodinamik unstabil olmadan sağ ventrikül strain bulguları için söylenir. Masif ve submasif pulmoner emboli hastalarda selektif Trombolitik tedavi (diğer adıyla fibrinolitik tedavi), kateter aracıyla pulmoner arter içinde oluşan ve damarı tıkayan pıhtının eritilmesi amacıyla ilaç verilmesi işlemidir. Selektif trombolitik tedavi hayatı tehdit edici pulmoner emboli gelişen hastalarda tanı ve tedavide önemli işlemdir. Bu çalışmanın amacı Selektif trombolitik tedavi sonrası kontrast kaynaklı nefropati risk faktörlerini araştırmak ve işlem sonrası kontrast kaynaklı nefropati gelişen hastalarda alternatif tedavi yöntemlerini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 1 Haziran 2020-1 Ocak 2022 tarihleri arasında İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi göğüs hastalıkları kliniği masif ve submasif pulmoner emboli tanıyla başvuran ve göğüs Hastalıkları Servisi'nde yatan toplam 22hastaya alınan selektif trombolitik tedavi uygulanmıştır. Çalışmaya alınan 18-90 yaş arasında değişen 13 (%59,09) kadın ve 9 (%40,90) erkek olmak üzere toplam 22 hasta dahil edilmiştir. Ortalama yaş (60.80). Ciddi böbrek yetmezliği olan (serum kreatinin > 4.0) veya diyaliz tedavisi gören ,18 yaştan küçük, gebe hastaları çalışmadan dışlandı. İşlem sırasında kullanılan 300 mg /5 ml ioheksol adı verilen bir flakon kontrast madde olarak kullanıldı.

Bulgular: işlemden önce kreatinin değeri ve işlemden 24-72 saat sonra kratinin değeri bakıldı. kreatininin 0.5 mg/dl veya bazal değerin %25'i kadar artması kontrast nefropati gelişmesi kabul edildi .çalışmada 2 hasta kontrast nefropati gelişti (% 9.09) ,ve kontrast nefropati gelişen hastalara ortalama yaş 65 idi. Erkek : kadın oranı 1:1 idi .

Tartışma-Sonuç: selektif Trombolitik tedavi güvenli bir işlemdir. Girişimsel vasküler prosedürlerden kaynaklanan kontrast nefropati yüksek riskli hastalara gelişebilir fakat önlenebilir. Prosedürden önce intravenöz hidrasyon ve antioksidan kullanımının ve daha az miktarda kontrast madde kullanımının kontrast nefropati'i önlemeye yönelik etkili stratejiler olduğunu bilinmektedir. Bu bağlamda, böbrek fonksiyonunun uygun şekilde izlenmesi, risk faktörleri olan hastaların belirlenmesi ve başarılı önleyici tedbirlerin yönetimi klinik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Selektif Trombolitik Tedavi, Kontrast Nefropati, İoheksol

PS-075 Pulmoner Arteriyovenöz Malformasyon Vakası

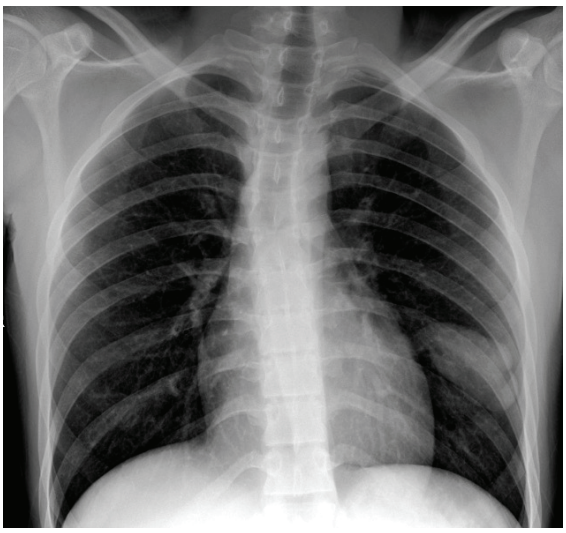
Nigar Aliyeva[1], Buket Çalışkaner Öztürk[1], Ersan Atahan[1], Şermin Börekçi[1], Ezel Erşen[2], Burçak Kılıçkıran Avcı[3], Ahmet Baş[4]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul
[3]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul
[4]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Pulmoner arteriyovenöz malformasyonlar (PAVM) anormal kapiller gelişimden kaynaklanan, genellikle konjenital lezyonlardır. PAVM izole bir anomali veya sistemik bir sendromun parçası olabilir. Bu vakalar asemptomatik olabilecekleri gibi efor dispnesi, çarpıntı, çabuk yorulma ve serebral olaylarla da görülebilir. Klasik radyolojik görünümü yuvarlak, düzgün sınırlı lezyonlardır. Bu olgu sunumunda 18 yaşında serebral olaylarla kliniğimize başvuran ve PAVM tanısı konulan bir vaka paylaşılmıştır.

Olgu: 18 yaş erkek hasta, iki kez farklı zamanlarda olan düşme, bilinç bulanıklığı yakınması ile başvurduğu merkezde, kontrastlı kraniyal magnetik rezorans görüntülemede sagital sinus trombozu saptanmış ve tedavi başlanmış. Nöroloji kliniğinde konsülte edilen hastanın fizik muayenesinde siyanoz ve çomak parmak saptandı. Kan sayımında polistemi (HB:16.7 g/dl) mevcuttu. Kontrastlı toraks BT görüntülemesinde: Sol akciğer alt lob anteromedialde dilate arteriyel ve venöz sistemle ile ilişkili 28x44 mm boyutunda yapı görüldü. Kardiyak değerlendirilmesinde sağ kalp kataterizasyonu yapılarak PAVM doğrulandı ve yüksek hızlı venöz dönüş nedeniyle sağ kalp genişlemesi izlendi. Serebral anjiografide multipl sayıda mikroanevrizmalar görüldü. Nörolojik semptomları nedeniyle medikal tedavi başlandı. Mevcut durumun şanta bağlı olduğu kabul edildi. Şanta bağlı serobro vasküler komplikasyonu, hipoksemisi olan hastaya transkatater embolizasyon kararı alındı. İşlem başarıyla sonuçlandı. Oksijen ihtiyacı kalmayan ve klinik olarak stabilleşen hasta taburcu edildi.

Akciğer grafisi



Sol akciğerde alt zonda parakardiyak yerleşimli homojen opasite

Tartışma-Sonuç: Genç hastalarda dispne tetkik edilirken PAVM akılda tutulmalıdır. Hipoksemi ve paradoksik emboli görülen PAVM vakalarında şant kapatılması (endovasküleryöntemler/cerrahi) düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Arteriyovenöz Malformasyon, PAVM

PS-076 Diffüz Alveolar Hemorajili İlginç Bir Olgu

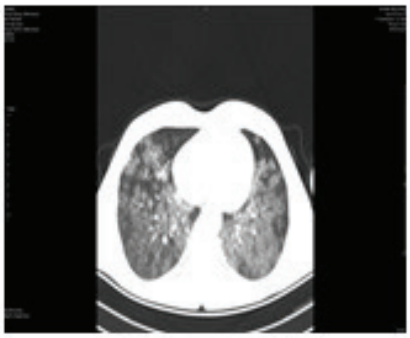
Bilgenur Yıldırım[1], Merve Meryem Varol[1], Ercan Kurtipek[1], Mehmet Mermer[1]

[1]S.B.Ü. Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Diffüz alveolar hemoraji (DAH), akciğerlerde alveolokapiller membranın hasarı sonucu nefes darlığı, hemoptizi, anemi, diffüz alveolar konsolidasyon ile karakterize mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Etyolojisi; immün kaynaklı olabileceği gibi (vaskülit, kollajen vasküler hastalıklar), non immün (infeksiyöz, venöz pulmoner hipertansiyon, hemostatik bozukluklar, toksik ajanlar, ilaçlar, üremi) kaynaklı da olabilir. Ayrımının yapılması tedaviye yön verecektir. Burada, toksik madde inhalasyonuna bağlı DAH nedeni ile kliniğimizde takip edilen 22 yaşında bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Yirmi iki yaşındaki erkek olgu, 2 gün önce başlayan öksürük ve aralıklı kan tükürme şikâyetleri acil servise başvurdu. Muayenesinde tüm akciğer alanlarında yaygın ronküs duyulan olgudan yapılan tetkiklerde kanda hemoglobin değeri 6,6 g/dL (13.5-18), idrarda bol eristosit görüldü. Olgunun pıhtılaşma testleri, platelet ve romatoid faktör (RF) değerleri normal düzeyde idi. Çekilen akciğer grafisinde bilateral yaygın infiltrasyon alanları olan olguya toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi (Resim 1,2) Bilgisayarlı Tomografide "Her iki akciğerde fokal görünümde yaygın buzlu cam dansiteleri izlenmiştir "şeklinde raporlandı. Anamnezinde; asıl mesleği çiftçilik olan olgu yaklaşık bir hafta önce tekerini boyarken kullandığı tinere (toluene) inhalasyon yoluyla fazla maruz kaldığı öğrenildi. Olguda bilateral buzlu cam alanları, hemoptizi, hemoglobin düşüşü olması üzerine ön planda DAH düşünüldü. Olguya pulse steroid tedavisi başlandı. Olgunun romatolojik test sonuçları c-ANCA, p-ANCA negatif geldi. Toksik madde inhalasyonuna bağlı DAH geliştiğine karar verildi. Tedavinin 6.günde çekilen akciğer grafisinde görülen yamalı alanlar regresyon gösterdi.(Resim 3)Olguda klinik ve radyolojik düzelme görülmesi üzerine steroid dozu ayarlanarak önerilerle taburcu edildi.

Resim 1:Bilateralyamasal infiltrasyon alanları



Resim 2:Her iki akciğerde fokal görünümdeyaygın buzlu cam dansiteleri

Resim 3:Bilateral infiltrasyon alanlarında regresyon

Tartışma-Sonuç: DAH kliniğinde erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır. Tedavide amaç, alveoler kapiller membranın destrüksiyonunu ve altta yatan nedeni tedavi etmektir. Bu amaçla kortikosteroidler ve immünsüpresifler kullanılır. Bu olgu sunumunda DAH ın erken tanı ve tedavisinin önemine ayrıca toksik madde kullanımının DAH gibi mortal seyreden birçok hastalığa sebep olabileceği, bu tür hastalıklara karşı daha dikkatli davranmak gerektiğine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Toksik Madde, Diffüz Alveoler Hemoraji, Steroid

PS-077 Vertebroplasti Cerrahisi Esnasında Gelişen Pulmoner Sement Embolisi

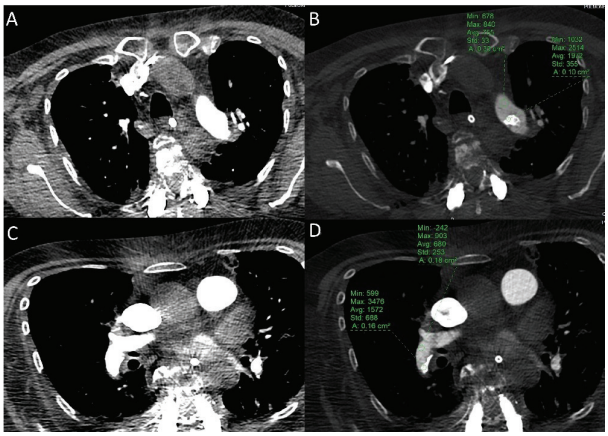
Abdullah Kansu[1], Ayşenur Ertaş[1], Şükrü Egemen Demir[1], Erva Nur Özçankaya Keresteci[1], Mustafa Düger[1], Muhammed Emin Akkoyunlu[1], Mehmet Bayram[1]

[1]Medipol Mega Üniversite Hastanesi

Giriş-Amaç: Vertebroplasti, genellikle vertebra kırıklarının tedavisinde sement kullanılan cerrahi bir yöntemdir. Nadir de olsa kullanılan sementin vena azygos aracılığı ile vena kava inferior'a, oradan pulmoner artere geçmesi ile sement emboli görebilmektedir. Ancak sementin bizzat kendisinin de yüksek atenüasyon görüntü vermesi nedeniyle BT pulmoner anjiyografide kontrast maddeden ayırt edilemeyebilir. Bu posterde İlk planda tanısı atlanan sement emboli vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu: 71 yaşında skolyozu olan kadın hasta Sjögren, Multiple myelom, romatoid artrit tanıları olan ve halen metilprednizolon kullanan hastaya ortopedi tarafından T4-T5 vertebra kompresyon fraktürleri nedeniyle vertebroplasti yapılması kararlaştırılmış. Operasyonda T1-T2-T3-T6-T7 vertebralara pedikül vidaları konulup sement enjeksiyonu yapıldıktan birkaç dakika sonra kardiak arrest gelişen hastaya CPR sonrası YBÜ'de takibe alındı. Hipoksisi devam eden hastaya çekilen pulmoner BT anjiografisinde pulmoner Emboli görülmedi. Yapılan ekoda EF: %60, sağ kalp boşlukları dilate, sPAB:45 mmhg ölçüldü. D-Dimer:1881 Hastaya yatışı boyunca 0,6 mg 1*1 subkutan enoksaparin uygulandı. CRP470 mg/l, prokalsitonin 6,7 ng/ml olarak sonuçlandı. Hastanın kan kültürleri alındı. Hastaya meropenem 3*1 gr, teikoplanin 400 mg başlandı. Kültürlerinde üreme olmadı. CRP:60 a geriledi Hastanın hala takipneik ve desatüre seyretmesi üzerine alınan kan gazında pH:7,32 CO2:30 idi. Ekoda sPAB:85 mmHg'a arttığı, sağ kalp boşluklarında dilatasyonun artması üzerine yeniden BT pulmoner anjiografi çekildi. İlk değerlendirmede belirgin emboli gözlenmeyen hastada Görüntüler DICOM ortamında pencere ayarları değiştirildiğinde pulmoner arterler içinde kontrast (680 HU) madde dışında sağ alt lob segmenter pulmoner arterinde, solda pulmoner bifurkasyondan başlayıp alt segmente uzanım gösteren opasiteler (1572 HU) görülmekteydi. (Resim 1) Sement embolisi olarak değerlendirilen hastaya sekonder PAH nedeniyle ilioprost infüzyonu ve enoksaparin 0,6 2*1 olarak düzenlendi. Klinik stabilitesi sağlanarak hemotolojiye Multipl myelom yönünden yönlendirildi.

Pulmoner BT anjiyografi



Hastanın Pulmoner BT anjiyografisinde pulmoner arterler içindeki cemente ait opasiteler ile kontrast maddenin HU farkı

Tartışma-Sonuç: Sement embolisi şüphesi olan hastalarda standart pulmoner BT anjiyografi kontrast madde ile sement opasitelerin ayrımı yapılamayabilir. Bu gibi durumlarda tomografi DICOM ortamında pencere ayarlaması ile kontrast maddeden daha yüksek HU içeren opasite varlığı yönünden değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sement Embolisi, Vertebroplasti, Pulmoner Emboli

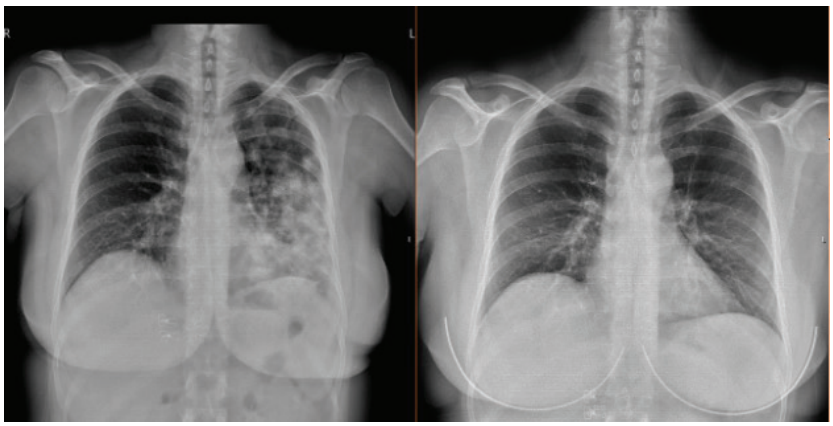
PS-078 Endoskopik Ultrasonografi Sonrası Gelişen Tek Taraflı Alveolar Hemoraji Olgusu

Nuriye Geref Sapanci[1], Burcu Baran Ketencioğlu[1], Nur Aleyna Yetkin[1], İnci Gülmez[1], Fatma Sema Oymak[1], Nuri Tutar[1]

[1]Erciyes Üniversitesi, Göğüs Hastalıklar Anabilim Dalı, Kayseri

Giriş-Amaç: Endoskopik ultrason (EUS) son yıllarda giderek daha sık kullanılan; hepatikogastrostomi ve koledokoduodenostomi, pankreatik sıvı koleksiyonlarının drenajı gibi endikasyonlarda başvurulan bir yöntemdir. Ancak nadiren de olsa arada kalınan vakalarda safra yollarındaki taşı göstermek için kullanılmaktadır. Bu vakada EUS sonrası gelişen tek taraflı alveolar hemorajisi olan bir olgudan bahsedilecektir.

Olgu: Olgu 34 yaşında kadın hasta, bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Geliş fizik muayenesinde batında sağ üst kadranda hassasiyet var idi. Özgeçmişinde bir yıl önce tiroid papiller karsinomu ve üç yıl önce endometriyal hiperplazi operasyonu dışında anlamlı özellik yoktu. Acil serviste bakılan batın ultrasonografisinde kolelithiazis saptanması üzerine Gastroenteroloji servisine yatırıldı. Orali kapalı şekilde takip edilen hastanın yapılan Manyetik Rezonans Kolanjiyo Pankreatografisinde (MRCP) taş izlenmedi ancak kolestaz enzimleri yükselme eğiliminde idi. Bunun üzerine hastaya EUS yapıldı. İşlem derin sedasyon ve maske oksijen eşliğinde; anestezik madde olarak midazolam, fentanil ve propofol verilerek yapıldı. İşlem esnasında ve sonrasında anormal bir durum gelişmedi. Ancak işlemden yaklaşık beş saat sonra hastanın aniden başlayan nefes darlığı, hemoptizi ve saturasyon düşüklüğü gelişti. Fizik muayenesinde sol akciğerde yaygın kaba raller dışında özellik yoktu. Çekilen PA akciğer grafisinde sol tarafta dansite artışı izlendi. Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde (BT), sol akciğerde yaygın buzlu cam alanları mevcuttu. Alveolar hemoraji? aspirasyon pnömonisi? düşünülen hastaya hipoksemisi olması nedeniyle oksijen tedavisi, ampirik antibiyoterapi ve 1 mg/kg/gün metilprednizolon tedavisi başlandı. Hastanın kültürleri gönderildi. Hemogram ve vital takibi yapıldı. Tedavi başladıktan bir gün sonra oksijen ihtiyacı ortadan kalkan ve şikayetleri gerileyen hastanın beşinci günde akciğer filminde belirgin düzelme görüldü (Resim 1).



Resim 1. Hastanın İşlemden Sonra 1. gün ve 5. gün Posteroanterior Akciğer Grafileri

Tartışma-Sonuç: EUS, minimal invaziv ve güvenilir bir tanı ve tedavi yöntemidir. Genellikle işleme sekonder akciğer komplikasyonu beklenmemektedir. Bu vakada unilateral (sol akciğer) akut alveolar hemoraji gelişmiştir. Literatür değerlendirildiğinde nadiren vaka sunumları görülmektedir. Özellikle pozisyonel aspirasyon, işlem esnasındaki anestezik maddeye veya oksijenizasyona sekonder endotel hasarında gelişebilmektedir. Tedavisinde semptomatik tedavi, ampirik antibiyoterapi ve ağır vakalarda steroid tedavisi kullanılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alveolar Hemoraji, Endoskopik Ultrasonografi, Hemoptizi

PS-079 Trombositopenik Hastalarda Spesifik Semptom Olmaksızın Pulmoner Emboli Tablosu İnsidental Saptanabilir

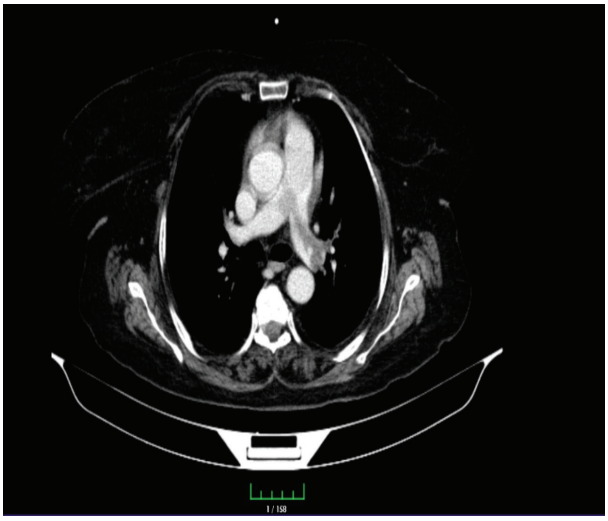
Yusuf Özkeser[1], Selami Ekin[1]

[1]Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Bölümü, Van

Giriş-Amaç: Pulmoner emboli; birden fazla etiyolojik faktöre bağlı olarak ortaya çıkabilen, morbidite ve mortalite açısından yüksek riskli klinik sonuçlar doğuran pulmoner arteryal tromboz tablosudur. Daha sık trombositozlu hastalarda görülmekle beraber nadiren de olsa anemi, immün trombositopeni hastaları gibi trombositopenik hastalarda da pulmoner emboli görülebilmektedir. Bu bağlamda klinik şüphe uyandıran durumlarda, trombositopenik hastalarda her ne kadar ön planda düşünülmese de pulmoner emboli açısından dikkatli olunması ve ileri araştırma yapılması gerekliliğine dair bir olgu sunumudur.

Olgu: 63 yaşında kadın hasta. 6 ay önce idiyopatik trombositopenik purpura tanısı almış, iki gündür devam eden karın ağrısı ve her iki bacakta yer yer morarma şikayeti ile acil servise başvurmuş. Göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikâyeti olmamış. Genel durumu iyi, bilinç açık koopere oryante hasta. Nabız: 83/dk TA: 137/74 mmHg, SS: 15/dk. Solunum sistemi muayenesinde; her iki hemitoraks solunuma eşit düzeyde katılıyor, oskültasyonda bilateral solunum sesleri doğal ve oda havasında sO2: %94. Batın muayenesinde defans bulgusu var. Her iki bacakta yaygın ekimoz odakları mevcut. Laboratuvar değerleri, Plt:20 bin, Hb:14 D-dimer:6.24. Çekilen Batın BT' de; torakal kesitlerde bilateral ana pulmoner arterlerden başlayıp segment dallara doğru devam eden pulmoner emboli ile uyumlu dolum defekti saptanmıştır. Alt ekstremite venöz doopler USG sonucu; bilateral alt ekstremite venlerinde derin ven trombozu ile uyumlu görünüm saptanmıştır. Hemodinamik olarak stabil olan hastanın pulmoner emboli mortalite risk skorlaması düşük riskli olarak saptanmıştır. Hasta göğüs hastalıkları servisinde takibe alınmış olup; düşük doz DMAH tedavisine başlanmıştır. Takiplerde Plt:12 bin saptanması üzerine dahiliye konsültasyon önerisiyle pulse steroid (250 mg metilprednizolon 1x1) tedavisi başlandı ve kontrol Plt:44 bin olarak raporlandı. DMAH tedavisi devam edildi.

Bilateral Ana Pulmoner Arterlerde Dolum Defekti



Tartışma-Sonuç: Mevcut olguda da görüldüğü üzere pulmoner emboli; klinik şüphe uyandırmadan, trombositopenik hastalarda dahi yoğun trombüs yükü ile ortaya çıkabilmekte ve hayatı tehdit eden sonuçlar doğurabileceğini göstermek adına olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Emboli, İnsidental, Trombositopenik

PS-081 Vaskülobehçette Antikoagülan Tedavinin Yeri Var mı?

Sıla Begüm Gölcük Gök[1], Pelinsu Altun[1], Afak İsazade[1], Enes Yayla[2], Serhat Erol[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç hastalıkları Romatoloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Behçet Sendromu küçük/orta/büyük boy arter ve venleri tutan bir panvaskülit olup mortalite ve morbiditesinin en önemli sebeplerinden biri vasküler tutulumdur. Behçet Sendromunda vasküler tutuluma bağlı tromboz gelişiminin patogenezinde inflamasyon olması nedeniyle immunsupresif tedavi önerilmekte. Antikoagulanların ise tedavideki yeri tartışmalıdır. Bu posterde immunsupresif tedavi altında tekrarlayan PTE ve DVT olan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 39 yaşında kadın hasta 2003 yılından beri Behçet hastalığı tanısı ile takip edilmekteymiş. DVT nedeniyle daha önce antikoagulan ve immunspresif tedavi alan hasta, uzun süre atak geçirmemesi nedeniyle tedavisi kesilmiş. Yaklaşık 1 ay önce yan ağrısı ve ani nefes darlığı nedeniyle acil servise başvuran hastada DVT ve PTE saptanmış ve tedavi planlaması için romatoloji bölümüne yatırılmış. Behçet hastalığı tanısı olması nedeniyle azatiopürin ve kortikosteroid tedavisi başlanan hasta taburculuktan yaklaşık 2 hafta sonra baş dönmesi ve nefes darlığı şikayeti ile tekrar acil servise başvurmuş. Çekilen pulmoner BT anjiografide pulmoner emboli yaygınlığının arttığı saptanmış ve bu nedenle göğüs hastalıklarına tedavi amacıyla yatırıldı. Ekokardiyografisinde intrakardiyak trombus saptanmadı. Hastanın immunsupresif tedavisine ek olarak DMAH ve Kumadin başlandı. Genel durumu düzelen hasta önerilerle taburcu edildi ve poliklinik takibine alındı.

Tartışma-Sonuç: Behçet hastalığında gelişen trombozun hiperkoagulabilite nedeniyle değil, damar duvarı inflamasyonuna bağlı olarak geliştiği ve bu nedenle esas tedavinin immunsupresif tedavi olduğu bilinmektedir. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi DVT+PE olan olgularında pulmoner anevrizma yoksa antikoagulan tedavi açısından değerlendirme önerilir.

Anahtar Kelimeler: Behçet, Antikoagülan, Pulmoner Emboli, İmmunsupresif, Vaskülobehçet

PS-082 Dressler Sendromu: Bir Olgu

Deniz Akyol Yaşar[1], Gül Ünalan[1], Levent Arafat[1], Güngör Üstün[2], Barış Demirkol[1], Sibel Yurt[1], Mehmet Akif Özgül[1], Ayşe Bahadır[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

Giriş-Amaç: Postkardiyak injuri sendromu olarak da bilinen dressler sendromu; sıklıkla miyokard zedelenmesine neden olacak cerrahi müdahaleler, kalbe penetran ya da künt travmalar sonrası gelişebilen, sıklıkla cerrahiden 3 hafta sonra ortaya çıkan plörit, perikardit, akciğer parankim infiltrasyonu ve ateş ile karakterize klinik bir tablodur. Dressler sendromunun nedeni tam olarak aydınlatılamamakla birlikte immünolojik bir temele dayandığı düşünülmektedir. Bu vakada nadir olarak görülen Dressler sendromunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 37 yaş erkek hasta bypass operasyonundan yaklaşık 17 gün sonra gelişen sol akciğerde plevral efüzyon ve pnömoni nedeniyle yatırılarak 13 gün antibiyoterapi altında takip edilmiş, taburculuk sonrası şikayetlerinin geçmemesi nedeniyle tarafımıza başvurmuştur. Hastanın geliş laboratuvar tetkikleri wbc:12.670/mm^3, nötrofil: 8.3(10^9/L), crp: 44.3 mg/L, D-dimer: 4.95 µgFEU/mL olması dışında normal sınırlardaydı. P-A akciğer grafisinde sol akciğerde plevral efüzyon görülmekteydi. (resim-1) Hastaya pulmoner tromboemboli ön tanısı ile pulmoner BT anjiografide(resim-2) minimal plevral ve perikardiyal efüzyon, sol akciğer pulmoner arter segmenter dalında dolum defekti saptandı. Dressler sendromu ve pulmoner emboli tanısı ile ayaktan aspirin, rivaroksaban ve kolşisin tedavisine başlandı. Eş zamanlı trombofili paneli istendi. Tedavinin 10 gün sonrasında hastanın şikayetleri ve radyolojik bulguları büyük oranda geriledi(resim-3). İstenen genetik testlerden Faktör V Leiden ve MTHFR (A1298C) testleri homozigot saptandı.

Hastanın Paag ve Toraks BT kesitleri

Tartışma-Sonuç: Dressler sendromu sıklıkla kardiyak cerrahi ve yaralanmalar sonrası başlayan ateş, plöritik tarzda göğüs ağrısı, nefes darlığı bulguları ile görülmektedir. Tedavide öncelikli olarak aspirin, ibuprofen, kolşisin gibi nonsteroid antienflamatuar ilaçlar kullanılmaktadır. Plevral efüzyon, göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi bulgular pulmoner tromboembolizm sebebi ile de görülebilmekle birlikte yakın dönem kardiyak cerrahi-travma öyküsü varlığında dressler sendromu mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dressler, Kardiyak Travma, Pulmoner Emboli, Plevral Efüzyon

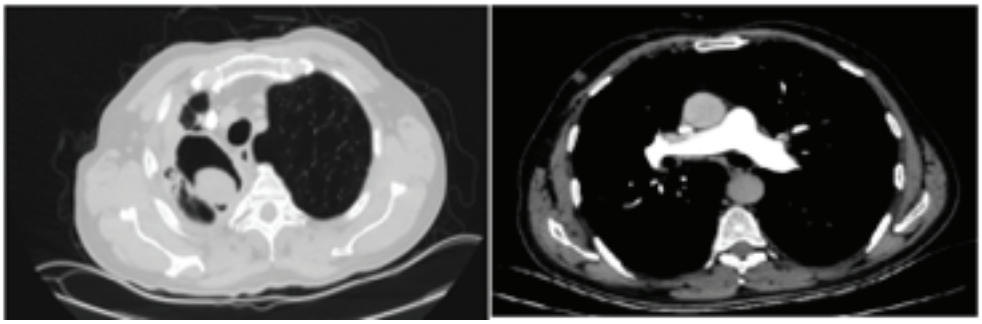
PS-083 Aspergillomanın Tetiklediği Pulmoner Embolizm

Aslı Biçen[1], Fatma Tokgöz Akyıl[1], Betül Kınık[1], Kaan Kara[1], Sinem Nedime Sökücü[1], Neslihan Boyracı[1], Seda Tural Önür[1]

[1]Yedikule Göğüs ve Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner emboli, Avrupa'da akut miyokard infarktüsü ve inmeden sonra üçüncü en sık görülen akut kardiyovasküler sendrom olup venöz tromboembolizmin klinik bir manifestasyonudur. Pulmoner embolide damar içi pıhtılaşmaya yol açan faktörler, damar endotel hasarı, hiperkoagulabilite ve stazdır. Vakaların 3/4'ünde bu üç durumdan biri oluşmaktadır. Fungal enfeksiyonlar çoğunlukla göz ardı edilen tetikleyiciyi nedenlerdendir.

Olgu: Altmış yaşında erkek hasta acil servisimize hemopteik kraşeyle toplam 20 ml kadar aralıklı öksürükle parlak kırmızı kan tükürme şikayetiyle başvurdu. Ayrıntılı anamnezi sorgulandığında yaklaşık 1 yıl önce de masif hemoptizi nedeniyle hospitalize edildiği, fiberoptik bronkoskopi yapıldığı, tetkikleri sonucu etyolojisi saptanamadığı ve takibe alındığı öğrenildi. Hasta 2010 yılında akciğer tüberkülozu tedavisi almış ve 2 yıl önce CAG ile stent uygulanmış. Hastanın 3 yıldır exmoker,20 p/y sigara öyküsü mevcuttu. Uzun süredir kullandığı ilaçları atorvastatin 20 mg, klopidogrel 75 mg, metoprolol 25 mg, felodipin 2,5 mg idi. Acil servisimizde yapılan laboratuvarında: CRP=3.0 mg/l, kreatinin=0.93mg/dl, INR=1,Hgb=13.6g/dl,Wbc=15.89 10e3/ul, Troponin T=0.006 ng/ml, D-dimer=0.22 mg/l saptandı. Wells skoru:4,5 olan hastaya çekilen kontrastlı toraks BT'de sağ pulmoner arter anteriorda lümen içi dolum defekti oluşturan hipodens trombüs ve sağ akciğer üst lob apekste 7,5x4,5 cm boyutlarında kaviter lezyon ve bunun içerisinde 4 cm çapta hipodens nodüler görünüm izlendi. Servisimize interne edilen hasta kardiyolojiye konsülte edildi; EKO'da boşluklar, kapaklar ve perikard normal, EF: %50 gözlendi ve mevcut tedavide klopidogrelin kesilmesi dışında ek bir önerileri bulunmadı. Alt ekstremite venöz doppler ultrasonografide derin ven trombozu saptanmadı. Aralıklı hemoptizisi ve toraks BT'deki aspergillus topu nedeniyle göğüs cerrahisine operasyon açısından danışıldı masif hemoptizi durumunda operasyon planlanabileceği belirtildi ve bronşiyal arter embolizasyonu önerildi. Aspergilloma açısından istenen galaktomannan:0.206 ng/ml(Negatif) sonuçlanan hasta enfeksiyon hastalıkları tarafından vorikonazol 2x200 mg İV tedavisinin başlandı. Embolizasyon işlemi sonrası aktif hemoptizisi olmayan hastanın antikoagülan tedavisi edoksaban 60 mg 1*1 olarak düzenlendi.1.ay kontrolünde aktif hemoptizisi olmayan hastanın vorikanozol tedavisi sonlandırıldı. Hastanın pulmoner emboli tedavisi ve poliklinik kontrolleri devam etmektedir.



Figür 1A; Kontrastlı Toraks BT'de sağ akciğer üst lob apekste 7.5x4.5 cm boyutlarında kaviter lezyon ve bunun içerisinde 4 cm çapta hipodens nodüler görünüm izlendi. Figür 1B; Sağ pumoner arter anteriorda lümen içi dolum defekti oluşturan hipodens trombüs materyalinin izlendiği kontrastlı toraks BT kesiti

Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak sekel tüberküloz zemininde gelişen aspergilloma kronik enflamasyon ile tromboz kaskadını aktifleştirebileceği akılda bulundurularak bu hastalarda gelişebilecek hemoptizi durumunda pulmoner emboli ayırıcı tanıda olması açısından olgumuzu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Aspergiloma, Hemoptizi, Pulmoner Emboli

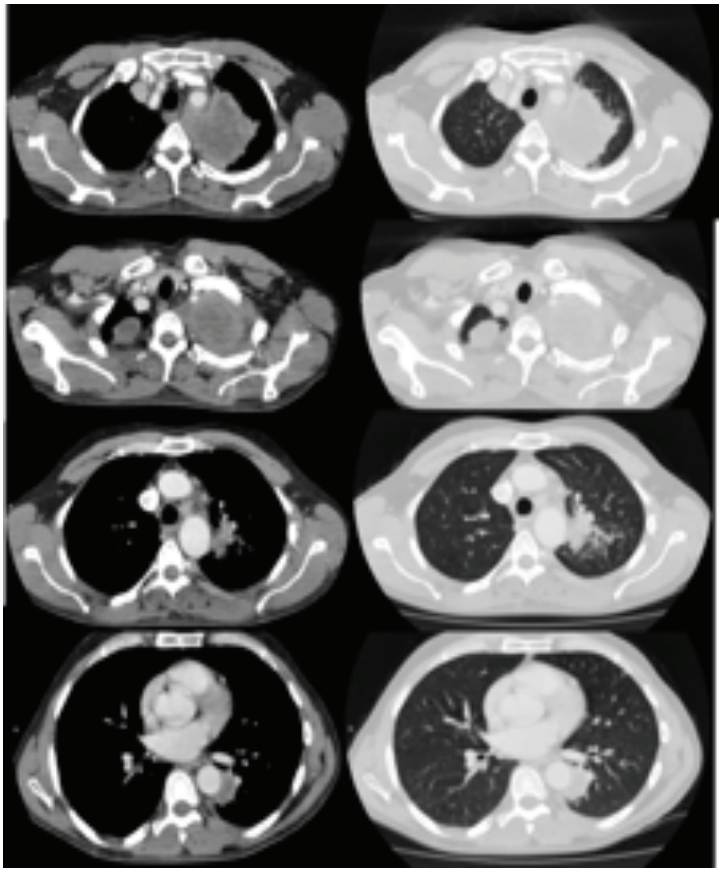
PS-084 Maligniteyi Taklit Eden Granülomatöz Polianjit Olgusu

Ayşenur Ertaş[1], Erva Nur Özçankaya Keresteci[1], Kübra Ünal Karaca[1], Şükrü Egemen Demir[1], Muhammed Emin Akkoyunlu[1], Mehmet Bayram[1]

[1]Medipol Mega Üniversite Hastanesi

Giriş-Amaç: Granülomatöz Polianjit eski adıyla Wegener Granülomatozu, öncelikle akciğeri, üst solunum yollarını ve üriner sistemi tutan bir vaskülit olup, akciğerde büyük kitleler şeklinde prezente olabilir. Bu bildiride akciğerde büyük kitle nedeniyle akciğer kanseri ile karışabilecek granülomatöz polianjit vakasını sunuyoruz.

Olgu: 46 yaşında erkek hasta Halsizlik, kilo kaybı, göğüs ön tarafta ağrı şikayeti başvurdu. Toraks BT'de görülen lezyonlar üzerine PET-CT çekilmiş. PET/CT'de yoğun tutulum üzerine onkolojiye sevk edilmiş. Mesleği: Nalbur 20 paket-yıl sigara öyküsü mevcut. Bilinen kronik hastalığı yok. Tüberküloz teması yok.1 ay önce orta kulak iltihabı geçirmiş. Hastaya bronkoskopi yapıldı. Trakeobronşial ağaç normaldi. Bronkoalveolar lavajda ARB ve mantar kültürü ve galaktomannan negatif geldi. Hastada malignite ekarte edilemediğinden ikinci biyopsi nekrozun nispeten daha az olduğu sağ akciğerdeki küçük lezyondan Trucut şeklinde alındı. Patolojik rapor: "Yapılan seri kesitlerde malignite yönünde bulgu mevcut değildir. Coğrafik kirli nekroz alanları ve çevrede palizatlanan epiteloid histiositler, multinükleer dev hücreler ve kronik iltihap izlenmektedir. Histokimyasal yöntem ile uygulanan elastik boyası ile saptanan damar duvarlarında mikst inflamatuar infiltratlar (vaskülit) dikkati çekmektedir." şeklinde raporlandı. c-ANCA > 1:10 Pozitif, ANCA profilinde PR3 ANCA + MPO ve diğerleri negatif, KBB muayenesinde; orofarenks nazal kavite muayenesi normal. Sol timpanik membran mat ve efüzyonlu izlendi. Nörosensoryal işitme kaybı tespit edildi. Tam idrar tahlili normaldi. İdrar mikroskopisinde eritrosit yoktu. Böbrek fonksiyonları normal tespit edildi. Hasta bu haliyle Wegener Granülomatozu ya da yeni adıyla Granülomatöz Polianjit (akciğer ve üst solunum yolu tutulumu) kabul edildi. Romatoloji ile birlikte karar verilerek Pulse steroid 1000 mg 3 gün, devamında 80mg (1mg/kg) prednizolon ve siklofosfamid tedavisi başlandı. Şu an daha tedavinin ilk haftasında stabil seyrediyor.



Toraks Bt'de kitlesel lezyonlar

Tartışma-Sonuç: Akciğerde multipl kitle ile gelen hastada ayırıcı tanıda mutlaka granülomatöz polianjit akılda tutulmalı ona göre ileri değerlendirmeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz Polianjit

PS-085 Behçet Hastalığı Tanısı Alan Sarkoidoz Tanılı Hasta

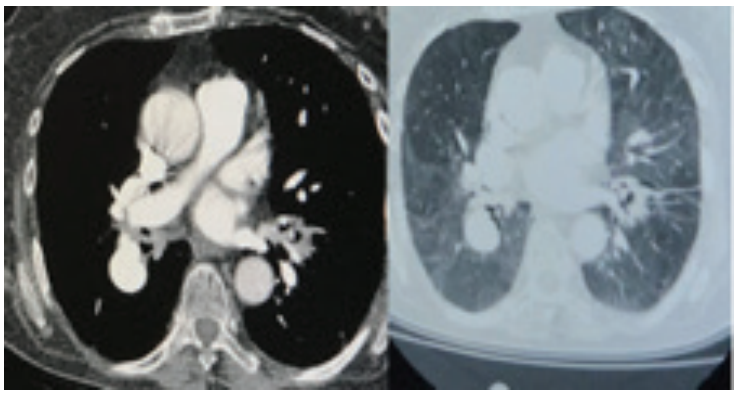
Ayşe Dilvin Mansır[1], Mustafa Çolak[1], Emine Ayan[1], Gulcin Yilmaz[1], Mehmet Emin Sezgin[1], Fuat Erel[1]

[1]Balıkesir Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Behçet hastalığı ağız içi, genital ülserler deri tutulumuları ve göz tutulumları ile karakterize olup tüm sistemleri tutabilen vaskülitik bir hastalıktır. Pulmoner arter tutulumları Behçet hastalığında nadir görülen bir tutulum şekli olup en ölümcül komplikasyonlardan biridir. Genelde pulmoner arter anevrizma şeklinde karşımıza çıkmakta olup tromboze olması durumunda pulmoner emboli ile karışabilmektedir. Bu olgumuzda Behçet hastalığında görülen pulmoner anevrizmayı paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 72 yaşında oral aftlar sebebiyle dermatoloji takipli hastanın hemoptizi nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hasta 2000 yılında sarkoidoz tanısı almış olup ilaçsız takip edildiği öğrenildi. 1 haftadır günde yaklaşık 30 cc kadar hemoptizisi dışında solunumsal şikayeti yoktu.13 paket yıl 27 yıl önceye kadar sigara içme öyküsü mevcuttur. Fizik muayene solunum sesleri doğal. Sp 02:98 oda havasında. Hastanın yüzünde burun üzerinde papülopüstüler ve dilinde aftları mevcuttu. Hastanın laboratuar sonuçları incelendiğinde romatolojik markerları negatif. Wbc:12600/ uL c-reaktif protein:20 mg/L (0-5 mg/l referans aralığı) sedimentasyon :55 mm/h (0-15 referans aralığı). Hastanın diğer laboratuar sonuçları normaldi. Çekilen BT-anjiografi raporunda '' Sağ ana pulmoner arter alt lober dalı proksimal kısmında daralma ve bu darlık distalinde dilatasyon (pulmoner arter anevrizması) izlenmiştir'' şeklinde yorumlanmıştır. Paterji testi pozitif çıkan hasta romatolojiye konsülte edildi. HLA-B51 pozitiff çıkan hastaya Behçet hastalığı tanısı konuldu. Hasta göz hastalıklarına üveit açısından konsülte edildi. Patolojik bir bulgu saptanmadı. Tedavisinin 3.ayında 3 gün pulse kortikosteroid +siklofosfamid tedavisi başlandı. İdame tedavi olarak azotiopürine geçildi.

Behçet Hastalığı Tanısı Alan Sarkoidoz Tanılı Hastanın Toraks Görüntüsü



Tartışma-Sonuç: Behçet hastalığında pulmoner arter anevrizmaları nadiren gelişebilir ve kanamalar ölümcül sonuçlanabilir. Pulmoner emboli ile karıştırıldığında antikoagülana bağlı ölüme sebebiyet verecek pulmoner hemoraji ve hemoptiziyle sonuçlanabilir. Behçet hastalığı birçok patolojiyle karışabilmektedir. Oral aftları,genital ülserleri, ılımlı ateşi ,hemoptizisi olan ve pulmoner emboli tanısı konan hastalarda Behçet hastalığı ayrıcı tanı olarak düşünülebilir. Vakamızda olduğu gibi doğru tanı ve tedavi mortalite oranını azaltabileceği gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, Oral Aft, Paterji Testi, Pulmoner Anevrizma, Hemoptizi

PS-086 Kokain Kullanımına Bağlı Gelişen Diffüz Alveoler Hemoraji Olgusu

Aslı Yazıcıoğlu[1], Önsel Öner[1], Mutlu Kuluöztürk[1], Gamze Kırkıl[1]

[1]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Diffüz alveoler hemoraji (DAH); intraalveoler kanama sonucu gelişen hipoksiye bağlı solunum yetmezliği, bilateral yaygın pulmoner opasiteler, hemoglobin seviyesinde düşme, BAL'da hemorajik görünüm ve hemosiderin yüklü makrofajlarla karakterize hızlı tanı ve tedavi gerektiren bir hastalıktır. Bu sunumda kokain kullanımı sonucu ortaya çıkan DAH olgusu ele alınmıştır.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 49 yaş erkek hasta, nefes darlığı ve öksürük ile acile başvurmuştur. Hurda geri dönüşümüyle uğraştığı, metal tozlarına maruz kaldığı, 30 paket/yıl aktif sigara kullanımı olduğu öğrenilmiştir. Fizik muayenesinde genel durumu iyi,bilinci açık, vitaller doğal saptanmıştır. Dinlemekle bilateral ral duyulmuş, oda havasında satürasyon %87 gözlenmiştir. Kanda WBC:16 10e3/µL, Nötrofil:13.28 10e3/µL (%82), Lenfosit: 2.09 10e3/µL (%13), Eozinofil:0.02 K/uL(%0.1), Hb:13.1 g/dL, kalan parametreler normal saptanmıştır. Kontrastlı Toraks BT'de mediastende ve bilateral hiler -infrahiler bölgede büyüğü 17x10 mm boyutunda LAP, sol üst lob apeks ve sağ alt lob posterolateralde 2 adet kalsifik nodül, bilateral hemitoraksta mozaik perfüzyon görünümü, minimal plevral mayi-pasif atelektazi, bilateral akciğerde üst loblarda daha belirgin hava bronkogramları içeren yer yer konflüent oluşturan buzlu cam görünümleri ve konsolidasyon alanı izlenmiştir. Hasta eozinofilik pnömoni, DAH, PCP, viral pnömoni, granülomatöz polianjitis, sarkoidoz ön tanılarıyla kliniğimize yatırıldı. Ön tanılara yönelik yapılan tetkiklerde romatolojik ve immünolojik gerekli parametrelere bakılmış, tümü normal sonuçlanmıştır. CRP:98 mg/L, Procalcitonin:9.06 ng/mL, TİT normal olarak sonuçlanmıştır. Hastaya FOB yapılmış, BAL sıvısı aspire edilirken gittikçe hemorajik görünüm almıştır. Hb seviyelerinde anlamlı düşüş saptanmamıştır. Hastaya 1 mg/kg Metilprednizolon ve ampirik antibiyotik tedavisi olarak Trimetophrim-Sülfametoksazol ve Piperasilin-Tazobaktam başlanmıştır. Takiplerinde dinlemekle rallerin belirgin olarak azaldığı ve oda havasında SpO2>92 seyrettiği gözlenmiştir. Çekilen PAAC grafilerinde bilateral pulmoner opasitelerde regresyon gözlenmiştir. DAH etiyolojisi açısından hasta tekrar maruziyet açısından sorgulanmış, kokain kullanımı sonrası şikayetlerin geliştiği öğrenilmiştir. Bunun üzerine kliniği izinsiz terk eden hastanın takip-tedavisi yapılamamıştır.

Tartışma-Sonuç: Ayırıcı tanıda romatolojik-immünolojik markerların negatif gelmesi, TİT'in normal saptanması ve BAL'da alveoler hemoraji görünümü yol göstermiştir. Kokain sonrası akut olarak gelişen alveoler hemorajinin saptanması literatürde bu konudaki olgularla benzer-destekleyici niteliktedir.

PAAC grafilerde opasitelerde regresyon, Toraks BT'de buzlu cam ve konsolidasyon, Bronkoalveoler lavajda hemorajik görünüm

Anahtar Kelimeler: Alveoler Hemoraji, Kokain, Bronkoalveoler Lavaj

PS-090 Yarı Doz Trombolitik Tedavi Uygulanan Orta-Yüksek Riskli Gebe Pulmoner Tromboemboli Vakası

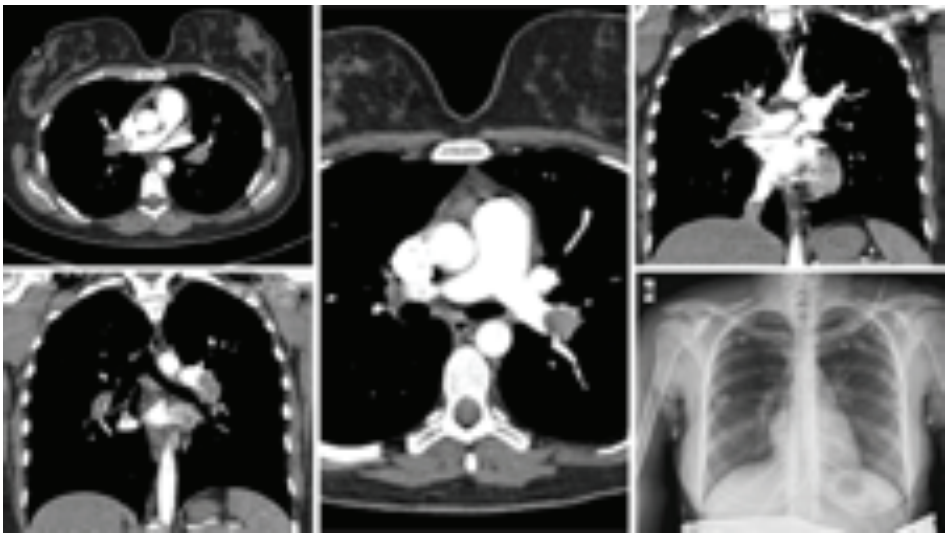
Sedat Çiçek[1], Hande Ekinci Adıgüzel[1], Fatih Üzer[1], Tülay Özdemir[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Tromboemboli gebelerde önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden birisidir. Berg ve ark. Gebe anne ölümlerinin yaklaşık %11'inin pulmoner tromboemboli nedenli olduğunu göstermişlerdir. Gebe hastada emboli yönetimi, d-dimer seviyelerinin fizyolojik olarak yüksek seyretmesi, radyasyon maruziyeti ve yarısına yakınında DVT bulunmaması nedeniyle zor bir süreçtir. Orta yüksek riskli emboli tanısı koyduğumuz ve 50 mg rTPA ile tedavi ettiğimiz gebe vakamızı sunuyoruz.

Olgu: Hastamız acil servise 2 haftadır olan plöretik vasıflı göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Ek şikayeti, bilinen hastalığı yoktu. Hastanın ikinci gebeliğiydi ve ilk gebeliği sağ sağlıklı dünyaya gelmişti. Acil servisteki ilk değerlendirmesinde oksijen satürasyonu %80 saptanan hastaya rezervuarlı maskeyle oksijen desteği sağlandı. Kan basıncı 125/65 ölçüldü. Acil serviste bakılan d-dimer: 31.07 mg/L, pro-BNP:1449 31.07, troponin-t:229ng/mL ölçüldü. Alt ekstremite venöz dopplerde trombüs saptanmadı. Transtorasik ekokardiyografide sağ boşlukları geniş, triküspit yetmezlikvelositesi3.5, d-septum izlendi. Posteroanterior akciğer grafisi normaldi. Hastaya pulmoner BT anjiyografi çekildi. Her iki ana pulmoner arteri tama yakın tıkayan radyolojik masif pulmoner emboli saptandı. Hastaya 50 mg alteplaz 2 saatte gidecek şekilde başlandı sonrasında standart heparin infüzyonu ile devam edildi. Vajinal kanama (4-5 ped) dışında herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastanın 24 saat sonra oksijen ihtiyacı kalmadı, vitalleri stabil seyretmesi üzerine yoğun bakımdan servise devralındı. Fetüs muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Takibinin 5. Gününde troponin ve pro-bnp seviyeleri normale dönen hasta taburcu edildi.

Toraks BT ve Akciğer grafisi



Tartışma-Sonuç: Gebelikte pulmoner emboli nadir ancak yüksek mortalite ve morbidite nedeni olan bir tablodur. Gebeliğin hem pulmoner emboli riskini arttıran hem de pulmoner emboli kliniğini taklit eden bir süreç olması işi daha da zorlaştırmaktadır. Ancak klinik, laboratuvar ve radyolojik kuşkuları hasta ile birlikte yöneterek masif embolinin erken tanısı ve tedavisi hem anne hem de fetüs için hayat kurtarıcıdır. Normal popülasyonda olduğu gibi gebe hastalarda da pulmoner embolinin tanısı emboliden şüphe etmekle başlar.

Anahtar Kelimeler: Gebe, Pulmoner, Tromboemboli, Masif, Trombolitik

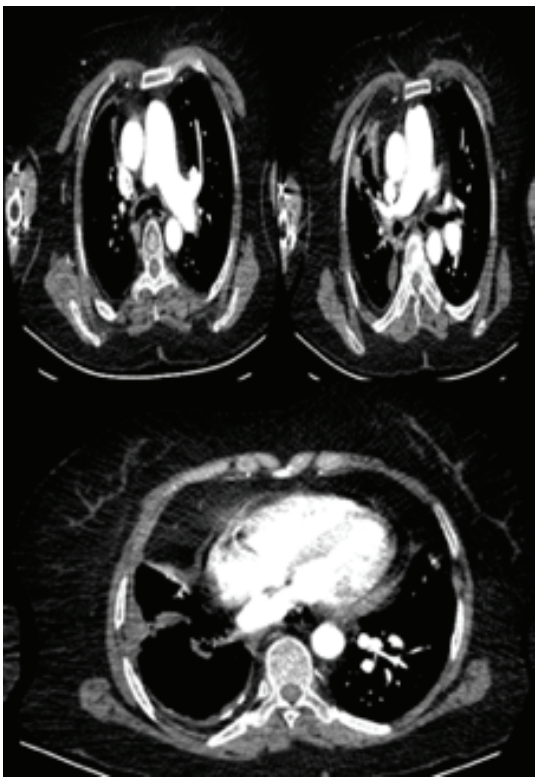
PS-091 Unilateral Pulmoner Arter Agenezisine Sekonder Pulmoner Hipertansiyon

Özge Yersel Karaoğlan[1], Rupel Ezgi Demir[1], Hadice Selimoğlu Şen[1], Abdurrahman Şenyiğit[1], Erol Başaranoğlu[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Unilateral pulmoner arter agenezisi (UPA), sol veya sağ pulmoner arterin proksimal kısa segmentinde atrezinin olduğu nadir görülen bir konjenital anomalidir. Genel olarak arterin hilustaki distal kısımları korunmuştur. Sıklıkla çocukluk yaşlarında tanınırlar, ancak geç yetişkin çağa kadar da semptom vermeyebilirler. Pulmoner hipertansiyon (PH) klinik sınıflamasında grup 4 PH alt grubunda konjenital pulmoner arteryel stenoz da yer almaktadır. UPA olgularında %40'lara varan oranlarda pulmoner hipertansiyon bildirilmiştir ve olguların semptomatik olmasına katkı sağlayabilmektedir. UPA'lı olgularda kesin tanı arteriografi ile konulurken, günümüzde bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiografi (BTPA) ile de kolayca tanı konabilmektedir. İleri yaşta tanı konulan UPA olgusu nadir görülmesi nedeni ile sunuldu.

Olgu: 63 yaşında kadın hasta uzun zamandır eforla olan nefes darlığının son zamanlarda artışı ve sol bacakta şişlik şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde romatoid artrit ve astım tanıları mevcuttu. Arter kan gazında hipoksi saptandı. Alt ekstremite doppler ultrasonografisindesinde sol femoral derin vende trombüsü (DVT) saptanan hastaya BTPA çekildi. BTPA' da sağ ana pulmoner arter agenezisi izlendi (Resim 1). Ekokardiografide ileri triküspit yetmezliği ve sistolik pulmoner arter basıncı: 95+10: 105mmHg saptandı. Mevcut bulgularla hastada UPA'ya bağlı pulmoner hipertansiyon düşünülerek DVT için antikoagulan ve destek tedavisi düzenlendi.



Resim 1. Sağ pulmoner arter agenezisi ve sol pulmoner arter çapında artış

Tartışma-Sonuç: Pulmoner arter agenezisi ileri yaşta özellikle eforla artan nefes darlığına sebep olan PH sebeplerinden biridir. Tanısı, özgül olmayan semptomlar göstermesinden ve nadir görülen bir durum olmasından dolayı zordur. Masif hemoptizi, PH, solunum yetmezliği, bronşektazi gibi ciddi komplikasyonlara yol açması nedeniye erken yaşlarda tanınması önemlidir. Oldukça nadir görülen bu anomalinin komplikasyonları nedeniyle mortalitesi yüksektir. Pulmoner arter agenezili bazı vakalar Sywer-James-Mcload Sendromu ile ilişkilendirilmişse de bu hastalık grubunda görülen bronşektazi ve sık enfeksiyon nedeniyle hastaneye yatış öyküsü bizim hastamızda mevcut değildi. İzole pulmoner arter yokluğu herhangi bir semptom vermediği veya semptomlar altta yatan kronik solunumsal hastalıklarla ilişkilendirildiği zaman erişkin yaşa kadar tanı almadan gelebilmektedir. Hastamızın dispne şikayeti uzun yıllar altta yatan astım ile ilişkilendirilmiş ve kardiyak yönden tetkik edilmediği için tanı konulamamıştı.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Arter Agenezisi, Pulmoner Arteryel Hipertansiyon, Dispne

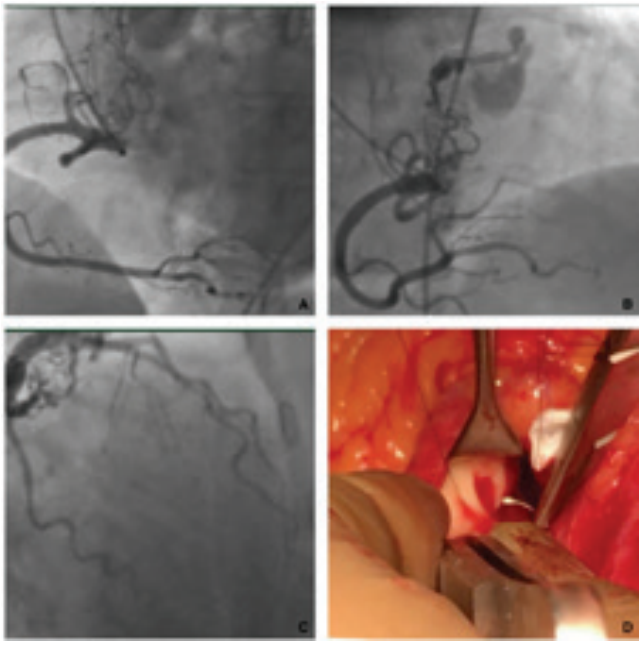
PS-092 Sağ ve Sol Koroner Arterlerden Pulmoner Artere Uzanan Konjenital Fistül ve Cerrahi Tamiri

Halil Emre Özlü[1]

[1]Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Koroner arter fistülleri nadir karşımıza çıkan (prevalans: %0,2-1,2) ve çoğunlukla ileri yaşa kadar asemptomatik seyreden hastalıklardır. Koroner arter fistülleri genellikle sağ koroner arterden köken alır, pulmoner artere veya sağ kalp boşluklarına drene olur. Hem sağ hem de sol koroner arterden köken alan koroner fistüller ise oldukça nadir görülür.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 68 yaşında kadın hasta dış merkeze dispne ve halsizlik şikâyetleriyle başvurmuş. Akciğer filmi, solunum fonksiyon testleri, EKG ve Ekokardiyografide sorun saptanmamış, efor testinde ST depresyonu olması üzerine yapılan koroner anjiografide sağ koroner arter (RCA) ve sol inen arter (LAD)'den köken alan iki ayrı koroner fistül olduğu ve bunların ana pulmoner artere açıldığı tespit edilmiş. Hasta semptomatik fistüllerin cerrahi kapatılması için başvurdu. Operasyon genel anestezi altında, median sternotomiyle yapıldı. Bikaval kanülasyon sonrası KPB'ye geçildi, sağ üst pulmoner ven ve sağ atriumdan ventler yerleştirildi. Operasyon sırasında hasta soğutulmadı, aorta kross klemp konmadı ve atan kalpte çalışıldı. Sağ ve sol ana pulmoner artere kross klempler kondu, ana pulmoner artere arteriotomi yapıldı. Transvalvüler sağ ventrikül içine vent kondu, kansız ortam elde edildi. Pulmoner kapağın ön ve sağ kapakçıklarının birleşim komissürünün 3mm üstünde RCA'dan gelen fistülün ostiumu görüldü. Pulmoner arter distalinde sağ pulmoner arterin açıldığı yerin 5mm proksimalinde anteriorda LAD'den gelen fistül traktının ostiumu görüldü. Bu ostiumlar sütüre edildi. RCA'dan gelen fistül traktı boyuca metalik klipslerle kapatıldı. LAD'den gelen fistül diseke edilmedi. Perioperatif EKG'de ve hemodinamide bozulma olmadı. Pulmoner arteriotomi kapatılıp operasyon sonlandırıldı. Operasyon sonrası yapılan Ekokardiyografide kalp kasılması iyi, valvüler patoloji yok. Hasta postoperatif 4. gününde taburcu edildi. Hastanın dispnesi yok. 3. ay kontrol ajiografisi planlandı.



Koroner arterlerden pulmoner artere fistül

A, B: RCA'dan PA'ya fistülün anjiografik görüntüsü, C: LAD proksimalinden PA'ya fistülün anjiografik görüntüsü, D: RCA'dan PA'ya fistülün ostiumu peroperatif görüntüsü.

Tartışma-Sonuç: Cerrahi fistüllerin kapatılması için birçok teknik tanımlanmıştır. Fistülün kaynakladığı koroner arter proksimalinde anevrizma olması nedeniyle tanjensiyel arter tamiri yapılabilir. Bizim vakamızda sağ ve sol ana koroner arter çapının ciddi anevrizmatik olmaması, perop koroner akımda değişmeyi gösteren EKG değişiklikleri olmaması ve hastanın hemodinamisinin bozulmaması üzerine bu yapılmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Arter, Fistül, Dispne

PS-093 Genç Hastada Akciğer Tüberkülozu Hiperkoagülabilite İlişkili Pulmoner Emboli

Nupelda Balsak[1], Sami Deniz[1], Onur Karaman[1]

[1]Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Giriş-Amaç: Aktif akciğer tüberkülozu tanılı hastalarda enflamatuvar sitokinlere bağlı olarak gelişen enflamasyon ve hemostatik değişiklikler sonucunda koagülasyona eğilim olmaktadır. Pulmoner emboli, alt ekstremitenin venöz sisteminden kopan trombüsün akciğer dolaşımına yerleşmesiyle oluşan klinik bir tablodur. Fibrin yıkım ürününün göstergesi olan D-dimer düzeyi, akciğer tüberkülozu olgularında sağlıklı kişilere göre daha yüksek görülmektedir. D-dimer aynı zamanda pulmoner emboli tanısında yardımcı bir laboratuar testidir. Bu yazımızda akciğer tüberkülozu nedeniyle tedavi görürken pulmoner emboli gelişen olgumuzu tüberküloz hiperkoagülabilite ilişkisi üzerinden inceledik.

Olgu: Daha önce bilinen ek hastalığı olmayan 31 yaş erkek hasta halsizlik, öksürük şikayetiyle başvurdu. Bir aydır devam eden kuru öksürük şikayeti sebebiyle antihistaminik ve nonspesifik antibiyotik kullanan, şikayetleri gerilemeyen hastanın çekilen PA akciğer grafisinde sağ akciğerde üst zonda kaviter lezyon, orta ve alt zonda artmış heterojen dansite artışları saptandı. Akciğer tüberkülozu ön tanısıyla balgam mikroskopisi istendi. ARB pozitif balgam kültüründe m.tuberculosis üremesi olan hastaya yeni olgu akciğer tüberkülozu tanısıyla antitüberküloz tedavisi başlandı. Hastada tedavinin üçüncü haftası sağ bacakta çap artışı, ağrı, ani başlangıçlı göğüs ağrısı, nefes darlığı şikayetleri gelişti. EKG'de sinüs taşikardisi izlenen oda havasında oksijen saturasyonu 94 tansiyonu normal görülen hastanın D-dimer düzeyi >10.000 ng/dl görüldü. Yapılan alt ekstremite venöz doppler ultrasonografide sağ ana femoral vende, popliteal vende trombüs materyali izlendi. Çekilen BT anjiyografide sol pulmoner arter segmental ve subsegmental dallarda emboli uyumlu dolum defektleri, sağ akciğer apikal kesimde 6 cm boyutlu kaviter kitlesel lezyon, sağ akciğerde yaygın konsolidasyon alanları izlendi. Hastaya klinik, laboratuvar ve radyolojik tetkikler sonucunda pulmoner emboli tanısı konularak DMAH (Enoxiparine sodyum 60 mg) günde 2 kez verildi. Tedavi sonrası klinik iyileşme görüldü. Hastanın risk faktörleri ve aile öyküsü sorgulandığında anlamlı sonuç elde edilemedi. Genetik testler için ilgili merkeze yönlendirildi.

Olgumuzdan radyolojik kesitler
Tedavi öncesi ve sonrası PA akciğer grafi,Pulmoner emboli uyumlu dolum defekti,Sağ akciğer apikal yerleşimli kaviter lezyondan oluşan kolaj

Tartışma-Sonuç: Aktif tüberküloz olgularında hiperkoagülabilitenin antitrombin-III ve protein –C düzeylerinde azalma, fibrinojen düzeyi ve trombosit agregasyonunda artışla birlikte olduğu gösterilmiştir. Bu hastalarda ortaya çıkan derin ven trombozunun ve buna bağlı gelişen pulmoner embolinin de bu mekanizma ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Hastamızda gelişen pulmoner emboliye aktif tüberkülozun yol açtığı hiperkoagülabilitenin neden olduğu düşünülerek sunulmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Tüberkülozu Pulmoner Emboli Hiperkoagülabilite

Poster Bildiri Oturumu 5: Torasik Onkoloji

PS-095 Pulmoner Kombine Büyük Hücreli Nöroendokrin Karsinomların (CLCNEC) Büyük Hücreli Nöroendokrin Karsinomlara Göre Morfolojik ve Klinik Özellikleri ile Prognostik Farklılıklarının Değerlendirilmesi

Nurcan Ünver[1]

[1]S.B.Ü. Yedikule Göğüs hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H.

Giriş-Amaç: Akciğerin büyük hücreli nöroendokrin karsinomları tüm akciğer tümörlerinin %3'nü oluşturmaktadır. Pulmoner kombine büyük hücreli nöroendokrin karsinom (CLCNEC), akciğer büyük hücreli nöroendokrin karsinom (LCNEC) ile ilişkili, agresif davranışlı ve genel olarak kötü prognozlu, nadir görülen kompleks yapılı nöroendokrin tümörüdür. CLCNEC'nin klinik özellikleri öksürük, balgam çıkarma, göğüs ağrısıdır. Çalışmamızın amacı; CLCNEC hastalarının demografik, klinik ve radyolojik özellikleri ile prognozlarının incelenmesi ve LCNEC karsinoma göre farklılıklarının tespitidir.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2000 ve Aralık 2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tanı almış 43 CLCNEC ile 35 adet LCNEC vakası çalışmaya dahil edildi. Hasta bilgileri kliniğimiz arşivlerinden ve hastane kayıt sistemindeki takip verileri eşliğinde retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Toplam yetmiş sekiz hastanın 66'sı (%84.6) erkek, 12'si (%15.4) kadın olup, yaş ortalaması 58.5 idi. Olguların histomorfolojik değerlendirmesinde CLCNEC'ların 22'sinde eşlik eden komponent küçük hücreli karsinom, 10 olguda adenokarsinom, 9 olguda skuamöz hücreli karsinom, 1 olgu küçük hücreli karsinom ile birlikte adenokarsinom, 1 olguda da iğsi hücreli karsinomdan oluşmakta idi. Tümörlerin çapları 1.8 cm ile 17 cm arsında değişmekte olup, ortalama çap 5.4 cm olarak saptandı.

Tartışma-Sonuç: Çalışmamızda karşılaştırma yapılabilmesi için vaka sayılarımız sınırlı olmakla birlikte literatürle uyumlu olarak; küçük hücreli karsinom ile kombine grubun diğer gruplara oranla radyolojik ve klinik olarak daha ileri evre olduğu ve lenf nodu tutulumunun daha yaygın olduğu saptanmıştır. Az görülmekle birlikte LCNEC'a eşlik eden komponentlerin dikkatli ve doğru bir şekilde histomorfolojik olarak belirlenmesinin hasta takip ve tedavisinin düzgün bir şekilde yapılabilmesi açısından oldukça önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: LCNEC, Kombine Büyük Hücreli Nöroendokrin Karsinom

PS-096 Endobronşiyal Rektum Kanseri Metastazı Olan Olguda İnsidental Saptanan Hamartom

Sema Nur Doğru[1], Miraç Öz[1], Aslıhan Gürün Kaya[1], Eda Eylemer Mocan[2], Aydın Çiledağ[1], Güngör Utkan[2], Akın Kaya[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji BD.

Giriş-Amaç: Kolorektal kanserlerde akciğer metastazı sık olarak görülmesine rağmen, endobronşiyal metastaz (EBM) nadir görülmektedir. Rektum kanserine bağlı endobronşial metastaz ve insidental hamartom birlikteliği saptanan bir olgumuzu nadir görülen bir durum olması nedeniyle sunmayı amaçladık.

Olgu: 70 yaşında erkek hasta 3 aydır makat bölgesinde ağrı, tenezm ve idrar yaparken zorlanma şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş ve hastaya endokolonoskopi yapılmış. Rektum distalinde lobüle kitle tespit edilmiş. Kolonoskopide alınan biyopsi materyali patolojisi taşlı yüzük hücreli karsinom infiltrasyonu olarak sonuçlanmış. Hastaya kemoradyoterapi planlanmış. Metastaz açısından çekilen pozitron emisyon tomografisinde (PET) Sağ subklaviküler (SUVmax:9.9), toraks girişinde sağ apikal (SUVmax:6.8) lenf nodlarında ve paratrakeal alan boyunca lineer tarzda izlenen multipl lenf nodlarında (SUVmax:14.4), Sağ alt lob bronşu proksimali düzeyinde fokal artmış 18F-FDG tutulumu (SUVmax:5.6) patolojik 18F-FDG tutulumları izlenmiştir. Hasta mediastinal lenfnodlarındaki patolojik utulumların araştırılması amacıyla tarafımıza yönlendirilmiştir. Başvurusunda aktif solunumsal yakınması ve patolojik fizik muayene bulgusu yoktu. Özgeçmişinde 20 paket-yıl sigara öyküsü olduğu öğrenildi. Hastaya fleksibl bronkoskopi (FOB) ve endobronşial ultrasonografi (EBUS) yapıldı; 4R,4L,7,10 R ve 11L lenf nodlarından EBUS ile TBNA alındı, lingula girişinde görülen endobronşial lezyondan ve sağ alt lob girişindeki mukozal düzensizlik alanlarından biyopsi alındı. Sağ alt lobdan alınan biyopsinin patolojisi kolon adenokarsinoması metastazı ile; lingula girişindeki lezyondan alınan biyopsinin patolojisi hamartom ile; 4R, 4L,7 ve 10R numaralı lenf nodlarından alınan biyopsilerin patolojisi kolorektal adenokarsinoma metastazı ile uyumlu olarak sonuçlandı. Hasta girişimsel işlem kabul etmediği için tıbbi onkolojiye yönlendirildi.

Tartışma-Sonuç: Kolorektal kanserlerin metastazları, sağkalımı iyileştirmek için cerrahi olarak veya kemoterapi ile tedavi edilebilir. Endobronşiyal tutulumla ilişkili en sık primer tümörler meme, kolon ve renal hücreli karsinomlar olmasına rağmen nadirdir. Endobronşiyal hamartomlar da nadirdir. Endobronşiyal tutulum ve hamartom birlikteliği literatürde tanımlanmadığı için olgumuzu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Kolon Kanseri, Endobronşiyal Metastaz, Hamartom

PS-097 Hemoptizili Olguda Nadir Bir Malignite: Atipik Karsinoid Tümör Vakası

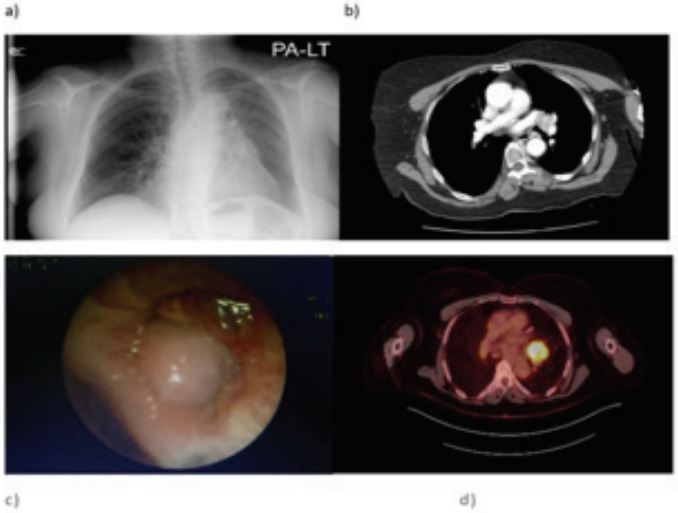
Kübra Uyar Er[1], Neslihan Özçelik[1], İnci Selimoğlu[1], Songül Özyurt[1], Dilek Karadoğan[1], Bilge Yılmaz Kara[1], Aziz Gümüş[1], Hasan Türüt[2], Ünal Şahin[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Rize

Giriş-Amaç: Karsinoid tümörlerin en sık gözlendikleri yer gastrointestinal sistemdir (% 68-74), ikinci en sık trakeobronşial sistemdir (% 25-31). Karsinoid tümörler tüm akciğer tümörlerinin sadece %1-2'sini oluşturur. Pulmoner karsinoid tümörler, akciğerler içinde nöroendokrin tipte olan Kultschitzky hücrelerinden kaynaklanan ender malign neoplazmlardır. Karsinoid tümörler mitoz sayısı ve nekroz durumuna göre tipik ve atipik karsinoid tümörler olarak sınıflandırılır. Kesin tanı bronkoskopik biyopsiler ile konulsa da pulmoner karsinoid tümörlerinin bronkoskopik biyopsisinde tümörlerin aşırı vaskülaritesinden dolayı oluşabilecek olan kanama eğilimi nedeniyle dikkat edilmelidir. Bu olguda kliniğimize hemoptizi şikayeti ile başvuran ve atipik karsinoid tümör saptanan hasta sunulmuştur.

Olgu: 70 yaş kadın hasta, sigara öyküsü, geçirilmiş akciğer hastalığı öyküsü yoktu. Bilinen koroner arter hastalığı ve stent nedeni ile ikili antiplatelet kullanmaktaydı. Son 1 haftadır balgamla karışık kan tükürme şikayeti vardı. Fizik muayenesi ve vital bulguları normal olan hastanın posteroanterior akciğer grafisi doğal izlendi (Resim 1-a). Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisi çekilen hastada sol hiler lokalizasyonda 4 cm periferinden kontrastlanan hipodens lezyon (Resim 1-b) izlenmesi üzerine bronkoskopi yapıldı ve sol üst lob girişinde görülen endobronşial lezyondan (Resim 3-c) biyopsi alındı. Patolojik sonucunda grade 2 nöroendokrin tümör, punktat nekroz alanları ve pleomorfizm izlendiği, mitotik aktivitenin 10BBA'da ortalama 2-3 adet saptanan örneklerin atipik karsinoid tümörle uyumlu olduğu raporlandı. PET-CT 'de sol üst lobda 3.6x4.3 cm FDG tutulumu olan (SUVmax:13.2) kitle lezyon saptandı (Resim 1-d) ve kraniyal MR' da metastaz saptanmayan hastaya sol pnömonektomi kararı alınarak opere edildi.

Resim 1



Tartışma-Sonuç: Karsinoid tümörlerin başvuru semptomları lezyonun lokalizasyonuna göre değişir. Santral lokalizasyonu olan tümörlerde bronş tıkanmış olup distalinde kalan akciğer parankim alanında atelektazi, inflamasyon ve pnömoniye varan değişiklikler meydana gelebilir. Olgumuzda hemoptizi etyolojisi malignite olup alt tip olarak atipik karsinoid tümör saptanmıştır. Sigara öyküsü solmayan kadın hastalar hemoptizi etyolojisinde malignite açısından mutlaka değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemoptizi, Atipik Karsinoid Tümör

PS-098 İnsidental İntratorasik Tiroid Kanseri

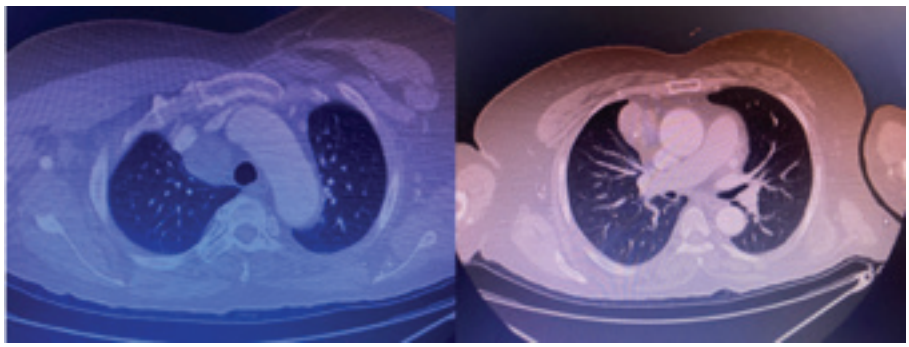
Asiye Yılmaz[1], Olcay Ayçiçek[1], Funda Öztuna[1]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Intratorasik guatr (ITG) genellikle multinodüler bir guatrın (MNG) mediastinal uzanım göstermesidir. Opere edilen MNG'ların %4-20'si intratorasik yerleşimlidir. Gerek yerçekimi, gerek negatif intratorasik basınç büyümüş bir tiroid bezinin retrosternal alana göçünü kolaylaştıran başlıca faktörlerdir. ITG genellikle ileri yaşlarda başlıca altıncı dekatta görülür. Hastaların %20-30'unda tiroid palpe edilemez ve kitlenin tamamı toraks içindedir. Başlıca klinik semptomlar komşu visseral, nöral ve vasküler yapıların deplase olmasına bağlı olup hastaların %20-60'ında trakeal kompresyon ve hava yolu daralması önde gelir. Trakeal deviasyon ve obstrüksiyonun değerlendirilmesinde akciğer grafisi oldukça yararlıdır ve hastaların %60-90'ında patolojik bulunmuştur. ITG'ın tercih edilen tedavisi cerrahidir.

Olgu: Altmış bir yaşında kadın hasta, opere abdominal herni, apendektomi ve total tiroidektomi öyküleri mevcut. İki ay önce göbek fıtığından dolayı opere olduktan sonra satürasyon düşüklüğü ve efor dispnesi olması nedeniyle hastaya toraks tomografisi çekilmiş, hastada intratorasik lezyonlar saptanmış. İntratorasik lezyonlar nedeniyle hastaya plonjan guatr ön tanısı ile tiroid sintigrafisi çekildi. Tirod sintigrafisinde lezyonlar rezidü tiroid dokusu olarak değerlendirildi. Hastanın bakılan tiroid fonksiyon testleri normal aralıktaydı. (TSH:0,93 mIU/L Serbest T3:3,39 ng/L Serbest T4:0,96 ng/dL) Hastaya mediastendeki kitleler nedeniyle tanısal endobronşial fiberoptik bronkoskopi yapıldı, biyopsi sonuçları tiroid karsinom metastazı olarak raporlandı. Hasta intratorasik lezyonları nedeniyle opere edildi. Operasyonla alınan biyopsi materyalleri tiroid papiller kanseri metastazı olarak değerlendirildi.

BT



BT'de İntratorasik Lezyonlar

Tartışma-Sonuç: İntratorasik kitleler semptomatik olabildiği gibi asemptomatik olup rastlantısal ortaya çıkabilir. Benign olabilmekle birlikte malign de olabilirler. Hastalara görüntüleme yaptıktan sonra örnekleme yapıp tanı koymak gerekir.

Anahtar Kelimeler: İntratorasik Kitle, Rezidü Guatr, Malignite

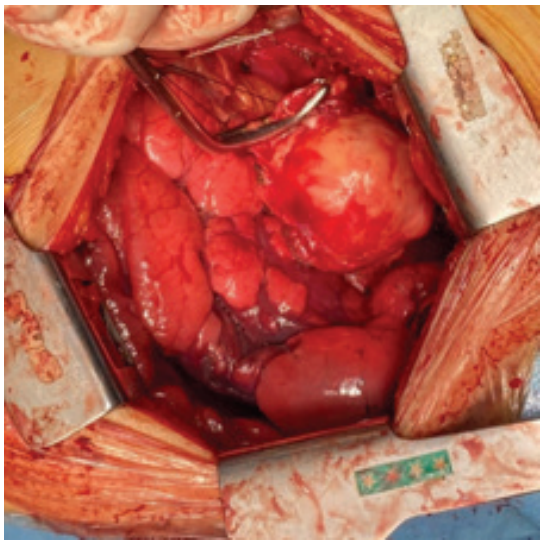
PS-100 Perikarda ve Akciğer Parankimine İnvaze Mediastinal Kistik Teratomun Komplet Rezeksiyonu

Sena Yıldız[1], Pelin Erdizci[1], Serkan Bayram[1], Serda Kanbur Metin[1], Mustafa Akyıl[1], Selami Volkan Baysungur[1]

[1]SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Cerrahisi Kliniği

Giriş-Amaç: Primer germ hücreli tümörlerin ekstragonadal yerleşimlerinden biri mediastendir ve mediasten tümörlerinin %10-15ini oluştururlar. Mediastinal teratomlar genellikle benign lezyonlardır ve sıklıkla ön mediasten yerleşimlidir. Sıklıkla adolesan ve genç erişkin çağda görülürler. Hastaların %60'ı asemptomatiktir ve insidental olarak akciğer grafisi ile saptanırlar. Tedavide ilk tercih cerrahi rezeksiyondur ve komplet rezeksiyonlarda nüks nadirdir.

Olgu: İşe giriş sağlık raporu için hastaneye başvuran 24 yaşında kadın hastanın akciğer grafisinde mediastende genişleme görülerek toraks bilgisayarlı tomografi çekilmiş. Mediastinal kitle tespit edilmesi üzerine göğüs cerrahisi polikliniğimize yönlendirilmiş. Hasta polikliniğimize başvurusunda MRG ve PET-CT'ye (pozitron emisyon tomografi-bilgisayarlı tomografi) yönlendirildi. Çekilen PET-CT' de prevasküler alan sol kesimde 56.6mm, yer yer kalsifiye, kapsüler görünümlü, ametabolik alanlar da içeren SUVmax (maximum standardized uptake value) değeri 2.7 olan kitlesel lezyon görüldü. Sol torakotomi ile kitle eksizyonu planlanarak interne edildi. Genel anestezi altında posterolateral torakotomi ile sol hemitoraksa girildi. Kitle anterior mediastende palpe edildi, sol akciğer üst loba ve perikarda invaze olduğu görüldü. Kitle sol üst lobdan serbestlendi ve perikard açılarak mediastenden ayrıldı. (Resim 1) Altı cm çapındaki kitle intakt şekilde total eksize edildi. Postoperatif 2.gününde dreni sonlandırılan hasta 3.gününde taburcu edildi. Patoloji sonucu kistik teratom olarak raporlandı. Makroskopik olarak 9x6.5x6 cm düzgün sınırlı noduler yapı, kesitinde macun kıvamında materyal ve kıl görünümü tariflendi. Hastanın kontrol muayenelerinde komplikasyon gözlenmedi.



Resim 1

Tartışma-Sonuç: Nadir de olsa kistik teratomlar plevra, perikard, mediasten veya trakeobronşiyal ağaca perfore olabileceği ve hayatı tehdit eden komplikasyonlara yol açabileceği için cerrahi rezeksiyon gerektirir. Komplet rezeksiyonlarda sonuçlar oldukça iyidir, genellikle kür sağlanır ve nüks nadirdir. Sunduğumuz olguda perikarda ve akciğer parankimine invazyon olmasına rağmen komplet rezeksiyon sağlanmış olup kontrol muayenelerinde komplikasyon ya da nüks saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Teratom, Mediastinal Kitle

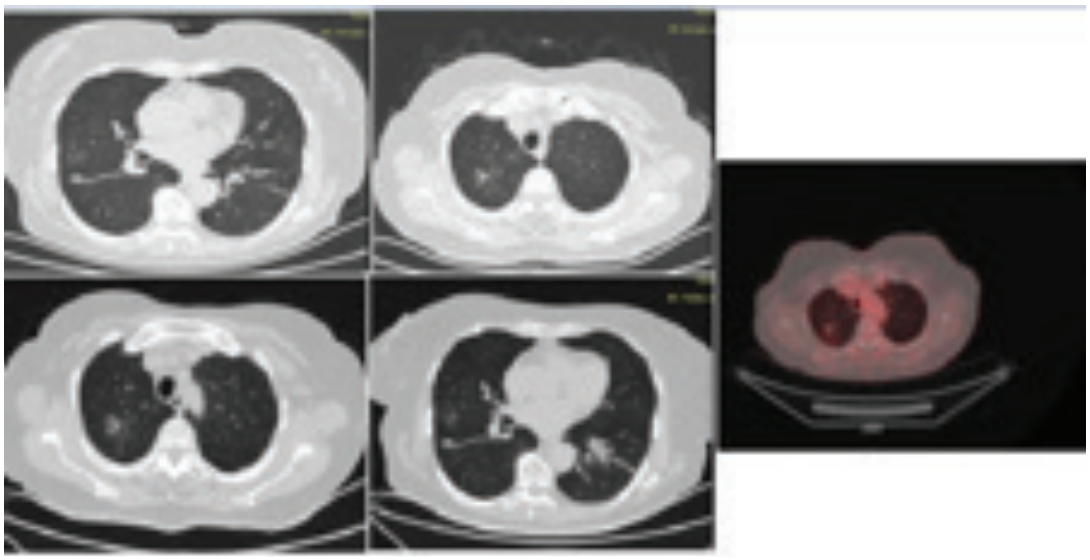
PS-101 Pnomoni mi? Akciğer Kanseri mi?

Umut İlhan[1], Merve Dilşad Gün[1], Bahar Aydoğar[1], Demet Turan[1], Zeynep Güney[1], Mustafa Çörtük[1], Erdoğan Çetinkaya[1]

[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Buzlu cam opasitesi, Yüksek Çözünürlüklü Bilgisayarlı Tomografi (YÇBT)'de vasküler ve bronşial yapıları örtmeden akciğer dansitesindeki sisli artışı tanımlayan bir terimdir. Nonspesifik bir bulgudur ve ayırıcı tanısı akut alveolar hastalıkları, enfeksiyöz durumları ve kronik interstisyel hastalıkları içeren geniş bir yelpazede değerlendirilir. Bu olgumuzda poliklinikte multiple buzlu cam ile takip edilen hastanın ayırıcı tanısında yapılan işlemlerden bahsedeceğiz.

Olgu: 74 yaşında bilinen hipotiroidi ve KOAH tanılı, 35 p/y exsmoker kadın hastanın 2018 yılında pnömoni sonrası çekilen toraks BT'sinde her iki akciğerde ortalama 6 mm çapında fokal buzlu cam nodülleri izlenmiştir (Şekil1). Buzlu cam infiltrasyonları enfeksiyon ile ilişkilendirilip antibiyoterapi verilip hastaya 6 ay sonra kontrol BT önerilmiş. Hasta kontrole gelmeyip 2021 yılında hırıltılı solunum nedeniyle tekrar polikliniğimize başvurmuş. Sağ akciğer alt lob ve sağ akciğer üst lobda yaklaşık 1 cm kadar küçük düzensiz sınırlı fokal konsolide alanları görülmüş. Bunun üzerine PET BT çekilmiş. PET BT de kayda değer FDG tutulumu izlenmemiş (Resim3). Hastamıza bronkoskopi yapılmış. Tüm lob ve segmentler açık olup akut patoloji düşünülmemiş. Sağ üst lobdan ve sağ alt lobdan bronş lavajı alınmış. Bronş lavajı histopatolojik sonucunda squamöz metaplazik hücreler gelmesi üzerine cerrahi konsey sonucunda wedge rezeksiyon yapılması planlanmış. Sağ akciğer üst lob ve sağ akciğer alt loba wedge rezeksiyon yapılmış. Histopatolojik/sitopatolojik tanı olarak lepidik tip adenokarsinom tanısı geldi. Hastamızdan EGFR, ALK, ROS-1 PDL-1 istendi. Onkoloji polikliğine yönlendirildi.



Figür 1. Her iki akciğerde ortalama 6 mm çapında fokal buzlu cam nodüllerin BT ve PET BT görüntüleri.

Tartışma-Sonuç: Hastamızdaki gibi olgularda, klinik ve radyolojik bulgular ile; pnomoni, interstiyesel akciğer hastalıkların ve malignitenin ayrımı yapılması zordur. PET BT de kayda değer FDG tutulumu görülmeyen hastalarda malignite dışlanmamış olup ileri tetkik yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pnomoni, Akciğer Kanseri, İnterstisyel Akciğer Hastalığı

PS-102 Radyolojik Olarak Miliyer Görünümle Başvuran Akciğer Adenokarsinom Olgusu

Sinan Çolak[1], Sami Deniz[1], Onur Karaman[1], Tülay Akarca[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğer adenokarsinomu, akciğer kanserlerinin yaklaşık %50'sini oluşturur. Diğer akciğer kanserlerinin aksine adenokarsinomlar ile sigara içimi arasında zayıf bir ilişki olup çoğunlukla sigara içmeyen kadın hastalarda görülür. Sıklıkla periferik ve subplevral alanlarda yerleşim gösterir. Radyolojik olarak iyi sınırlı lobule veya spikule konturlu lezyonlar veya soliter pulmoner nodul şeklinde görülebilirler. Bilgisayarlı tomografide, kitle içerisinde hava bronkogramları izlenebilir. Periferik yerleşimli kitleler doğrudan plevra invazyonu yaparak plevra boyunca dairesel büyüme gösterirler. Bunun dışında tanı anında lenfo-hematojen yayılım olanlarda bilateral infiltratif nodüler opasiteler ve düzensiz retiküler dansite artışı olabilir.

Olgu: Daha önceden bilinen bir hastalığı olmayan, ev hanımı, 34 yaşında kadın hasta, ilerleyen nefes darlığı ve öksürük şikayetiyle tarafımıza başvuruyor. Başka bir ek şikayeti olmayan hasta mevcut şikayetlerinin son birkaç aydır arttığını belirtiyor. Öz geçmişte bilinen bir hastalık öyküsü olmayan hasta 7 py sigara içme öyküsü tarifliyor ve 15 yıl önce bıraktığını ifade eden hasta soy geçmişte bir özellik tanımlamıyor. Fizik muayenede vital bulgular normal ve solunum sistem muayenesinde özellikle alt zonlarda bilateral ince raller dışında ek bulgu saptanmdı. Akciğer grafisinde bilateral hetorojen dansite artışı ve milimetrik nodüler opasiteler mevcut idi. Laboratuvar sonuçlarında ELİSA yöntemi ile bakılan anti-hıv negatif, hemogram ve biyokimya sonuçlarında bir patoloji saptanmadı. Dış merkezde çekilen tomografide sağ akciğer üst lob anterior segmentte net seçilemeyen spiküle kontürlü nodül, mediastende multiple milimetrik lenf nodları ve her iki akciğer parankiminde birbiriyle birleşme eğiliminde, heterojen, miliyer infiltratif nodüler opasiteler mevcut idi. Tarafımıza miliyer tüberküloz ön tanısıyla yatırıldı. Anestezi eşliğinde FOB işlem sonrası mikrobiyolojide tüberküloz PCR negatif , ARB negatif olması ve patolojide adenokarsinom tanısı gelmesi üzerine hastamız onkoloji servisine nakledildi.

Tartışma-Sonuç: Primer akciğer malignitelerinin akciğere metastazının bir çeşidi olan lenfohematojen metastaz hastalığın doğal seyri sırasında ortaya çıkabileceği gibi başlangıç dönemi bulgusu da olabilmektedir. Daha önceden bilinen primer bir tümör hikayesi olmayan hastalarda klinik ve radyolojik bulgular ile ön tanıda mutlaka lenfohematojen metastaz akla getirilmesi gerektiği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Adenokarsinom, Lenfohematojen Yayılım

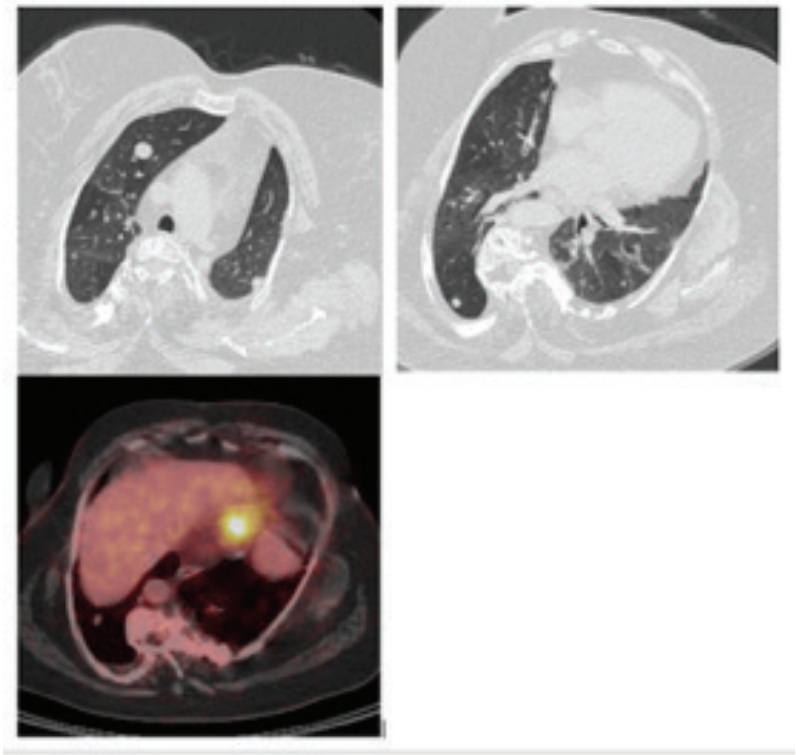
PS-103 Benign Metastaz Yapan Leiyomyom

Güzide Tomas[1], Gül Ünalan[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Benign metastaz yapan leiyomyom; uterin leiyomyomu olan kadınları etkileyen, uterus dışı bölgelere metastaz yapan nadir bir hastalıktır. Akciğer bu nadir hastalığın uterus dışına yaptığı metastazlardaki tutulan en sık organlardan biridir. Akciğerlerde bilateral düzgün sınırlı konsolide veya buzlu cam alanları şeklide görüntüleme bulguları ile seyreder. Covid-19 pnömonisi, broşiolitis obliterans organize pnömonisi, akciğer maligniteleri gibi birçok hastalıkta benzer görüntüleme bulguları ile tanıya gidilmekte olup kadın hastalarda akılda tutulması gerekmektedir.

Olgu: 48 yaşında kadın hasta, Haziran 2021'de hastaneye vajinal kanama ile başvurmuştur. Uterusta çok sayıda myom görülmüş olup kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından total histerektomi + bilateral salfingooferektomi (tah+bso) planlanmıştır. Kifoskolyozu da olan hastanın operasyon öncesi değerlendirmede çekilen toraks bt'sinde akciğerlerde bilateral nodüler lezyonları olduğu görüldü. Hastaya metastaz şüphesi ile pet CT istendi. Pet CT'de uterustaki ve akciğerlerdeki lezyonlarda ve vücudun herhangi bir başka bölgesinde FDG tutulumu gözlenmemiştir. Vajinal kanaması artması üzerine hastaya tah+ bso yapıldı ve patolojisi leiyomyom olarak gelmiştir. Akciğerdeki lezyonlardan ise wedge biyopsi yapılmış olup patolojisi 'benign metazing leiyomyom' olarak gelmiştir. Bilinen herhangi bir tedavisi olmayıp hasta takibe alınmıştır. Tah+bso operasyonundan 6 ay sonra kontrol toraks tomografisi çekilen hastanın lezyonlarında belirgin regresyon olup hasta hala takiptedir.



Akciğer görüntüleri

Sol üst-Haziran 2021 toraks BT sağ üst- Ocak 2022 toraks BT sol alt- Aralık 2022 pet CT

Tartışma-Sonuç: Uterin leiyomyomlar premenapozal dönem kadınlarda sık görülmekte olup çoğu zaman kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarınca takibe alınmaktadır. Akciğer görüntülemesi yapılmayan hastalarda uterustaki myomların akciğer tutulumuna tanı konulamamaktadır. Çoğunlukla inisidental olarak saptanmaktadır. Vaka bildirimleri genellikle tek olgu şeklinde olup uterus ve akciğerlerde birlikte görülme istatistik verileri yetersizdir. Uterin leiyomyomu olan kadınlarda, myom nedeni ile takibe alınmış veya operasyon yapılmış hastalarda akciğer görüntüleme bulgularında akla gelmesi bakımından önemli bir vakadır. Hastaların anamnezi dikkatli alınmalı ve yıllar önce dahi uterin myom nedeni ile opere edilmiş hastalarda ve akciğer maligniteleri ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Benign Metastaz Yapan Leiyomyom, Akciğer Kitleleri, Uterin Leiyomyom

PS-104 İzole Göğüs Duvarı Kitlesi Olarak Ortaya Çıkan Hodgkin Dışı lenfoma

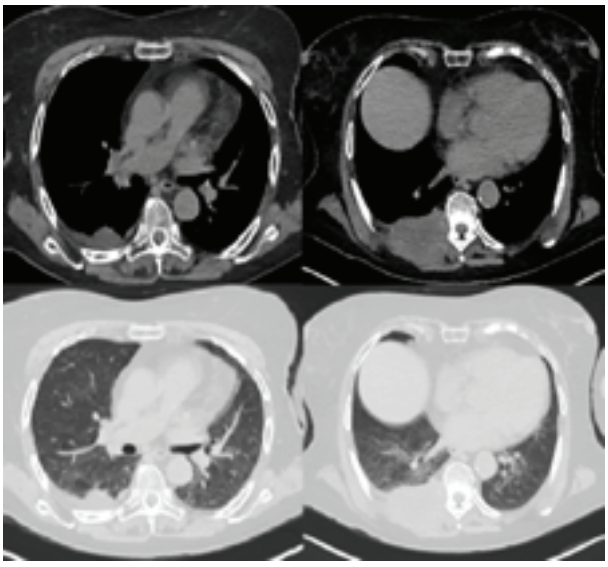
Kübra Ünal Karaca[1], Mustafa Düger[1], Şükrü Egemen Demir[1], Ayşenur Ertaş[1]

[1]Medipol Mega Üniversite Hastanesi

Giriş-Amaç: Göğüs duvarı tümörleri vücudun bütün primer tümörlerinin %2'sini, toraksa ait malignitelerin %5'ini oluşturur. NHL intratorasik tutulum, mediyastinal, hiler lenfadenopatiler ya da akciğer parankimi tutulumu şeklindedir. NHL'da izole göğüs duvarı tutulumu nadirdir. En çok büyük hücreli lenfomada görülür. Biz bu olguda mediasten tutulumu olmaksızın sağ hemitoraks posteriorunda göğüs duvarı yerleşimli, paravertebral kaslara invaze olan nadir görülen non-Hodgkin lenfoma olgusunu paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 71 yaşında kadın hasta 1 aydır var olan sağ göğüs ve lomber ağrı ile başvurdu. Ateş, öksürük, nefes darlığı gibi semptomları yoktu. Gece terlemesi olan hasta 5 ayda 5 kilo vermiş. 50 sene evvel epilepsi tanısı konulan hasta antiepileptik kullanıyordu. Kişisel travma veya ameliyat öyküsü ve ailesinde malignite öyküsü yoktu. Fizik muayenede, sağ hemitoraks posteriyorunda 7. ve 8. kotları tutan, sert, fikse kitle palpe edildi. Sağ akciğerde solunum sesi azalmıştı. Laboratuvar değerlerinde hemoglobin 10.4 gr/dl, CRP:120, Alkalen fosfataz:112 eritrosit sedimantasyon hızı 115 mm/saat, LDH 246 U/l olarak tespit edildi. Çekilen bilgisayarlı tomografide sağ hemitoraksta posteriorunda izlenen 7-8-9. kosta posteriorunu destrükte eden, ekstratorasik alana uzanım gösteren, posteriorda paravertebral kaslara invazyon gösteren 10x5x6cm boyutlarındaki ekspansil yumuşak doku izlendi. T7-8 ve T8-9 sağ intervertebral foramenlerinin kitle tarafından infiltre edildiği izlendi, patolojik boyutlu mediyastinal lenfadenopati yoktu. Primer/sekonder kemik malign proçesler açısından PET/CT istendi ve göğüs duvarındaki kitleden tanı amaçlı trucut biyopsi uygulandı. Alınan biyopsinin histopatolojik inceleme sonucu Diffüz büyük B hücreli lenfoma olarak rapor edildi ve immünohistokimyasal incelemede CD30 (+), CD20 (+), multipl miyelom onkojen 1 (MUM-1), Bcl-6 pozitifti. Ki-67 indeksi %80 tespit edildi. CD3, CD10, CD117, CD43, CD68, CD138 negatifti. Hasta Hematoloji Anabilim Dalı'na sevk edildi.

PET/CT



Tartışma-Sonuç: Göğüs duvarının primer lenfoması oldukça nadirdir. Literatürde komşu mediyasteni veya akciğer dokusunu tutmaksızın göğüs duvarını ve diğer kemik yapılarını tutan oldukça az sayıda NHL olgusuna rastladık. Cerrahi tedavi de uygulanan bu hastalarda, hastalığın metastaz ile seyrettiği durumlarda kemoterapi ve radyoterapi ile oldukça iyi sonuçlar alınmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Lenfoma, Non Hodgkın Lenfoma, Göğüs Duvarı Kitlesi, Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma

PS-105 Senkron Akciğer Adenokanser Olgusu

Elif Selçuk[1], Aslıhan Gürün Kaya[1], Miraç Öz[1], İslam Aktürk[2], Gökhan Kocaman[2], Seher Yüksel[3], Serkan Enön[2], Aydın Çiledağ[1], Akın Kaya[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD
[3]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji AD

Giriş-Amaç: Senkron tümör, primer tümör tanısı sırasında veya altı ay içinde iki ayrı tümör gelişmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Akciğerin senkron tümörlerinin ve intrapulmoner metastaz ayrımını yapmak zordur. Ayrımının yapılması ise tedavi ve prognoz açısından önemlidir. Bu nedenle özellikle aynı anda iki kitle saptanan hastalarda senkron akciğer kanseri ve metastaz açısından ileri inceleme yapılmalıdır.

Olgu: Bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabetes mellitusve hipertansiyon tanıları, 23 paket-yıl sigara öyküsü ve ailede akciğer kanseri öyküsü olan 71 yaşında erkek hasta kliniğimize atak şeklinde gelen öksürük ve eşlik eden köpüklü ve beyaz renkli balgam şikayeti ile başvurdu. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ akciğer üst lob posterior segmentte spiküle konturlu 28 x 26 mm boyutlarında ve sağ üst lob apikal segmentte solid komponenti baskın 30 x 36 mm boyutlarında subsolid nodül saptandı. Hastaya pozitron emisyon bilgisayarlı tomografi (PET-BT) çekildi. PET-BT'de sağ akciğer apekste plevraya komşu kitlede nonhomojen patolojik aktivite birikimi (SUVmax:3.2) ve diğer kitlede fokal yoğun aktivite birikimi (SUVmax:17.4) saptandı. Hastaya göğüs cerrahisi tarafından sağ üst lobektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Patoloji sonucunda posterior segment yerleşimli kitle az diferansiye adenokarsinoma (grade 3) ile uyumlu sonuçlanırken, apikal yerleşimli kitle orta diferansiye adenokarsinoma (grade 2) olarak, cerrahi sınırlar ve tüm lenf nodları malignite negatif olarak raporlandı. Grade 2 tümörde; papiller (%70), lepidik (%20) asiner (%10) paternler ve ve grade 3 tümörde solid (%50), kribriform (%40) ve asiner (%10) paternler izlendi. Bulgular senkron adenokarsinoma olarak kabul edildi. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hastaya tıbbi onkoloji tarafından adjuvan karboplatin ve vinorelbin tedavisi başlandı.

Tartışma-Sonuç: Senkron akciğer kanserleri ile intrapulmoner metastaz arasındaki ayrım hastalığın evrelemesi, prognozu ve tedavisi için önemlidir. Olgu, akciğer kanseri ile takip edilen hastalarda nadir de olsa senkron tümör gelişebileceğini göstermek için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Senkron Tümör, Adenokanser, Lobektomi

PS-109 Nadir Bir Olgu: Sklerozan Pnömositoma

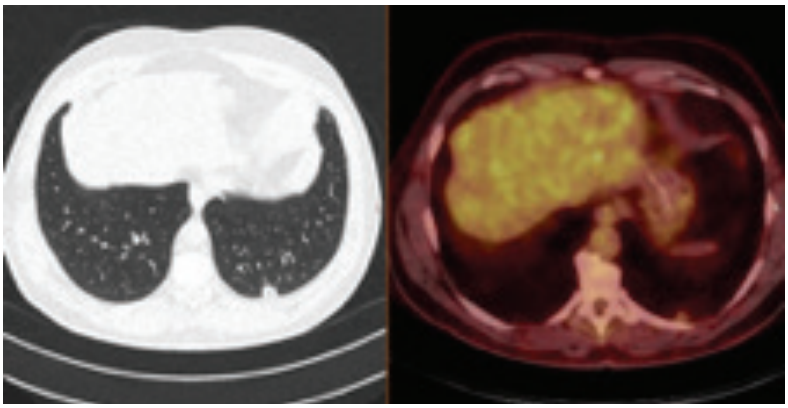
Şükriye Öner[1], Fatih Üzer[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Sklerozan pnömositoma diğer adıyla Sklerozan hemanjioma çoğunlukla orta yaşlarda ve kadınlarda görülen benign karakterli, rekürrens göstermeyen, nadir görülen neoplazidir. Genellikle hastalar aseptomatiktir. Görüntülemede, sklerozan pnömositoma, iyi sınırlı nodül veya kitle olarak görülebilir, çoğunlukla plevraya yakın yerleşimlidir. Sklerozan pnömositomayla ilişkili ölüm bildirilmemiştir.

Olgu: 55 yaş erkek hasta, göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Hastanın hipertansiyon, hiperlipidemi ve geçirilmiş mı nedenli stent öyküsü vardı. Hastanın ateş, öksürük, balgam, B semptomu yoktu. Hastanın 40 paket/yıl sigara öyküsü vardı, sigarayı bırakmıştı. Muayenesinde ral, ronküs duyulmadı. Vitaller stabildi, oda havasında SpO2: %96.Laboratuar sonuçları hemoglobin: 13,3 g/dL, lökosit:6,23 BIN/mm3, nötrofil: 3,31 BIN/mm3, eozinofil: 0,12 BIN/mm3, CRP:1,51 mg/L saptandı. Hastanın bilgisayarlı tomografi (BT)'si değerlendirildiğinde, mediastende patolojik boyutta büyümüş lenf nodu izlenmedi. Sol akciğer alt lob bazal posterior kesiminde plevral tabanlı, taban çapı yaklaşık 14 mm, ön-arka çapı yaklaşık 12 mm olarak ölçülen üçgenimsi tarzda nodül benzeri görünüm izlendi. Ayırıcı tanıda pulmoner enfarkt, subsegmental atelektazi ve yer kaplayıcı lezyon düşünüldü. Emboli ekartasyonu için perfüzyon sintigrafisi çekildi ,perfüzyon defekti izlenmedi, pulmoner emboli dışlandı. Hasta radyolojik olarak takibe alındı. Üç ay arayla çekilen BT'ler karşılaştırıldığında bulgular benzerdi, sol alt lob posteriorda tarif edilen nodül mevcuttu. Hastaya çekilen PET-BT'de; Sol akciğer alt lob posterior bazalde 12x11 mm boyutlu, 13x9 mm boyutlu çok düşük aktiviteli (SUV max 1.7) nodüler opasite izlendi. Başka patolojik tutulum izlenmedi. PET-BT'yle düşük gradeli malign lezyon? benign lezyon? ayrımı yapılamadı. Malignite riski nedeniyle göğüs cerrahisine rezeksiyon açısından yönlendirildi. Wedge rezeksiyon yapıldı. Hastanın patoloji sonucu 'Sklerozan Pnömositoma' olarak raporlandı.

Resim 1



Tartışma-Sonuç: Sklerozan pnömasitoma çoğunlukla orta yaşlarda, kadınlarda görülen neoplazidir. Bizim hastamız orta yaşlı, ancak erkekti. Sklerozan pnömositoma radyolojik olarak akciğer grafisinde düzgün sınırlı ve iyi tanımlanabilen lezyonlar, akciğer BT'sinde ise genellikle periferik yerleşimli, iyi sınırlı, soliter görünüm şeklinde izlenir. Bizim hastamızdaki plevral tabanlı, üçgen şekilli nodül; literatürdeki radyolojik bulgularla uyumlu görülmüştür. Sonuç olarak sklerozan pnömositoma nadir görülen akciğer tümörüdür ve kliniğimizdeki vaka literatürdeki mevcut verilerle uyumluydu.

Anahtar Kelimeler: Sklerozan Pnömositoma

PS-110 Nadir Görülen Bir Vaka, Yüksek Dereceli B Hücreli Primer Pulmoner Lenfoma

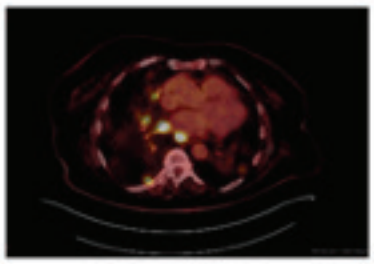
İnci Selimoğlu[1], Tunç Batuhan Acar[1], Neslihan Özçelik[1], Cüneyt Yurdakul[2], Ünal Şahin[1]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

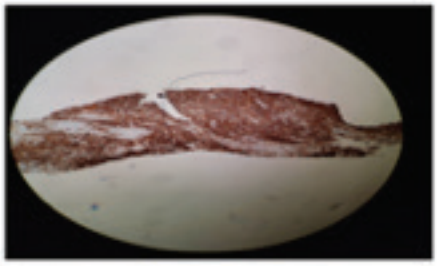
Giriş-Amaç: Akciğeri etkileyen lenfoproliferatif hastalıklar geniş bir klinik ve patolojik spektrumda ortaya çıkmaktadır. Malign lenfomalar genellikle primer lenf nodu kökenli olarak görülmesine rağmen, ekstranodal lokalizasyonda da görülebilir. Lenfoid neoplazmaların % 24-40'ı ekstranodal iken, akciğer başlangıçlı ekstranodal tutulum %4 oranında görülür. Bu vakada, nefes darlığı şikâyetiyle primer akciğer (yüksek dereceli B hücreli lenfoma) lenfoması tanısı konulan olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 76 yaşında kadın hasta; nefes darlığı ile başvurdu. Özgeçmişinde diyabet, hipertansiyon ve geçirilmiş tüberküloz vardı. Fizik muayene doğaldı. Laboratuvarda LDH yüksekliği dışında patoloji saptanmadı. Akciğer grafisinde (resim 4) Sağ hiler dolgunluk izlenen hastaya Toraks BT çekildi. Tomografisinde (resim 3) bilateral akciğerlerde multiple nodüller saptandı. Hastaya çekilen PET-CT'de (resim 1) Sağ akciğer santralde kitle/LAM pakesinde patolojik FDG tutulumu (SUVmax:21.0), mediastinal lenf nodlarında patolojik FDG tutulumu (SUVmax:20), her iki akciğer yaygın multiple nodüllerde patolojik FDG tutulumu izlendi (SUVmax:15). Yapılan bronkoskopi normal sonuçlandı. Sağ akciğerdeki lezyondan tru-cut biyopsi yapıldı. Patoloji (resim 2) sonucu "yüksek dereceli B hücreli lenfoma" olarak raporlandı. Hematoloji tarafından değerlendirilen hasta, Evre 4S olarak evrelendi ve kemoterapi tedavisi başlandı.

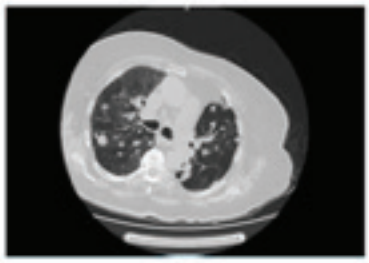
Tartışma-Sonuç: Primer pulmoner lenfomalar (PPL), tüm akciğer tümörlerinin yalnızca % 0,5'i oranında görülen nadir tümörlerdendir. PPL insidansı 2 dekatta pik yapmaktadır. Birincisi 5. dekatta ve ikincisi 6. dekat sonları ve 7. dekattır. Primer pulmoner lenfoma denince akla üç tür lenfoid tutulum gelir. En sık görüleni düşük dereceli B-hücreli PPL'dir, ikinci sırada yüksek dereceli B-hücreli PPL yer alır, lenfomatoid granülomatöz ise oldukça nadir görülür. Olgumuz 76 yaşında ve tanısı yüksek dereceli B hücreli PPL olarak sonuçlanan nadir bir olgu olarak sunulmuştur.



Resim 1



Resim 2



Resim 3

Resim 4

Anahtar Kelimeler: Akciğer, Lenfoma

PS-111 Tiroid Papiller Karsinomu Mediastinal Lenf Nodu Metastazı

Zeki Oğuzhan Bayraklı[1], Buket Kaytaz Alkaş[1]

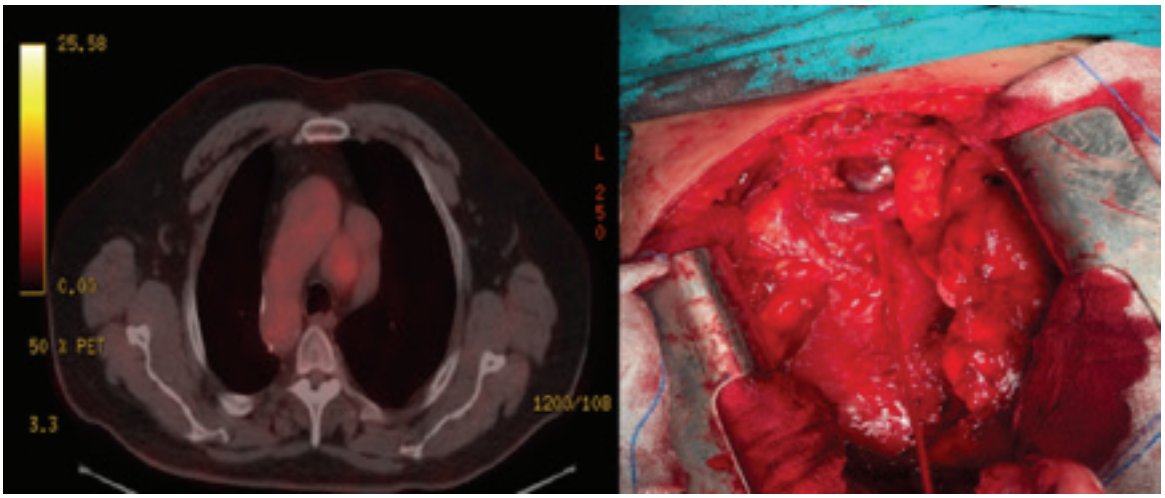
[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi, Göğüs Cerrahisi AD

Giriş-Amaç: Tiroid papiller karsinomu en sık görülen tiroid malignitesidir. Tiroid ilişkili malignitelerin %80 ini oluşturur. Özellikle 45 yaş altı bireylerde görülen, çoğu kez başarılı şekilde tedavi edilebilen, sonuçlarının en yüz güldürücü olduğu kanser türlerinden biridir. Teşhis anında hastaların çoğu ötiroidik ve asemptomatiktir. En sık görülen bulgular ağrısız şişlik, ses kısıklığı ve dispnedir. Tanıda usg ve ince iğne aspirasyon biyopsisi güvenilir bir yöntemdir. Metastazları sıklıkla boyun bölgesi lenf nodlarına olmakla birlikte uzak metastaz ihtimali de bulunmaktadır. Metastaz ve invazyon açısından şüphe olduğu takdirde bt, pet-bt, mr görüntülemelerine başvurulabilir. Post operatif dönemde hastalık nüksünü önlemek amacıyla hastalara radyoaktif iyot tedavisi verilebilir.

Olgu: 64 yaş erkek situs inversus totalis olan olgu boyunda şişlik nedeni ile genel cerahi polikliniğine başvurdu. Olguya tiroid papiller karsinomu nedeni ile genel cerrahi tarafından total tiroidektomi uygulandı. Postoperatif tümör boyutu büyüklüğü ve kapsül invazyonu nedeni ile radyoaktif iyot tedavisine yönlendirilen hastaya nükleer tıp tarafından alınan görüntülemede mediastende paratrakeal alanda lenf nodları saptandı. Tarafımıza konsülte edilen hastadan ebus istendi. Ebus ile paratrakeal lenf nodundan alınan örneğin patolojisi tiroid papiller karsinomunun lenf nodu metastazı ile uyumlu idi. Pet ct de mediastende paratrakeal alanda büyüğü 40x36mm boyutlarında birkaç adet lenf nodundan bazılarında artmış FDG tutulumu (En yüksek (SUVmaks:3.72) izlenmekteydi. Önceki radyolojilerle kıyaslandığında radyoaktif iyot tedavisine rağmen mediastinal lenf nodunda büyüme tespit edilen hastaya tarafımızca median sternotomi ile mediastinal lenf nodu küretajı yapıldı. İntraoperatif ve postoperatif dönemde komplikasyon izlenmeyen olgu 5. gününde taburcu edildi. Patoloji sonucu tiroid karsinom metastazı ile uyumlu geldi. Olgunun 6 aylık süreyle takibinde klinik ve radyolojik patoloji saptanmadı.

Tartışma-Sonuç: Tiroid papiller karsinomunda hastanın cerrahi sonrası radyoaktif iyot tedavisi alabilmesi için tümörün tam veya tama yakın çıkarılmış olması gerekmektedir. Bu nedenle mediastinal lenf nodu gibi uzak metastazların cerrahi ile tam küretajı tedavi etkinliğini artırabilmektedir.

Mediastinal Metastaz



Mediastinal Metastaz Görüntüsü

Anahtar Kelimeler: Papiller Tiroid Karsinomu, Mediastinal Metastaz

PS-112 Dev Soliter Fibröz Tümör Dört Yıl Sonra Nüks Edince Cerrahi Olur mu?

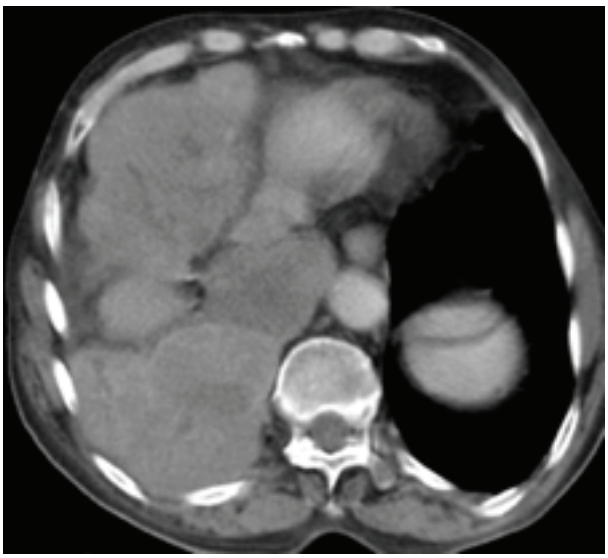
Fatih Meteroğlu[1], Menduh Oruç[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Soliter fibröz tümör plevranın nadir görülen benign tümörleridir. Ancak nadiren de olsa malignite dönüşme riskine karşı hasta opere edildikten sonra takibe alınmalıdır. Hastamızın ilk operasyonu 2016 yılında yaklaşık 15x10 cm ebadındaki kitleyı çıkardık. Malign fibröz tümör tanısı nedeniyle hastaya KRT verildi. Ancak dört yıl sonra nüks ile geldi. Tüm tetkikler sonrası hastanın başka yerde metastazı olmayınca opere edildi. Operasyon sonrası hasta şifa ile taburcu edildi. Soliter fibröz tümör plevranın az görülen tümörü olup, çoğunlukla visseral plevradan köken alır. Kesin tanı için genellikle torakotomi ve kitlenin total eksizyonu gerekmektedir. Cerrahi rezeksiyon genel olarak küratif olmakla birlikte, az da olsa lokal nüks ihtimali vardır. Olgumuz 4 yıl sonra nüks ile geldi.

Olgu: Göğüs ağrısı, nefes darlığı ve kilo kaybı şikâyetiyle kliniğimize refere edilen 68 yaşındaki erkek hasta yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde sağ ön64 ve 10. kot arasında akciğer sesleri alınmıyordu. Diğer sistem muayenelerinde ve laboratuvarında bir özellik yoktu. Öz geçmişinde 2016 yılında sağ hemitorakstan SFT' den opere idi. Çekilen akciğer grafiğinde ise sağ alt zonda solid kitle görüntüsü mevcuttu. Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BT) ise sağ hemotoraksta kostofrenik sinüs düzeyinde diafragma komşuluğunda farklı ebatta çok sayıda nispeten düzgün sınırlı solid kitler mevcuttu (Resim 1). Hastaya tru-cut biyopsisi yapıldı, soliter fibröz tümör olarak geldi. Torakotomide eski insizyon hatı üzerinden girilerek ve 5. kot çıkartılaraktan toraksa girildi. Sağ hemitoraksta kapsüllü çok sayıda lezyonlar çıkartıldı (Resim 2). Hasta post-operatif 8. günde taburcu edildi.

Resim 1



Tartışma-Sonuç: Plevranın soliter fibroz tümörü genellikle viseral plevradan kaynaklanan ve oldukça nadir görülen bir tümördür. Yayınlanan çalışmalarda %80 oranında güçlü CD34 ekspresyonu olduğu ve keratin negatif olduğu gösterilmiştir. Benign ve malign SFT'le- rin her ikisinde de eşit oranda %100 Vimentin vardır. Olgumuzda Vimentin, CD34, BCL-2 diffüz pozitif idi. İnsidansı 2.8/100.000 olarak bildirilmiştir. Soliter fibröz tümörlerin tanısı konulunca mutlaka cerrahi planlanmalı ve tümörün çapı baz alınarak takip önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Plevranın Fibröz Tümörü, Fibröz, Soliter Tumör

PS-113 Pulmoner Meningotelyomalı Olgu

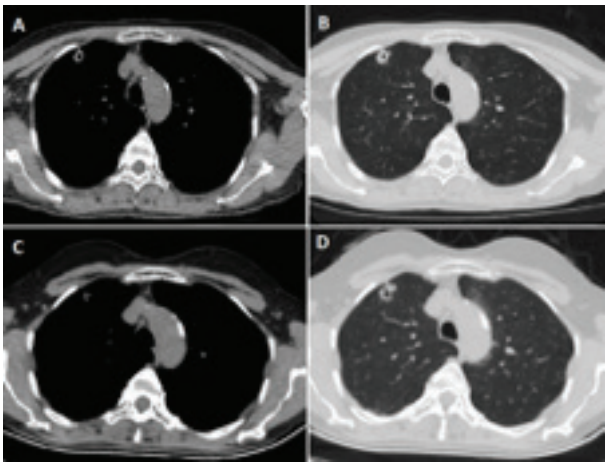
Ebru Bek[1], Celal Satıcı[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Pulmoner meningotelyal nodüller, akciğerin intertisyumunda yer alan küçük epiteloid hücre yuvalarından oluşan nadir lezyonlardır. Sıklıkla asemptomatiktir ve insidental olarak saptanırlar. Genellikle soliter nodüller olarak görülmekle birlikte multiple lezyonlar da tanımlanmıştır. Biz de nadir görülmesi sebebiyle meningotelyal nodül saptanan olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 58 yaşında, bilinen romatoid artrit (RA) tanılı kadın hasta, nefes darlığı şikayetiyle dış merkeze başvurmuş ve çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) sağ akciğer üst lob anterior segmentte düzensiz sınırlı kaviter 17x9 mm boyutlu nodül izlenmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Hastanın RA tanısı ile 12 yıl plaquenil sonrasında 5 yıldır leflunomid kullanımı, 20 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesi ve rutin hemogram, biyokimya parametreleri normaldi. Romatolojik markerları negatif saptandı. Balgamda ARB negatifti ve mikobakteri kültüründe üreme olmadı. Takibe alınan hastanın 5 ay sonra çekilen toraks BT'sinde sağ akciğer üst lobda anterior segmentte 16 mm çaplı plevra tabanlı milimetrik kaviter alanın da eşlik ettiği lobüle konturlu nodüler lezyonun olduğu görüldü. Hastaya PET-BT çekildi. Mevcut lezyon alanında izlenen hafifçe artmış FDG metabolizmasının (SUVmax: 3.6) öncelikle primer akciğer malignitesini düşündürmesi üzerine hastaya göğüs cerrahisi tarafından sağ üst lob segmentektomi yapıldı. Patoloji sonucu meningotelyomatöz nodül olarak raporlandı.

Olgunun Toraks BT Kesitleri



A) İlk BT mediasten kesiti B) İlk BT parankim kesiti C) Kontrol BT mediasten kesiti D) Kontrol BT parankim kesiti

Tartışma-Sonuç: Akciğerin benign ve malign mezenkimal tümörleri ender görülmektedir. Bu tümörlerin ayırıcı tanısında metastatik sarkomlar, primer veya metastatik sarkomatoid karsinomlar, mezotelyoma, germ hücreli tümörler, intrapulmoner timoma, melanom ve menenjiyom gibi tümörler yer almaktadır. Meningotelyal nodüller akciğerin benign mezenkimal lezyonlarından olup, neoplastik ve neoplastik olmayan akciğer hastalıkları ve nadiren ekstrapulmoner hastalıklarla ilişkili bulunmuştur. Daha çok kadınlarda ve yaşamın 6. ve 7. dekatlarında görülmektedir. Mikronodüller, retikülonodüler infiltrasyonlar veya buzlu cam opasiteleri şeklinde görülebilirler. Bazı olgularda, bizim olgumuzda da olduğu gibi kavitasyonlu nodüllerin varlığı bildirilmiştir. Metastatik hastalığı veya interstisyel akciğer hastalığını andıran diffüz bilateral meningotelyal nodüller oldukça nadirdir ve bu lezyonlar için "meningoteliomatozis" terimi önerilmiştir. Pulmoner nodüllerin ayırıcı tanısında meningotelyal nodüller de akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Meningotelyal Nodül, Meningotelyomatöz, Meningotelyomatozis

Poster Bildiri Oturumu 6: Yoğun Bakım, Uyku Bozuklukları, Çevre ve Meslek Hastalıkları

PS-114 Tüberkülozun Eşlik Ettiği Pnömokonyoz Olgusu

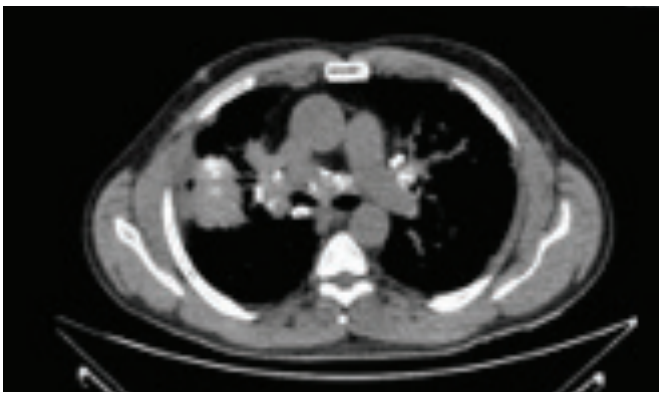
Serhat Özgün[1], Adem Koyuncu[1], Gülden Sarı[1], Cebrail Şimşek[1]

[1]Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pnömokonyozlar, akciğerlerde toz birikimi ve bunun sonucu oluşan doku reaksiyonu ile meydana gelen parankimal akciğer hastalıklarıdır. Akciğer tüberkülozu ile prezente olan, radyolojik olarak yumurta kabuğu kalsifikasyonun eşlik ettiği bir pnömokonyoz olgusunu sunduk.

Olgu: 62 yaşında erkek hasta 4 yıldır devam eden sağ göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Çekilen PA akciğer grafisinde bilateral retikülonodüler lezyonlar saptanması üzerine yatırılarak tetkik edildi. Eş zamanlı çekilen akciğer yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide mediastinal ve hiler alanlarda çoğunlukla kalsifikasyon içeren lenf nodları izlendi. Her iki akciğerde üst zonlarda izlenen hilustan perifere uzanan yer yer nodülarite gösteren düzensiz yumuşak doku dansiteleri-konsolide görünümler ile yaygın sentrilobüler nodüler ağırlıkta infiltratif dansiteler, peribronşial kalınlaşmalar, bronşiektaziler, yer yer interseptal kalınlaşmalar, dağınık kalsifik nodüller ve periferik küçük kollaps alanları izlendi. Meslek öyküsünde 30 yıl boyunca kurşun ve çinko çıkarılan Akdağmadeni'nde kazmacı, lağımcı olarak çalıştığı, dinamit ile patlatma yaptığı öğrenildi. Özgeçmişinde 2018 yılında öksürük ve balgam şikayetiyle değerlendirildiği, balgam ARB pozitif olarak geldiği ve 7 ay kadar yatarak tedavi aldığı öğrenildi. 2022 yılının 7. ayına kadar aralıklı olarak anti tüberküloz tedavi almış. 2018 yılında mediastinal lenfadenopatilere yönelik EBUS yapılmış, antrakotik lenf nodu parçaları olarak raporlanmış. 2018 yılında sağ akciğer üst lobdaki pnömokonyotik lezyona yönelik transtorasik biyopsi yapılmış, benign patoloji olarak raporlanmış. Hastaya pnömokonyoz tanısı konularak evreleme ve bildirimi yapıldı.

PMF ve yumurta kabuğu kalsifikasyonu



PMF ve yumurta kabuğu kalsifikasyonunun eşlik ettiği toraks BT kesiti

Tartışma-Sonuç: Silikoz ile tüberküloz ilişkisi bilinmektedir. Silika maruziyeti ile tüberküloz ve tüberküloz dışı mikobakteriyel enfeksiyonların sıklığı artmaktadır. Silika maruziyeti olan işçilerde silikoz olsun ya da olmasın özellikle Mycobacterium tuberculosis enfeksiyonuna sık rastlanmaktadır ve önemli bir ölüm nedenidir. Silikoz tanılı bir hastada öksürük, halsizlik, ateş, gece terlemesi, kilo kaybı gibi semptomların gelişmesi, asimetrik nodüller, kavitasyon, konsolidasyon gelişmesi ve hastalığın hızlı progresyonu eş zamanlı olarak tüberküloz gelişimini akla getirmelidir. Bu nedenle pnömokonyoz tanılı hasta takibinde tüberküloz gelişme olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pnömokonyoz, Silikozis, Tüberküloz

PS-115 Akciğer Kanserini Taklit Eden Bir Pnömokonyoz Olgusu

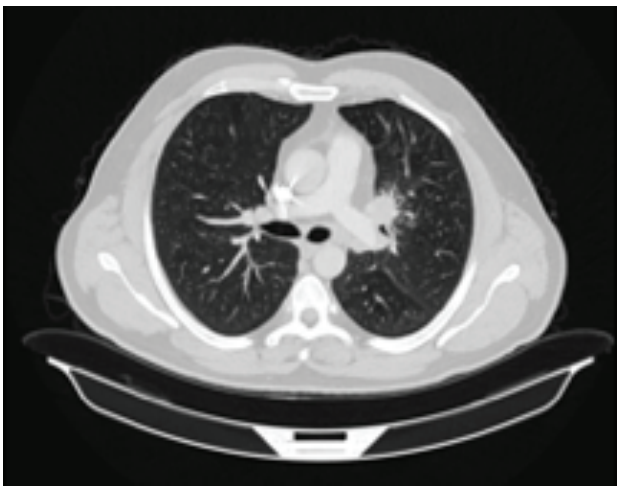
Didem Doğu Zengin[1], Dilek Ergün[1], Recai Ergün[1], Fikret Kanat[1]

[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş-Amaç: Önlenebilir bir meslek hastalığı olan pnömokonyoz kuvars, karbon, metal tozları başta olmak üzere bunlara maruz kalınan iş alanlarının birçoğunda yaygın olarak görülmektedir (1) Mesleki maruziyet ile ağır metallerin birçoğunun akciğer kanserine neden olduğu gösterilmiş olup silika grup 1a karsinojen olarak kabul edilmiştir. Asbest başta olmak üzere geçmiş karsinojen maruziyeti ile birlikte değerlendirildiğinde akciğer kanseri için %24 civarı bir risk bildirilmektedir.

Olgu: İş yeri rutin kontrolleri sonrası kliniğimize yönlendirilen 20 yıl döküm işinde çalışan 45 yaş erkek hasta son 1 ayda artan nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Hastanın son poliklinik kontrolünde çekilen akciğer bilgisayarlı tomografisi (BT)'sinde ;sol akciğerde hilus düzeyinde üst lob bronşunu çepeçevre saran düzensiz konturlu lezyon ,mediastende ve sol hiler bölgede büyüğü subkarinal olmak üzere çok sayıda lenfadenopati ve her iki akciğerde sentrasiner silik buzlu cam dansiteleri mevcuttu. Hastadan fiberoptik bronkoskopi ile transbronşiyal akciğer biyopsisi alındı. Bronkoskopi de endobronşiyal lezyon ve dıştan bası izlenmedi. Hastanın patolojik tanısı skuamöz metaplazi geldi. Hastanın malignite ayırımı açısından çekilen PET/BT'sinde toraks tomografisinden farklı olarak mediastende metabolik aktivite artışı gösteren lenf nodlarında 18F-FDG tutulumları tespit edildi. Sol hiler bölgede Toraks BT 'de tariflenen lezyon tekrar konseyde değerlendirilerek öncelikle peribronkovasküler yapılar ve lenf nodlarına ait olduğu kabul edildi. Hasta VATS (Video destekli torakoskopik cerrahi) 'a yönlendirildi. VATS ile alınan materyallerin patolojik incelemesi granülamatöz inflamasyon olarak gelen hasta da malignite dışlanarak pnömokonyoz tanısı ile takibe alındı.

Resim 1



Toraks Bt görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Olgumuzda olduğu gibi pnömokonyozlu hastalarda yapılan PET/BT incelemelerinde patolojik düzeyde artmış 18F-FDG tutulumu görülebildiği, kitlesel lezyonlarda hastanın mesleğinin ve mesleki toza maruziyet öyküsünün mutlak sorgulanması gerektiğini göstermeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Pnömokonyoz Kanser Lenfadenopati Kitle

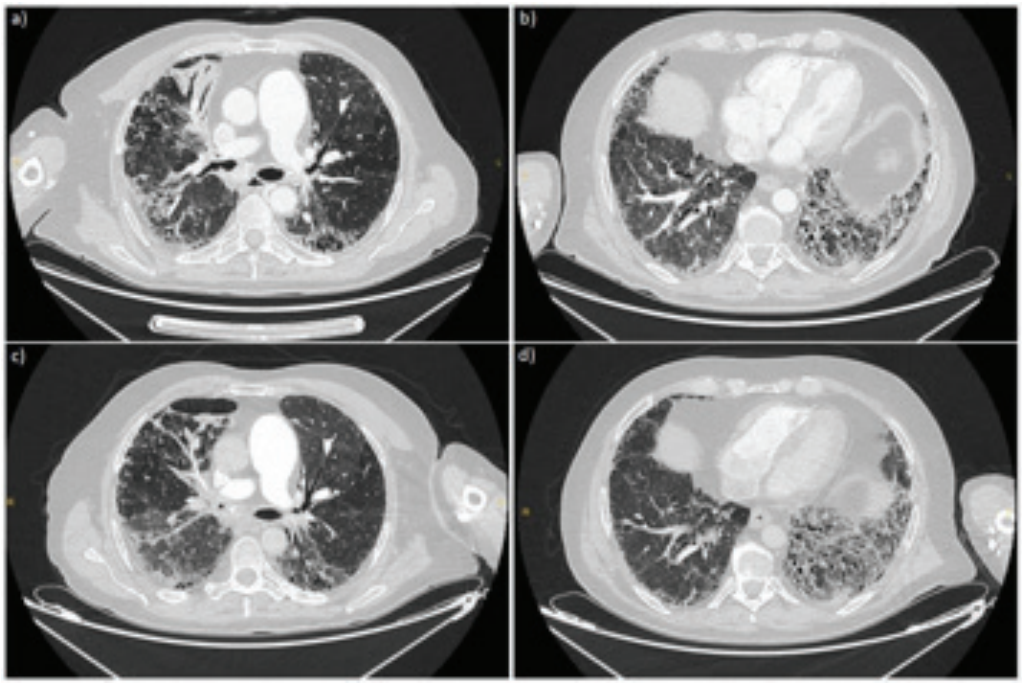
PS-116 Diş Teknisyeni Pnömokonyozu Tanılı Hastada Tüberküloz

Oğuzhan Şen[1], Beyzanur Karlıdağ[1], Emine Argüder[2]

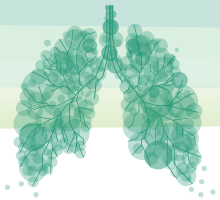
[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Pnömokonyoz, pulmoner fibrozise yol açabilen önemli bir meslek hastalığı olup kronik solunum yetmezliği nedeni olmasının yanında tüberküloz ve akciğer kanseri gelişimi için de risk faktörüdür. Diş teknisyeni pnömokonyozu (DTP) nadir, farklı bir pnömokonyoz grubudur. Diş teknisyenleri tarafından kullanılan akrilik resin, kuvartz, karbon, silika ve ağır metal tozlarına maruziyet sonucunda gelişen DTP; çeşitli tozlarla ilişkili kompleks bir pnömokonyozdur. Burada, tüberküloz tespit edilen DTP tanılı olgumuzu, DTP olgularında tüberküloz tanı ve tedavisinin zor olması nedeniyle sunduk.

Olgu: 61 yaşında erkek hasta kliniğimize nefes darlığı ve efor kapasitesinde azalma nedeniyle başvurdu. Daha öncesinde meslek hastalığı, pulmoner fibrozis tanısıyla dış merkezlerde takip edilmiş ve steroid tedavisi kullanmıştı. Yaklaşık kırk yıl diş teknisyenliği yapmış. Sigara öyküsü yok. Daha önce Covid-19 geçirmemiş. Evcil hayvan, güvercin besleme öyküsü yok. Fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinç açık, oryante ve koopere olan hasta ciddi dispneikti. Bilateral ronküsleri mevcuttu. Toraks BT'de mediastinal, subkarinal en büyüğü 23x15mm boyutunda ölçülen egg-shell kalsifikasyon içeren lenfadenopatiler izlendi. Her iki akciğerde mozaik perfüzyon paterni, tüm zonlarda yaygın interlobüler septal kalınlaşmalar ile fibrotik çizgisel dansite artımları, ayrıca alt loblarda bal peteği görünümü, sağ üst lobda sentrilobüler nodüler dansite artımları izlendi. Sağ akciğerde izlenen sentriasiner nodüler dansiteler nedeniyle bakılan balgam ARB sonuçlarının sırasıyla ++/+/++ gelmesi üzerine hastaya dörtlü antitüberkülo tedavi başlandı. İki ay dörtlü, yedi ay ikili tedavi alan hastanın genel durumunda ve oksijen ihtiyacında kısmi düzelme oldu. Ancak, akciğer fibrozis bulguları ve kronik solunum yetmezliği devam eden hasta tedavi bitiminde akciğer nakli planı için ilgili kliniğe sevk edildi.



Resim 1. 1a. Toraks BT'de fibrotik değişikliklerin yanı sıra sentriasiner nodüler dansiteler, 1b. Sol akciğer alt lobda beligin fibrotik değişiklikler, 1c. 1a'da izlenen görünümlerin tedavi sonrası gerilemesi, 1d. Sol akciğer alt lobda belirgin fibrotik değişikliklerin tedavi bitiminde hafif ilerleme göstermesi izleniyor.



Tartışma-Sonuç: Diş teknisyeni pnömokonyozu önemli bir meslek hastalığı olup hastalarda ciddi solunumsal problemlere yol açmaktadır. Bunun yanında pnömokonyozlu hastalarda gelişebilecek tüberküloz gibi komplikasyonlar yönünden hasta takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Diş Teknisyeni Pnömokonyozu, Pnömokonyoz, Pulmoner Fibrozis, Meslek Hastalıkları

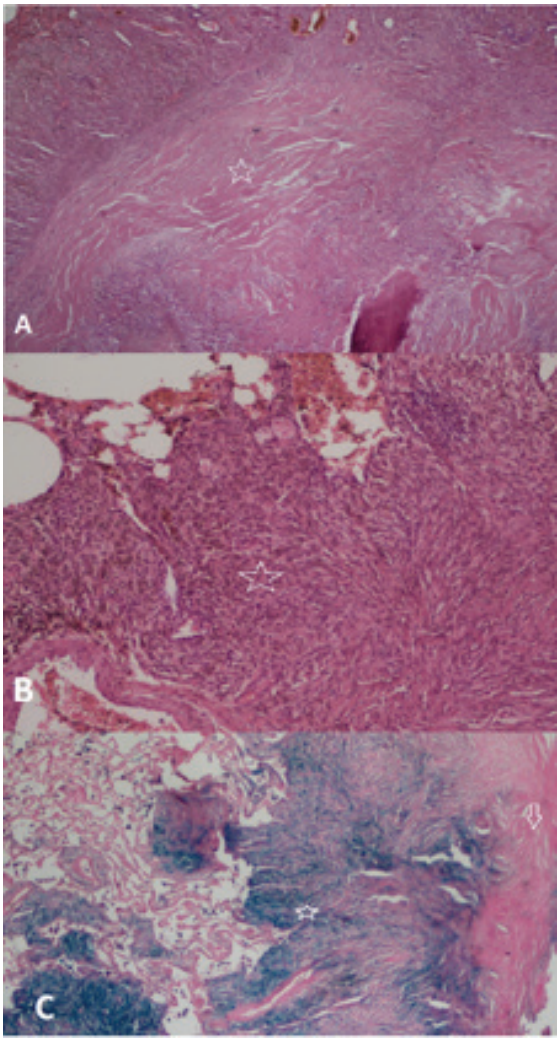
PS-117 Kaynakçı Akciğerinin Eşlik Ettiği Mikst Pnömokonyoz Olgusu

Beyza Aybüke Aydın[1], Nilüfer Onak Kandemir[3], Nurettin Karaoğlanoğlu[4], Hülya Çelenk Ergüden[1], Yasin Kocaman[1], Ayşegül Karalezli[2]

[1]Ankara Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları
[3]Ankara Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği
[4]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi

Giriş-Amaç: Pnömokonyozlar; çevresel tozların ve zararlı partiküllerin solunması sonucunda hava yollarını ve akciğer parankimini etkileyen hastalıklardır. Olguların çoğunda uzun süreli mesleksel maruziyet vardır. Fakat maruziyet öyküsü bilinmezse akciğer görüntüleme bulguları başka hastalıklarla karışabilir. Olgumuzda kaynakçı akciğerinin eşlik ettiği mikst pnömokonyoz tanısı alan bir vaka ayırıcı tanıları ile birlikte sunulmuştur.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 49 yaşında erkek hasta nefes darlığı şikayetiyle göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde 22 sene döküm ve taşlama işinde çalıştığı, kum toz ve reçine dumanı soluduğu, ayrıca yanında kapalı ortamda kaynakçılık yapıldığı öğrenildi. 36 sene günde 1 paket sigara öyküsü mevcuttu. Çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde (BT) her iki akciğerde yaygın sentilobüler nodüler buzlu cam görünümleri izlenmiş, görünümün hipersensitivite pnömonisi-silikozis-miliyer tüberküloz (TBC) ile uyumlu olabileceği belirtilmiş. Hastaya bronkoskopi ve bronkoalveolar lavaj (BAL) yapıldı. BAL'da CD4/CD8 hücre oranı:1.94 izlendi. ARB ve mikobakteri PCR sonucu negatif olup kültürde üreme izlenmedi. Serum ACE düzeyi:176(yüksek)(üst sınır:63), kollajen doku marker'ları negatif sonuçlandı. Serum ACE yüksekliği hipersensitivite pnömonisinde de bekleneceğinden sarkoidoz ön tanısından uzaklaşıldı. Açık akciğer biyopsisi yapıldı. Patolojisinde parankimde yaygın fibrozis, interstisyel alanda septal kalınlaşmalar, antrakozis ve bazı alanlarda kalsifikasyon izlendi. Peribronşiyal lenf nodlarında çok sayıda silikotik nodül mevcuttu. Parankimde kolloidal demirin arttığı hemosiderin yüklü makrofajlar izlenmiş olup olgunun kaynakçı akciğerinin eşlik ettiği mikst pnömokonyoz ile uyumlu olduğunun düşünüldüğü şeklinde raporlandı. (Resim 1A, 1B, 1C) Hasta sonuçları ile klinik içi konseyde değerlendirildi. Fonksiyonel kapasitesinin korunmuş olması üzerine tedavisiz takip kararı alındı, maruziyetin engellenmesi ve maluliyet hakkında bilgi verildi.



Patoloji preparatları

Resim 1: (A) Akciğer parankiminde hemosiderin birikimi içeren makrofajların çevrelediği dens hyalinize kollajen merkez içeren silikotik nodül yapısı (Yıldız simgesi nodülün merkezinde yer alan hyalinize alanı işaret etmektedir). (B) Sklerotik merkezi çevreleyen hemosiderin ile uyumlu kahverengi pigment fagosite etmiş makrofajlar (Yıldız simgesi pigment içeren makrofajların yer yer palizatik dizilim gösterdiğini işaret etmektedir). (C) Prusya mavisi histokimyasal boyasında merkezde yer alan kollajenize alan pembe renkte (Ok işareti) izlenirken makrofajlardaki pigmentin hemosiderin-demir olduğunu destekleyen mavi renkte reaksiyon (yıldız işareti) görülmektedir. A, B; Hematoksilen-Eozin boyası, Ax100, Bx400, C; Prusya mavisi, x100)

Tartışma-Sonuç: Pnömokonyozların sık izlenen Toraks BT bulguları nodüller, fibrozis ve lenfadenopatidir. Sarkoidoz ya da idiyopatik pulmoner fibrozis gibi hastalıklarda da benzer bulgular olduğundan doğru tanıda maruziyet öyküsü önemlidir. Kaynakçı akciğerinde diğer pnömokonyozların aksine, tozdan korunma tedbirlerine özen gösterilmesiyle tamamen ya da kısmen gerileme olasılığı vardır. Literatürde kaynakçı akciğerinin eşlik ettiği mikst pnömkonyoz olguları nadir olup olgumuzda çevre ve mesleksel maruziyetlerin sorgulanmasının tanıya ulaşmada önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kaynakçı Akciğeri, Pnömokonyozlar, Hipersensitivite Pnömonisi

PS-118 PMF'nin Eşlik Ettiği Talkozis Olgusu

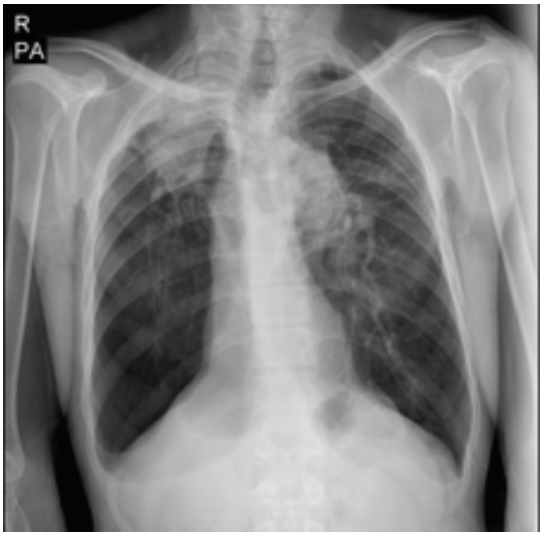
Gülçin Elmas Akıncı[1], Adem Koyuncu[1], Gülden Sarı[1], Cebrail Şimşek[1]

[1]Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pnömokonyozlar akciğerde tozun birikmesi sonucu ortaya çıkan doku reaksiyonu ile oluşan hastalığı ifade etmektedir. İnorganik partiküller ile meydana gelen pnömokonyozun başlıca etkenleri silika, kömür tozu ve asbestdir. Daha az sıklıkla Grafit, kaolin, talk ve mika gibi diğer mineral tozlar da pnömokonyoza neden olur. Talkın mesleki maruziyet sonucu akciğerde silikozise benzer yuvarlak küçük opasite oluşumuna yol açabildiği gösterilmiştir. Pulmoner Masif Fibrozis (PMF) lezyonları ile presente olan bir talkozis olgusunu sunduk.

Olgu: 50 yaşında erkek hasta nefes darlığı ile başvurdu. Hasta 15 yıl önce talkozis, KOAH tanısı almış. 15 yıldır sigara içmeyen hasta öncesinde 19 yıl günde 1-2 tane sigara kullanmış. Hastanın meslek öyküsünde 6 yıl cam fabrikasında çalıştığı öğrenildi. Kapalı alanda araç camlarını makineye yerleştiriyor kendisi makineye talk döküyor, sonrasında cam pudralanırken hasta camı tutuyormuş. Ortamda yoğun miktarda talk tozu meydana gelmekteymiş. Ayrıca otobüs camlarını elle talk pudrası ile fırçalıyormuş. Oda havasında satürasyon 96, SFT FEV1 %18(0.61), FVC %38(1.57), FEV1/FVC: 39; PA akcier grafisi bilateral retikülonodüler dansite artışı (resim), akciğer YRBT'de mediastinal ve hiler alanda bir kısmı kalsifik büyümüş lenf notları ve LAP görünümü dikkati çekmiştir. Her iki akciğerde amfimatöz değişikler izlenmektedir. Sağ üst son ve sol orta son perihiler alanda kalsifikasyon içeren konsolide alanlar saptandı.

PMF ve akciğer grafisi



PMF lezyonlarının eşlik ettiği PA akciğer grafisi

Tartışma-Sonuç: Talkın pnömokonyoz yapıcı etkisi bilinmesine karşın literatürde kısıtlı olarak yer almaktadır. Çalışmalarda birçok iş yerinde talk maruziyeti görülmesine karşın, literatür taramasında otomotiv sektöründe talk kullanımına bağlı talkozis gelişmesine ilişkin yayın bulunamamıştır. Otomobil camı laminasyon işleminde iki yol izlenir birincisinde klasik polivinil bütirat kullanılması, diğer yöntemde ise talk kullanılmasıdır. Talk kullanımının yaygın olmadığı otomotiv sektöründe meslek öyküsü ve görüntüleme paterni talkozisi akla getirmelidir. Talk maruziyetine bağlı akciğer YRBT görüntülemesinde küçük santrilobüler ve subplevral nodüller, konglomere kitleler ve fokal buzlu cam opasiteleri görülmektedir. Akciğer bazallerinin göreceli olarak korunması tipiktir. Parankimal fibrozise neden olurlar.

Anahtar Kelimeler: Talkozis, Pnömokonyoz, Fibrozis

PS-119 Silikozis Sonrası Gelişen Sekonder Spontan Pnömotoraks: Olgu Sunumu

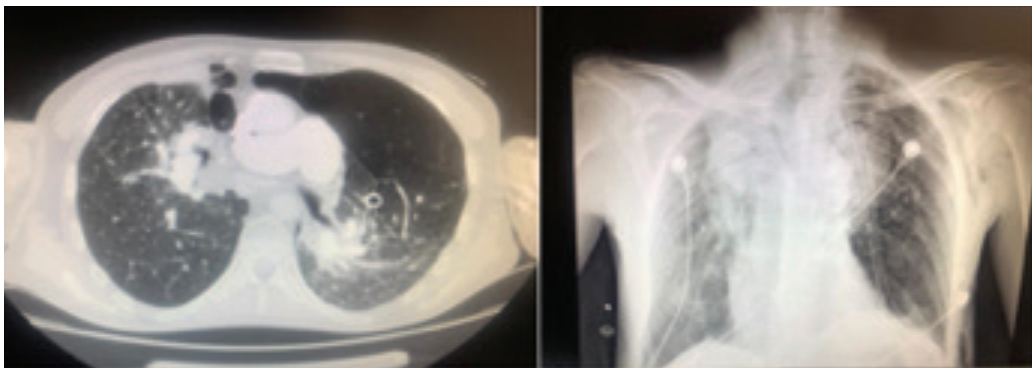
Hatice Keşoğlu Tok[1], İnci Gülmez[1], Nuri Tutar[1], N. Aleyna Yetkin[1], Burcu Baran Ketencioğlu[1], F. Sema Oymak[1]

[1]Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Silikoz, yer kabuğunun yapısında yaygın olarak bulunan silika kristallerinin inhalasyonu ile gelişen bir pnömokonyozdur. Hastalık silikaya çevresel veya mesleksel olarak maruziyet sonucu gelişebilir. Pnömotoraks, silikozisin plevra ile ilişkili en önemli komplikasyonlarından biridir. Slikozisin tedavisinin olmaması nedeniyle hastalığı önlemeye yönelik tedbirler alınması, slikozis ve pnömotoraksla başa çıkmada en önemli adımlardır.

Olgu: Kırk üç yaşında erkek hasta, 23 yıldır diş teknisyenliği yapmakta, hasta ani gelişen nefes darlığı ile acil kliniğine başvurdu, çekilen postero-anterior akciğer grafide her iki hemitoraksta üst zonlarda santral yerleşimli, opasite artışları, retikülonodüler görünüm ve sol akciğer alt zonda pnömotoraks hattı izlendi. Özgeçmişinde; 5 yıldır slikozis ve progresif masif fibrozis ile takipli, 2 yıl önce tüberküloz geçirdiği öğrenildi. Bir ay önce de yine spontan pnomtoraksla dış merkezde tüp torakostomi uygulandığı öğrenildi. Fizik muaynesinde genel durumu orta-kötü, TA:110/70 mmHg, NB:94/dk, SS:32/dk, parmak ucu SpO2:%74 idi. Takipne ve genel durum bozukluğu nedeniyle tüp torakostomi uygulanan hasta kliniğimiz yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Çekilen bilisayarlı tomografisinde her iki akciğerde progresif masif fibrozis ile uyumlu düzensiz konglomere kitleler ve sol akciğerde pnömotoraks hattı izlendi. Hastaya takipne nedeniyle NIMV uygulandı. Göğüs cerrahisi tarafından tüp torakostomi takıldı. Takiplerinde akciğer 13. gününde ekspanse oldu tüpü çekilen, semptomları düzelen hastamız taburcu edildi.

Olgumuza ait PAAG ve BTT görüntüsü



Şekil 1: BTT ve PAAG'de her iki hemitoraksta santral yerleşimli, konsalidasyonla uyumlu opasite artışları ve sol akciğerde pnömotoraks hattı izlendi.

Tartışma-Sonuç: Spontan pnömotoraks sık görülen, tanıda gecikildiğinde ve uygun tedavi edilmediğinde morbidite ve mortaliteye yol açabilecek bir hastalıktır. SSP gelişmesinde en sık karşılaşılan neden KOAH'dır. Hastalık solunum seslerinde hafif azalmadan ciddi solunum yetmezliğine kadar değişen semptomlarla kendini göstermektedir. Hastalık silikaya çevresel veya mesleksel olarak maruziyet sonucu gelişebilir. Silikozis, sekonder spontan pnömotoraksın nadir bir nedeni olmakla birlikte silikozisli hastalarda sekonder spontan pnömotoraks riski arttığı literatürde vaka bazında bildirilmiştir. Silikozis, genel anlamda pnömokonyozis önlenebilir fakat küratif olarak tedavi edilemeyen çevresel ve/veya mesleksel bir hastalıktır. Olgumuzdan hareketle özellikle silikozis ve pnömokonyozis riski olan işkollarında periodik muayene önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Slika, Slikozis, Sekonder Spontan Pnomotoraks

PS-120 Pulmoner Tromboembolinin Eşlik Ettiği Pnömokonyoz Olgusu

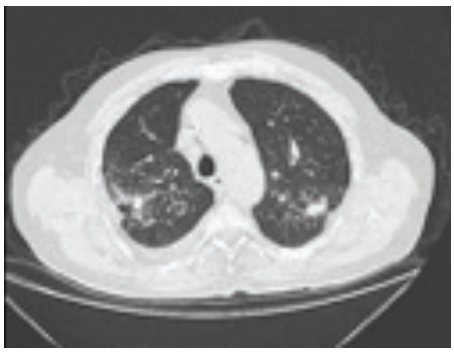
Serhat Özgün[1], Gülden Sarı[1], Adem Koyuncu[1], Cebrail Şimşek[1]

[1]Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pnömokonyozlar, akciğerlerde toz birikimi ve bunun sonucu oluşan doku reaksiyonu ile meydana gelen parankimal akciğer hastalıklarıdır. Bilateral plevral efüzyon ile prezente olan, pulmoner tromboembolinin (PTE) eşlik ettiği bir pnömokonyoz olgusunu sunduk.

Olgu: 75 yaşında erkek hasta 6 aydır devam eden çabuk yorulma ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Çekilen PA akciğer grafisinde bilateral plevral sıvı ve bilateral nodüler lezyonlar saptanması üzerine yatırılarak tetkik edildi. Yapılan torasentezde plevral efüzyon eksüda ile uyumlu olup, ADA düzeyi 8(IU/L), ARB boyaması negatifti. Plevral sıvı kültüründe üreme olmadı. Bakılan d-dimer 1770(ng/ml) olarak gelen hastada pnömokonyoza eşlik eden PTE şüphesi üzerine çekilen Toraks BT anjiyografide bilateral perihiler ve intraparankimal birkaç dalda PTE ile uyumlu dolum defektleri izlendi. Eş zamanlı çekilen akciğer yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide bilateral akciğer üst-orta zonlarda pnömokonyozla uyumlu nodüler lezyonlar ve progresif masif fibrozis izlendi. Meslek öyküsünde 18 yaşındayken 4 ay Kurşunlu/Kütahya'da kurşun madeninde dinamit ile patlatma işi yaptığı, sonrasında 3 ay boyunca yol yapımında çalıştığı öğrenildi. Daha sonra 22 yıl polis memurluğu yapan hasta 1997'de emekli olup herhangi bir ek işle uğraşmamış. Özgeçmişinde 1982'de kanlı balgam şikayetiyle değerlendirildiği ve tüberküloz-malignite şüphesiyle açık akciğer biyopsisi yapıldığı öğrenildi. Biyopsi sonucu fibrotik akciğer dokusu olarak raporlanmış. Sigara 20 paket/yıl, 30 yıldır kullanmıyor. Solunum fonksiyon testi normal sınırlardaydı. Tedaviye antikoagülan eklenen hastanın izleminde plevral efüzyonu geriledi ve pnömokonyoz tanısı konularak evreleme ve bildirimi yapıldı.

Pnömokonyoz



HRCT'de progresif masif fibrozis alanları

Tartışma-Sonuç: Kronik basit silikozisin genellikle 10 yıldan daha uzun süre inorganik toz solunması ile geliştiği düşünülmektedir. Olgumuzda 7 ay süreli mesleksel toz maruziyeti olması pnömokonyoz gelişiminde, maruziyet süresine ek olarak tozun fiziksel özellikleri, kümülatif toz maruziyeti ve kişisel özelliklerin de önemli olduğunu düşündürmektedir. Pnömokonyozda devam eden kronik inflamasyon nedeniyle PTE gelişme riskinin arttığını bildiren çalışmalar vardır. Özelllikle artmış C-reaktif protein, IL-6, IL-8, monosit kemotaktik protein-1 ve TNF-α plazma seviyeleri ile ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle pnömokonyoz tanılı hasta takibinde PTE gelişme olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pnömokonyoz, Emboli, Tüberküloz

PS-121 Alçı Tozuna Maruziyet Sonrası Kimyasal Pnömonitis ve Pnömomediastinum Birlikteliği Olgusu

Muhammed Said Tan[1], Ayşenur Atila[1], Gazi Gülbaş[1], Muhammed Değer[1]

[1]İnönü Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: İnsan vücudu gerek iş yerinde gerek de özel hayatında dış ortamla sürekli temas hâlindedir. Bu temas solunum sistemi, deri ve sindirim sistemi olmak üzere üç farklı yolla gerçekleşmesine rağmen solunum sistemi en geniş yüzey alanına sahip olduğu için bu etkileşim de en önemli yolu oluşturmaktadır. Kimyasalların neden olduğu akciğer hasarı, bronşiyolit, pulmoner ödem, ARDS, granülomatöz akciğer hastalığı, hipersensitvite pnömonisi, organize pnömoni, akut eozinofilik pnömoni ve benzeri dahil olmak üzere geniş bir hastalık yelpazesini kapsar.

Olgu: 22 yaşında ek hastalığı olmayan diş hekimi öğrencisi son 4 gündür giderek artan öksürük nefes darlığı göğüs ağrısı hırıltılı solunum olması üzerinde polikliniğimize başvurdu. Sigara, e-sigara ve madde kullanım öyküsü yoktu. Evde kuş, kedi benzeri evcil hayvan besleme öyküsü yoktur. Hastanın 1 hafta önce eğitimi gereği yoğun alçı tozu maruziyeti olduğu öğrenildi. Pulseoksimetrede Spo2:90 dı. Hastanın fizik muayenesinde oskültasyonda yaygın ronküs duyuldu. Hastaya çekilen akciğer grafisinde bilateral şüpheli opasite izlendi. Hastaya ivedi şekilde çekilen Bilgisayarlı Toraks tomografisinde bilateral dağınık buzlu cam dansitesi ve mediastende minimal hava dansitesi izlendi. Hasta servise interne edildi. Hastanın SARS-CoV-2 PCR negatifti. Hasta anamnez ve klinik olarak kimyasal pnömonitisi kabul edildi. Hastaya 48 mg metilprednisolun, nebül formunda SABA+SAMA başlandı. Hastanın tedavisinin 3.gününde klinik rahatlama izlendi. Hastanın yatışının 5. gününde şifa ile taburcu edildi. Metilprednisolun tedavisi 2 ay içinde kademeli olarak azaltılarak tedavisi tamamlandı. Hastaya mevcut maruziyetin ortadan kaldırılması, mümkün değilse de en az maruziyet olacak şekilde kişisel koruyucu ekipmanla çalışılması önerildi.

Resim 1. Her iki akciğer parankiminde üst loblarda daha belirgin olmak üzere periferik yerleşim gösteren yama tarzında buzlu cam dansitesi ve her iki ana bronş karina seviyesinde hava dansitesi izlendi.

Tartışma-Sonuç: Kimyasal pnömonitiste maruz kalan kimyasal değişkene bağlı klinik ve radyolojik bulgular olmaktadır. Alçıda bulunun kalsiyum sülfat hemihidrat inorganik bir bileşendir. Kimyasal pnömonitise bağlı akciğer hastalarında en etkili tedavi maruziyetin sonlandırılması olup ayrıca metilprednisolun kullanılmaktadır. Bu inorganik bileşene karşı kimyasal pnömonitisi olgusu literatürde nadir olduğunda olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: Toksik İnhalasyon, Buzlu Cam, Alçı, Kimyasal Pnömonitis

PS-122 Progresif Masif Fibrozis Zemininde Gelişen Akciğer Kanseri Olgusu

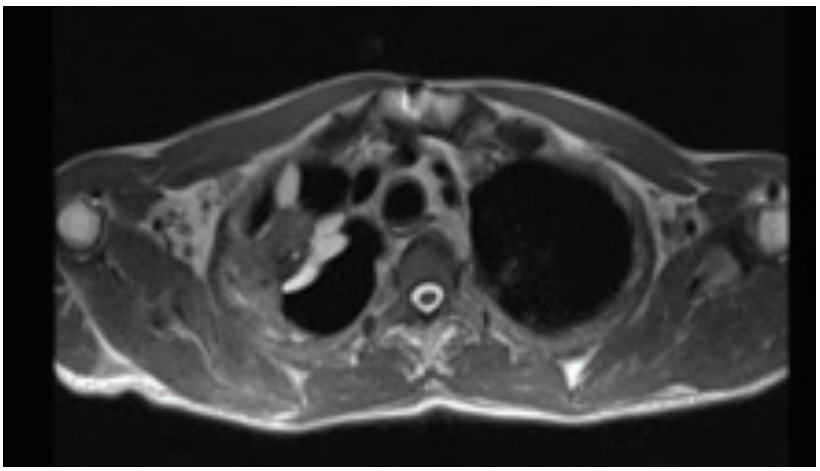
Serhat Özgün[1], Nermin Zerman[1], Gülden Sarı[1], Adem Koyuncu[1], Cebrail Şimşek[1]

[1]Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pnömokonyozlar, akciğerlerde toz birikimi ve bunun sonucu oluşan doku reaksiyonu ile meydana gelen parankimal akciğer hastalıklarıdır. Akciğer karsinomu ile prezente olan progresif masif fibrozisli (PMF) pnömokonyoz olgusunu sunduk.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta 3 aydır halsizlik, çabuk yorulma, sağ kolda hareketle değişmeyen ve sürekli olan ağrı şikayeti ile başvurdu. Çekilen PA akciğer grafisinde önceki grafilerden farklı olarak sağ akciğer apikal bölgede opasite artışı saptanması üzerine yatırılarak tetkik edildi. Eş zamanlı çekilen akciğer yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide sağ akciğer üst lobda 5 cm çapında yer kaplayan solid lezyon izlendi. Sağ kol ağrısı da olan hastada pancoast tümör açısından torakal MR çekildi. T2ag'de kasa göre daha izohiperintens yapıda, çevrede distorsiyona neden olan dinamik kontrastlı çekimde ilerleyen fazlara doğru belirginleşen kontrastlanma gösterdiği izlendi. Malignite şüphesi ile çekilen PET-CT'de sağ akciğer üst lobdaki kitle lezyonunda ve etrafındaki milimetrik nodüler dansitelerde, mediastinel ve hiler lenf nodlarında, T2-3 vertebralarda destrüksiyona neden olan yumuşak doku dansitesinde patolojik artmış FDG tutulumları izlendi. Sağ akciğer üst lobdaki 5 cm çapındaki lezyona transtorasik biyopsi yapıldı, patoloji sonucu adenokarsinom olarak raporlandı. 2015 yılında pnömokonyoz tanısı konulan ve sonrasında takiplerine başvurmayan hastanın meslek öyküsünde 28 yıldır seramik sektöründe sırlama yaptığı öğrenildi. Yarı kapalı bir kabinde hava püskürtmeli tabanca ile silika içeren boyayı lavabolara püskürtme işi yapmakta.

PMF ve karsinom



Torakal MR'da progresif masif fibrozis zemininde gelişen karsinom görüntüsü

Tartışma-Sonuç: PMF lezyonları bazen malign lezyonlarla karıştırılır. PMF zemininde akciğer kanseri insidansı oldukça yüksektir. Akciğer kanseri eşlik ettiği düşünülen PMF'li hastalarda torakal MR bakılmasını öneriyoruz. T2AG MR görüntülerinde PMF lezyonunun hiperintens alanları, iğne biyopsisinin hedef alanlarını belirlemeye yardımcı olabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Silikozis, Fibrozis, Karsinom

PS-123 Obstrüktif Uyku Apne Saptanan Erişkin Osteogenezis İmperfekta Olgusunda Solunum Yetmezliğinin Yönetimi

İrem Aras[1], Buğra Mete Hancı[1], Zeynab Jaferova[1], Selen Doğan[1], Aslıhan Gürün Kaya[1], Miraç Öz[1], Fatma Arslan[1], Aydın Çiledağ[1], Akın Kaya[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Osteogenesis imperfekta (OI), kemiklerde artmış frajilite ile seyreden tip 1 kollajen fonksiyon bozukluğuna neden olan genetik bir hastalıktır. OI tanılı hastalarda, üst havayollarında anormal bağ dokusu, obstrüktif uyku apne (OSA) gelişimi için bir risk faktörü olabilir. Bu hastalar aynı zamanda, kemik kırıkları ve deformiteleri ile ilişkili göğüs duvarı patolojileri ve restriktif akciğer hastalıkları açısından da risk altındadır.

Olgu: Bilinen OI tanısı olan 26 yaşında erkek hasta, üşüme titreme eşliğinde terleme, pürülan burun akıntısı, öksürük şikayetleriyle başvurdu. Görüntülemeleri ve klinik tablosuyla pnömoni ve arter kan gazında hiperkapnik respiratuvar asidozu olduğu görülen hasta yoğun bakım ünitesine kabul edilerek non invaziv mekanik ventilatör (NIMV) desteği ile ampirik antibiyotik başlandı. OI'ya özgü spesifik fenotipi sebebiyle nazofarengeal -orofarengeal darlığı, makroglossisi, tonsiller hipertrofisi mevcut olan, noktürnal desatürasyonları ve apneleri olduğu görülen hastada OSA düşünülürek NIMV tedavisinde ekspiryum basınçları (EPAP) 8 cmH2O olacak şekilde artırıldı. Takipte enfeksiyon kliniği gerileyen hastaya polisomnografi (PSG) yapıldı, apne-hipopne indeksi (AHI) 39,2 ölçülen hastaya ağır OSAS ve göğüs duvarı deformitesine sekonder restriktif akciğer hastalığı tanısı konuldu. Kulak Burun Boğaz kliniğiyle ortak olarak değerlendirildi, mevcut klinik tablosu nedeni ile cerrahi girişime uygun olmadığına karar verildi. Takiplerinde enfektif bulgularla, klinik-radyolojik kötüleşmesi olan hasta ağır solunum yetmezliği sebebiyle yoğun bakıma alınarak entübe edildi ve mekanik ventilasyon desteği verildi. Takibinde klinik-radyolojik iyileşme izlenen hasta entübasyonunun 15.gününde ekstübe edildi. Hasta eve NIMV ve uzun süreli oksijen desteği ile taburcu edildi.

Osteogenezis İmperfektalı Hastamız

Tartışma-Sonuç: OI tanılı olgularda dil ve ağız boşluğu arasındaki göreceli boyut farklılığı, orofaringeal hava yolunun daralmasına ve uykuda obstrüksüyonlara neden olabilir. Ayrıca toraks duvarı deformiteleri ve buna bağlı olarak pulmoner fonksiyon bozukluğu doğrudan solunum yetmezliğine neden olabileceği gibi, uykuda solunum bozukluğuna bağlı ortaya çıkan hipokseminin derinleşmesine de katkıda bulunur. Olgumuz erişkin dönemde nadir görülen OI olgusunda eşlik eden OSA tablosunun ve restriktif akciğer hastalığı ile ilişkili solunum yetmezliğinin başarılı tedavisine dikkat çekmek için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Osteogenezis İmperfekta, Restriktif Akciğer Hastalığı, Solunum Yetmezliği, Obstrüktif Uyku Apnesi

PS-124 Covid-19 Sonrasında Sitomegalovirus Pnömonisi Nedeniyle Yoğun Bakımda Takip Edilen Beş Olgunun İncelenmesi

Nuri Tutar[1], Nur Aleyna Yetkin[1], Burcu Baran Ketencioğlu[1], Raşid Lal[1]

[1]Erciyes Üniversitesi

Giriş-Amaç: Sitomegalovirus (CMV) pnömonisi, yoğun bakımdaki kritik hastalarda yaygındır; genellikle kötü sonuçların yanı sıra artan morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. CMV reaktivasyonu viremi olarak ortaya çıkabilir ve kolit ve pnömoni gibi uç organ hasarını içerebilir. Covid-19'da CMV reaktivasyonu, stresten ve IL-1 inhibitörleri, IL-6 inhibitörleri, glukokortikoidler ve diğer immünobiyolojik tedavilerin kullanımından kaynaklanabileceği gibi immün yaşlanma sonucu ve inflamasyon artışıyla eş zamanlı insidental olarak da olabilir.

Gereç ve Yöntem: Erciyes üniversitesi tıp fakültesi göğüs hastalıkları yoğun bakım ünitesinde (YBÜ) Temmuz 2021- Temmuz 2022 yılları arasında COVID-19 sonrasında CMV pnömonisi nedeniyle takip edilen 5 hasta incelenmiştir.

Bulgular: Takip edilen beş olgunun üçü kadın, iki tanesi erkekti. Hastaların medyan yaş 59'du (min-mak:43-86). Entübe kalınan medyan gün 17'ydi(min-mak:3-43). Covid PCR pozitifliğinden sonra kan CMV PCR'ın pozitifleştiği medyan 12 gündü(min-mak:3-64). YB yatış medyan gün sayısı 17'ydi(min-mak:11-48). Hastaların dördünün bilinen malignitesi olup, bir tanesi tosilizumab ve metilprednizolon tedavisi almış; dört tanesi sadece yüksek doz metilprednizolon tedavisi almıştır. Olguların hepsi valgansiklovir/gansiklovir tedavisi almıştır. Tüm olgular tedaviye rağmen eksitus olmuştur.

Tartışma-Sonuç: CMV enfeksiyonunun prevalansı yaşla birlikte artar ve immün yaşlanma ve inflamasyonu artırıcı olduğu düşünülmektedir. Sitokin fırtınası veya immunsüprese tedavilerden sonra olabileceği gibi; yaşa ve diğer faktörlere bağlı olarak COVID-19'la eş zamanlı da reaktivasyon pnömonileri ortaya çıkabilir. Gereksiz tedavi akut böbrek yetmezliği, sepsisle sonuçlanabileceği için tedavi verilip verilmeme kararı vaka bazında verilmelidir. Bu alanda randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Sitomegalovirüs Pnömonisi, Covid-19

PS-125 Kontrast Madde Sonrası Gelişen Akut Akciğer Hasarı: Olgu Sunumu

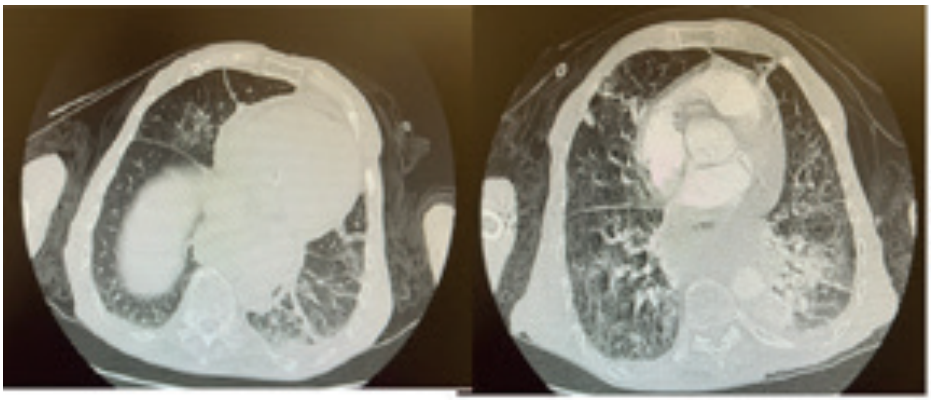
Ayşe Demirkaya[1], Bahar Kurt[1], Kerem Ensarioğlu[2]

[1]Ankara Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Kontrast madde kullanımı son yıllarda istenilen görüntüleme metotlarında artış sebebi ile sıklaşmaktadır. Görülen yan etkiler ve istenmeyen olaylar basit bir alerjik reaksiyondan ölüme kadar geniş bir spektrumda olabilir. Bu olguda kontrast madde ile görüntüleme tetkiki sonrasında görülen bir akut akciğer hasarı sunulmuştur.

Olgu: 88 yaşında erkek hasta, acil servise dispne, genel durum bozukluğu ve bilinç bozukluğu şikayetleriyle geldi. Muayenesinde tansiyon normal, nabız 100/dk ve afebril idi. Solunum sayısı doğal fakat desatürasyon parmak probte görüldü. İstenilen rutin laboratuvar tetkiklerinde biyokimyada akut faz reaktanları normal aralıkta idi ve kan gazında asidoz ve hipoksemi mevcut idi (pH 7.22 PCO2 37.6 PO2 52.4 HCO3 20.8) Acil başvurusunda istenilen akciğer tomografisinde bilateral basallerde, sol alt zonda daha belirgin olmak üzere görülen sınırda infiltratif alanlar mevcuttu. Takipte, hastanın takipnesindeki artış ve ileri yaşı sebebi ile istenilen 4 saat sonraki pulmoner angiografinin pulmoner tromboemboli görülmemekle beraber, bilateral bazallerde daha belirgin olmak üzere infiltrasyonda hızlı bir progresyon görüldü. Yoğun bakım ünitesine pnömoni ve kontrast maddeye bağlı akut akciğer hasarı ön tanısı ile kabul edilen hastaya geniş spektrum antibiyoterapi ve 1 mg/kg'dan olmak üzere metilprednizolon başlanıldı. Takibinde asidozu gerileyen hastanın pulmoner görüntülemesinde progresyon sol akciğerde belirgin olmak üzere, total atelektazi lehine değerlendirildi. İleri desatürasyon sebebi ile yüksek akışlı oksijen tedavisi ihtiyacı olan hastaya yatak başında fiberoptik bronkoskopi planlanırdı. Yatışının beşinci gününde ani kardiopulmoner arrest olan hastaya planlanılan bronkoskopi yapılamadı ve hasta yapılan resüsitasyona yanıt vermeyerek exitus kabul edildi.

Acil Servis Tomografi Kesitleri Karşılaştırılması



Tartışma-Sonuç: Akut akciğer hasarı etiyolojisi çeşitli nedenleri içerebilir. Kontrast madde kullanımıyla ilişkili ARDS nadiren rapor edilmiştir. Kontrast madde sonrası en sık görülen advers etkiler alerjik semptomlar olmakla, bu olguda sunulduğu üzere akut akciğer hasarı da görülebilmekte ve kontrast madde sonrasında hızlı klinik bozulması olan hastalarda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kontrast, Akut Akciğer Hasarı

PS-126 Suda Boğulayazma ile Takip Edilen İki Olgu

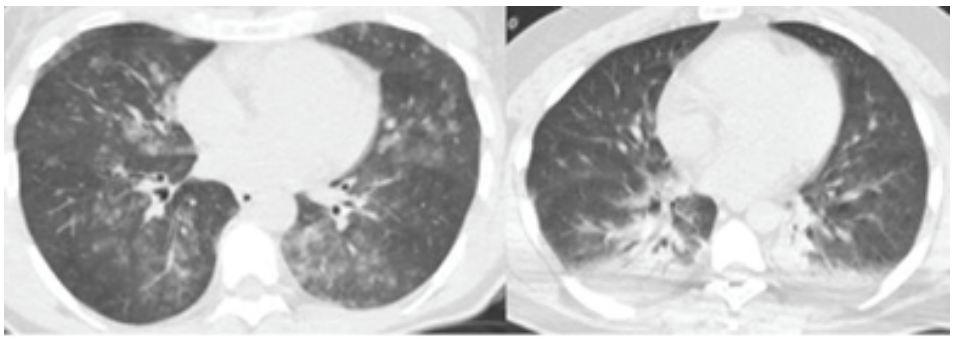
Betül Aksu[1], Mehtap Pehlivanlar Küçük[1]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş-Amaç: Suda boğulma, solunum yollarının su ile dolması sonucu ölümün gerçekleşmesidir. Solunum yollarına su dolması gerçekleşmiş, ancak kişi kaybedilmemişse ‘’boğulayazma’’ dan bahsedilir. Tatlı su boğulmalarında, surfaktan inaktivasyonu ile alveolar kollaps ve atelektazi gelişir. Tuzlu su boğulmalarında ise tuzlu suyun hipertonik olmasından dolayı intravasküler alandan proteinden zengin sıvılar alveol içine geçmekte ve alveolar ödem tablosu oluşmaktadır. Bu durum hipoksi, hiperkapni ve asidoza neden olmaktadır. Sıvı aspirasyonunda, sıvı miktarından bağımsız kısa sürede ARDS tablosu gelişebilmektedir.

Olgu: Olgu 1: 39 yaşında, ek hastalık öyküsü olmayan kadın hasta, havuzda boğulayazma sonrası acil servise getirildi.GKS:15 olup oskültasyonunda sağ akciğer alt zonda ral duyuldu. Oda havasında SpO2: %87 ölçülen hastanın kan gazında ph:7,32, HCO3:18,6 mmol/L, BE: -7,4 mmol/L, PCO2:34,7 mmHg idi. Metabolik asidoz tablosundaki hastanın 7 lt/dk oronazal maske ile oksijen desteğinde periferik Spo2:%97 olarak ölçüldü. Toraks BT’sinde her iki akciğer parankiminde yaygın dağınık buzlu cam dansiteleri, yer yer nodüler konsolidasyonlar, interlobüler septal kalınlaşmalar görüldü. Hastaya pulmoner ödem nedeni ile PEEP 7-8 cmH2O basınç düzeyinde NIMV desteği sağlandı. Bronkodilatatör tedavi ve kirli su maruziyeti ekarte edilemediğinden ampisilin-sulbaktam antibiyoterapisi verildi. Tedavi ile akciğer parankimal lezyonları regrese olan, hipoksisi olmayan hasta taburcu edildi. Olgu 2: 34 yaşında epilepsi tanılı erkek hasta, denizde nöbet geçirip boğulayazma nedenli acil servise getirildi. Nonoryante-nonkoopere olan hastanın periferik Spo2:%80,kan gazında ph:7,09,HCO3:12 mmol/L,BE:-15,2 mmol/L,PCO2:43,6 mmHg idi. Hipoksisi ve metabolik asidozu olan hastaya bikarbonat infüzyonu başlandı. Pulmoner ödemi olan hastaya 10 cmH2O basınç desteğinden başlayarak yüksek PEEP basınçlarında CPAP desteği sağlandı. Toraks BT’de her iki akciğerde bazallerde konsolide alan olması üzerine ampisilin-sulbaktam tedavisi verildi. Elektrolit imbalansı açısından değerlendirilen hastaya hipomagnezemi nedeni ile magnezyum replasmanı yapıldı. Tedavi ile klinik ve radyolojik düzelmesi olan hasta taburcu edildi.

Toraks BT Görüntüleri



Olgu 1 Olgu 2

Olgu 1 Toraks BT: Her iki akciğerde yaygın buzlu cam dansitesinde alanlar ve nodüler konsolidasyonlar
Olgu 2 Toraks BT: Her iki akciğer bazalinde konsolide alanlar

Tartışma-Sonuç: Bu iki vakamızda olduğu gibi boğulayazma hastalarında pulmoner ödem tablosu eşlik edebilmekte ve erken dönemde yakalanırlarsa hastalar CPAP tedavisinden fayda görebilmektedirler. Profilaktik steroid kullanılması ise literatürde önerilmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Boğulma, Boğulayazma, Pulmoner Ödem

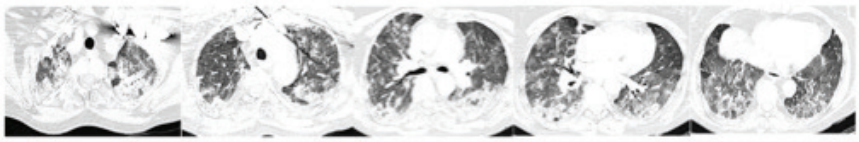
PS-127 Metotreksat İlişkili Akciğer Hasarı Olgusu

Merve Tatlılıoğlu[1], Ruken Zeydan Akdağ[1], Emine Ünal Ceran[1], Azime Demirel Aydın[1], Müge Aydoğdu[1], Gül Gürsel[1]

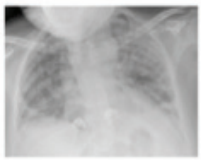
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Metotreksat (MTX), hastalık aktivitesini, morbidite ve mortaliteyi azalttığı için romatoid artritin tedavisinde önerilmektedir. Pnömonitis, MTX tedavisinin öngörülemeyen ve ciddi yan etkilerinden biri olarak görülür; dozdan bağımsız aşırı duyarlılık reaksiyonu olarak kabul edilir. Genellikle öksürük, nefes darlığı ve ateş ile karakterize akut/subakut seyir gösterir. Enfeksiyöz pnömoni ile sıklıkla karışabilir. Ayırıcı tanıda düşünülmesinin önem taşıdığını düşündüğümüz bir olguyu sunmak istedik.

Olgu: 54 yaşında, sigara öyküsü olmayan, dev hücreli arterit, HT tanıları olan kadın hasta 10 gündür olan ateş, nefes darlığı ve öksürük ile acil servise başvuruyor. Beş ay önce CRP değerinde gerileme olmaması üzerine Romatoloji tarafından aort koarktasyonu tanısı konuluyor; metotreksat haftada bir defa 2*3 (15 mg) ve metilprednizolon 48 mg başlanıyor. Acil Servis başvurusunda hasta yüksek akışlı nazal kanül ile FiO2: %90, akış 60 l/dk ile takip ediliyor. Muayenede bilateral ralleri olan hastanın diğer sistem muayeneleri doğal saptanıyor. Çekilen Toraks BT'de her iki akciğerde yaygın buzlu cam dansitesinde infiltrasyon alanları (Resim 1) izlenmesi üzerine metoreksat ilişkili akciğer hasarı, immunsupresif pnömoni, sekonder akut respiratuvar distres sendromu ön tanılarıyla hasta yoğun bakım ünitesine devir alındı. Hastaya yüksek akışlı nazal oksijen tedavisi verilmeye devam edildi; moksifloksasin ve meropenem iv ampirik olarak başlandı. Romatoloji önerisiyle MTX kesildi. Metilprednizolon 60 mg olarak devam edildi; takiben 40 miligrama düşürüldü. Hastadan iki defa gönderilen Covid PCR testi ve solunum yolu viral panel testi negatif sonuçlandı. CMV PCR, galaktomannan, ağız çalkantı suyundan gönderilen PCP testleri negatif saptandı. Hastanın balgam kültürlerinde üremesi olmadı. Herhangi bir etken saptanmayan hastada antibiyotik tedavileri 10.günde kesildi. Romatoloji Göğüs Hastalıkları konsey kararı ile mevcut ARDS tablosunun başka etken bulunmaması üzerine MTX ilişkili olduğu kabul edildi; Azotioprin başlanması, metilprednizolonun kademeli azaltılması planlandı. Oksijen ihtiyacı ve radyolojik bulguları tamamen gerileyen hasta polikliniк kontrolü ile taburcu edildi (Resim 3)



Resim 2. Başvuru esnasında görülen akciğer grafisi



Resim 3. Taburculuk öncesi akciğer grafisi

Resim 1. Başvuru YÇBT sinde bilateral yaygın buzlu cam dansitesinde infiltrasyon alanları

Tartışma-Sonuç: Metotreksata bağlı pnömonitisin kesin tanı yöntemi yoktur. İlaç bırakma denemesi, bronkoalveoler lavaj ve akciğer biyopsisi, enfeksiyoz etkenlerin ekartasyonu ile tanı koyulabilir. Ancak çoğu hastada bronkoskopi ve biyopsisi invaziv olduğu için tercih edilmez. Metotreksatın kesilmesi; seçilmiş hastalarda glukokortikoid başlanması ve destek tedavisi yeterli olabilir.

Anahtar Kelimeler: Metotreksat, Pnömoni, ARDS

PS-128 İntrauterin Ölü Fetüs, Trombositopeni ve İskemik Serebrovasküler Hastalıkla Karakterize Antifosfolipid Antikor Sendromu

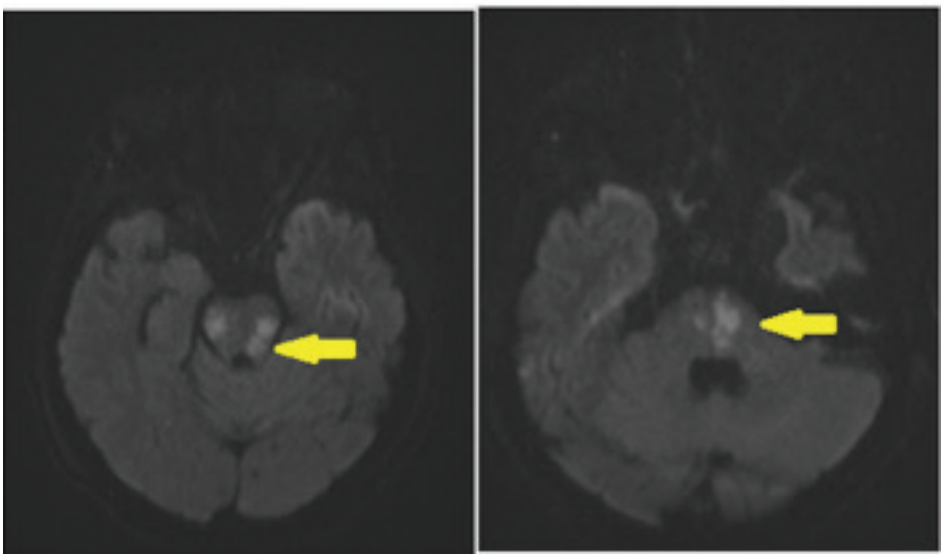
Halimenur Çelik[1], Funda Gök[1]

[1]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Katastrofik antifosfolipid sendromu (KAFAS), persistan antifosfolipid antikorların varlığı ve birden fazla organda akut tromboz ile karakterize ağır klinik bir durumdur. Bu yazıda 31 yaşında akut inme kliniği ile başvuran yoğun bakımda takip edilen 25 haftalık gebe hasta yer almaktadır. Hasta fetal kayıp, tromboz ve trombositopeni varlığı ile katastrofik antifosfolipid sendromu olarak değerlendirildi. Hastaya kortikosteroid, plazmaferez, IVIG tedavilerinin birlikte uygulanması ile başarı sağlandı. Ayrıca yoğun bakımda takip edilen KAFAS hastalarında bu tedavilerin yanı sıra tromboz riski daima göz önüne alınarak tedavi planlanmasını gerektiğini düşünüyoruz.

Olgu: Hastamız belgelenmiş serebral arteriyel trombozu, gebelik morbiditesi, trombositopeni antikardiyolipin antikor ve anti-ß2-mıkroglobülin antikor pozitifliği ile AFAS tanı kriterlerini karşılayan plazmaferez, IVIG ve steroid tedavisinden fayda gören bir olgudur.

Difüzyon MR Görüntüsü



Mezensefalon seviyesinde bilateral santral ve pons seviyesindeki bilateral ve periferik difüyon kısıtlamaları (sarı oklar)

Tablo 3. Hastanın Laboratuvar Değerleri.

	Yoğun Bakım Kabulü sonrası	Plazmaferez İlk Seans Sonrası	Plazmaferez Dördüncü Seans Sonrası	Plazmaferez Beşinci Seans Sonrası	Tekrar Planlanan Plazmaferez Öncesi	10 Seans Plazmaferez Sonrası
Kreatinin (mg/dL)	1,53	1,87	1,77	1,1	1,11	0,82
CRP (mg/L)	64	41,35	5,4	1,68	1,86	1,72
Prokalsitonin	1,18	1,49	0,365	0,06	0,2	0,101
Sedim	23		23			
LDH	2245	1190	509	593	791	277
SGOT/SGPT	79/13	27,5/13,7	24,3/13,8	26/18	19/14	15,2/17,7
ALP/GGT	77/18	52/20	55/23	53/17	57/23	
Albumin	2,5	2,91	3,43	2,45	2,8	3,62
WBC/NEU	11,9/9,56	15,6/14,1	15,24/13,4	14,8/13,6	19,9/18,5	13,9/13,2
Hgb	10,8	6,2	7,9	7,5	7,7	7,9
PLT	6000	7000	49000	122000	31000	91,000
İNR	0,98	0,95	0,92	0,95	0,96	0,99
D-dimer	2,8			0,7		0,8
Fibrinojen	301	257	193	129		175
TSH/T4	6,52/1,67		0,363/0,96			1,31/0,8
pH	7,40	7,42	7,42	7,46	7,43	7,45
PCo2/Po2	34/95	39/76	50/69,8	49/77	40/106	47/96
HCO3	22,5	27,2	31,2	32	26	31,8

Tartışma-Sonuç: Lupus ve gebelik birlikte ise katastrofik AFAS'a neden olarak fetal kayıp, tromboz ve trombositopeni ile seyredebilir. Mortalitesi yüksek olan bu klinik durumda kortikosteroid, plazmaferez, IVIG tedavilerinin birlikte uygulanmasının fayda sağladığını düşünüyoruz. Ayrıca bu hastalarda trombositopeni varlığında tromboz riski göz önüne alınarak trombosit fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve antikoagülan tedavinin geciktirilmemesi gerektiğini vurgulamak isteriz.

Anahtar Kelimeler: Lupus, Antifosfolipid Antikor Sendromu, Intrauterin Ölü Fetus, Serebrovasküler Olay, Trombositopeni

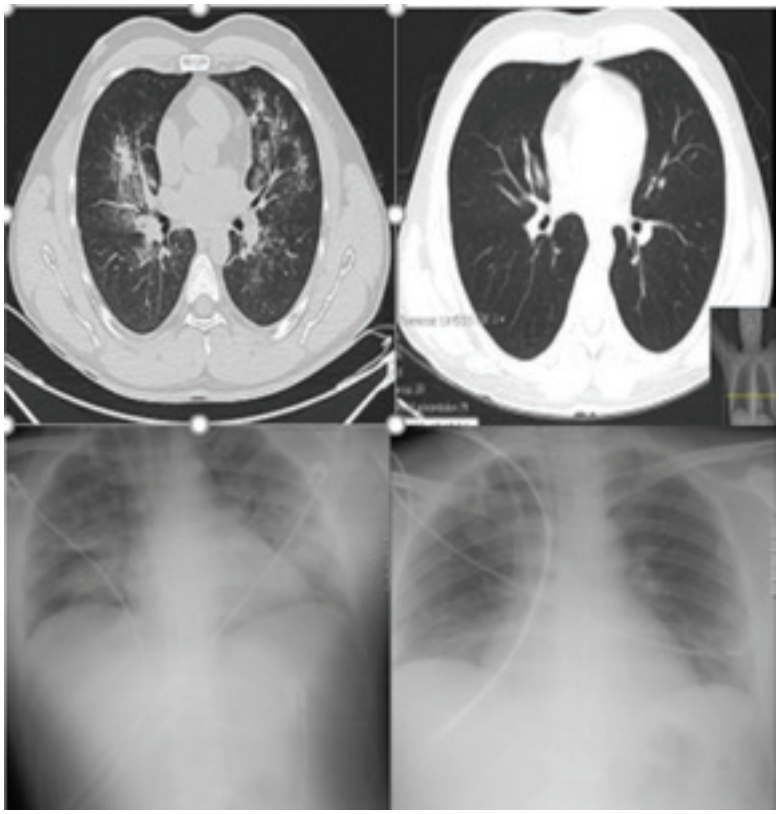
PS-129 Bir Olgu Nedeniyle Diffüz Alveoler Hemoraji Nedeni: Goodpasture Sendromu

Muhammed Said Tan[1], Murat Yalçınsoy[1], Hacı Bayram Berktaş[2], Muhammed Değer[1]

[1]İnönü Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]İnönü Üniversitesi Nefroloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Goodpasture sendromu, anti-glomerüler bazal membran antikorlarının glomerüler ve alveolar bazal membrana hasar verdiği nadir bir otoimmün hastalıktır. Tipik olarak, yaşamı tehdit edebilen pulmoner hemorajinin eşlik ettiği, rapidly progresif ilerleyen glomerülonefritin (RPGN) neden olduğu akut böbrek yetmezliği olarak ortaya çıkar. Diffüz alveolar hemorajinin bir nedeni olan bu vakayı nadir olmasından sunmayı uygun bulduk

Olgu: 33 yaşında erkek hasta son 15 gündür artan nonprodüktif öksürük, nefes darlığı, idrar renginde koyulaşma ve son 3 gündür olan günlük 1 yemek kaşığı kadar hemoptizi olması üzerine acil servise başvurdu. Hastanın 10 pkt/yıl sigara, 4 yıldır alkol kullanım, 4-6 hafta önce 3-4 kez e-sigara ve inhalasyonla madde kullanımı mevcuttu. Hastanın Oda havasında Spo2:88 2 lt/dk O2 destekli 94, tansiyon 165/95 olup diğer vitaller stabildi. Oskültasyonda bilateral yaygın raller duyuldu. Akciğer grafisinde bilateral yaygın santral opasite izlendi. Çekilen bilgisayarlı tomografide bilateral özellikle santralde yerleşimli buzlu cam dansite, konsolidasyon ve tree-in-bud sign izlendi. Hastanın laboratuvarında Hgb:10.2 g/dL, kreatin 3,6 mg/dL, C-reaktif protein (CRP) 14,2 mg/dL saptandı. Hasta diffüz alveolar hemoraji tanısıyla yoğun bakıma transferi sağlandı. Hastaya Piperaciln Tazobaktam, Klaritromisin başlandı. İmmünolojik değerlendirmede ANA, c-Anca, p-Anca, Romotid faktör negatif, Antiglomerül bazal membran antikorlarının düzeyi (GBM >100 AU/ml) pozitif saptandı. Hasta Goodpasture Sendromu kabul edildi. Hastaya 3 gün 500 mg Pulse metilprenisolon,750 mg Siklofosfamid, günlük plazmaferez ve haftalık iki gün Trimetoprim-Sülfametoksazol başlandı. Hastanın metilprednisolun 4.gün 1 mg/kg devam edilip azaltılmaya başlandı. 24 gün boyunca plazmaferezi devam etti. Antibiyotik tedavinin 10. gününde stoplandı. Tedavin 5. gününde öksürük, hemoptizi tamamen azaldı. Radyolojik olarak tama yakın düzelme tedavinin 15.gününde Resim-1 de olduğu gibidir. Taburculuğunda kreatin değerleri 5.5-6.5 mg/dL'di. Hasta Evre-5 Kronik Böbrek Hastalığı ile takip edilmektedir.



Resim 1. Tanı esnasında Paac / Bilgisayarlı Tomografisi Tedavi sonrasında Paac/Bilgisayarlı Tomografisi.

Tartışma-Sonuç: Diffüz alveolar hemorajisi olan hastalarda madde kullanımı, hematüri gibi ekstrapulmoner semptom ve bulgular dikkate alınmalıdır. Goodpasture sendromunun etiyolojisinde vakamızdaki gibi madde kullanımı vardır. Tedavide pulse steroid, siklofosfamid, plazmeferez kullanılmaktadır. Goodpasture sendromun takibinde GBM antikor düzeyinin negatifleşmesi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: GBM, Hemoptizi, Glomerülonefrit, Steroid, Plazmaferez

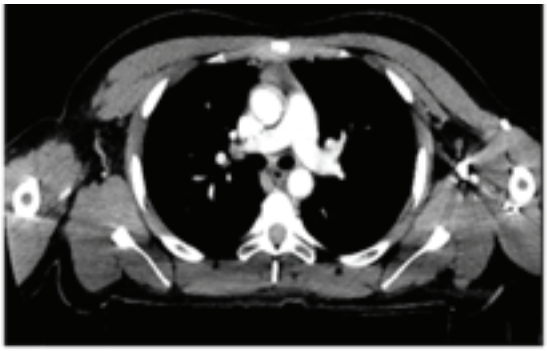
PS-131 Yağ Embolisi Sendromuna Bağlı Pulmoner Hipertansiyon Olgusu

Büşra Pekince[1], Jale Bengi Çelik[1]

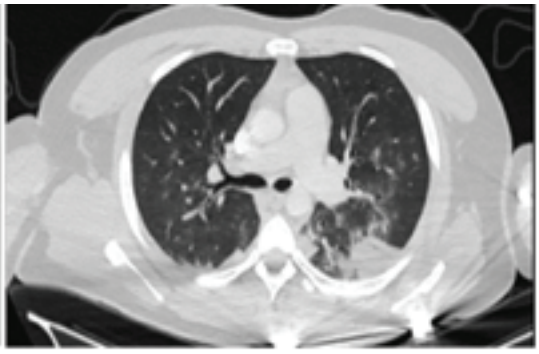
[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Yağ embolisi sendromu (YES), yağ partiküllerinin dolaşım sistemine girerek solunum sıkıntısı, bilinç bulanıklığı ve peteşiyal döküntülere neden olabilen klinik bir durumdur. Özellikle uzun kemik kırıkları ile birlikte olan multiple travma hastalarında saatler içerisinde meydana gelir. Burada YES'e bağlı pulmoner hipertansiyon gelişen olgu sunuldu.

Olgu: 19 yaşında erkek hasta yüksekten düşme nedeniyle acil servisimize getirildi. Sol tibia-fibula şaft açık fraktürü ve lumbal-3,4 corpus anterior fraktürlerine stabilizasyon uygulanan hasta ortopedi servisine yatırıldı. Operasyon planlanan ancak takipneik ve hipoksik olan hasta yoğun bakıma kabul edildi. Fizik muayenede nabız 130/dk, TA:150/90 mHg, SpO2: %65, ateş: 36 C°, bilateral akciğerde solunum sesleri azalmıştı. Laboratuvarda arteriyel kan gazı (AKG) pH: 7.51, PaCO2: 26mmHg, PaO2: 59.4mmHg, D-DIMER: 1190 ng/mL, proBNP: 1875 pg/mL, troponin: 27 ng/L idi. Hastanın BT anjiografisinde emboli saptanmadı ancak pulmoner arter çapı 32mm olarak ölçüldü ve her iki akciğer alt ve üst loblarda peribronkovasküler konsolidasyon ve çevresinde buzlu cam dansiteleri mevcuttu. Acil serviste çekilen toraks BT'de pulmoner arter çapı 23mm idi. Ekokardiyografide (EKO) sağ boşluklar hafif geniş, 2. Derece triküspit yetmezlik (TY) ve pulmoner arteryal basınç: 45mmhg (PAB) ölçüldü. Olgu midazolam ve esmeron ile sedatize edilerek orotrakeal entübe edildi. SIMV modunda FiO2: 0,5, PEEP: 6cmH2O, PRESSURE SUPPORT:10cmH2O, f: 14/dk olacak şekilde mekanik ventilatöre bağlandı. Travma öyküsünün olması, klinik durum, arter kan gazı değerleri, akciğerin radyolojik görüntüsü ile YES'e bağlı pulmoner hipertansiyon düşünüldü. Tedavisine pnömoni için sulbaktam-ampisilin, enoksaparin 2x8000 IU, metilprednizolon 1x80 mg ve pantoprazol 1x1 başlandı. Kontrol AKG'da pH: 7.34, paCO2: 44.6mmHg, paO2: 105mmHg olarak saptandı. İkinci gün ortopedi kliniği tarafından kapalı redüksiyon ve internal fiksasyon operasyonu uygulandı. Oksijenasyonunun düzelmesi ve akciğer grafisinde konsolidasyonların gerilemesi üzerine hasta 4. gün ekstübe edildi. Kontrol EKO'da 1. Derecede TY ve PAB:30 mmhg olarak ölçüldü. Yatışının 5. günü ortopedi kliniğine devredildi ve 12. günü taburcu edildi.

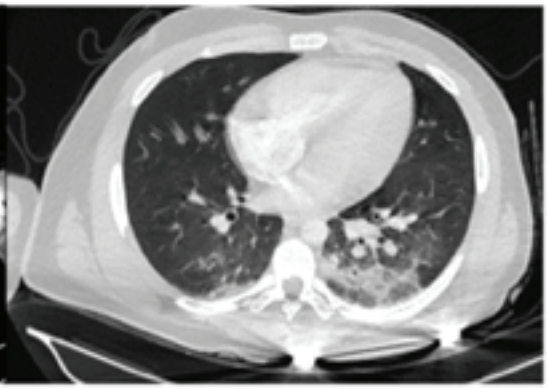


Resim-1: Acil servis Toraks BT kesiti

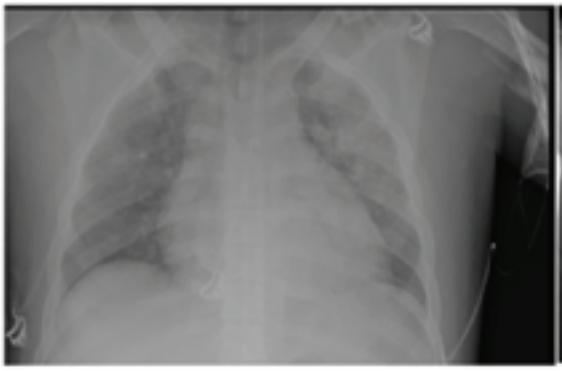


Resim-3: BT-anjio parankim kesiti

Resim-2: BT-anjio mediasten kesiti



Resim-4: BT-anjio parankim kesiti



Resim-5: Tedavi öncesi akciğer grafisi

Resim-6: Tedavi sonrası akciğer grafisi

Olgunun radyolojik görüntüleri

Tartışma-Sonuç: YES'e bağlı pulmoner hipertansiyon; nadir görülen, rutin laboratuvar ve radyolojik yöntemler ile tanı koymanın zor olduğu klinik bir durumdur. Travma sonrası akut gelişen pulmoner hipertansiyon ayırıcı tanısında YES akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Hipertansiyon, Yağ Embolisi, Pulmoner Emboli

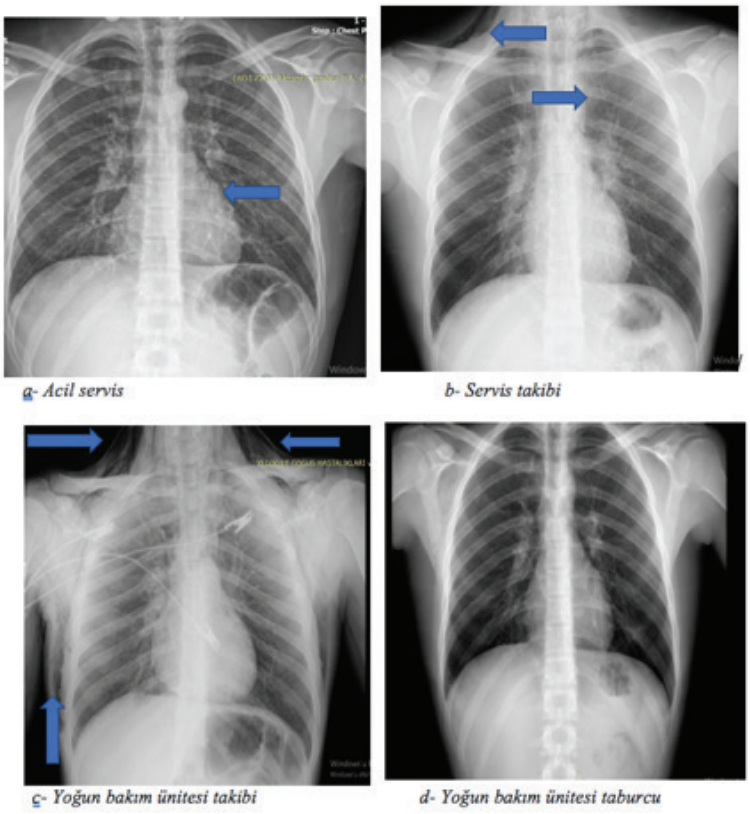
PS-132 Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilen Astım Atağı Sonrası Gelişen Pnömomediastinum Olgusu

Kamuran Uluç[1], Esra Akkütük Öngel[1], Nazan Köylü İlkaya[1], Özkan Devran[1], Umut İlhan[1], Aslı Biçen[1], Hatice Kutbay Özçelik[1]

[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pnömomediastinum (PM), mediastinal alanda serbest hava bulunmasıdır. Diğer tanımlama şekliyse mediastinal amfizemdir. Nadir görülen bir hastalık olup görülme sıklığı 1/25.000'tir. Sıklıkla genç yaşta ve erkeklerde izlenmektedir. Spontan PM'de en sık neden astım atak olmakla birlikte alt solunum yolu enfeksiyonuna bağlı olarak da görülebilmektedir. Astım atağı sırasında %0.2-0.3 oranında PM görüldüğü bildirilmiştir. Genellikle selim seyirli olup kendiliğinden iyileşmekle beraber erken tanı konulup uygun tedavi planlanmayan vakalarda mortal seyredebilir. Tansiyon PM riski ve potansiyel komplikasyonlar hastanın yakın takip edilmesini ve gereğinde invaziv girişim yapılmasını gerektirir. Bu olgumuzda göğüs ağrısı ve nefes darlığı ile başvuran spontan PM'li hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: 17 yaşında erkek hasta üç haftadır artan nefes darlığı, öksürük şikayeti ile 4 kez acil servise başvurmuş. Çekilen Toraks BT'sinde patoloji saptanmayan hasta antibiyoterapi ve bronkodilatör tedaviyle taburcu edilmiş. Şikayetleri gerilemeyince acil servisimize başvurmuş. Hastanın yapılan fizik muayenesinde vital bulguları stabil, solunum sesleri bilateral azalmış tespit edilmiş. Alınan arteriyel kan gazının hipoksik olması nedeni ile servise yatırılmış (Tablo 1). Serviste nazal kanülle 5 L/dakika'dan oksijenle takip edilen hastada respiratuvar asidoz gelişince yoğun bakım ünitesine alındı. Desatüre olan hastaya 60 Lt/dk akım ve %70 FiO2 ile yüksek akımlı nazal kanül başlandı. Cilt altı amfizemi olan hastaya yatak başı akciğer grafisi çekildi. Pnömotoraks görülmeyen hastaya göğüs cerrahisi tarafından her iki klavikula altından cilt-cilt altı kesi yapıldı (Resim 1). Yoğun bakım yatışının altıncı gününde takip ve tedavisi tamamlanan hasta servise taburcu edildi.



Resim 1. Hastanın akciğer grafileri

Tablo 1. Hastanın arteriyel kan gazı değerleri

Laboratuvar Değerleri	Acil servis	Servis son gün	Yoğun bakım geliş	Yoğun bakım takibi	Yoğun bakım çıkış
pH	7,43	7,29	7,39	7,42	7,45
PaO_2 (mmHg)	51,0	94,8	104,4	140,2	165,3
$PaCO_2$ (mmHg)	43,2	56,2	52,6	48,2	43,6
$HCO3^-$ (mmol/L)	28,3	26,5	31,4	29,0	30,1
BE (mmol/L)	3,5	-1,6	4,8	4,4	5,5
SpO_2	95	94	94	95	97

Tartışma-Sonuç: PM'de tedavi, sebebe yönelik olup hızla tanı konularak gerekiyorsa cerrahi girişim uygulanmalıdır. Malign PM olarak tarif edilen durumlarda; şiddetli akciğer veya özofagus travmalarında mediastinal alana aşırı miktarda hava geçişi olur. Bu olgularda ciddi hava yolu basısı veya tamponad görülebilir. Acil şartlarda video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) veya torakotomi yöntemleriyle dekompresyon uygulanır. Yaygın cilt altı amfizemi veya pnömotoraks geliştiği durumlarda, basit cilt insizyonu veya pretrakeal fasyotomi ile tüp torakostomi uygulanabilir. Cerrahi müdahale düşünülmeyen hasta gruplarındaysa hastalar oksijenle takip edilip oral gıda kesilmelidir. Bu süreç içinde hastalar günlük fizik muayene ve göğüs radyografileri ile izlenirler.

Anahtar Kelimeler: Yoğun Bakım Ünitesi, Astım Atak, Pnömomediastinum, Cilt Altı Amfizem

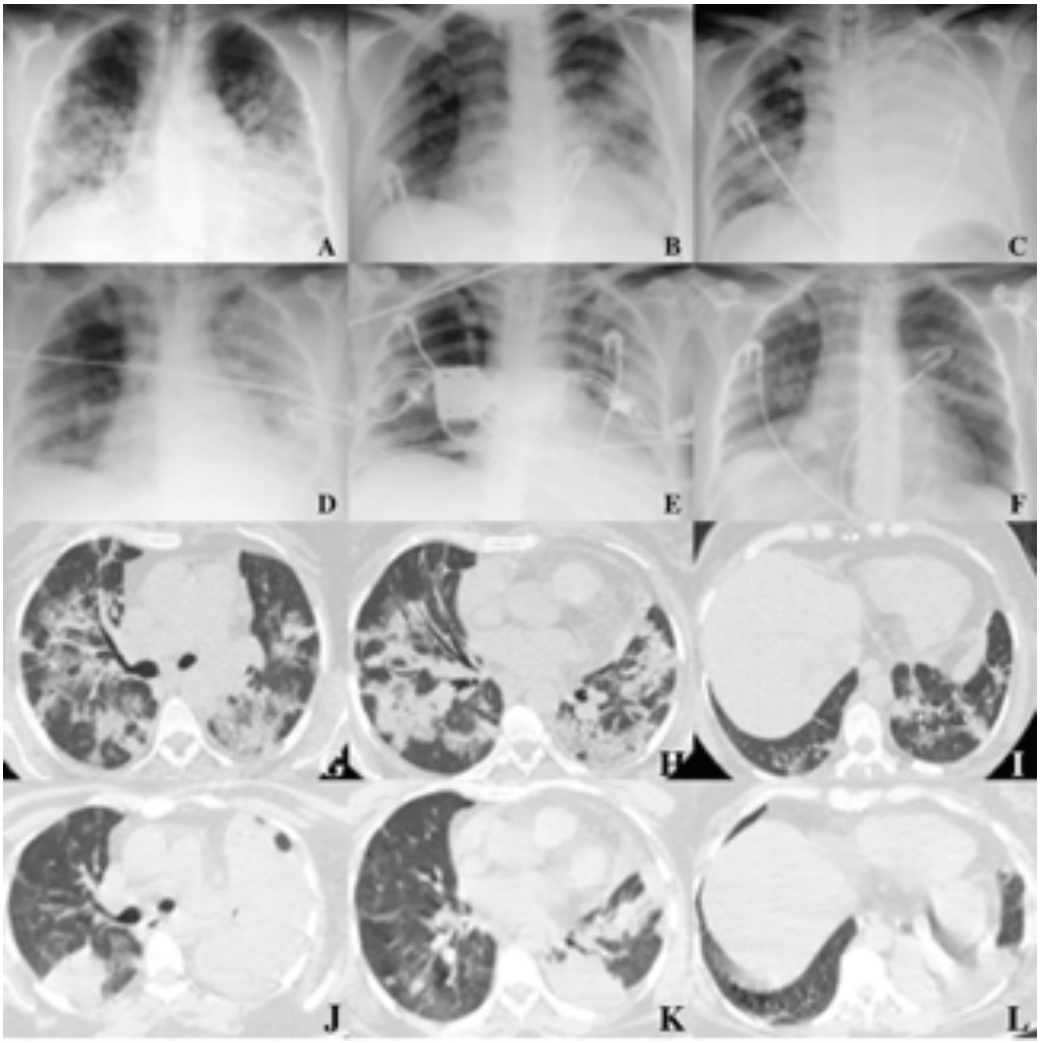
PS-133 ARDS ile Komplike Olan Mikroskopik Polianjitis Olgusunda Başarılı VV-ECMO Uygulaması

Kübra Nur Özdemir[1], Arif Talha Özdemir[2], Seda Akduman[2], Ahmet Oğuzhan Küçük[3], Mehtap Pehlivanlar Küçük[3], Tevfik Özlü[1]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı
[3]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Mikroskopik polianjitis(MPA) kapiller, arteriol ve venülleri tutan, sistemik, nekrotizan bir vaskülittir. Olguların yarısında akciğer tutulumu olur. Akciğer grafilerinde bilateral infiltrasyonlar vardır. Mikroskopik incelemede pulmoner hemoraji, kapillarit izlenir. Tedavide immünsupresif ajanlar kullanılır. Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) ile takip edilen vaskülit hastası ECMO sonuçlarının klinik pratikte yol gösterici olması amacıyla sunulmuştur.

Olgu: Hipertansiyon ve prolaktinoma öyküsü olan 46 yaş kadın hastanın öksürük, beyaz renkli balgam, eforla nefes darlığı şikayetleri 1 yıl önce COVİD-19 geçirdikten sonra şiddetlenmiş. Hasta İAH? Postcovid akciğer tutulumu? Ön tanılarıyla kabul edilerek semptomatik olduğundan 1 mg/kg metilprednizolon tedavisi başlandı. Yaygın eklem ağrısı, sabah tutukluluğu olduğu ve hareketle azaldığı öğrenildi. Kollajen doku markerlarında RF, P-ANCA, anti ds-DNA ve ENA panelinde AMA-M2, PM-Scl pozitifliği, IgE yüksekliği olan hastada immünoloji tarafından ön planda MPA düşünüldü. Hastanın takibinde nefes darlığında artış olması üzerine çekilen PAAG VE HRCT de progresyon izlenmesi üzerine YBÜ'ye devir edildi (Resim 1). Pulse steroid tedavisine geçildi. HFNK ile desatüre olması, takipneik olması, çekilen akciğer grafisinde ve toraks BT'de progresyon görülmesi üzerine entübe edildi. Entübasyon sonrası SpO2 %35 olması üzerine hasta VV-ECMO'ya alındı. Sol akciğerde lokalize olan infiltrasyon pnömoni lehine değerlendirildi, BAL yapıldı ve ampirik meropenem başlandı. BAL'da k.pneumoniae üremesi saptandı, 6 gün sonunda ECMO sonlandırıldı. Kademeli olarak prednol dozu azaltıldı. Bu süreçte aralıklı sekresyon temizliği için bronkoskopi yapıldı. Entübasyonun 9. gününde HFNK ile ekstübe edildi. Takibinde oksijen ihtiyacı azalan hasta servise devir edildi.



Resim 1. A: YBÜ yatış grafisi. B: Yatış 2. Gün, pulse steroid sonrası. C: Yatış 3. gün, entübasyon ve ECMO öncesi. D: Yatış 8. gün, ECMO 5. gün. E: Yatış 12. Gün, ekstübasyon öncesi. F: Yatış 16. gün, nazal kanül 4 L/dk. G-H-I: YBÜ yatış HRCT. J-K-L: Yatış 3. gün, entübasyon ve ECMO öncesi BT

Tartışma-Sonuç: Ağır ARDS hastalarında kurtarma tedavisi olarak ECMO kılavuzlarda önerilmektedir. Vaskülit olgularında frajil damar yapısı, antikoagülasyon gerekliliği gibi endişelerden dolayı ECMO kullanımına ilişkin çekinceler olup kanıtlar az sayıda ve vaka sunumlarıyla sınırlıdır. Bizim olgumuzdaki gibi vaskülit ilişkili akciğer tutulumu ve solunum yetmezliği olan hastalarla yapılan bir derlemede hastaların %94,7'si dekanüle olurken, 30 günlük mortalite %10,5 saptanmıştır. Yani ağır ve hızlı ilerlese de vaskülit immunsupresif tedavi seçenekleriyle kliniğin reversbl olduğu bir hastalıktır. ECMO için erken karar, bu tip hastalarda yaşam sürelerini uzatabilir.

Anahtar Kelimeler: ECMO, ARDS, Vaskülit, Mikroskopik Polianjitis

17 Mart 2023, Cuma

Poster Bildiri Oturumu 7: Akciğer Enfeksiyonları ve Tüberküloz

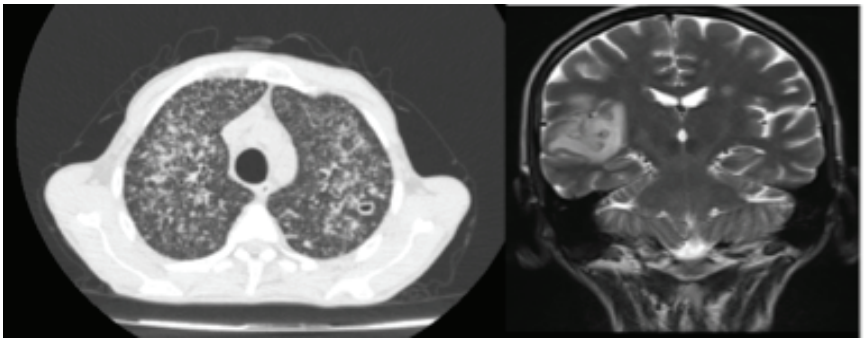
PS-134 Akciğer Tüberkülozunda Santral Sinir Sistemi Tutulumu

Aysun Çakır[1], Sami Deniz[1], Onur Karaman[1], Tülay Akarca[1]

[1]Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Tüberküloz, tüm dünyada ve ülkemizde, hala önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Tüberküloz akciğer dışında da birçok organı tutarak, multi sistemik olarak da seyredebilmektedir. Tüberkülozun santral sinir sistemindeki tutulumu sıklıkla tüberküloz menenjit şeklinde ortaya çıkmaktadır. Tüberküloz; beyinde veya omurilikte tüberkülom, abse, serebral miliyer tüberküloz şeklinde görülebildiği gibi; vaskülit, ensefalit, miyelit gibi tablolara da yol açabilmektedir. Klinik tanı güçtür ve mutlaka görüntüleme yapılmalıdır.

Olgu: Öksürük, ilerleyen nefes darlığı, kilo kaybı şikayetleri ile başvuran 49 yaşında erkek hasta şikayetlerinin son 6 ay içinde başladığını ve giderek arttığını ifade ediyor. Özgeçmişinde SVO öyküsü olan başka bilinen ek hastalığı olmayan, 30 py sigara içme öyküsü olan hastanın soy geçmişinde bir özellik tanımlamıyor. Fizik muayenede vital bulgular normal, solunum sistem muayenesinde bilateral ince raller dışında bulgu saptanmadı. Laboratuvar bulgularında, ELİSA yöntemiyle bakılan antı-hıv negatif, lökositoz mevcut idi ve bunun dışında biyokimyada bir patoloji saptanmadı. Toraks kontrastlı bilgisayarlı tomografide; her iki akciğer apikal kesimlerde kaviter non-kaviter multipl nodüler lezyonlar,orta üst zonlarda daha belirgin parankimal solid nodüler lezyonlar izlenmiştir. Akciğer miliyer tüberküloz ön tanısıyla yatırılan hastanın tüberküloz PCR pozitif sonuçlandı. Antitüberküloz tedavisi başlandı. Kültürde mycobacterium tüberkülosis kompleks üremesi görüldü. Tedavisine devam edilmekteyken hastanın baş ağrısı gelişmesi üzerine nöroloji konsultasyonu ve kranial görüntülemeleri yapıldı. Sağ temporal düzeyde en geniş yerinde 22x19 mm ölçülen silvian fissür boyunca devam eden periferal kontrast tutulumu gösteren lezyon alanı mevcut olup lezyon komşuluğunda vazojenik ödeme sekonder sinyal artışı mevcuttu. Her iki frontoparietotemporal düzeyde hiperintens silik sınırlı noktasal kontrast tutulumu gösteren multıpl lezyon saptandı. Kranial görüntülemeler sonucunda tüberkülom, serebrit ve enfakrt ön tanıları düşünüldü. Beyin cerrahisi konsultasyonu sonrasında ön planda tüberkülom düşünüldü. Beyin cerrahisi önerisi ile anti-ödem tedavisi başlandı, sonrasında operasyon önerildi ancak hasta kabul etmedi.



Tüberkülozda SSS Tutulumu

Tartışma-Sonuç: Miliyer tüberküloz, basillerinin lenfo-hematojen yolla yayılımı sonucu oluşan, ölümcül bir tüberküloz formudur. Miliyer tüberküloz tanısı alan olgularda klinik kuşku halinde mutlaka hematojen yolla santral sinir sistemine yayılım düşünülmeli ve kranial görüntülemenin yapılmasının önemli olduğu sonucu çıkarıldı.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Santral Sinir Sistemi Tutulumu

PS-136 Nadir Görülen Bir Plastik (Fibrinöz) Bronşit Olgusu

Metin Çelik[1], İlyas Konuş[1], Mahmut Yıldız[1], Edip Dedeoğlu[1], Orhan Kızılelma[1], Serdar Onat[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi

Giriş-Amaç: Kronik öksürük ve sık sık alt solunum yolu enfeksiyonu geçiren, yabancı cisim aspirasyonu düşünülen hastada bronkoskopide plastik bronşit saptanan hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Sekiz yaşında kadın hasta son birkaç ay var olan ve giderek artan göğüs ağrısı, kronik öksürük, nefes alıp verirken zorlanma nedeniyle getirildi. Fizik muayenesinde takipne, bilateral ronküs ve ince ralleri mevcuttu. Özgeçmişinde 4 yaşında konjenital kardiyopati düzeltme operasyonu, kronik öksürük nedeniyle astım tedavisi aldığı ve sık sık alt solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği belirtildi. Akciğer grafisinde şüpheli görünüm izlenmesi üzerine hastaya kontrastsız bilgisayarlı toraks tomografisi ile değerlendirildi; her iki akciğerde özellikle alt loblarda geniş boyutlu konsolidasyonlar ve buzlu cam alanları izlenmiş olup görünüm bronkopnömonik konsolidasyon ile uyumluydu. Bronkoskopide sağ ve sol ana bronşlarda plastik görünümlü sekresyon ve plaklar izlendi. Tüm sekresyonlar optik forceps ile çıkarıldı (Resim1). Bronkoskopi sonrası klinik ve fizik muayene bulgularında belirgin düzelme saptanan hastanın kontrol akciğer grafisinde de mevcut patolojik bulguların gerilediği görüldü (Resim 2). Hasta postop 5. gününde medikal tedavi ile taburcu edildi.

Bronkoskopi ile çıkarılan sekresyonlar

Tartışma-Sonuç: Plastik bronşit çocukluk çağında nadir görülen yabancı cisim aspirasyonunu taklit edebilen bir tablodur. Medikal tedaviye rağmen dirençli solunum semptomları olan hastalar; özellikle radyolojik olarak atelektazi veya obstrüktif bulguları da varsa yabancı cisim aspirasyonu yanında plastik bronşit de akılda tutularak bronkoskopi ile değerlendirilmesi önemlidir. Plastik bronşit tanısı konulan olgularda bulguların tekrarlamaması için başta inflamatuvar hastalıklar olmak üzere altta yatan hastalığın ortaya konması ve buna yönelik tedavinin başlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bronkoskopi, Kronik Öksürük, Plastik Bronşit

PS-137 İntravezikal BCG Uygulanmasının 8. Küründe Gelişen Miliyer Tüberküloz Olgusu

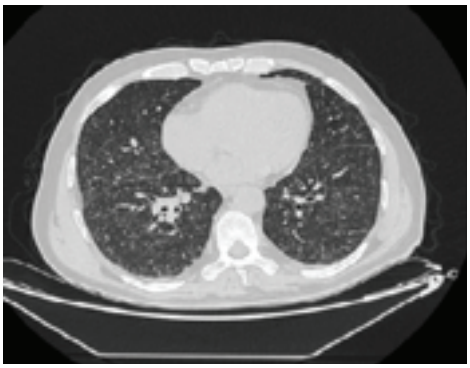
Zeynep Hande Kocaer[1], Dina Serin[1], H. Canan Hasanoğlu[2]

[1]Ankara Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[2]Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş-Amaç: Basil Calmette-Guerin Mycobacterium bovis'in zayıflatılmış suşu olup tüberküloza karşı aşılamada yaygın olarak kullanılmaktadır. Çeşitli neoplastik hastalıklarda spesifik olmayan güçlü immünoadjuvan etkisinin olduğu ortaya konmuştur. Özellikle yüzeyel mesane kanserlerinde intravezikal kullanımı oldukça etkili bir tedavidir. Basil Calmette-Guerin tedavisinin komplikasyonları genellikle önemsizdir ancak ciddi ve hatta ölümcül reaksiyonlar meydana gelebilir. Lokal yan etkileri hafif olup, sistemik yan etkileri ciddi komplikasyonlardır ve miliyer tüberküloz çok nadir bildirilmiştir. Olgumuz intravezikal BCG tedavisine sekonder gelişen miliyer tüberküloz görülmesi nedeniyle sunuldu.

Olgu: Altmış beş yaş erkek, bilinen mesane karsinomu tanılı başvurudan 6 ay önce tanı, 2 defa Trans Uretral Rezeksiyon – Mesane öyküsü, 8 kür intravezikal BCG uygulaması mevcut hasta, son doz intravezikal BCG tedavisi sonrası 15 gündür devam eden ateş ve halsizlik şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde SpO2 %97, oskültasyonda solunum sesleri bilateral doğal duyuldu. Hastanın çekilen PA akciğer grafisinde ve Toraks BT'sinde (Resim-1) her iki akciğer parankiminde yaygın miliyer nodüller olması nedeniyle hastaya miliyer tüberküloz tanısı konuldu ve dörtlü tüberküloz tedavisi izoniazid 300 mg, rifampisin 600 mg, etambutol 1500 mg, streptomisin 1 gr ve 40 mg metilprednizolon tedavisi başlandı. Tedavinin 10. gününde klinik olarak düzelen hasta ayaktan tüberküloz tedavisi iki ay dörtlü dört ay rifampisin ve izoniazid olarak planlanıp taburcu edildi.

Resim-1



Her iki akciğer parankiminde yaygın miliyer nodüller

Tartışma-Sonuç: Miliyer tüberküloz, yüzeysel mesane kanserinin intravezikal BCG tedavisinde nadir görülen ciddi bir komplikasyondur. İntravezikal BCG tedavisi alan tüm hastalarda uyumlu klinik ve radyolojik bir tablo ortaya çıktığında şüphelenilmelidir. Bu komplikasyonun anlaşılması ve spesifik tedavinin erken başlanması, prognoz için önemlidir. M. bovis pirazinamide doğal dirençli olduğundan dörtlü tüberküloz tedavi olarak izoniazid, rifampisin, etambutol, streptomisin tedavisi başlanmalıdır. Bazı vakalarda BCG'nin protein komponentlerine karşı gelişen hipersensitivite reaksiyonu olduğu bildirildiğinden tedaviye steroid tedavisi de eklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Miliyer, BCG, İntravezikal

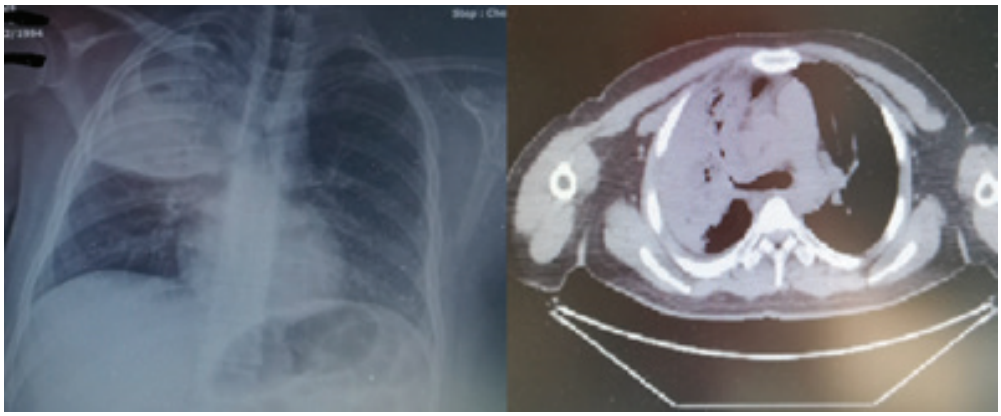
PS-138 Maligniteyi Taklit Eden Pulmoner Aktinomikoz: Olgu Sunumu

Emine Şahin[1], Ayşe Yeter[1], Şule Gül[1], Elif Yelda Niksarlıoğlu[1], Mehmet Atilla Uysal[1], Güngör Çamsarı[1]

[1]SBÜ İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Aktinomiçes türleri gram pozitif, sporsuz, fakültatif anaerob basillerdir ve oluşturduğu enfeksiyona aktinomikoz denir. Aktinomikozun vücuttaki yerleşimine göre serviko-fasyal, abdominal, pulmoner ve pelvik olmak üzere başlıca 4 formu vardır. Olguların yaklaşık %15'i toraksta meydana gelir. Nadir görülen bir hastalık olduğu için sıklıkla göz önünde bulundurulmamaktadır ve tanısı atlanabilmektedir. Olgumuz malignite şüphesi nedenli lobektomiyle tanı alan aktinomikoz olgusu olup aktinomikozların nadir görülmesi ve ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken bir patoloji olmasından dolayı paylaşıyoruz.

Olgu: 24 yaşında erkek hasta balgamlı öksürük, iştahsızlık, halsizlik, ateş, gece terlemesi, kilo kaybı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Bilinen otizm, metal retardasyon ve epilepsi tanıları olan hastanın mevcut şikayetler nedeniyle dış merkezlerce çeşitli antibiyotik kullanımları olmuştu. Başvuru posteroanterior akciğer grafisinde (PAAG) sağ üst lobda fissürle sınırlı yer yer hava habbelerinin olduğu nonhomojen opasite artışı mevcuttu.2 ay önce çekilen dış merkez Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ üst lobda yaklaşık 5 cm kitlesel oluşum, etrafında hava bronkogramlarının eşlik ettiği konsolidasyon sahaları ve sağ hiler, sağ alt paratrakeal ve subkarinal lenfodenopatileri görüldü. C-reaktif protein (CRP) 94 mg/L olması dışındaki hemogram ve biyokimyasal tetkikleri olağandı. Rezorbe olmayan pnömoni, akciğer malignitesi ön tanılarıyla servise yatırılan hastaya antibiyoterapi başlandı. İleri tetkik amaçlı mental durumu nedeniyle de genel anestezi altında yapılan bronkoskopisinde sağ üst lobdan yoğun sekresyon ve segment bronş ağızlarında daralma görüldü. Enfeksiyöz parametreleri gerileyen hasta oral antibiyoterapisi düzenlenerek taburcu edildi. Kontrolde PAAG'de lezyonun gerilemediği bronkoskopiden alınan lavajla ARB, TBC PCR, balgam, mantar kültürlerinde üreme olmadığı ve sitolojinin de nondiyagnostik olduğu görüldü. Çekilen PET/BT'de lezyonların enfeksiyöz/malignite ayrımı yapılamaması nedeniyle cerrahi konseyde görüşülerek malignite öntanısıyla mediastinoskopisi ve negatif olması üzerine sağ üst lobektomisi yapılan hastanın patoloji sonucu 'aktinomyces' olarak sonuçlandı. Enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edilerek 1 ay intavenöz penisilin tedavisi sonrası 6 ay oral beta laktam antibiyotik tedavisi tamamlanan hasta 3 yıldır stabil izleniyor.



Başvuru akciğer grafisi ve Toraks BT

Tartışma-Sonuç: Pulmoner aktinomikozların nonspesifik semptomları,radyolojik olarak diğer pulmoner enfeksiyonlar ve neoplazmlara benzemesi bronkoskopik ve transtorasik biyopsilerin tanısal faydasının kısıtlılığı nedeniyle olguların çoğunda tanı ancak cerrahi işlemden sonra konulabilmektedir. Nadir görülmesi nedeniyle ve aspirasyon gibi altta yatan risk faktörü olduğu durumlarda ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pnömoni, Aktinomikoz, Malignite

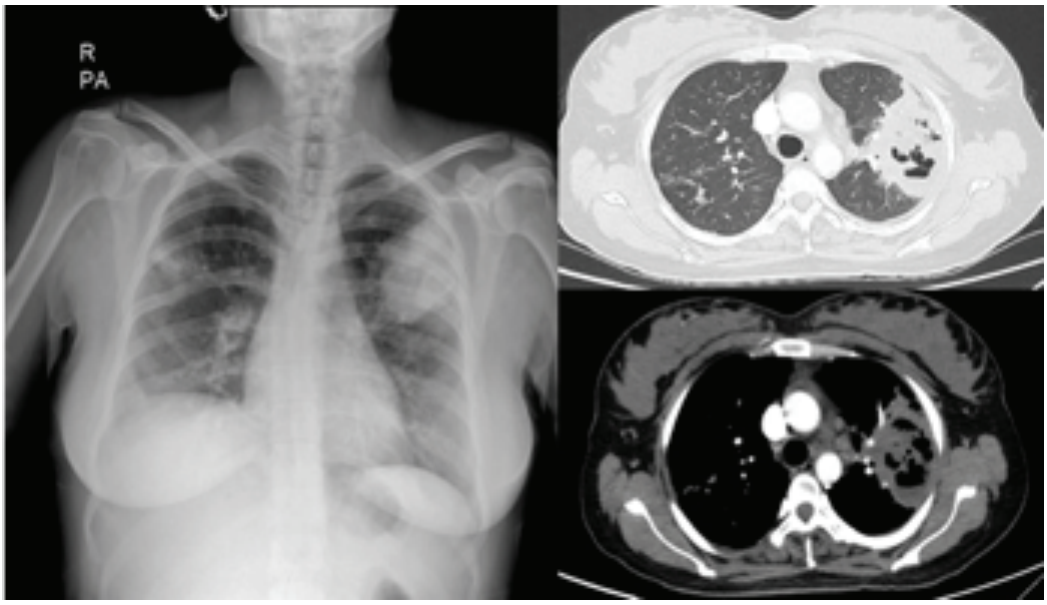
PS-139 Postpartum Pnömoniyi Taklit Eden Echinococcus Multilocularis'in Etken Olduğu Kist Hidatik Olgusu

Eda Nur Aksoy[1], Demet Türkay[1], Berna Akıncı Özyürek[1], Tuğçe Şahin Özdemirel[1], Kerem Ensarioğlu[1]

[1]Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Kist hidatik hastalığı, çoğunlukla karaciğer ve akciğerde kistik lezyonlarla karakterize olan Echinococcus Granulosus'un ve nadirende E. multiocularis'in neden olduğu parazitik hastalıktır. Tarım ve hayvancılıkla uğraşan toplumlarda endemiktir. Akciğer kist hidatik olgularında en sık görülen semptomlar öksürük, dispne, göğüs ağrısı ve hemoptizidir. Ayırıcı tanılarda tüberküloz, akciğer apsesi, malignite, lober pnömoni vardır. En etkili tedavi rezeksiyondan sakınarak akciğer parankimini maksimum koruyacak şekilde kist eksizyonudur. Komplike olmayan kist hidatikte cerrahi tedaviyi tolere edemeyecek hastalarda medikal tedavi uygulanır. Medikal tedavide albendazol kullanılır. Kist hidatik, gebelik döneminde hücresel immünitenin baskılanması ve plasentadan salgılanan steroidlere bağlı olarak büyüyebilir. Olgumuzda postpartum kist hidatik tanısı alan hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuz iki yaşında erken doğum (28. hafta) yapan, postpartum 2.günde öksürük ve nefes darlığı olan hasta pnömoni ön tanısıyla görüldü. Bilinen ek hastalığı olmayan, hayvancılıkla uğraşan hastanın fizik muayenesinde solunum seslerinde bilateral ronküs saptandı. Akciğer grafisinde sol orta zondan üst zona uzanan sınırları düzensiz konsolide alan görüldü. Enfeksiyon parametreleri yüksek olan hastanın seftriakson ve metronidazol tedavisinden fayda görmemesi üzerine kontrastlı toraks bilgisayar tomografisi (BT) çekildi. BT'de sağ üst lob posterior segmente 4 cm ölçülen düzensiz sınırlı, kalın cidarlı kaviter lezyon ve konsolidasyon alanları, sol üst lobun tamamını dolduran geniş kaviter lezyon ve konsolidasyon alanları görüldü. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde 2018 yılında kist hidatik nedeniyle sağ torakotomi, kistotomi, kapitonaj operasyonu geçirdiği;1,5 yıl albendazol tedavisi aldığı ve 7 ay önce gebelik sebebiyle albendazol tedavisine ara verdiği öğrenildi. Hasta göğüs cerrahisine danışıldı. Hastaya sol torakotomi, kistotomi, kapitonaj, 5 ve 10 numaralı lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Alınan biyopsi E. multiocularis olarak raporlandı.



Echinococcus Multiloculoris'in Etken olduğu Kist Hidatik Hastalığının Akciğer grafisi ve Bilgisayarlı Tomografisindeki görüntüleri.

Tartışma-Sonuç: Kist hidatik tanısında öykü ve epidemiyolojik ipuçları, klinik bulgular, görüntüleme yöntemlerinde kistik lezyonlar kullanılır. Labarotuvar bulgularında spesifik bulgular yoktur. Olgumuzda gebelik sonrası hücresel bağışıklığın baskılanması parazit büyümesinde hızlı artışa ve plasentadan salgılanan steroid kistlerin büyümesine neden olmuştur. Albendazol ilk trimesterde teratojenik etkisi dolasıyla hastamıza verilememiştir. Sonrasında kontrole gelmeyen hastada kist hidatik nüks etmiştir. Gebelik ve KH beraberliği nadir görülmesine rağmen; postpartum dispne ve öksürük şikayeti olan, görüntüleme yöntemlerinde düzelme olmayan olgularda anamnez önemlidir. Ayırıcı tanıda KH düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Echinococcus Multilocularis, Postpartum, Kist Hidatik, Albendazol, Pnömoni

PS-140 Çok Nadir Bir Pnömoni Olgusu: Fırsatçı Patojen Francisella Philomiragia

Ayşenur Ertaş[1], Abdullah Kansu[1], Kübra Karaca Ünal[1], Şükrü Egemen Demir[1], Muhammed Emin Akkoyunlu[1]

[1]Medipol Mega Üniversite Hastanesi

Giriş-Amaç: Francisella philomiragia, pnömoni ve diğer sistemik enfeksiyonlara neden olan, nadir görülen fırsatçı bir patojendir. Bunun neden olduğu hastalıklar büyük ölçüde boğulmak üzere olan kişilerde ve kronik granülomatöz hastalığı olanlarda bildirilmiştir. Bu vakada 70 yaşında erkek hastada suda boğulma sonrası gelişen F. philomiragia pnömonisi vakasını sunuyoruz

Olgu: Diyabetes mellitus olan 70 yaşında bir erkek, hastanemize başvurusundan 15 gün önce suda boğulma sonrası ilk müdahale yapılıp genel durum bozukluğu ile yoğun bakım ünitesine alınan hasta entübe edilmiş. Testlerinde CRP, prokalsitonin negatif, Na:121 mmol/L, WBC: 17.400 cells/mm3, nötrofil 93.2% saptanmış. Kan gazında pH: 7.13 mm Hg, Pco2: 32 mm Hg, HCO3: 23.6 mmol/L. Toraks BT'de bilateral plevral effüzyon izlendi. 13 gün ampisilin sulbaktam tedavisi aldı. Ekstübasyonu gerçekleştikten sonra devralınan alınan hastanın bilinci sedatizeydi. Afebril, normotansif ve takipnesi yoktu. 5 lt/dk nazal oksijen desteği ile spo2: %95 idi. Akciğer oskültasyonunda raller duyuldu. Akciğer grafisinde bilateral opasiteler izlendi. Nörolojiye konsülte edildi, istenen diffüzyon MR da akut patoloji saptanmadı. Testlerinde CRP: 129 mg/L, prokalsitonin negatif, Hastaya sefepim 3x2 gr IV, trimetoprim sulfometaksazol 2x1 tedavisi başlandı. Antibiyoterapinin 3.gününde tekrarlayan ateşleri olan hastadan 2 set kan kültürü alındı. Toraks BT sol akciğer alt lobda konsolidasyon görüldü. Tedavisinin 6. gününde derin hiponatremi gelişti, trimetoprim sulfometaksazol ve diüretik ilacı kesilip hipertonik mayii desteği verildi. Aerobik kan kültüründe francisella philomiragia üremesi görüldü. Moksifloksasin 400 mg tedavi başlanan hastada klinik yanıt görülmesi üzerine Fizik tedavi bölümüne devri gerçekleştirildi.

Toraks BT

sol akciğer alt lobta içerisinde hava bronkogramlarının izlendiği konsolidasyon ile uyumlu dansite artış alanı görüldü.

Tartışma-Sonuç: Francisella'nın bir üyesi olarak F. philomiragia aerobik, gram negatif kokobasildir. Francisella türü insanlarda fırsatçı bir patojendir.Su ortamı organizma için yaşam alanıdır. En sık olarak yakın zamanda suya maruz kalmış bireylerde, kontamine su yutulmasının enfeksiyon riski altına sokabileceği varsayılmaktadır. Mevcut vakadaki hastada, suda boğulma öyküsü ve immünsupresyona neden olan altta yatan diabetes mellitusu vardı. F. philomiragia enfeksiyonu için önerilen standart bir tedavi yoktur.

Anahtar Kelimeler: F. Philomiragia, Suda Boğulma

PS-141 İntralober Pulmoner Sekestrasyon Olgusu

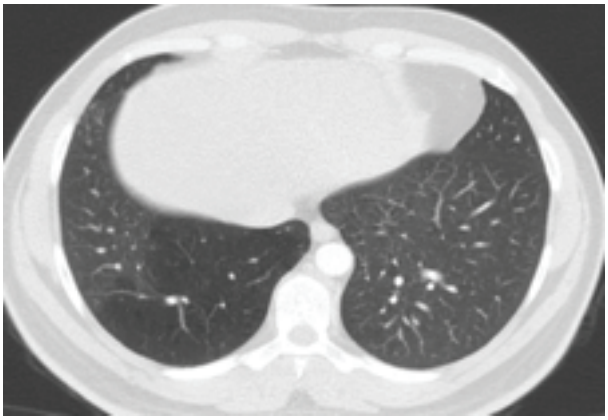
Zeynep Berna Uçar[1], Barış Demirkol[1], Ayşe Bahadır[1], Sibel Yurt[1], Mehmet Akif Özgül[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner sekestrasyon akciğerin bir lob veya segmentinin bronkovasküler bağlantılara sahip olmaması durumudur. Bu bölümün beslenmesi arteriyel dolaşımın sistemik arterleri ile sağlanır. Nadir görülen konjenital malfarmasyondur. Pulmoner sekestrasyonlar intralober ve ekstralober sekestrasyon olmak üzere ikiye ayrılır ve sıklıkla sol akciğerde ve alt loblarda yerleşirler. Hastalık asemptomatik izlenebilir. Klinik bulgular çocukluk döneminde tekrarlayan pnömoni atakları ve eşlik eden diğer konjenital anomaliler olabilmesine rağmen olguların çoğunda tanı 20 yaş sonrası konmaktadır. Semptomlar öksürük, balgam, hemoptizi olabilir. Tedavi edilmemiş olgularda; pnömotoraks, hemotoraks hatta tümör gelişme ihtimali mevcuttur. Sekestrasyonun kesin tanısı besleyici arterin gösterilmesiyle konur, bunun için dijital substraksiyon anjiyografi, bilgisayarlı tomografi anjiyografi veya manyetik rezonans anjiyografi kullanılabilir. Tedavisi sekestre dokunun cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Olgumuzda sağ akciğer alt lobda izlenen intralober pulmoner sekestrasyon vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu: 33 yaş erkek hasta bir yıldır olan öksürük ve eforla nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Bilinen hastalığı yoktu. Fizik muayenesi doğal idi. Laboratuar bulguları normal sınırlardaydı. Hastanın SFT'sinde FVC:4,50(%92), FEV1:3,31(%81), FEV1/FVC:%73.5 saptandı. Çekilen akciğer grafisi normal sınırlarda izlendi fakat hastanın bir yıldır devam eden solunumsal şikâyetleri nedeniyle hastaya kontrastlı toraks BT planlandı. Kontrastlı toraks BT'sinde sağ akciğer alt lob posterobazal ve mediobazal segmentlerinde yaklaşık 6x4x7 cm'lik kesimde hava hapsi, normal trakeobronşial sistemle bağlantısı bulunmayan bronşektazi izlendi. Abdominal aortadan köken alan, sağ akciğer alt lob posterobazal-mediobazal segmentlerine uzanan yaklaşık 4mm çapında besleyici arter izlendi ve venöz drenajın sağ inferior pulmoner vene olduğu gözlendi. Tariflenen kontrastlı toraks BT bulguları ile lezyon intralober pulmoner sekestrasyon lehine değerlendirildi. Hasta cerrahi tedavi açısından göğüs cerrahisine yönlendirildi.

BT



Parankim Penceresi

Tartışma-Sonuç: Pulmoner sekestrasyon sıklıkla sol akciğer alt lobda izlenir nadir olarak sağ akciğerde izlenir. İntralober sekestrasyon; normal akciğer dokusu arasında yer almaktadır. Venöz drenajı sıklıkla pulmoner sirkülasyon ile olur. Ekstralober sekestrasyon ise kendi viseral plevrasıyla normal akciğer dokusundan ayrılır ve venöz drenajı sıklıkla sistemik sirkülasyon ile olur. Vakamız sekestrasyon alanının sağ akciğer alt lobda olmasıyla nadir görülen bir olgudur.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Pulmoner Sekestrasyon

PS-142 Malignite ile Karışabilen Bir Hemoptizi Nedeni: Pulmoner Aktinomikoz

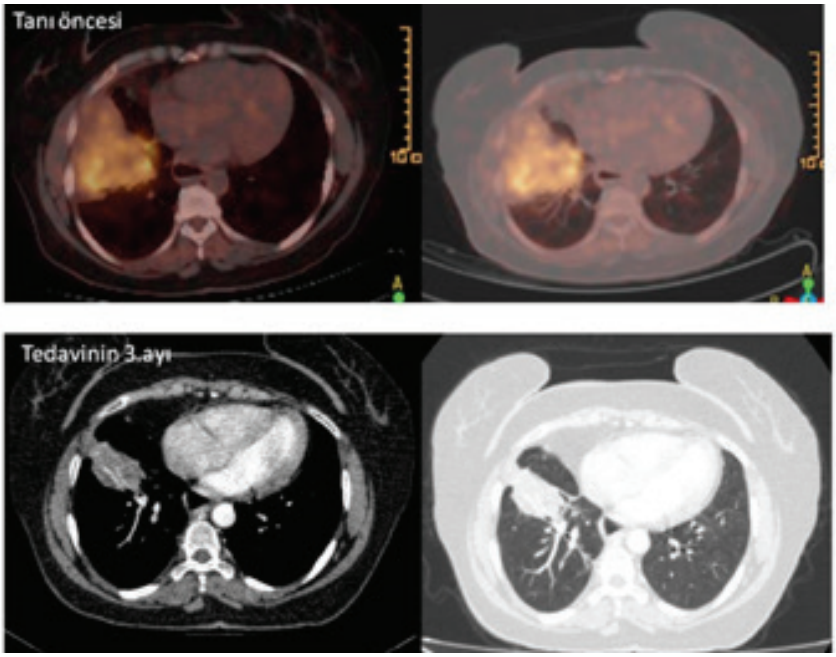
Nil Kuranoğlu[1], Gülistan Karadeniz[1], Melih Büyükşirin[1]

[1]SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Aktinomikoz, servikofasiyal (%50), torasik (%20) veya abdominal (%20) bölgelerin kronik süpüratif ve granülomatöz hastalığıdır, nadiren deri, beyin ve perikardı tutabilir. Aktinomikozun nadir bir enfeksiyon olması, maligniteyi taklit edebilmesi, tanısal zorluk olması ve ender bir klinik prezentasyon olan hemoptizi ile başvurması nedeniyle olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: 55 yaşında kadın hasta öksürük, balgam, hemoptizi şikayetleriyle servisimize yatırıldı. Vital bulguları stabildi. Fizik muayenede sağ alt zonda kaba raller mevcuttu. CRP:19,5 mg/L, diğer laboratuvar bulguları olağandı. Akciğer grafisinda sağ alt zonda homojen dansite artımı izlendi. Poliklinikten yapılan tetkiklerinde; Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)`sinde sağ alt lob kitlesel konsolidasyon olması nedeniyle 1 ay ara ile 2 kez Transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi (TTİİAB) yapılmış ve 'Benign sitoloji' izlenmişti. Bronkoskopiyi kabul etmeyen hastanın PET-BT: sağ alt lob 8,6 cm boyutlarında kitlesel lezyonda artmış (SUVmax:6.3) FDG tutulumu vardı. Hemoptizi nedeniyle yatırılan hastanın balgam NSKA ve ARB-direkt bakı ve kültürlerinde üreme yoktu. Üçüncü kez yapılan TTİİAB: 'Abseleşen enfeksiyon-Actinomiçes' olarak raporlandı. Hastaya intravenöz penisilin başlandı, masif hemoptizi nedeniyle bronşial arter embolizasyonu uygulandı. Kliniği düzelen hasta oral antibiyoterapi (Ampisilin) ile taburcu edildi. Tedavisinin 3. ayında olup toraks BT`de belirgin regresyon izlendi. Hastanın tedavi ve takibi devam etmektedir.

Tanı öncesi PET/BT ve Tedavinin 3. ayı Toraks BT kesitleri



Tartışma-Sonuç: Torasik aktinomikoz öksürük, ateş, kilo kaybı ve göğüs ağrısı bulgularıyla sıklıkla tüberküloz veya maligniteyi taklit eder. Radyolojik olarak konsolidasyon, fibronodüler infiltrasyon ve kaviter lezyon veya akciğerde kitle görünümü olabilir. Aktinomikoz kültürde üretilememesi nedeniyle çoğunlukla patolojik tanı gerektirir. Pulmoner aktinomikoz nadir karşılaşılan bir enfeksiyon olması, maligniteyi ve tüberkülozu taklit edebilmesi ve tanısının zor olması genellikle patolojik tanı gerekliliği nedeniyle akılda tutulması gereken bir etkendir.

Anahtar Kelimeler: Aktinomikoz, Pulmoner aktinomikoz, Pulmoner hemoraji, Malignite

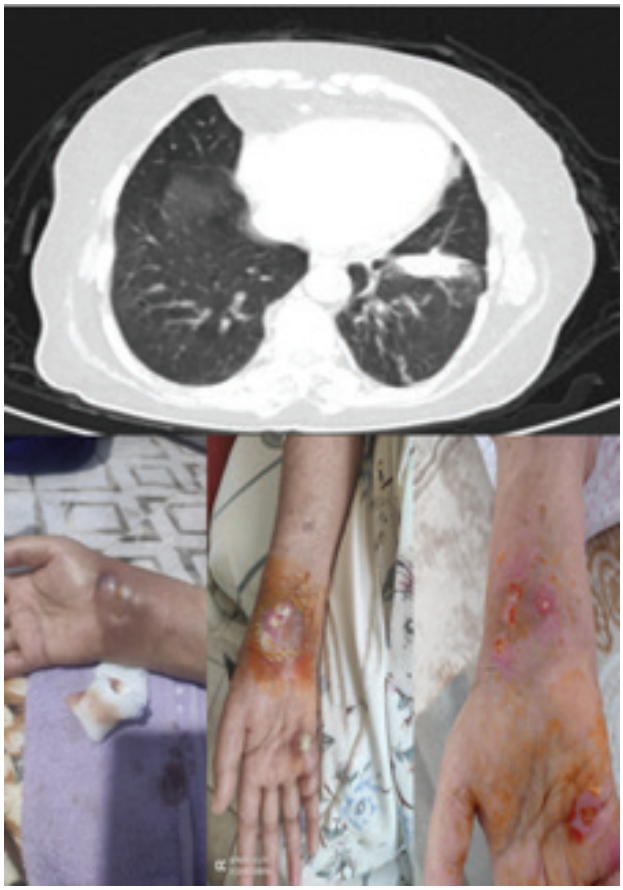
PS-143 Deri-Yumuşak Doku Tutulumu Görülen Dissemine Tüberküloz Olgusu

Cebrail Tugay[1], Erol Başaranoğlu[1], Hadice Selimoğlu Şen[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları A.D, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Tüberküloz, başta akciğerler olmak üzere hemen her organı/dokuyu tutabilen, dokuda kazeifikasyon nekrozu içeren granülomlar oluşturmasıyla karakterize, bir enfeksiyon hastalığıdır. Ekstrapulmoner olarak, plevra, santral sinir sistemi, genitoüriner sistem, perikard, göz, cilt ve kemik-eklem tutulumları görülebilirken bazen çoklu organ tutulumu da olabilir. Yumuşak doku tüberkülozu, nadir görülen ekstrapulmoner tüberküloz formlarından biridir. Ekstrapulmoner tüberküloz hastaların yaklaşık %1-3'ünde görülür. Romatoid artrit (RA) nedeni ile steroid tedavisi alan ve akciğer, kolon, lenf bezi ve deri-yumuşak doku tüberkülozu saptanan olgu, nadir görülmesi nedeni ile sunuldu.

Olgu: 64 yaşında kadın hasta RA nedeni ile steroid tedavisi sonrası başlayan öksürük, balgam, halsizlik şikayetleri nedeniyle tarafımıza konsulte edildi. Solunum sistemi muayenesinde patoloji saptanmayan hastamızın axiller lenfadenopatileri ve sağ bilekte ciltten kabarık subkutan nonülseröz bir nodülü mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) büyüğü sol akciğer alt lob süperiorda 32 mm'lik çok sayıda nodül (Resim 1) ve abdomen BT'de çekum-çıkan kolon seviyesinde şüpheli kitle izlendi. Hastadan alınan, kolon, lenf bezi ve cilt biyopsilerinin tümü granülomatöz inflamasyon olarak raporlandı. Balgamda ARB (++) ve quantiferon testi pozitif saptandı. Antitüberküloz tedavi başlanan hastanın cilt lezyonlarında 15 günde dramatik iyileşme gözlendi (Resim 1).



Resim 1. Sol Akciğerde Nodul ve Antitüberküloz Tedavi Sonrası Cilt-Yumuşak Doku Lezyonlarında İyileşme.

Tartışma-Sonuç: Yumuşak doku tüberkülozu tüm tüberküloz tipleri içinde en az görülenidir. Tüberküloz apseleri soğuk apse olarak adlandırılır ve “dolor-color” bulguları göstermez. Tüberküloz apseleri, tüberküloz odağından basillerin hemotojen yayılımı ile oluşur. Klinik olarak tek ya da çok sayıda eritemli, ağrısız, subkütan nodüller gelişir ve daha sonra bunlar yumuşayıp açılarak ülserleşebilir. Literatürde bildirilen yumuşak doku tutulumu ile seyreden tüberküloz olgularının çoğu kollajen vasküler hastalık, böbrek transplantasyonu, immünsüpresif tedavi alan hastalardır. Etyolojisi saptanamayan cilt- yumuşak doku lezyonlarının ayırıcı tanısında ekstrapulmoner tüberküloz da akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal Tüberküloz, Yumuşak Doku Tüberkülozu, Ekstrapulmoner Tüberküloz.

PS-144 Hızlı Progresif Kaviter Lezyon: Pulmoner Mukormikoz

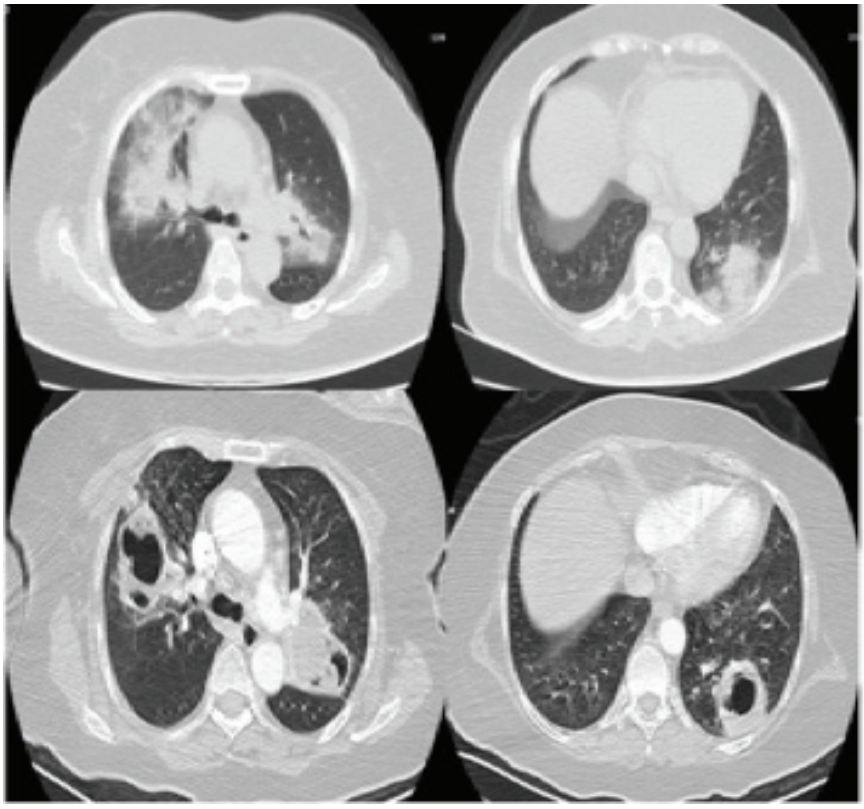
Cebrail Tugay[1], Abdurrahman Şenyiğit[1], Hadice Selimoğlu Şen[1], Erol Başaranoğlu[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Akciğer parankimi içinde oluşan nekroz sonucunda gelişen, 4 mm'den kalın duvarlı, duvarları inflamatuar/nekrotik akciğer dokusu ve/veya neoplastik elemanlardan oluşan boşluklara kavite denir. Kavitelerin etiyolojisinde akciğer absesi, maligniteler, vaskülit ve fungal enfeksiyonlar sıklıkla yer almaktadır. Kısa süre içerisinde kaviteleşen konsolide alanlarla seyreden; biyopsi ve kültür sonuçlarıyla mukormikoz tanısı alan olgu ayırıcı tanıya dikkat çekme amacı ile sunuldu.

Olgu: 54 yaşında bilinen diabet tanılı kadın hasta 2 aydır var olan öksürük ve günde iki yemek kaşığı kadar hemoptizi şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Sigara öyküsü olmayan hastamızın solunum sistemi fizik muayenesinde bilateral kaba ralleri mevcut olup diğer sistem muayeneleri doğaldı. Dış merkezde 15 gün arayla çekilen toraks bigisayarlı tomografilerinde (BT) her iki akciğer üst lob ve sol akciğer alt lobda konsolide alanların, 15 gün içinde kaviteleştiği izlendi. Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Sol akciğer alt lob bazal segmentteki endobronşial lezyondan biyopsi alındı ve bronkoalveoler lavaj yapıldı. BAL'da ARB negatif idi. Vaskülit paneli negatif olarak sonuçlandı. BAL kültüründe mantar üremesi oldu. Bronkoskopik biyopsi patolojik değerlendirmede bir kısmı açılanmalar oluşturan dar açılı, ince, daha düzenli ve septalı mantar hifaları mukormikoz ile uyumlu bulundu. Antifungal tedavi başlanan hasta tedavinin 5. gününde masif hemoptizi nedeni ile exitus oldu.

Hızla Kaviteleşen Konsolide Alanlar



Her iki akciğer üst loblarda ve sol akciğer alt lob bazal segmentte yer alan konsolide alanların kısa süre içerisinde kaviteleştiği izlenmekte.

Tartışma-Sonuç: Mukormikoz; Mucorales takımında bulunan Mucor, Rhizopus, Rhizomucor ve Absidia cinsi küf mantarlarının neden olduğu invazif fungal infeksiyonlardır. Pulmoner mukormikoz hızlı lokal progresyon ve belirgin anjiyoinvazyon nedeniyle yüksek mortaliteye sahiptir. Kontrol altına alınmamış diyabet, lenfoma, lösemi gibi hematolojik maligniteler, uzun süreli kortikosteroid veya immunsüpresif tedavi, gibi predispozan faktörleri olanlarda kaviter akciğer lezyonlarının ayırıcı tanısında pulmoner mukormikoz düşünülmelidir. Mukormikoz tedavisi, etkilenmiş dokuların cerrahi debridmanı, antifungal tedavi ve mümkünse altta yatan hastalığın tedavisi kombinasyonundan oluşmaktadır. Bizim olgumuz ise bilateral yaygın tutulumu ve genel durum bozukluğu nedeni ile cerrahi tedaviye uygun değildi.

Anahtar Kelimeler: Mukormikoz, Fungal Akciğer Hastalıkları

PS-145 Yaygın Değişken İmmün Yetmezlik Tanısı Konulan Genç Olgu

Emir Keskin[1], Hasibe Çiğdem Erten[1], Nesrin Kıral[1], Yunus Ataş[1], Seda Beyhan Sağmen[1], Sevda Cömert[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Primer immün yetmezlikler nadir hastalıklar grubu içinde yer almalarına rağmen, ülkemizde akraba evliliği sebebiyle daha sık izlenmektedir. Bu hastalarda apse, sinüzit, otit, farenjit, pnömoni gibi solunum yolu enfeksiyonları, idrar yolu enfeksiyonları, menenjit sık görülmektedir. Hastalık hücre, kompleman ya da immünoglobulin defektleri şeklinde prezente olabilir. Yaygın değişken immün yetmezlik (Common variable immünodeficiency - CVID), en sık görülen primer immün yetmezlik sendromudur. İmmünoglobulin düzeylerinde azalma, antikor yanıtında bozulma ile karakterizedir.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan, çocukluğundan beri sık geçirilen otit, sinüzit, solunum yolu enfeksiyonları öyküsü olan 19 yaşında erkek hasta halsizlik ve eforla nefes darlığı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 1 ay evvel kliniğimizde pnömoni ile yatış, 15ay evvel enfektif bronşektazileri nedeniyle sağ alt lobektomi geçirme öyküsü,3paket/yıl sigara mevcuttu. Soygeçmişinde anneanne-dede ve babaanne-dede evliliklerinde 1.derece kuzen akrabalığı olduğu saptandı. Fizik muayenede sol hemitoraksta tüm zonlarda, sağ hemitoraksta alt alanlarda belirgin inspiratuar raller, akciğer grafisinde bilateral yaygın retikülonodüler dansite artışları mevcuttu. Oda havasında oksijen satürasyonu%85-88 olan hasta pnömoni tanısı ile Göğüs Hastalıkları servisimize yatırılarak Piperasilin-Tazobaktam3x4.5gr, Klaritromisin2x500mg tedavisi başlandı. Laboratuvar tetkiklerinde kreatinin:0,65mg/dl, Hb:11,1g/dl, HCT:%35, WBC:31170mcL, sedimentasyon:10 mm/saat,CRP:281mg/L, prokalsitonin:1,100µg/L saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral yaygın asiner infiltrasyonlar, tomurcuklanmış ağaç manzaraları izlendi. Tedavi sonrası hastanın semptomları, akut faz değerleri belirgin geriledi, oksijen ihtiyacı kalmadı. Kan ve idrar kültürlerinde etken üremedi. Balgam kültüründe Haemophilus influenzae üredi. Takibinde sağ dizinde şişlik, kızarıklık, ısı artışı olan hasta septik artrit tanısı ile opere edildi. Operasyon sonrası enfeksiyon hastalıkları tarafından tedavisine Teikoplanin1x400mg eklendi ve ilk antibiyoterapinin 20 güne, eklenen antibiyoterapinin 14 güne tamamlanması önerildi. Serum immünogobulin değerleri oldukça düşük seviyede IgM<0,2g/L IgA<0,1g/LIgG:0,75g/L bulundu. Klinik, laboratuvar bulgular birleştirilerek hastaya CVID tanısı konuldu, IVIG tedavisi planlanarak takibe alındı.

Tartışma-Sonuç: Sık enfeksiyon geçirme öyküsü olan özellikle genç hastalarda CVID olabileceği düşünülerek serumimmünoglobulin değerleri çalışılmalı, primer immün yetmezlik nedenleri akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaygın Değişken İmmün Yetmezlik, Pnömoni, Hipogamaglobulinemi

PS-146 Dev Rüptüre Hidatik Kist Olgusu

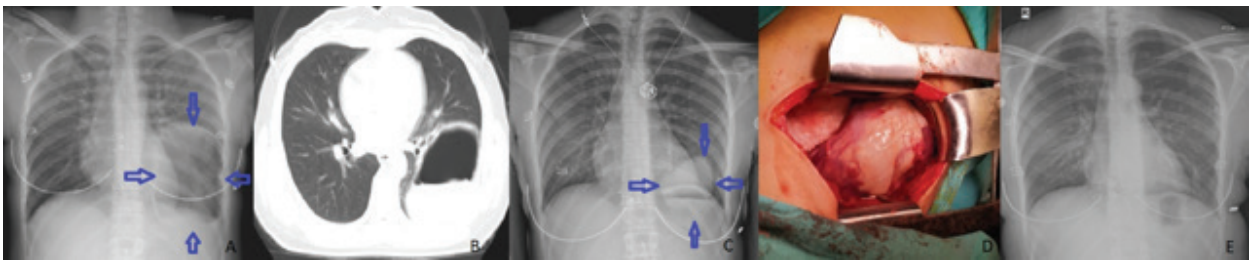
Ömer Topaloğlu[1], Elvan Şentürk Topaloğlu[2], Nurullah Tarhan[3]

[1]Bitlis Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bitlis
[2]Bitlis Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bitlis
[3]Bitlis Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Bitlis

Giriş-Amaç: Hidatik kist kırsal kesimde ve hayvancılıkla uğraşan bölgelerde rastlanan paraziter bir enfestasyondur.

Olgu: 23 yaşında kadın olgu sol yan ağrısı, öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Olgunun anamnezinden 2 gün önce öksürükle ağızdan berrak renkte sıvı geldiği ve bu tarihten itibaren şikâyetlerinin artarak devam ettiği öğrenildi. Fizik muayenede oskültasyonda sol hemitoraks alt arka tarafında solunum sesleri azalmış ve kabalaşmış idi. Akciğer grafisinde sol alt zonda kistik lezyon görüldü (Resim 1A). Çekilen toraks tomografisinde sol akciğer alt lobu dolduran çevresinde kompresyon atelektazi alanlarının izlendiği yaklaşık olarak 101x72 mm boyutlu içerisinde hava sıvı seviyesi ve lineer membranöz görünümler bulunan kalın cidarlı kistik lezyon izlendi (Resim 1B). Olgunun e-nabız sistemi üzerinden incelenen radyolojik görüntülemelerinden 4 yıl öncesine ait akciğer grafisinde sol alt zonda ince duvarlı yaklaşık 65*60 mm boyutlarında düzgün sınırlı kistik lezyonun mevcut olduğu gözlendi (Resim 1C). Mevcut lezyonun yıllar içerisinde büyüdüğü anlaşıldı. Ön tanılar arasında rüptüre kist hidatik düşünülen olguya genel anestezi altında posterolateral torakotomi yapıldı. Sol hemitoraks bazal bölgede posterior yerleşimli kist duvarı görüldü. Kistin çevresi ve tüm akciğer povidon-iyot emdirilmiş kompreslerle kaplandı. Kistektomi ile lezyon çıkarıldı ve akciğer parankimi kapitonaj yöntemiyle primer olarak tamir edildi. Çıkarılan materyallerin histopatolojik incelenmesinde kist hidatik tanısı doğrulandı (Resim 1D). Ameliyat sonrası dönemde herhangi bir sorun oluşturmayan olgu yedinci gün taburcu edildi. Medikal tedavi olarak albendazol 15 mg/kg/gün 3 ay süreyle verildi. Olgunun 6 aylık takip döneminin sonunda klinik olarak asemptomatiktir ve radyolojik olarak da nüks gözlenmemiştir (Resim 1E).

Resim 1A, 1B, 1C, 1D ve 1E



Olgunu başvuru anındaki PA akciğer grafisi, toraks bilgisayarlı tomografisi, 4 yıl önceki PA akciğer grafisi, operasyon sırasındaki görüntüsü, taburculuk sonrası 6. ay kontrol PA akciğer grafisi

Tartışma-Sonuç: Kist hidatik hastalığının primer tedavisi cerrahi uygulamalardır. Olgumuzun dört yıl önceki akciğer grafisinde lezyonun mevcut olması ancak gözden kaçması neticesinde yıllar sonrasında kist rüptüre olmuştur. Kist hidatik tanısında oluşabilecek ciddi morbidite ve olası mortalitelerin önlenmesi açısından yararlanılan radyolojik görüntüleme yöntemlerinin doğru yorumlanması ve dikkatli incelenmesinin büyük önem arz ettiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Posterior-Anterior Akciğer Grafisi, Torakotomi, Kistektomi Kapitonaj, Kist Hidatik

PS-147 Bronş İşareti Pozitif Olan Malignite Kuşkulu Nodülde Tüberküloz

Neval Alagöz[1], Şule Gül[1], Ayşe Yeter[1], Nihan Kurt Gürer[1], Derya Gündöner[1], Elif Yelda Niksarlıoğlu[1], Mehmet Atilla Uysal[1]

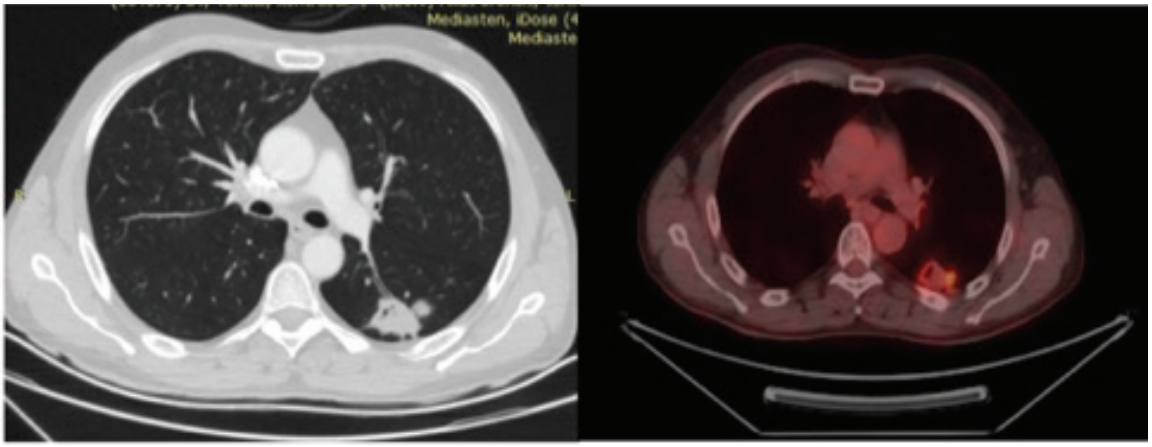
[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pozitif bronş bulgusu, primer kitleye giden veya içinde bulunan bir bronşun bilgisayarlı tomografi (BT) bulgusudur. Hava dolu bronş ile bronşun yol açtığı ve bronşun içine uzanabileceği nodülün birleşimi, pozitif bronş belirtisi ile sonuçlanır. Bu işaretin daha çok malign lezyonlarla ve özellikle lepidik paternli pulmoner adenokarsinom ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bronş işareti pozitif olan ve tanısal amaçlı cerrahi operasyon yapılarak tanısı tüberküloz olarak sonuçlanan olgu ilginç olması nedeniyle sunuldu.

Olgu: Kırk yedi yaşında erkek hasta 15 gündür süren ses kısıklığı, öksürük şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Koroner arter hastalığı öyküsü mevcuttu. Sigara kullanma öyküsü vardı. Fizik muayenesinde özellik yoktu. Akciğer grafisinde sol üst zonda nodüler lezyon izlendi. Laborauvar parametreleri normaldi. Toraks BT de sol alt lob süperiorda spiküler uzanımlı bronş isareti izlenen nodüler lezyon mevcuttu. Pozitron emisyon tomografisinde sol akciğer alt lob superior segmentte periferik yerleşimli 33x22 mm boyutlu hava imajları içeren kitlesel lezyon alanında periferik heterojen hafifçe artmış FDG tutulumu izlendi(-SUVmax:3.9)(Şekil-1). Fiberoptik bronkoskopi ile endobronşial lezyon saptanmadı ve sol alt lob superior segment bronşundan lavaj alındı. ARB kültür, mikobakteri PCR, nonspesifik kültür, mantar kültürü ve sitolojide özellik saptanmadı. Göğüs cerrahisi tarafından tanısal amaçlı sol alt lob superior segmentektomi yapılan hastanın patoloji sonucu kronik nekrotizan granulomatoz iltihap olarak sonuçlandı. Boyama sonucunda EZN ile pozitif boyanan aside dirençli basil benzeri mikroorganizmalar saptandı. Olgu tüberküloz enfeksiyonu ile uyumlu olarak sonuçlandı. Hastaya tam doz anti-tüberküloz tedavisi başlandı.

Tartışma-Sonuç: Toraks BT de bronş işareti pozitif nodüler lezyonlar en sık akciğer malignitesini akla getirmektedir. Fakat her türlü radyolojik bulgu ile karşımıza çıkabilecek olan tüberküloz enfeksiyonunun da bronş işareti ile karşımıza çıkabileceği akılda tutulmalıdır.

Bronş İşareti Pozitif Olan Malignite Kuşkulu Nodülde Tüberküloz



Şekil-1: Hastaya ait bronş işareti izlenen nodüler lezyonun Toraks BT ve PET/CT görüntüsü

Anahtar Kelimeler: Bronş İşareti, Tüberküloz

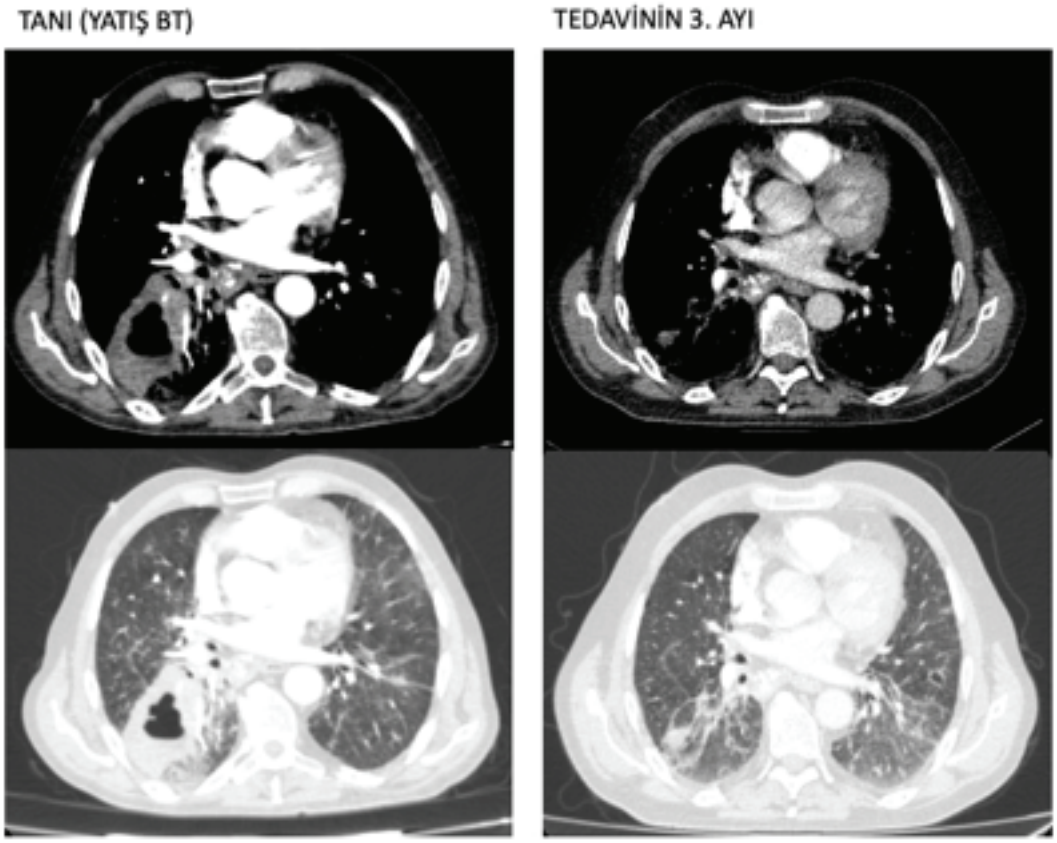
PS-148 Sarkoidoz Nedeniyle Kortikosteroid Tedavisi Alan Hastada Gelişen Pulmoner Nokardiyoz

Hasan Demir[1], Gülistan Karadeniz[1], Fatma Demirci Üçsular[1], Enver Yalnız[1]

[1]SBÜ İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Nokardiyoz nadir görülen bir enfeksiyon olup akciğerler en yaygın tutulum bölgesidir. Merkezi sinir sistemi, cilt tutulumu ve dissemine hastalık da görülebilir. Pulmoner nokardiyoz, akciğer karsinomu, pnömoni veya apseyi taklit eden nadir fakat şiddetli bir enfeksiyondur. Genellikle immunsuprese hastaları etkiler. KOAH, pnömokonyoz, bronşektazi gibi yapısal akciğer hastalıkları da pulmoner nokardiyoz için risk faktörleridir. Öksürük, ateş, nefes darlığı, hemoptizi ve kilo kaybı görülebilen semptomlardır. Radyolojik olarak nodül, konsolidasyon, kavite ve kitle görüntüsü olabilir. Ayırıcı tanıda tüberküloz, fungal ve bakteriyel enfeksiyonlar, maligniteler, ANCA ile ilişkili vaskülitler yer alır. Nokardiozis tanısı, organizmanın izole edilmesi ile konulur. Tedavide ilk tercih antibiyotik Trimetoprim/Sülfametoksazoldür. İmmünsuprese ve ciddi olgularda kombinasyon tedavisi önerilmektedir. Tedavi süresi genellikle 3-6 aydır. Bu tedavi sırasında mümkünse immüsupresif ilaç dozları azaltılmalıdır.

Olgu: 54 yaşında erkek hasta, 3 gündür ateş, öksürük, balgam, halsizlik şikayetleri olması üzerine başvurdu. Saturasyonu %96, ateş 38, nabız 105/dk, TA:125/75 mm/Hg ölçüldü. Özgeçmişinde 5 yıldır sarkoidoz tanısıyla takip edildiği, progresyon nedeniyle 1 aydır 32mg Prednol+Metotreksat kullandığı öğrenildi. Akciğer grafisinde sağ orta ve alt zonda yeni gelişen dansite artışı olması üzerine yatırıldı. Toraks BT'de mediastinal LAPlar, sağ akciğer üst, orta ve alt loblarda kavitasyon içeren konsolidasyon alanları izlendi (Resim). CRP: 230 mg/L, Lökosit: 13900/uL, Hb :12, plt: 278 Glukoz: 135, Üre: 58 idi. Hastaya ampirik antibiyotik tedavisi başlandı. Balgam kültürü istendi, tanısal amaçlı bronkoskopi (bronş aspirasyon, BAL, fırça) yapıldı. Mantar kültürü, ARB direkt bakı ve kültürlerinde üreme olmayan hastanın sitolojileri 'benign' idi. Hem balgam hem bronş aspirasyon kültürlerinde direkt bakılarında gram (+) flamentöz basiller görülüp Nocardia species üredi. Enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edilerek trimetoprim/sulfametoksazol (TMP/SMX) başlandı. TMP/SMX tedavisinin 3. ayında Prednol 12mg alan hastanın belirgin regresyonu olup tedavisi devam etmektedir.



Tanı anındaki ve tedavinin 3. ayındaki toraks BT görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Pulmoner nokardiyoz nadir olmakla birlikte kaviter akciğer hastalıklarında akla getirilmelidir. Tedavisinde hızlı ve sabırlı olmak gerekir.

Anahtar Kelimeler: Nokardiyoz, Nokardiya, Kavite, Sarkoidoz, İmmunsuprese

PS-149 Kimsayal Madde Aspirasyonuna Sekonder Pnömoni: Olgu Sunum

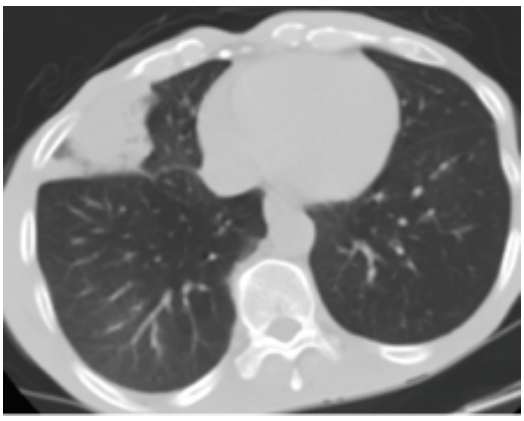
Serhat Güneş[1], Bahar Kurt[1], Kerem Ensarioğlu[2]

[1]Ankara Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Ateşi yiyenlerin pnömonisi hidrokarbon ürünlerinin aspirasyonuna bağlı olarak gelişen, nadir görülen akut bir pnömoni tablosudur. Küçük çocuklarda, ateşi yutarak gösteri yapan animatörlerde ya da petrol ürünleri ile uğraşan kişilerde bu ürünlerin aspirasyonu sonucu ortaya çıkabilir. Nefes darlığı, öksürük, hemoptizi, göğüs ağrısı ve ateş başlıca semptomlar olarak görülür. Tedavide kortikosteroid ve antibiyotikler kullanılır. Burada mazot aspirasyonuna bağlı gelişen bir pnömoni olgusu sunulmuştur. Olgumuzda klinik ve radyolojik tablonun başlangıçta hızla ilerlemesi ve konsolidasyonun kalıcı olması dikkat çekicidir.

Olgu: 53 Yaşında erkek hasta acil servise göğüs ağrısı, nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile başvurdu. Sorgulamada hastanın arabasından ağzı ile mazot çekerken yanlışlıkla mazotu aspire ettiği öğrenildi. Hastaya yapılan endoskopide GIS patolojisi ekarte edildi ve sonrasında pulmoner açıdan değerlendirildi. İstenilen toraks tomografisinde sağ akciğer orta lobta plevra tabanlı konsolidasyonu olan hasta aspirasyon pnömonisi tanısı ile servise kabul edildi. Yapılan bronkoskopide belirgin solunum yollarında patoloji izlenmedi. Sitoloji sonucu aktif enflamasyon bulguları olarak sonuçlandı. Hastaya ampirik antibiyopterapi ve intravenöz 1 mg/kg metilprednizolon tedavisi başlandı. Laboratuvar ve klinik yanıt görülen hasta taburcu edilerek aylık takibe alındı. Takip tomografilerinde konsolide alanın hala kısmen de olsa sebat ettiği görüldü.

Başvuru Tomografi Kesidi



Tartışma-Sonuç: Bu olguda mazot aspirasyonu sonrası yakın zamanda konsolidasyon görülmesi hidrokarbon pnömonisini tanısını desteklemektedir. Hidrokarbon pnömonisinin seyri ve sonucu değişkenlik gösterebilmektedir. Radyolojik olarak genellikle bilateral alt alanları tutan akciğer konsolidasyonları gelişmesi ve ardından lezyonların pnömotoseller oluşturarak kaviteleşmesi sık görülür. Lipoid pnömoni tablosuna bağlı doku nekrozu nedeniyle pnömotosel, akciğer apsesi, pnömotoraks ve plörezi oluşabilir. Hastalığın tedavisinde profilaktik antibiyotik ve prednol kullanımı konusunda bir fikir birliği bulunmamakla beraber çoğu olguda bu tedavi rejiminin kullanıldığı görülmektedir. Pnömotosel en sık beklenilen komplikasyon olmakla beraber, bizim olgumuzda uzun süreli devam eden konsolidasyon skar bırakarak iyileşmiştir. Vaka bazında değerlendirilme gerekli olmakla beraber, immunosupresif tedavi ve antibiyoterapi desteğinin komplikasyonu azaltabileceği bizim olgumuzda da olduğu gibi görülebilir.

Anahtar Kelimeler: Aspirasyon Pnömonisi, Hidrokarbon, Pnömotosel

PS-150 Eritrodermi ile Prezente Olan Olguda Tüberküloz ve Covid-19 Birlikteliği

Nurlana İbrahimova[1], Özge Aydın Güçlü[1], Nilüfer Aylin Acet Öztürk[1], Aslı Görek Dilektaşlı[1], Ahmet Ursavaş[1], Mehmet Karadağ[1]

[1]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Bursa

Giriş-Amaç: Eritrodermi veya eksfoliatif dermatit, birçok hastalığın seyri sırasında ortaya çıkabilen, tüm vücutta tam veya tama yakın eritem ve beraberinde değişen derecede deskuamasyonla karakterize bir durumdur. Eritrodermi, cilt tutulumunun yaygın olması ve genellikle ileri yaşlarda ortaya çıkması nedeni ile hastanın yaşamını tehdit eden bir durum haline gelebilmektedir. Tüberküloz ve Covid-19 enfeksiyon birlikteliği olan immunsupressif tedavi alan eritrodermi olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen sistemik hastalık öyküsü olmayan eritrodermi etyolojisinin tetkik edildiği 54 yaşında erkek hasta dermatoloji kliniğinde takip edilmekte idi. Özgeçmişinde 30 pkt/yıl sigara öyküsü bulunmakta olan hasta progresif öksürük, nefes darlığı, halsizlik, gece terlemesi, kilo kaybı (3 ayda 13 kg) ve genel durum bozukluğu ile tarafımızca değerlendirildi. TA: 110/60 mmHg, Nabız: 110/dak. Ateş 38,4oC idi. İki yıldır atopik dermatid, psoriazis eritrodermisi, eritrodermik ilaç reaksiyonu ön tanıları ile aralıklı kortikosteroid kullanım öyküsü mevcut olan hastaya çekilen toraks bilgisayarlı tomografide her iki akciğer üst lobda izlenen kavitasyon çevresinde eşlik eden milimetrik nodüler görünüm saptandı. Etyolojik ajan saptamak üzere yapılan bronkoalveolar lavaj (BAL) direkt bakısında aside dirençli basil saptanması nedeniyle akciğer TB tanısı ile rifampisin (600mg/gün), izoniyazid (500mg/gün), etambutol (1500mg/gün), pirazinamid (2000mg/gün) başlandı. Bronkoalveoler lavaj örneğinde Covid-19 PCR pozitif olarak sonuçlanması üzerine molnupiravir 800 mg 2x1 eklendi. Dermatoloji tarafından mevcut tedavisine 40mg/kg metilprednizolon tekrar başlandı. Anti-tüberküloz tedavi altında cilt bulguları stabil seyreden eritrodermi ile takipli tüberküloz vakamız, cilt lezyonlarının yakın takibi ile anti-tüberküloz tedavinin uygulanması ve hastalığın kontrol altına alınması sonrasında dermatolojik takibi ayaktan planlanarak şifa ile taburcu edilmiştir.

Tartışma-Sonuç: Tüberküloz tedavisinde ilaç yan etkisi olarak hipersensitivite reaksiyonu görülebilmektedir. İlaç kullanımı sonrasında izoniyazid bağımlı cilt reaksiyonları literatürde bildirilmiştir. Eritrodermisi olan tüberküloz olguları cilt bulgularının progrese olma riski göz önünde tutularak yakın izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Covid-19, Eritrodermi

PS-152 Mezotelyoma ile Karışan Pott Hastalığı

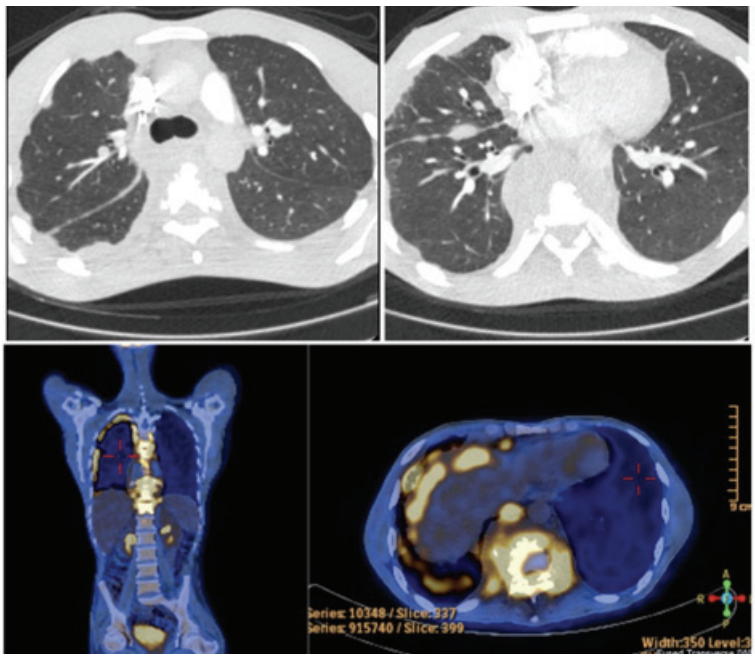
Erva Nur Özçankaya Keresteci[1], Kübra Karaca[1], Şükrü Egemen Demir[1], Abdullah Kansu[1], Muhammed Emin Akkoyunlu[1], Mehmet Bayram[1]

[1]İstanbul Medipol Üniversite Hastanesi

Giriş-Amaç: Kemik eklem tüberkülozu günümüzde de özellikle çocuk ve genç erişkinleri etkileyen ve sekel oranı yüksek bir hastalıktır. Vertebra Tbc'si tüm kemik eklem tüberkülozlarının %50'sini teşkil eder. En sık tutulan yerler vertebra (%40.7), pelvis (%13.3), diz (%10.3), ayak bileği, el bileği ve dirsektir. Pott hastalığı olarak bilinen vertebra Tbc, en sık torakal ve lumbal lokalizasyonlarda olur. Çocukluk çağında torakal vertebra, erişkinlerde ise lumbal vertebra tutulumu daha sıktır. Lenfohematojen yolla vertebra korpusunun subkondral kısmına yerleşen basil buradan kortekse, komşu vertebraya ve intervertebral diske ulaşır. Klasik olarak vertebranın ventral kısmında daha çok harabiyet yapar. İntervertebral disk avasküler olduğu için disk tutulumu daima sekonderdir. İnflamasyon ilerledikçe paraspinoz dokuya subligamentoz yolla lokal yayılım olur. Soğuk apse adı verilen bu koleksiyonlar torakolomber düzeyde psoas kılıfını takip ederek kasık bölgesine, hatta diz ardına kadar ilerleyebilir.

Olgu: 29 yaşında ÇAD'lı erkek hasta dört aydır öksürük, halsizlik ve kilo kaybı yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. 8 ay önce bir trafik kazası sebebiyle omurga kırığı oluşmuş, hasta immobil. Ateş 36,3°C, tansiyonu 110/60 mmHg, nabzı dakikada 92, solunumu dakikada 20 olarak ölçüldü. Oskültasyonda sağ akciğer dorsal üst kısmında inspiratuar raller duyuldu. Toraks tomografisini takiben hastaya PET-CT çekildi. Şekil 2 ve 3, alınan pet ct kesitlerini göstermektedir. PET-CT'yi takiben sağ ön plevral kalınlaşmadan transtorasik tru cut biyopsi yapıldı. Plevral kalın iğne biyopsisinin görüntüleme ile patolojik değerlendirmesi nekrotizan granülomatöz inflamasyon olarak raporlandı. Malign hücre bulunamadı. Ardından biyopsi materyalinden tüberküloz PCR ve kültürü yapıldı ve pozitif çıktı. Kemik eklem tüberkülozu için 9 aylık standart tüberküloz tedavisi başlandı.

Hastanın Toraks-Bt ve Pet-Ct Görüntü Kesitleri



Tartışma-Sonuç: Çekilen toraks BT ve PET-BT görüntüleri ne kadar malign mezotelyomayı akla getirse de tüberküloz her zaman ayırıcı tanılarda aklımızda bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pott Hastalığı, Vertebra Tüberkülozu, Malign Mezotelyoma

PS-153 Kistik Fibrozis Tanılı Yetişkin Hastalarımız Üç Yıllık Pandemi Dönemini Nasıl Geçirdi? Vaka Serisi

Sibel Doğru[1], Cengizhan Sezgi[1], Mahşuk Taylan[1]

[1]Gaziantep Üniversitesi Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Koronavirüsler (CoV) respiratuar ve gastrointestinal semptomlarla birlikte hafif bir üst solunum yolu enfeksiyonundan pnömoni, ağır akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), koagülopati, çoklu organ yetmezliği ve ölüme varan ağır tablolara neden olabilirler (1-6). Kistik fibrozis Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, astım hastalarında alevlenmelere yol açabilirler (7-10). Yetişkin KF hastalarının Covid 19 enfeksiyonu sonuçları ile ilgili sınırlı sayıda bilgi mevcuttur. Çalışma KF tanılı yetişkin hasta popülasyonunu üç yıllık Pandemi döneminde Covid 19 geçirme sıklıklarını belirlemek amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde 2020 yılından bu yana KF tanısı ile takip edilmekte olan 18 hasta mevcuttu. Bu hastalardan 3 tanesi Covid 19 enfeksiyonu geçirdi. Üç hastanın klinik, laboratuvar sonuçları kaydedildi.

Bulgular: Kliniğimizde takip ettiğimiz yetişkin 18 KF hasatlarından üçü PCR konfirme edilmiş COVİD 19 enfeksiyonu geçirdi (%16). KF hastalık süreleri on yılın üzerindeydi. Hastaların üçü de kadın hastaydı. Her üç hastanın balgam kültüründe de Pseudomonas aeruginosa üremişti. İkisi yatarak, bir tanesi ayaktan takip edildi. Yatarak takip edilen iki hastada serviste nazal oksijenle takip edildi. Herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Takip eden süreçte yoğun bakım ihtiyacı olmadı. Covid 19 enfeksiyonunu aşılandıktan sonraki tarihlerde geçirmişlerdi (Tablo 1).

Tablo 1.

	Vaka 1	Vaka 2	Vaka 3
Özellikler			
Yaş	19	22	27
Cinsiyet	Kadın	Kadın	Kadın
KF Hastalık süresi (yıl)	11	22	27
Covid 19 aşısı	2 Biontec, 1 sinovac	2 Biontec, 1 sinovac	1 Biontec, 2 sinovac
Covid enfesiyonu	2 doz aşılı iken geçirmiş	3 doz aşılı iken geçirmiş	3 doz aşılı iken geçirmiş
Şikayeti	Nefes darlığı, öksürük	Koku kaybı, öksürük	Nefes darlığı, halsizlik
Covid 19 ağırlık skoru	Orta	Orta	Hafif
Wbc	11,77	12,88	13
CRP	280	47	35
LDH	350	355	345
Sodyum	130	139	132
Potasyum	3	4	3,8
Klor	98	99	93
Kalsiyum	9	9.3	9.2

AST	15	14	18
ALT	13	11	16
FEV1	30	114	126
FVC	39	95	104
FEV1/FVC	87	72	71
Balgam kültürü	Pseudomonas aerugınosa	Pseudomonas aerugınosa	Pseudomonas aerugınosa
SPO2 (oda havasında)	85	86	94
PA grafi bulgusu (yeni bulgu)	Bilateral,periferik buzlu cam görüntüsü	Sağ orta zonda, subplevral 3x4 cm lober konsolidasyon	Sol akciğer alt zonda, sınırlı, buzlu cam görüntüsü
Takip yeri	Genel servis	Genel servis	Ayaktan
Sonuç	Şifa ile taburcu	Şifa ile taburcu	Şifa

Tartışma-Sonuç: Covid-19 ile enfekte olmuş sekiz KF'li birey ile yapılmış bir çalışmada sekiz kişide ateş ve solunum semptomları görülmüştür (26). Hastaların mekanik ventilasyon ihtiyacı olmamasına rağmen altı erişkinin dördü oksijen desteğine ihtiyaç duymuş ve tüm erişkinler hastaneye yatırılmıştır (26). KF, Covid-19 için ciddi bir sağlık riski olsa da Avrupa Kistik Fibrozis Derneği Hasta Kayıt Defteri'ne dahil edilen ve nakil olmamış hastalarda ölüm bildirilmemiştir (11). Takip ettiğimiz popülasyonda da benzer sonuçlar mevcuttu. Üç yıl süren Covid 19 pandemisi süresi boyunca hastalarımızın bağışıklama önerilerine uydukları, Covid enfeksiyonunu hafif-orta düzeyde geçirdikleri gözlendi.

Anahtar Kelimeler: Kistik Fibrozis

PS-154 Yetişkin Kistik Fibrozis Hastalarımızda Modülatör Tedavi Uygunluğu - Vaka Serisi

Sibel Doğru[1]

[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Kistik fibrozis (KF) önceleri çocukluk çağı hastalığı olarak görülmekle birlikte, günümüzde hastalığın patofizyolojisinin daha iyi anlaşılması, güvenilir tanı yöntemlerinin geliştirilmesi, yeni mutasyonların tanımlanması, tedavi yöntemlerindeki ilerlemelerle yetişkin dönemde sık görülmeye başlanmıştır. KF için kesin bir tedavi olmasa da uygulanan tedavi yöntemleri ile semptomlar hafifletilebilir, komplikasyonları azaltılabilir ve hastaların yaşam kalitesi artırılabilir. KF'de tedavi semptomlara yönelik olarak planlanmaktadır. Günümüzde hastalığın ilerlemesini önleyecek Kistik Fibrozis Transmembran Regülatör Proteinini (KFTR) onaran tedaviler geliştirilmiştir. Onay almış az sayıda KFTR geni tamir edici (KFTR modülatör) ilaç bulunmaktadır. KFTR modülatörleri işlevsel olmayan veya yanlış yerleşimli KFTR proteininin hücrede doğru yerde ve doğru şekilde çalışmasını sağlarlar. KFTR modülatör tedaviler, KFTR protein üretimini ve işlevini iyileştiren yeni bir ilaç sınıfıdır. Bugüne kadar mutasyona özgü ivacaftor, lumacaftor/ivacaftor, tezacaftor/ivacaftor ve elexacaftor/ tezacaftor/ivacaftor olmak üzere dört onaylanmış ilaç bulunmaktadır. Üçlü kombinasyon (elexacaftor/ tezacaftor/ivacaftor) 2019 yılında ilk olarak kullanıma sunulduğundan bu çalışma 2020 yılından sonra yetişkin Göğüs hastalıkları kliniklerinde takip ettiğimiz KF hastalarının üçlü modülatör tedavi için uygunluğunun araştırılmasını vurgulamak amacıyla yapıldı.

Gereç ve Yöntem: 2020 yılından bu yana KF tanısı ile takip edilmekte olan 18 hasta mevcuttu, bu hastaların üç tanesi 3'lü modülatör tedavi için uygundu (%16). Hastalarının modülatör ilaca uygunluk durumu http://www.cff.org (Cystic Fibrosis Foundation) sitesinden araştırıldı. Hastaların yaşı, hastalık süresi, mutasyonu, son bir yıldaki kültür sonuçları, son bir yılda geçirdiği atak sayısı, FEV1, FVC, FEV1/FVC değerleri kaydedildi.

Bulgular: Üçlü modülatör tedaviye uygun hastalarımızın farklı klinik profilleri mevcuttu. Bir hastamıza yetişkin yaşta infertilite etyolojisi araştırılması sırasında KF tanısı koyulmuştu, şimdiye kadar solunum sistemi ile ilgili herhangi bir şikayeti olmamıştı. Diğer iki hastanın sık acil başvurusu mevcuttu, bu hastalardan birinin solunum fonksiyon testi değerleri ileri derecede düşmüştü. Üç hasta da maddi imkanları olmadığı ve SGK tarafından ödenmediği için modülatör tedavilere erişememişti.

Tablo 1.

	Yaş	Hastalık süresi (yıl)	Mutasyon	Uygun olduğu ilaç	Kültür sonuçları	Son 1 yılda geçirdiği atak sayısı	FEV1	FVC	FEV1/ FVC
Vaka 1	19	15	E 92K homozigot	Ivakaftor/ Tezekaftor/ Elexekaftor	Pesudomonas aeroginosa	4	30	39	87
Vaka 2	23	10	E 92K homozigot	Ivakaftor/ Tezekaftor/ Elexekaftor	Pesudomonas aeroginosa	5	95	110	74
Vaka 3	32	1	c.2002C>T	Ivakaftor/ Tezekaftor/ Elexekaftor	Üreme yok	Yok	123	100	67

Tartışma-Sonuç: KF hastalığında yeni tedavilerin kullanılmaya başlaması ve bakım olanaklarının artması ile birlikte yetişkin yaşa ulaşabilen KF hasta sayısında artma olmuştur. Yetişkin kliniklerinde özellikle 2020'den bu yana takip edilen hastaların üçlü modülatör tedaviye uygunluk açısından tetkik edilip tedavisinin başlanması gerekmektedir. İlaçlar pahalı olduğu ve hastalar maddi nedenlerle bu ilaçlara ulaşamadığı için hayati önemi olan bu ilaçların temini için sağlık bakım planlayıcıların gerekli girişimleri yapması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kistik Fibrozis

PS-155 Kartagener Sendromu: Bir Olgu ile

Nisan Ergin Özgencil[1], Elif Selçuk[1], Esra Açıkel[1], Demet Karnak[1], Serpil Dizbay Sak[2], Oya Evirgen[3]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji AD
[3]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji-Embriyoloji AD

Giriş-Amaç: Kartagener Sendromu; bronşektazi, situs inversus ve paranazal sinuzit klinik tablolarının birlikte görüldüğü otozomal resesif bir hastalıktır. Solunum yolu epitelindeki silial dismotilite sonucu mukosiliyer klirens bozularak tekrarlayan enfeksiyonlar gelişir. Olgumuzda ender görülen bu hastalığın tanısal yaklaşım sürecini anlatmayı amaçladık.

Olgu: Yirmi beş yaşında kadın olgu, çocukluk çağından itibaren devam eden mMMRC-1 nefes darlığı, öksürük, bol miktarda sarı-yeşil balgam yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde neonatal dönemde pnömoni nedeni ile yoğun bakım yatışı, adenoidektomi ve timpanostomi tüpü operasyonu öyküsü olduğu öğrenildi. Soygeçmişinde anne-baba arasında 1. derece akraba evliliği, annede bronşiektazi, halada ise bronşiektazi nedeniyle pnömonektomi olduğu öğrenildi. Fizik muayenede yaygın kaba raller duyuldu, kalp tepe atımı sağa yer değiştirmişti, karaciğerin matitesi solda alındı. PA akciğer grafisinde situs inversus totalis izlendi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde solda orta lob tama yakın kollabe ve yaygın peribronşial kalınlaşmaların eşlik ettiği bronşektaziler izlendi. Paranazal sinüs bilgisayarlı tomografisi sinüzit lehine yorumlandı. Hastaya nazal transport zamanını saptamak için sakkarin testi yapıldı, sonucu uzamış olarak saptandı. Kistik fibrozis ayırıcı tanısı için ter testi yapıldı, normal olarak sonuçlandı. Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı, bronş mukozası çukurcuklu, kanamalı ve yoğun mükopürülan sekresyonlu izlendi. Alınan biyopsi ve fırça materyeli gluteraldehit içeren bir tampon solüsyon ile histoloji bölümüne elektron mikroskopi incelemesi için gönderildi. Hastanın patolojik incelemesinde nekrotik zeminde yoğun nötrofil infiltrasyonu ve makrofajlar izlendi, az sayıda hücrede squamöz metaplazi, seyrek olarak silyalı bronş epitel hücreleri görüldü. Elektron mikroskopisi incelemesinde; kinosiliyumlarda dynein kollarının olmadığı, mikrotübül disorganizasyonu içeren silia kesitleri ve anormal mikrotübül dağılımı izlendi, İmmotil Silia (Kartagener) sendromuyla uyumlu olarak raporlandı.

Tartışma-Sonuç: Peribronşiyal kalınlaşmalara eşlik eden situs inversus varlığında Kartagener Sendromu akılda tutulmalıdır. Tanıda elektron mikroskobik inceleme altın standart olup, materyalinin özel bir tampon solüsyona alınması, histoloji birimine transferi gerekmektedir. Hastalığın otozomal resesif geçişli olması nedeniyle aileler genetik danışmanlık açısından yönlendirilmelidir. Tekrarlayan akciğer ve sinüs enfeksiyonları, akraba evliliği varlığında, çocuk ve erişkin yaş grubunda İmmotil Silia sendromları grubu tanıda mutlaka ekarte edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bronşiektazi, Kartegener Sendromu, İmmotil Silia Sendromu, Situs İnversus

PS-156 Erişkin Yaşta Tanı Alan Swyer-James-MacLeod Sendromu Olan Olgu

Gamzenur Özbey[1], Hülya Dirol[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Antalya

Giriş-Amaç: Swyer-James-Macleod sendromu (SJMS), tekrarlayan çocukluk çağı solunum yolu enfeksiyonlarına sekonder pulmoner vasküler yapının kaybı ve alveoler aşırı distansiyondan kaynaklanan obliteratif bronşiolit ile karakterize nadir bir pulmoner hastalıktır. Çoğunlukla çocukluk çağında ortaya çıkan viral bronşiyolit ve pnömonitlere sekonder vaskülitlerin eşlik ettiği edinilmiş bir hastalıktır. En sık çocuklarda teşhis edilir, ancak bazı hastalara sadece yetişkinlikte teşhis konur. Hastalar asemptomatik olabilir veya nefes darlığı, öksürük, hemoptizi ve tekrarlayan akciğer enfeksiyonları ile başvurabilirler. Tanı tek taraflı akciğer hacmi kaybı, vaskülaritede tek taraflı azalma, mediastenin etkilenen tarafa yer değiştirmesi, pulmoner arter ve dallarının hipoplazisi (BT taraması) bulgularına dayanır. Diğer bulgular bronşektazi ve hava hapsini içerebilir.

Olgu: 76 yaşında kadın hasta, öksürük, efor dispnesi ve halsizlik şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Bilinen hipertansiyon dışında ek hastalık yok, sigara kullanım öyküsü yoktu. Özgeçmişinde çocukluğundan beri sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonları öyküsü vardı. Soygeçmişinde özellik yoktu. Solunum sistemi muayenesinde ral ronküs duyulmadı. Oda havasında parmak ucu satürasyonu %96 idi. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar test bulgularında özellik yoktu. Akciğer grafisinde sol hemitoraksta hacim kaybı, mediastinal deviasyon saptandı. Hastaya inspiratuar ve ekspiratuar fazda YRBT planlandı. YRBT'de sol akciğer alt lobda bronşektazi, sol akciğer atenüasyonunda azalma ve sol ana pulmoner arter ve dallarında hipoplazi bulguları saptandı. (Şekil1) Hastamızın radyolojik incelemeleri, pulmoner enfeksiyon etkeni saptanmamasına rağmen SJMS tanı kriterlerini karşılamaktadır. Klinik öykü ve görüntüleme bulgularına dayanarak SJMS tanısı kondu.

Şekil 1. HRCT'de sol akciğer üst ve alt lobda sağa göre hava hapsi ile uyumlu görünüm izlenmiştir. Sol akciğer üst lob posterolateral kesimde sınırlı bir alanda ve sol akciğer alt lob bazalde tübüler kistik bronşektazik görünümler ve bu alanda minimal peribronşial kalınlaşmalar dikkati çekmiştir.

Tartışma-Sonuç: Ayırıcı tanıları büllöz amfizemi ve konjenital lober amfizemi içerir. Olgumuzda, hastanın kronik sigara öyküsü, alfa-1 AT eksikliği gibi predispozan bir faktör yoktu. Asemptomatik vakalarda konservatif tedavi uygulanır. Ancak tekrarlayan enfeksiyonlar veya ilerleyici nefes darlığı olan vakalarda cerrahi müdahale düşünülür. Cerrahi, semptomları ve solunum fonksiyonlarını iyileştirmeyi amaçlar. SJMS, erişkin dönemde nadir ancak kliniğimizde sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonu olan bir hastamızda yetişkin dönemde tanı konulmuştur. Vakamız da literatürdeki mevcut verilerle uyumlu idi. Nadir görülmesi, literatürde vaka bildirimleri olması nedeniyle hastamızı vaka bildirimi olarak sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Hava Hapsi, Bronşektazi, Swyer-James-Macleod Sendromu

PS-157 IV Suboxone Kullanımına Bağlı Septik Emboli

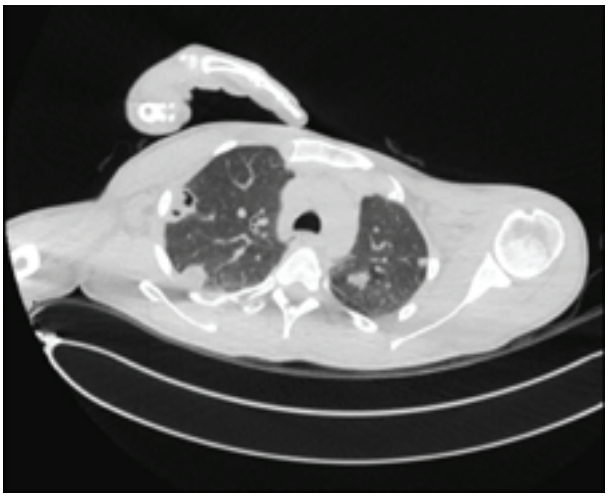
Serap Atik[1], Fikret Kanat[1], Dilek Ergün[1], Recai Ergün[1], Burcu Yormaz[1], Baykal Tülek[1]

[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Septik pulmoner emboli (SPE) herhangi bir enfeksiyon odağına ikincil olarak gelişen akciğer infiltrasyonları, ateş, göğüs ağrısı, öksürük gibi bulgular ile prezente olan enfektif bir akciğer hastalığıdır. Septik pulmoner emboli (SPE) genellikle sağ kalpten orijin alır. Morbiditesi ve mortalitesi yüksek olan septik pulmoner embolinin prognozunu belirleyen en önemli faktör, erken tanı ve geniş spektrumlu antibiyoterapidir. Bizim hastamızda (ıv suboksan kullanan) akciğerde multiple kaviter lezyonlara ek olarak mitral kapakta posterior yüzde vejetasyon izlendi. Ek olarak hastaya çekilen BEYİN MR da da kardiyoembolik enfarkt alanları izlendi. Acil servise yüksek ateş ve nörolojik defisit ile başvuran hastalar değerlendirilirken, septik embolizm öncelikle akla getirilmelidir ve ileri inceleme için görüntüleme yöntemleri kullanılmalıdır.

Olgu: 26 yaş erkek hasta hıv+ ve IV suboxone kullanması üzerine dış merkezden tarafımıza refere edildi. Hastanın ateş şikayeti mevcut olup bacaklarında yeni başlayan peteşiyel döküntüler ile el uçlarında morarma ve bilinç bulanıklığı gelişmiş. 10 yıldır suboksan kullanan hastanın en son 2 gün önce ıv suboxone kullandığı öğrenildi. Hastanın bilinci konfüze, oryantasyonu kısıtlıydı. GKS:9 olarak saptandı. Hasta hipotansif (95/60) ve taşikardik idi. Kardiyak muayenede üfürüm mevcuttu. EKO'da mitral kapak posterior yüzde vejetasyon izlendi. Laboratuvar bulgularında D-dimer 9700 Troponin 52 PLT:14.000 CRP:267 PROC:9,5 olarak saptandı. BT'de iki akciğerde yaygın periferik yerleşimli büyüğü 2.5 cm çapta bazılarının santralinde kavitasyonlar olan nodüler alanlar izlendi. MRda her iki hemisferde kardiyoembolik enfarkt alanları mevcuttu. Hastadan 3 set kan kültürü alındı. Meropenem ve vankomisin başlandı. Hastanın PLT seviyesi düşük olduğundan enoksaparin başlanmadı. Hastanın alınan kan kültüründe metisilin dirençli stafilokok aerus (MRSA)üredi. Hasta halen yoğun bakım ünitemizde yatışı ve tedavisi devam etmekte.

TORAX CT



Septik Emboliyle Uyumlu Multiple Kaviter Nodüler Lezyonlar

Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak; IV ilaç bağımlılığı nedenli SPE olguları sayısal olarak azalmakla birlikte günümüzde halen karşılaşılabilen bir durumdur. SPE erken tanı ve tedavi gerektiren bir durumdur, gecikilmiş tedavide mortalite riski %50'nin üzerindedir. Erken dönemde verilecek olan geniş spektrumlu antibiyotiklerin yanı sıra gerekli cerrahi müdahaleler ve destekleyici bakımın verilmesi hayat kurtarıcıdır.

Anahtar Kelimeler: Septik Emboli, Suboxone, Vejetasyon, Nodül

Poster Bildiri Oturumu 8: İntertisyel Akciğer Hastalıkları

PS-159 İdiyopatik Pulmoner Hemosiderozis Vakası

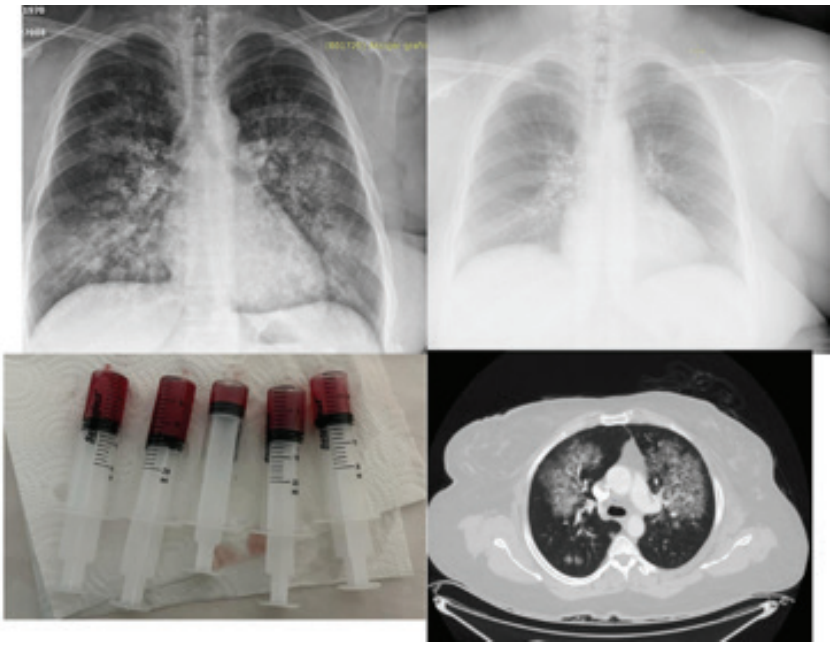
Efecan Haskan[1], Fatma Müge Batı Alyurt[1], Nevin Karataş[1], Merve Dilşad Gün[1], Gülşah Günlüoğlu[1]

[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Diffüz Alveoler hemoraji sendromlar (DAH), alveole kapiller bazal membranın harabiyetine bağlı, akciğer alveoler boşluklar içine kanama sonucu, dispne, hemoptizi, anemi ve akciğer grafisinde bilateral alveoler infiltrasyonlara yol açan bir grup heterojen hastalıktır. Histopatolojik olarak kapilleritis bulgusu yoktur ve alveolekapiller membran intakttır. Diğer nedenlerin dışlanması ile tanıya gidilir. Biz de nadir görülmesi nedeniyle vakamızı sunmayı uygun bulduk.

Olgu: Bilinen diyabet ve hipertansiyon tanıları olan 52 yaşında kadın hasta, bir çay bardağı kadar hemoptizi nedeniyle başka hastaneye başvurmuş. Akciğer grafisinde (resim 1) bilateral tüm zonlarda periferin korunduğu dağınık infiltrasyonların görülmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Hastanın 20 paket/yıl sigara öyküsü mevcut olup ilaç öyküsü yoktu. Hastanın başvurusunda hemoglobin değeri 8,5; hematokrit değeri 27,6 izlendi. Çekilen Bilgisayarlı Toraks Tomografisinde (BT) (resim 2): her İki akciğer parankiminde interlobüler septal kalınlaşmaların eşlik ettiği buzlu cam dansite artımı izlenmişti. Hastanın herhangi bir romatolojik hastalık bulgusu olmayıp istenen kollojen ve vaskülit markerları negatif geldi. Renal fonksiyonları iyi olup tam idrar tetkikinde patoloji saptanmadı. Fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı: Sağ orta lobtan BAL (bronkoalveolar lavaj) yapıldı. 100 cc verildi. 40 cc geri alındı. Sıvının giderek koyulaşan renkte hemorajik vasıfta olduğu görüldü (resim 3). BAL sonucunda makrofaj sitoplazmalarinda Prusya mavisiyle pozitif boyanan hemosiderin pigmenti tespit edildi. DAH ye neden olabilecek diğer nedenler dışlandı. Akciğerin histopatolojik tanısı elde edilmemiş olsa da hasta IPH olarak kabul edildi. Akciğer grafisinde infiltrasyonların devam etmesi nedeniyle de 0,5 mg/kg'dan metilprednizolon başlandı. Takiplerinin üçüncü ayında olan hastanın hemoptizileri kesildi, solunum fonksiyon testleri ve akciğer görüntülemesi (resim 4) normal olarak izlendi.

Bilgisayarlı Tomografi ve Posteroanterior Akciğer Grafisi



Resim 1. Sol üst, Resim 2. Sağ alt, Resim 3. Sol alt, Resim 4. Sol üst.

Tartışma-Sonuç: Histopatolojik olarak IPH, alveoler boşlukta hemosiderin yüklü makrofajların varlığı ile birlikte immünkompleks depositleri ya da vaskülitin olmaması ile tanı alır. Bizim vakamızın limitasyonu ise histopatolojik incelemenin yapılmaması idi. Ancak laboratuvar ve bronkoskopik değerlendirmeler ile olası nedenlerin dışlanması ve hastanın sistemik tutulumunun olmaması dikkate alınarak hasta IPH kabul edildi. Steroid tedavisine dramatik yanıt alınmış olup takip ve tedavisi devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemoptizi, İdiopatik Alveolar Hemosiderozis, Bronkoalveolar Lavaj

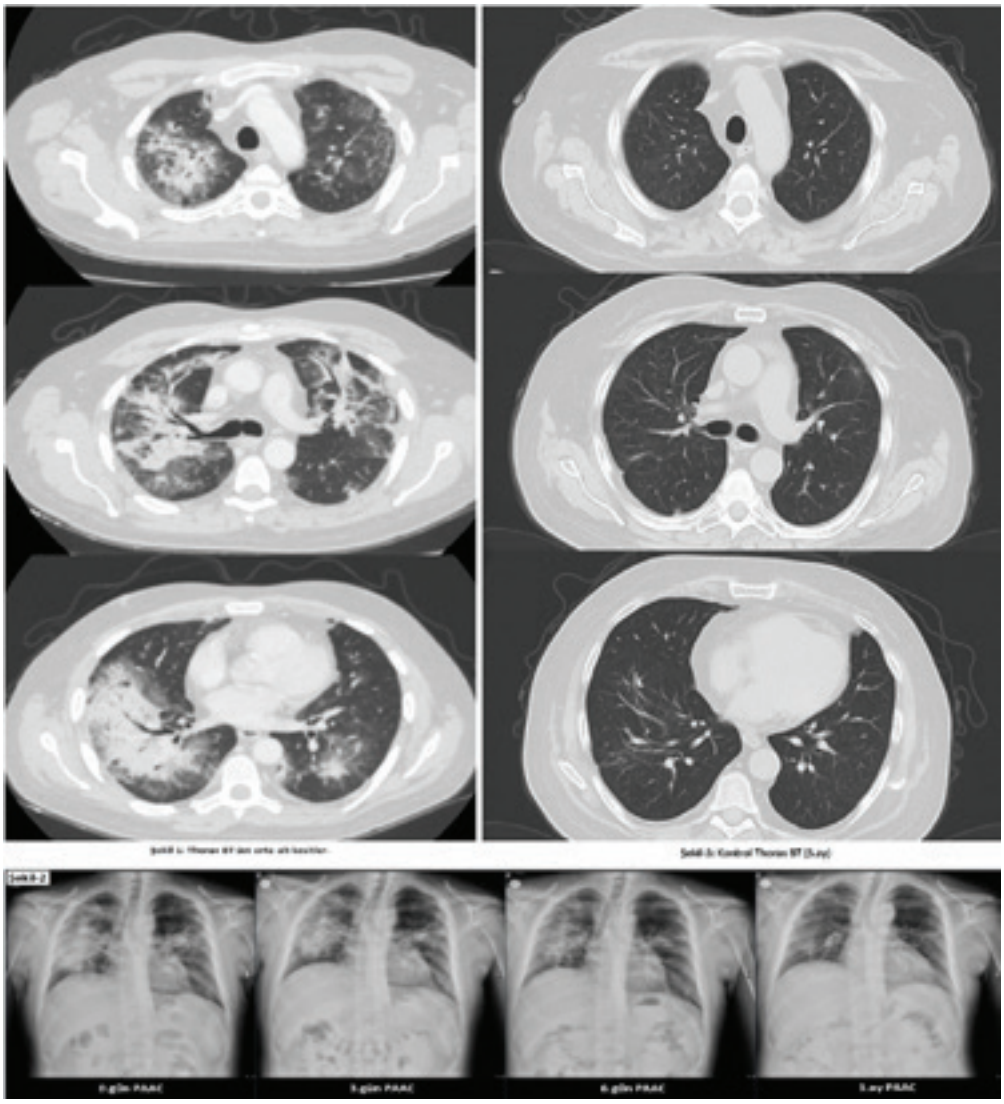
PS-161 Allojenik Kök Hücre Nakilli Hastada Organize Pnömoniye Bağlı Solunum Yetmezliği

Zafer Ökmen[1], Bilkay Serez Kaya[1]

[1]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Allojenik hematopoetik hücre nakli (KİT) birçok hematolojik bozukluk için tercih edilen bir tedavidir. Allojenik nakil, preparatif bir rejimi takiben akraba veya ilgisiz bir kişiden hematopoetik progenitör hücrelerin kullanılmasını içeren bir süreçtir. Pulmoner komplikasyonlar bu işlemi takiben sık görülen bir morbidite ve zaman zaman mortalite nedenidir. Akciğer enfeksiyonları, idiopatik pnömoniler, diffüz alveoler hemorojiler, maligniteler, pulmoner vasküler hastalıklar ve organize pnömoni bu komplikasyonlardan bazılarıdır.

Olgu: T hücreli ALL tanısıyla 11 ay önce allogenik KİT uygulanan 38 yaşında erkek hasta, hyper CVAD (siklofosfamid, vinkristin, adriamisin, deksametazon) tedavisi almaktayken 1 haftadır olan nefes darlığı şikayetiyle acil servise getirildi. Oda havasında Spo2:83 ölçülen hasta hipoksi nedeni ve pnömoni öntanısıyla servisimize yatırıldı. İki kez Covid-19 PCR testi negatif sonuçlandı. Hastanın servis takiplerinde hipoksi ve solunum sıkıntısı derinleşti. Akciğer tomografisinde bilateral hava bronkogramı ve çevresel buzlu cam dansitesi içeren konsolidasyonlar mevcuttu, görünüm kriptojenik organize pnömoni (OP) ile uyumlu olarak değerlendirildi. Metilprednisolon 2x40mg ve piperacilin-tazobactam antibiyoterapisi başlandı. Takiplerinde O2 ihtiyacında azalma görüldü ve kontrol akciğer grafilerinde belirgin regresyon izlendi. Steroid tedavisinin 15. gününde O2 ihtiyacı kalmaması üzerine idame doza geçildi ve taburcu edildi. 1 ay sonraki akciğer grafisi regrese, 3 ay sonraki kontrol akciğer tomografisi tam regrese olarak değerlendirildi.



Şekil 1,2,3. Tedavi öncesi ve sonrası kontrol görüntülemeler.

Tartışma-Sonuç: Organize Pnömoni, bronşiyolleri tıkayan ve distal alveoler kanallara ve alveollere uzanan granülasyon dokusu ile karakterize, nadir görülen bir immün akciğer hastalığıdır. Lösemili hastalarda özellikle kemik iliği nakli sonrası veya antimitotik ajanlarla tedavi altında 'Organize Pnömoni' (OP) gelişebilir. Biz bu olgumuzla Hematoloji hastalarında Allo-KİT sonrası gelişebilen solunum yetmezliği ve akciğer infiltrasyonu nedenlerinden birinin OP olduğunu hatırlatmak ve bu hastalarda gelişen solunum sıkıntılarında ayırıcı tanıdaki önemini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: ALL, KIT, COP, Pnömoni, Komplikasyon

PS-162 Histiyositozis-X

Fatma Ezgi Altun Acar[1], Çağan Asparuk[1], Beyza Yılmaz[1], Öznur Hun[1], Ebru Aykan Mavigöz[1], Hüseyin Cem Tigin[1], Naciye Mutlu[1], Murat Kıyık[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H.

Giriş-Amaç: Pulmoner langerhans hücreli histiyositoz (PLHH) nadir görülen bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Çoğunlukla genç erişkinlerde görülür. Sigara en önemli etyolojik faktörlerden biridir. Sigara içen gençlerde üst zonlarda ağırlıklı yerleşim gösteren multipl kist ve nodül kombinasyonları ve interstisyel kalınlaşmalar PLHH tanısında karakteristik bulgulardır. Bu sunumumuzda spontan pnömotoraks nedeniyle takip edilen hastamızda ayırıcı tanıda klinik ve radyolojik olarak PLHH düşünülerek bronkoskopi ile transbronşiyal biyopsi (TBB) yaparak tanı koyulma sürecini sunmayı amaçladık.

Olgu: 51 yaşında kadın hasta nefes darlığı şikayeti ile hastanemize başvuruyor. Spontan pnömotoraks nedeniyle TT+KSAD uygulanan hasta servise interne edildi. Bilinen astım ve gastrit tanıları olan hastanın 35 paket yıl sigara öyküsü mevcut. Takiplerinde spontan pnömotoraksı gerileyen, akciğeri expanse olan hastanın TT+KSAD' ı sonlandırıldı. Hastanın nefes darlığı şikayetinin geçmemesi üzerine hastaya bilgisayarlı toraks tomografisi çekildi. Çekilen toraks tomografisinde; düzensiz sınırlı nodüller, retikülonodüler opasiteler ve üst zonlarda kistler ve bal peteği görünümü mevcuttu. Toraks BT'deki nodüller, bal peteği görünümünün olması, aktif sigara öyküsünün bulunması ve genç hasta olması nedeniyle ayırıcı tanıda PLHH düşünüldü. Tanısal amaçlı bronkoskopi planlanan hastaya bronkoskopi uygulandı, transbronşiyal biyopsi (TBB) ile örnekleme yapıldı. Alınan örnekler patoloji laboratuvarına gönderildi. Patoloji raporunda Anti S-100 ve CD1a pozitifliği ile birlikte langerhans hücrelerinin de görülmesi ile hastamıza PLHH tanısı koyuldu. PLHH tedavi rejiminin odak noktasının sigaranın kesilmesi olarak bilinmesi nedeniyle hastaya sigarayı bırakması için gerekli tedavi protokolü uygulandı. Hastaya semptomatik tedavi amacıyla bronkodilatatör ilaçları verilerek hasta taburcu edildi. 1 ay sonrasında kontrole çağırılan hastanın toraks-bt' sinde parankiminde regresyon izlendi. 6 ay sonraki kontrolünde de sigarayı tamamen bırakmış olan hastanın parankiminde tam regresyon görüldü.

Tartışma-Sonuç: Yapılan çalışmalara bakıldığında PLHH'nin tanısal metodlarında daha çok BAL yapıldığı, sonrasında ikinci sırada cerrahi tercih edildiği, çok az vakada BAL negatifliğ sonucu TBB yapıldığı görüldü. Biz hastamıza TBB ile tanı koyduk. Aktif sigara öyküsü olan, genç ve spontan pnömotoraks nedeniyle başvurabilecek olan hastalarda ayırıcı tanıda Histiyositosiz-X in de olabileceği mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, Spontan Pnömotoraks, Anti S-100, CD1a, TBB

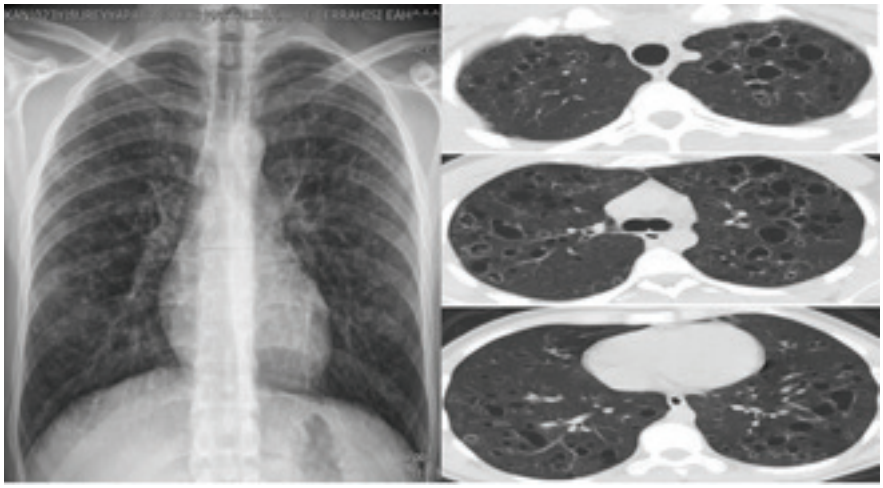
PS-163 Pulmoner Langerhans Hücreli Histiyositozis (LHH) Olgusu: Bir Yılık Takip

Dildar Duman[1], Vahide Demirci[1]

[1]İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner LHH, daha çok sigara içen genç erişkinlerde görülen nadir bir kistik akciğer hastalığıdır. Radyolojik olarak üst lob hakimiyeti olan, çok sayıda farklı şekilli kistler ve nodüller görülebilir. Hastalarda ekstrapulmoner tutulum da görülebilir.

Olgu: 23 yaşında, aktif smoker (8 pk/yıl), bilinen sistemik hastalığı olmayan, oto kaporta işinde çalışan erkek hasta 1 yıldır mevcut olan kuru öksürük şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesi doğaldı. Tam kan, rutin biyokimya, CRP, PCT, TİT sonuçları normal görüldü. Akciğer grafisinde bilateral kistik nodüler görünüm izlendi.3 yıl önceki akciğer grafisi ile karşılaştırıldığında progresyon nedeniyle HRCT çekildi. HRCT'de üst loblarda baskın, bilateral çok sayıda farklı kist ve bunlara eşlik eden nodüller izlendi. Bulgular LHH ile uyumlu olarak raporlandı. (Resim-1). SFT'de FVC %76 ve DLCO %62 bulundu. Romatolojik markerları negatif olan hastada romatolojiye danışılarak romatolojik hastalıklar dışlandı. LHH'nin olası ekstrapulmoner tutulumlarını değerlendirmek üzere yapılan abdomen USG normal, nöroloji muayenesi doğal, kranial MR normal bulundu. Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı, bronkoskopisinde bilateral bronşial sistem açık , mukoza hiperemik ve vaskülerite artışı olduğu görüldü. Bronş ARB negatif, mikobakteri PCR negatif, nonspesifik kültür ve mantar kültüründe üreme olmadı, sitoloji raporu: yoğun makrofajlar, mikst inflamatuar hücreler, solunum epitel hücreleri şeklinde sonuçlandı. Bronkoalveolar lavajda (BAL) %12 lenfosit, nötrofil %5 bulundu. BAL immunhistokimyasal incelemesinde CD68, CD1A, langerin ve S100 pozitiflik göstermekle birlikte, oranın LHH tanısını koymak için literatürde önerilen %5 oranının altında olduğu raporlandı. Tedavi açısından hematoloji bölümü ile konsülte edildi; hastaya konseyde kesin tanı için cerrahi biyopsi önerildi. Patolojik tanısı için göğüs cerrahisi ile görüşüldü ve hasta yönlendirildi ancak hasta cerrahiyi kabul etmedi. Transplantasyon merkezine yönlendirilen hasta listelemeye alındı. Rutin kontrollerine gelmeyen hasta bir yıl sonra tarafımıza başvurdu. Sigarayı bırakmış ve işini değiştirmişti. Öksürük şikayeti arada olmakla birlikte kliniği stabildi. FVC'de ve DLCO'sunda düşme görülmedi ve bir yılın sonunda çekilen Toraks HRCT'de radyolojik olarak stabil olduğu görüldü (Resim-2).



Resim 1. Hastanın başvuru anında PAAG ve HRCT görüntüleri.

Tartışma-Sonuç: Pulmoner LHH göğüs hastalıkları kliniklerinde nadir görülen, tanı ve tedavisinde zorlanılabilen bir hastalıktır. Tedavisiz bir yıl sonrasında stabil seyreden bir olguyu nadir görülmesi nedenile sunduk.

Anahtar Kelimeler: Langerhans Hücreli Histiositoz, Akciğer Tutulumu, Sigara

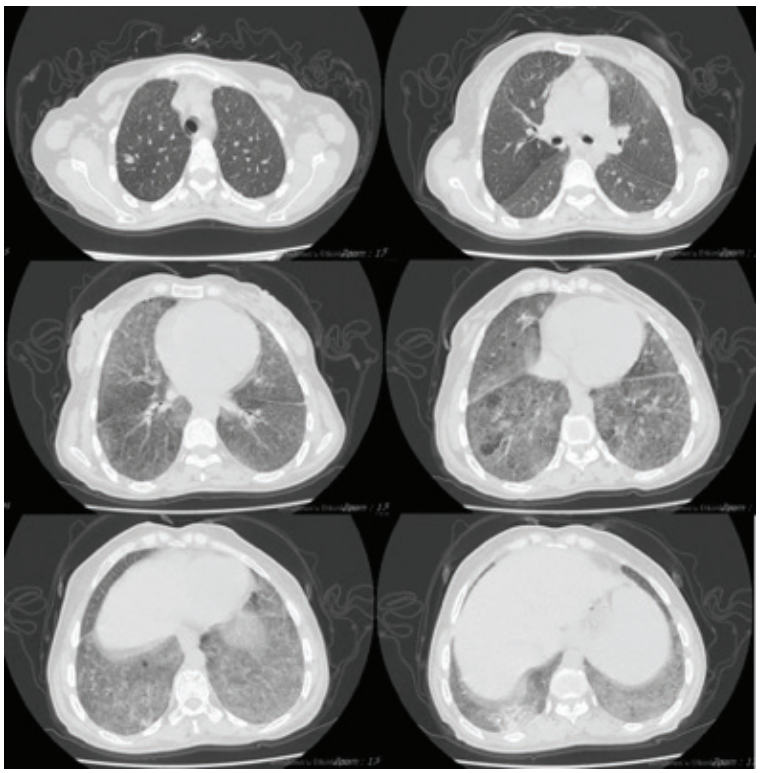
PS-165 Alveolar Mikrolitiazis Olgusu: 12 Yıllık Takip

Dildar Duman[1], Beste Atabek[1]

[1]İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner alveolar mikrolitiazis (PAM), alveollerde kalsiyum ve fosfat kristallerinin birikmesi ile karakterize, otozomal resesif geçişli nadir görülen bir akciğer hastalığıdır. Hastalar genellikle 30-40 yaş aralığındadır. Çoğu hasta başlangıçta asemptomatik olup radyolojik olarak bilateral alt zonlarda belirgin yaygın mikronodüler görünüm karakteristiktir. Oldukça nadir görülmekle birlikte milier tb, sarkoidoz, pnömokonyoz gibi hastalıkların ayırıcı tanısında önemlidir.

Olgu: Bilinen ek sistemik hastalık öyküsü olmayan, sigara öyküsü olmayan 34 yaşında kadın hasta 12 yıl önce cerrahi biyopsi ile histopatolojik olarak PAM tanısı almış olup tedavisiz takibe alınmıştır. Hastanın soygeçmişi sorgulandığında bir kardeşinde de PAM tanısı olduğu öğrenilmiştir. Hasta son 3 yıldır kontrollerine gelmemiş olup, nefes darlığı, öksürük şikayeti ile interstisyel polikliniğine başvurmuştur. Hastanın Toraks BTsinde her iki akciğerde yaygın, bilateral milimetrik pür kalsifik nodüller, buzlu cam yoğunluk artışı, intralobüler septal ve interlobüler septal kalınlaşmaların oluşturduğu ince retiküler görünüm, interstisyel görünüm ve bunlara ek olarak sağ akciğer orta lob medial segmentte, alt lob posteromediobazal segmentte, sol akciğer alt lob posterobazal segmentte hava bronkogramları içeren konsolide alanlar raporlanmıştır. (Resim 1). Nefes darlığı şikayeti olan hastanın yapılan SFTde orta dereceli obstrüksiyon ve DLCO düşük saptandı. Daha önce de düzensiz inhaler kullanımı mevcut olan hastaya İKS-LABA tedavisi başlandı. Antibiyotik tedavisi uygulanan hastanın kontrol toraks BTsinde yeni gelişen konsolidasyonlarda tama yakın regresyon, nodüller ve interstisyel patern de stabil izlendi. Hastaya rutin poliklinik kontrolleri devamı önerildi.



Resim 1. Hastanın başvuru anında Toraks HRCT görüntüleri

Tartışma-Sonuç: PAM hastalarında klinik genellikle yavaş seyirli olup hastalar daha çok görüntülemelerde insidental olarak tanı almaktadırlar. Ancak ilerleyen zamanlarda solunum yetmezliği ve kor pulmonale gelişebilir. Tedavide kortikosteroidler, bronkoalveolar lavaj ve kalsiyum bağlayıcı ajanlar denenmiş ancak başarısı kanıtlanamamıştır. Bu olgumuz da nadir görülmesi, 12 yıllık tedavisiz takipte stabil seyretmesi nedeniyle sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Alveolar Mikrolitiazis, Otozomal Resesif, İntertisyel Patern

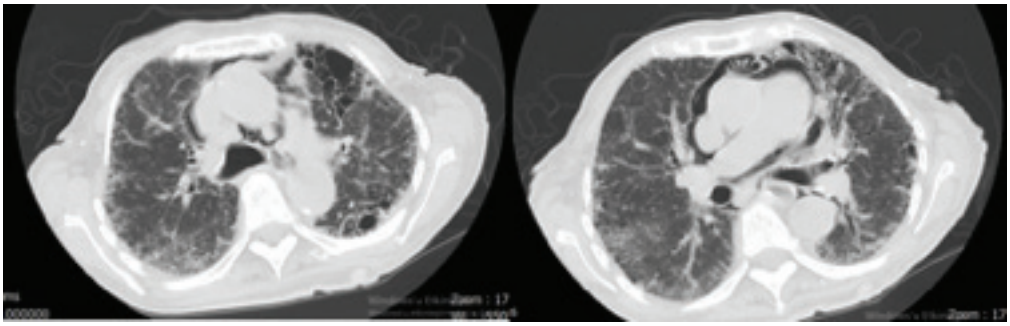
PS-166 Pnömomediastinum Gelişen İdiopatik Pulmoner Fibrozis (İPF) Olgusu

Dildar Duman[1], Beste Atabek[1], Fatma Merve Tepetam[1]

[1]İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: İPF, etiyolojisi net bilinmeyen, histopatolojik veya radyolojik olarak olağan intertsiyel pnömoni (UİP) paterniyle karakterize, progresif seyreden fibrotik interstisyel akciğer hastalığıdır (İAH). En sık semptom efor dispnesi ve kuru öksürüktür. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde solunum yetmezliği gelişebilir. İPF alevlenmeler ve görülebilen komplikasyonlar klinik seyri kötüleştirebilir. İAH, pnömomediastinumun nontravmatik nedenleri arasındadır. İPF tanılı pnömomedistinum gelişen hastamızı nadir görülmesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

Olgu: 78 yaşında bilinen İPF, hipertansiyon, koroner arter hastalığı tanıları olan kadın hasta nefes darlığında artış, çarpıntı, göğüs ağrısı ve genel durumunda kötüleşme şikayetleriyle başvurdu. Hasta 3 yıldır İPF tanısıyla takipte olup antifibrotik tedavi almaktaydı. Hastanın daha önce İPF atak nedeniyle hastane yatışı mevcuttu. WBC:9600 CRP:20.4 PCT: 0.26, d-dimer 0.26 olarak görüldü. Kan gazında hipoksemi görüldü. Hasta İPF akut alevlenme, pnömoni ve hipoksemik solunum yetmezliği ön tanılarıyla interne edildi. Rutinde kullandığı antifibrotik ve kardiyak tedavisine devam edildi. Oksijen, piperasilin-tazobaktam 4x4,5gr, prednizolon 40mg 1x1 ve DMAH 0.4 1x1 başlandı. Yatış Covid PCR sonucu negatif geldi. Hastaya hızlı HRCT çekildi. Akciğer parankimde orta alt loblarda traksiyon bronşektazilerinin eşlik ettiği interlobuler septal kalınlaşmalar, retiküler dansiteler ile karakterize intertisyel tutulum ve bal peteği kistlerinde artış izlendi. Hastalığın progresyonu olarak değerlendirildi, İPF atağı düşündürecek yeni eklenen buzlu cam görüntüsü yoktu, ancak yeni gelişen mediastinal yapılar çevresinde pnömomediastinum ile uyumlu yaygın hava dansiteleri tespit edildi (Resim 1). Hasta göğüs cerrahisine konsülte edildiğinde, ileri invaziv girişme gerek duyulmadığı, hastanın oksijen desteği ile serviste takibinin uygun olacağı belirtildi. Takiplerinde enfeksiyon parametreleri artan hastanın antibiyoterapisi meropenem 2x1gr, vankomisin 1x1gr olarak değiştirildi. Kardiyoloji konsultasyonunda EKO'da EF:normal, PA dilate, hafif-orta PY-TY izlendi. PAB:50mmHg olarak ölçüldü. Oksijen ihtiyacı artan ve tekrar alınan Covid PCR testi pozitif bulunan hasta solunumsal yoğun bakım ünitesine nakledildi.



Resim 1. Hastanın yatışında çekilen toraks HRCT'si.

Tartışma-Sonuç: İPF hastalarında tekrarlayan ve uzamış hastane yatışları hastalarda önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Hastaları alevlenmeler, komorbiditeler, enfeksiyon kontrolünün yanısıra, pnömoediastinum gibi nadir görülen komplikasyonlar açısından da dikkatli takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İdiopatik Pulmoner Fibrozis, Pnömomediastinum, Akut Alevlenme

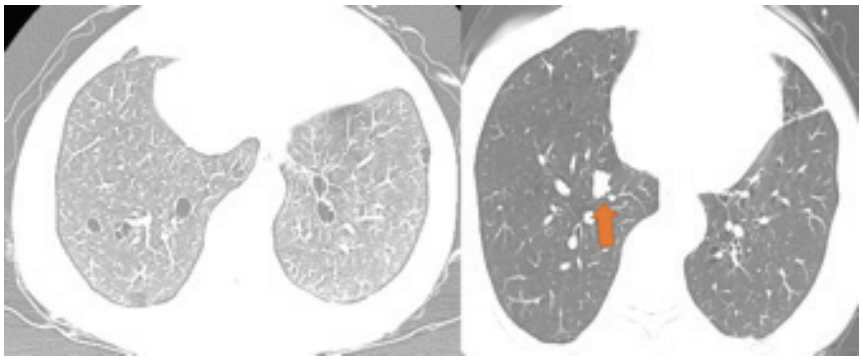
PS-167 Yaygın Pulmoner Kistik Hastalık ve Alt Lobda Soliter Nodüler Amiloidozis: Cerrahi İle Tanı Alan Sjögren Sendromu

Hasan Türüt[1], Kerim Tülüce[1], Gökçen Sevilgen[1], Ali Meram[1], Pelin Pabuçcuoğlu[1], Ezgi Çelik[1], Gülname Fındık Güvendi[2], Osman Cüre[3]

[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD.
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Patolojii AD.
[3]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji BD.

Giriş-Amaç: Sjögen sendromu ekzokrin bezlerin lenfositik infiltrasyonu ve akciğer de dahil diğer organlarda değişik derecelerde hasar ve tutulum ile karakterize oto-immün inflamatuar bir bağ dokusu hastalığıdır. Sjögren sendromunda aslında tipik akciğer tutulumu, lenfositik interstisyel pnömoni ile ilişkilidir. Bunun yanında Sjögren Sendromu, kistik akciğer hastalığı ile birliktelik gösteren pulmoner amiloidoz ile ilişkili olabilir. Bu çalışmamızda, sağ akciğer alt lobda PET pozitif tanısız kitle sebebiyle rezeksiyon uygulanan ve postoperatif dönemde Sjögren Sendromuna ve buna ikincil pulmoner amilodozis tanısı alan hastanın yönetim süreci ve elde edilen tecrübelerin paylaşımı amaçlandı.

Olgu: 60 yaşında kadın hasta sağ akciğerde 4×3 cm boyutlarında progrese ve tanısız kitle nedeniyle refere edildi. Çekilen PET/CT'de parotis bezinde diffüz tutulum ve akciğerdeki lezyonun SUVmax değeri 12 olarak raporlandı. Hastaya multidisipliner konsey kararı doğrultusunda cerrahi rezeksiyon uygulandı. Postoperatif patolojisi nodüler amiloidozis ile uyumlu geldi. Yapılan parotis bezi biyopsisi, birkaç odakta 50'den fazla lenfositten oluşan lenfoid agregatlar ve kronik inflamasyon olarak raporlandı. Hastanın Schirmer testi, RF, Anti-ANA ve Anti-SSA tetkikleri pozitif olarak raporlandı. Hastada primer amiloidozisin sistemik tutulumunun dışlanması amacıyla yapılan endoskopi ve diğer ek tetkikler negatif olarak raporlandı. Hasta, romatolojik ve hematolojik değerlendirmeler neticesinde Sjögren Sendromu ile ilişkili pulmoner amilodioz olarak kabul edildi ve hastaya hidroksiklorokin ve düşük doz steroid tedavisi başlandı. Hasta postoperatif birici yılında sorunsuz takip altındadır.



Resim 1. Yaygın Parankimak Kistik Hastalık ve Pulmoner Amiloid Nodül (Ok).

Tartışma-Sonuç: Sjögren sendromlu hastaların yaklaşık yarısı kistik hastalık ve interstisyel pnömoni ile prezente olabilmektedir. Pulmoner amiloidozis ile Sjögren sendromu birlikteliği ise çok nadir olup tanı bazen sadece rezeksiyon sonrası konabilmektedir. Nodüler pulmoner amiloid yüksek PET tutulumu gösterebilir bu nedenle malignite ayırıcı tanısında Sjögren Sendromu/amiloidozis göz ardı edilmemelidir. Uygun hastalarda operasyondan önce transtorasik iğne biyopsisi tanıyı koydurabileceği gibi, rezektif cerrahi nodüler hastalık odağını ortadan kaldıracağı için tanı yanında tedavi için de ek katkı sunabilir. Akciğerde yaygın kistik hastalık ve nodüler patern ile araştırılan hastalarda Sjögren sendromu akılda bulundurulması gereken bir antite olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Amiloidoz, Sjögren Sendromu, Parankimal Kistik Hastalık, Pulmoner Nodül.

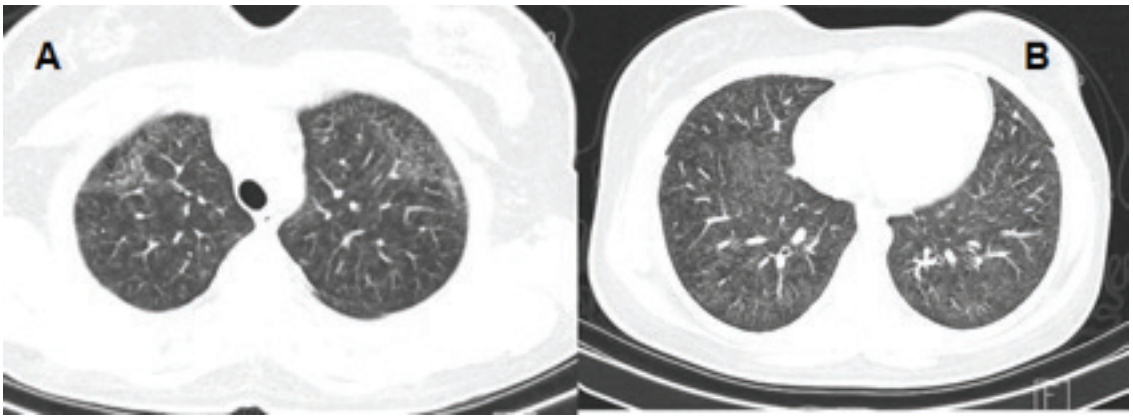
PS-168 Panhipopituiatrizm Tablosu ile Gelen Langerhans Hücreli Histiyositoz

Yunus Ataş[1], Erdem Emre Gülşen[1], Emir Keskin[1], Zinnet Berrin Eraslan[1], Sevda Cömert[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Langerhans hücreli histiyositoz (LHH), nadir görülen, sigara içen genç erişkinleri etkileyen bir insterstisyel akciğer hastalığıdır. Akciğer tutulumu, izole veya multisistemik hastalığın bir parçası olabilir; iskelet sistemi, deri, hipofiz bezi tutulumları görülebilir. Nadir görülmesi nedeniyle panhipopituitarizm ile birlikte akciğer tutulumu olan ve LHH tanısı alan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: 24 yaşında, sigara kullanma hikayesi olmayan kadın hasta, iki aydır devam eden nefes darlığı ve kuru öksürük şikayeti ile merkezimize başvurdu. Panhipopituitarizm nedeniyle, hormon replasman tedavisi öyküsü vardı. Fizik muayenede patolojik bir bulgu saptanmadı. Hemogram, biyokimya ve akut faz reaktanları normal sınırlarda bulundu. Hastanın akciğer grafisinde özellik izlenmedi. Bilgisayarlı tomografide bilateral diffüz buzlu cam dansiteleri, sentrilobüler dansite artışları ve hafif septal kalınlaşmalar (Resim 1A-B), solunum fonksiyon testinde hafif restriktif patern görüldü. Hastaya orta lob medial segmentten bronkoalveolar lavaj (BAL)yapıldı. %79 makrofaj, %10 nötrofil, %6 lenfosit, %5 eozinofil olarak sonuçlandı. BAL sıvısının sitolojik değerlendirmesinde makrofajlarin %50 kadarında CD1a, langerin ve S100 ile anlamlı immünreaktivite izlendi. Sitolojik özellikler LHH yönünde anlamlı kabul edilerek hastaya tanı koyuldu.



Resim 1. Olgunun toraks BT görüntüleri.

Tartışma-Sonuç: Langerhans hücreli histiyositoz nadir görülen bir insterstisyel akciğer hastalığıdır. Tipik klinik özellikler ve radyolojik bulgular varlığında tanısı daha kolay akla gelmektedir. Olgumuzda olduğu gibi belirtilen organ tutulumları ve şüpheli radyoloji varlığında da LHH akla gelmeli ve tanı için gerekli tetkikler yapılmalıdır. Olgumuzda önceden tanı almış lenfositik hipofizit ve panhipopituiatrizm tablosu olması, diabetes insipitus bulunması ve bilgisayarlı tomografide yaygın tutulum saptanması nedeniyle LHH ön tanısı düşünülmüş, bronkoskopi ve BAL yapılarak tanı konulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Langerhans Hücreli Histiyositoz, Panhipopituiatrizm, Lenfositik Hipofizit

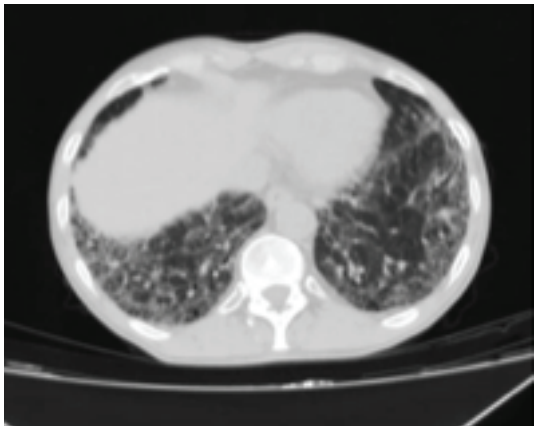
PS-169 Pirfenidone Tedavisi Başlanan Romatoid Artrit + Progresif Pulmoner Fibrozis Olgusu

Gamze Kırkıl[1], Önsel Öner[1], Süleyman Serdar Koca[2]

[1]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD
[2]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji AD

Giriş-Amaç: Romatoid artrit ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (RA-İAH), RA'nın sık saptanan pulmoner tutulum şeklidir ve mortalitenin önemli bir nedenidir. RA'lı hastaların bir bölümünde immünsüpresif tedaviye rağmen pulmoner fibrozis gelişebilir. Son dönemlerde fibrozis gelişen hastaların tedavisinde antifibrotik uygulaması ile yüz güldürücü sonuçlar elde edilmiştir. RA ilişkili pulmoner fibrozis gelişen ve tedavisinde pirfenidone kullanılan olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: Dört yıldır RA tanısı ile takip edilen 60 yaşında erkek hasta nefes darlığı şikayeti nedeni ile polikliniğimize başvurdu. RA tedavisi için Deltacortil, Metotreksat, Leflunomid, Rituximab kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde; TA: 110/60 mmHg, Nb: 98/dk, SS: 22/dk, SpO2: %90 (oda havası solurken), solunum sistemi muayenesinde bibaziler Velcro raller saptandı. Laboratuar tetkiklerinde; WBC: 8.360/mm3, Hb: 14.5 g/dL, Plt: 247000/mm3, ESR: 44 mm/h, CRP: 17.9 mg/L, diğer parametreler normal sınırlarda izlendi.PA akciğer grafisinde; bilateral alt zonlarda retikülasyon (Resim 1) görülen hastaya solunum fonksiyon testi yapıldı. FEV1/FVC: %85, FVC: %61 saptandı. Diffüzyon kapasitesi testine hasta uyum gösteremedi. Çekilen Toraks BT'de: bilateral akciğer periferlerinde daha belirgin olan retiküler dansiteler ve bal peteği görünümleri saptandı (Resim 2-3). Hasta mevcut radyolojik bulgular nedeni ile Progresif Pulmoner Fibrozis olarak kabul edildi. Antifibrotik tedavi başlanması planlandı, mevcut antifibrotiklerin yan etkileri hastaya anlatıldı ve pirfenidone tedavisi almak istediğini belirtti. Hastaya endikasyon dışı Pirfenidone başvurusu yapıldı ve onay alındı. 6 ay pirfenidone tedavisi kullanan hasta nefes darlığının azaldığını ifade etti, Sp02 değeri %95'e yükseldi, solunum fonksiyon testlerinde belirgin bir değişiklik saptanmadı.



Tartışma-Sonuç: RA-İAH genellikle kortikosteroid veya diğer antiinflamatuar ilaçlar ile tedavi edilir, ancak UIP paterni gelişen hastalarda prognozun kötü olması nedeniyle yeni tedavi stratejilerine ihtiyaç duyulmuştur. Nintedanib'in bu endikasyonda kullanımı ülkemizde onaylanmıştır ancak pirfenidone için henüz onay söz konusu değildir. Bu olguda endikasyon dışı başvuru ile pirfenidone tedavisi başladığımız RA-PPF hastamızı sunduk.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Progresif Pulmoner Fibrozis, Pirfenidone

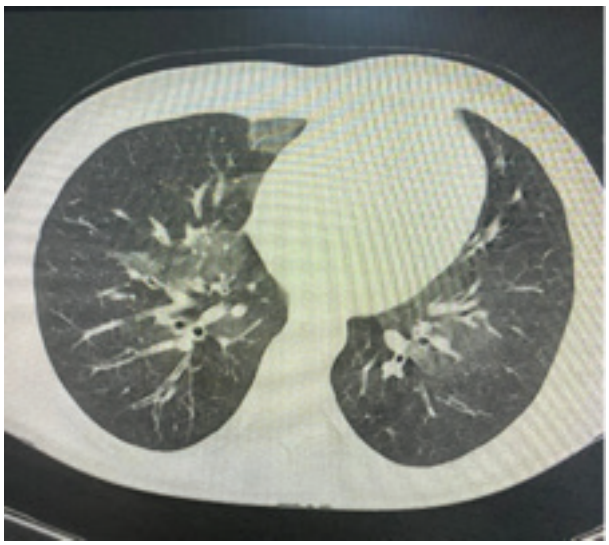
PS-170 Eroin ve Naloksan İnhalasyonuna Bağlı İnterstisyel Akciğer Hastalığı

Samira Suleymanova[1], İzzet Gezmiş[1], Özge Aydın Güçlü[1], Nilüfer Aylin Acet Öztürk[1], Ahmet Ursavaş[1], Mehmet Karadağ[1]

[1]Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Bursa

Giriş-Amaç: Yasadışı uyuşturucu kullanımı hem akut hem de kronik pulmoner bozuklukların gelişimi ile ilişkilidir. Bir morfin türevi olan eroin dünyada en yaygın olarak kötüye kullanılan opioidlerden biridir. Naloksan, opioid aşırı doz ölümlerini önlemek için kullanılan opioid antidotudur. Eroin bağımlısı olup inhalasyon yolu ile naloksan kullanımına sekonder gelişen interstisyel akciğer hastalığı olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Komorbid hastalığı olmayan otuz bir yaşında erkek hasta acil servise 1 yıldan fazla süredir devam eden öksürük, balgam, nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Semptomlarında son bir ayda artış olan hasta dış merkezde on günlük bir pnömoni tedavisi görmüş, taburculuk sonrası genel durum bozukluğu nedeniyle ileri tetkik ve tedavi için kliniğe yatırılmıştır. On beş paket/yıl sigara kullanımı ve 4 yıldır inhalasyon yolu ile eroin bağımlılık öyküsü mevcut olan hastanın inhalasyon yolu ile naloksan kullanmakta olduğu öğrenildi. Solunum sistemi muayenesinde oskultasyonda subskapular raller işitildi. Başvuru anında ateş 36,4oC, dakika solunum sayısı 30/dk, tansiyon 120/60mmHg, nabız 90/dk, oda havası oksijen saturasyonu 88 idi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) her iki akciğerde yer yer konsolide alanlar, mozaik atenüasyon ve santral yerleşimli yaygın buzlu cam alanları saptandı (Resim 1). Laboratuvar incelemelerinde anti-HIV ve COVID-19 PCR testi negatif olarak sonuçlanan hastaya enfeksiyon ekartasyon amacı ile fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Her iki bronş ağacında mükopürülan sekresyon izlendi. Bronkoalveolar lavaj örneklerinde bakteriyolojik, tüberküloz, mantar ve viral enfeksiyon saptanmadı. Hastaya ilaç ilişkili interstisyel akciğer hastalığı tanısı ile 0.5 mg/kg/gün metilprednizolon başlandı.



Resim 1. Toraks Bilgisayarlı Tomografi Parankim Kesiti.

Tartışma-Sonuç: Literatürde inhaler opiat doz aşımına sekonder kardiyojenik olmayan pulmoner ödem, bronşektazi, pulmoner fibroz, ARDS, diffüz alveolar hemoraji gibi akciğer komplikasyonları hakkında çok sayıda çalışma ve vaka raporu bulunmaktadır. Antidot olarak kullanılmakta olan nalokson uygulaması ile akciğer hasarı arasında zamansal bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Olgumuzda akciğer hasarının hem eroin kullanımı hem de naloksanın inhalasyon ile uzun süreli kullanımına sekonder geliştiği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: İnhalasyon Hasarı, Eroin, Naloksan, İlaca Bağlı İnterstisyel Akciğer Hastalığı

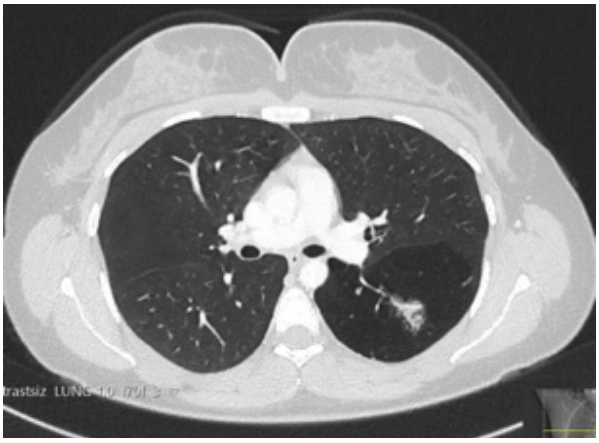
PS-171 Lokalize Pulmoner Alveoler Proteinozis Olgusu

Muhammed Said Tan[1], Talat Kılıç[1], Hakkı Ulutaş[2]

[1]İnönü Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]İnönü Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Pulmoner alveoler proteinozis, anormal sürfaktan hemostazı nedeniyle alveoller ve alveol makrofajlarda lipoproteinli materyalin birikmesinden kaynaklanan nadir bir akciğer hastalığıdır. Primer (konjenital), idiyopatik ve sekonder tip olmak üzere üç formu tanımlanmıştır. Kuru öksürük, nefes darlığı, kilo kaybı, halsizlik ve hemoptizi görülebilen semptomlardır. Radyolojik görüntülemesinde bilateral santral yerleşimli yaygın konsolidasyon ve buzlu cam dansitesi izlenmektedir. HRCT'de interlobüler septal ve intralobüler intertisyel kalınlaşmaların gözlendiği bu poligonal paterne kaldırım taşı (crazy paving) izlenmektedir. Tedavide bilateral akciğer lavaj uygulaması ve GM-CSF dir. Sunacağımız olgu nadir görülen bu hastalığın nadir görülen lokalize formudur.

Olgu: 24 yaşındaki akne vulgaris öyküsü dışında ek hastalığı olmayan kadın hasta; göğüs hastalıkları polikliniğe 2 senedir ara ara devam eden öksürük, nefes darlığı ve son 6 aydır balgamla karışık masif olmayan miktarda hemoptizi ile başvurdu. Özgeçmişinde sigara kullanımı yoktu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde oksültasyonde sol akciğer orta-alt bölgede solunum sesleri azalmıştı. Hastanın akciğer grafisinde belirgin patoloji izlenmedi. Toraks Bt de sol akciğer alt lob süperior ve posterior segmentler düzeyinde hava hapsi alanları ve alanlarda birkaç adet fokal tubülokistik bronşektazik görünüm izlenmekte olup, periferinde buzlu cam dansiteleri izlendi. Hastadan balgamda ARB, Tüberküloz pcr bakıldı ve menfi olarak sonuçlandı. ENA paneli ve vaskülit parametreleri negatifti. Paranazal sinüs bilgisayarlı tomografisinde sinüzitle uyumlu görünüm izlenmedi. Hasta göğüs cerrahisi kliniğine refere edildi. Göğüs cerrahisi kliniği tarafında Sol Uniportal Vats + Alt Lobektomi+11 nolu lenf nod diseksiyonu yapıldı. Histopatolojik PAS + ve Lokalize bir alanda alveol lümenlerini dolduran ve genişleten proteinöz-müsinöz materyal varlığı izlendi. Klinik, radyolojik ve patolojik olarak değerlendirildiğinde lokalize pulmoner alveoler proteinozis düşünüldü. Hastanın postoperatif öksürük, hemoptizi şikayetleri geriledi. Poliklinik takiplerinde hasta stabil olarak izlenmektedir.



Resim 1. Toraks BT'de sol akciğer alt lobda buzlu cam dansitesi ve hava hapsi alanları

Tartışma-Sonuç: Toraks radyolojik görüntülemelerinde sebat eden buzlu cam dansitelerinin histopatolojik olarak sonuçlanması hastanın olası malignite ve sunduğumuz olgu gibi nadir tanıların da saptanmasında önem arz etmektedir. Literatürde ile beraber değerlendirildiğinde lokalize hastaların nonspesik buzlu cam dansitelerinin olduğu görüldü. Literatürde lokalize pulmoner alveoler proteinozis vakası nadir olmasından sunduk.

Anahtar Kelimeler: Buzlu Cam, Pulmoner Alveoler Proteinozis, PAS, VATS

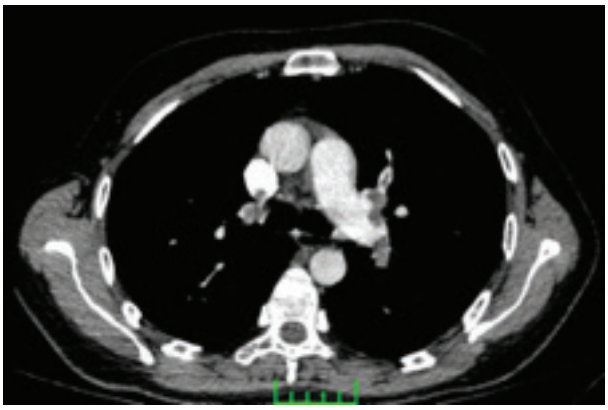
PS-172 Hipogonadotrpik Hipogonadizm ve Sistemik Lupus Eritamatozus'lu Pulmoner Tromboemboli Olgusu

Ümit Can Acar[1], Ayşe Füsun Kalpaklıoğlu[1], Ayşe Baççıoğlu[1], Elif Kaleli Ercan[1]

[1]Kırıkkale Üniversite Hastanesi

Giriş-Amaç: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) otoimmün kronik inflamatuar, multisistemik hastalıktır. En sık 20-40 yaşları arasında başlar. Akciğerlerde plevral efüzyon, pnömonitis, pulmoner emboli, pnömotoraks, pulmoner hipertansiyon ve restriktif tip akciğer hastalıklarına sebep olabilmektedir. Burada SLE hastalığına bağlı pulmoner tromboemboli olgusu sunulmuştur.

Olgu: 48 y-E hasta 20 gündür olan nefes darlığı, öksürük, sağ bacakta ağrı şikayetleri acile başvurdu. Fizik muayenesinde tansiyonu 131/61mmHg, oda havasında oksijen saturasyonu (O2) %89 (2 lt/dk O2 altında %96), nabız:76/dk, ateş 36.5C, solunum sesleri doğal ve sağ bacakta sola göre 2 cm çap artışı (+/++) ve homans pozitifliği vardı. Özgeçmişte 2019'de atriyel fibrilasyon ve hipogonadotrpik hipogonadizm tanısı mevcuttu. Mart 2022'de derideki yama tarzı eritemli lezyonlardan alınan biyopsi "diskoid SLE" tanısı almıştı. O dönemde serum lupus antikoagülan (+), anti-nükleer antikor (ANA) (+), romatoid faktör (+), kompleman-C4 (+) idi. Acil başvurusunda serum d-dimer (6896), c-reaktif protein (CRP) (67). Pulmoner arter bilgisayarlı tomografi anjiyografide (BTA) sol pulmoner arter ana dalda ve bilateral yaygın segmenter dallarda tromboemboli ile uyumlu dolum defektleri mevcuttu. Alt ekstremite renkli venöz doppler ultrasonografi'de lümeni tamamen dolduran derin ven trombüsü (DVT) olarak raporlandı. Solunum fonksiyon testi restriktifti. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %58, grade 2 diastolik disfonksiyon ve sistolik-pulmoner arter basıncı 45mmHg idi. Akut pulmoner emboli ve DVT tanısıyla düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) 1mg/kg/gün, CRP yüksekliği için moksifloksasin 400mg/gün, solunum yetmezliği için nazal O2, bronkodilatör, metilprednizolon 40 mg/gün, periferik ödemleri için furasemid hastane servisinde başlandı. Yedi günlük tedavi sonucunda bilateral bacakta çap farkı, dispnesi azalan hastanın serum pro-BNP, CRP ve d-dimer değerleri geriledi. O2 saturasyonu normale dönen hasta DMAH tedavisi ile taburcu edildi. Kontrol CT-Anjiyografi'de pulmoner arter proksimal alandaki trombüs kayboldu.



Hastanın sol ana pulmoner arter dalında trombüs materyali

Tartışma-Sonuç: Bu vaka SLE'de solunum yetmezliğine yol açan yaygın pulmoner emboli, DVT görülmesi ve hastanın erkek olması açısından ilginçtir. Ancak hastanın hipogonadotropik hipogonadizmine bağlı kadınsı fenotipi lupusun kadınlarda 10 kat daha sık görülmesiyle uyumluydu. Tüm bunların ışığında SLE'li hastalar akciğer komplikasyonları açısından yakın izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik Lupus Eritamatozus, Pulmoner Emboli, Derin Ven Trombozu, Antikogülan

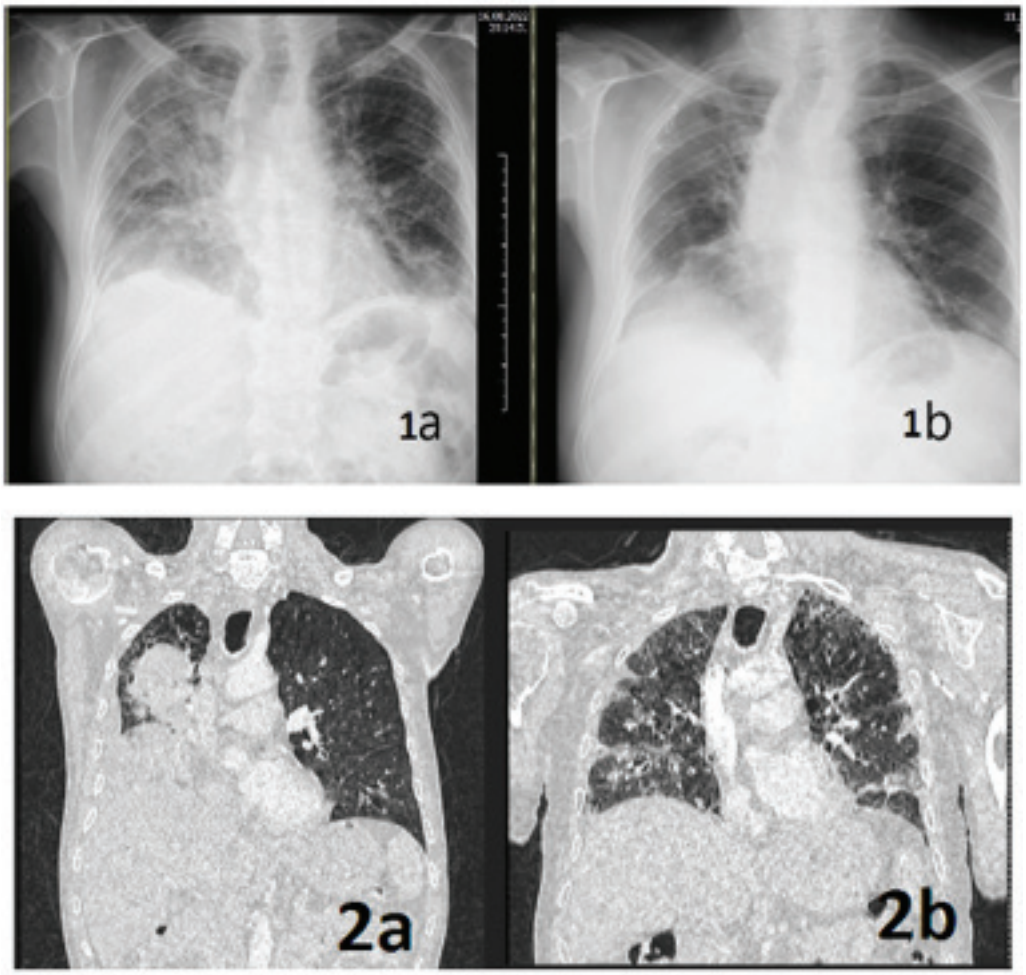
PS-173 Kücük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde Nivolumab İlişkili Pnömonitis

Orhan Kayakıran[1], Emine Afşin[1]

[1]Bolu Abant İzzet Baysal Üniversite Hastanesi

Giriş-Amaç: Hedefe yönelik immünoterapötik ajanlardan olan Nivolumab bir anti-PD-1 monoklonal antikorudur. PD-1'i bloke ederek antitümör bağışıklığını destekler ve küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK)'nde ikinci basamak tedavide yer almaktadır. Nivolumab, bağışıklık hücrelerinin aşırı yanıtına neden olup nadiren pnömonitis komplikasyonuna sebep olabilmektedir. Olgumuz nivolumab tedavisi sonrası pnömonitis gelişmesi ve steroid tedavisine yanıt alınması üzerine sunulmaktadır.

Olgu: 67 yaşında, erkek hasta, KHDAK tanısıyla 4 kür Gemsitabin-cisplatin-paklitaksel tedavisi ardından ikinci basamak tedavi olarak Nivolumab 12 kür uygulanmış. 10 gündür eforla olan nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile başvurduğunda; muayenesinde bilateral tüm zonlarda raller dışında patolojik bulgu saptanmadı. Oda havasında pulse oksijen satürasyonu (SpO2): % 84 idi. Sigara 50 paket/yıl kullanmış,5 yıldır kullanmıyordu. Özgeçmişinde; koroner arter hastalığı, hipertansiyon, Covid-19 (1 yıl önce, ayaktan tedavi ile iyileşmiş) , Aspergillus enfeksiyonu ((1 yıl önce, 3 ay antifungal tedavi kullanmış) mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral retikülasyon artışı (Resim 1), Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) yeni oluşan bilateral alt lob periferinde yoğunlaşan septal kalınlaşmalar ve retikülasyonlar izlendi (Resim 2). Laboratuar tetkiklerinde CRP: 46 mg/dL (Normal: <5 mg/dL) Prokalsitonin: 0,01, lökosit: 6,9 K/uL olup balgam kültüründe üreme olmadı, asidorezistan bakteri boyaması negatif idi. Hastada Nivolumab tedavisine sekonder pnömonitis tanısıyla Metilprednisolon 80 mg/gün ve nonspesifik antibiyotik tedavisi başlandı. İzlemde semptomları gerileyen hasta 40 mg metilpednizolon ile taburcu edildi. Nivolumab tedavisi kesildi. 10 gün sonra yapılan poliklinik kontrolünde oda havasında SpO2: %92 ve akciğer grafisinde kısmi regresyon izlenmesi üzerine (Resim 3) prednol dozu azaltılarak 6 haftada kesilmesi planlandı.



Resim 1.a: pnömonitis tanısıyla yatırıldığındaki akciğer grafisinde bilateral yaygın retiküler değişiklikler izlenmekte, b: taburculuktan 10 gün sonra çekilen akciğer grafisinde kısmen regresyon izlenmekte
Resim 2.a: pnömonitis tanısıyla yatırılmadan 8 ay önceki Toraks BT, b: pnömonitis tanısı konulan Toraks BT'de yeni oluşan retikülasyon ve septal kalınlaşmalar izlenmekte

Tartışma-Sonuç: İmmunoterapi tedavisi sonrasında pnömonitis, organize pnömoni, ARDS, plevral efüzyon, tüberküloz, sarkoidoz, eozinofilik pnömoni, akciğerde kavitasyon gibi akciğer komplikasyonları gelişebilmektedir. İmmun pnömonitis; akciğer kanseri tedavisinde % 3-6 sıklığında görülmektedir. Nivolumab ilişkili pnömonitis tedavisinde; Nivolumab tedavisinin sonlandırılarak sistemik glukokortikoidler (prednizolon/metilprednizolon) 1 - 2 mg/kg/gün dozunda, 4- 6 hafta boyunca verilmektedir. Ciddi toksisite gelişmesi halinde steroide yanıt alınamazsa; yüksek doz steroide infliximab, mikofenolat mofetil, intravenöz immunoglobulin tedavisi eklenebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Nivolumab, Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri, Pnömonitis

PS-174 Organize Pnömoni ile Prezente Olan AML Hastasında Pulmoner Lökostaz Olgusu

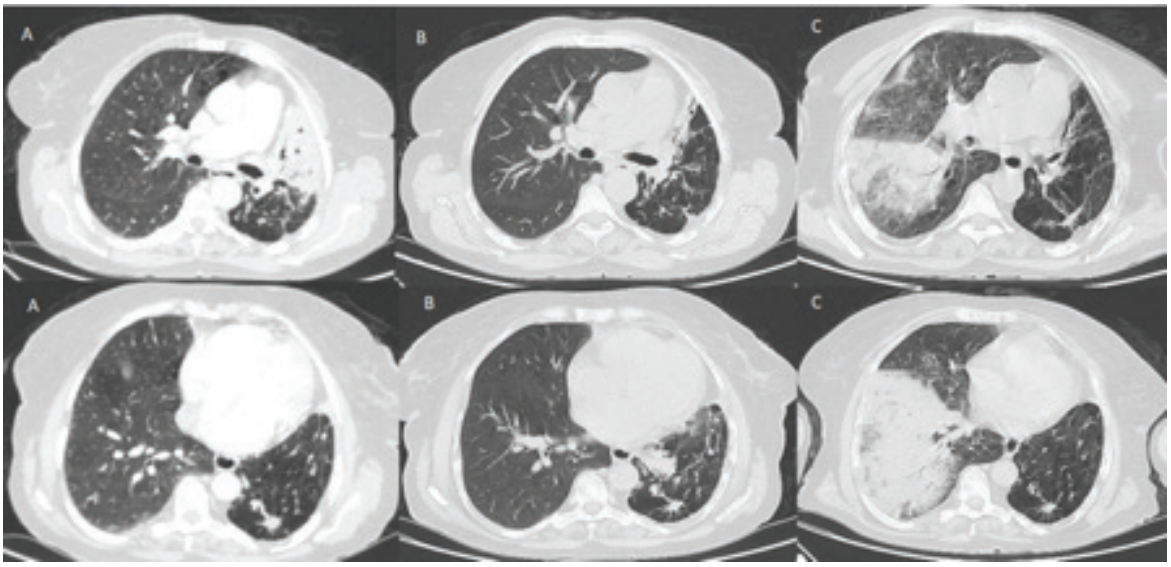
Özlem Özdağ[1], Tuğçe Şahin Özdemirel[1], Esma Sevil Akkurt[1], Kerem Ensarioğlu[1], Berna Akıncı Özyürek[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Organize pnömoni (OP), distal hava yolu inflamasyonu ve fibröz doku tıkaçlarıyla karakterize bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Hematolojik malignitelerle ilişkili OP genellikle tedavi komplikasyonu olarak bildirilmiştir. Lökostaz ise sıklıkla akut miyeloid lösemide (AML) hiperlökositoza bağlı organ disfonksiyonu sonucu gelişen bir klinik sendromdur. Biz de tanı öncesi OP nedeniyle takip edilen ve pulmoner lökostaz gelişen olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Altmış dokuz yaşında kadın hasta, 2 aydır öksürük ve kilo kaybı şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Dış merkezde nonspesifik antibiyoterapi uygulandığı ve şikayetlerinin geçmediği tespit edilen hastanın laboratuvar bulgularında CRP artışı ile anemi mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) lingulada konsolide alan ile sol alt lobda çekintili konturlu nodül izlendi. Pozitron emisyon tomografisi (PET)/BT'de konsolide alan 5,08; nodül ise 3,23 SUVmax'a sahipti. Fiberoptik bronkoskopide endobronşiyal lezyon yoktu. Bronşial lavajda pseudomonas aeruginosa üremesi olan hastaya duyarlı intravenöz antibiyoterapi başlandı. Malign karakterli nodüle transtorasik ince iğne biyopsisi ile OP teşhisi konulan hastaya 32 mg oral prednizolon başlandı. Tedavinin 3. ayında gezici konsolidasyonların olması üzerine doz azaltımı yapılmadan tedaviye devam edildi. Bir ay sonra steroid tedavisi altında sağ akciğerde yeni gelişen opasite artışı mevcuttu, enfektif süreçlerin ekartasyonu sonrası steroid doz artımı ile 2 hafta sonunda lezyonlarda belirgin regresyon izlendi. Kademeli doz azaltımı ile taburculuğu planlanan hastanın takibinde ılımlı trombositopeni (94000/µl) gelişmesi üzerine hastanın ayaktan hematoloji takibine karar verildi. İki hafta sonra genel durum bozukluğu, öksürük ve hemoptizi ile acile başvuran hastada uykuya meyil, hipoksemi, hipotansiyon, akut böbrek yetmezliği ve radyolojik progresyon tespit edildi. Hiperlökositoz (217200/µl) gelişen ve aktif kanaması olan hasta hematoloji bölümüne danışılarak ön planda AML'ye bağlı pulmoner lökostaz düşünülerek hematoloji kliniği olan bir merkeze sevki önerildi. Nakil sürecinde hastanın kliniğinde hızlı bozulma olması üzerine entübe takip edilen hasta saatler içerisinde eksitus oldu.

Beş aylık hastalık süreci, gezici konsolidasyonlar



A: Tanı anında çekilen Toraks BT görüntüsü, B: Hastalığın 3. Ayı, C: Hastalığın 5. Ayı, pulmoner lökostaz

Tartışma-Sonuç: Organize pnömoni, bağ dokusu hastalıklarına, ilaçlara, malignitelere ve diğer interstisyel pnömonilere sekonder gelişebilmektedir. Sitopenik olgularda OP'nin hematolojik malignitelere eşlik edebileceği, hatta malignitenin habercisi olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Organize Pnömoni, Pulmoner Lökostaz, Akut Miyeloid Lösemi

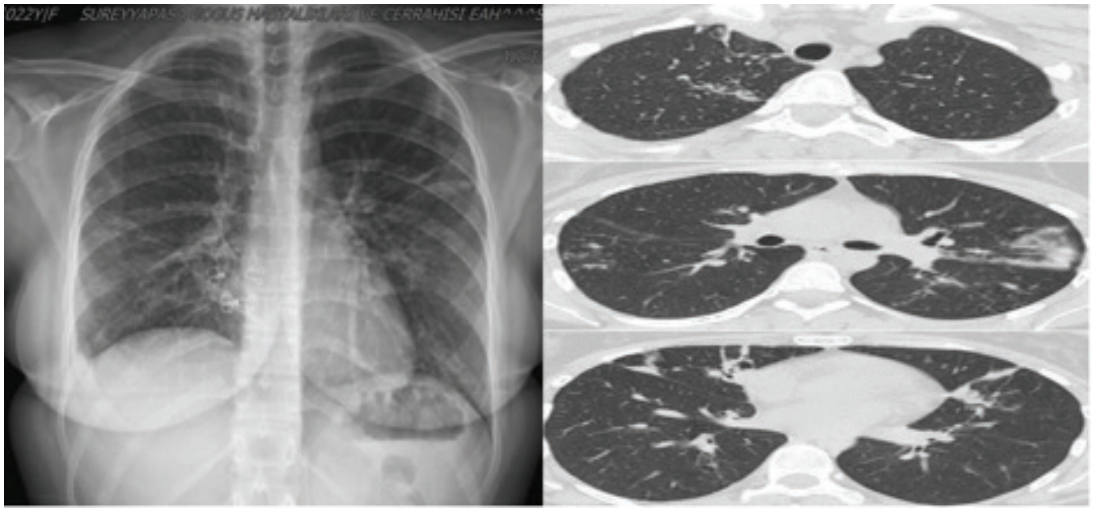
PS-176 Sarkoidoz ve Kronik Eozinofili Pnömoni (KEP) Ön Tanıları ile Takip Edilen Olguda Tanı: Tüberküloz

Dildar Duman[1], Vahide Demirci[1], Fatma Merve Tepetam[1]

[1]Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Sarkoidoz klinik olarak geniş çeşitliliğe sahip, nonkazeifiye granülomlarla karakterize sistemik bir hastalıktır. En sık solunum sistemi etkilenmekte olup, radyolojide bilateral hiler lenfadenopati, yamalı veya diffüz parankimal infiltratlar, retikülonodüler patern, bronşiektazi ve kistler görülebilir.KEP ise atopi, astım, alerjik rinit öyküsü olan hastalarda kan ve balgam eozinofilisinin eşlik ettiği BT'de üst zon ve periferik dağılımlı, buzlu cam ve konsolidasyonların görüldüğü bir hastalıktır.

Olgu: 22 yaşında astım nedeniyle düzensiz inhaler kullanan kadın hasta öksürük ve göğüs ağrısı şikayetiyle başvurduğu dış merkezde, akciğer grafisinde sağ altta pnömoni görülmesi üzerine antibiyotik tedavisi kullanmış. Tedavi yanıtsızlığı nedeniyle tekrarlayan antibiyotik kullanımları olmuştu. Mevcut şikayetleriyle polikliniğimize başvurduğunda fizik muayenesinde ronküs duyuldu.WBC:6420, PCT:0,026, CRP:3,5, sedim:21, eozinofil:0,17 görüldü. Moksifloksasin ve bronkodilatör tedavi uygulandı. Akciğer grafisindeki lezyonlarda solda daha belirgin, bilateral progresyon nedeniyle HRCT çekildi (Resim 1). HRCT'de bilateral buzlu cam, tomurcuklanan ağaç manzaraları, nodüler dansiteler ve lineer plevroparankimal opasiteler görüldü. Balgam kültüründe üreme olmadı. Balgam ARB negatif bulundu. Kardiyolojiye danışıldı, ekokardiyografiside patoloji görülmedi. Klinik ve radyolojik regresyon görülmemesi üzerine bronkoskopi yapıldı; bilateral normal endobronşial sistem izlendi. Bronkoalveolar lavajda(BAL) nonspesifik ve mantar kültüründe üreme olmadı; galaktomannan, ARB ve mikobakteri PCR negatif görüldü. BAL'da lenfosit %51, nötrofil %8, makrofaj %24, eozinofil %5, CD4/CD8:1,97 idi. Mukoza biyopsisi ve BAL sitoloji sonucu kronik nonspesifik inflamasyon, mix inflamatuar hücreler olarak raporlandı. Tüberküloz kültüründe üreme olmadı. Romatolojik belirteçler negatif, Serum ACE:12, 24 saatlik idrar kalsiyumu:270 bulundu. Nefes darlığı olan, BAL'da lenfosit hakimiyeti olan, ARB, ARB PCRları negatif bulunan ve tedaviye rağmen klinik radyolojik progresyon gösteren hastaya KEP, sarkoidoz ön tanılarıyla prednizolon 32mg başlandı. Takiplerinde belirgin regresyon izlendi ve prednizolon dozu kademeli olarak azaltıldı. Tedavinin 6.ayında şikayetlerinde artış olan hastada radyolojik progresyon izlendi (Resim 2). Göğüs cerrahisi tarafından tanısal amaçlı VATS wedge biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu: nekrotizan granülomatöz inflamasyon olarak raporlandı. Hastaya histopatolojik tüberküloz tanısı konuldu. Tüberküloz kliniğine nakledilen hastaya antitüberküloz tedavi başlandı. Tedavisi devam etmekte olan olguda klinik iyileşme sağlandı.



Resim 1. Hastanın başvuru PA ve HRCT görüntüsü.

Tartışma-Sonuç: Tüberküloz, klinik ve radyolojik olarak birçok hastalığı taklit edebilen bir hastalıktır. Bu hastalar klinik radyolojik olarak yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Sarkoidoz, Kronik Eozinofilik Pnömoni

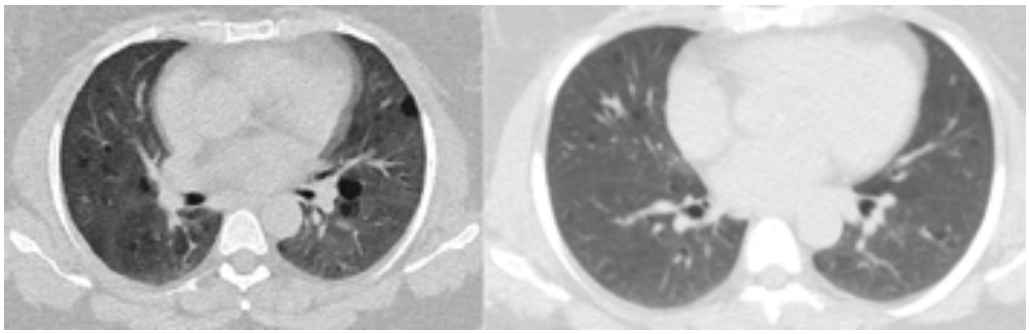
PS-177 Kistik Akciğer Hastalıklarında Nadir Bir Etiyoloji

Hatice Reva Saraç[1], Binnaz Zeynep Yıldırım[1], Ekrem Cengiz Seyhan[1], Hüseyin Yunus Doğan[1], Deniz Çağın İşler[1]

[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Diffüz kistik akciğer hastalıkları; akciğer hastalıkları arasından geniş bir ayırıcı tanı listesi olan nadir bir hastalık grubudur. Hipersensitivite pnömonisi(HP), antijenik ajanların yoğun ve tekrarlayan inhalasyonu sonucu gelişen akciğer parankiminde inflamasyona yol açan bir hastalıktır. Semptomlarının değişkenlik göstermesi sebebiyle ayırıcı tanıda gözden kaçabilmektedir. Biz öksürük semptomuyla gelen, PA bulguları normal olan fakat YRBT'de yaygın hava kistleri ve mozaik atenuasyon paterni görülmesi nedeniyle ön planda kistik akciğer hastalığı düşündüğümüz ve yapılan tetkiklerle nadir olan bir hastalık grubunun daha da nadir görülen bir radyolojik prezentasyonuna rastladığımız olgumuzu paylaşmak istedik.

Olgu: 53 yaşında kadın hasta polikliniğimize 9 aydır olan öksürük ve eforla nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde spesifik bir özellik yoktu. Sigara öyküsü olmayan hasta çevresel veya mesleksel bir maruziyet de tariflememekteydi. Fizik muayenesi normaldi.PA akciğer grafisi normal, SpO2: %99 ve KTA:102 idi.SFT'de FEV1:1.66(%62) FVC:1.46(%67) FEV/FVC:92 DLCO:19.48(%63) idi. Laboratuvar bulguları normaldi. YRBT'de her iki akciğerde multiple en büyüğü 11 mm olan hava kistleri ve mozaik atenuasyon saptandı (Resim1). Kollajen markerları negatif olan hastaya BAL yapıldı. Lenfosit: %17 ötrofil: %19 eozinofil: %1 makrofaj: %56 CD4/CD8: 1,9 CD1A: 0,5 saptandı. Multidisipliner konseyde tartışılan hastada Açık Akciğer Biyopsisi(AAB) planlandı. AAB sonucunda Subakut Hipersensitivite Pnömonisi gelmesi üzerine hastanın anamnezi detaylandırıldı ve yılın 6 ayını geçirdiği evinde küfe maruz kaldığı öğrenildi. Hastaya maruziyetten uzak kalması gerektiği söylenerek oral steroid ve azatioprin başlandı.3 ay sonra hastada klinik ve fonksiyonel iyileşme izlendi. SFT'de FEV1:1.80 (%82) FVC:2.16(%82) DLCO: 28,15(%102) olarak ölçüldü. Hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.



Resim 1. Geliş BT ve 3 ay tedavi sonrasındaki BT.

Tartışma-Sonuç: HP çeşitli antijenik partiküllerle tekrarlayan maruziyet sonrası akciğer parankiminde inflamasyona yol açan ve maruz kalınan partiküllerin yoğunluğuna, özelliğine ve sıklığına göre akut-subakut (nonfibrotik) ve kronik(fibrotik) olarak ikiye ayrılan bir hastalıktır. Subakut HP maruziyetten haftalar veya birkaç ay sonra görülür. HP'nin YRBT bulguları nodül, buzlu cam ve mozaik atenuasyon paterni olarak tariflenmiş olmakla birlikte, yapılan bir çalışmada olguların %13'ünde olgumuzdakine benzer kistik lezyonlar saptanabileceği bildirilmiştir(1). Olgumuzda BAL'da CD4/CD8 oranının düşük saptanması ile Sarkoidoz, CD1 a negatifliği ile Histiyositozis dışlanmıştır. Subakut HP olgularında tedavi radyolojiden bağımsız olarak antijen temasından kaçınma ile sistemik immunsupresif tedavidir.

Anahtar Kelimeler: Subakut, Hipersensitivite, Pnömonisi, Kistik, Akciğer

PS-178 İntravezikal BCG Uygulaması Sonrası Gelişen Pnömonitis Olgusu

Gamze Kırkıl[1], Önsel Öner[1]

[1]FIrat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD

Giriş-Amaç: Mycobacterium Bovis Bacillus Calmette-Guérin (M. Bovis BCG), orta ve yüksek riskli invaziv mesane kanseri tedavisinde kullanılmaktadır. İntravezikal BCG uygulanan hastaların çoğu asemptomatik kalırken, nadiren önemli yan etkiler gelişebilir. İntravezikal BCG uygulaması sonrası gelişen pnömonitis olgusunu sunuyoruz.

Olgu: Kırk beş yaşında erkek hasta mesane kanseri nedeniyle uygulanan intravezikal BCG immünoterapisi sonrası gelişen ateş ve nefes darlığı şikayeti nedeniyle kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde; genel durumu iyi, şuuru açık, koopere ve oryante idi. TA: 110/70 mmHg, Nb: 80/dk, Ateş: 380C, SpO2: %91 (oda havası solurken) olarak ölçüldü. Solunum sistemi muayenesinde herhangi bir patoloji saptanmadı, diğer sistem muayeneleri de normal idi. Laboratuar değerleri; WBC:5.700 /mm3, Nötrofil:65.2 /mm3, Lenfosit: 1.45 /mm3, Eozinofil:0.03 K/uL, Hb:12.1 g/dL, Plt:471000 /mm3, CRP: 47.7mg/L, Prokalsitonin: 0.49 ng/ml, AST:54 U/L, ALT: 53 U/L, Total protein:6.5 g/dL, Total bilirubin: 1.59 mg/dl, diğer hemogram ve biyokimya parametreleri normal aralıkta saptandı. Çekilen PA Akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda infiltratif görünüm saptandı (Resim 1). Toraks BT'de; sağ akciğer orta lobda ve bilateral alt loblarda buzlu cam dansiteleri tespit edildi (Resim 2). Hastaya ampirik olarak Levofloksasin 750 mg 1x1 başlandı. Takiplerinde ateşleri devam eden hastaya kan kültürü, idrar kültürü ve balgam kültürü alındı, üreme saptanmadı, enfeksiyon hastalıkları görüşü ile antifungal tedavi eklendi. Hastaya FOB yapıldı, lavaj sıvısında ARB (-), Mycobacterium Tuberculosis PCR (-), gram boyamada özellik görülmedi, mantar enfeksiyonu lehine bulguya rastlanmadı. Hastada mevcut bulguların BCG uygulaması sonrası gelişebilen pnömonitis tablosuna bağlı olduğu düşünülerek hastaya 1 mg/kg metilprednisolon tedavisi başlandı. Tedavinin 2. gününde ateşleri düşmeye başladı, SpO2 değeri %95'e yükseldi. 10 gün sonra çekilen akciğer grafisinde tama yakın regresyon tespit edildi (Resim 3), takiplerinde tüberküloz kültüründe üreme saptanmadı.

Resim 1

Tartışma-Sonuç: BCG immünoterapisini takiben BCG sepsis, hepatit, hipersensitivite pnömonisi görüleblir. İntravezikal BCG uygulamasını takiben antibiyotik tedavisine dirençli ateş ve pulmoner infiltratlar varlığında pnömonitis akılda tutulmalıdır. Steroid tedavisine alınan dramatik yanıt tipiktir.

Anahtar Kelimeler: İntravezikal BCG, Pnömonitis

PS-179 Spontan Rezolüsyon Görülen Pulmoner Alveoler Proteinozis: Olgu Sunumu

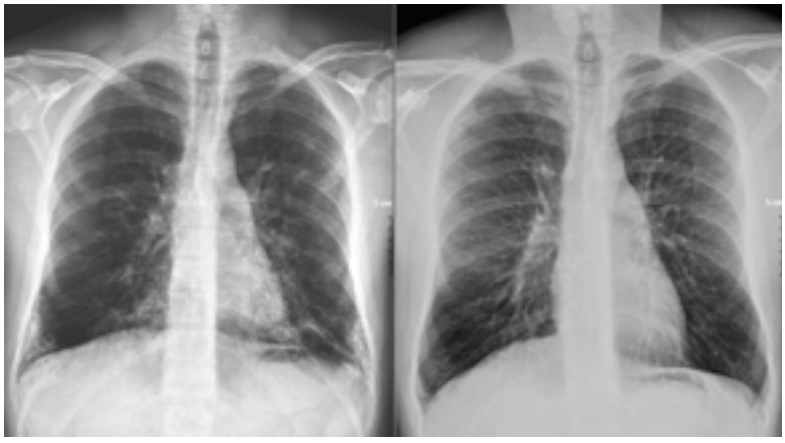
Mert Can Taşdemir[1], Ayshan Mammadova[1], Nurdan Köktürk[1]

[1]Gazi Üniversitesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner alveoler proteinozis (PAP), alveollerde ve distal hava yollarında lipoproteinöz madde birikimiyle karakterize nadir bir hastalıktır. Primer (konjenital), idiyopatik ve sekonder tip olmak üzere üç formu tanımlanmıştır. En sık rastlanan semptomlar nefes darlığı ve kuru öksürüktür. PAP hastalığında en sık komplikasyon akciğer enfeksiyonlarıdır. Burada pnömoni sonrası PAP tanısı alan ve tedavisiz izlemde spontan rezolüsyon izlenen bir vaka sunulmuştur.

Olgu: 28 yaşında erkek hasta öksürük, balgam ve nefes darlığında artış şikayetleriyle pnömoni ön tanısıyla kliniğimize yatırıldı. Hastanın 2 ay önce de benzer şikayetlerle dış merkezde pnömoniye yönelik antibiyoterapi kullanım öyküsü mevcuttu. Hastaya nonspesifik geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı. Özgeçmişinde 10 paket/yıl sigara kullanım öyküsü olan hastanın komorbiditesi veya soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde solunum sesleri doğaldı. Arteriyel kan gazı, spirometrik ölçümleri, tam kan, biyokimya ve sedimentasyon değerleri normal sınırlarda saptandı. Tüberkülin cilt testi negatif olarak değerlendirildi. Akciğer grafisinde alt zonlarda daha belirgin yaygın non-homojen radyoopasite alanları izlendi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde iki akciğerde alt loblarda daha belirginleşen coğrafik görünümlü yamasal tarzda buzlu cam dansitesinde yoğunluk artışı, interlobüler septal kalınlık artış bulguları (crazy paving paterni) saptandı. Pnömoni ve interstisyel akciğer hastalığı ön tanılarıyla hastaya bronkoskopi yapıldı, bronkoalveolar lavaj (BAL) alındı. BAL sıvısında periyodik asit-Schiff boyama pozitif görüldü ve hastaya PAP tanısı konuldu. Takipte semptomları gerileyen spirometri, egzersiz testi normal sınırlarda olan hastaya tedavisiz izlem önerildi. Hastanın ikinci yıl kontrol vizitesinde görüntülemelerinde de spontan rezolüsyon izlendi.

PAAG



Hastanın başvuruda çekilen akciğer grafisinde(solda) bilateral alt zonlarda periferik, nonhomojen radyoopasitelerin kontrol grafide(sağda) tedavisiz izlemde gerilediği izlendi.

Tartışma-Sonuç: İdiyopatik PAP, genç erişkin erkeklerde daha sık görülmektedir. PAP hastalarında tedavinin amacı alveollerde biriken aşırı sürfaktanın uzaklaştırılmasıdır ve gaz değişiminin kolaylaştırılmasıdır. PAP'ta spontan rezolüsyon oranının %30'lara ulaştığı düşünülürken son dönemde yayınlanan vaka serilerinde spontan rezolüsyonun, vakaların %10'unu aşmadığını göstermiştir. Sunulan bu vakada tedavisiz izlemde spontan rezolüsyon izlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Alveolar Proteinozis, Spontan Rezolüsyon, Tedavisiz İzlem, İnterstisyel Akciğer Hastalığı

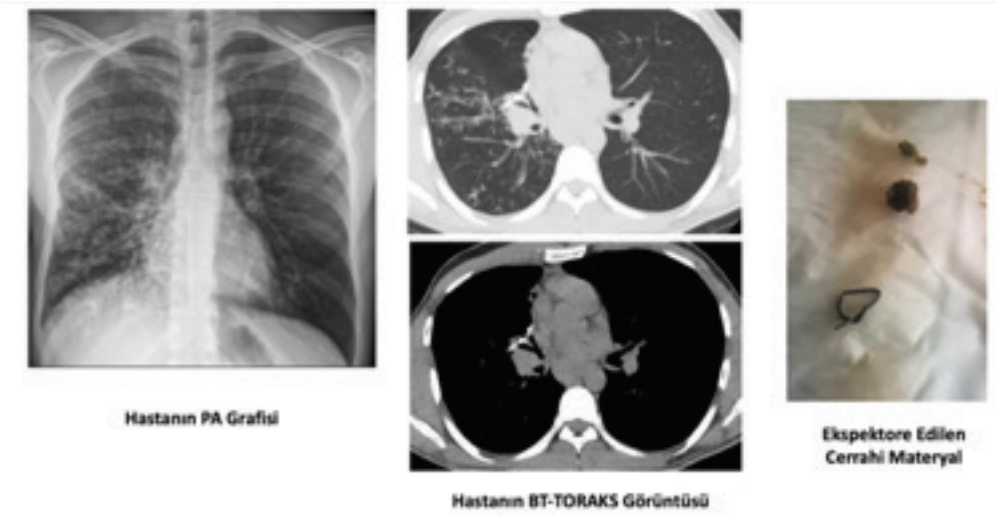
PS-180 Bronşektazili Hastada Cerrahi Materyal Ekspektorasyonu

Dildar Duman[1], Ömer Faruk Taştı[1]

[1]SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Bronşektazi en çok çocukluk çağı enfeksiyonları sonrasında oluşan kalıcı bronş genişlemeleri olup sık balgam çıkarma ve hemoptizi ile prezente olabilir. Etyolojisinde yabancı cisim varlığı ilk sıralarda olmasa da önemli etyolojik sebeplerden biridir. Cerrahi sonrası uzun yıllar geçtikten sonra cerrahi materyalin ekspektorasyonla çıkarılması literatürde nadiren karşılaşılan patolojilerden birisidir. Bizde vakamızda bu nadir patolojiyi vurgulamak istedik.

Olgu: 29 yaş bilinen bronşektazi tanılı hasta hastanemize hipoksik solunum yetmezliği, balgamda artış şiddetli göğüs ağrısı ile başvurdu. Hastanın anamnezinde 5 yaşındayken geçirilmiş akciğer tüberküloz öyküsü ve 17 yaşındayken bronşektazi sebepli wedge biyopsi öyküsü mevcuttu. Hastanın ameliyatından yaklaşık 12 sene sonra 2-3 ay aralıkla toplamda 3 kez balgamla birlikte tanımlayamadığı yabancı cisim ekspektore ettiği öğrenildi. Hastanın BT_ Toraks görüntülemesinde sağ akciğerde yaygın tree in bud görüntülerinin eşlik ettiği enfekte bronşektazik alanlar orta lobda kalsifikasyonların eşlik ettiği hacim kaybı izlendi. Hasta enfekte bronşiektazi ve hipoksik solunum yetmezliği tanılarıyla interne edildi. Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu ile piperasilin/tazobaktam, trimetroprim-sulfametoksazol uygulandı. Hastanın fiberoptik bronkoskopisi yapıldı;. trakea alt ucunda bilateral püy izlendi. Püy temizlendikten sonra hastanın bronşial sisteminde herhangi bir anomali izlenmedi. Hastanın patoloji sonucu yoğun inflamatuar hücreler olarak sonuçlandı. Kültür sonuçlarında herhangi bir etken izole edilemedi. Hasta yatışı esnasında balgamla birlikte yabancı cisim ekspektore etti. Materyal göğüs cerrahisi tarafından değerlendirildiğinde yabancı cismin stapler olduğu anlaşıldı ve ek bir cerrahi girişim düşünülmedi.



Resim 1. Hastaya ait PA Grafi, BT-Toraks,Ekspektore edilen materyal.

Tartışma-Sonuç: Wedge rezeksiyon yapıldıktan 12 yıl sonra stapler ekspektore edilmesi beklenen bir durum değildir. Nadir görülmesi nedeniyle olgumuzu sunduk. Hastanın ekspektore ettiği materyalin incelenmesi tanı için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bronşektazi, Yabancı Cisim

PS-181 İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF) Tanısından Senkron Akciğer Kanserine Değişik Bir Yolculuk

Emir Keskin[1], Hasibe Çiğdem Erten[1], Yunus Ataş[1], Erdem Emre Gülşen[1], Berrin Eraslan[1], Nesrin Kıral[1], Sevda Cömert[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: İPF ülkemizde tüm diffüz parankimal akciğer hastalıkları içinde %20 sıklıkta ve tanı sonrası ortalama sağkalımı 5 yıl olan bir hastalıktır. Akciğer radyolojilerinde diffüz parankimal tutulum, alt lob ve perifer baskın fibrozis bulguları izlenir. Olağan interstisyel pnömoni (OİP) paterni, hastalık için spesifik olmayıp, IPF bir ekartasyon tanısıdır. Hastalığın takibinde medikal tedavi dışında komorbiditelerin kontrolü önemlidir. Akciğer kanseri İPF'li hastalarda normal popülasyondan 5-7 kat fazla görülürken, prevalans %1-48 arasında gösterilmiştir, en sık skuamöz hücreli karsinom sonra adenokarsinom görülür.

Olgu: 69 yaşında kadın hasta polikliniğimize hemoptizi şikayetiyle başvurdu. 20 paket/yıl sigara kullanımı dışında özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik saptanmayan hastanın fizik muayenesinde bibaziller inspiratuar ralleri mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda retiküler dansite artışları, yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide OİP ile uyumlu bulgular saptandı. Hastanın basit spirometre sonuçları normal, DLCO %70 ölçüldü. Romatolojik değerlendirmesi normal ve markerlar negatif izlendi. Klinik ve radyolojik olarak multidisipliner konseyde İPF tanısı alan hastaya Pirfenidone başlandı. Takiplerinde semptomatik kötüleşme, fonksiyonel bozulma ve radyolojik progresyon görülmesi üzere Nintedanib tedavisine geçildi. İPF tanısı aldıktan 1 yıl sonra halsizlik, her iki omuz ve dizlerde artralji şikayetleri ile tekrar değerlendirildi. ANA 1/3200, RF:97,2 IU/ml, SS- A (+), anti-CCP:33,1 IU/ml sonuçları ile mevcut artralji bulguları göz önünde bulundurularak hastaya romatoid artrit tanısı konuldu ve uygun tedaviye geçildi. Takip toraks BT incelemesinde sağ parahiler bölgede kitle lezyon gelişti. BT rehberlikli ince iğne biyopsi sonucu atipik karsinoid tümör olarak raporlandı. Multidisiplener konseyde hastaya sağ pnömonektomi kararı verildi. Postoperatif patoloji sonucu hiler bölgede büyük hücreli nöroendokrin karsinom ve üst lobda plevraya bitişik, diğer tümöre 4,5cm uzaklıkta adenokarsinom olarak raporlandı.

Tartışma-Sonuç: İPF tanısı alan, takipleri sırasında romatolojik semptomlar gelişen hastalarda yeniden romatolojik değerlendirme ve romatolojik markerların bakılmasının gerekliliğini vurgulamak istedik. Ayrıca İPF olgularında akciğer kanseri görülme sıklığı artmış olsa da senkron tümör ve nöroendokrin karsinom görülmesi nadirdir. Bu ilginç seyirli vakanın hasta takiplerinde akılda tutulmasının yararlı olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: İPF, Romatoid Artrit, Akciğer Kanseri

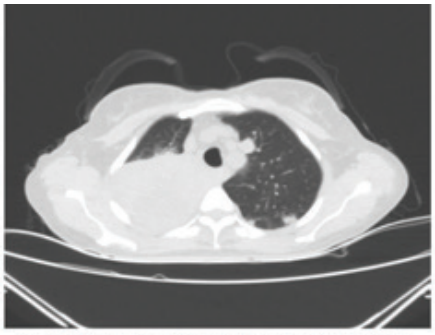
PS-182 Akciğer ve Cilt Tutulumu ile Prezente Olan Nadir Bir Olgu: Granülomatöz Polianjitis

Bahar Aydoğar[1], Zeynep Güney[1], Ramazan Eren[1], Elif Tanrıverdi[1], Mustafa Çörtük[1], Halit Çınarka[1], Erdoğan Çetinkaya[1]

[1]SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Wegener granülomatozu (WG) yeni adı ile 'Granulomatozisli Polianjiitis (GPA)' nedeni bilinmeyen, multisistemik, nekrotizan granülomatoz bir vaskülittir. Sıklıkla üst ve alt solunum yollarını böbrekleri etkiler. Diğer vaskülitler ile karşılaştırıldığında, akciğerin en yaygın ve agresif tutulumu GPA'da görülür. Bu olgumuzda, başlangıçta sebebi bilinmeyen ateş ile takip edilen, sonrasında tüberküloz ön tanısı ile kliniğimize gönderilerek tetkik edilen sonrasında cilt tutulumu ile prezente olan bir GPA hastasını sunuyoruz.

Olgu: Elli dört yaşında kadın hasta, üç ay önce başlayan ateş, gece terlemesi, kilo kaybı şikayetleriyle hastaneye başvurmuş. Hastaya bu nedenlerle yaklaşık iki ay nonspesifik antibiyoterapi verilmiş. Takibi sırasında PA grafisinde sağ apikal lezyonu ve toraks BT'de malign görünümlü konsolidasyon/kitle ayrımı yapılamayan alan izlenmesi üzerine yapılan transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisinde kronik nekrotizan granülomatöz inflamasyon saptanmış ve tüberküloz (TB) ön tanısı ile tarafımıza yönlendirilmiş. Fizik muayenesinde sağ hemitoraksta arka üst alanlarda perküsyonla matite, oskültasyonla sağ arka üst alanda solunum sesleri azalmıştı. Toraks BT'sinde mediastende kısa aksı bir cm'den küçük birkaç adet lenf nodu izlendi. Sağ akciğer üst lobda hiler bölgeden subplevral alana uzanım gösteren lezyon, ayrıca her iki akciğerde büyüğü sol akciğer üst lobda iki cm bir kaç adet nodüler lezyon ve sol akciğer üst lobda apekste yumuşak doku dansitesinde lezyonları mevcuttu(Resim 1).Hastaya histopatolojik ve klinik olarak antitüberküloz tedavi başlandı. Bu sırada ayırıcı tanı için yapılan tetkiklerde sedimantasyon:98/saat, RF:73 iu/ml, PR3-ANCA:110 ru/ml olarak ölçüldü. Diğer laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Hastanın klinik takiplerinde ayak sırtında nekrozitan ağrılı lezyonları (Resim 2) olması nedeniyle yapılan dermatoloji konsültasyonu ile cilt lezyonunda punch biyopsisi yapıldı. Patolojisi MPO ANCA reaktivitesi gösteren 'Polianjitisle birlikte granulomatozis' (Wegener granulomatozis) ile uyumluydu. Hastanın anti-tbc tedavisi stoplanıp, pulse steroid tanısı başlandı.Tedavinin 2.gününde ateşi düşen hastanın takiplerinde cilt lezyonları ve akciğer grafisindeki lezyonlar belirgin geriledi.



Resim-1:Toraks BT'de:Sağ akciğer üst lobda hiler bölgeden subplevral alana uzanım gösteren lezyon,ayrıca her iki akciğerde büyüğü sol akciğer üst lobda iki cm birkaç adet nodüler lezyonlar

Resim-2:ayak sırtında nekrozitan ağrılı lezyonlar

Tartışma-Sonuç: GPA, farklı organ ve sistem tutulumlarıyla pek çok hastalıkla ayırıcı tanısı gereken bir durumdur. Kaviter akciğer hastalıkları arasında yer alan GPA, sadece radyolojik bulguların olduğu dönemde akciğer tüberkülozu ile karışabilir. Bu olgumuzda olduğu gibi cilt lezyonları ve akciğer tutulumu GPA açısından kuşku uyandırmalı. Bu nedenle, nekrotizan ve destrüktif bulgularla karşılaşılan olgularda, her hekimin ayırıcı tanı listesinde bulundurması gereken bir hastalık olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Wegener, Granülomatoz Polianjitis, Tüberküloz, Mpo Anca

Poster Bildiri Oturumu 9: Minimal İnvaziv Cerrahi

PS-184 Orta Lobu Bırakılan Bronşektazi Olgusu

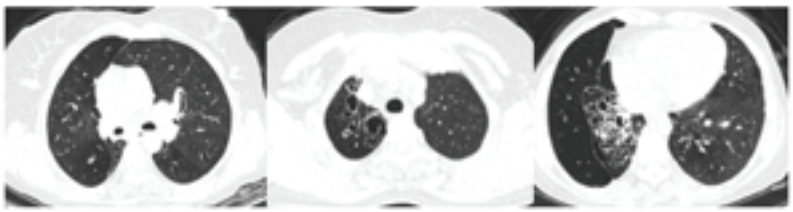
Hakkı Ulutaş[1], Muhammed Kalkan[1], İlham Gülçek[2], Bilal Aydoğmuş[1], Merve Ünal[1], Oğuz Girgin[1]

[1]İnönü Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı
[2]Malatya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Bronşektazi; bronş duvarının elastik ve kas yapılarının destrüksiyonu sonucu meydana gelen irreversible bronş dilatasyonudur. Çocukluk çağından başlayan ve iyi tedavi edilmeyen bronşektazi olgularında erişkin yaşta ciddi semptomlar ile müracat etmektedirler. Bronşektazi cerrahisinde amaç, maksimum hasarlı dokuyu eksize ederken sağlam akciğer dokusuna minumum zarar vermek olmalıdır. Bu olgu sunumunda, çocukluk çağından erişkin yaşa kadar bulgu veren alt ve üst lobda kistik bronşektaziye sahip, orta lobda kompansatuar hipertrofi saptanan olguya literatürde çok az uygulanmış cerrahi yaklaşımı sunduk.

Bulgular: Hemoptizi şikayeti ile başvuran 48 yaşında kadın hasta çocukluk çağından beri produktif öksürük ve tekrarlayan enfeksiyonlar nedeniyle sık sık tedavi aldığını belirtti. Hastanın yapılan fizik muayenesinde; dinlemekle sağ üst ve alt zonda yaygın kaba ralleri mevcuttu. Laboratuvar tetkikleri normaldi. Hastanın incelenen PA akciğer grafisinde; özellikle medial alanlarda üst, orta ve alt zonda bronşektazik alanlar izlendi. Çekilen Yüksek Çözünürlüklü Bilgisayarlı Tomografisinde (HRCT); sağ alt ve üst lobda kistik bronşektazi ve orta lobda kompansatuar hipertrofi olduğu izlendi (Resim 1). Fleksible bronkoskopide anormal bulgu saptanmadı. Solunum Fonksiyon Testlerinde FEV1:1350 ml, FEV1/FVC: %56 olarak ölçüldü. İki kat ve 4 kat merdiven çıkma testlerinde patolojik bulgular görülmedi. Sağ hemitoraksta üst ve alt lobun solunuma katkısı minimal olduğu, orta lobun çok daha fazla katkısı olduğu kanatine varıldı. Uniportal VATS ile sağ üst ve alt lobektomi yapıldı. Postoperatif dönemde belirgin ekspansiyon kusuru izlenmeyen hastaya, sekresyon retansiyonu ve orta lobun sağ hemitoraksı doldurması için solunum fizyoterapisi uygulandı. Tüp torakostomisi 13. günde sonlandırılan olguda komplikasyon saptanmadı.

RESİM 1: HASTANIN BAŞVURU ANINDAKİ PA AKCİĞER GRAFİSİNDE; ÖZELLİKLE MEDİAL ALANLARDA ÜST, ORTA VE ALT ZONDA BRONŞEKTAZİK ALANLAR İZLENDİ



RESİM 2: HASTANIN İNCELENEN YÜKSEK ÇÖZÜNÜRLÜKLÜ BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİSİNDE(HRCT); SAĞ ALT VE ÜST LOBDA KİSTİK BRONŞEKTAZİ VE ORTA LOBDA KOMPANSATUAR HİPERTROFİ OLDUĞU İZLENDİ

Hastanın Preop Radyolojisi

Tartışma-Sonuç: Bronşektazi cerrahisinde amaç, maksimum hasarlı dokuyu eksize ederken sağlam akciğer dokusuna minumum zarar vermek olmalıdır. Literatürde birkaç olgu şeklinde bildirilen, açık cerrahi ile bile takip ve tedavisi zor olan, orta lob bırakılan olguların, Uniportal VATS ile deneyimli klinikler tarafından daha iyi yönetilebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Orta Lob, Bronşektazi, VATS

PS-186 Mediastendeki Ektopik Paratroid Adenom Olgularının Uniportal VATS ile Eksizyonu ve Takipteki Değişiklikler

Bilal Aydoğmuş[1], Hakkı Ulutaş[1], Mehmet Ağar[3], Oğuz Girgin[1], İlham Gülçek[2], Muhammed Kalkan[1], Merve Ünal[1]

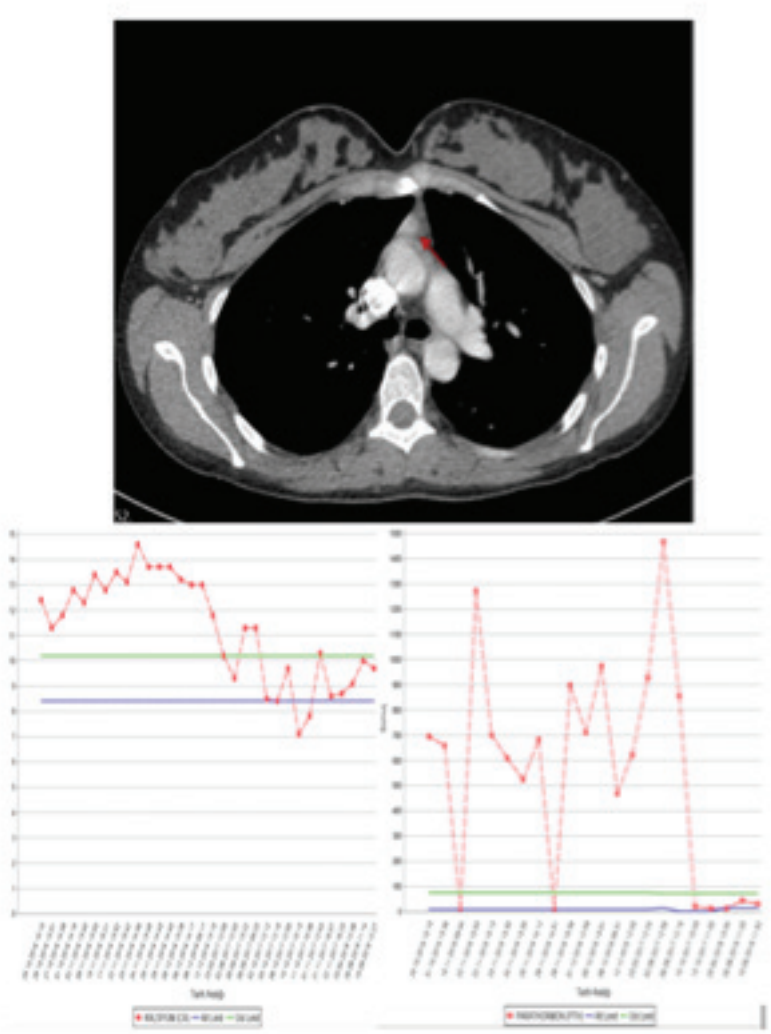
[1]İnönü Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı
[2]Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[3]Elazığ Fethi Sekin Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Paratroid bezleri, posterior tiroid üzerinde yer alan bir grup endokrin bezdir. Bu bezler paratroid hormonunun salgılanmasından sorumlu ve kalsiyum (Ca+) hemostazında primer sorumludur. Paratroid adenomu genellikle normal anatomik lokalizasyonda olabildiği gibi nadiren intratroidal, intratimik, mediastinal, submandibular ve karotis kılıfında ektopik yerleşim gösterebilir. Bu çalışmada 3 olgunun mediastinal ektopik paratroid adenomu ön tanısı ile uniportal VATS ile eksizyonu sunuldu.

Olgu: Olgu 1: Poliüri kilo kaybı nedeniyle endokrin tarafından takipli 52 yaşında erkek olguda Parathormon (PTH) 791 pg/ml (n=14-72)Ca+ 11,2 mg/dl(n= 8,4- 10,2)yüksekliği sonrası çekilen toraksın bilgisayarlı tomografisinde (TBT) retrosternal alanda ön mediastinal 1 cm lik solid lezyon izlenmesi üzerine cerrahi önerildi. Sağ Uniportal VATS ile timektomi ile birlikte mediastinal nodül komplet eksizyonu uygulandı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen olgu 2. günde taburcu edildi. Taburcu Ca+-7,9 mg/dl, PTH-55,79 pg/ml ile normal sınırlarda izlendi.

Olgu 2: Gebelikte saptanan PTH 927 pg/ml (n=14-72) ve Ca+ 11,3 mg/dl (n= 8,4-10,2) yüksekliği saptanan ve sol troidektomi ve sol üst paratroidektomi operasyonu yapılan 27 yaşındaki kadın hastada PTH ve Ca+ seviyesinin düşmemesi üzere doğum sonrası çekilen TBT'de ön mediastende 1 cm lik solid lezyon, sintigrafik olarak pozitif tutulum olması üzere tarafımızca Sağ Uniportal VATS ile lezyon timüs dokusu ile komplet eksize edildi. Postoperatif 2.günde taburcu edilen olgunun PTH <3 pg/ml ve Ca+ 8,4 mg/dl değerleri normal sınırlarda izlendi.

Olgu 3: Terleme şikayeti ile endokrin tarafından takip edilen 48 yaşındaki kadın hastada PTH ve Ca+ değerleri yüksek izlenmiş. Etiyoloji araştırılmasında çekilen TBT'de ön mediastinal 1 cm lik solid lezyon saptandı. Sintigrafik incelemede anterior mediastende fokal bir alanda aktivite tutulumu izlendi. Preoperatif hazırlıkları sonrası sağ Uniportal VATS ile lezyon timüs dokusu ile komplet eksize edilen olguda postoperatif komplikasyon gelişmemesi üzere 2.gün taburcu edildi.



Olgu 2'ye Ait Toraks Tomografisi ve Kan Parametreleri

Tartışma-Sonuç: Sonuç: Mediastinal paratroid adenomları nadir görülür ama dirençli hiperkalseminin önemli bir nedenidir. Mediastinal paratroid adenomu düşünülen olgularda açık cerrahi tekniklerin yerine Uniportal VATS ile daha etkin, daha güvenli ve komplet eksizyon yapılabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Paratroid Adenomu, VATS, Mediasten

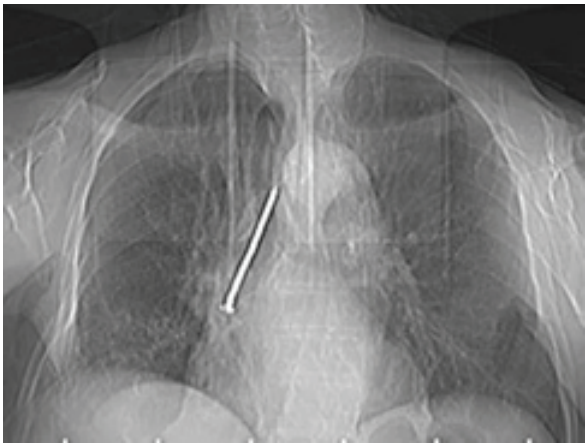
PS-187 Larenjektomili ve Trekeostomili Hastada 10 cm'lik Çivi Aspirasyonu

Murat Kılıç[1], Zafer Gündoğdu[2], Oğuz Girgin[1]

[1]İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı
[2]Elazığ Medikal Hospital Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Giriş-Amaç: Trakeobronşial yabancı cisim aspirasyonları sıklıkla çocukluk yaş grubunda görülür ve bu yaş grubunun önemli morbidite ve mortalite nedenlerindendir. Yabancı cisim aspirasyonu nadiren erişkinlerde de görülür. Çocuklarda daha çok gıda parçaları, kuruyemiş, çekirdek ve küçük oyuncak parçaları aspire edilir. Erişkinlerde ise çoğunlukla gıda artıkları, toplu iğne, diş protezleri gibi materyaller aspire edilir. Yazıda larinks kanseri nedeniyle total larenjektomi yapılan 91 yaşındaki hastanın trakeostomi kanülünü temizlerken aspire ettiği 10 cm'lik çivinin rijit bronkoskopi ile çıkarılması literatür eşliğinde sunuldu.

Gereç ve Yöntem: Acil servise nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile getirilen 91 yaşındaki hastaya larenks kanseri nedeniyle total larenjektomi yapıldığı öğrenildi. Hastanın trakeostomi bakımını kendisinin yaptığı, soluk borusun temizlemek için yanında bulundurduğu çivileri kullandığı ifade edildi. Hastanın trakeostomi açıklığındaki sekresyonları temizlemek için 10 cm lik paslı çivinin ucuna sardığı kağıt yardımı ile soluk borusunu temizlemeye çalıştığı ve temizlik işlemi sırasında çivinin soluk borusuna kaçtığı belirtildi. Fizik muayenesinde sağ akciğerde solunum sesleri azalmıştı. Çekilen akciğer grafisi ve toraks tomografisinde çivinin trakea ve sağ anabronş içerisinde olduğu görüldü (Resim). Hastaya rijit bronkoskopi yapılarak forseps yardımıyla çivi çıkarıldı.



Resim 1. Trakea ve sağ ana bronş içerisinde yer alan çivi görünümü

Bulgular: İşlem sırasında herhangi bir kosmplikasyon ile karşılaşılmadı. İşlem sonrasında yapılan kotrolde trakea ve ana bronşarın açık olduğu ve herhangi bir kanama odağının olmadığı gözlendi. Ek cerrahi tedaviye gerek kalmadan işlem sonlandırıldı. İşlem sonrası hasta monitöreize edilerek serviste takip altına alındı. 24 saatlik takibin ardından herhangi bir komplikasyon gelişmemesi ve hastanın genel durumunun iyi olması üzerine taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak yabancı cisim aspirasyonları çocukluk yaş gurubunda daha sık görülür. İleri yaş ve trakeosomili hastada yabancı cisim aspirasyonu riski daha yüksektir. Trakeostomili hastalara mutlaka solunum yolu temizliği hakkında eğitim verilmeli. Çok yaşlı ve trakeostomili hastaların solunum yoluna yönelik yapılacak bakımları sağlık personelince veya eğitim almış bir yakını tarafından yapılmalıdır. Yabancı cisim aspirasyonlarında tanı ve tedavi için hızlı davranılmalı, tanı konulan hastaların yabancı cisimleri fleksibil veya rijit bronkoskopi ile çok rahat bir şekilde çıkarılabilir.

Anahtar Kelimeler: Çivi, Larenjektomi, Trakeostomi, Bronkoskopi, Aspirasyon

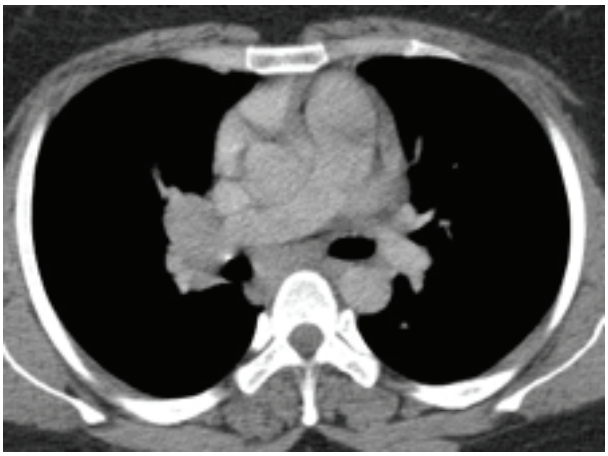
PS-188 On Yıllık Mediastinoskopi Sonuçlarımızda Tüberkülozün Sıklığı

Fatih Meteroğlu[1], Menduh Oruç[1], Serdar Onat[1], Edip Dedeoğlu[1], Orhan Kızılelma[1], Seradr Onat[1], Refik Ülkü[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Tüberküloz radyolojik olarak bazı tümöral, inflamatuvar ve sistemik hastalıklara benzer bulgular vererek tanı güçlüklerine yol açabilir. Kitle lezyonu nedeniyle araştırılan 460 olgunun mediastinoskopi sonuçlarımız içinde 80 olgunun tüberkülozun önemli yer tuttuğuna dikkati çekmek için sunmayı amaçladık Giriş: Tüberküloz (TB) ve akciğer karsinomu bazen birbiriyle karışan ve bu nedenle tanı ve tedavide gecikmelere neden olabilen hastalıklardır. Tüberküloz farklı klinik ve radyolojik görünüm verebilir (1). Akciğer TB radyolojik olarak bazı tümöral, inflamatuvar ve sistemik hastalıklara benzer bulgular vererek tanı güçlüklerine yol açabilir. Bu radyolojik bulgu farklılıklarının temelinde diyabet, silikozis, sarkoidoz, AİDS ve malignite gibi immün sistemi bozan hastalık ve durumlar söz konusudur. Biz bu çalışmada, kliniğimize kitle lezyonu nedeniyle yatan ve başlangıçta Akciğer kanseri düşünülen ancak yapılan incelemeler sonucunda akciğer tüberküloz tanısı konulan 80 olguyu sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimize 2012-2022 tarihler arasında 269 erkek, 192 bayan hasta akciğerde kitle ve\ veya mediastinal lenf nodu nedeniyle başvurdu. Başvuran 460 hastanın yaş dağılımı 20-78 yaş (ort.yaş: 49,3) idi. Bu hastaların dosyaları geriye dönük olarak değerlendirildi.



Bulgular: Yatış verilen tüm hastaların gerekli tüm tetkikler ve Bilgisayarlı Toraks tomografileri çekildi. Laboratuvarlarında bir özellik yoktu. Ayrıca hastalarda tüberküloz düşünülmediği için ARB bakılmadı. Tüm olgulara tümör ön tanısıyla PET-CT çekilmiş malignite düzeyde tutulum mevcuttu. Göğüs hastalıklarınca yapılan inceleme ve tanı girişimlerine rağmen tanısı konulamayan 460 olguya mediastinoskopi yapıldı. Yapılan mediastinoskopi sonuçları tablo 1 de verilmiştir. Bu tablo da dikkati çeken durum tüberküloz ve non- granulamatöz hastalıkların fazla olduğu görülmektedir (Resim 1).

Tablo 1. Mediastinoskopi Yapılan olgularımız.

	n
Mediastinoskopi ile tanı konulan hastalıklar	
Kazeifiye granulamatöz lenf adenit	80
Non-Kazeifiye granulamatöz lenf adenit	61
Nekrotizan granülamatöz lenf adenit	39

Non-nekrotizan granülamatöz lenf adenit	42
Granülamatöz lenf adenit	58
Antrakotik lenf nodları	102
Sarkoidoz	4
Hodgking lenfoma	13
Non-Hodgking lenfoma	1
Büyük hücreli lenfoma	3
Adenokarsinoma	23
Malign epitelyal tümör metastazı	11
Küçük hücreli akciğer Ca	7
Küçük hücreli dışı akciğer kanseri	13
İnvasif duktal karsinom metastazı	3
	460
Kadın\ Erkek (Ocak 2012-Temmuz 2022)	269\192

Tartışma-Sonuç: Akciğer kanseri dünyada en önemli ölüm nedenidir. Tüberkülozun endemik olduğu bölgelerde, tüberkülozun kitle görünümüyle seyrettiği durumlarda kanserle karışabilir (2). Akciğer kanserlerinin ayırıcı tanısında ve yaygınlığının belirlenmesinde kullanılan PET/BT, tüberküloz hastalarında sınırlı kullanıma sahiptir. Çünkü tüberkülozda da artmış tutulum saptanabilmektedir. Bu nedenle PET/BT tüberküloz ve akciğer kanseri ayırıcı tanısında tek başına yardımcı olamamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Mediastinoskopi, Tüberküloz

PS-189 Araç İçi Trafik Kazası Sonrası Gelişen Diyafragma Rüptürü Olgusu

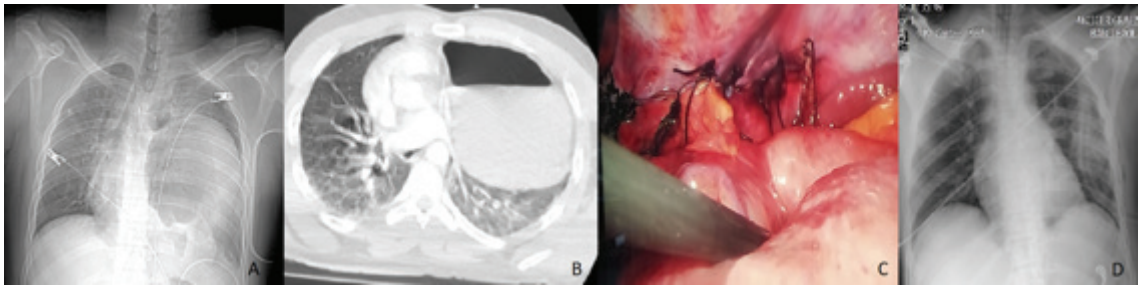
Ömer Topaloğlu[1], Elvan Şentürk Topaloğlu[2], Nurullah Tarhan[3]

[1]Bitlis Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bitlis
[2]Bitlis Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bitlis
[3]Bitlis Devlet Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Bitlis

Giriş-Amaç: Diyafragma rüptürleri ile en sık trafik kazalarına bağlı künt travmalar da karşılaşılmaktadır ve bazen mevcut klinik durumun ağırlığı ve eşlik eden organ yaralanmaları nedeniyle öngörülememesi veya atlanılması mümkün olabilmektedir.

Olgu: 30 yaşında erkek olgu araç içi trafik kazası sonrasında göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikâyetleri ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede oskültasyonda sol hemitoraksta solunum sesleri derinden ve az miktarda duyulabildi. Postero-anterior (PA) akciğer grafisinde sol diyafragma üzerinde parakardiyak alan komşuluğunda yaklaşık 13X12 cm büyüklüğünde düzgün sınırlı yer kaplayan lezyon tespit edildi (Resim 1A). Ön tanılar arasında hemotoraks ve diyafragma rüptürü düşünülen hastaya çekilen toraks bilgisayarlı tomografide sol hemitoraksta mide fundus yapısı ve barsak ansları ile uyumlu görünüm tespit edildi (Resim 1B). Hastaya genel anestezi altında laparoskopik diyafragma onarımı planlandı. Laparoskopi sırasında mide, barsak ansları ve mezenterik yağ dokusunun diyaframada bulunan yaklaşık 8 cm'lik defekten toraksa herniye olduğu gözlendi. Forceps yardımıyla abdominal organlar batına redükte edildi. Diyafragma 0 numara ipekle tek tek atılan süturlarla onarıldı (Resim 1C). Batına iki adet hemovak ve toraksa bir adet toraks dreni yerleştirildi ve hasta entübe yoğun bakıma çıkarıldı. Ertesi gün çekilen PA akciğer grafisinde akciğerler ekspanse görünümdeydi ve hasta ekstübe edildi (Resim 1D). Postop 4. günde drenler sonlandırıldı. Ameliyat sonrası dönemde herhangi bir sorun oluşturmayan olgu yedinci günde taburcu edildi. Olgu 3 aylık takibinde sonunda klinik ve radyolojik olarak asemptomatiktir.

Resim 1A, 1B, 1C ve 1D



Olgunun başvuru anındaki PA akciğer grafisi, toraks bilgisayarlı tomografisi, operasyon sırasındaki onarılmış diyafragma görüntüsü ve postoperatif PA akciğer grafisi

Tartışma-Sonuç: Travmatik diyafragma rüptürleri sık karşılaşılmayan ve teşhisi oldukça zor olan acil durumlardan biridir. Diyafragma rüptüründen şüphelenmek ve buna yönelik araştırma ve tedaviler mortalite ve morbiditeyi ciddi anlamda düşürmektedir. Olgumuzda olduğu gibi PA akciğer grafisindeki şüphe üzerine çekilen toraks BT ile bu gibi olguların değerlendirilmesi daha uygun olmaktadır. Ayrıca akut travmatik diyafragma hernilerinde laparoskopik yaklaşım hem batın içi organların travma açısından değerlendirilmesini sağlar hem de bu yolla diyafragma tamiri kolaylıkla yapılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: AİTK, Diyafragma Rüptürü, Torakoskopi-Laparoskopi, Travma Cerrahisi

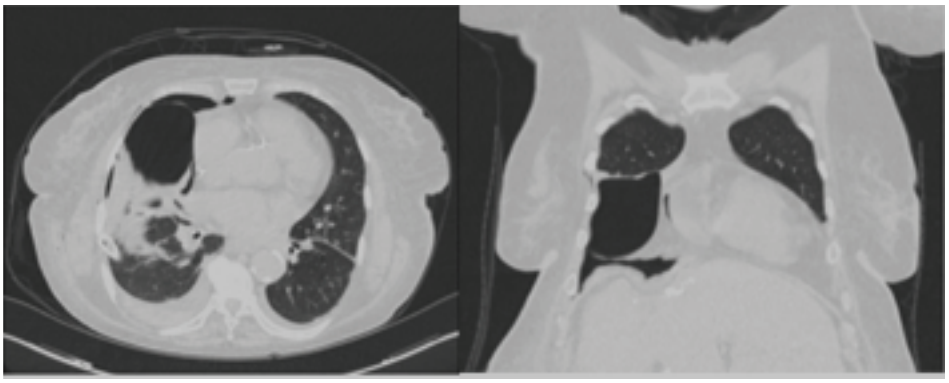
PS-190 Komplike Pulmoner Pnömatosel Yönetimi

Zahid Hajiyev[1], Ömer Faruk Sağlam[1], Melek Ağkoç[1], Burcu Kılıç[1], Ezel Erşen[1], H. Volkan Kara[1]

[1]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Literatürde psödokistler olarak da adlandırılan pulmoner pnömatoseller, akciğer interstisyumunda oluşan hava dolgulu ince duvarlı kistlerdir. "Psödokist" terimi, kist duvarında epitel katının eksikliğini ifade eder. Boyutları 1 cm'den tüm hemitoraksı kaplayacak kadar değişiklik gösterebilir, duvar kalınlığı 4 mm'den azdır. Pnömatosel hava-sıvı seviyeleri içerebilir. Pnömatoseller birkaç etyolojinin kombinasyonunun sonucu olarak oluşabilir. Tüberküloz, Staphylococcus aureus, Streptococcus pneumoniae enfeksiyonu, travma, cerrahi, mekanik ventilasyon, ventilatöre ikincil pozitif basınçlı ventilasyon veya sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP) vb. nedenlerden gelişebilir.

Olgu: Yetmiş yedi yaşında kadın hasta halsizlik, diyare nedeniyle acil polikliniğine başvurmuş. Çekilen kontrastlı abdominal BT'de karaciğer segment 4-8 bileşkesinden posteriora egzofitik uzanan yaklaşık boyutları 141x93x95 mm kist hidatik ile uyumlu kistik lezyon izlenmiş. Genel cerrahi tarafından laparatomi ile karaciğer kist eksizyonu ve. kapitonaj yapıldı. Peroperatif desatürasyon, hava yolu basıncının yükselmesi, oskültasyonla sağda ses alınamaması nedeniyle sağ pnömotoraks şüphesi üzerine sağ tüp torakostomi uygulandı. Minimal drenden hemoraji izlendi. Hastanın hava yolu basıncı drenaj sonrası azaldı. Kontrol postoperatif PA akciğer grafisinde sağ alt zonda diyafram komşuluğunda hava sıvı seviyesi veren kistik görünümde lezyon görüldü. Kontrol amaçlı çekilen toraks BT'de sağ alt lobda yaklaşık 15 mm kalınlığa ulaşan hava kisti izlendi(Şekil 1 ve 2). Bunun üzerine hastaya psödokist ön tanısı ile sağ videotorakoskopik eksplorasyon yapıldı, sağ akciğer alt lob bazalde diyafragmatik yüzde yaklaşık 12 cm boyutunda hemorajik psödokist (pnömotasel) görüldü. Kistik yapı etrafı parankim dokusundan wedge rezeksiyon ile eksize edildi. Postoperatif 11.günde komplikasyonsuz taburcu edildi. Patoloji: Malignite bulgusu ve döşeyici epitel izlenmeyen kistik lezyon. Poliklinik takiplerinde PA akciğer grafisinde akciğerler bilateral ekspanse, effüzyon regrese izlendi.



Şekil 1,2. Toraks BT'de Pnömatosel Görünümü.

Tartışma-Sonuç: Pulmoner hidatik kistler günümüzde genellikle komplike olmadan erken tanı ve tedavi ile komplikasyonsuz yönetilmektedir. Ancak olgumuzdaki gibi eşlik eden karaciğer hidatik kistleri de olma durumunda mekanik ventilasyon ile ilişkili hidatik kist/pnömatosel ayırımı ve süreç yönetimi önem taşımaktadır. Pnömotosel tedavisi komplikasyon olmadığı sürece destek tedavisi ve altta yatan nedene yönelik konservatif tedavi şeklinde yürütülmelidir. Komplikasyon durumunda cerrahi tedavi ön plana çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Psödokist, Göğüs Cerrahisi, Komplikasyon, Pulmoner Hematom, Hidatik Kist

PS-191 Bir Güzellik Uğruna Ne Akciğerler Sönüyor

Armanç Yıldız[1], Ömer Faruk Sağlam[1], Burcu Kılıç[1], Ezel Erşen[1], Hasan Volkan Kara[1]

[1]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Pnömotoraks, plevral boşluğa hava kaçmasıdır. Liposuction ve abdominoplasti gibi daha çok estetik nedenlerle yapılan operasyonlardan sonra gelişebilecek komplikasyonlardan biri de pnömotorakstır. Çok nadir karşılaşılan bir komplikasyon olmasına rağmen operasyon sonrası hastanın solunumsal şikayetleri, göğüs ağrısı, desatüre olması durumunda aklımıza gelmesi gereken bir komplikasyondur. Akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografi ile tanısı konulur. Tedavisinde oksijen tedavisi, solunum fizyoterapisi ve tüp torakostomi uygulanmaktadır. Bu olgu ile tecrübemizi paylaşmak istedik.

Olgu: 20 yaş, kadın, bilinen hastalık öyküsü yok, özgeçmişinde pnömotoraks öyküsü bulunmamaktadır. Son 2 yıl içinde diyet ve egzersiz ile 45kilo zayıflayan hasta karın ve bel bölgesindeki sarkma şikayetiyle Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahisi'ne (PREC) başvurdu. PREC tarafından hastaya 270 derece abdominoplasti ve liposuction planlanarak opere edildi. Post-operasyon 1.gün göğüs ağrısı şikayeti olması üzerine Göğüs Hastalıklarına danışılan hastaya emboli şüphesi ile Perfüzyon Sintigrafisi çekildi. Emboli saptanmayan hastanın sol hemitoraksta pnömotoraks tespit edildi. Tarafımıza danışılan hastaya yatak başında yaptığımız Toraks Ultrasonografi değerlendirmesi sonucunda minimal pnömotoraks görüldü ve oda havasında saturasyonları 96 seviyesinde olan hasta için öncelikle oksijen tedavisi ile takibi önerildi. Günlük akciğer grafisi ile kontrollerimizde ekspansiyonu artan hastanın post-operasyon 3.günde kontrol akciğer grafisinde tam ekspansiyon görüldü. PREC tedavisi tamamlanıp operasyon sonrası 15.Gün taburcu edildi. Kontrolleri sırasında çekilen akciğer grafileri ekspanse görünümdeydi.

Tedavi öncesi akciğer grafisi

Tartışma-Sonuç: Abdominoplasti operasyonu sonrası komplikasyon risk faktörleri arasında kombine prosedürler, yüksek miktarda aspirasyon, yaş ve obezite yer alır. Komplikasyonlar içinde en yaygın olarak aşırı sıvı yüklemesi, lidokain toksisitesi, venöz tromboembolizm, yağ embolileri, cerrahi alan enfeksiyonları, seromalar ve hematomları içerir. Pnömotoraks insidansı son derece düşük olmasına rağmen en çok korkulan komplikasyonlardan biridir. Mentz tarafından 16.000'den fazla hastadan oluşan bir vaka serisinde liposuction sonrası pnömotoraks oranını %0,04 olarak bildirmiştir. Olgu sunumumuzdaki hasta kadın, vücut kitle indeksi 30, abdominoplastiye ek olarak liposuction planlanarak opere edildi. Komplikasyon riskini artıran faktörlerden birkaçına sahipti. Operasyon sonrası nefes darlığı, göğüs ağrısı gibi şikayetlerin olması halinde nadir de karşılaşılsa pnömotoraks ihtimali akılda bulundurulmalıdır. Akciğer grafisi ile tespit ve takibi yapılır. Tedavisinde nazal oksijenle takip, solunum fizyoterapisi, aspirasyon ve tüp torakostomi ile drenaj seçenekleri değerlendirilir.

Anahtar Kelimeler: Abdominoplasti, Liposuction, Pnömotoraks

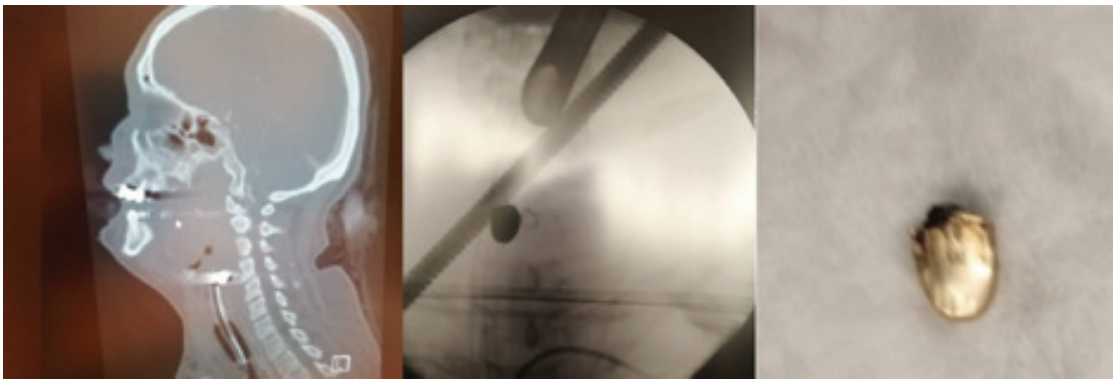
PS-192 Özefagoskopi ile Çıkarılan Ateşli Silah Mermi Çekirdeği

Bayram Metin[1], Mehmet Han Turan[2]

[1]Kayseri Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahi Eğitim Kliniği
[2]Özel Acıbadem Kayseri Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Göğüs travmalarında doğru ve hızlı tanı ve uygun yaklaşım sakatlık ve ölüm riskinin azaltılmasının temelini oluşturur. Toraksın sık yaralanma şekillerinden olan ateşli silah yaralanmalarında nasıl bir tedavi yaklaşımının izleneceğinin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Biz burada gayet riskli bir yerde yerleşim gösteren ve açık cerrahi planlanan bir olguya son anda müdahil olunup akılcı bir yaklaşım göstererek rijit özofagoskopi ile çıkarmış olduğumuz mermi çekirdeği olgusunu sunuyoruz.

Olgu: 41 yaşında kadın hastanın sağ aksiila bölgesinde ateşli silah mermi çekirdeği giriş yeri vardı. Toraks BT görüntülemesinde sağ hemitoraksta hemopnömotoraks ve üst lob içinde kurşun trasesi mevcuttu. Hastaya acil servis şartlarında tüp torakostomi uygulanarak akciğerin ekspansiyonu sağlandı. Kurşunun çıkış deliği vücudda görülmemesi üzerine çekilen Servika BT'de servikal 4. vertebra düzeyinde mermi çekirdeğine ait opasite görüldü. Hasta acilde Beyin Cerrahi ve KBB ile konsulte edilmiş ve açık cerrahi planlanmış. Bunun üzerine biz de cerrahiden önce rijit özofagoskopi ile bir değerlendirme yapma önerisinde bulunduk. Skopi eşliğinde Özofagoskopla girilince özofagus 1. darlığın hemen üzerinde özofagus sol lateralinde mermi çekirdeğinin bir kısmı mukozadaki defektten görüldü. Forseps yardımı ile mermi çekirdeği olduğu yerden komplikasyonsuz bir şekilde çıkarıldı. Özofagusa nazogastrik sonda yerleştirilerek hastanın beslenmesi 5 gün kesilerek antibiyoterapisine ve paranteral beslenmesine başlandı. Beşinci günde yapılan kontrol özofagoskopisi de mukozanın tamamen kapandığı görüldü. Oral rejimine geçildikten sonra problem gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi.



Resim 1. Mermi çekirdeğine ait görüntüler.

Tartışma-Sonuç: Rijit özofagoskopi göğüs cerrahisinde daha çok oral yolla yutulan ve özofagus darlıklarından geçmeyen yabancı cisimleri çıkarmak için kullanılan bir tanı ve tedavi yöntemidir. Olgumuzda olduğu gibi ateşli silah mermi çekirdeği çıkarılmasına literatürde denk gelmek pek olası değildir. Nadir seçilmiş vakalarda ağır bir cerrahi işleme başlamadan önce hastanın iyi bir şekilde değerlendirilerek değişik endoskopik yöntemlerden yararlanmayı tercih etmek bazen ağır cerrahi işlemlere gereksinimi ortadan kaldırabilir. Vakamızda ateşli silah mermi çekirdeğini özofagoskopi ile çıkararak hastayı geniş bir boyun diseksiyonunun komplikasyonlarından korumuş olduk.

Anahtar Kelimeler: Özofagoskopi, Travma, Mermi çekirdeği

PS-193 Göğüs Duvarı Rezeksiyonu ve Rekonstrüksiyonu Yapılan Benign Bir Hastalık: Göğüs Duvarında Nüks Kist Hidatik

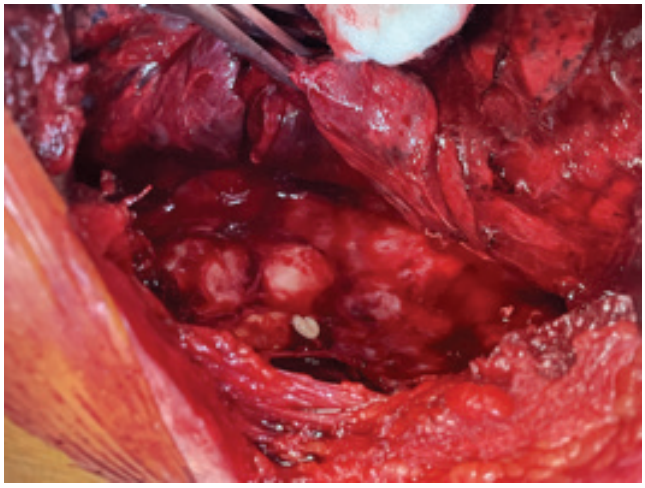
Tuba Acar[1], Soner Gürsoy[1]

[1]Bakırçay Üniversitesi Çiğli Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

Giriş-Amaç: Tüm önleyici tedbirlere rağmen, paraziter bir hastalık olan ekinokokkoz endemik ülke ve bölgelerde hala yaygın bir klinik antitedir. Bilinen lokalizasyon ve klinik tablolara rağmen şaşırtıcı ve kaotik hastalık tablolarına da rastlanmaktadır. Bu tabloların diğerlerinden ayırt edilmesi ve bilinen ve alışılagelmiş tavsiyelerin dışında ele alınması zorunludur. Bu yazıda tanı ve tedavi açısından farklı özellikler gösteren ilginç bir kist hidatik olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 14 yıl önce sağ akciğerde kist hidatik nedeniyle opere olan 29 yaşında erkek hasta sırt ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan tetkikler sonucunda hastanın eski operasyon bölgesinde toraskal vertebralar ile yakın komşulukta, intratorasik, ekstrapulmoner yerleşimli nüks kist hidatik tesbit edildi. Operasyonu planlandı. göğüs duvarı rezkesiyonu uygulandı , defektin çapı 5 cm'den büyük olması nedeni ile göğüs duvarı rekonstrüksiyonu yapıldı. Benign bir hastalıkolan kist hidatik hastalığında cerrahi olarak temiz sınırlar sağlamak amacı ile göğüs duvarı rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu yapılmasının önemli olması nedeni ile olgumuzu sunmak istedik.

Ameliyat görüntüsü



Tartışma-Sonuç: Kist hidatik hastalığında intratorasik ekstrapulmoner lokalizasyon çok nadirdir. İntratorasik ekstrapulmoner kist hidatik tanı ve tedavide bazı zorluklara neden olabilir. Yetersiz ve dikkatsiz cerrahi işlemler hastalığın tekrarlamasına neden olabilir. Olgumuzda kistik lezyonların kostal ve parakostal yerleşimli olması, kotlarda litik lezyonlara ve patolojik kırıklara yol açması nedeniyle göğüs duvarı rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu uygulandı. Ameliyat sırasında kistlerin spontan veya iyatrojenik rüptür veya eksfoliyasyonu sonucu gelişen sekonder enfeksiyonları önlemek için postoperatif dönemde mebendazol veya albendazol grubu antiparaziter tedavi başlanmalıdır. Tedavi kesintisiz olarak uygulanabileceği gibi 28 günlük tedavi 2 hafta aralıklarla verilebilir. Optimal tedavi süresi 3-6 aydır. Yan etki olmadığı sürece tedavi süresi uzatılabilir. (8,9)İntratorasik ekstrapulmoner yerleşimde hastalık saptanır saptanmaz cerrahi tedavi planlanmalı ve bir an önce uygulanmalıdır. Olgumuzda olduğu gibi cerrahi tedavinin geniş rezeksiyonlar ve göğüs duvarı rekonstrüksiyonu gerektirebileceği akılda tutulmalıdır. Lezyonların tamamen temizlenmesi gerekliliği nükslerin önlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İntratorasik Ekstrapulmoner Kist Hidatik, Atipik Yerleşimli Kist Hidatik, Nüks Kist Hidatik

PS-194 Anterior Mediasten Yerleşimli Teratokarsinomda Salvage Cerrahi

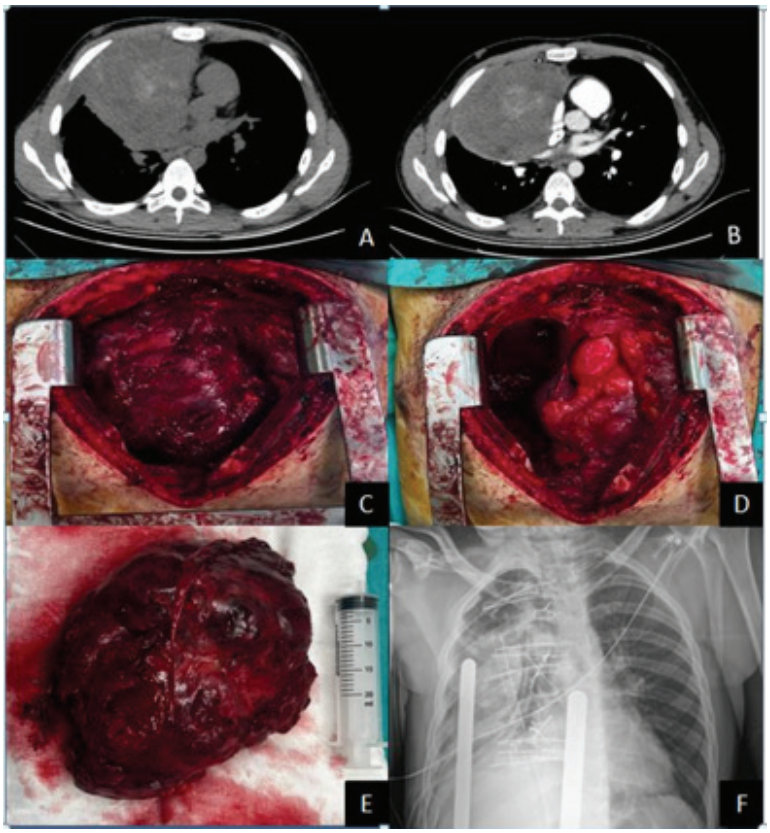
Levent Cansever[1], Melek Erk[1], Yunus Seyrek[1], Ali Murat Akçıl[1], Cemal Aker[1], Mehmet Ali Bedirhan[1]

[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Testis ya da over kaynaklı primer tümör olmaksızın ortaya çıkan germ hücreli tümörler (GHT) ekstragonadal germ hücreli tümörler olarak adlandırılırlar. Bu tümörler tipik olarak orta hat yerleşimlidirler ve erişkinlerde en sık anterior mediastinal yerleşimli izlenir. Ekstragonadal germ hücreli tümörlerde tipik olarak beta-hcg, alfa fetoprotein, laktat dehidrogenaz artışı vardır. Bu yazıda trucut ile matür teratom tanısı alan, germ hücreli tümör markerları yüksek hastanın kemoterapi sonrası rezeksiyon ile mikst germ hücreli tümör tanısı alması sunulacaktır.

Olgu: 21 yaşında erkek hasta. Bir aydır devam eden nefes darlığı nedenli başvurdu. Hastanın toraks BT'sinde anterior mediastende 12cm mass saptandı. Yapılan trucut biyopsisi matür/immatür teratom olarak yorumlandı. Alınan germ hücreli tümör markerlarında AFP:9076 Beta-HCG: 222 LDH:377 sonuçlanan hastada ekstragonadal germ hücreli tümör düşünüldü. Hastanın testis muayenesi normaldi. Onkoloji konseyinde kemoterapi kararı alındı. Hastaya uygulanan kemoterapiye rağmen tümör boyutunda regresyon olmaması ve vena cava superior sendromu gelişmesi nedeniyle cerrahi rezeksiyon kararı alındı. Hastaya sternotomi ile anterior mediasten kitle eksizyonu yapıldı. Nihai patoloji sonucu mikst germ hücreli tümör yani teratokarsinom (teratom+yolk sac tümör) olarak yorumlandı. Tümör eksizyonu sonrası AFP, Beta-HCG ve LDH seviyesinin normal olduğu görüldü. Cerrahi sınır negatif gelen hasta onkoloji konseyinde görüşülerek takibe alındı.

Operasyon Öncesi Toraks BT ve Rezeksiyon Görüntüleri



A: Kemoterapi Öncesi Toraks Bt B: Kemoterapi Sonrası Toraks Bt C: Perop Kitle D: Eksizyon Sonrası E: Eksize Edilen Kitle F: Postop Erken Dönem Pa

Tartışma-Sonuç: Ekstragonadal germ hücreli tümörler tipik olarak orta hat yerleşimlidirler ve erişkinlerde en sık anterior mediastinal yerleşimli izlenir. Anterior mediasten kitle saptanması halinde preoperatif tetkiklerde germ hücreli tümör markerlarının istenmesi gerekmektedir. Bu hastaların tanı ve tedavi planlamasında göğüs cerrahisi, üroloji ve onkoloji tarafından konsey kararları hastanın tedavisinde etkin olarak rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Germ Hücreli Tümör, Onkoloji, Teratom, Yolk Sac Tümör, Toraks Cerrahisi

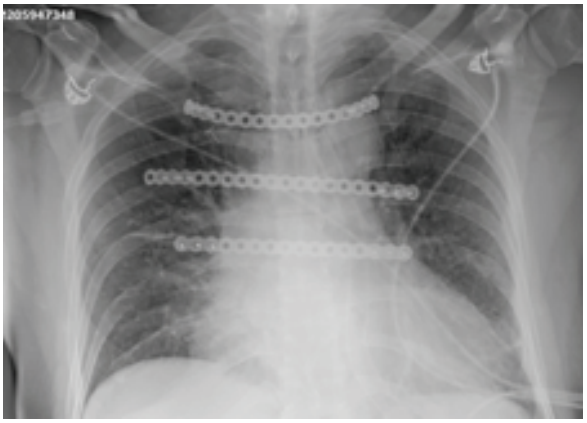
PS-195 Nadir Bir Olgu Sunumu: Soliter Sternum Metastazı Saptanan Hastada Parsiyel Sternum Rezeksiyonu ve Rekonstrüksiyonu

Serkan Bayram[1], Pelin Erdizci[1], Serda Kanbur Metin[1], Sena Yıldız[1], Abidin Levent Alpay[1], Selami Volkan Baysungur[1]

[1]SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

Giriş-Amaç: Sternumun malign tümörleri nadir görülür ve metastatik tümerleri primer tümörlerinden daha sıktır. Cerrahiyle total eksizyon ve rekonstrüksiyon uygulanan metastazlarda sağ kalımın arttığı gösterilmiştir. Bu olgu sunumunda, soliter sternum metastazı saptanan hastada parsiyel sternum rezeksiyonu, titanyum bar ve Politetrafloroetilen (PTFE) meş ile rekonstrüksiyon uygulaması ve komplikasyon yönetimi sunulmaktadır.

Olgu: Göğsünde şişlik şikayetiyle başvuran, 14 yıl önce opere kolon kanseri, 60 yaş erkek hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sternum poksimal kesimi destrükte eden kitle görülmesi üzerine PET-BT (pozitron emisyon tomografi- bilgisayarlı tomografi) çekildi. Kitlenin SUVmax (maximum standardized uptake value) değeri 7.89 ölçüldü. Tru-cut biyopsi sonucu karsinom infiltrasyonu bildirilen hastaya parsiyel sternum rezeksiyonu planlandı. Genel anestezi altında supin pozisyonda median insizyon ile üçüncü interkostal aralığa kadar cilt-cilt altı geçilerek sternuma ulaşıldı. Bilateral ikinci ve üçüncü kotlar sternumdan serbestlendi, sternum transvers eksende lebsche ile kesildi ve künt disseksiyonla mediastenden ayrıldı. Bilateral internal mammarian arterler bağlandı kesildi. Birinci kot ve klavikula, kostoklavikular eklem korunarak, sternumdan ayrıldı. Üç adet titanyum bar klavikula, ikinci ve üçüncü kotlara vidalarla sabitlendi. 28F dren mediastene yerleştirildi. PTFE meş ile göğüs ön duvarı desteklendi. Kaslar, cilt altı ve cilt anatomik planda dikildi. Hasta yoğun bakım ünitesine alındı. (Resim 1) Postoperatif birinci gün servise alındı, ikinci günde dren sonlandırıldı ve altıncı günde taburcu edildi. Patoloji sonucu müsinöz adenokarsinom olan hastanın primer odağının kolon olmadığı, prostat olabileceği ancak belirlenemediği öğrenildi. Tıbbi onkolojiye yönlendirildi. Bir hafta sonra kontrol muayenesinde yara yerinde şişlik görüldüğünden toraks BT çekildi. İnsizyon altında sıvı kolleksiyonu görülmesi üzerine interne edildi. İnsizyonda açıklık sağlanarak sıvı drene edilip rutin pansumanlarla takip edildi. Cerrahi revizyon gerekmedi. Yara kültüründe üreme olmadı. Yatışının 14. gününde taburcu edildi.



Resim 1. Postoperatif paag

Tartışma-Sonuç: Göğüs duvarının malign tümörlerinin rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonunda en önemli nokta, cerrahi sınırların negatif olması ve göğüs stabilitesinin en iyi şekilde sağlanmasıdır. Titanyum bar ile PTFE meş kolay kullanımı, göğüs duvarı stabilizasyonu, düşük mortalite ve morbiditesi ile güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Sternum, Metastaz, Adenokarsinom, Rekonstrüksiyon, Titanyum Bar

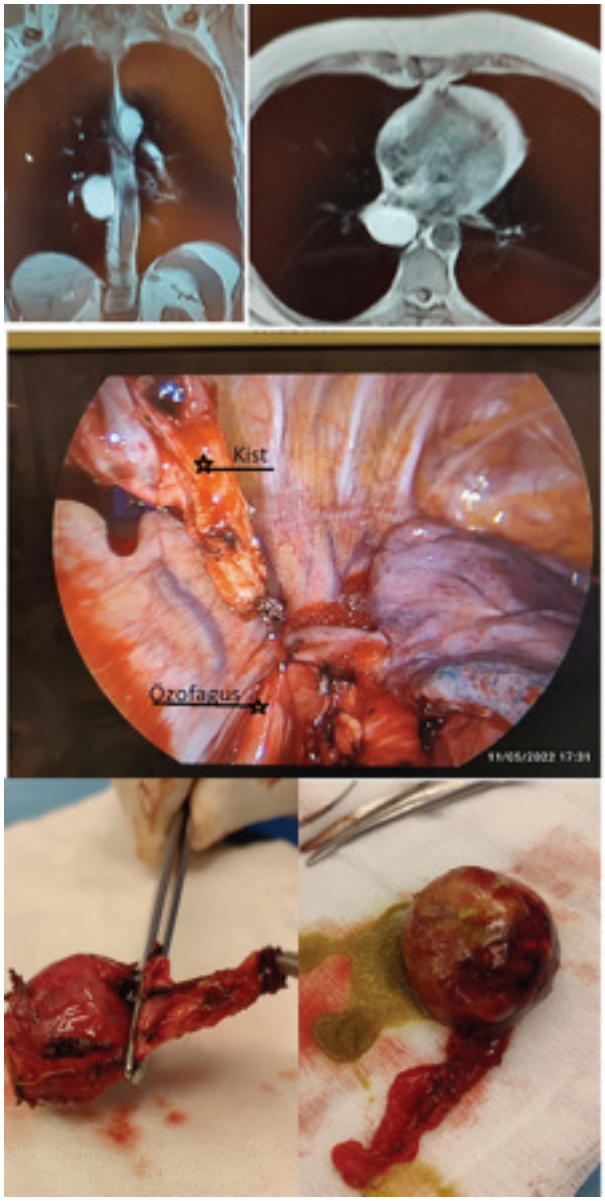
PS-196 Kökünü Özofagus Duvarından Alan ve Özofagial Duplikasyon Kisti Zannedilen Bronkojenik Kist Olgusu

Bayram Metin[1], Mehmet Han Turan[2]

[1]Kayseri Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Eğitim Kliniği
[2]Özel Acıbadem Kayseri Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Bronkojenik kistler, bronkopulmoner foregutun anormal dallanması ile oluşan konjenital malformasyonlardır. İçerisi solunum epiteli ile döşelidir ve mukus bezleri, kartilaj, düz kas ve elastik doku içerir. Çoğunlukla mediastende, trakea ve/veya özofagus komşuluğunda ve akciğer parankiminde yerleşiktirler. Beniğn karakterde lezyon olmalarına rağmen yerleşim yerine ve boyutuna göre öksürük, göğüs ağrısı, disfaji ve solunum sıkıntısı gibi semptomlara neden olabileceği gibi asemptomatikte olabilirler. Özofagus ile yapısal bağ kuran ve bu nedenle Özofagial Bronkojenik kist olarak tanımlanan bronkojenik kist türleri literatürde oldukça nadir bildirilmiştir. Biz burada para-özofagial yerleşim gösteren ve sapıyla özofagus duvarına bağlı olan, cerrahi esnasında özofagus duplikasyon kisti zannedilen fakat patoloji sonucu Bronkojenik kist gelen olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: 52 Yaşında erkek hasta insidental olarak tespit edilen arka medasten yerleşimli kisti nedeni ile kliniğimize geldi. Yapılan incelemerde paraözofagial yerleşimli kistik lezyonu MR ile demostre edildi. Preop hazırlıkları tamamlandıktan sonra lezyon uniportal VATS yaklaşımı ile çıkarıldı. Ameliyat esnasında lezyonun sap kısmının özofagus duvarından kaynaklandığı gözlemlendi ve özofagial dupliasyon kisti olarak yorumlandı. Patoloji sonucu bronkojenik kist olarak gelmesi üzerine bu kistin perop bulguları da göz önüne alınarak Özofagial bronkojenik kist olduğu kanaatına varıldı.



Resim 1. Olgunun radyolojik ve operasyonel görüntüleri.

Tartışma-Sonuç: Özofagial Bronkojenik kistler literatürde az karşılaşılan konjenital kistlerdir. Uniportal video yardımlı torakoskopik yaklaşımı bu tür kistlerin çıkarılmasında elektif bir yöntemdir. Nadir karşılaşılan bir antite olması nedeni ile olgumuzu sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Özofagus, Bronkojenik Kist, Özofagial Bronkojenik Kist, VATS

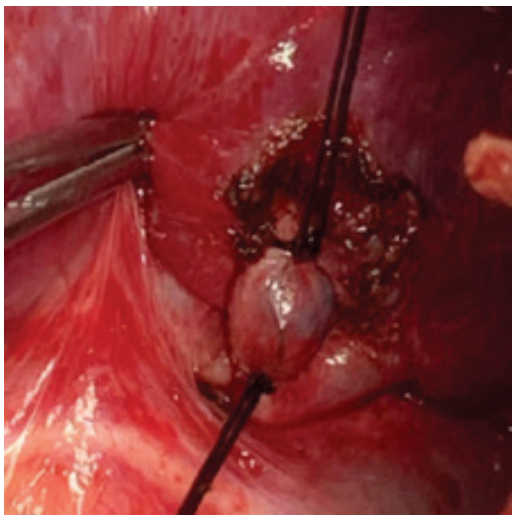
PS-199 Pulmoner Emboli Oluşturan Migratuar Mermi Çekirdeği

Ersin Sapmaz[1], Hasan Çaylak[1], Hakan Işık[1], Hidayet Zekerriyyeyev[1], Elif İlhan Sezer[1]

[1]Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

Giriş-Amaç: Mermi embolisi, ateşli silah yaralanmaları sonrası nadir görülen bir antitedir. Penetran vasküler travmanın nadir fakat ciddi bir komplikasyonu olan migratuar mermi ve buna bağlı oluşan mermi embolisi, travmaya müdahale eden hekim için benzersiz bir klinik zorluk teşkil eder. Mermilerin yer değiştirmesi enfeksiyon, tromboz, iskemi, kanama ve ölüme yol açabilir. Biz burada sol boyun kökünden ateşli silah yaralanması sonrası sağ pulmoner arterin üst lob dallarından birinde emboli oluşturan migratuar mermi vakası sunmayı amaçladık.

Olgu: On yaşında kadın hasta. Kazara başka bir silahtan çıkan merminin sol boyun kökünden girmesi sonrası hastaya beyin, boyun ve toraks BT çekilmiş. Hastanın sol boyun kökü yerleşimli yabancı cisim Resim-1'de görülmektedir. Sonrasında boyun kökünde yabancı cisim bulunamayan hastanın yara yeri kapatıldıktan sonra takiplerinde aynı yabancı cismin bu sefer sol hemitoraksta yerleştiği gözlenmiş (Resim-2). Hastaya aynı gün sol torakotomi uygulanmış fakat yabancı cisim bulunamamış. Takip eden günlerde aynı yabancı cisim bu sefer sağ hemitoraksta izlenmiş (Resim-3). Hastaya pulmoner BT anjiyografi çekilmiş fakat hastanın cerrahiyi kabul etmemesi sonrası merkezden ayrılmış. Yaklaşık 3 aylık bir süre sonunda yabancı cismin çıkarılması isteği ile merkezimize müracaat eden hastanın yapılan tetkiklerinde yabancı cismin bu sürede aynı yerde kaldığı izlenmiş olup, sağ VATS ile eksplorasyon uygulanan hastanın yabancı cismi hiler diseksiyon sonrası sağ pulmoner arterin üst lobuna giden dalında tespit edildi. Yabancı cismin bulunduğu odak VATS ile müdahale etmeye izin vermeyince hastaya sağ kas koruyucu torakotomi uygulanarak emboli oluşturduğu pulmoner arter dalı bağlanarak yabancı cisim çıkarıldı (Resim-4). Takiplerinde sıkıntı olmayan hasta taburcu edildi.



İntravasküler yabancı cisim

Tartışma-Sonuç: Yer değiştiren yabancı cisimler görüldüğünde intravasküler yabancı cisimlerden şüphelenilmeli ve cerrahi yaklaşım detaylı inceleme sonucunda yapılmalıdır. Semptomatik pulmoner mermi embolileri, mümkün olduğunda endovasküler çıkarılmalı veya operatif tedavi ile tedavi edilmelidir. Asemptomatik intravasküler mermi embolileri bazı yazarlarında belirttiği gibi konservatif olarak tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Arter Embolisi, Mermi Embolisi, İntravasküler Yabancı Cisim, Torakotomi, Migratuar Yabancı Cisim

PS-200 Nadir Görülen Konjenital Diyafram Gelişim Kusuru: Kesesiz Bochdalek Hernisi

Başak Görüşün[1], Ahmet Sami Bayram[1], Elchin Suleymanov[1], Kazım Şenol[1], Ali Vuslat Özen[1], Tolga Evrim Sevinç[1], Hüseyin Melek[1], Cengiz Gebitekin[1]

[1]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Bochdalek hernileri diyafragma posteriorunda konjenital dönemde kapanma defekti sonucu gelişen, oldukça nadir vakalardır. Genellikle asemptomiktir ya da tesadüfen tanı alırlar. Bu olguda tarafımızca bochdalek herni tanısı almış ve herni onarımı yapılmış hastamızı sunmaktayız.

Olgu: On sekiz yaşında erkek hasta, öncesinde elektif olarak cerrahi planı olan fakat operasyon planından iki gün önce başlayan ve giderek şiddetlenen karın ağrısı ve bulantı şikayeti ile acil servise başvuru yapmış olup çekilen akciğer grafisinde diyafragma yükselmesi ve herniye olmuş gazla dolu kolon görünümü izlendi. Torakoabdominal tomografilerde strangüle olmuş kolon ve herni görünümü doğrulandı. Strangulasyon saptanması üzerine acil olarak herni onarımı için ameliyathaneye alındı. Videotorakoskopi ile eksplorasyonda strangüle olmuş kolon ve dalağın diyafragma posteriorundan herniye olduğu ve bununla beraber herninin daha ilginç olarak çok az rastlanan kesesiz bochdalek hernisi olduğu görüldü. Dalak ve herniye olmuş kolon abdomene itilerek yerleştirilip primer sütürasyon ile diyafragma onarımı yapıldı. Hastanın postoperatif dönemi komplikasyonsuz izlendi ve 6. günde taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç: Bu vakada üzerinde durulması gereken esas nokta konjenital diyafragma hernilerinin nadir görülmesine rağmen acil cerrahi tedavi gerektirebilen önemli vakalar olduğudur.

Anahtar Kelimeler: Bochdalek Herni, Strangüle Herni, Diyafragma Onarımı

PS-201 Akciğer Rezeksiyonunda Bronş Güdüğündeki Yabancı Cisim

Sema Tuzcu[1], Kuthan Kavaklı[1], Ersin Sapmaz[1], Hasan Çaylak[1], Gamze Tanrıkulu[1], Alper Gözübüyük[1], Ufuk Ünsal[1]

[1]Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Hastanın güvenliği ve medikal hataların azaltılması için ekiplerin daha dikkatli ve koordine çalışması modern sağlık sisteminin önceliği haline gelmiştir. Cerrahi alandaki yabancı cisimlerin yol açabileceği komplikasyonlar, cerrahi süreçte görev alam tüm sağlık personelinin dikkati ve koordinasyonu ile tamamen önlenebilmektedir. Literatürde bu konu ile ilgili yayınlar oldukça sınırlıdır. Bu çalışmamızda akciğer rezeksiyonu esnasında bronş güdüğünde kalan yabancı cisim olgusunun intraoperatif yönetimini sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş iki yaşında erkek hasta. Kuru öksürük şikayeti nedeniyle çekilen toraks tomografisinde sağ akciğer üst lob bronşunu tama yakın oblitere eden, 7,2x5,5 cm boyutlarında düzensiz sınırlı santral kitle lezyonu tespit edilmiş. Bronkoskopik iğne biyopsisi yassı epitel hücreli akciğer kanseri olarak olarak rapor edilen hasta operasyon için kliniğimize yatırıldı. Evreleme tetkikleri sonrası rezektabl akciğer kanseri olarak değerlendirilen hastaya sağ pnömonektomi kararı verildi. Torakotomi sonrası akciğerin yeterince sönmediği gözlenerek anestezi ekibinden havayı aspire etmesi talep edildi. Sağ ana bronşa stapler yerleştirilmesi esnasında Carlens tüpünün sağ ana bronşta olup olmadığı anestezi ekibinden teyid edilerek usulüne uygun olarak sağ pnömonektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Hastanın kapatılması aşamasında güdük hattında 2-3 mm lik alanda normal dokudan farklı renkte öncelikle rezüdü tümör olarak düşünülen lezyon fark edildi. Penset ile yapılan muayenede oldukça sert özellikte olması nedeniyle yabancı cisim olabileceği değerlendirildi. Anaestezi ekibine solunum yollarında herhangi bir kateterlerinin olup olmadığı tekrar teyid edildiğinde aspirasyon kanülünün olduğu ve geri çekemedikleri ifade edildi. Parsiyel olarak bronş güdüğü açıldı ve kanül serbesleştirilerek anaestezi ekibi tarafından geri çekildi. Açılan güdük kısmı manüel olarak kapatıldı ve mediastinal yağlı doku ile desteklendi. Hastanın takiplerinde herhangi bir komplikasyon tespit edilmedi.

Tartışma-Sonuç: Ameliyat sırasında unutulan yabancı cisimler erken ve geç dönemlerde hayatı tehdit eden komplikasyonlara neden olabilir. Bu nedenle tıbbi hataların ve risk faktörlerinin tanımlanması, hataları azaltacağı gibi operasyon güvenliğini arttıracaktır. Toraks cerrahisinde anestezi ve cerrahi ekibinin sıkı koordinasyonu bu tıbbi hatanın önlenebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Komplikasyon, Koordinasyon, Güvenlik, Yabancı Cisim, Cerrahi Alan

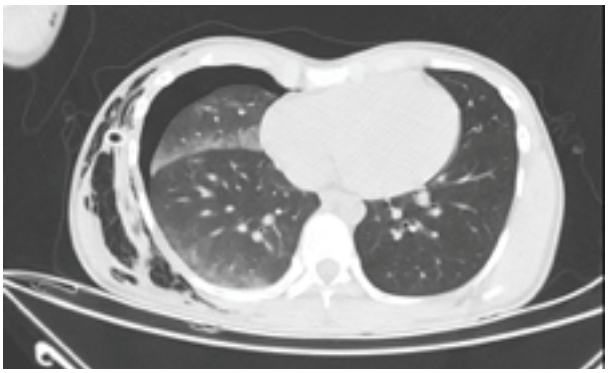
PS-202 Primer Spontan Pnömotoraks ve Pektus Ekskavatum Tanılı Hastaya Aynı Seansta VATS Wedge Rezeksiyon ve Nuss Prosedürü Uygulanması

Pelin Erdizci[1], Serkan Bayram[1], Sena Yıldız[1], Rıza Serdar Evman[1], Serda Kanbur Metin[1], Selami Volkan Baysungur[1]

[1]SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

Giriş-Amaç: Primer spontan pnömotoraks (PSP) altta yatan bir akciğer hastalığı veya travma olmaksızın meydana gelen, plevra yaprakları arasında hava bulunması durumudur. Tipik olarak hastaların çoğu astenik tip genç erkeklerdir. Nüks, uzamış hava kaçağı, mesleki endikasyon söz konusu olduğunda VATS (video assisted thoracoscopic surgery) ile wedge rezeksiyon en sık kullanılan cerrahi yöntemdir. Pektus ekskavatum(PE), göğüs ön duvarının içe çöküklüğü olup konjenital göğüs duvarı deformitelerinin %90'ını oluşturur. 300-400 canlı doğumda bir görülmekle birlikte erkeklerde daha sıktır. Özellikle adolesan dönemde deformite belirginleşir. Günümüzde PE ameliyatlarında en sık kullanılan yöntem Nuss prosedürüdür. Sunduğumuz bu olguda, eş zamanlı PSP ve pektus ekskavatum tanısı koyduğumuz genç erkek hastamıza uyguladığımız tedavinin örnek teşkil etmesini, gelecekte kullanılacak yöntemlere ışık tutmasını amaçlıyoruz.

Olgu: Güğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetleriyle acil servise başvuran 15 yaşında erkek hastaya, çekilen akciğer grafisinde sağ PSP tespit edilmesi üzerine, tüp torakostomi uygulandı. Muayenede pektus ekskavatum olduğu görüldü. Yatışının yedinci gününde uzamış hava kaçağı nedeniyle VATS planlandı (Resim 1). Hastanın onayıyla aynı seansta sağ VATS wedge + parsiyel plörektomi + NUSS prosedürü uygulandı. Genel anestezi altında supin pozisyonda sağ midaksiller hat 5. İnterkostal aralıktaki dren deliğinden kamera ile toraksa girildi. Sağ üçüncü interkostal aralıktan utility insizyon açıldı. Üst lob apeksinde ve alt lob superior segmentte görülen büllöz alanlara endostapler kullanılarak wedge rezeksiyon yapıldı. Parsiyel plörektomi yapıldı. Ardından cross bar yerleştirilmesi planlanarak sağ 6., sol 3. ve sol 6. İnterkostal aralıklara cilt - cilt altı insizyonlar açıldı. 300 mm iki adet bar cross yerleştirildi. Postoperatif 3. günde dren sonlandırıldı ve hasta taburcu edildi.



Resim 1. Preoperatif çekilen toraks BT kesitinde pnömotoraks, pektus ekskavatum ve subkutan amfizem görülmektedir.

Tartışma-Sonuç: PSP görülen hastaların da pektus ekskavatum görülen hastaların da çoğunluğu adolesan dönemdeki erkek hastalardır. İki hastalığın eş zamanlı tanı alması olasıdır ve olgumuzda görüldüğü gibi supin pozisyonda VATS wedge rezeksiyon ve NUSS prosedürü uygulanarak tek seansta tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler: VATS, Nuss, Pnömotoraks, Pektus Ekskavatum

PS-203 Dev Komplike Mediastinal Mass ve Tanı Stratejisi

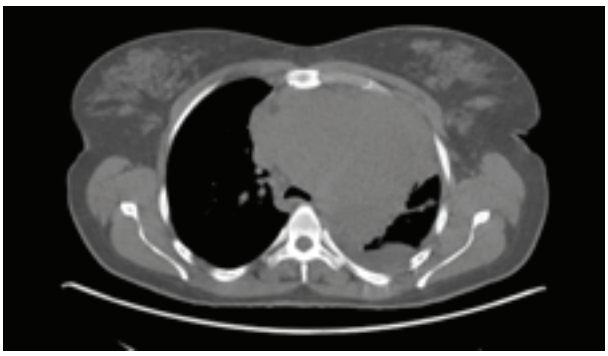
Dilara Candan[1], Ömer Faruk Demir[1], Murat Şahin[1], Çiğdem Gonca[1], Serdar Acemoğlu[1], Ali İhsan Yaylacı[1], Nesrin Gürçay[2]

[1]Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Göğüs Cerrahisi Kliniği
[2]Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Hodgkin hastalığı, lenfoid dokudan köken alan, histopatolojik olarak tipik Reed-Stenberg hücreleriyle karakterize lenfoproliferatif bir hastalıktır. Hodgkin lenfoma hastalarında, kesin tanı kritiktir ve patolojik değerlendirme için en az 1cm^3 doku gerekir. Biz de kliniğimizde komplike dev mediastinal kitle ile seyreden, perikardial ve plevral efüzyonu, kardiyak vasküler kompresyonu olan ve nihai olarak Hodgkin lenfoma tanısı alan hastamıza diagnostik yaklaşım stratejimizi paylaşmayı hedefledik.

Olgu: 44 yaşında kadın hasta son 3 ayda kilo kaybı ve artan nefes darlığı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın çekilen Toraks CT'sinde anterior mediastende dev bir kitlesi aynı zamanda perikardial ve sol plevral efüzyonu olduğu görüldü. Hastaya öncelikle torasentez ile sıvı teyit edilerek sol tüp torakostomi uygulandı. Solunum sıkıntısı düzelen hastaya diagnoz maksatlı en uygun giriş noktasını tespit etmek için PET-CT istendi. Pet-ct sonucunda ön mediasteni dolduran14x12 cm (SUVmax:20.15) olan kitle saptandı. Temel klinik olası tanıları lenfoma- timoma düşünülen, ana vasküler yapılara basısı olan hastanın acil tanı ihtiyacı olduğu için hastaya sol 2. Kot hizasından Chamberlain prosedürü uygulandı. Hastanın postop 6.gününde patoloji sonucunda ön mediasten kitleden biyopsi materyalinin Hodgkin Lenfoma ile uyumlu olduğu raporlandı. Hasta patoloji sonucunun ardından ivedilikle hemotoloji veonkoloji birimini ile konsülte edilerek mediakal tedavi maksatlı devir edildi.

PET-CT



Mediastinal mass ve solda plevral efüzyonun görüldüğü PET-CT görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Mediastinal kitlesi olan olgularda kesin tanı ancak elde edilen materyalin histopatalojik incelemesi ile konulabilir. Genel mediastinal mass yaklaşımında operabl olmayan hastalarda doku biyopsisi tavsiye edilir. Ancak hastamız gibi özellikle timoma- lenfoma arasında kalınan hastalar için öncelikle elde edilecek tanısal doku örneklemesinin 1 cm3 üzerinde olması gerekir. Transtorasik ince iğne veya kesici iğne biyopsileri ile bu olgularda tanı için yeterli materyal elde edilemeyebilir. Ayrıca bu yetersiz materyal yanlış tanılara neden olabilir. Bu nedenle gerek kesin tanının konması gerekse yanlış tanıların önlenebilmesi için, özellikle hastamız gibi dev mediastinal kitlesi olup, sıkışık-toksik tabloda başvuran ve zaman kaybının aleyhinde hızla ilerlediği hastalarda, hastaya özellikle kardio-pulmoner yükü az olan cerrahi prosedürleri seçmek uygun olacaktır. Chamberlain prosedürünün bu tür hastalar için en uygun tanı yöntemlerinden biri olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Chamberlain Prosedürü, Hodgkin Lenfoma, Mediastinal Mass

PS-204 Pnömonektomi Sonrası Tekrarlayan Bronkoplevral Fistülün Cerrahi Yönetimi

Doğa Şentürk[1], Kuthan Kavaklı[1], Ersin Sapmaz[1], Aghbaba Ahmadov[1], Fatma Bağrıaçık[1], Hasan Çaylak[1]

[1]Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Trakeobronşial ağacın intraplevral aralık ile patolojik bağlantısı olarak tanımlanan bronkoplevral fistül (BPF), akciğer rezeksiyonlarından sonra gelişebilecek en kötü ve mortal seyredebilen komplikasyonlardan biridir. Pnömonektomi sonrası görülme sıklığı %1,5-%4,5 arasında bildirilmekte olup %18-%50'lere varan mortalite oranlarına sahiptir. Bu nedenle hasta yönetimi ve uygun cerrahi hayati önem taşımaktadır. Bu çalışmada cerrahi tedaviye rağmen nüks eden BPF olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Altmış altı yaşında erkek hasta. Sağ akciğer santral yerleşimli primer akciğer kanseri (yassı epitel hücreli karsinom) nedeniyle radyoterapi tedavisi almakta olan hasta hemoptizi şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Girişimsel radyoloji tarafından sağ pulmoner arterin orta lob segment dalında psödoanevrizma olduğu tespit edilerek transtorasik humantrombin enjeksiyonu ile hemoptizi kontrol altına alındı. Ancak 3 ay sonra hasta masif hemoptizi şikayeti ile tekrar müracaat etti. Hastaya acil şartlarda sağ torakotomi ile pnömonektomi ameliyatı uygulandı (kurtarma cerrahisi). Cerrahiden 2 hafta sonra BPF tespit edilen hastaya sağ retorakotomi ile omental flep kullanılarak BPF onarımı uygulandı. Bu işlemden 2 ay sonra nefes darlığı şikayeti ile müracaat eden hasta ampiyem ve BPF tanısıyla tekrar yatırıldı. Ampiyem drenajı ve medikal tedavi ile genel durumu düzelen hastaya median sternotomi ile transsternal transperikardial karinal rezeksiyon ve trakeobronşial (trakea-sol ana bronş) uç-uca anastomoz uygulandı. Hasta son 1 yıldır hastalıksız takip edilmektedir.

Pnömonektomi Sonrası Bronkoplevral Fistül

Hastada İkinci Kez Bronkoplevral Fistül Gelişmesi Sonrası Ampiyem Drenajı Esnasında Çekilen Toraks BT Görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Özellikle pnömonektomi olmak üzere akciğer rezeksiyonları sonrası gelişen BPF ciddi morbidite ve mortalite ile seyredebilmektedir. Bu hayati komplikasyonun yönetiminde standart bir tedavi yöntemi bulunmamakla birlikte bronkoskopik girişimlerden stent uygulamalarına, omental flep gibi destekleyici dokular kullanılarak primer tamirden transsternal karinal rezeksiyonlara kadar değişim gösterebilmektedir. Her hastaya özgü en uygun yaklaşımın belirlenmesi hayati önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bronkoplevral Fistül, Pnömonektomi, Cerrahi Komplikasyonlar, Ampiyem, Hemoptizi

PS-205 İntratorasik Yabancı Cisimin Uyanık VATS ile Çıkarılması

Ayten Güner Akbıyık[1], Mahmoud Koulou[1], Ahmed Yossouf[1], Mariam Arafa[1], Temmuz Baran Şencan[1], Tahir Şevval Eren[1]

[1]İstanbul Medeniyet Üniversitesi Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Plevral efüzyonun oluşumunda çok sayıda etyolojik faktör yer alır. Sık görülen benign nedenler arasında kronik böbrek yetmezliği sayılabilir. Bu hastalarda medikal tedaviye rağmen gerilemeyen ve solunum paternini bozan klinik durumlarda plevral kateter yardımıyla boşaltıcı torasentez uygulanabilir. Bu amaçla yaygın olarak plöreken, pig tail, kalıcı plevral kateter veya tüp torakostomi kullanılır. Çok sık ve kolaylıkla uygulanan bir yöntem olmakla birlikte plevral kateterin koparak toraks içinde kalması gibi komplikasyonlar da meydana gelebilir.

Olgu: Olgumuz nefroloji kliniğinde yatan hipertansiyon, diyabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği tanısı olan 3/7 diyaliz programına alınan 77 yaşında erkek hastadır. Takip ve tedavisi sırasında solunum sıkıntısı gelişen hastaya yapılan görüntüleme tetkiklerinde sağda massif plevral efüzyon saptanması üzerine tarafımıza konsülte edildi. Hastanın sağ hemitoraksına plevral kater takıldı. Toplamda 4000 cc transuda vasfında plevral mayi aspire edildi. Plevral kateter sonlandırılırken kateterin bir parçası koparak toraks içinde kaldı. Hastaya ameliyathanede sedoanaljezi ile uyanık video yardımlı torakoskopik cerrahi (awake VATS) uygulandı.

Resim 2. Sağ hemitoraksta kopan plevral kateter.

Tartışma-Sonuç: Yedinci interkostal aralıktan yaklaşık 2 cm lik insizyonla VATS yapıldı. Fissürde sıkışıp kalmış olan kateter parçası başarılı bir şekilde çıkarıldı. Operasyon süresi 15 dakika olarak saptandı. Toraks içi yapancı cisimler uyanık VATS uygulaması ile kolay ve güvenilir bir şekilde çıkarılabilir. Benzer bir komplikasyonla karşılaşıldığında uyanık VATS uygulamasının güvenle yapılabileceği yönünde fikir vermek amacıyla poster hazırlayarak meslektaşlarımızla paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Awake, Toraks Yabancı Cicim, Uyanık VATS

PS-206 Situs İnversus Totalisli İntralober Pulmoner Sekestrasyon Olgusunda Uniportal VATS Lobektomi

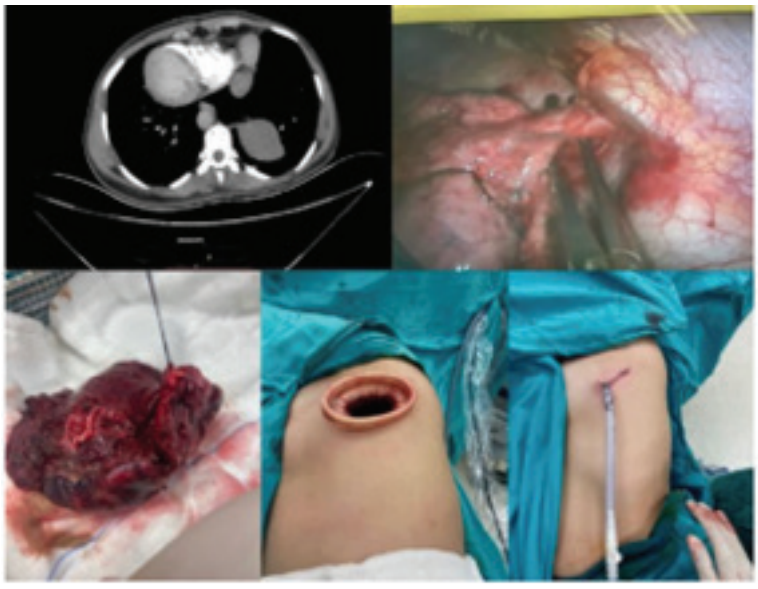
Didem Zirek[1], Mustafa Vedat Doğru[1], Özgür İşgörücü[1], Deniz Sansar[1], Aysun Ölçmen[1]

[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner sekestrasyon, nadir görülen akciğerin konjenital bir malformasyonudur. Trakeobronşiyal ağaçla ilişkisi olmayan, kanlanmasını sistemik arterlerden sağlayan nonfonksiyone akciğer dokusu ile karakterizedir. Bu olgumuzda çok nadir görülen, insidental olarak Situs İnversus Totalis, azigos lobu ve sol alt lobda intralober pulmoner sekestrasyon tanılarının birlikte konulduğu 40 yaş kadın hastamızda gerçekleştirdiğimiz Uniportal VATS sol alt lobektomi vakasını sunmak istedik. Pulmoner sekestrasyonla birlikte situs inversus totalis ve azygoslob birlikteliği çok nadir görülmesi sebebiyle literatüre katkıda bulunacağı düşüncesindeyiz.

Olgu: Kırk yaş kadın hasta, düşme sonrası göğüs ağrısı ile başvurdu. Anamnezinde 13 p/y sigara dışında ek bir özellik yoktu. Postero-anteriorakciğer grafisinde dekstrokardi mevcut idi. Toraks BT'de de kalpte dekstrokardi ve torasik ve abdominal organlarda situs inversus totalis ile uyumlu görünüm izlendi. BT'de sol taraf akciğer alt lob posterobazal segmentte 62x45 mm boyutlu düzgün sınırlı nodüler lezyon ve komşuluğunda akciğer parankiminde fokal konsolidasyon sahaları ve noduler yoğunluk artımları izlendi. Tanımlı lezyon komşuluğunda vaskülervenöz yapılarda belirginleşme izlendi. Ayrıca bu abdominal aortadan alt lobdaki lezyona drene olan aberran bir dal saptandı. PET-CT tutulumu olmayan bu lezyona ve bu bulgular eşliğinde sol 5. interkostal aralıktan 4 cm'lik insizyon ile Uniportal VATS ile sol alt lobektomi yapıldı. İntraoperatif abdominal aortadan köken alan dal, endovasküler stapler yardımıyla bağlanarak kesildi. Postoperatif takiplerinde ek patoloji saptanmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

Sekestrasyon



Tartışma-Sonuç: Bu vaka ile situs inversus birlikteliği gösteren intralober pulmoner sekestrasyon olgusunda Uniportal VATS rezeksiyonu yaklaşımının güvenli bir şekilde kullanılabilir olduğunu ve torakotomi ve multiportal VATS yöntemlerine bir alternatif olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Sekestrasyon, Situs İnversus, Uniportal VATS Lobektomi

PS-208 Pnömotoraks ile Birlikte İzole Sol Superior Vena Cava ve Sol Vena Azigos

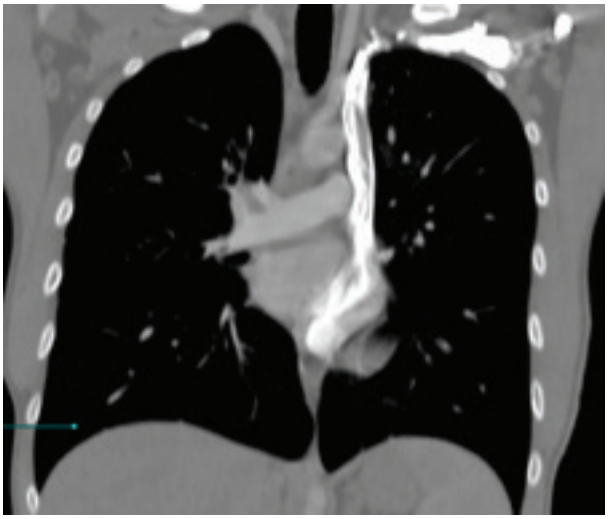
Ali İhsan Yaylacı[1], Ömer Faruk Demir[1], Murat Şahin[1], Çiğdem Gonca[1], Gülşen Göktepe[1], Serdar Acemoğlu[1], Dilara Candan[1]

[1]Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Persistan sol superior vena cava (PLSVC) toplumda %0,1-%0,3 sıklığında görülebilen bir venöz dönüş anomalisidir (1). Genellikle sağ superior vena cavanın eşlik ettiği haliyle görülür ve v. Azygos sağ superior vena cava'ya dökülür. Hastamızda olduğu gibi izole PLSVC çok daha nadir görülür. Genellikle asemptomatiktir ve Koroner Sinüs (CS) yoluyla sağ atriuma açılırlar (5). PLSVC'lerle ilgili literatürde bildiğimiz kadarıyla pnömotoraksla birlikteliği bildirilmemiştir.

Olgu: 26 yaşında ek hastalığı olmayan erkek hasta, mobilya taşırken başlayan göğüs ağrısı şikâyeti ile Acil Servis'e başvurdu. Hastaya çekilen PAAC grafisinde sol spontan pnömotoraks saptandı. Bunun üzerine hastaya sol tüp torakostomi uygulanarak servisimize yatırıldı. Hastanemizde çekilen Toraks BT'de her iki AC apeksinde hafif düzeyde paraseptal amfizem saptandı. Hava kaçağının uzaması üzerine hastaya sol VATS + üst lob wedge rezeksiyon + apikal plörektomi uyulandı. İntraoperatif PLSVC ve sol vena Azygos görüldü. Hastaya postop 5. Günde tüp torakostomisi sonlandırılarak poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi. Venöz anomalisi hakkında bilgilendirilen ve onamı alınan hastaya sol koldan kontrast verilerek Toraks BT çekildi. Görüntüleme sonucunda izole PLSVC ve vena Azygos radyolojik olarak belgelendi (resim 1).

VAKANIN KONTRASTLI BT'Sİ



Tartışma-Sonuç: PLSVC'ler ASD, VSD, AVSD, PA/PS/DCRV gibi kardiyak anomalilerle birliktelik bildirilmiştir (5). PLSVC'ler anatomik (Schummer's sınıflaması) ve nihai olarak kalpte döküldükleri yere (Zho sınıflaması) göre dört farklı sınıflara ayrılırlar (2). Hastamız Schummer's sınıflandırmasına göre Tip II, Zhu sınıflandırmasına göre Tip A dır. Çoğu zaman bu hasta gurubu bir şant sorunu olmadıkça asemptomatik seyretmektedirler ve hastamızda olduğu gibi insidental yakalanmaktadır. PLSVC anomalileri asemptomatik seyretmeleri nedeniyle fark edilmeyebilir. Cerrahi sırasında bu tür vasküler anomalilerin normal anatomik pozisyonda olmamaları nedeniyle kazaen yaralanmalara açıktır. Bu durum kanamanın tespit ve müdahalesin oldukça zorlayıcı bir sürece yol açabilir. Bu nedenle biz pnömotoraks sebepli başvurularda çekilen Toraks BT'lerin (bir kondrendikasyon yoksa) kontrastlı çekilmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: PLSVC, Pnömotoraks, Vena Azigos, Kontrastlı BT

PS-209 EBUS Sonrası Nadir Bir Komplikasyon Olarak; Mediastinit

Nihan Kurt Gürer[1], Şule Gül[1], Yaşar Sönmezoğlu[1]

[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Endobronşiyal ultrasonografi (EBUS), akciğer kanserinin tanısı ve evrelemesinin yanı sıra sarkoidoz, tüberküloz,l enfoma ve nonspesifik mediastinal lenfadenopatilerin araştırılmasında etkin olarak kullanılan minimal invaziv bir yöntemdir. Tanı başarısının yüksek, komplikasyon oranlarının düşük olması sebebiyle EBUS kullanımı mediastinoskopiye göre daha yaygın hale gelmiştir. Ancak nadir durumlarda kanama, mediastinit, pnömoni, perikardit, sepsis, pnömotoraks gibi komplikasyonlar görülebilir. Kliniğimizde; 45 yaşında lenfoma tanılı, nüks düşünülen bir hastaya yapılan EBUS sonrası gelişen mediastinit olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk beş yaşında, Hodgkin lenfoma tanılı erkek hasta,6 kür kemoterapi sonrasında çekilen kontrol PET-BT'sinde multiple mediastinal lenf nodlarında yeni gelişen FDG tutulumu olması sebebiyle EBUS yapılması amacıyla merkezimize yönlendirildi. Hemogram ve biyokimya tetkiklerinde bir patoloji gözlenmedi. CP-EBUS ile sağ alt paratrakeal alanda bulunan 16mm lam 3 kez, subkarinal alanda bulunan 14mm lam 1 kez örneklendi. İşlemden bir gün sonra ateş, öksürük, kötü kokulu balgam şikayeti başlayan hasta acil servisimize başvurdu. Tetkiklerinde Lökosit: 11 10e3/uL, CRP: 323 mg/dl olarak gözlendi. Çekilen toraks BT'sinde sağ alt paratrakeal lokalizasyonda içerisinde hava alanları bulunan 43x43.4mm boyutlarında abse kavitesi izlenen hastaya mediastinit ön tanısı konuldu (Figure 1). Mediastinoskopi +/- sağ vats ile drenaj+debridman planlanan hastaya preop dönemde enfeksiyon hastalıklarına danışılarak Meronem 3x1 gr iv ve Vankomisin 2x1 gr iv başlandı. Göğüs Cerrahisi tarafından hastaya pariyetal plevral dekortikasyon ve ampiyeme delokulasyon uygulandı. Postoperatif 3. gününde tekrar loküle alanları olması sebebiyle revats+debritman yapılan hastanın operasyon sonrası sol akciğer alt lob pnömonisi gelişmesi sonrasında tedaviye polimiksin eklendi. Polimiksin'e bağlı allerjik reaksiyon gelişen hastanın tedavisinin polimiksin tedavisi 10 güne, vankomisin tedavisi 15 güne tamamlanarak linezolid 2x600mg başlandı. Yatışının 20. gününde kontrol tetkiklerinde CRP: 13,5 mg/dl, Lökosit :4 10e3/uL olarak gözlenen hasta moxifloksasin tedavisi ile taburcu edildi. Hastanın intraoperatif alınan kültürlerinde üreme olmadı

Hastanın Operasyon Öncesi ve Sonrası Tomografi Görüntüleri

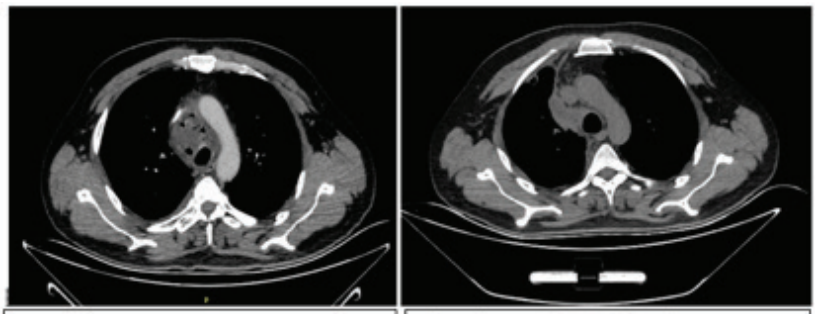


Figure1a: Toraks BT'de sağ alt paratrakeal bölgede apse görüntüsü

Figure1b:Postop 19. Gün Toraks BT görüntüsü

Tartışma-Sonuç: EBUS işleminden saatler ya da bazen günler sonra gelişen ateş, genel durum bozukluğu durumunda aklımıza mediastinit tanısı gelmelidir. Nadir görülmesine rağmen yüksek mortalite oranı taşımaktadır. Klinik olarak ateş, göğüs ağrısı, nefes darlığı ile seyreder. Radyoloji önemli bir tanı yöntemidir. EBUS sonrası mediastinit olgularında sorumlu patojenler genellikle iğne aspirasyonu sırasında doğrudan mediastene inoküle edilen Streptococcus suşları gibi orofarenks florasıdır. Tedavide erken tanı ile beraber cerrahi drenaj ve uygun antibiyoterapi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: EBUS, Mediastinit

PS-210 Tüp Torakstomi Sonrası Nadir Komplikasyon: Perikard Rüptürü

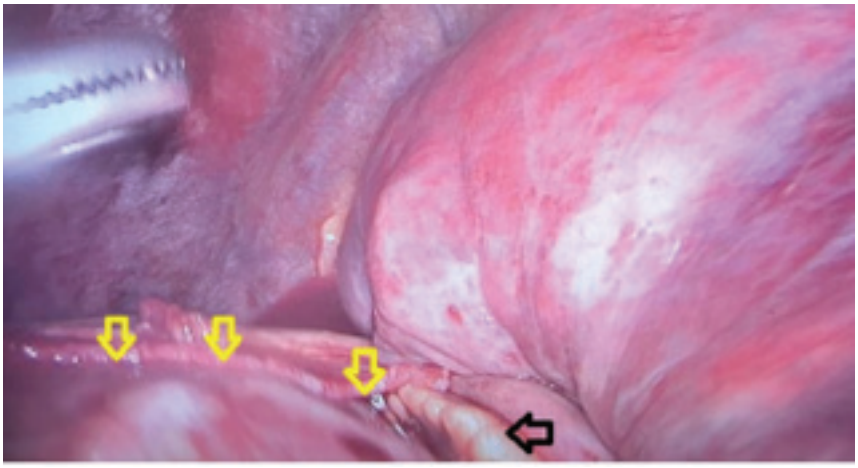
Gökhan Öztürk[1], Naim Şüküroğlu[1], Argün Kış[1], Bekir Can İlter[1], Ümit Aydoğmuş[1]

[1]Pamukkale Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Tüp torakostomi genellikle elektif veya acil olarak plevral hava ve koleksiyonları boşaltmak için kullanılır (1). Tüp torakostomisi birçok durumda hayat kurtarıcı bir işlem olmakla birlikte, mortalite ve morbiditeye neden olabilecek ciddi komplikasyonları vardır. Biz burada acil şartlarda takılmış tüp torakostomiye bağlı nadir bir komplikasyon olan perikard rüptür vakasını sunacağız.

Olgu: 44 yaşındaki bilinen hipertansiyon tanısı olan erkek hasta geçirdiği araç içi trafik kazası sonrası sol masif hemopnömotoraks ön tanısı ile dış merkezde tüp torakostomi uygulanmış. 900 cc hemorajik vasıfta drenajı olmuş. Yoğun bakım ihtiyacı açısından hastanemiz yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral seri deplase kot fraktürü, sol akciğer bazalde 22 mm ye ulaşan plevral sıvı gözlendi. Sol akciğerde pasif atelektazik ve konsalide parankim gözlendi. Perikard komşuluğunda toraks tüpü izlendi (Resim 2). Aktif drenajı olmayan hasta takibe alındı. Kontrol grafilerinde hematom gelişmesi üzerine hasta tarafımızca operasyona alındı. Eksplorasyonda perikardın sol duvarının tamamen rüptüre olduğu görüldü (Resim 2). Miyokardda herhangi bir kanama odağı görülmedi. İntratorasik hematom boşaltıldı, defibrile kan aspire edildi. Kanama kontrolü sağlandı. Postoperatif 8. günde hasta taburcu edildi.

Sarı oklar perikard, siyah ok sol auricula



Tartışma-Sonuç: Tüp torakostomi sonrası kardiyovasküler komplikasyonlar nadiren görülür. Ancak bu nadir komplikasyonlar fark edilmediği takdirde ölüme yol açabilir. Kardiyovasküler komplikasyonlar, vasküler kompresyona neden olan kritik yapıların tüpün sıkıştırmasından (2) veya tüp yerleştirilmesi sırasında penetran yaralanmalardır (3). Tüp torakostomi hayat kurtarıcı işlemlerdir. Ancak göğüs tüplerinin doğru yerleştirilmesi ve değerlendirilmesi çok önemlidir. Komplikasyonlara karşı dikkatli olunmalıdır. Bu komplikasyonların çoğu önlenebilir niteliktedir ve ortaya çıktıklarında yeterli ve doğru bir şekilde yönetilmeleri gerekir.

Anahtar Kelimeler: Tüp, Torakostomi, Komplikasyon, Perikard, Rüptürü

Poster Bildiri Oturumu 10: Torasik Onkoloji

PS-211 Akciğer Metastazından Tanı Alan Hızlı Progresyon Gösteren Anaplastik Tiroid Kanseri: Olgu Sunumu

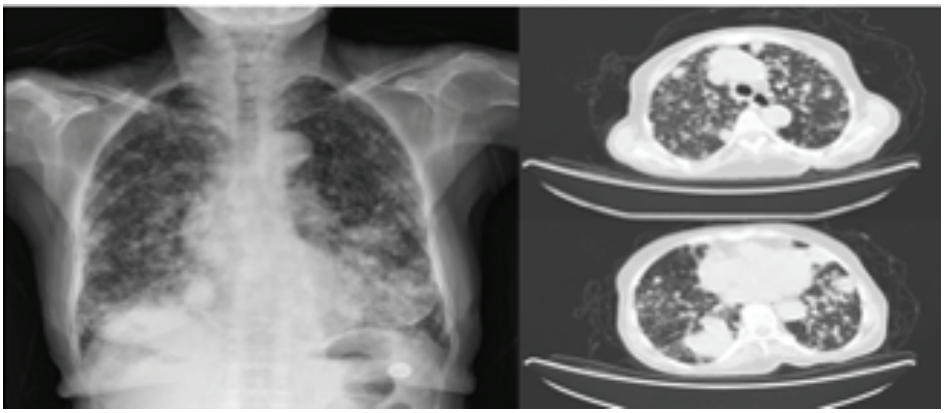
Demet Türkay[1], Eda Nur Aksoy[1], Tuğçe Şahin Özdemirel[1], Kerem Ensarioğlu[1], Berna Akıncı Özyürek[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Anaplastik tiroid kanseri tiroid kanserlerinin yaklaşık %1'ini oluşturur ve aynı zamanda en agresif tiroid kanser tipi olarak kabul edilir. Genellikle 60 yaşından sonra görülür. Toraks, hematolojik ve lenfatik yolaklar üzerinde bulunduğundan uzak metastazların sık olarak gözlendiği bir bölgedir. Parankim, mediastinal lenf nodlarına, plevraya, perikarda veya göğüs duvarına metastaz yapabilen anaplastik karsinomda radyolojik olarak miliyer görünüm saptanabilir. Akciğer metastazı ile prezente olan anaplastik tiroid kanseri olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş üç yaşında bilinen ek kronik hastalık olmayan kadın hasta 1 aydır artan nefes darlığı, iştahsızlık, kilo kaybı, halsizlik şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Hastaya çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerde yaygın nodüler lezyonlar saptanması nedeniyle tarafımıza yönlendirilmiş. Malignite açısından çekilen PET-BT'de tiroid glandında sol lobu büyük oranda kaplayan 38x38x36 mm boyutlarında artmış SUVmaks tutulumu görülen kitle, sağ akciğer alt lobta düzensiz sınırlı 51x61x76 mm ölçülen kitlede artmış SUVmaks ile her iki akciğerde kitle görünümü kazanmış konsolidasyon nodüler parankim dansite artışları saptandı. Hastaya tanısal amaçlı sağ akciğerde tariflenen lezyondan transtorasik biyopsi yapıldı. Histopatolojik bulgularla ön planda malign neoplazi olabileceği düşünülen lezyonun karsinomun sarkomatoid komponenti ile pür sarkomatoid ayrımı net yapılamaması üzerine tiroid ince iğne biyopsisi yapıldı ve hastaya anaplastik tiroid kanseri tanısı konuldu. Takipte genel durumu bozulan, destek tedavi sırasında kardiyak arrest olan ve tedaviye yanıt vermeyen hasta serviste takipte exitus oldu.

Servis Kabul Grafi ve Tomografi Kesitleri



Tartışma-Sonuç: Anaplastik tiroid kanseri, agresif doğası ile, birçok vakada metastatik durumda tanı almaktadır. Histopatolojik olarak amorf yapısı ile, doku örneklemesinde net sonuç alınmayan vakalarda tekrarlayan biyopsi gerekliliği ile, zaten ileri evrede tanı alan hastalarda tedavi sürecini uzatmaktadır. Bu vakada olduğu gibi, bazı durumlarda hızlı progresyon hastanın kemoterapi ile destek tedavi almasına imkan vermeden klinik kötüleşmeye sebep olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anaplastik Tiroid Karsinomu, Akciğer Karsinomu

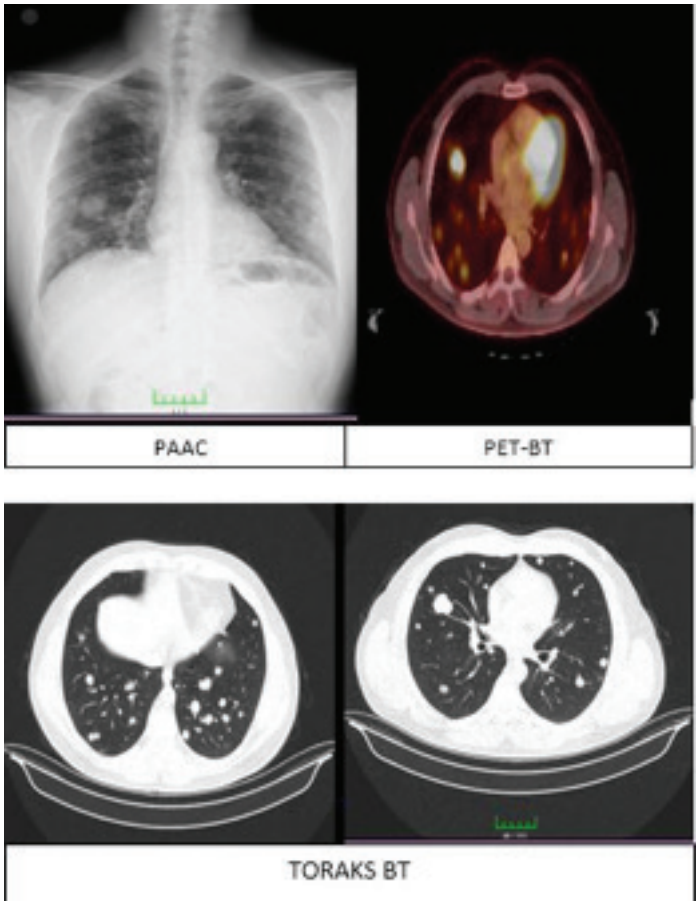
PS-212 Akciğer Metastazı ile Ortaya Çıkan Papiller Tiroid Karsinomu

Hediye Ürker Doğan[1], Selami Ekin[1]

[1]Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD

Giriş-Amaç: Diferansiye tiroid kanserleri (DTK); multidisipliner tedavi protokolleri ile yüksek kür şansına ve mükemmel uzun dönem sağ kalım oranlarına sahiptirler. Bununla birlikte hastaların %6-20'sinde görülen uzak metastazlar, mortalite oranlarını anlamlı derecede arttırmaktadır. Hastaların %1-4'ü ise, tiroid bezine ait belirgin bölgesel bir yakınma olmadan, DTK'ne bağlı uzak metastaz ile de başvurabilirler. Bu hasta grubu için önerilen tedavi; total ya da totale yakın tiroidektomi sonrasında radyoaktif iyot ve tiroksin ile tiroid stimülan hormon (TSH) supresyon tedavileridir. Uzak metastazlara yönelik tedavi seçenekleri ve alınan yanıtlar ise, lezyonların doğasına, dağılımına ve radyoaktif iyot tutulumuna göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bu sunumda, akciğer metastazı ile ortaya çıkan papiller tiroid kanseri tanısı alan bir olgu sunulması planlandı.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta göğüs hastalıkları polikliniğine 2 aydır devam eden gribal enfeksiyon sonrası başlayan öksürük şikayeti ile başvurdu. Sigara içmeyen hastanın başka ek şikayeti yoktu. Mesleki maruziyeti ve B semptomları olmayan hastanın 11 yıl önce pnömotorakstan opere olduğu özgeçmişinde başka bir rahatsızlık olmadığı öğrenildi. Solunum sistemi muayenesinde dinlemekle tüm alanlarda solunum sesleri doğal, saturasyonu oda havasında %96 olarak ölçüldü. Çekilen PAAC de her iki akciğerde yaygın nodüler opasiteler mevcuttu. Sedimantasyonu 39mm/saat, CRP 15 mg/L olan hastaya bilgisayarlı toraks tomografi çekildi.BT de: Bilateral akciğerlerde randomize dağılımlı büyüğü sağ akciğer orta lob medialde yaklaşık 23x22mm ebatlı multipl nodüler metastaz olarak raporlandı. Hastaya PET-BT çekildi. PET'te; Tiroid bezi sol lobda izlenen 33 mm çapındaki hipodens nodülde artmış 18F-FDG tutulumu izlenmektedir. (SUVmaks: 12,4) şekinde rapor edilmesi üzerine tiroitten alınan biyopsi sonucu papiller tiroid karsinomu olarak geldi.



Hastanın Radyolojik Görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Akciğer hematolojik ve lenfatik yolaklar üzerinde bir organ olduğundan birçok sistemik hastalık kendini bu dokuda gösterir. DTK'nin metastatik lezyonlarının en sık görüldüğü alanlar akciğer ve kemik olarak belirtilmektedir. Olguların büyük çoğunluğunu oluşturan akciğer metastazları sıklıkla difüz ve mikronodüler yapıdadırlar. Bu metastatik lezyonlar genellikle semptom oluşturmamakla birlikte, taramalar ile ortaya çıkarıldıktan sonra RAİ ile ablasyondan en çok yarar beklenen grubu oluştururlar ve olguların büyük kısmı için tam remisyon beklenebilir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, Metastaz, Tiroit, Papiiler, Kanser

PS-213 Pulmoner Adenoid Kistik Karsinom

Zeki Oğuzhan Bayraklı[1], Buket Kaytaz Alkaş[1]

[1]Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner adenoid kistik karsinoma genellikle trakea ve ana bronş gibi merkezi hava yollarında, nadir görülen, yavaş büyüyen ve düşük malign potansiyelde tükrük bezi tipinde malign bir solunum yolu tümörüdür. Primer akciğer kanserlerinin yaklaşık %0.2-0.04'ünden sorumludur. Tedavisi cerrahi rezeksiyondur

Olgu: 38 yaş erkek bilinen astım ve küratif hodgkin lenfoma olan olgu dış merkeze hırıltılı solunum ile başvurdu. Toraks bt de sol akciğer üst lob lingula inferior segmentte lineer atelektaziler izlendi. Diğer akciğer parankim alanlarının havalanması doğaldı. Tedaviye rağmen sol apikal bölgede dirençli ronküs ve eforla dispnesi devam eden olguya bronkoskopi kararı alındı. Bronkoskopide sol üst lob bronşunu tıkayan endobronşial lezyon görüldü. Tümörün ana bronşu protrüze etmesi nedeni ile alt loba girilemedi. Alınan biyopsi örnepinin patolojisi adenoid kistik karsinom ile uyumlu sonuçlandı. Olguya posterolateral torakotomi ile sleeve üst lobektomi planlandı ancak cerrahi sınırın uzun bir segment boyunca mikroskopik pozitif olması sebebi ile sol pnömonektomi yapıldı. Olgu post operatif 5. Gününde kompikasyonsuz taburcu edildi. Patoloji sonucunda lenf nodu metastazı olmamasına rağmen mediastinal yağlı dokuda invazyon şüphesi olduğundan radyoterapi aldı. 6. Ay kontrol pet bt sinde lokal nüks veya uzak metastaz saptanmadı.

PREOP BRONKOSKOPİ

Tartışma-Sonuç: Adenoid kistik genellikle yavaş seyir göstermelerine rağmen primer akciğer yerleşimli adenoid kistik karsinomalar daha agresiftir. Çoğu hastada submukozal ve perinöral yayılım görülmektedir. Cerrahi tedavi başarısı diğer tedavilere göre daha yüksek olan bu hastalıkta geniş rezeksiyon ve sleeve rezeksiyonlar tedaviye yön verici olmaktadır

Anahtar Kelimeler: Adenoid Kistik Karsinom, Pulmoner Adenoid

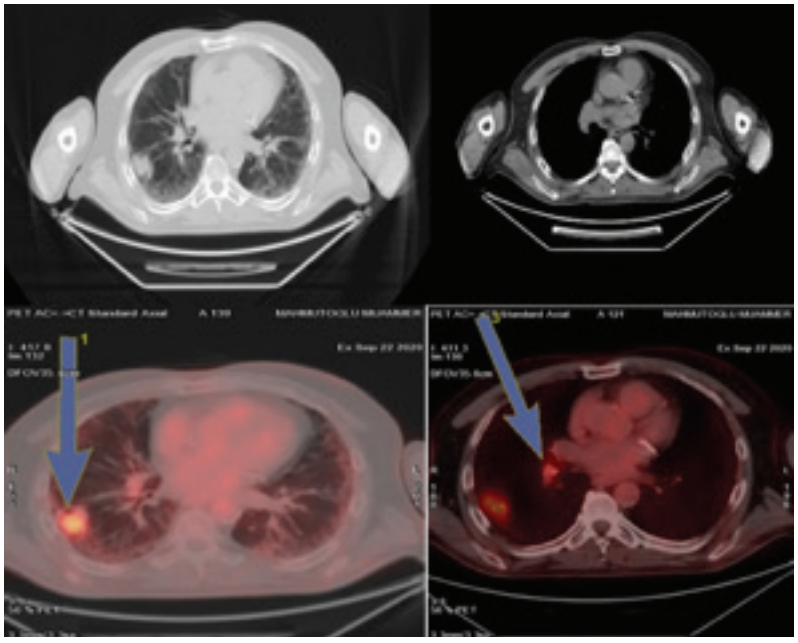
PS-215 IPF Tanılı Hastada Senkron Tümör

Ramazan Eren[1], Barış Demirkol[2], Elif Tanrıverdi[1], Erdoğan Çetinkaya[1]

[1]SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği
[2]Başakşehir Çam ve Sakura Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Akciğerde birden fazla odakta gelişen kanserler multipl primer akciğer kanseri (MPAK) olarak adlandırılırlar. Multipl primer akciğer kanserleri senkron ve metakron olmak üzere ikiye ayrılır. İki veya daha fazla primer akciğer tümörü aynı anda saptanırlarsa, senkron akciğer kanseri olarak tanımlanırlar. Senkron akciğer kanserleri tüm MPAK'nin %40'ını oluşturur ve sıklığı %0.1–1,6 arasında değişmektedir. Nadir görülmesi nedeniyle senkron akciğer tümörlü bir olgumuzu sizinle paylaşmak istedik.

Olgu: Yetmiş yaşında erkek hasta polikliniğimize öksürük, balgam şikayetiyle başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde ek özellik yoktu,30 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde bilateral ekspiryumda ronküsleri ve sol arka alt alanlarda ralleri mevcuttu. HRCT görüntülerinde yaygın interstisyel paterni mevcuttu. Hastaya konsey kararıyla interstisyel akciğer hastalığı açısından tanısal wedge rezeksiyon yapıldı ve patolojisi olağan interstisyel pnömoni (OİP) olarak sonuçlandı. Hasta idiopatik pulmoner fibrozis(İPF) tanısıyla takip edildi ve pirfenidon tedavisi başlanıldı. Takibinin beşinci yılında hastanın çekilen HRCT'de malignite açısından şüpheli nodüler lezyonlar gözlenmesi üzerine PET-CT çekildi. PET-CT'de; sağ akciğer alt lob anterobazal segmentte subplevral alanda 34 mm buzlu cam dansiteli düzensiz yapıda kitlesel lezyon (SUVmax:4,45), sağ hiler alanda 12 mm LAM (SUVmax:2,9) ve sol akciğer alt lob posterobazal segmentte 30 mm nodüler lezyon (SUVmax:8,88) gözlendi (Resim-1). Mevcut lezyonların radyolojik görünümleri ve PET/BT bulgularının değerlendirilmesi sonucunda iki farklı tipte akciğer malignitesi düşünülerek sağ akciğer ve sol akciğer alt lobtaki lezyonlardan transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi (TTİAB) yapıldı. Sağ akciğer patoloji küçük hücreli karsinom (KHAK) ve sol akciğer patolojisi adenokarsinom olarak sonuçlandı. Hastaya evreleme amaçlı endobronşial ultrason (EBUS) işlemi yapıldı. Sağ hiler alan LAM patolojisi KHAK olarak sonuçlandı. Hasta onkoloji birimine sevk edildi ve akciğer kanseri tanısından 8 ay sonra vefat etti.



Resim 1. PET-CT'de sağ akciğer alt lob anterobazal segmentte subplevral alanda düzensiz yapıda kitlesel lezyon ve sağ hiler alandaki LAM görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Akciğer kanseri İPF'li hastalarda normal popülasyondan 5-7 kat fazla görülmektedir. İPF takipli hastalarda takiplerde izlenen yoğunluk artışlarının ve nodüler görünümlerin malign olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu olgumuzda olduğu gibi takiplerinde birden fazla bölgede nodül ya da kitle olması akciğer kanseri açısından şüphe uyandırmalı ve ayrıca senkron tümör olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Senkron Tümör, Akciğer Kanseri, Pulmoner Fibrozis, İdiopatik

PS-216 Perikarda Rüptüre Mediastinel Kistik Teratom

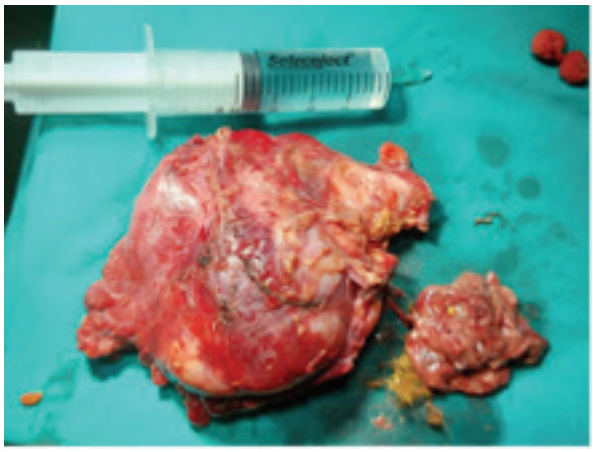
Naim Şüküroğlu[1], Gökhan Öztürk[1], Argun Kış[1], Ümit Aydoğmuş[1]

[1]Pamukkale Üniversitesi Göğüs Cerrahisi AD

Giriş-Amaç: Konjenital teratomlar, çocukluk çağında görülen, üç germ yaprağından köken alan nadir tümörler olup, en sık yerleşim yerleri sakrokoksigeal alandır. (1) Mediastinel teratomlar, mediastinal yerleşimli tümörlerin %1-3.5'unu oluştururlar (2). Burada, senkop ile başvuran mediastinal teratom olgusu sunuldu.

Olgu: Çocuk acil servisine senkop şikayeti ile getirilen 12 yaş kadın hastanın uykudan uyandıran bilateral omuz ağrısı, sırt ağrısı şikayetleri mevcuttur. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT), perikardial efuzyon, Kalp, arcus aorta, özellikle sol ventrikül komşuluğunda öncelikle perikard içi lokalizasyonda değerlendirilen ancak orijin olarak mediasten ve sol hemitorakstan ayrımı net yapılamayan, yaklaşık 99x78mm boyutlarında içerisinde yağ dansitesinde alanlar bulunan düzgün sınırlı lezyon izlendi. Arkus aorta ve pulmoner arterler kısmen bası altında olduğu gözlendi. Tarafımıza danışılan hastanın çekilen kardiak Manyetik Rezonans (MR) ''Anterior mediyastende pariyetal perikarda invazyon bulguları gösteren teratom ile uyumlu solid-kistik komponentleri bulunan heterojen lezyon. Perikardiyal efüzyon artışı ve perikard duvarlarında diffüz lineer kontrastlanma artışı (Teratomun intraperikardiyal rüptürü düşünülmüştür).'' olarak yorumlandı. Hasta tarafımızca operasyona alındı. Parsiyel sternotomi ve anterior torakotomi insizyonu açılarak mediastinel ve torakal eksplorasyon sağlandı. Eksplorasyonda arcus aorta ve çıkan dallarından başlayan diafragmaya kadar ilerleyen, perikardı geçen ve frenik siniri içine alan mediastinel kitle görüldü. Kitle ile birlikte perikard parsiyel çıkartıldı. Kitle, aort ve dallarından ve mediastinel yapışıklıklar künt ve keskin diseksiyonlar ile ayrıldı. Kitle içerisinde yağlı, sarı renkte, oldukça yoğun dansitede ve kıl yumakları içeren materyal gözlendi (Resim 1). Patolojisi matür teratom olarak raporlanan hasta postoperatif 8. günde taburcu edildi.

Çıkarılan kitle ve içerisinde yağlı, sarı renkte, oldukça yoğun dansitede ve kıl yumakları içeren materyal



Tartışma-Sonuç: Olguların çoğu asemptomatik ve semptomatik olanlar kitlenin basısına bağlı olarak oluşan göğüs ağrısı ve nefes darlığı gibi intratorasik semptomlarla başvurur. Bu tümörler kistik ve solid olup, yavaş büyürler. Yaklaşık % 80'i benigndir ve bunların çoğu da kistiktir (3). Tedavisi cerrahi olan teratomların prognozu da çok iyidir. Kuvvetli yapışıklık durumlarında yapılan inkomplet rezeksiyonlarda dahi yüz güldürücü sonuçlar elde edilmektedir. Benign mediastinal teratomların rezeksiyonu kür sağladığı için radyoterapi ve kemoterapinin tedavide rolü yoktur (2).

Anahtar Kelimeler: Mediastinel, Matür, Kistik, Teratom, Senkop

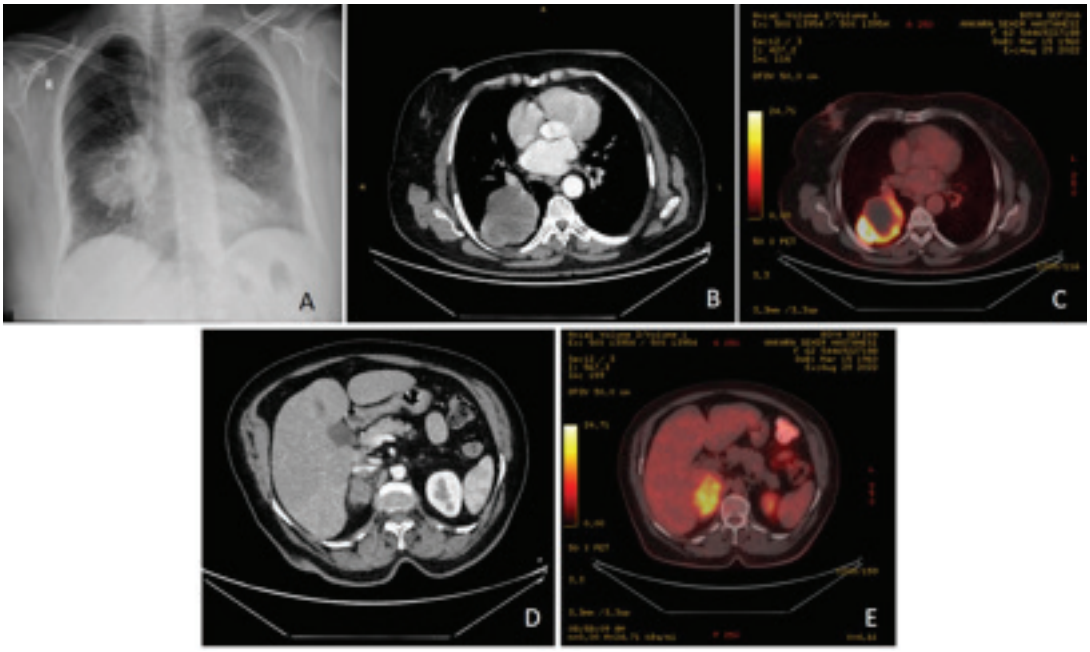
PS-217 Akciğerin Primer Sinoviyal Sarkomu: Olgu Sunumu

Sibel Günay[1], Emine Argüder[1]

[1]Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Ankara

Giriş-Amaç: Sinovyal sarkom tüm yumuşak doku sarkomlarının yaklaşık % 5-10'luk bir bölümünü oluşturmaktadır. Sıklıkla ekstremitelerin periartiküler alanlarında saptanan sinoviyal sarkom nadiren intraartiküler bölgelerde yerleşim gösterir. Klinik olarak, palpabl ve ağrılı yumuşak doku kitlesi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu bölgelerin dışında boyun, dil, larinks, mediasten, özefagus, kalp, akciğer, karın duvarı, ince barsak mezenteri, damarlar ve retroperiton gibi diğer vücut bölgelerinde de saptanabilmektedir. Sinovyal sarkomun primer toraks tutulumu literatürde oldukça nadir olarak bildirilmiştir.

Olgu: Bu olgu sunumunda 62 yaşında, 3 aydır devam eden öksürük, balgam ve sağ üst kadran ağrı şikayetleri ile başvuran kadın hastayı sunduk. Hastanın fizik muayenesinde sağ skapula altından itibaren solunum sesleri azalmıştı ve perküsyonda matite mevcuttu. Vital bulguları normal sınırlarda idi. Posteroanterior akciğer grafisinde sağ alt zonda düzgün sınırlı opasite artışı mevcuttu. Hastanın Bilgisayarlı Toraks Tomografisinde (BT) sağ alt lobda 85x64 mm boyutlarında nekroze alanlar içeren lobüle konturlu kitle lezyonu ve sağ sürrenal glandda 72x50 mm boyutlu düzgün sınırlı kitle lezyonu izlendi. PET-BT'de sağ akciğer alt lobda ve sağ sürrenal glandda izlenen lezyonlarda yüksek FDG tutulumu (sırasıyla SUV-max:16.93 ve 10.02) izlendi (Şekil 1). Bronkoskopide endobronşiyal lezyon saptanmadı. Hastaya BT eşliğinde transtorasik biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu Sinovial sarkom olarak raporlandı. İnoperabıl olarak değerlendirilen hastaya kemoterapi başlandı.



Şekil 1. Olguya ait Akciğer grafisi (A), Toraks tomografi kesitleri (B ve C), lezyonlara ait PET BT görüntüleri (D ve E)

Tartışma-Sonuç: Akciğerde primer sinoviyal sarkom nadir görülen malign bir tümördür. Ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken bir durum olması nedeniyle olgumuz literatür eşliğinde sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, Sinoviyal Sarkom

PS-219 Akciğerin Nadir Görülen Bir Tümörü: Fetal Akciğer Tipi Pulmoner Adenokarsinom

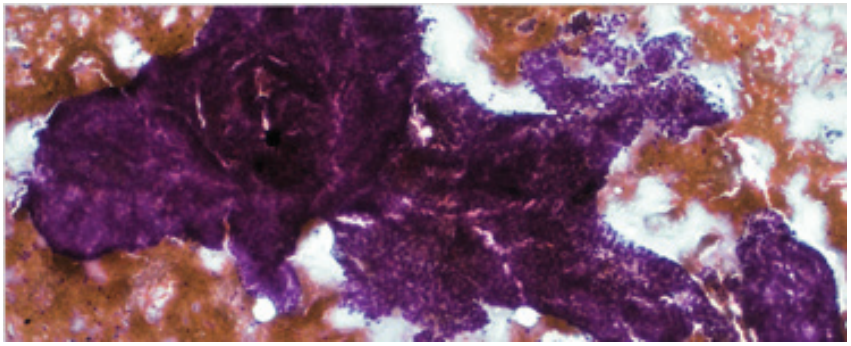
Ümran Özden Sertçelik[1], Ayşegül Aksoy Altınboğa[2], Ayşegül Karalezli[3]

[1]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara
[3]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Fetal akciğer tipi pulmoner adenokarsinoma, akciğerin seyrek görülen bir tümörü olup histolojik olarak fetal akciğere benzerlik gösterir. Nadir görülen fetal akciğer tipi pulmoner adenokarsinomalı olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Altmış dokuz yaşında erkek hasta 11 Ekim 2021 tarihinde COVID-19 hastalığı tanısı aldıktan sonra eforla olan nefes darlığı ve öksürük şikayetleriyle göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Bilinen diabetes mellitus ve hipertansiyon tanıları mevcuttu. Hastanın kırk yıldır 3 paket/gün sigara öyküsü mevcut olup 16 yıl önce sigarayı bırakmıştı. Hastaya çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde bronkopulmoner alanlarda büyüğü sağ üst paratrakeal alanda izlenen 20x33 mm boyutlarında ölçülmek üzere çok sayıda lenf nodları saptandı. Hastaya mediastinal lenfodenopatilerin örneklenmesi amacıyla fiberoptik bronkoskopi (FOB) ve endobronşiyal ultrasonografi (EBUS) ile değerlendirilmesi planlandı. Hastada endobronşiyal lezyon görülmedi. EBUS işleminde sağ paratrakeal (4R) 34 mm, subkarina (7) 23,5 mm olan lenf nodlarından transbronşiyal iğne aspirasyonu yapılarak örnekler sitolojiye gönderildi. Hastaya çekilen PET-BT'de mediastende multiple lenf nodları izlenmekte olup mediastinel vasküler aktiviteye kıyasla hafif artmış F-18 FDG tutulumu (SUVmax: 3.38), sol hiler bölgede lenf nodu/yumuşak doku ayrımı yapılamayan 2x2,5 cm boyutlarında yumuşak doku görünümü (SUVmax:2.77) ve her iki akciğerde yaygın, plevra tabanlı ve parankim içerisinde dağınık yerleşimli nodüler dansite artışları (SUVmax:1,18) izlenmiştir. Patolojisinde hücre bloğu kesitlerinde küçük yuvarlak-monoton nükleuslu, orta genişlikte soluk eozinofilik sitoplazmalı, yer yer kolumnar morfolojideki hücrelerin oluşturduğu kribriform ve mikropapiller yapılar gözlenmektedir. Epiteloid hücrelerde beta-katenin ile yaygın nükleer ve sitoplazmik, sinaptofizin ile fokal soluk, pan-CK ile yaygın sitoplazmik ve membranöz immun boyanma izlenmiştir. Tüm bu klinik, sitomorfolojik ve immünohistokimyasal incelemelerin sonucunda, olguya "fetal akciğer tipi adenokarsinoma metastazı, iyi diferansiye" tanısı konulmuştur. PET-BT sonucunda yaygın kemik metastazları olan hastaya medikal onkoloji tarafından kemoterapi verilmesi kararlaştırıldı. Hastanın tedavisine ve takibine devam edilmektedir.

Fetal tip pulmoner adenokarsinom olgusunun histopatolojik kesitleri



PAP boyalı yayma: Papiller yapılar oluşturan tümör hücreleri

Tartışma-Sonuç: Fetal akciğere benzeyen pulmoner endodermal tümör tanımını, ilk defa Kradin (1982) kullanmıştır. Fetal adenokarsinomlarda prognoz diferansiye formuna göre farklılık gösterdiğinden subtiplendirme yapılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Neoplazmı, Pulmoner Adenokarsinom, Fetal Tip Akciğer Kanseri

PS-220 Mediyastinal Matür Kistik Teratom

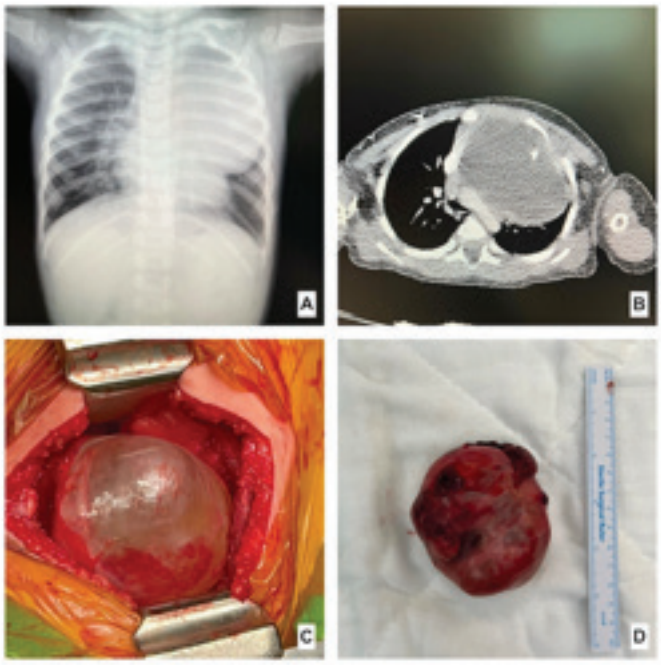
Fatma Tuğba Özlü[1], Rıza Berk Çimenoğlu[1], Mesut Buz[1], Attila Özdemir[1], Talha Doğruyol[1], Recep Demirhan[1]

[1]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Teratom, her üç germ katmanını da içeren (ektoderm mezoderm ve endoderm) embriyonal dokulardan gelişen bir tümördür. Mediastinal teratomlar primer germ hücreli tümörlerin yaklaşık %10-12 sini teşkil etmektedir. Bir yaşındaki bir bebekte nadir görülen mediyastinal matür kistik teratomun cerrahi tedavi yönetimini sunmayı amaçladık.

Olgu: Bir yaşındaki bebeğin solunum güçlüğü, aralıklı siyanozu huzursuzluğu mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde kalp sesleri derinden gelmekte olup sol akciğer solunum sesleri azalmıştı. Hastanın çekilen pa-ac grafisinde sol akciğer apeksinde opasiteye neden olan kitle görünümü saptandı. Hastanın çekilen kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde 7x6x5cm boyutlarında, kalbe, pulmoner arter ve aorta bası yapan kistik kitle saptandı. Hastanın preoperatif anestezi hazırlığı tamamlandı. Operasyon sol torakotomi ile yapıldı. Ön mediastinal kistik kitle kapsülüyle beraber total eksize edilip herhangi bir komplikasyon olmadan operasyon sonlandırıldı. Hasta ekstübe olarak servise alındı. Hastanın post operatif 2. gün dreni sonlandırıldı ve hasta 3. gün şifa ile taburcu edildi. Hastanın patolojisi matür kistik teratom olarak sonuçlandı.

Matür kistik teratom



A: PA akciğer grafisi, B: Kontrastlı Toraks BT, C: Peroperatif makroskopik matür kistik teratom, D: Matür kistik teratom doku örneği

Tartışma-Sonuç: Benign teratomlar ya da dermoid kistler çocukluk çağında ve erişkinlerde tüm germ hücreli tümörlerin en sık rastlanan formudur. Mediastinal yerleşimi nadir görülür. Tedavi biyopsi yapılmadan kitlenin kapsülüyle beraber total rezeke edilmesidir.

Anahtar Kelimeler: Matür Kistik Teratom, Germ Hücreli Tümörler, Mediastinal, Kistik Kitle

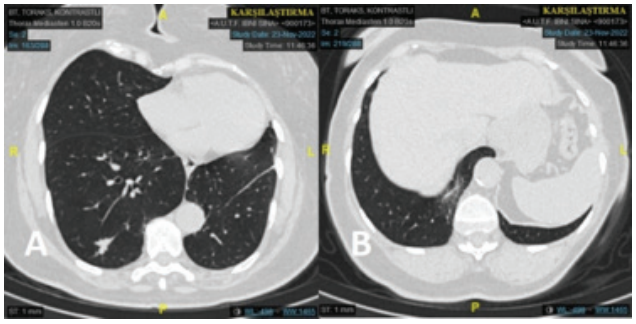
PS-221 Atipik Radyolojik Özellikli Postoperatif Dönemde Gelişen İkinci Primer Akciğer Kanseri Olgusu

Gülce Cansu Serin[1], Kübra Alphan Kavak[2], Aslıhan Gürün Kaya[1], Miraç Öz[1], Gökhan Kocaman[2], Cabir Yüksel[2], Aydın Çiledeğ[1], Koray Ceyhan[3], Akın Kaya[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD
[3]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sitopatoloji AD

Giriş-Amaç: Primer akciğer kanseri nedeniyle tedavi edilen hastalarda, tedavi sırasında ve sonrasında ikinci bir akciğer kanseri gelişimi riski artmıştır. Özellikle cerrahi tedavi olanlarda ameliyatı takip eden ilk iki yılda bu sıklık yüksektir. Hastalar bu nedenle hem primer malignitenin nüksü hem de ikinci bir primer akciğer kanseri gelişimi açısından takip edilmelidir.

Olgu: Bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), hipertansiyon tanıları, 35 paket-yıl sigara ve ailede akciğer kanseri öyküsü olan 66 yaşında kadın hastaya çekilen toraks bilgisayar tomografisinde (BT) sol akciğer üst lob anterior segmentte saf buzlu cam nodülü saptandı. Aktif solunumsal semptomu olmayan hastanın radyolojik takiplerinde buzlu cam nodülünde yeni gelişimli solid komponent olması, nodül boyutlarında artış görülmesi üzerine hastaya PET-BT çekildi. Nodülde aktivite tutulumu saptanmazken, radyolojik açıdan atipik adenomatöz hiperplazi, adenokarsinoma insitu açısından riskli bulunması ve kontrol BT'de boyut artışı saptanması üzerine hastaya sol üst lobektomi yapıldı. Patoloji sonucunda evre 1A adenokanser olarak değerlendirilen hastaya adjuvan tedavi planlanmadı. Operasyon sonrası hastanın takiplerine devam edilirken bir buçuk yıl sonra çekilen toraks BT'sinde sağ akciğer alt lob posterior bazalde 17x13 mm tümör tromboembolisi ile uyumlu vasküler tomurcuklanmış ağaç bulgusunun izlendiği lobüle sınırlı dallanan oluşum (Resim 1A), sağ akciğer alt lob anterior bazalde belirginleşen lineer-nodüler dansite ve buzlu cam alanları (Resim 1B), sağ akciğer orta lob medialde 6 mm çaplı intrapulmoner lenf nodu saptandı. PET-BT'de sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte yerleşimli lobule sınırlı dansite artımı alanında ve sağ akciğer alt lob superior segmentte, alt lob bronşuna komşu alanda fokal patolojik 18F-FDG tutulumu saptanması üzerine primer malignitenin metastazı veya ikinci primer kanser ön tanılarıyla endobronşiyal ultrasonografi yapıldı. 11R numaralı lenf nodu alınan aspirasyon biyopsi materyali küçük hücreli akciğer kanseri ile uyumlu saptandı. Hasta tedavi amacıyla Tıbbi Onkoloji'ye yönlendirildi.



Resim 1. A: Sağ akciğer alt lob posterior bazalde 17x13 mm tümör tromboembolisi ile uyumlu vasküler tomurcuklanmış ağaç B: Sağ akciğer alt lob anterior bazalde belirginleşen lineer-nodüler dansite ve buzlu cam alanları

Tartışma-Sonuç: Olgu, primer akciğer kanseriyle takip edilen hastaların, erken dönemde sekonder primer akciğer kanseri geliştirmesi riski nedeniyle yakın takip edilmesi gerektiğini vurgulamak için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Primer Akciğer Kanseri, Sekonder Primer Akciğer Kanseri, Buzlu Cam Nodülü, Atipik Radyolojik Özellikli Akciğer Kanseri, Lobektomi

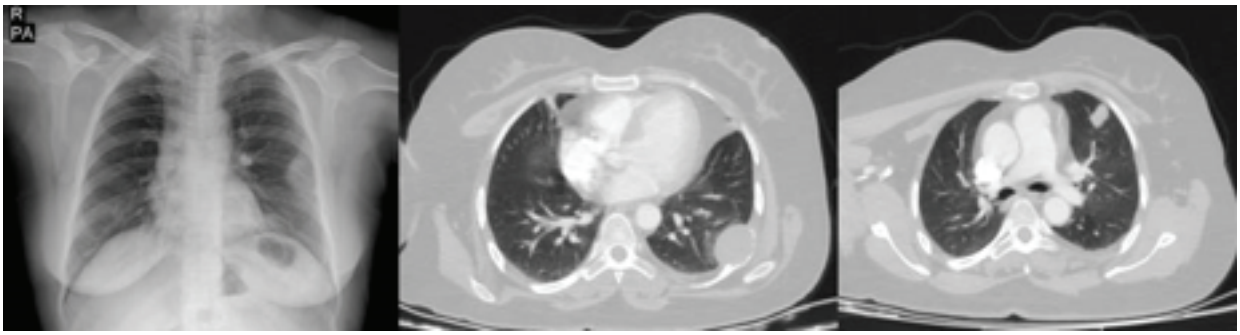
PS-222 Nadir Görülen Akciğer Metastazı Olgusu: Menenjiom

Hürrem Sezer[1], İpek Candemir[1], Berna Gebeşoğlu Erden[1], Emire Pınar Seyfettin Çelik[1]

[1]Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Menenjiomlar, meninkslerden gelişen, genellikle iyi huylu olan tümörlerdir ve primer beyin tümörlerinin yaklaşık %30'unu oluştururlar. Kadınlarda 2 kat daha sık olmakla beraber en sık 20-60 yaş arasında görülürler. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflamasına göre Derece 1 (benign), Derece 2 (atipik), Derece 3 (malign) menenjiom olarak adlandırılırlar. Olguların çoğunu benign menenjiomlar oluşturur. Atipik menenjiomlar tüm menenjiomların % 8β10'unu oluşturur. Benign menenjiomlara göre daha hızlı büyürler ve nüks etme oranları daha yüksektir. Malign menenjiomlar benign ve atipik menenjiomlara göre daha hızlı büyürler, beyine ve başka organlara yayılabilirler. Nüks etme olasılığı diğer tiplere göre daha fazladır. Rabdoid menenjiom ise, menenjiomların morfolojik özelliklerine göre tanımlanmış bir alt tipidir.

Olgu: Yaklaşık 2 yıl önce beyin tümörü nedeniyle opere olan 40 yaşındaki kadın hasta son 1 aydır olan sol yan ağrısı nedeniyle dış merkeze başvurmuş. Özgeçmişinde başka ek hastalığı olmayan hastaya toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmiş; sol akciğerde plevraya bitişik 3,5x7 mm lezyon ve sol akciğer üst lobda 2x1 cm lezyon izlenmiş. Hasta akciğer kanseri ön tanısıyla tetkik edilmek üzere tarafımıza yönlendirilmişti. Hastaya Pozitron Emisyon Tomografi/Bilgisayarlı Tomografi (PET/BT) çekildi: sol akciğer üst lobda ve sağ akciğerde subplevral nodüler lezyonda artmış metabolik aktivite tutulumu saptandı. Sol akciğerde saptanan nodüle tanısal amaçlı transtorasik ince iğne biyopsisi yapıldı ve patoloji sonucu ön planda rabdoid menenjiom metastazı lehine yorumlandı. Hastaya kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MR)çekildi. Sol oksipitalde ekstraaksiyel mesafede yerleşimli yaklaşık 19x16 mm boyutunda nodüler görünüm (rezidü/nüks?) saptandı. Hasta beyin cerrahisi bölümüne danışıldı, medikal onkoloji ile beraber takip edilebilecek multidisipliner bir merkeze yönlendirilmesi önerildi. Hasta opere olduğu merkeze sevk edildi.



Resim 1. Hastaya ait radyolojik görüntüler.

Tartışma-Sonuç: Menenjiomlar genellikle iyi huyludur ve uzak metastazları nadirdir. Akciğer, menenjiom metastazının en yaygın bölgesidir, bunu kemikler ve karaciğer takip eder. Soliter pulmoner metastazdan daha sık çoklu pulmoner metastazlar şeklinde ortaya çıkar. Geçmişinde menenijiom öyküsü olan hastalarda ortaya çıkan özellikle çoklu akciğer nodüllerinde metastaz olasılığını akılda tutmak için olgumuzu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, Menenjiom, Metastaz

PS-223 Nadir Tümör Vakası: Vena Cava Süperior Sendromu Nedeni Olarak Timik Skuamöz Hücreli Karsinom

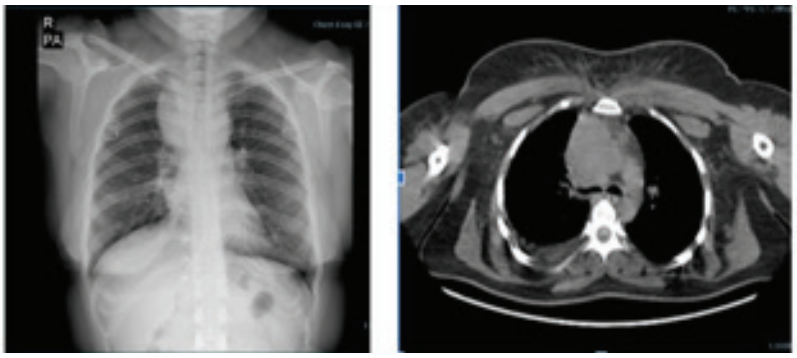
Canan Yılmaz[1], Efnan Koç[1], Hüsnü Baykal[1], Koray Aydoğdu[1], A. Füsun Ülger[1]

[1]Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Timik tümörler oldukça nadir görülen neoplazmlar iken anterior mediastende rastlanan kitlelerin %50'sini oluşturur, mediastende görülen en sık kanserlerdir. VCSS ile başvuran olgumuzu cerrahi materyalin histopatolojik incelemesiyle timik skuamöz hücreli karsinom tanısı alması ve oldukça nadir görülmesi nedeniyle sunmaktayız.

Olgu: 32 yaş, kadın hasta kuru öksürük ile başvurduğu merkezde posteroanterior akciğer filminde üst mediastende genişleme izlenmesi üzerine toraks bilgisayarlı tomografi çekilmiş ve sağ paramediastinal bölgeyi dolduran 75*60 cm parankime bası yapan kitle lezyonu saptanmış hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı tarafımıza yönlendirilmiş. Hastamızda ayırıcı tanıda lenfoma, tiroid ve paratiroid kitleleri, lipom, timik kitleler, sarkoidoz düşünüldü. Hastaya boyun USG yapıldı. Bilateral servikal zincirde büyüğü 15x8 mm boyutlu gruplaşan LAP görünümleri izlendi. Hastanın Flor-18 işaretli florodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografisi(PET)-BT'de, Sağ supra-subklaviküler, mediastende bilateral paratrakeal, prevasküler ve prekarinal dolduran yumuşak dokularda patolojik artmış metabolik aktivite tutulumu izlenmiştir(SUVmax:19.05).Sağ hemitoraks üst zon apikalde paravertebral alanda plevral/parankimal ayrımı yapılamayan ve mediastende tanımlanan yumuşak doku lezyonlarından sınırları seçilemeyen yumuşak doku lezyonunda patolojik metabolik aktivite tutulumu izlenmiştir (SUVmax: 15.75) karaciğerde 2 cm boyutunda hipodens lezyon (SUVmax: 13.75) mevcuttu. Kraniyal MR'da metastaz saptanmadı. Hasta göğüs cerrahisine tanısal işlem amaçlı danışıldı, sağ taraflı VATS yapıldı. Hastanın VATS ile kitleden elde edilen cerrahi materyal patolojisi immunhistokimyasal incelemede '' timik skuamöz hücreli karsinom'' şeklinde raporlandı. Hasta evresi T4N3M1b olması nedenli inoperable olarak kabul edildi. VCSS açısından radyasyon onkolojisine konsulte edildi, acil radyoterapi planlanmadı. Hasta medikal onkoloji önerileriyle karboplatin- paklitaksel başlandı.

Posteroanterior Akciğer Grafisi - PET-BT görüntüsü



Posteroanterior akciğer grafisinde üst mediastende genişleme izlenmektedir.

Tartışma-Sonuç: Timik tümörler içinde timoma ve timik karsinom epitelden köken alan en sık görülen subtipler olmakla birlikte timomalar daha yaygındır. Kliniğe öksürük, nefes darlığı, göğüs ağrısı, frenik sinir felci veya VCSS gibi lokal invaziv semptomlarla veya asemtomatik olarak yansıyabilir. Timik karsinomlar, Timoma ile karşılaştırıldığında, paraneoplastik sendrom ve miyastenia gravis nadiren bildirilmiştir, yüksek metastaz ve nüks oranları ile daha agresif bir klinik seyir gösterir. Olgumuz nadir görülen timik skuamöz hücreli karsinoma vurgu yapmak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Timik Skuamöz Hücreli Karsinom, Akciğer Kanseri, Vena Cava Superior Sendromu (VCSS), Lenfadenopati

PS-224 Olgu Sunumu: Kırık mı? Kanser mi?

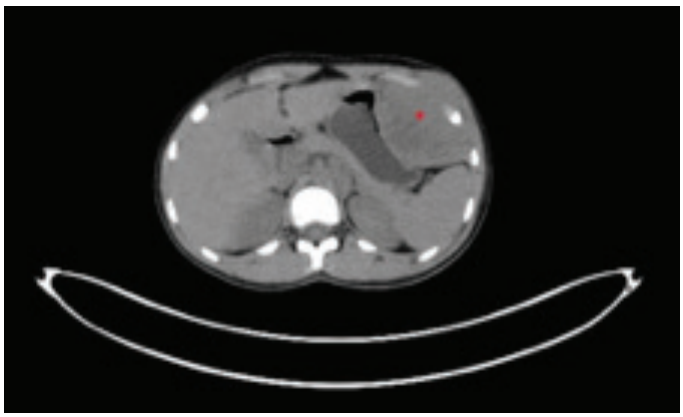
Mahmut Yıldız[1], İlyas Konuş[1], Metin Çelik[1], Edip Dedeoğlu[1], Orhan Kızılelma[1], Fatih Meteroğlu[1]

[1]Dicle Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Gelişmiş ülkelerde kanserlerin yalnızca %0,5'i 15 yaş altı çocuklarda görülür. Toplam kanser insidansı 15 yaş altında milyonda 70-160 arasındadır (1). Çocukluk çağı kanserleri ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde dördüncü en sık ölüm nedenidir. Rabdomyosarkom (RMS) embriyonik iskelet kası yönünde farklılaşma potansiyeli gösteren, fenotipik ve biyolojik özelliklerini taklit eden oldukça malign primitif bir mezenkimal tümördür. Bu olgu sunumumuzda göğüs duvarında kitle ile başvuran ve embriyonik rabdomyosarkom tanısı alan hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: On üç yaşında kız hasta. Acil servisten tarafımıza toraks travması olarak danışıldı. Yapılan fizik muayenede sol arkus kosta anterolateral kesimde immobil, sert şişlik palpe edildi. Akciğer grafisinde plevral efüzyon dışında belirgin bulgu izlenmedi. Çekilen kontrastlı toraks BT'de; sol akciğer etrafında massif plevral efüzyon ve sol göğüs ön duvarında kitle lezyonu izlendi. Kan tetkiklerinde anlamlı bulguya rastlanmadı. Hasta lenfoma ve malign mezenkimal tümör ön tanıları ile yatırıldı. Plevral mayi pleuracan katater ile drene edildi. Sıvıdan hemogram, biyokimya, kültür, sitoloji ve hücre sayımı amaçlı periferik yayma gönderildi. Kitleye tru-cut biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu Embriyonik Rabdomyosarkom olan hastaya PET-CT çekildi. PET-CT'de; 129x68 mm boyutundaki primer kitlede SUVmax:10,21 olup ayrıca hastada, sol sürrenal, vertebra, akciğer, plevra-perikard metastazları ve yaygın mediastinal-servikal lenf nodları mevcut idi. Hasta mevcut bulgularla inoperabl kabul edilerek definitif kemoradyoterapi açısından pediatrik onkolojiye yönlendirildi.

Kitlenin göğüs duvarındaki kısmı



Tartışma-Sonuç: Rabdomyosarkom çalışma grubu (IRS)'nun 2014 yılındaki çalışmasında tüm RMS'lerin yaklaşık %35- 40'ının baş veya boyun bölgesinden, %25'ten daha genito-üriner sistemden, %20'sinin ekstremitelerden, %10'unun gövdeden ve %10'unun diğer bölgelerden kaynaklandığı bildirilmiştir. Cerrahi tedavide amaç tümörün işlevsel ve kozmetik özellikleri gözetilerek, doku ve organ kaybı olmaksızın tam eksizyonudur (2). Bu tümörlerde cerrahi ve/veya radyoterapiden oluşan lokal tedaviye, sistemik kemoterapinin eklenmesi sağkalımı %20'den %70'lere çıkarmıştır (3). Sonuç olarak RMS'nin malign potansiyeli nedeniyle prognozu iyi olmadığından, erken tanı ve tedavi hayati önem taşımaktadır. Hastalarda öncelikle biyopsi ile doku tanısı konulmalı, radyoterapi ve/veya kemoterapi uygulandıktan sonra cerrahi eksizyon düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Rabdomyosarkom, Embriyonel, Travma, Göğüs Duvarı, Plevral Efüzyon

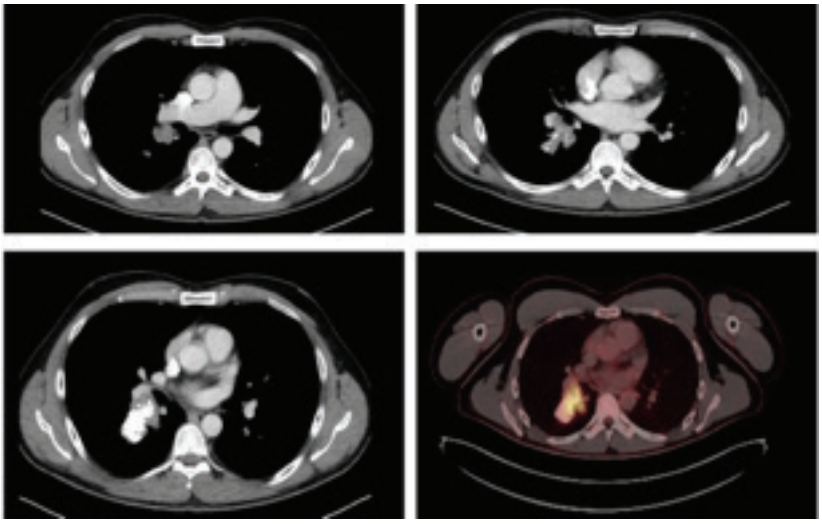
PS-225 Akciğerin Primer Sinovyal Sarkomu – Olgu Sunumu

Şükrü Egemen Demir[1], Erva Nur Özçankaya Keresteci[1], Ayşenur Ertaş[1], Kübra Ünal Karaca[1], Abdullah Kansu[1], Muhammed Emin Akkoyunlu[1], Mehmet Bayram[1]

[1]İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi

Giriş-Amaç: Primer pulmoner sinoviyal sarkom, nedeni bilinmeyen oldukça nadir bir tümördür. Tanı, metastatik göğüs dışı sarkom ve diğer primer akciğer maligniteleri dışlandıktan sonra konur. Akciğer grafisinde sağ alt lobda belirgin bir kitle ile başvuran erkek hastayı sunuyoruz.

Olgu: 37 yaşında, sigara içmiyor, ofis ortamında çalışıyor.2 gün önce aniden göğsünde baskı hissi sonrasında öksürükle kan tükürmüş. Nefes darlığı, ateş, öksürük, göğüs ağrısı şikayetleri olmamış. Hastanede BT çekilmiş. Akciğerde bir kitle saptanınca tarafımıza yönlendirilmiş. TORAKS BT: Sağda intermedier bronş distalinde, alt lob girişinde, bronş içine de uzanan, daha çok bronş etrafında lokalize, bronşu oblitere etmemiş, ortasında büyük kısmını dolduran pop-corn kalsifikasyon bulunan, yaklaşık 5-6 cm çaplı kitle saptandı. Bronkoskopide sağ alt lob girişinde, havalanmayı bozmayacak şekilde girişi daraltan, üzeri vaskülarize düzgün sınırlı lezyon izlendi. Punch biyopsi alındı, Patoloji incelemesinde örneklerin büyük kısmında yüzey mukozası altında gelişmiş iğsi hücrelerden oluşan sellüler mezenkimal neoplastik gelişim izlendi. Hücreler orta derecede atipi göstermekte olup, atipik mitotik figürler eşlik etmekteydi. Öncelikle mezenkimal kökenli malign tümör lehine düşünüldü. İmmünhistokimyasal inceleme sonucu: PanCK: Negatif CK7: Negatif, CK19: Negatif TLE-1: pozitif Bcl-2: Pozitif CD99: Pozitif S-100: Negatif Desmin: Negatif TTF-1: Negatif CD34: Negatif P40: Negatif, Ki67 proliferasyon indeksi: %25 Bu bulgularla hastada sinovyal sarkom düşünülmüştür" şeklinde raporlandı. PET/CT incelemesinde Sağ akciğer alt lob superior segment bronşundan sınırları ayırt edilemeyen, ana bronş orta kesimine kadar uzanan yaklaşık 5x3.5x4cm boyutlarındaki içerisinde multiplkalsifikasyonlar bulunan kitlesel lezyonda patolojik artmış 18F-FDG tutulumu izlenmektedir (SUVmaks: 9.9). Mediastende patolojik aktivite tutulumu gösteren lenf nodu izlenmemektedir. Tüm vücut diğer alanlarında tipik metastaz lehine patolojik artmış 18F-FDG tutulumu gösteren lezyon izlenmemektedir" şeklinde raporlandı. Hastaya akciğere sınırlı sinovyal sarkom tanısı ile sağ alt bilobektomi planlandı. Şu anda preoperatif hazırlıkları devam etmektedir.



Hastanın Görüntüleme Kesitleri

Tartışma-Sonuç: Akciğerin çok tümörleri arasında yer alan sinovyal sarkom akciğer kitlelerinde özellikle kalsifikasyon içeriyorsa ön tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sinovial Sarkom, Akciğer Sinovial Sarkomu

PS-226 Primer Akciğer Kanserine Eşlik Eden Trakeal Bronkus Olgusu

Musab Yeniköy[1], Denizhan Kılınç[1], Elif İlhan Sezer[1], Kuthan Kavaklı[1], Hakan Işık[1], Hasan Çaylak[1]

[1]SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Trakeadan kaynaklanarak akciğerin üst lobuna yönelen bronşial anatomik varyasyonlar trakeal bronş olarak tanımlanmaktadır. Çoğunluğu karinanın 2 cm proksimalinden ortaya çıkar ve genellikle asemptomatik seyrederler. Nadir görülen bu konjenital anomalinin akciğer kanseri ile birlikteliği ise literatürde olgu sunumları ile sınırlı olup 2018 yılına kadar 22 olgu bildirilmiştir. Bu çalışmada akciğer kanseri nedeniyle sağ üst lobektomi operasyonu esnasında intraoperatif olarak tespit edilen sağ trakeal bronkus olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Altmış dört yaşında erkek hasta. Öksürük ve aşırı balgam çıkarma şikayetleri ile müracaatı sonrası çekilen toraks tomografisinde sağ akciğer üst lobda yaklaşık 4x4cm ebatlarında kitleden ayırt edilemeyen infiltratif lezyon tespit edilmiş. Nekrotizan pnömoni ön tanısı ile antibiyoterapi başlanan hastanın yapılan bronkoskopik incelemesinde sağ akciğer üst lob girişini tama yakın tıkayan endobronşial kitle lezyonu gözlenmiş. Bronkoskopik biyopsi sonucu yassı epitel hücreli akciğer kanseri rapor edilen hasta kliniğimize sevki sonrası ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Evrelemeye yönelik yapılan tetkikleri sonrası T2bN0M0(Evre IIA) olarak kabul edilen hastaya operasyon kararı verildi. Sağ torakotomi ile sağ üst lobektomi planlanan hastanın operasyonu esnasında sağ apikal segment bronşunun karinaya yaklaşık 1,5 cm mesafeden çıkarak üst loba gittiği tespit edildi. Normal anatomik lokalizasyonda bulunan diğer segmentlere ait üst lob bronşu stapler ile ayrılırken trakeal bronkus yeterli mesafe olmaması nedeniyle manüel olarak kesildi. Trakeal açıklık primer olarak kapatıldı. Operasyon öncesi yapılan tetkiklerin geriye dönük incelemede trakeal bronşu düşündürür bulgu tespit edilemedi. Tomografide destrükte olmuş akciğer parankimi tarafından maskelenmiş olabileceği ve bronkoskopik incelemede gözden kaçmış olabileceğine karar verildi.

Üst lobektomi metaryalinde varyatif ve normal bronşial piyes güdükleri

Tartışma-Sonuç: Trakeobronşial konjenital anomalilerden olan trakeal bronşun kendisinin nadir görülmesinin yanında primer akciğer kanserinin eşlik ettiği trakeal bronş olguları da son derece nadirdir. Genellikle asemptomatik olmaları tespit edilmelerini zorlaştıran bir etken olsa da olgumuzda olduğu gibi akciğer kanserinin tanı ve evrelemesinde kullanılan tetkiklerde dahi gözden kaçabilmektedir. Operasyon esnasında yönetimleri güç olmayan sürprizler şeklinde karşımıza çıkabilecekleri unutulmamalı, akciğer rezeksiyonu sonrası potansiyel komplikasyon nedeni olmamaları için dikkatli davranılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Trakeal Bronş, Akciğer Kanseri, Trakeobronşial Konjenital Anomali

PS-227 Akciğer Kanseri Taramasında Volume Doubling Time (Bir Olgu Nedeniyle)

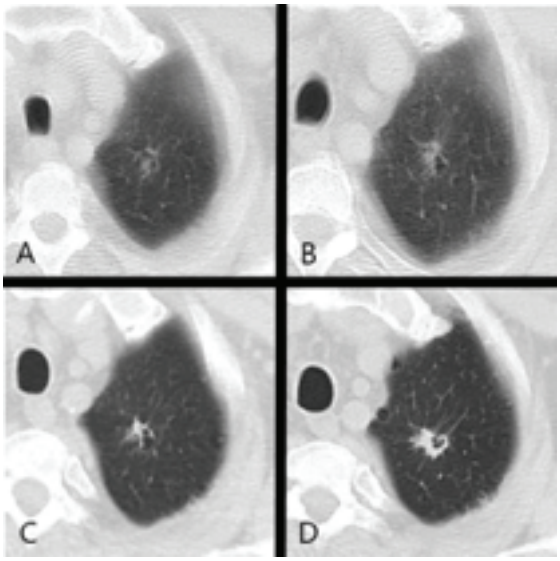
İbrahim Halil Üney[1]

[1]Hendek Devlet Hastanesi

Giriş-Amaç: Volume doubling time (VDT) diğer bir adlandırmayla hacim ikiye katlama süresi akciğerin primer kanserlerinin taramasında ve takibinde kullanılan önemli bir hacimsel parametredir. Daha uzun bir VDT, iyi huylu bir seyir önerirken, kısa bir VDT, daha agresif bir lezyonun göstergesidir. Çoğu çalışmaya göre, 400 günün altındaki VDT, yüksek bir malignite olasılığını gösterirken, 500 günün üzerindeki bir VDT, iyi huylu bir nodüle işaret edebilmektedir (1,2).

Olgu: 69 yaşında KOAH tanısı ile takipli erkek hasta, Covid 19 pandemisi nedeni ile düzenli kontrolü olmayan hastanın son dört yılda yaklaşık birer yıl aralıklarla çekmiş olduğu dört tomografide sol akciğer apeksteki lezyonun boyutunun zaman içindeki seyri dikkat çekmektedir. Dört yıl önce çekilmiş ilk tomografide sol akciğer apekste retiküler dansite artışı şeklinde izlenen lezyon (Resim 1A) bir yıl sonrasında buzlu cam dansitesi şeklinde izlenmekte idi (Resim 1B). İki yıl önceki görüntülerde ise lezyonun solid komponentinde belirgin artış olup hafif kaviteleşme eğiliminde olduğu izlendi (Resim 1C). Son çekilen tomografisinde ise lezyonun aksiyel boyutta minimal progresyon göstermesine rağmen solid ve kaviter morfolojide belirgin artış göstermekteydi (Resim 1D). Malignite şüphesi ile çekilen PET BT'de suvmax değeri 6,3 olması üzerine perkütan transtorasik akciğer biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucu küçük hücreli dışı karsinom olarak raporlandı. Olgunun VDT'si 4451 gün olarak hesaplandı.

Resim 1



Tartışma-Sonuç: Bir tümörün iki katına çıkma süresi, akciğer kanseri hastalarının prognozunda bağımsız bir faktör olduğu bilinmekte ve bu süre histolojik alt tiplerine göre önemli ölçüde değişmektedir (3). Lillington (4) çoğu benign pulmoner nodülün VDT'lerinin 450 günden fazla olduğunu, buna karşın malign lezyonlarda ise genellikle 400 günden az olduğunu belirtmiştir. Birçok çalışma buzlu cam komponenti baskın olan tümörlerin daha yavaş seyirli olduğunu, buna karşın solid komponentteki tümörlerin daha agresif seyrettiğini ortaya koymuştur (5,6). Olgudaki lezyonun özellikle aksiyel boyutunda yıllar içerisinde ciddi progresyon olmamasına rağmen morfolojisinde belirgin farklılıklar izlenmekteydi. Tümör taramalarında VDT'nin her ne kadar da yol gösterici bir faktör olduğunu bilsek de bu olgu bize tümörün morfolojisindeki değişikliklerin de yakından izlenmesi gerektiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Soliter Pulmoner Nodül, Tomografi

PS-228 Yeni Nesil Dizileme ile ALK (+) saptanan Akciğer Karsinom Olgusu

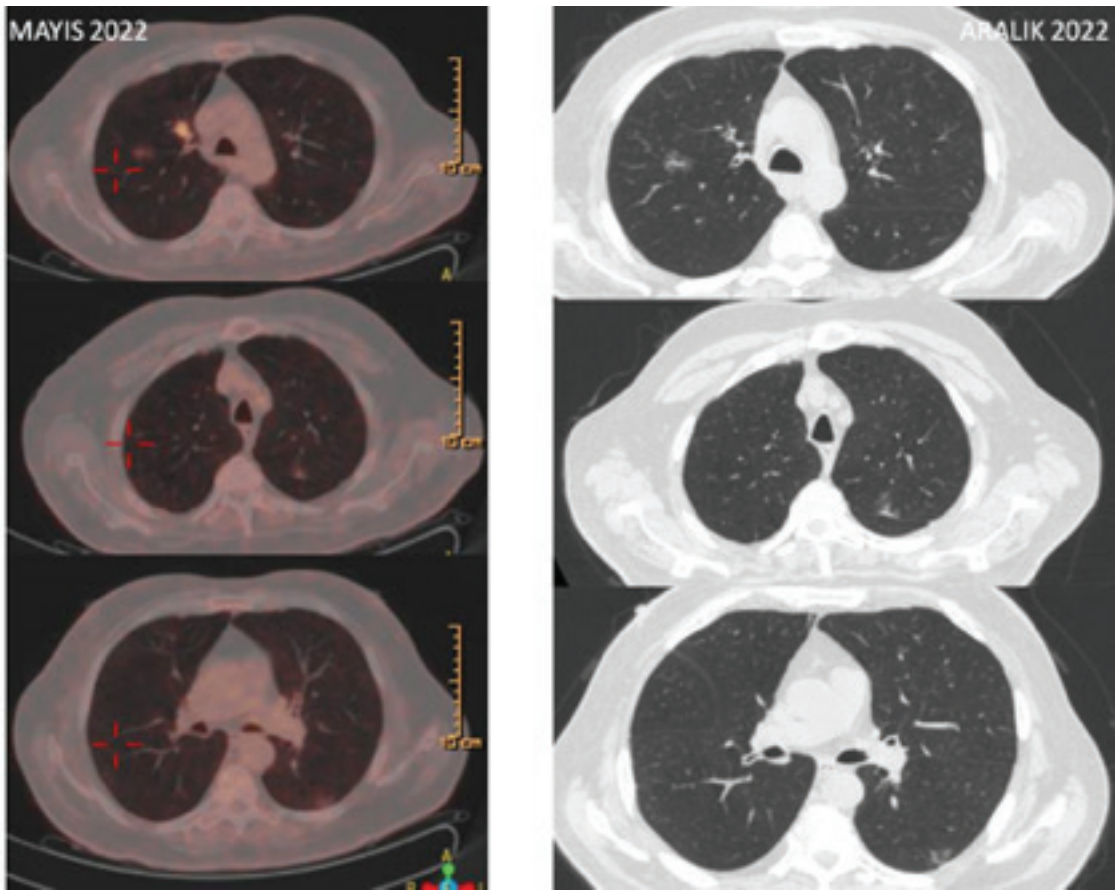
Kevser Kiraz[1], Gülistan Karadeniz[1], Berna Kömürcüoğlu[1], Pınar Gürsoy[2]

[1]Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Hastanesi
[2]Ege Üniversitesi

Giriş-Amaç: Hücre zarında bulunan bir tirozinkinaz inhibitörü olan Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK), hücre proliferasyonu ve yaşam süresi üzerine hücre lehine sürekli bir uyarı ile karsinogeneze katkıda bulunmaktadır. Akciğer adenokarsinomunda ALK pozitifliği %3-5 oranında görülmektedir. Bu mutasyonu saptamada; en sık Floresan İnSitu-Hibridizasyon (FISH) yöntemi kullanılmakta olup Yeni Nesil Dizileme (NGS), İmmun-HistoKimya (IHK) ve Ters-Transkripsiyon Polimeraz-Zincir-Reaksiyonu (rt-PCR) yöntemleri de kullanılabilmektedir. Hedefe yönelik tedavide kullanılan başlıca ALK-trozinkinaz inhibitörleri; Krizotinib, Alectinib, Brigatinib ve Lorlatinib'dir. Ailede akciğer adenokarsinom öyküsü olup buzlu cam nodülleri nedeniyle 2017'den beri takip edilen NGS yöntemi ile ALK (+) saptanan olgu nadir ve ilginç olması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: Altmışaltı yaşında erkek hasta 2017 yılında ses kısıklığı ve abisinde akciğer adenokarsinom öyküsü olması üzerine başvurdu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde multipl milimetrik buzlu cam nodülleri saptanan hastaya takip önerildi, ses kısıklığı için kulak burun boğaz polikliniğine yönlendirildi. Erken evre larinks kansinomu tanısı alan hastaya radikal radyoterapi uygulandı. 2018 ve Şubat 2020 takipleri stabil olan hasta pandemi döneminde takibe gelememişti. Kasım 2021'de kontrole gelen hastanın yeni çekilen toraks BT'de buzlu cam nodüllerinde progresyon olup takipte Mayıs 2022'de sağ üst lob, sol üst ve alt lobta bilateral multiple buzlu cam nodüllerinin haricinde sağ üst lobta 1,4cm pür soliter yeni nodül saptanmıştır. PET/CT'de FDG tutulumu olması üzerine transtorasik ince iğne biyopsi yapılıp 'Skuamöz hücreli karsinom' tanısı almıştır. Onkoloji konseyinde değerlendirilen hastanın multiple buzlu cam nodüllerinde progresyon olması, kardeşinde akciğer adenokarsinom öyküsü olması nedeniyle NGS ile mutasyon analizi bakılması ve Cisplatin-Gemsitabin kemoterapisi önerilmiştir. 2 kür kemoterapi sonrası sağ üst lobtaki pür soliter nodülde tam regresyon saptanması üzerine kemoterapi 4 küre tamamlanmıştır. Buzlu cam dansiteleri devam eden hastanın NGS sonucunda; 'ALK geninde L1122v gen mutasyonu Lorlatinib'e duyarlılık ile ilişkili olabileceği saptanmıştır' olarak raporlanmıştır. Medikal onkoloji tarafından değerlendirilen hastaya Lorlatinib 100mg 1x1 başlanmıştır.

Multiple Buzlu Cam Nodülleri



Kemoterapi öncesi ve sonrası multiple milimetrik buzlu cam dansiteleri

Tartışma-Sonuç: Aile öyküsü olan ve akciğerde nodülleri olan hastalarda, NGS yöntemi ile aynı anda birçok mutasyonun bakılabilmesi avantaj sağlamaktadır. Mutasyon saptanan hastalarda hedefe yönelik tedaviler önerilir.

Anahtar Kelimeler: Anaplastik Lenfoma Kinaz (ALK), Yeni Nesil Dizileme (NGS), Lorlatinib, Buzlu Cam

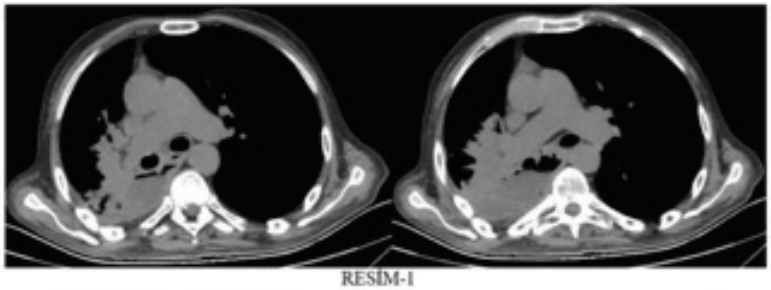
PS-229 Nadir Görülen Bronko-Özefageal Fistül Vakası

Sefa Murat Devran[1], Ramazan Şahin[1], Barış Demirkol[1], Ayşe Bahadır[1], Mehmet Akif Özgül[1], Sibel Yurt[1]

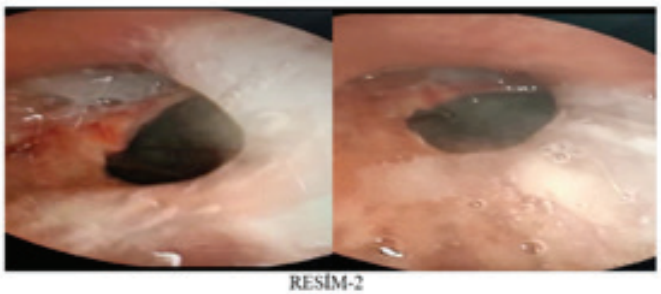
[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: BÖF (Bronko-özefageal fistül) bronş ve özofagus arasında anormal bağlantı olmasıdır, oldukça nadir rastlanan ve TÖF'e (trakea-özefageal fistül) kıyasla daha az görülen ve yaşamı tehdit eden bir durumdur. Konjenital veya edinsel olabilir. En sık nedeni maligniteler olmakla birlikte bu tabloya sebep olabilen bening nedenler; toraks cerrahisi, silikozis, yabancı cisim yutma, bronkojenik kist ve konjenital anomalilerdir. Maligniteler içinde ise özefagus kanserinde %5-15 görülebilirken, bronkojenik kanserde ≤ %1görülür. Oldukça ender görülen bir klinik tablo olması nedeniyle vakamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: 61 yaş erkek hasta 1 aydır artan öksürük, beslenememe şikayetleriyle başvurdu. 5 yıl önce skuamöz hücreli akciğer kanseri tanısı almış KT, RT görmüştü.3 yıl önce nüks nedenli tekrarlayan KT öyküsü bulunan hastaya 1 ay önce tekrar KT başlanmış ancak gelişen pnömoni nedenli KT'ye ara verilmişti. Fizik muayenesinde sağ hemitoraks bazalde solunum sesleri azalmıştı. Laboratuvar incelemede CRP:60mg/L Sedim:53mm/saat Hgb:10g/dL dışında normaldi. Toraks BT incelemede: Sağ ana bronş orijininden hemen sonra oklude görünümdedir. Sağ akciğer üst lob superiorunda, orta ve alt lobunda hava bronkogramların eşlik ettiği konsolidasyonlar izlenmiş ve bronkoskopi ile değerlendirme önerilmiştir. (Resim-1) Yapılan FOB ile sağ intermedier bronş distalinde, yuvarlak şekilli, yaklaşık 1-1,5cm çapında, özefagus ile ilişkili açıklık görüldü. Orta lob yarık şeklinde daralmış ve bol pürülan sekresyon mevcuttu (Resim-2) Endoronşial ve özefageal stent için uygun bulunmayan, perkütan jejunostomi planlanan hasta takibinde pnömosepsis nedenli ex oldu.



RESİM-1



RESİM-2

Resim 1-2. Olgunun BT Toraks ve Bronkoskopi görüntüleri.

Tartışma-Sonuç: Malign bronko-ozefageal fistüllerde sağkalım oldukça kısadır. Medyan sağkalım süresi yaklaşık 5 hafta olarak bulunmuştur. Kemoterapi ve radyoterapi, sağkalım süresini uzatan faktörler olarak araştırılmış ve medyan sağkalım süresini hafifçe uzattıkları gözlenmiştir. Özofagus eksklüzyonu kendi başına yeteri kadar başarılı olamamış ama gastrik ya da kolon baypas operasyonuyla medyan sağkalım 77 güne çıkabilmiştir. Mortalitenin birinci sebebi bizim hastamızda olduğu gibi pnömosepsis olarak gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Gastro-Özefageal Fistül, Pnömosepsis, Trakea-Özefageal Fistül

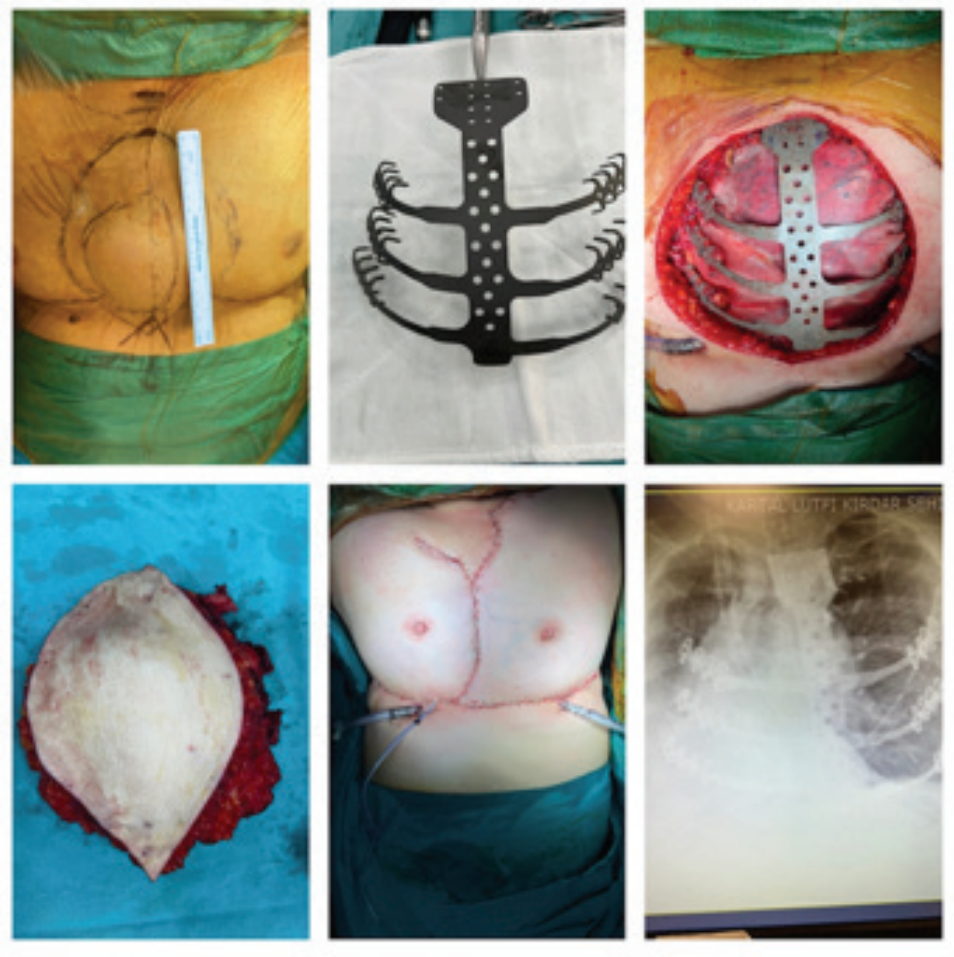
PS-230 Kişiye Özgü 3D Titanyum Plak İle Göğüs Duvarı Rezeksiyonu + Rekonstriksiyonu

Fatma Tuğba Özlü[1], Attila Özdemir[1], Mahmut Talha Doğruyol[1], Mesut Buz[1], Rıza Berk Çimenoğlu[1], Recep Demirhan[1]

[1]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Göğüs ön duvarında kondrosarkom tanılı hastamızın onkolojik cerrahi sınırlar dahilinde tam kat göğüs duvarı rezeksiyonu sonrasında kişiye özgü geliştirdiğimiz titanyum implant ile rijit rekonstriksiyon deneyimimizi paylaşmak istedik.

Olgu: 68 yaşında kadın hasta göğüs ön duvarında şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede göğüs ön duvarında sternum alt ucunda 5x10cm boyutlarında kitle mevcuttu. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) dekstrokardi+sağ alt lob bronşektazi+sternum alt ucunda ciltten kabarık 6x8 cm kitlesel lezyon saptandı. Hastaya yapılan tanısal insizyonel biyopsi sonucu kondrosarkom olarak raporlandı. Evreleme amaçlı çekilen PET BT'de uzak organ metastazı saptanmadı. Operasyon öncesi 3 boyutlu toraks BT çekilerek kişiye özgü 3D printer yardımı ile titanyum implant hazırlandı. Hastada tam kat göğüs duvarı rezeksiyonu sonrası parsiyel sternum ve 2-5. kotlar 4 cm laterale kadar rezeke edildi. Akciğer ve titanyum plak arasına kompozit mesh konulup prolen suturler ile tespit edildi. Titanyum plak manibrum sterni ve kotlara sabitlendi. Plastik cerrahi ekibi tarafından latissimus dorsi kas flebi getirilerek doku defekti rekonstrikte edildi. Operasyon esnasında çalışılan frozen sectionda tümör cerrahi sınrlarının negatif olduğu teyit edildi. Hasta postoperatif entübe olarak yoğun bakıma alındı. Hastanın dekstrokardi+bronşektaziye bağlı sekresyon stazı nedeniyle mekanik ventilatörden ayrılması zor oldu. Hastaya yoğun bakım ünitesinde trakeostomi açıldı. Homevent ile serviste bir süre takip edilen hasta şifa ile taburcu edildi.



Göğüs duvarı tümörü perioperatif görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Tam kat geniş göğüs duvarı rezeksiyon ve rekonstriksiyonu, multidisipliner yaklaşım gerektiren ve deneyimli kliniklerin başarı ile uygulayabileceği yöntemlerdir. Bu konuda 3D printing yöntemi ile hazırlanan implantların artan klinik tecrübeler sayesinde ideal olan rijit protezlerin şekillendirilmesinde önemli bir basamak olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Göğüs Duvarı, Malignite, 3D

Poster Bildiri Oturumu 11: Astım-Alerji, KOAH ve Pulmoner Rehabilitasyon

PS-231 Ağır Astım ve Kronik Eozinofilik Lösemili Hastamız

İsmet Bulut[1], Zeynep Yegin Katran[1], Ali Burkan Akyıldız[1]

[1]SBÜ, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Alerji ve İmmünoloji Kliniği

Giriş-Amaç: Ağır astım, astım hastalaerı içerisinde az bir grubu oluştursa da tedavi maliyetleri daha fazla ve tedavi yönetimi daha zordur. Biz de ağır astım nedeniyle refere edilen hastamızda ileri tetkikleri sırasında tanı konulan ek hastalığı kronik eozinofilik lösemi sürecini ve tedavi yönetimini paylaştık

Gereç ve Yöntem: 36 yaş, kadın hasta. Şikayetler: Nefes darlığı, özellikle eforla. Öksürük, geniz akıntısı, sabah karşı artan ve bazen gece uyandıran nitelikte. Dönemsel olarak burun tıkanıklığı ve akıntısı. Tarafımıza refere edildiğinde budesonid+ formmaterol+ tiotropium kullanmakta ona rağmen sık sık acil başvruusu ve prednol kullanımları mevcuttu.

Bulgular: Laboratuvarında eoz: 6900 (%45) idi. Hastanın toraks bt sinde yer yer buzlu cam alanları mevcuttu. Hematoloji muayenesinde kemik iliği biyopsisinde eozinofilik seride belirgin artış mevcuttu. PDGFRB somatik mutasyon (+). Romatolojik değerlendirmesinde ana ena, anca paneli negatifti. Hematoloji de Kronik eozinofilik lösemi nedeniyle imatinib+ prednol başlandı. Astım nedeniyle yakınmaları kontrol altına alınamayan hastaya önce anti IgE omaqlizumab daha sonra mepolizumab başlandı. Hasta 34 ay omalizumab aldı daha sonra kontrol başta sağlansa da sonra bozulunca mepolizumaba geçildi. Şu an sıkıntısızı tedavisine devam edilmektedir.

Tartışma-Sonuç: Ağır astımda mutlaka komorbiditelerin iyi incelemesi ve yönetilmesi gerekmektedir.

PS-232 Astım Atakta Nadir Bir Komplikasyon Pnömomediastinum

Hatice Çetindoğan[1], Ayşe Berna Apan[1]

[1]Dr. Ersin Aslan Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pnömomediastinumun en yüksek prevalansının yaşamın ikinci ila dördüncü dekatlarında ortaya çıktığını bildirmektedir. Pnömomediastinum gelişme riskini artıran predispozan faktörleri yansıtır. Bunlar travma, dalış, kokain inhalasyonu, yorucu fiziksel efor ve astım gibi obstrüktif akciğer hastalıkları insidansının daha yüksek olmasını içerir. Astım alevlenmelerinde meydana geldiği gibi belirgin zorlu inhalasyon, akciğerde mekanik travmaya yol açarak pnömomediasten gelişimine neden olabilir.

Olgu: 19 yaş erkek hasta şiddetli öksürk sonrasında boyunda şişlik, nefes darlığı, göğüs ağrısı ile acile başvurmuştur. Vitallerinde satürasyon :89 solunum sayısı:30 nb:120 ta:120/60 fizik muayenesinde: takipneik, yaygın krepital ral, solunum sesinde monofazik ronküs duyulmaktaydı. Bilinen astım öyküsü mevcut. Laboratuvar parametrelerinde crp:33 mg/l, wbc:16 bin dışında özellik arz etmiyordu. Paac subkutan amfizem olması üzerine çekilen toraks bt de bilateral servikal alandan başlayan süperior mediastende devam eden ve subkarinal periösefagial alana kadar uzanan retrosternal alanda yoğunlaşan yaygın mediastinal amfizem olması üzerine yoğun bakıma yatışı verildi. Rezervuarlı o2 desteği başlandı. Ampirik geniş spektrumlu antibiyoterapi-meropenem, linezolid başlandı. Prendol 80 mg başlandı. Satürasyon düşüklüğü derin olması 15lt /dk satürasyon: 99. Trakeal laserasyon açısından fob yapıldı. Trakeal laserasyon gözlenmedi. Ekstratorasik –üst gis patolojiler açısından kulak burun boğaz kliniği ve gastroenteroloji kliniğine danışıldı. Boyun bt alındı. Gastroenteroloji kliniğince endoskopi yapıldı. Özefagus rüptür, yabancı cisim gözlenmedi. boyun btde larenks posteriorında hipodens görünüm olması üzerine kulak burun boğaz kliniği endoskopi yapıldı. Abse görünüm, laserasyon, yabancı cisim gözlenmedi. Yoğun bakım yatışında 5. Günde oda havasından takip edilmesi, akciğer grafisinde amfizem alanları gerilemesi üzerine servise alındı.3 gün servis takip sonrasında taburcu edildi. Amprik antibiyoterapi reçete edilip göğüs hastalıkları pol kontrol önerildi. İnhaler düzenlendi.

GELİŞ PAAC

Tartışma-Sonuç: Künt travma, iyatrojenik yaralanma, özofagus perforasyonu (boerhaave sendromu), valsalva manevrası (örneğin, çocuk doğum), ağır egzersiz, bağırma, barotravma (dalış, entübasyon), kokain inhalasyonu, astım alevlenmeleri, koah ve interstisyel akciğer hastalığının tümü pnömomediastinuma neden olarak tanımlanmıştır. Travma öyküsünün olmaması, yabancı cisim olmaması, herhangi bir abse, girişimsel işlem olmayan hastanın astım tanısı olan genç erkeklerde şiddetli öksürük sonrasında pnömomediastinum gelişebileceği üzerine akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Astım, Pnömomediastinum, Laserasyon, Öksürük

PS-233 Nadir Rastlanılan Hastalıklarda İlaç Alerji Öyküsü: Primer Siliyer Diskinezi ve Beta Laktam Alerji Birlikteliği

Seçil Taşyürek[1], Ravza Bayraktar Barın[1], Özge Atik[1], Fatma Merve Tepetam[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alerji ve İmmünoloji Kliniği

Giriş-Amaç: Primer siliyer diskinezi (PSD), silyaların motilitesinde bozulmaya bağlı kronik üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları ile karakterize; klinik ve genetik olarak heterojen bir hastalıktır. Hastalığın prevalansı 1/4000 -1/50.000 olup, akraba evlilikleri nedeniyle bu oranın arttığı bilinmektedir. PSD tanısı; rinit, otitis media, öksürük, sinüzit, tekrarlayan bronşit gibi sağlıklı bireylerde de görülebilen bulgular nedeniyle erişkin döneme kadar gecikebilmektedir. PSD tanısı; kliniği, aile hikayesi olan hastaların balgam kültürü sonuçları, radyolojik bulguları, nNO düzeylerinin ölçümü, yüksek hızlı video mikroskopide silya hareketinin değerlendirilmesi, genetik inceleme ile konulur. Bu posterde literatürde daha önce ikisi bir arada görülmeyen, PSD hastasında betalaktam ilaç reaksiyonunu sunmak istedik.

Olgu: 18 yaşında kadın hasta alerji ve immunoloji kliniğine ilaç alerjisiyle başvurdu.9 aylıkken otit atakları sık tekrarlayan pnomoniyle birçok kez hastaneye yatış öyküsü mevcuttu. Anne babası akraba evliliğiydi, sık otit ve asye atakları ve akciğer tomografisinde buzlu cam manzarası ve bronşektazi olması nedeniyle 11 yıl önce pediatri kliniğinde RSPH4A mutasyonu homozigot pozitif bulunmuş. situs inversus totalis eşlik etmiyordu. Hastada hafif düzeyde iletim tipi işitme kaybı mevcuttu, günlük solunum egzersizi (flutter) uygulamaktaydı. 5 yıl önce asye nedeniyle seftriakson ıv tedavisi başlandıktan yarım saat sonra ellerde ayaklarda güç kaybı, ürtiker anjıodem öyküsü mevcuttu .1 yıl önce de asye nedeniyle piperasilin+tazobaktam tedavisi ıv uygulandıktan 1 saat sonra nefes darlığı boyunda kızarıklık ürtiker olmuş. balgam kültüründe h.influenza (ampisilin dirençli,trimetoptim+sulfametaksazol duyarlı) görüldü, hastaya dap testi önerildi ancak reddetti. Hastaya alternatif antibiyotik olarak levofloksasin, klaritromisin bulundu. Beta laktam grubu ilaçlarla acil ihtiyaç olması durumunda desensitizasyon planlandı

Tartışma-Sonuç: İmmunyetmezlik hastalarında antibiyotik proflaksi ve tedavi gerekliliği açısından ilaç alerjisi durumunda, hastalar mutlaka alerji ve immunoloji kliniğine yönlendirilmelidir. Bu hastalara reaksiyon olan ilaç grubu dışında alternatif antibiyotik testi planlanması ve gereğinde reaksiyon olan antibiyotikle desensitizasyon planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Primer Siliyer Diskinezi, Beta Laktam Duyarlılığı

PS-235 Sir Ağda Alerjisi ile İlaç Alerjisi Arasındaki İlişki

Leyla Çevirme[1], Özge Atik[1], Fatma Merve Tepetam[1], İsmet Bulut[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Analjezik intoleransı, asetilsalisilik asit veya diğer nonsteroid antienflamatuar ilaçları aldıktan sonra birkaç saat içinde gelişen bronkospazm, anjionörotik ödem, ürtiker, rinit veya anaflaktik şok veya bunların çeþitli kombinasyonlarından oluşan bir klinik tablodur. Asetilsalisilik asit ilaçların dışında günlük hayatta sık kullanılan kozmetik ürünlerde ve besinlerde de bulunmaktadır. Sir ağdalarda, günlük losyonlarda, besinlerden domates, çilek, biber, kuru üzüm, böğürtlen, zeytin, zerdeçal, hardalda yüksek miktarda(>1mg) salisilat bulunmaktadır. Bu vakamızda daha önce çoklu ilaç alerji öyküsü olan hastamızda sir ağda uygulama sonrası gelişen ürtiker reaksiyonunu anlatmak istedik.

Olgu: Vaka 20 yaşında kadın hasta daha önce deksketoprofen kullanımından sonra ürtiker, klaritromisin sonrası kaşıntı tariflemekteydi. Bu nedenle alerji ve immunoloji kliniğinde güvenli alternatif ilaçlar olarak nimesulid ve levofloksasin bulunmuştu. Hasta kuaförde adını bilmediği sir ağda uygulamasının koluna uygulandıktan 5 dakika sonra ürtiker görünümünde kızarıklık, kaşıntılı kabarıklık olması üzerine acil servise başvurmuş. Acil poliklinikten tarafımıza konsulte edildiğinde fotoda görüldüğü üzere hastanın akut ürtiker olduğu görüldü. (Foto 1)Daha önce aspirin ile reaksiyon olmadığını belirten hastada besinlerden domates ,çilek gibi besinlerle de başka zamanlarda kaşıntı olduğu öğrenildi. Hastadan istenen laboratuvar tetkiklerinde patoloji görülmezken antihistaminik tedavisi verildi. Antihistaminik sonrası ürtikeri gerileyen hastaya aspirin ve diğer nsai ilaçları kullanmaması ve salisilik içeren gıda ve kozmetik ürünleri kullanmaması önerildi.

Sir ağda sonrası oluşan kolda ürtiker görünümü

Tartışma-Sonuç: Analjezik duyarlılığı olan hastalarda asetil salisilik asit duyarlılığı da çapraz reaksiyon olarak ortaya çıkabileceği için bu hastalarda aspirin kullanımı konusunda uyarılması, ayrıca kozmetik ürünler ve besinler içinde de salisilik asit olabileceği için bu ürünler ile temas sonrası alerjik reaksiyon tarifleyen hastalar alerji ve immunoloji kliniklerine yönlendirilmeli ,analjezik intoleransı açsından tetkik edilmelidir

Anahtar Kelimeler: Salisilik Asit Alerjisi, Nsai Duyarlılık, Sir Ağda Salisilik Asit İlişkisi

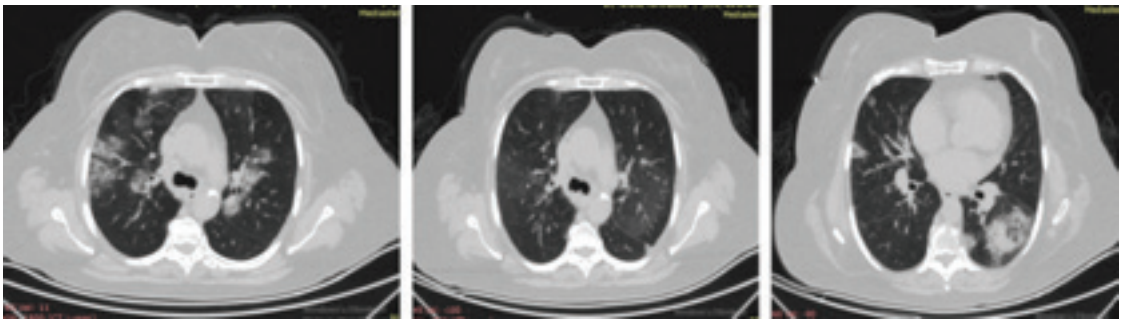
PS-236 Toraks Bilgisayarlı Tomografide Gezici İnfiltratları olan Zor Astım Olgusu

Hanife Şahin[1], Derya Gündöner[1], Binnaz Zeynep Yıldırım[1], Elif Tanrıverdi[1], Erdoğan Çetinkaya[1]

[1]SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Önceleri Churg-Strauss sendromu (CSS) olarak adlandırılan Eozinofilik Granulomatöz Polianjit (EGPA) kronik rinosinüzit, astım ve belirgin periferik kan eozinofilisi ile karakterize multisistemik hastalıktır. EGPA, küçük ve orta boy damarları etkileyen vaskülit olarak sınıflandırılsa da vaskülit genellikle hastalığın başlangıç evrelerinde belirgin değildir. Hastalık 30-50 yaş arası erişkinlerde görülür.

Olgu: Nefes darlığı yakınması ile acil servisimize başvuran 60 yaşında kadın hasta verilen astım atak tedavisine rağmen şikayetleri gerilememesi üzerine interne edildi. Hastanın hikayesinde penisilin alerjisi ve astım tanısı mevcuttu, yaklaşık 7 yıldır kombine bronkodilatö tedavi kullanıyordu. Fizik muayenesinde bilateral ekspiratuar ronküslelri mevcuttu. Cilt lezyonu yoktu. Laboratuvar bulgularında CRP:34 olması dışında biyokimya normaldi. Hemogramında WBC:17 bindi, %32 eozinofil hakimiyeti mevcuttu. Covid PCR testi negatifti ve covid semptomları yoktu. Total IgE :1827 idi. P-ANCA, C-ANCA, gaitada parazit testi, aspergillus için deri prick testi negatifti. Tomografisinde bilateral buzlu cam dansiteleri izlendi. 3 hafta önceki BT'ye göre buzlu cam alanlarının yer değiştirdiği görüldü. Sol akciğer alt lobdan yapılan bronkoalveolar lavajda polimorf nüveli lökositler %73, makrofaj %17, eozinofil %8, lenfosit %2 idi. Paranazal tomografide kronik sinüzit saptandı. Hastanın EMG'sinde polinöritis mültipleks yoktu. Hasta uzun süredir astımı olması, kan ve BAL'da eozinofili varlığı, kronik sinüzit ve gezici pulmoner infiltrasyonu olması nedeni ile EGPA kabul edildi. Hastaya 40 mg ıv metilprednizolon başlandı. Steroid tedavisine yanıt veren hasta oral tedavi ile taburcu edildi, takibi devam etmektedir.



Resim 1'de hastanın ilk yatış tomogrfaisinde bilateral buzlu cam alanları görülmektedir. Resim 2'de takibinde çekilen tomografide aynı alanlarda buzlu cam görünümleri regrese iken yeni gelişen alanlar Resim 3'de izlenmektedir

Tartışma-Sonuç: American Collage of Rheumatology (ACR), EGPA tanısı için 6 kriter belirlemiştir. Bu kriterlerden dördü veya daha fazlasının varlığı, EGPA için yüzde 85'lik bir duyarlılığa ve yüzde 99,7'lik bir özgüllüğe sahiptir. Bu kriterler:1) Astım 2) Periferik kanda %10'un üzerinde eozinofili 3) Paranazal sinüzit 4) Pulmoner infiltrasyon (sabit olmayan) 5) Ekstravasküler eozinofillerle karakterize vaskülit tablosu 6) Mononöritis multipleks veya polinöropati. Uzun süreli astım tanısı olan, yüksek kan eozinofilisi ve sinüzit tablosu ile gelen hastalarda EGPA ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Eozinofili, Astım, Sinüzit, Eozinofilik Granulomatöz Polianjit

PS-237 Dilde İzole Anjioödemde İlginç Tanı: Nervus Hipoglossus Sinir Felci

Dilek Yavuz[1], Özge Atik[1], Fatma Merve Tepetam[1], Ravza Bayraktar Barın[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Anjioödem (AÖ) genellikle subkutan dokuda belirginleşen, ayrıca solunum ve gastrointestinal sistem submukozal tabakasında geçici, lokalize ödem ile karakterize bir hastalıktır. AÖ, vücudun herhangi bir yerinde görülse de en çok ekstremiteler, yüz, genital organlar, hava yolları ve gastrointestinal sistemde görülür. Alerjik AÖ ürtiker ile ilişkilidir. Anjioödem, edinsel olarak, özellikle geç yaşlarda lenfoproliferatif ve malign hastalığı olanlarda ya da c1 inhibitöre karşı otoantikor gelişenlerde görülebilir. Yine antihipertansif olarak kullanılan anjiotensin converting enzim inhibitörleri (ACE -I) ile ilişkili olarak anjioödem gelişebilmektedir. Bazı anjioödem gelişen hastalarda neden tam olarak gösterilemeyebilir. Bu durumlarda ayrıntılı anamnez alınması çok önemlidir. Bu çalışmada dilde izole asimetrik anjioödem olan hastada nervus hipoglosus hasarı olduğu sunulmuştur.

Olgu: 50 yaşında kadın hasta 4 ay önce başlayan kalıcı olarak dilde arka sağ kısmında asimetrik izole anjioödem olması üzerine alerji ve immunoloji kliniğine başvurdu. (foto1)Hastanın alınan anamnezinde ürtiker eşlik etmiyordu. Ace inhibitörü, asetil salisilik asit, nonsteroid antiinflamatuar ilaç alımı öyküsü ya da besin alerji öyküsü tariflemiyordu. Yapılan tetkiklerinde izole anjıoodem açısından c4, c1 esteraz inhibitörü ve fonksiyonu normal aralıkta görüldü. Diyabet tanısıyla sitagliptin kullandığı için hastanın bu tedavisi stoplanması önerildi. Ancak hastanın sitagliptin tedavisi stoplandığı halde hiçbir şekilde asimetrik anjıoödemin gerilemediği görülmesi üzerine anamnezi ayrıntılı olarak tekrar alındığında 4 ay önce tiroid operasyonu olduğu öğrenildi. Kulak burun boğaz hekimine konsulte edilen hastanın tiroid operasyonu sonrası n.hipoglossus sinir hasarına bağlı kalıcı anjıoodem olduğu raporu alındı.

Dilde izole asimetrik kalıcı anjioödem

Tartışma-Sonuç: İzole anjioödem hastalarında alerji ve immunoloji kliniklerinde herediter anjıodem açısından tetkik edilirken ayrıca kullandığı ace inhibitörü, dpp-4 inhibitörleri, östrojen içeren oral kontraseptifler gibi ilaçlar sorgulanmalıdır. Histamin aracılı anjıoodemler 24-48 saat, bradikinin aracılı anjıoodemler en fazla 7 gün sürerken, 7 günden uzun süren anjioödem vakalarında tümörlere bağlı bası etkisi, geçirilmiş operasyonlara bağlı sinir hasarı gibi tanılar da ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Anjioödem, Dilde İzole Anjioödem, Sinir Felcine Bağlı Ödem, Tiroid Operasyonu Komplikasyonu

PS-238 Nadir Görülen İlaç Alerji Öyküsü: Linagliptin Sonrası Gelişen Bradikinin İlişkili Anjioödem

Özge Atik[1], Fatma Merve Tepetam[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Anjioödem, mukoza ve cildin alt tabakasında bulunan kapillerlerden artmış plazma sızmasına bağlı oluşan lokal, enflamatuar olmayan ve kendini sınırlayan bir ödem türüdür. Anjioödem vakalarının çoğundan histamin ve bradikinin adlı mediatörler sorumludur. Bu mediatörlere göre, anjioödem sıklıkla histamin ve bradikinin aracılı anjioödem olarak sınıflandırılır. Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar, asetil salisilik asit, antibiyotikler daha çok histamin aracılı anjioödeme neden olurken,ace inhibitörler,-dpp-4 inhibitörleri, valsartan sacubutril, tamoksifen gibi ilaçlar ise bradikinin aracılı anjioödeme neden olurlar. Bu çalışmamızda dpp-4 inhibitörlerinden linagliptin kullanımı sonrası gelişen bradikinin aracılı anjiödem olgusunu anlatmak istedik.

Olgu: 57 yaşında kadın hasta 4 yıldır diyabet tanısıyla linagliptin tedavisi alırken 2 ay önce ilacı aldıktan 8 saat sonra gelişen yüzde, ellerde şişme anjıoödem ve ekimoz, yutkunmada zorluk ile acil polikliniğe başvurmuş. Anamnezinde diyabet ilacı dışında ek ilaç kullanımı (ace inh, arb,n sai, antbiyotik) yoktu. Larenks ödemi olan hastaya acilde adrenalin, feniramin, prednizolon tedavisi uygulanmasına rağmen anjiodem gerilemediği için alerji ve immunoloji kliniğimize konsulte edildi. Hastaya antihistaminikten fayda görmemesi nedeniyle kullandığı ilaçlar sorgulandığında dpp -4 inhibitörü olan linagliptine sekonder bradikinerjik anjiödem düşünülerek c1 esteraz inh 1*2 flkn 1000ıu ıv uygulandı, larenks ödemi geriledi ve hasta hastanemiz ybüde extübe olarak 3 gün takibe alınıp taburcu edildi. Hastanın linagliptin tedavisi stoplanması sonrası eldeki ödemden cilt biyopsi alındı ve cilt biyopsi sonucunda belirgin hiperkeratoz, fokal hipergranülozis, epidermisde spongioz, dermiste konjesyone vasküler yapılar, belirgin eritrosit ekstravazasyonu, retiküler liflerde dejenarasyon görüldü. İlaç reaksiyonu ile uyumlu bulundu. Hastadan bradikinerjik anjioödem açsından c3, c4, c1 esteraz inhibitör düzeyi, fonksiyonu istendi ve sonuçları normal aralıkta görüldü. Hastanın linagliptin tedavisi stoplandıktan sonra tekrar anjiödem atağı olmadı, alerji ve immunoloji kliniğimizde ilaçsız olarak takibe alındı.

Hastanın yüzünde ekimotik anjioödem görünümü.

Tartışma-Sonuç: Dipeptidil peptidaz inhibitörleri (Dpp-4 inhibitörleri) diyabet tedavisinde hipoglisemi riski olmaması açısından sık kullanılan ilaçlardandır. Bu ilaçların yan etkisi olarak, hastaların %1'inde ürtiker ve/veya yüz ödemi (anjioödem) görülebilir ve ilacın kesilmesi gerekir. Acilde çalışan hekimler ve diğer branş hekimlerinin bilinçlendirilmesi amacıyla yazılan bu posterden de anlaşılacağı üzere antihistaminiğe ve adrenaline yanıt alınamayan anjiödem vakalarında bradikinin ilişkili anjiodem akla gelmeli ve bradikinerjik anjiodeme neden olan ilaçlar hastalarda mutlaka sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dpp-4 İnhibitörleri Anjioödem, Bradikinin İlişkili Anjioödem, Gliptinlere Bağlı Anjioödem, İlaç Alerjisi

PS-239 Ender Bir Pulmoner Anomali: N-ERD ve Bronkosel Birlikteliği

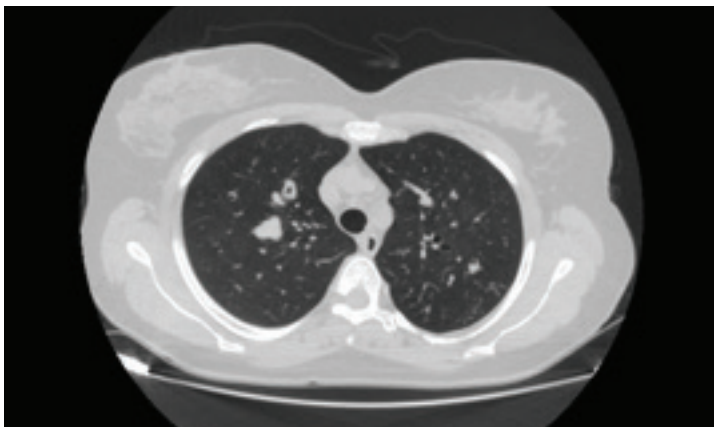
Meltem Eşsiz[1], Barış Bulut[1], Turan Acıcan[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D.

Giriş-Amaç: Avrupa'da yaygın olarak nonsteroid antiinflamatuar ilaç (NSAID) ile şiddetlenen solunum yolu hastalığı (N-ERD (NSAİD-exacerbated respiratory disease)) olarak adlandırılan aspirinle şiddetlenen solunum yolu hastalığı (AERD), astım, nazal polipli kronik rinosinüzit ve NSAID intoleransının kombinasyonunu ifade eder.1968'de Samter ve Beers'in tanımladığı astım, aspirin duyarlılığı ve nazal polipten oluşan ve Samter triadı olarak bilinen bu üçlünün modern adı AERD'dir.

Olgu: Kırk sekiz yaşında kadın hasta bilinen 11 yıldır Alerjik Astım tanılı olup, kliniğimize 1 aydır artan nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde bilateral skapula altında sibilan ronküsleri olan hastanın başvurusunda parmak ucu oksijen saturasyonu oda havasında %93'tü, diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Hastanın öyküsünden Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar ile anjiyoödem geçirdiği, 2016'da bilateral nazal polip sebebiyle opere olduğu öğrenildi. Laboratuvar tetkiklerinde eozinofili (eoz=1760 (%17) dışında bir patoloji saptanmadı. Akciğer grafisinde bilateral perikardiyal retiküler dansite artışı mevcuttu. Serumda aspergillus ve Total IgE testleri negatifti (testler alındığı sırada hasta metilprednizolon tedavisi almaktaydı.). Balgam kültüründe M. Catarhalis ve S. Pneumonia üremesi olan hastaya seftriakson ve bronkospazmına yönelik metilprednizolon tedavisi başlandı. Hastanın takiplerinde 7 lt/dk'ya kadar oksijen ihtiyacı gelişti, akut patolojiler dışlanan hastaya bilgisayarlı tomografi(BT) planlandı. Çekilen BT de "Her iki üst lobda apikalde, bilateral alt lob medialbazalde ve lingulada bronş trasesinde, birbiri ile bağlantılı tübüler yumuşak dokular, Bronkosel ile uyumlu olabilir" olarak raporlandı. (Şekil 1) N-ERD ön tanısıyla kulak burun boğaz bölümünce değerlendirilen hastanın rijit transnazal endoskopisinde nazal polip ile uyumlu lezyonlar izlendi. Azaltma protokolü uygulanarak toplamda 25 gün verilen Metilprednizolon tedavisi sonunda hastanın oksijen ihtiyacı ve muayene bulguları geriledi. Tüm bu bulgular ışığında hasta N-ERD sendromu olarak kabul edildi.

ŞEKİL 1- Bilgisayarlı Tomografi



Bronş trasesinde tübüler yumuşak doku, bronkosel görünümü

Tartışma-Sonuç: N-ERD prevelansı net olarak bilinmemekle birlikte yetişkin astımlıların %5,5-12,4'ünde N-ERD görülmektedir, ancak NSAID aşırı duyarlılığı provokasyonla belirlendiğinde prevalans %21'e yükselmektedir. N-ERD hastalarının çoğu orta-şiddetli astıma sahiptir. Orta-Şiddetli astım belirtileri gösteren, geçirilmiş burun operasyonu veya NSAID allerjisi öyküsü olan hastalarda N-ERD akla gelmelidir. N-ERD ve bronkoselin birlikte görüldüğü bu olgu sıradışı olması sebebiyle sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: N-ERD, Bronkosel, Samter Triadı, AERD

PS-240 Nadir Görülen Olgu: Soğuk Temasına Sekonder Gelişen Dispne, Larenks Ödemi

Özge Atik[1], Fatma Merve Tepetam[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Soğuk ürtikeri; soğuk hava, rüzgar veya soğuk sıvılarla maruziyet sonrası ürtikeryal plak oluşumu ile karakterize bir fiziksel ürtiker sebebidir. Çoğunlukla idiyopatik olarak ortaya çıkmasına karşın böcek ısırıkları, insan immün yetmezlik virüsü enfeksiyonu ve solunum sistemi enfeksiyonları ile ilişkili olgular da bildirilmiştir. Soğuk ürtikerinin lokalize formu, çok daha nadir olarak görülen benign seyirli bir durumdur. Soğuk cisimle maruziyet sonrası vücudun bir bölgesinde meydana gelen ürtikeryal plaklar, o bölgenin yeniden ısınması sonrasında kaybolmaktadır. Kazanılmış soğuk ürtikeri tanısının konmasında tanı testi olarak 'buz küpü testi' uygulanır. Belli zaman aralıklarıyla o bölgeye soğuk uygulayarak ürtikeri tetiklemeye dayalı bir tanı yöntemidir. Burada literatürde nadir rastlanılan, tanısal amaçla yapılan buz küpü testi sonrası gelişen anaflaksi olgusunu sunmak istedik.

Olgu: 49 yaş kadın hasta alerji ve immunoloji polikliniğimize soğukta artan kuru kaşıntı ve dondurma, soğuk su tüketim sonrası yutkunmada zorluk, nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Astım tanısı mevcuttu. Bilinen besin alerjisi ya da ilaç alerjisi yoktu. Hastaya soğuk ürtiker açısından tanı testi olan ''buz küpü testi'' konusunda onam formu alındıktan sonra, ön kol volar yüzüne uygulandı.5 dakika sonra buz küpü konulan ön kolda lokalize ürtiker görüldü. (Resim 1) Ürtiker oluştuktan 2 dakika sonra hastada yutkunmada zorluk gelişti. Fizik muayenede uvula ödem görüldü. Vital bulguları normaldi. Hastaya anaflaksi acil tedavisi olarak adrenalin 0.3 ml ım uygulandı. Antihistaminik ve steroid tedavisi uygulandı. Hastaya soğuğa bağlı gelişebilecek olası anaflaksi riski nedeniyle adrenalin oto-enjektör reçete verildi. Soğuk havadan korunması ,ani ısı değişikliklerine karşı çok dikkatli olması ,özellikle soğuk suya girmekten kaçınması konusunda uyarıldı.

Buz küpü testi pozitifliği

Tartışma-Sonuç: Soğuk ürtikeri; kronik idiyopatik ürtiker, dermografik ürtiker ve kolinerjik ürtikerden sonra dördüncü en sık rastlanan uzun süreli ürtiker sebebidir. Soğuk teması sonrası o bölgede dakikalar içinde gelişen ürtikeryal lezyonlara bazen anjioödem tablosu da eşlik edebilir. Diğer sistemik bulgular olmadan tek başına nefes darlığı, wheezing ,stridor semptomları yeni kılavuzlarda anaflaksi olarak kabul edilmektedir. Soğuk maruziyeti sonrası ürtiker anjiödem dışında anaflaksi gelişebileceği için ,bu hastaların adrenalin oto-enjektör tedavisi gerekliliği açısından alerji ve immunoloji kliniklerine yönlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Buz Küpü Testi, Soğuğa Bağlı Gelişen Anaflaksi, Soğuk Ürtikeri

PS-241 Protez Tırnak Ve Kalıcı Oje Uzmanlarının Alerjisi: Kontakt Dermatit

Özge Atik[1], İsmet Bulut[1]

[1]SBÜ, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Günümüzde güzellik sektöründe sık kullanılan protez tırnak ve kalıcı oje uygulamaları sonrası bu uygulamanın uzmanlarının alerjik reaksiyon sıklığı gittikçe artmaktadır. Bu alerjik reaksiyonlar kimyasal temas sonrası oluşan astım, ürtiker, kontakt dermatit gibi tip1 ve tip4 alerjik reaksiyonlar olabilmektedir. Kalıcı oje, jeller, base coat, top coat gibi ürünlerin içeriğinde metakrilat, palladium klorıd, metilhidroquinon gibi kimyasallar bulunmaktadır. Bu vakamızda kalıcı oje uzmanı hastamızın ellerinde kontakt dermatit gelişimini anlatmak istedik.

Olgu: 39 yaşında kadın hasta, 5 yıldır kalıcı oje uzmanı olarak çalışırken son 6 aydır oje markasını değiştirdikten sonra ellerde kontakt dermatit ile uyumlu soyulma ve büllöz yaralar oluşması üzerine alerji ve immunoloji polikliniğimize başvurdu. (foto 1) Hastaya oje uygulamasını yaparken nadiren eldiven de kullandığını belirtmesi üzerine, latex duyarlılığı açısından tetkikleri istendi. Latex deri prick testi negatif görüldü. Latex spesifik ige ngtf görüldü. Hastaya önceki ve sonraki kullandığı oje preparatlarını getirmesi önerildi ancak önceki oje markasının artık üretilmemesi nedeniyle temin edilemedi. Yeni oje preparatının etiketi okunduğunda içinde metakrilat, palladium klorid, metilhidroquinon olduğu görüldü. Hastanın sırtına bu maddeleri içeren yama testi(dental yama serisi)yapıştırıldı.48.saat ve 72. saat geç okuma yapıldığında ürethane dımethacrylate, ethylene glycol dımethacrylate,1,4 butanediol dımethacrylate ,2-hydroxyethyl methacrylate ,metilhidroquinon,palladıum chloride ,1-6 hexanediol dıacyrlate pozitif görüldü.Hastanın kullandığı ojenin içindeki maddelerle uyumlu duyarlılık görülmesi üzerine bu maddeleri içermeyen kimyasallar kullanması ve mutlaka eldiven kullanarak mesleğine devam etmesi önerildi.

Hastanın oje uygulaması yaptığı elinde büllöz kontakt dermatittit

Tartışma-Sonuç: Kimyasal temas sonrası kontakt dermatit tarifleyen hastalarda, dermatoloji ya da alerji ve immunoloji kliniklerinde tip 4 reaksiyon tanısında çeşitli yama testleri kullanılmaktadır. Bu konuda dikkat çekmek istediğimiz konu, bu hastaların tanısız kalmasını önlemek erken tedavi uygulamak için alerji ve immunoloji kliniklerine yönlendirilmesi ve hangi kimyasal maddeyle temas varsa o maddeyi içeren yama testi uygulanması gerekliliğidir. En sık kullanılan kozmetik seri, kuaför yama, avrupa yama testi yerine bu vakamızda dental yama serisi uygulayarak hastamızda duyarlılığı göstermiş olduk.

Anahtar Kelimeler: Protez Tırnak Alerjisi, Metakrilat Alerjisi, Kalıcı Oje Alerjisi, Yama Testi, Kontakt Dermatit

PS-242 Astımda Akla Gelmeyen Komorbidite: Tikagrelol

Özge Atik[1], Fatma Merve Tepetam[1]

[1]SBÜ, Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Ağır astım; astım kontrolunu bozabilecek ilaç uyumu, inhaler kullanım tekniği, komorbiditeler, tetikleyicilere bağlı faktörler dışlandıktan ve astım tanısı konfirme edildikten sonra maksimum tedaviye rağmen astımın kontrol altında olmaması ya da ancak yüksek doz tedavi ile kontrol altına alınabilmesi ve basamak azaltıldığı durumda astım kontrolünün bozulması olarak tanımlanır. Gına basamak 4-5 tedaviye (orta –yüksek doz iks ile birlikte ikinci bir kontrol edici)rağmen astımı kontrolsüz olan ya da ancak bu basamaklarda kontrolü sağlanabilen astımı tanımlamak için kullanılır. Kontrolsüz astım ;komorbiditelere (obezite, osbtruktif uyku apne sendromu, gastroözefagial reflü, kronik sinüzit, nazal polip gibi) ilaç uyumsuzluğuna, uygun olmayan inhaler tekniğine, tetikleyicilerin ortadan kaldırılmamasına (sigara, alerjen maruziyeti) bağlı olabilir.T etikleyici ilaçlar olarak ace inhibitörleri, non spesifik beta blokerler,n onsteroid antiinflamatuar ilaçlar sıklıkla karşımıza çıkmaktadır ancak iskemik kalp hastalarında sıklıkla tedaviye başlanılan tikagrelol de dispneye neden olarak astımı tetikleyen ilaçlardan biri olmuştur. Bu vakamızda bypass operasyonu sonrası tikagrelol başlanan hastada dispne gelişmesinin ağır astım gibi klinik prezantasyonunu sunmak istedik

Olgu: 62 yaşında erkek hasta 10 yıldır mıte duyarlı alerjik astım tanısıyla budezonid +formoterol orta-yüksek dozda almasına rağmen ek inhaler kullanım ihtiyacı olması ve gece semptomları olması üzerine alerji ve immunoloji kliniğimize göğüs hastalıkları poliklinikten yönlendirilmişti. Hastanın astım tanısı sft ile tekrar konfirme edildi. Obezite, osas, gör, nazal polip gibi komorbiditeler ekarte edildi. Eozinofil sayısı 200, anca, ana ena profili negatif görüldü. Hastanın alınan anamnezinde 6 ay önce koroner anjıografi ve stent öyküsü sonrası antiagregan olarak tikagrelol başlandığı bu ilaç kullanımı sonrası astım atağı arttığı öğrenildi. Kardiyoloji hekimine konsulte edildi. Kardiyoloji hekimi tikagrelola bağlı dispne gelişme riski olacağından hastaya tikagrelol yerine klopidogrel tedavisine geçildi.1 ay sonraki vizitinde hastanın astım açsından orta doz inhaler ile astımı kontrol altında görüldü.

Tartışma-Sonuç: İskemik kalp hastalıklarının tedavisinde sıklıkla kullanılan antiagreganlardan tikagrelol, adp reseptör antagonisti olup diğer ilaçlara göre kanda adenozin kan düzeyini artırır ve adenozin, bronkobstruksiyona neden olabilir. Zor astım hastalarında ağır astım demeden önce anamnez ve kullandığı ilaçlar açısından hastalar ayrıntılı sorgulanmalı, astım ilaçları dışında tetikleyici ilaçlar açısından tikagrelol de akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Astımı Tetikleyen İlaçlar, Tikagrelol, Adp Reseptör Antagonistleri, Astımda Komorbidite, Zor Astım

PS-243 Tekrarlayan Pnömoni Atakları ile Başvuran Erişkin Hastada "Kombine İmmün Yetmezlik"

Esra Ünsay Metan[1], Reyhan Yıldız[1], Makbule Seda Bayrak Durmaz[1], Seda Altıner[1], Göksal Keskin[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Kombine immün yetmezlik ağır lenfopeni, T ve B lenfosit fonksiyonlarında yetmezlik ve hipogamaglobülinemi ile karakterize heterojen bir tablodur. Tekrarlayan enfeksiyonlar ve bunların neden olduğu sekellerle seyreder. Kombine immün yetmezlik en sık görülen başvuru nedenlerinden biri de pnömonidir. Bu olgu sunumunda tekrarlayan pnömoni atakları ile başvuran genç bir erişkinde primer immün yetmezlik tanısına yönelik yaklaşım değerlendirilmiştir.

Olgu: Kırk iki yaşında erkek hasta pnömoni tanısı ile izlendiği Göğüs Hastalıkları Kliniği'nden immünoglobülin (Ig) G düzeyinin düşük saptanması üzerine kliniğimize yönlendirilmişti. Kliniğimize başvurusunda öksürük, balgam ve ishal şikayetleri mevcuttu. Hasta hikayesinde 2016 yılından itibaren yılda ne az iki kez pnömoni tanısı ile tedavi gördüğünü ifade etti. Pnömoni atakları farklı merkezlerde tedavi edilen hastanın bu nedenle düzenli klinik takibinin yapılamadığı öğrenildi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerde bronşiektazi ve sol akciğer posterobazalde konsolidasyon saptandı. Balgam kültürü ve ishal etiyolojisini araştırmak için dışkıda multipleks polimeraz zincir reaksiyonu ile gastroenterit paneli istendi. Balgam kültüründe Pseudomonas aeruginosa üremesi rapor edilen hastanın gastroenterit panelinde Campylobacter jejuni pozitif bulundu. Hastaneye yatırılarak antimikrobiyal tedavisi başlandı ve immün yetmezlik araştırılması için tetkikleri planlandı. Tam kan sayımında lenfosit sayısı 1220/mm3 idi. IgA düzeyi <0.0667 g/L, IgG <0.333 g/L ve IgM <0.417 g/L saptandı. Akım sitometri ile lenfosit alt grupları incelendiğinde kombine immün yetmezlik ile uyumlu olduğu görüldü. Elde edilen laboratuvar bulguları ile kombine immün yetmezlik tanısı konulan hastaya intravenöz immünoglobülin (IVIG) 600mg/kg/28 gün başlandı. Balgamda aside dirençli basil boyaması negatif bulundu ve balgam tüberküloz kültüründe üreme olmadı. Aylık IVIG tedavisine devam edilen hastaya trimetoprim-sülfametaksazol profilaksisi başlandı. İnfluenza, pnömokok ve Covid-19 aşıları uygun şemalar ile tamamlandı. On aylık izleminde pnömoni atağı görülmedi.

Tartışma-Sonuç: Tekrarlayan pnömoni atakları ile başvuran ve/veya bronşiektazi saptanan erişkinlerde kombine immün yetmezlik ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Tanı için gerekli incelemelerde gecikilmemesinin yanı sıra hastanın klinik durum konusunda eğitilerek tedavi ekibinin bir parçası haline gelmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kombine İmmün Yetmezlik, Pnömoni, Bronşiektazi

PS-244 Polikliniğimize Başvuran Koah Hastalarında Anemi

Esra Yarar[1]

[1]Necip Fazıl Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) hastalarında hipoksemik solunum yetmezliğinin de katkıda bulunduğu üzere, polisitemi sık görülen bir laboratuvar değeridir. Ancak, ileri yaş baskın bu hasta grubunda, hayat kalitesini düşüren ve klinik düzelmeyi geciktiren bir patoloji olarak anemi de görülmektedir. Bu çalışmamızda, kliniğimize başvuran KOAH hastalarının anemi sıklığını araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran 645 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların sistem üzerindeki hemotokrit değerleri baz alınarak 36'dan küçük olan değerler anemi olarak kayıt edilmiştir.

Bulgular: Hastalarımızın yaş ortalaması 69±11.5 idi. 645 hastamızın 12'si (%1.9) göçmen idi. Hastalarımızın % 25.4'ü kadın % 74.6'sı erkekti. Ortalama hemoglobin değerleri 13.4±2, hemotokrit değerleri 40.9±5.8 bulundu. Hastalarımızın %19.2'sinin (n=124) anemisi mevcuttu.

Tartışma-Sonuç: Uzun süredir polisitemi ile anılan KOAH'ın, artık anemi ile anılmaya başlanması olasıdır. KOAH'da anemi nedenlerinin araştırıldığı geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Anemi, Polisitemi, Hematokrit

PS-245 Büllöz Amfizem, Senkron Bilateral Pnömotoraks ve Massif Hava Kaçağı: Ardışık 2 Olguda Tehlikleli Üçlü

Hasan Türüt[1], Gökçen Sevilgen[1], Kerim Tülüce[1], Ali Meram[1], Ezgi Çelik[1], Pelin Pabuçcuoğlu[1]

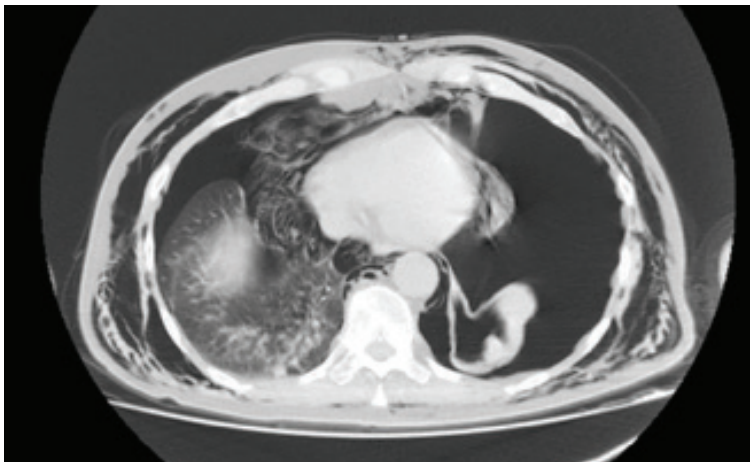
[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD

Giriş-Amaç: Sekonder spontan pnömotoraks (SSP), daha çok ileri yaş grubunda gelişen ve amfizem başta olmak üzere altta yatan parankimal patolojiye ikincil gelişen bir klinik antitedir. Bu hastalarda en temel sorun, çoğunlukla azalmış respiratuvar rezerv sebebiyle eklenmiş olan Pnx'ın mortalite oranında artışa sebebiyet verebilmesidir. Bu çalışmamızda, ileri derecede amfizemin eşlik ettiği senkron bilateral SSP tanısı ile kliniğimizde takip ve tedavisi yapılan iki olgunun, yönetim stratejileri ve edinilen tecrübelerin paylaşımı amaçlandı.

Olgu: OLGU 1: 65 yaş erkek hasta ani başlayan nefes darlığı ile acil servise başvurdu. Öyküsünde KOAH nedeniyle tedavi altında olduğu, daha önce yine kliniğimizde sağ SSP tanısı ve uzamış hava kaçağı nedeniyle torakotomi/büllektomi operasyonu yapıldığı öğrenildi. Hastada ciddi solunum sıkıntısı ve çekilen toraks CT'de bilateral Pnx ile uyumlu görünüm mevcuttu. Acil şartlarda bilateral tüp torakostomi uygulanan hastada sol tarafta massif kaçağın devam etmesi üzerine sol VATS+ torakotomi+büllektomi operasyonu uygulandı. Soldaki operasyondan bir hafta sonra sağ tarafa otolog kan plöredez uygulandı.

OLGU 2: 68 yaş erkek hasta ani başlayan nefes darlığı ve cilt altı amfizemi ile başvurdu. Bilinen KOAH tanılı hastanın çekilen toraks CT'de bilateral Pnx ve yaygın cilt atı amfizemi tespit edilmesi üzerine bilateral tüp torakostomi uygulandı. Hastada işlem sonrası 4. Günde cilt altı amfizeminde ciddi artış ve massif hava kaçağı ile birlikte ciddi solunum sıkıntısı gelişti. Hastaya acil şartlarda sağ torakotomi+büllektomi operasyonu uygulandı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 12. günde taburcu edildi.

BİLATERAL PNX GÖRÜNTÜSÜ



Tartışma-Sonuç: Bu tip hastaların ciddiyeti acil servis ekipleriyle paylaşılmalı ve farkındalık oluşturulmalıdır. İlk müdahaleden sonra massif hava kaçağı gelişmese bile takip eden günlerde çok ciddi solunum depresyonuna yol açabilen cilt altı amfizemi hastanın entübasyonunu bile zorlaştıracak düzeyde ağır bir klinik tabloya yol açabileceğinden, daha yakın takip ve normalden daha agresif cerrahi kararı alınması gerekebilir. Parankimdeki ileri derecede amfizem nedeniyle mümkün olduğunca sadece hava kaçağına odaklanılmalı ve gerek organik gerekse sentetik destek materyallerinden faydalanılmalıdır. Cerrahi ile oldukça yüz güldürücü sonuçlar alınabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: KOAH, Cilt Altı Amfizemi, Sekonder Spontan Pnömotoraks

PS-246 Alfa-1 Antitripsin Eksikliğinde Görülen Bir Mutasyon: Mprocida

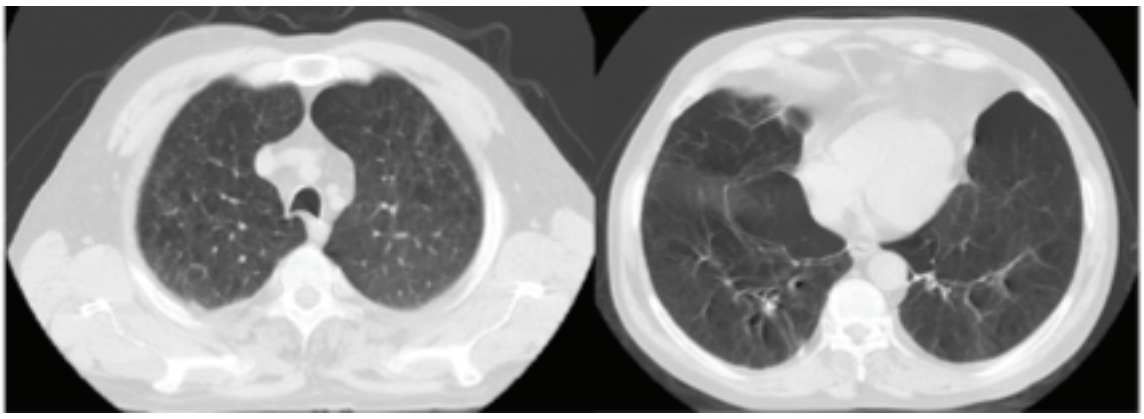
Aysun Ellialtıoğlu[1], Barış Demirkol[1], Gül Ünalan[1], Sibel Yurt[1], Ayşe Bahadır[1], Mehmet Akif Özgül[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: β1-antitripsin eksikliği akciğerde yaygın amfizematöz değişiklikler ile karakterize bir hastalıktır. Karaciğer tarafından üretilen bu protein KOAH patogenezinde rol oynayan nötrofil elastaz enzminin aktivasyonunu tetikleyerek proteaz ve anti-proteaz dengesini bozar. Böylelikle amfizemin mekanizmasını oluşturur. Bu protein 45 yıl önce klinik kimyagerler Laurell ve Eriksson tarafından keşfedilmiştir. β1-antitripsini eksik olan hastalar ve onların aile üyelerinde yapılan ek çalışmalarda AAT eksikliğinin pulmoner amfizem ile olan ilişkisi doğrulanmış, kodominant olarak kalıtıldığı ileri sürülmüştür. Bu tarihe kadar 120'nin üzerinde farklı allel tanımlanmıştır. Protein elektroforezi kullanılarak tanımlanmış olan farklı AAT fenotipleri arasında, toplumda en yaygın görülen varyantlar %90 oranında M tipi olarak tespit edilmiştir. Nadir görülen a1 antitripsin eksikliği saptadığımız hastamızı sunmak istedik.

Olgu: 56 yaş erkek hasta yaklaşık 20 yıldır olan öksürük ve nefes darlığı şikayetlerinin son zamanlarda artması üzerine polikliniğimize başvuruyor. Bilinen ek hastalık yok. Sigara öyküsü 25 paket/yıl, exsmoker, mesleği tekstil çalışanı. Fizik muayenesinde oda havası spo2 %94, solunum sesleri bilateral azalmış ve ekspiratuar ronküsleri mevcuttu. Hastanın akciğer grafisinde yaygın hava hapsi mevcuttu. Toraks BTde her iki akciğerde orta-üst zonlarda panasiner amfizem görünümlü. SFT'sinde fev1/fvc %42, fev1%24 idi. Hastadan istenilen alfa-1 antitripsin düzeyi 71,4 geldi. Tanı amacıyla istenen mutasyon testlerinden Pi*Mprocida homozigot pozitif gelmesi üzerine alfa-1 proteinaz inhitbitörü tedavisine başlandı. 6 aylık takipte hastanın şikayetlerinin gerilediği ve fev1 de %10luk artış olduğu tespit edildi.

Toraks BT görüntüsü



Tartışma-Sonuç: Çok sık görülen KOAH hastalığının nadir sebeplerinden biri olan alfa-1 antitripsin eksikliği özellikle erken yaşlarda hızla gelişen panasiner amfizeme neden olan genetik bir hastalıktır. Sıklıkla üst loblarda amfizem yapması ile KOAH'tan ayrılır. Genetik mutasyonun gösterilmesi ile alfa-1 proteinaz inhibitörü tedaviye eklenir. Genç yaşta yaygın amfizem saptanan hastalarda a1 antitripsin eksikliği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Alfa-1 Antitripsin Eksikliği, KOAH

PS-247 Kistik Fibrozis Dışı Bronşektazi Olgusunda Pulmoner Tele Rehabilitasyonun Etkinliği

Gülcan Şen[1], Ramazan Eren[2], Barış Demirkol[3], Demet Biçki[1], Erdoğan Çetinkaya[2]

[1]İstanbul Aydın Üniversitesi
[2]İstanbul Yedikule Göğüs ve Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[3]İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Bronşektazi, bronş duvarlarında enfeksiyon veya inflamasyona bağlı olarak gelişen hava yollarının geri dönüşümsüz dilatasyonuyla karakterize kronik bir akciğer hastalığıdır. Başlıca şikayetler öksürük, balgam, nefes darlığı ve hemoptizidir. Günümüzde bronşektazi tedavisinde seçenekler sınırlıdır. Genel olarak uygulanan tedavi, enfeksiyon durumunda uygun antibiyotik verilmesidir. Pulmoner rehabilitasyon (PR), KOAH dışı kronik akciğer hastalıklarında kanıt 1B düzeyinde önerilmektedir. Bildirimizde pür bronşektazili hastalarımıza uyguladığımız pulmoner tele-rehabilitasyonun etkinliğini sunmayı amaçladık.

Olgu: Olgu 1: Altmış üç yaşında erkek hastamızın bronşektazi tanısı 52 yıl önce konulmuştu. Öksürük ve balgam şikayeti olup sigara maruziyeti 8 paket-yıl olup 3 yıldır içmiyordu. Son bir yılda yediden fazla polikliniğe başvurmuştu. Rehabilitasyon öncesi medical-research-council(MRC) skalasına göre dispne şiddeti ikiydi. Alt ekstremite gücünü, dinamik balansı değerlendiren 30 saniye otur kalk (30s-CST) skoru ondu(güçsüz). Hastane anksiyete ve depresyon ölçeğine göre (HADS), anksiyete skoru:3, depresyon skoru: 2 çıktı. Olgumuzun the-fatique-severity-scale (FSS)'sına göre yorgunluk skoru 4,6(orta)idi.6 dakika yürüme testinde (6DYT) 506 metre yürüdü. Solunum fonksiyon testlerinde (SFT); FVC:2.13L (%51) FEV1: 1.47L (%45) FEV1/FVC: %69 PEF%43 idi. Hastamıza haftada üç gün altı hafta boyunca pulmoner tele-rehabilitasyon uygulandı. Rehabilitasyon kapsamında aerobik, germe ve gevşeme egzersizleri yapıldı. Ayrıca hastalara büzük dudak solunumu ve postüral drenaj tekniği öğretildi. Rehabilitasyon sonrası, mMRC'e göre dispne şiddeti birdi.30s-CST skoru 16'ya (güçlü) yükseldi. Anksiyete skoru:2, depresyon skoru:2 idi. FSS'e göre yorgunluk skoru, 2.7'ye(hafif) geriledi. 6DYT'inde 562 metre yürüdü. SFT; FVC: 3,79L (%58) FEV1: 2,97L (%47) FEV1/FVC:%76 PEF%69 idi.

Olgu 2: Kırk bir yaşında kadın hasta on bir yıldır bronşektazi tanısı mevcuttu. Semptomları ilk olgumuzla benzer olup sigara kullanmamıştı. Son bir yılda yediden fazla alevlenme geçirmiş, beş kez acile başvurmuştu. Rehabilitasyon öncesi mMRC skalasına göre dispne şiddeti üçtü. 30s-CST skoru altıydı (güçsüz). HADS; anksiyete skoru:15 (ciddi), depresyon skoru:12 (ciddi) idi. Olgumuzun FSS'sına göre yorgunluk 5.7 (orta) idi.6DYT'nde 144 metre yürüdü. SFT; FVC:1.44L (%48) FEV1:0.70L (%27) FEV1/FVC: %60 idi. Her iki olgumuza da aynı rehabilitasyon yaklaşımları uygulandı. mMRC'e göre dispne şiddeti ikiye geriledi.30s-CST skoru 10'a(güçlü) yükseldi. Anksiyete skoru:10 (sınırda) depresyon skoru:7(hafif) idi. FSS'e göre yorgunluk skoru,3,5'a (hafif) geriledi.6 DYT'nde 389 metre yürüdü. SFT'de FVC: 1.46L (%44.94) FEV1: 0.87L (%31,12) FEV1/FVC: %59.70 idi. Her iki hastamızın egzersiz kapasitesinde ve kliniğinde düzelme görüldü.

Tartışma-Sonuç: Pulmoner rehabilitasyonun, bronşektazi tanılı hastalarda optimal tedaviye rağmen devam eden nefes darlığı, sınırlı egzersiz kapasitesi ve sekresyon retansiyonu durumlarında etkili olduğu çalışmalarla gösterilmiş. Uygulanan bu rehabilitasyon hastalık semptomlarını azaltarak yaşam kalitesini artırmada önemli rol oynamaktadır. Pulmoner tele-rehabilitasyonun, bronşektazi tanılı uygun hastalarda tedavi sırasında akılda tutulması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Bronşektazi, Pulmoner Rehabilitasyon, Tele-rehabilitasyon

Poster Bildiri Oturumu 12: Girişimsel Pulmolonoji, Plevra Hastalıkları ve Klinik Sorunlar

PS-249 Rekürren Laringeal Papillomatosis Olgusu

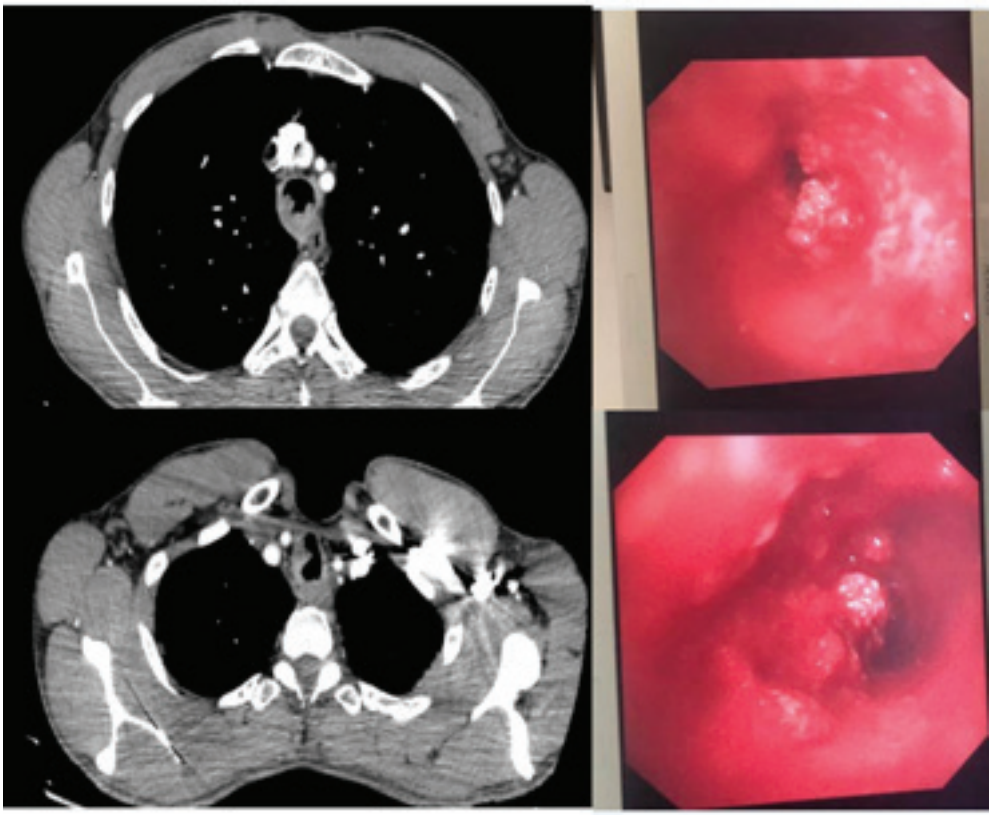
Sami Deniz[1], Ezgi Cengiz[1], Dursun Tatar[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Laringeal Papillomatosis Human Papilloma Virus (HPV) enfeksiyonunun vokal kord epiteli üzerinde yarattığı bir patolojidir. Human Papilloma Virusün 100'e yakın tipi bulunmakta ve tipleri klinik olarak üç kategoriye ayrılmaktadır (Kanser açısından düşük riskli HPV'ler (6,11), olası yüksek riskli HPV'ler (26,53 ve 66) ve yüksek riskli HPV'ler (16,18)). Human Papilloma Virus enfeksiyonlarının çoğu asemptomatik olmakla birlikte değişik klinik tablolar ortaya çıkabilir. Human Papilloma Virus 6,11,16,18 numaralı tipler vokal kordları etkilemektedir. Çalışmalar larinks kanserlerinin % 25' lik bölümünün HPV ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Erken evre larinks tümörlerinin %16'sının HPV ile ilişkili olduğu gösterilmiş ve farklı tiplerde (26,31,39,52) HPV DNA'sı saptanmıştır.

Olgu: 39 yaş bilinen ek hastalığı, ilaç kullanım öyküsü, sigara kullanım olmayan erkek hasta 3aydır ses kısıklığı, nefes darlığı, boğaz ağrısı şikayeti mevcut olması üzerine polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde 2014 yılında laringeal papillom nedeni ile opere olmuş ve patoloji sonucu HPV tip 6+ tip 16+ olarak raporlanmış. Hasta 2022 Aralık ayında nüks laringeal papillom nedeniyle tekrar opere olmuş. Toraks BT'de trakea içinde papillom benzeri görüntü olması üzerine tarafımıza tetkik amaçlı yönlendirilmiş. Çekilen eski tarihli kontrastlı boyun BT'sinde toraks girişi düzeyinde trakeada düzensiz konturlu daralma ve trakea sağ duvarından lümene doğru uzanarak lümeni daraltan düzensiz konturlu 6x9 mm çaplı yumuşak doku lezyonu, daha kaudalde brakiosefalik vasküler yapılar düzeyinde trakea sağ posterior lateral duvarında lümene doğru projekte olan 6mm çaplı duvar kalınlaşması mevcut idi. Tarafımızca yapılan bronkospide trakeanın devamında periferden merkeze doğru polipoid geniş tabanlı üzeri küçük vejetan lezyonla kaplı minimal açıklık sağlayan, devam edildiğinde daha açık renkte polipoid çok sayıda lezyon görüldü.Biyopsi sonucu skuamöz papillom olarak raporlandı.

Olgunun BT ve Bronkoskopik Görüntüleri



Tartışma-Sonuç: HPV tip 6 ve 11 %90 oranla rekürren laringeal papilloma neden olmaktadır. Rekürrensin sebebinin yeni bir enfeksiyondan dolayı mı yoksa enfekte hücrelerin yayılmından mı kaynaklı olduğu kesin olarak bilinmemektedir. Tedavide lazer cerrahi veya mikrocerrahi rezeksiyon tedavisi önerilmektedir. Olgumuzda cerrahi tedavi önerildi.

Anahtar Kelimeler: HPV, Trakea, Stenoz

PS-250 Trakeobronkopatia Osteokondroplastika Bir Olgu Nedeniyle

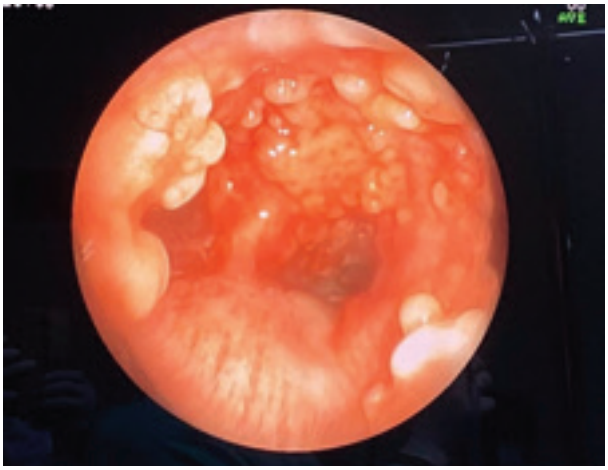
Osama Abuzaina[1], Seray Abuzaina[1]

[1]Dr. Burhan Nalbantoğlu devlet hastanesi

Giriş-Amaç: Trakeobronkopatia osteokondroplastika (TO); trakea ve ana bronşlarda lümene doğru uzanım gösteren çok sayıda submukozal osteokartiloginoz nodüller ve trakeal kalsifikasyonlar ile karakterize nadir bir hastalıktır. Posterior membranöz trakeanın etkilenmemesi tipiktir. Lezyonlar sıklıkla trakeanın 1/2 alt kısmında oluşur. Ancak larenks ve ana bronşlara uzanım gösterebilir. Etyolojisi bilinmemekle birlikte, kronik inflamasyon, dejeneratif değişiklikler, kimyasallar ve amiloid gibi birçok değişik faktör etyolojide suçlanmaktadır. Olguların çoğu orta yaşlı, asemptomatik erkeklerdir.

Olgu: Altmış yaşında erkek hasta, otuz paket/yıl sigara öyküsü mevcut, 10 yıl önce sigarayı bırakmış, balgam şikayeti nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesinde özellik saptanmadı, solunum fonksiyon testi (SFT) ve postero-anterior akciğer grafisi normal sonuçlandı, sigara öyküsü olması nedeniyle tarama amaçlı çekilen düşük doz Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) trakeal düzensizlik izlenmesi üzerine TO ön tanısı ile fiber optik video bronkoskopi (FOB) yapıldı, trakeada ve her iki ana bronşta lümene doğru uzanım gösteren çok sayıda çıkıntı izlendi, trakeanın posterior duvarının tamamen korunduğu izlendi, çıkıntılar sert ve kalsifik yapıdaydı. Sigara öyküsü ve balgam şikayeti olması nedeniyle hastaya inhaler kortikosteroid (İKS) ve bronkodilatör tedavi verildi, 1 yıldır takipte olan hastanın herhangi bir şikayeti olmadı.

Trakea ve ana karina, FOB görüntüsü



Trakeada ve her iki ana bronşta lümene doğru uzanım gösteren çok sayıda çıkıntı, trakeanın posterior duvarda nodül olmaması dikkat çekici

Tartışma-Sonuç: TO etyolojisi bilinmeyen benign bir hastalıktır. En sık görülen semptomlar; nefes darlığı, ses kısıklığı, prodüktif öksürük, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları ve hemoptizidir. Hastalığın spesifik bir tedavisi yoktur, gerektiğinde semptomatik tedavi verilebilir. Çok yavaş progresyon gösteren bir hastalıktır, yıllık takibi yapılması yeterli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Trakeobronkopatia Osteokondroplastika, Trakea, Osteokartiloginoz Nodüller

PS-251 Endotrakeal Yerleşimli Kolon Adenokarsinom Metastazı

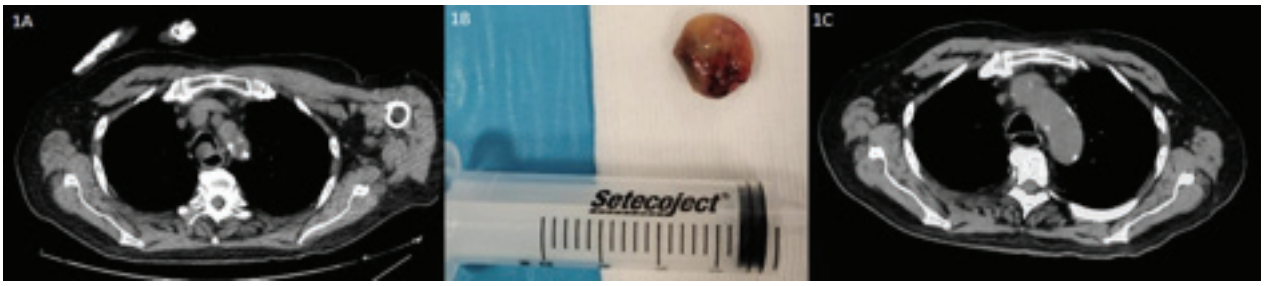
Eren Zenci[1], Naim Şüküroğlu[1], Halil Sevimli[1], Argün Kış[1]

[1]Pamukkale Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Metastatik endotrakeal lezyonlar nadirdir ve akciğer dışı tümörlerin %2'sinden daha azında görülür. Bu lezyonlarla ilişkili olduğu saptanan en yaygın primer tümörler meme, böbrek ve kolondur. Endotrakeal lezyonlar bulunursa, primer bronşiyal tümör ile endotrakeal metastazlar (ETM) arasında ayrım yapmak çok önemlidir. Burada endotrakeal adonekarsinom metastaz ile karşımıza gelen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Kolon adenokarsinomu tanılı 74 yaşında erkek hasta, daha önce tarafımızca metastaz nedeniyle orta lobektomi yapılmış. Genel durum bozukluğu, CRP yüksekliği nedeniyle onkoloji servisinde takip edilmekte iken nefes darlığı ve hemoptizi meydana gelen hastaya toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmiş. BT'de trakea içerisinde orta kesimde 21x9 mm boyutlu dolum defekti ve parankimde yaygın metastatik nodüller saptanmış (Resim 1A). Hastaya rijit bronkoskopi yapıldı. Argon lazer yardımıyla kitle eksize edildi. Çıkarılan materyalin (Resim 1B) patoloji sonucu adenokarsinom metastazı olarak geldi. Postoperatif kontrollerinde komplikasyon gelişmedi. Çekilen BT'de pasaj açık olarak değerlendirildi (Resim 1C).

Resim 1.



Tartışma-Sonuç: ETM'nin en yaygın klinik bulguları öksürük, dispne ve kendi kendini sınırlayan hemoptizidir. Eksternal ve/veya internal radyoterapi ve lazer tedavisi rezeksiyonu, ETM'li hastalarda endotrakeal obstrüksiyonu azaltmak ve hemoptiziyi kontrol altına almak için kullanılan en etkili tedavilerdir. Endotrakeo-bronşiyal (ETB) metastatik lezyonlar hakkında çok fazla farkındalık olmadığı için yetersiz teşhis edilmektedir. Metastatik hastalığı olan hastalarda bu lezyonların prevalansının %28 olduğunu gösterilmiştir. Günlük pratikte ve prospektif çalışmalarda metastatik ETB lezyonlarının tanısı arasındaki fark, metastatik hastalığı olan hastalarda yapılan az sayıda bronkoskopi ile ilişkilidir. ETB metastatik lezyonları klinik olarak asemptomatik olma eğiliminde olduklarından ve bu tür lezyonlar için aktif bir araştırma yapılmadığından nadiren teşhis edilir. ETM, ana hedefi endotrakeal lümeni açık tutmak olan cerrahi rezeksiyon, endoskopik stentleme, lokal radyoterapi ve hatta sistemik kemoterapi ile tedavi edilmektedir. İzole ETM lezyonlarında cerrahi rezeksiyon daha iyi endikedir. Bunun yanında uygun vakalarda lazer tedavisiyle başarılı sonuçlar elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Trakea Metastazı, Kolon Adenokarsinomu, Bronkoskopi

PS-252 Aspire Edilen Toplu İğne Çıkartılması

Seray Abuzaina[1], Osama Abuzaina[1], Ali Fırıncıoğlu[1]

[1]Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

Giriş-Amaç: Yabancı cisim aspirasyonu nefes alma esnasında ağız yada burun yolu ile alınan bir cismin trakeobronşial sisteme kaçmasıdır. Çocuklarla kıyaslandığında erişkinlerde daha nadir görülen bu durum acil girişim gerektiren klinik bir tablodur. Yutma refleksinin bozulmasına yol açan mental ve nörolojik hastalıklar, travma gibi durumlar aspirasyona neden olabilir.

Olgu: Yirmi üç yaşında kadın hasta, acil servise ani başlayan öksürük ve batıcı göğüs ağrısı şikayetiyle başvurdu, bu sırada belirgin anksiyetesi olan hasta, kendi mezuniyet törenine hazırlanırken baş örtüsünü bağladığı sırada dişleri arasında tuttuğu toplu iğneyi aspire etmiş olabileceğini belirtmekteydi. Bu anamnez üzerine acilen yapılan üst solunum yolu inspeksiyonunda patolojik bulguya rastlanmadı. Akciğer filminde sağ hilüs düzeyinde ve hemen medialinde iğne ile uyumlu olabilecek opasite izlendi, hastaya bilgisayarlı toraks tomografisi çekildi (Toraks BT), sağ ana broş girişinde iğne izlendi, hastaya acil flexible fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı, biyopsi forsepsi ile tutmaya çalışıldı ancak başarılı olunamadı, tripot yabancı cisim forsepsi kullanıldı, iğneyi uygun pozisyona getirdikten sonra basket forsepsi kullanarak iğne çıkartıldı, işlem sonrasında hasta 2 saat izlendi, her hangi bir sorunu olmayan hasta oral antibiyotik ile taburcu edildi.

FOB görüntüsü

Sağ ana bronşta, başı alt lobta sivri ucu sekonder karinaya dayanmış aspire edilen iğne

Tartışma-Sonuç: Yabancı cisim aspirasyonu erişkinlerde sık görülmemekle birlikte önemli komplikasyonlara ve hatta cerrahi müdahale gereksinime yol açabilir, bronkoskopik girişimler öncelikle tercih edilmelidir, FOB'un ince olması ve dönme kabiliyeti nedeniyle segmentler ve bazen subsegmentlere kadar ulaşabilmesi önemli bir avantaj oluşturmaktadır, ancak çalışma kanalının dar olması en önemli dezavantajıdır, göğüs hastalıkları kliniklerinde sık kullanılan biyopsi forsepsleri yapancı cisim çıkarmak için uygun aletler değildir, FOB ile uyumlu basket forsepsi ve yabacı cisim forsepsi gibi aletlerin sıkı tutma ve geniş ağızlı olması avantaj sağlamaktadır. Bu nedenle bronkoskopi ünitelerinde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aspirasyon, Yabancı Cisim, FOB, Basket Forsepsi

PS-253 Ender Bir Vaka Myeloid Sarkom

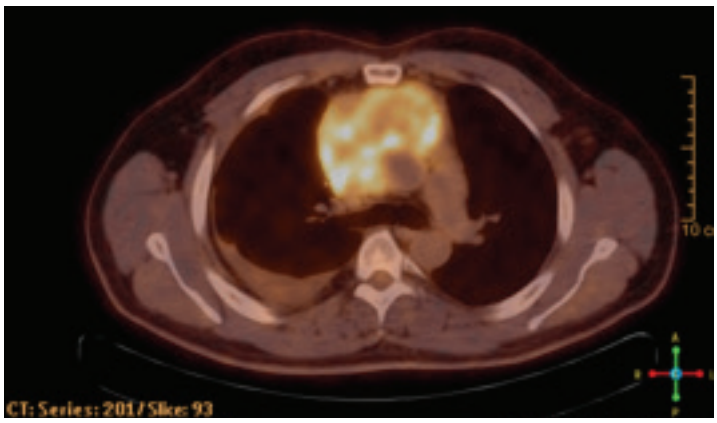
Muhammet Atıf Karagöl[1], Barış Demirkol[1], Zeynep Berna Uçar[1], Eslem Gül[1], Ayşe Bahadır[1], Mehmet Akif Özgül[1], Sibel Yurt[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Sarkomlar mezenkimal kökenli malign tümörlerdir. Tüm malign tümorlerin %1'ini sarkomlar oluşturur. Liposarkom ve malign fibröz histiositom en sık olarak görülür iskelet dışı osteosarkom en az görülen tiplerdir. Lokasyon olarak bu tümorler en sık alt ekstremite (%46.4), en az sıklıkla mediastinal (%1.3) yerleşim gösterirler.Sarkomun prognozu büyük ölçüde histoloji tipine göre değişiklik gösterebilir. Literatürde nadir görülen ''myeloid sarkom'' olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 38 yaşında erkek hasta öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde oda havasında saturasyon 97 nabız 65'ti.Solunum sesleri sağ bazallerde azalmış idi. Sigara öyküsü yok.Ek hastalık hipotirodi mevcut. Akciğer filminde orta mediasten geniş ve sağ alt zonda plevral efüzyonu mevcut. Çekilen kontrastlı Toraks BT'de: ''Anterior mediastende 97x54x71mmlik heterojen solid kitle izlendi (Timik karsinom?).VCSS gelişimi açısından takibi önerilir.'' şeklinde yorumlandı. PET raporu: Anterior mediastinel yerleşimli vena kava süperioru içine alan asendan aortayı 180 derece çevreleyen sağ pulmoner arter anterioru ile yakın komşuluk gösteren sağ atrium ile arasundaki yağlı planlar net olarak ayırt edilemeyen heterojen yoğun hipermetabolik kitle malignite ile uyumludur olarak yorumlandı. Hastaya anterior mediastendeki kitleye ince iğne aspirasyonu yapıldı ancak tanısal sonuçlanmadı. Hasta göğüs cerrahisine yönlendirildi kitle biyopsisi sonucu ''Myeloid Sarkom'' ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hasta hematolojiye yönlendirilerek tedavisi planlanmış olup ve takibe alınmıştır.

FDG-PET



Anterior mediastende heterojen yoğun hipermetabolik kitle

Tartışma-Sonuç: Mediastinal tümörlerin farklı belirtiler ile karşımıza çıkabilir. Asemptomatik olanlar insidental olarak akciğer filminde saptanır. Sarkomlar tüm malign tümörlerin yaklaşık %1'ini oluştururlar. Sarkomlar nadiren mediasten yerleşimi gösterirler. Tanı amacıyla tercih edilen yöntemlerden en sık insizyonel biopsidir ancak eksizyonel biopsi ve ince aspirasyon biopsi teknikleri kullanılan yöntemlerdendir. Cerrahi ya da adjuvan tedavi ile birlikte cerrahi tedavide tercih edilir. Anterior mediasten kitlelerde myeloid sarkom aklımızda bulunması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Myeloid Sarkom, Ön Mediasten Kitle, Mezenkimal Tümörler

PS-254 İntrabronşiyal Yabancı Cisim: İnatçı Öksürük Olgusu

Mazlum Dursun[1]

[1]Özel Batman Dünya Hastanesi

Giriş-Amaç: Trakeobronşial sisteme yabancı cisim aspirasyonu (YCA) çeşitli semptom ve bulgulara neden olabilen tanısı zor bir durumdur. Bu nedenle bazen astım veya tekrarlayan akciğer enfeksiyonu nedeniyle tedavi edilir, bu da tanının gecikmesine neden olur. Yabancı cisimler en sık sağ ana bronş (%55) olmak üzere sol ana bronş, soluk borusu, ses tellerine yerleşebilir. Tanıda en önemli kriter hasta ve yakınlarından alınan öyküdür. Ancak %10-20 olguda öykü olmamasına rağmen klinik bulgulara dayanarak yapılan bronkoskopide yabancı cisim saptanmıştır. YCA şüphesi olan olgularda tanıda ilk basamak inceleme yöntemi göğüs radyografileridir. Yabancı cisim; opak ise direkt grafide görülebilir, radyolusen ise havalanma artışı, atelektazi ve konsolidasyon şeklinde görülebilir, ancak bazen radyolojik olarak belirgin bulgu vermeyebilir. Burada inatçı öksürük semptomları ile başvuran, şüpheli klinik bulgular nedeniyle yapılan bronkoskopi ile YCA tanısı alan bir olgudan bahsedilecektir.

Olgu: Daha önce bilinen hastalığı olmayan 56 yaş kadın hasta yaklaşık 20 gündür olan öksürük şikayeti ile farklı merkezlere başvurmuş ve akut bronşit tanısı alarak oral antibiyotik tedavisi, sonrasında astım tanısı alarak bronkodilatör tedavi almış olup hastanın semptomlarının devam etmesi üzerine tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde sağda dinlemekle ronküs duyuldu. Anamnezinde YCA şüphesi yoktu. Akciğer grafisi ve Toraks BT'de anlamlı bulgu izlenmedi. Hastaya bronkoskopi yapıldı. Genel anestezi altında fiberoptik bronkoskopi ile yapılan incelemede sağ akciğer üst lobda pürülan sekresyon ve hafif hiperemi izlendi, o bölgeye lavaj yapıldı, lavaj sırasında sekresyonun içinde siyah renkli yabancı cisim izlendi. Yabancı cisim çıkartıldı, sekresyonlar temizlendi. İşlem sonrası poliklinik takiplerinde hastanın semtomlarında düzleme izlendi.

Resim 1. Fiberoptik bronkoskop ile çıkartılan plastik cisim parçası

Tartışma-Sonuç: YCA, içinde inatçı öksürük şikayetinin de bulunduğu çeşitli klinik varyasyonlarla karşımıza çıkabilen, bazen hayatı tehdit edebilen bir durumdur. Hastanın hikayesi, fizik muayenesi ve akciğer görüntülemesi tanıda önemlidir. YCA olgularında erken teşhis çok önemlidir. Bu nedenle klinik şüphe duyulması durumunda veya sebebi bilinmeyen inatçı öksürük gibi semptomlarda girişimsel işlemlerden kaçınılmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bronkoskopi, İnatçı Öksürük, Yabancı Cisim Aspirasyonu

PS-255 Zirkonyum Diş Kaplaması Aspirasyonu Nedenli Kronik Öksürük ve Yabancı Cismin Çıkartılması

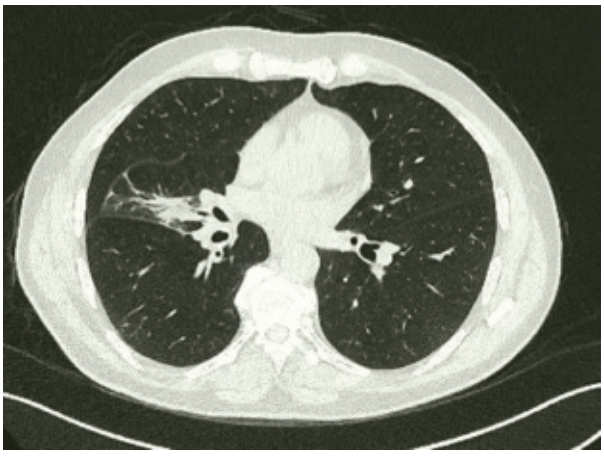
Sedat Çiçek[1], Fatih Üzer[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Yabancı cisim aspirasyonunun klinik belirtileri, asemptomatik bir seyirden hayatı tehdit eden bir tabloya kadar değişebilir. Hastalar akut başlangıçlı öksürük, göğüs ağrısı, nefes darlığı veya subakut, açıklanamayan hemoptizi, düzelmeyen pnömoni ve bazen de görüntülemede tesadüfi bir bulgu ile başvurabilirler. Tedavide geleneksel olarak ilk tercih edilen rijit bronkoskop olsa da cihazlardaki yenilik ve flexible bronkoskopların daha yaygın kullanılması ile YC çıkarılmasının çoğu artık FOB kullanılarak başarıyla gerçekleştirilmektedir.

Olgu: İki yıldır öksürük ve beyaz renkli balgam şikayeti olan 57yalındaki hastanın ek şikayeti yoktu. 30 paket yıl sigara ve KOAH öyküsü vardı. Vitalleri ve laboratuvar testleri normaldi. Çekilen iki yönlü akciğer grafisinde amfizematöz görünüm izlendi. Hasta iki yıl boyunca dış merkeze benzer şikayetlerle tekrarlayan başvurularda bulunmuş ve KOAH tedavisi verilerek takip edilmişti. BT'de sağ intermediate bronkus, sağ orta ve alt lob bronş ve bronşiollerde yaygın sekresyon mevcuttu. Belirgin yer kaplayan lezyon saptanmadı. Hastaya rijid bronkoskopi planlandı. Ancak hastanın boynunun ekstansiyona getirilememesi nedeniyle yapılamadığı için flexible bronkoskopi yapıldı. Sağ ana bronş girişinden itibaren sağ intermedier bronş distaline kadar devam eden yoğun, pürülan, beyaz renkli sekresyon izlendi. Sekresyon aspire edildikten sonra sağ intermedier bronşta aspire edilen yabancı cisim (diş kaplaması) görüldü. Forceps ile çıkartıldı. İşlem sonrası hastaya gemifloksasin tedavisi başlandı, hastanın şikayetleri tama yakın geriledi. Hastaya10 hafta sonra kontrol toraks BT çekildi. Sağ akciğer üst lob alt kesitler ile orta lobu ilgilendiren sahada, yaklaşık33x22x17 mm'lik bir alana yerleşen kalın duvarlı kaviter kitlesel lezyon ve çevresinde dansite artışları izlendi. Sağ akciğer orta lobda ve alt lobda tübüler bronşektaziler izlendi. Kaviter lezyon yeni bulgu olarak değerlendirildi. Önceki BT'deki sekresyon ve mukus tıkaçları ciddi oranda azalmıştı. Şikayetleri tama yakın gerileyen hastanın12 hafta sonra çekilen BT'sinde sağ akciğer orta lobda tariflenen kaviter lezyon tamamen regrese olmuştu, yıllık kontrol planlandı.

Toraks Görüntülemesi



Tartışma-Sonuç: Vakamız bilinen herhangi bir nörolojik, psikiyatrik hastalığı olmayan57 yaşında erkek hasta olmasına rağmen yemek yerken zirkonyum elementinden imal edilmiş diş kaplamasını aspire etmişti. Kronik öksürük, hemoptizi, nefes darlığı gibi enfektif ve malign hastalıkları düşündüren durumlarda yabancı cisim aspirasyonunun her zaman akılda bulundurulması gerektiği bir kez daha görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Yabancı, Cisim, Bronkoskopi, Aspirasyon

PS-256 Akciğer Malignitesi Şüphesi Olan Pediatrik Vakada EBUS İşlemi

Berat Başdemir[1], Aslıhan Gürün Kaya[1], Miraç Öz[1], Sema Nilay Abseyi[2], Serhat Erol[1], Koray Ceyhan[3], Aydın Çiledağ[1], Akın Kaya[1]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı
[3]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Sitopatoloji Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Endobronşial Ultrasonografi (EBUS), göğüs boşluğu içerisinde normal bronkoskopi yöntemi ile ulaşılamayan bölgelerdeki büyümüş lenf bezleri ya da merkezi havayollarına komşuluk gösteren lezyonlardan biyopsi alabilme olanağını sağlayarak akciğer kanseri, tüberküloz, lenfoma gibi birçok hastalığın teşhisinde kullanılan bir bronkoskopi yöntemidir.

Olgu: 13 yaşında erkek hasta son 1 yıldır olan baş dönmesi, aşırı kilo alma ve her iki memede büyüme şikayetiyle çocuk hastalıkları endokrinoloji bölümüne başvurmuş. Fizik muayenesinde ay dede yüzü görünümü, bufalo hörgücü görünümü, jinekomasti, hipertrikozis, vücudunda mor strialar saptanan hastaya yapılan tetkikler sonucunda Cushing Sendromu tanısı konmuş. Yapılan kranial görüntülemelerinde intrakranial patoloji saptanmayan hastanın ektopik Cushing Sendromu araştırılması amacıyla çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sol hilusta 21x12 mm boyutlu hipodens düzgün sınırlı, homojen solid lezyon ve sol akciğer lingula inferiorde majör fissür ve periferik plevraya dayanan 7 mm çapında nodül saptanmış. Galyum 86 ile çekilen pozitron emisyon bilgisayarlı tomografide (PET-BT) sol hilusta tanımlanan lezyonda SUVmax:8,5 düzeyinde tutulum saptanmış. PET-BT sonucu ile konsülte edilen hastaya tarafımızca bronkoskopi yapılarak EBUS ile sol hiler kitleden ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) alındı. İşlem öncesinde, sırasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişimi olmadı. İİAB patoloji sonucu nöroendokrin karsinoid tümör ile uyumlu olarak sonuçlandı ve ilgili bölümler tarafından cerrahi ve medikal tedavi planlandı.

Tartışma-Sonuç: Akciğer maligniteleri ya da diğer hastalıklar her zaman hava yolları içerisinde yer almazlar. EBUS, özel iğnesi sayesinde özellikle göğüs boşluğu içerisinde normal bronkoskopi yöntemi ile ulaşılamayan bölgelerdeki büyümüş lenf bezlerinin ya da merkezi havayollarına komşuluk gösteren lezyonların içine girebilme ve biyopsi alabilmeye olanak sağlar. Olgumuzda da olduğu gibi ektopik ACTH salınımına neden olan bir akciğer malignitesine tanı koymak amacıyla pediatrik yaş grubunda da EBUS kullanılabilmektedir. Bu olgu kliniğimizde EBUS yapılan en düşük yaşta vaka olma özelliğine de sahiptir.

Anahtar Kelimeler: EBUS, Malignite, Pediatri

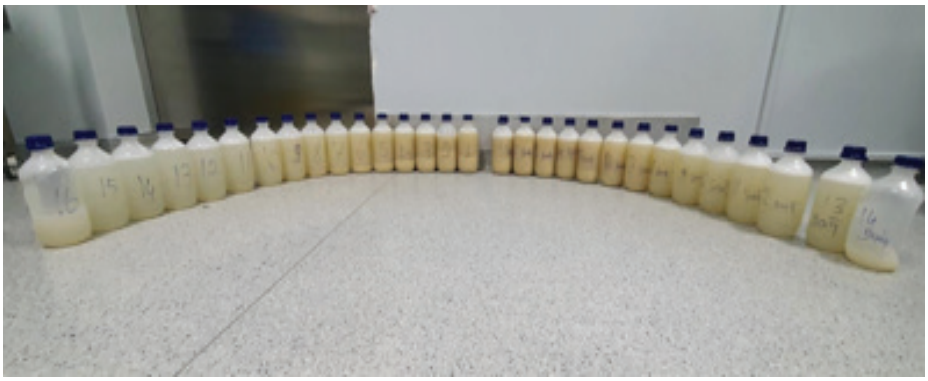
PS-257 Tek Seansta Bilateral Total Akciğer Lavajı Uygulanan Pulmoner Alveoler Proteinozis Olgusu

Fatma Elif Çayır Koçal[1], Demet Turan[1], Efsun Gonca Uğur Chouseın[1], Erdinç Denizli[1], Mehmet Akif Özgül[1], Erdoğan Çetinkaya[1]

[1]İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner Alveoler Proteinozis (PAP), alveollerde lipoproteinöz madde birikimiyle karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Primer (idiopatik), konjenital ve sekonder (lenfoma, lösemi, HIV, ağır inorganik maddelere maruziyet) nedenler etiyolojide rol oynayabilir. Total akciğer lavajı (TAL) tedavide ilk seçenek olmakla birlikte rituksimab, GM-CSF, plazmaferezle ilgili çalışmalar devam etmektedir. TAL teknik olarak standardize edilmemekle birlikte literatürde yaygın olarak tek taraflı önerilmektedir. PAP tanısıyla tek seansta bilateral TAL uyguladığımız olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 48 yaşında erkek hasta, 4 aydır başlayan ve progresyon gösteren nefes darlığı, dudaklar ve tırnaklarda morarma şikayetleriyle başvurdu. 30 paket/yıl sigara öyküsü olan hastanın fizik muayenesinde siyanozu ve çomak parmağı mevcuttu. Dispneik olan hastada oskültasyonda yaygın bilateral inspiratuar raller mevcuttu. Hemogramında Hb:18.8 gr/dL, Htc: %56,3 idi, biyokimyasında özellik yoktu. Kan gazlarında pO2:41,1mmHg, sO2: %79 ve P(A-a) O2: 61,6 mmHg idi. PA Akciğer grafisinde bilateral yaygın nonhomojen dansite artışları mevcuttu. Toraks BT'de diffüz kaldırım taşı görünümünde infiltrasyonlar mevcuttu. Bronkoalveolar lavaj sonucu PAP ile uyumlu gelen hastaya tek seansta bilateral TAL uygulandı. Prosedür: Hasta genel anestezi altında çift lümenli entübasyon tüpüyle sol selektif entübe edildi. İlk olarak sol taraf yukarıda kalacak şekilde, devamında sağ taraf yukarıda kalacak şekilde hastaya yan pozisyon verildi. Bilateral toplam 29 lt sıvı akciğerlere verilerek serbest drenajla drene edildi. (Resim1) İşlem süresi 3.5 saatti. İşlem sonrası ekstübe edilerek maske O2 altında yoğun bakıma (YB) alınan hasta ertesi gün servise alındı. Hastada klinik olarak düzelme, sO2: %90(oda havası), kontrol PA akciğer grafisinde regresyon mevcuttu.



Resim 1. Bilateral total akciğer lavajında sol tarafın 16 lt, sağ tarafın 13 lt sıvı verilerek alınan proteinöz materyal. Drene edilen sıvı berraklaşana kadar işleme devam edilir.

Tartışma-Sonuç: PAP olgularında TAL günümüzde tedavi seçeneği olarak yaygın uygulanmaktadır. TAL işlemin gelişebilecek komplikasyonları, entübasyon ve YB süresinin uzun oluşu nedeniyle tek taraflı TAL önerilmekte olup başka seansta karşı akciğere işlem önerilmektedir. Olgumuzun kliniğinin kötü, satürasyonlarının çok düşük oluşu, tek taraflı TAL uygulandığında ikinci seansa kadar hastanın YB'den çıkamama riski nedeniyle hastaya tek seansta bilateral TAL yapıldı. Hasta extübe edilerek YB'de bir gece takip edildi. Seçilmiş olgularda TAL'ın bilateral aynı seansta uygulanabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Alveoler Proteinozis, Bilateral Total Akciğer Lavajı, Diffüz kaldırım taşı görünümü, PAP, TAL

PS-258 EBUS'ta Sistematik Değerlendirmenin Önemi, Prostat Kanseri Hastasında Multipl Lenf Bezi Örneklemesi

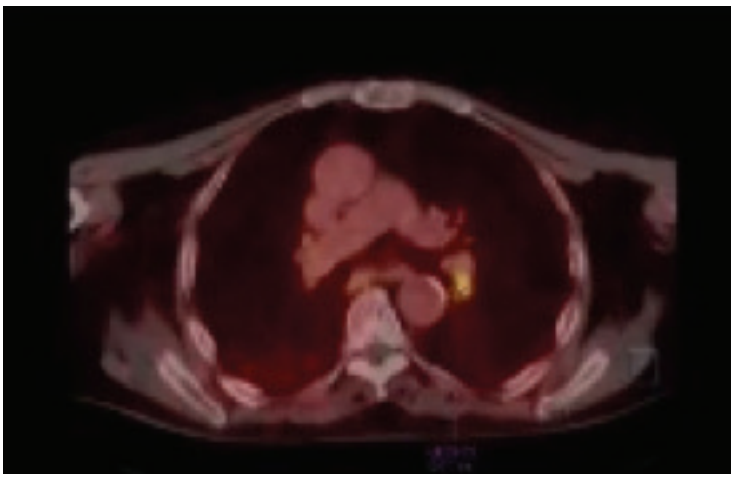
Ece Elburus[1], Onur Fevzi Erer[1]

[1]İzmir Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Endobronşiyal ultrasonografi (EBUS), göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi alanlarındaki son yılların en önemli gelişmesi olarak kabul edilebilir. Endobronşial ultrasonografi (EBUS); tanısı bilinmeyen hiler, mediastinal lenfadenopatilerin ve kitlelerin örneklenmesinde kullanılan minimal invazif bir tanı yöntemidir. Olgumuzda EBUS işlemi sırasında yapılacak sistematik değerlendirmenin önemini vurgulamak amaçlanmaktadır.

Olgu: 83 yaşında erkek hasta 2011 yılında prostat kanseri nedeni ile opere olmuş. Takiplerinde prostat spesifik antijen (PSA) değerinin 44,53 gelmesi üzerine çekilen Prostat spesifik membran antijen (PMSA) PET de sol hiler 6 milimetrelik lenfadenopati saptanmış. Hasta tarafımıza yönlendirilmiş. Hastaya yapılan EBUS işleminde sol interlober (11 nolu istasyon) sınırları düzenli heterojen yapıda 6 milimetre çaplı lenfadenopati izlendi. Ayrıca EBUS işlemi sırasında yapılan sistematik değerlendirmede PET pozitifliği olmayan subkarinal (7 nolu istasyon) 8 milimetre çaplı sınırları düzenli heterojen yapıda lenfadenopati izlendi. İşlem sırasında tek iğne kullanıldığından bulaş olasılığını ortadan kaldırmak için öncelikle patolojik görüntü saptanmamış lenf bezi daha sonra sol interlober lenf bezi örneklendi. Patolojik incelemeler karsinom metastazı olarak rapor edildi. İki lenf bezinin de metastatik olması hastanın onkolojik tedavisini değiştirmiştir.

PMSA PET



Tartışma-Sonuç: EBUS işlemi mediastinal patolojilerin saptanmasında, akciğer ve akciğer dışı organ tümörlerinin evrelemesinde yüksek tanısal verime sahiptir. EBUS işleminde sistematik değerlendirme oldukça önemlidir. Sadece hedef lenf bezinden örnek alınarak (hit and run)işlem sonlandırılmamalıdır. EBUS ile sistematik değerlendirme, görüntüleme tetkiklerinde izlenmeyen patolojik lenf bezlerinin ve diğer mediastinal patolojilerin saptanmasında önemli rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Endobronşiyal Ultrason, Sistematik Değerlendirme

PS-259 EBUS-TBNA ile Vaskülit Tanısı Konulan Olgu

Elif Akıncı[1], Serhat Erol[1], Miraç Öz[1], Recep Yılmaz[2], Koray Ceyhan[3]

[1]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD
[2]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji ABD
[3]Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sitoloji ABD

Giriş-Amaç: Granülomatöz Polianjitis; özellikle üst ve alt solunum yolları ile böbrekleri tutan nekrotizan granülomatöz bir vaskülittir. %90 oranında Anti-Proteinaz 3 antikoru ilişkili bulunmuştur. En sık semptomları sinüzit, otit, oral-nazal ülserler, nazal septum perforasyonu, akciğerde nodüller ve kaviter lezyonlar, glomerülonefrit bulguları şeklindedir. Klinik tablo yanında doku biyopsileri ile tanı kesinleştirilebilir.

Olgu: Epilepsi dışında bilinen hastalığı olmayan 68 yaşında erkek hasta, 3 haftadır olan hemoptizi, öksürük, göğüs ağrısı, iştahsızlık, gece terlemesi, kilo kaybı, ateş şikayetleri ile başvurdu. Toraks BT'de multiple kaviter lezyonlar ve mediastinal lenfadenopatiler nedeniyle malignite, tüberküloz ve mantar enfeksiyonu ön tanıları ile EBUS-TBNA planlandı. 4R, 10R, sağ ve sol kitleden EBUS ile TBNA ve bronş lavajı alındı. Örneklerden sitoloji, mantar ve tüberküloz enfeksiyonları açısından mikrobiyoloji testler istendi. Bunlara ek olarak Aspergillus PCR, Galaktomannan ve olası otoimmun hastalıklar için immün belirteçler ve infektif endokardit açısından EKO istendi. Galaktomannan 1,79 pozitif görülen hastada Aspergillus PCR kanda ve balgamda negatif görüldü. ANCA (++) saptanan hastada alt tiplendirme yapıldığında PR3-ANCA: 92 U/ml (+) görüldü. TBNA Sitolojisi "Yaygın nekroz, mikst inflamasyon ve perinekrotik fibrohistiyositik proliferasyon bulguları gösteren sağ ve sol kitle kayıtlı ebus iiab yaymaları/hücre bloğu, malignite yönünden negatif, mediastinel-hiler lenf nodları (4r ve 10r) ebus iiab yaymaları, (antrakozik lenf nodları ile uyumlu bulgular), PAS ve GMS boyalarında fungal mikroorganizma yönünde bir bulgu saptanmamıştır. Klinik olarak PR3 - ANCA değeri yüksek olan olguda bulgular sistemik vaskülitik hastalığın nekrotik alanlarının yansıtıyor olabilir. (Wegener granülomatozisi?)" olarak raporlandı. Mantar ve tüberküloz için gönderilen tetkikler normal gelen hastada mevcut bulgularla Polianjitis Granülomatoza tanısı konuldu ve immün supresif tedavi başlandı. Hastada semptomatik ve radyolojik yanıt alındı.

Tartışma-Sonuç: Granülomatöz Polianjitis hızlı tanı ve etkin tedavi ile dramatik yanıtlar alınabilen bir sistemik vaskülit hastalığıdır. ÜSYE semptomları, öksürük, hemoptizi ve nodüler-kaviter akciğer lezyonları olan hastalarda doku biyopsisi ile akciğerde nekrotik granülomasyon, böbrekte Fokal segmenter nekrotizan glomerülonefrit veya Tip 3 Kresentrik Glomerülonefrit varlığı ile tanı kesinleştirilir.

Anahtar Kelimeler: Vaskülit, EBUS, Polianjitis Granülomatoza, Hemoptizi

PS-260 Endobronşial Yabancı Cisim

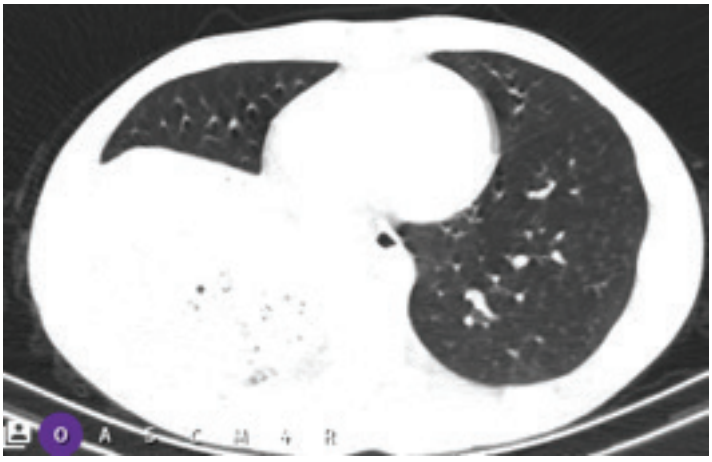
Şehriban Çağlak[1]

[1]Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Yabancı cisim aspirasyonu, her yaş grubunda görülmekle birlikte erişkinlerde sık değildir. Erişkinlerde ileri yaş grubunda, orofaringeal refleksi bozuk olanda, oral protez ve sedatif kullanımında, alkol kullananda, diş çekimi ve nörolojik bozukluğu olanda daha sıktır. Aspirasyonu takiben aniden başlayan öksürük, hırıltı ve nefes darlığı gibi akut klinik tabloya neden olabildiği gibi, nonspesifik ve kronik yakınmalara da yol açabilir. En sık sağ endobronşiyal sistemde rastlanır. Tanı ve tedavisinde rijid ve fleksibl bronkoskopi (FB) yaygın olarak kullanılmaktadır. Olgumuz epilepsi tanısı ile takipli olup 4 aydır süregelen enfektif yakınmalar ve kilo kaybıyla başvurmuştur. Bilgisayarlı Akciğer Tomografisinde sağ ana bronş distalinde obstrüksiyon ve konsolüdasyon izlendi. Tanısal amaçlı yapılan fiberoptik bronkoskopisinde sağ ana bronş distalinde yabancı cisim(diş) görülmüştür, forceps yardımıyla çıkarılmıştır. Olgumuz kliniğe kronik semptomlarla başvurmuş olup tanısal amaçlı yapılan fiberoptik bronkoskopi ile yabancı cisim başarılı bir şekilde çıkarılmıştır.

Olgu: 20 yaş erkek hasta epilepsi tanısı ile takipli olup kliniğimize 4 aydır süregelen öksürük, pürülan, balgam, ara ara olan ateş, kilo kaybı yakınması ile başvurdu. Daha önce birden çok antibiyotik tedavisi almış ve şikayetleri gerilememişti. Sigara kullanımı, tüberküloz temas öyküsü ve soygeçmişte özellik yoktu. Dış merkezde çekilen Akciğer Bilgisayarlı Tomografisi:' Sağ akciğer alt lobta konsolidasyon ve tama yakın kollabe görünüm izlendi. Olası altta yatabilecek maligniteler açısından bulguların ileri tetkiki önerilir' şeklinde yorumlanmıştı. Tüberküloz açısından tetkik edilmiş testleri negatif gelmişti. Tanısal amaçlı yapılan fiberoptik bronkoskopisinde sağ ana bronş distalinde yabancı cisim(diş) görüldü, forceps yardımıyla çıkarıldı. Uygun antibiyotik tedavisi sonrası hastanın semptomları geriledi. Hastanın daha önce epilepsi nöbeti geçirdiği sırada düştüğü ön dişlerinin kırıldığı o sırada akut solunumsal yakınmalarının olmadığı öğrenildi.

Sağ ana bronş distalinde obstrüksiyon, konsolüdasyon



Tartışma-Sonuç: Olgumuz epilepsi nöbeti geçirdiği sırada düşmesi sonucu dişi kırılmış ve aspire etmiş o sırada akut solunum semptomları olmamış. Kliniğe kronik semptomlarla başvurdu. Klinik olarak endobronşial lezyon, tüberküloz, yabancı cisim ön tanılarıyla yapılan fiberoptik bronkoskopisinde yabancı cisim (diş) görüldü forceps ile yabancı cisim başarılı bir şekilde çıkarılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Yabancı Cisim, Bronkoskopi, Endobronşial Lezyon

PS-261 Nadir Görülenbir Olgu: Keutel Sendromu

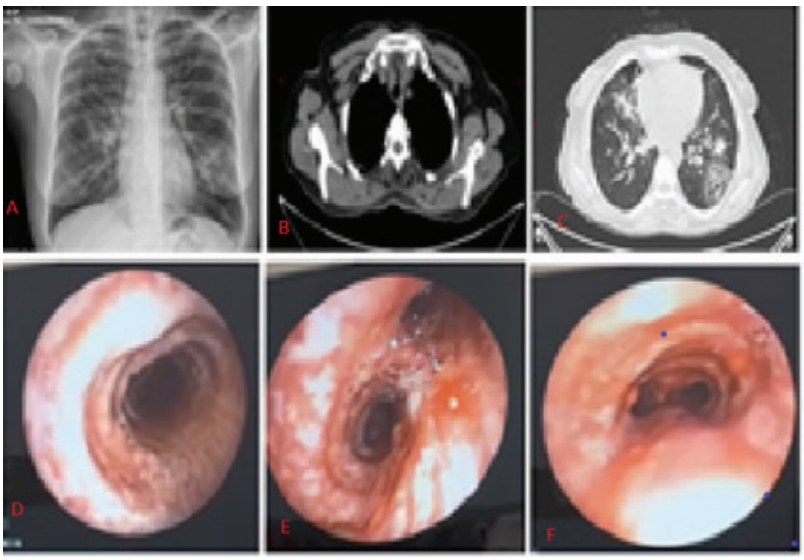
Yunus Emre Kalkan[1], Gül Ünalan[1], Zeynep Mert[1], Barış Demirkol[1], Mehmet Akif Özgül[1], Sibel Yurt[1], Ayşe Bahadır[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Keutel sendromu (KS) otozomal resesif bir hastalıktır ve hücre dışı matrix proteini olan G1a defekti ile ilişkili bulunmuştur. İnsidansı 1/1.000.000dir.Mental retardasyon, yüz anomalileri ve işitme kaybı ile kendini göstermesine rağmen hastalığın prognozu pulmoner tutuluma bağlıdır. Pulmoner sistemde en çok trakeaobronşiyal sistemde kalsifikasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Kalsifiye bronş sistemi klinikte nefes darlığı ve öksürüğe neden olmaktadır. Tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonları veya nöbetler sıklıkla hastaneye yatışa yol açar. KS tanısı çoğu zaman hastane yatışlarında tesadüfen konur. Bu olgumuzda trakeobronşiyal sistemde kalsifikasyonlar ile beraber parankimde fokal infiltrasyonlarla seyreden bir hastayı tartışmayı amaçladık.

Olgu: 47 yaşında kadın hasta çabuk yorulma şikayeti ile kardiyoloji servisinde takip edilmekteydi. Hastanın bilinen çoklu kalp kapak yetmezliği, sjögren, keutel sendromu, 2004 yılında MALT lenfoma ile operasyon ve kemoterapi öyküleri mevcut idi. Meslek ev hanımı olup hiç sigara içmemiştir. KVC tarafından mitral kapak operasyonu planlanan hasta tarafımıza preop değerlendirme için konsülte edildi. Fizik muayenesi olağandı. Çekilen paagde bilateral dağınık yerleşimli opasite artışları mevcuttu. Toraks BTde bilateral dağınık yerleşimli opasite alanları ve konsolidasyonlar görüldü. Hastaya geniş spektrumlu antibiyotik verildi. Uzun süreli tedaviye rağmen radyolojik regresyonu görülmeyen hastaya parankim lezyonları ayırıcı tanılarda lenfoma, kronik organize pnömoni ve akciğer ca şüphesi nedeniyle FOB ve bronkoalveoler lavaj yapıldı. Trakeada ve tüm bronş sisteminde sisteminde kalsifiye görünümde kıkırdak yapısı izlendi. Bu kalsifiye kıkırdak dokusu nedeniyle tüm havayolunda daralma izlendi. Endobronşiyal lezyon saptanmadı. Sol alt lobdan BAL yapıldı, sonuçlarına göre gerekirse parankimal akciğer biyopsisi alınması planlandı. Genel durumu iyi olan hasta patoloji sonuçlarını beklemek üzere poliklinik kontrol önerilerek taburcu edildi.

Keutel Sendromu



A: Akciğer grafisinde fokal infiltrasyon alanları görülmekte. B: Trakeayı çepeçevre saran kalsifikasyon alanı görülmekte.C:Toraks BTde sol alt lobta uzun süredir devam eden antibiyoterapiye cevap vermeyen infiltrasyon alanı mevcut. D-E-F de Bronkoskopide yer yer kalsifikasyon alanları seçilebilmekte.

Tartışma-Sonuç: Keutel hastalığı vaka sayısı azlığı ve tanı zorluğu nedeni ile henüz yeterli çalışma yapılamamıştır. Küratif tedavisi olmayıp semptomatik tedavi önerilmektedir. Literatürdeki çoğu hasta iyi prognozla seyretmiştir. Trakeobronşiyal kalsifikasyonlar sonrası sık akciğer enfeksiyonları mortalite ve morbiditede artışa neden olmaktadır. Literatürde saptanan vakaların yarısı ülkemizden bildirilmiş olması ülkemizde hastalığın tüm yönleriyle aydınlatılması açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Keutel Sendromu, Trakeobronşiyal Kalsifikasyon

PS-262 Akciğerde Metastatik Pulmoner Kalsifikasyonlar 1 Olgu

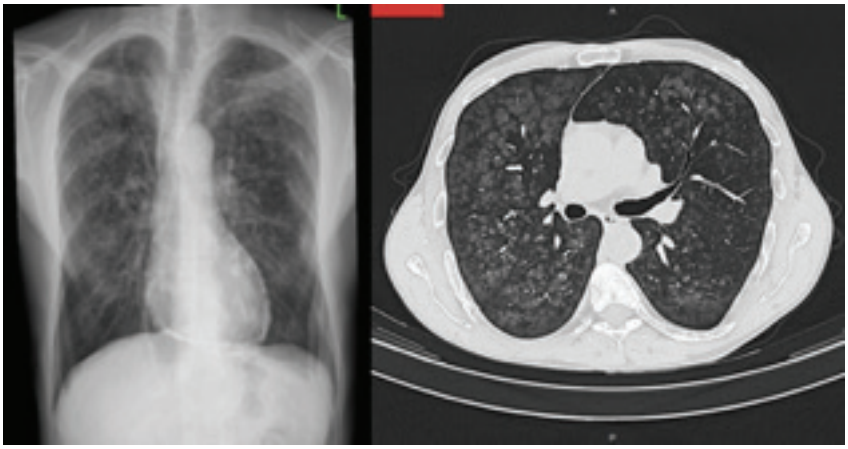
Kübra Ünal Karaca[1], Şükrü Egemen Demir[1], Erva Nur Özçankaya Keresteci[1], Ayşenur Ertaş[1], Muhammed Emin Akkoyunlu[1], Mehmet Bayram[1]

[1]İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi

Giriş-Amaç: Kronik böbrek yetmezliği (KBY), primer hiperparatiroidizm, destriktif kemik hastalıkları ve süt-alkali sendromu gibi kalsiyum metabolizmasını etkileyen hastalıklarda metabolik kalsifikasyonların oluşumu nadirdir.

Olgu: 46 yaşında erkek hastanın geçmişinde, iki kez renal transplantasyon öyküsü mevcut. İlk böbrek transplantasyonundan önce hasta 13 yıl diyaliz almış. Ayrıca paratiroidektomi ve hiatal herni operasyon öyküsü mevcut. Hasta renal transplantasyon nedeni ile takrolimus 1 mg 2x1, mikofenalat mofetil 500 mg 1x1 ve metilprednizolon 5 mg/gün kullanmakta. Hastanın paratiroidektomiye rağmen son dönem böbrek yetmezliğine bağlı hiperparatiroidisi mevcut. Güncel paratiroid seviyesi 150 pg/dl (normali 15-65 arası) olarak saptandı. Tüm vücutta; akciğer parankiminde, perikartta, damar duvarlarında, el, ayak ve bilek eklemlerinde kalsiyum birikimleri mevcut. Hastanın toraks tomografisinde her iki akciğerde diffüz alveolar yerleşimli periferik ve santral izlenen daha çok üst loblarda, sağ akciğer orta lob ve alt lobların süperior seviyelerinde izlenen nodüler tarzda santralinde damarsal yapıların belirginleştiği oval buzlu cam dansiteleri mevcuttur. Ayrıca akciğer grafisinde de görüldüğü üzre tüm perikardı çepeçevre saran kalfikasyonu mevcut.

Hastanın Toraks-BT Görüntülemeleri



Tartışma-Sonuç: KBY 'hiperparatiroidiye bağlı bağlı vücutta kalsiyum birikmesi sık görülen bulgulardır. Zaman zaman akciğer parankiminde de kalsiyum birikimleri görülebilir. Her kadar kendine özgü radyolojik bulguarı olsa da enfeksiyonlar, silikoz, amiloidoz, alveoler mikrolitiazis, metastatik maligniteler bu nedenler arasındadır. Nadir de olsa kalsiyum depolanması interstisyel fibroz ve solunum yetmezliğine ilerleyebilir. Metastatik kalsifikasyonlar genellikle asemptomatik seyreder. Kalsiyum depositleri akciğerde interstisyel ve bronkovasküler demetler çevresinde biriktiği için nadiren restriktif solunum defektine yol açabilmektedir. Bu olguda metastatik kalsifikasyonların sekonder hiperparatiroidizm ve serum kalsiyum-fosfor dengesinde bozulmaya bağlı geliştiği düşünülmüştür. Primer hastalık kontrol altına alınırsa, bu tür metastatik kalsifikasyonların selim gidişli olduğu gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Metastatik Pulmoner Kalsifikasyon, Hiperkalsemi, Akciğer Fibrozis ve Kalsifikasyon

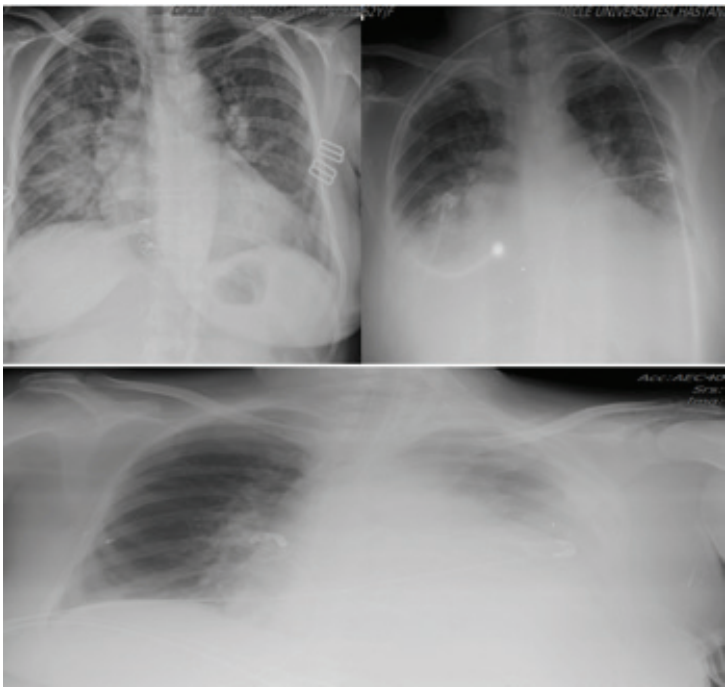
PS-263 Tek Taraflı Kardiyojenik Akciğer Ödemi

Erol Başaranoğlu[1], Hadice Selimoğlu Şen[1], Veysi Tekin[2], Nuriye Gökçe Erkan[1], Şehmus Işık[1], Tarık Kılıç[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır
[2]Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Akut kardiyojenik pulmoner ödemde en sık radyolojik bulgu, "kelebek gölgesi" olarak da adlandırılan bilateral simetrik opasitelerdir. Tek taraflı pulmoner ödem, kardiyojenik pulmoner ödemin sadece %2'lik dilimidir, sağ üst lobda olmaya eğilimlidir ve mitral yetersizliği ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Regürjitasyon jetinin sağ superior pulmoner vene doğru yönlendirildiği ve böylece tercihen sağ üst lobdaki hidrostatik basıncı arttırdığı varsayılmaktadır. Tek taraflı pulmoner ödem pnömoni başta olmak üzere göğüs radyografisinde diğer tek taraflı infiltrat nedenleriyle karıştırılabilen nadir bir antitedir. Diüretik tedaviye hızlı yanıt veren tek taraflı akciğer ödemi olgusu, ayırıcı tanıya dikkat çekme amacı ile sunuldu.

Olgu: 62 yaşında bilinen hipertansiyon ve tip 2 diabet tanılı kadın hasta son 5 gündür başlayan nefes darlığı, göğüs ağrısı ve kuru öksürük, şikayetleri nedeniyle acil servise başvurdu. Ateş: 36.8 derece ve oskultasyonda sağda orta ve alt alanlarda krepitan raller duyulmaktaydı. Laboratuvarında CRP ve D-Dimer yüksek bulundu. Toraks bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiografide pulmoner emboli saptanmadı. Sağda santral alanlarda buzlu cam ve konsolidasyon alanları (Resim 1) saptanan hasta pnömoni ön tanısıyla yatırıldı. Saatler içinde solunum sıkıntısı ilerleyen bilateral ince ralleri, ortopnesi gelişen, akciğer grafisinde infiltrasyonları bilateral hale gelen hastada akciğer ödemi düşünülerek diüretik ve non invaziv mekanik ventilasyon desteği verildi. Hızlı bir şekilde kliniği düzelen, 3. gün bilateral radyolojik infiltrasyonları gerileyen (resim 1) ve balgam ve ateşi hiç olmayan hastada pnömoni ön tanısından uzaklaşıldı. Ekokardiografide ejeksiyon fraksiyonu: % 35 ve grade 3 mitral yetmezlik saptandı. Hasta yeni tanı kalp yetmezliği nedeniyle kardiyoloji yoğun bakım ünitesine transfer edildi.



Resim 1. Hastanın ilk akciğer grafisinde sağda santral alanlarda konsolide alanlar görülürken, ani solunum sıkıntısı sonrası kontrol grafisinde bilateral plevral efüzyon izlenmekte. Diüretik tedavisinden sonraki grafisinde efüzyonun regrese olduğu izlenmekte.

Tartışma-Sonuç: Tek taraflı akciğer ödemi olan hastalar sıklıkla pnömoni ile karışabilir. Pnömonilerde balgam çoğunlukla pürülandır. Hastaların %80'inde ateş vardır. Pnömonilerde antibiyotik tedavisi ile radyolojik düzelme klinik düzelmeden daha geç olur. Sonuç olarak; özellikle mitral yetmezliği ve sol kalp yetmezliği, bulunan hastalarda tek taraflı akciğer infiltrasyonlarının ayırıcı tanısında kardiyak nedene bağlı tek taraflı akciğer ödemi de akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Ödemi, Pnömoni, Unilateral İnfiltrasyon

PS-264 Nadir Bir Vaka Olarak Akciğerde Kitle Görünümü Veren Meningosel Olgu Sunumu

Nurhan Atilla[1], Burcu Karaokur Akkök[1], Fulsen Bozkuş[1], Tuba Bilgili[1]

[1]Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Şüpheli bir mediastinal kitlenin ilk değerlendirmesi, laboratuvar ve görüntüleme ile desteklenen ayrıntılı anamnez ve fizik muayeneden oluşmaktadır. Vakamızda akciğerde kitle görüntüsü veren lezyonun ayrıntılı görüntüleme ve beyin cerrahi görüşü ile meningosel olduğu dikkat çekmiştir. Spinal meningosel, dura ve araknoid membranı içeren kesenin vertebral kolon defekti veya bir foramen yoluyla herniasyonudur. Bunlar en sık posteriorda ve lumbosakral bölgede bulunur. Nadiren görüntülemede anterior spinal meningosel , posterior mediastinal kitle gibi görünecektir. Bu anormallikler beyin omurilik sıvısı ile dolu keseler olduğundan görüntülemede vertebral kolon ile iletişim halinde kistik yapılar olarak görünebilirler.

Olgu: 43 yaş erkek hasta, öksürük şikayetiyle Göğüs Hastalıkları polikliniğe başvurmuş. Özgeçmişinde 2007 yılında trafik kazası mevcut olup bilinen hastalık yoktu. Çekilen Akciğer Grafisinde sol apekste kitle görünümü veren opasite (Şekil 1) nedeniyle detaylı anamnez ve tetkikler istendi. WBC, CRP, sedimantasyon değerleri normaldi. Genel durum iyi olan hastanın göğüs ağrısı, hemoptizi, sırt ağrısı yoktu. Kitle açısından Toraks BT çekildi (Şekil 2a ve 2b). Medulla spinalisle bağlantılı şüpheli kitle lezyonu olan hasta beyin cerrahi bölümüne danışıldı. Kontrastlı torakal MR çekildi (Şekil 3). Sol akciğerde spinal kanaldan çıkan lateral torasik meningosel saptandı. Hasta beyin ve sinir cerrahi bölümüne devredildi.

Şekil 1.

Tartışma-Sonuç: Fizik muayene sadece doğrudan mediasten ile ilgili alanlara odaklanmamalı; baş, boyun, üst ekstremite, göğüs ve karın muayenesinin yanı sıra lenfadenopati gösterebilecek tüm alanların muayenesini içermelidir. İntratorasik meningosel, en sık 30- 50 yaş arasında, her iki cinste eşit oranda görülen kemik ya da duranın akkiz/ konjenital gelişim eksikliği sonucu torasik meninkslerin, intervertebral foramen veya erode olmuş vertebralardan dışarı doğru herniasyonu ile karakterize oldukça nadir görülen bir patolojidir. Olguların %52'sinin sağ, %48'inin sol hemitoraksta saptandığı bildirilmiştir. Olgumuzda ise meningosel sol hemitoraksta yerleşmişti. Olguların yaklaşık %64'ünde lezyon nörofibromatozis ile birliktedir. Ayırıcı tanısında malign fibröz histiyositom, tüberküloz apsesi, osteoblastom, kondrosarkom ve akciğerin maligniteleri gibi nöral foramenleri genişleten diğer lezyonlar düşünülmelidir. İntratorasik meningosel olgularının %60'ı asemptomatik olup bazen basıya bağlı ağrı , dispne gelişebilir. Asemptomatik olguların takibi, semptomatik ve büyüyen lezyonlarda ise cerrahi tedavi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Torasik Meningosel, Akciğerde Kitle

PS-265 Covid-19 Pnömonisini Taklit Eden Löffler Pnömonisi

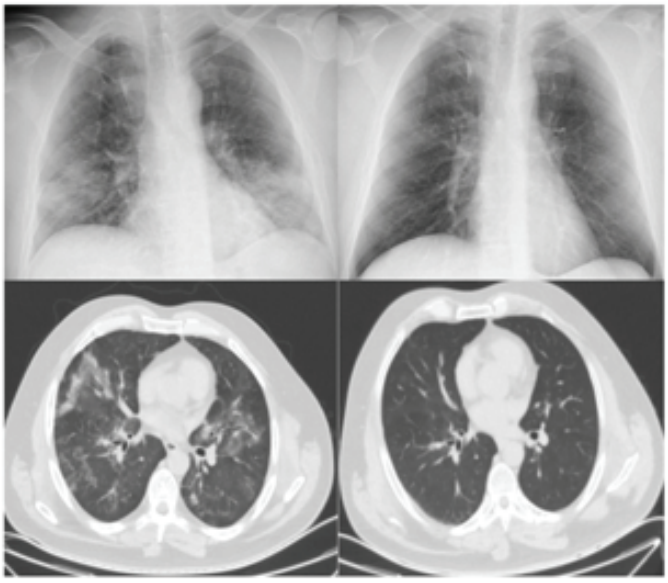
Çağan Asparuk[1], Öznur Hun[1], Beyza Yılmaz[1], Fatma Ezgi Altun Acar[1], Ebru Aykan Mavigöz[1], Naciye Mutlu[1], Hüseyin Cem Tigin[1], Murat Kıyık[1]

[1]SBÜ, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Eozinofilik akciğer hastalıklarının (EAH) bir formu olan Löffler pnömonisi etiyolojisinde paraziter enfeksiyonlar ve ilaçlar olabildiği gibi, hastalık idiopatik de olabilir. Posteroanterior akciğer grafisi (PAAG), toraks-BT gibi görüntülemelerde yer değiştiren infiltrasyonlar, hipereozinofili ve kuru öksürük, nefes darlığı, ateş gibi semptomlar tanıda önemli bulgulardır. Sunumumuzda, multipl skleroz (MS) tanılı, antidepresif ve antipsikotik ajan kullanan hastada klinik ve radyolojik olarak COVİD-19 pnömonisini taklit eden, ilaca bağlı EAH düşündüğümüz olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk üç yaşında erkek hasta öksürük, halsizlik, ateş şikayetleriyle interne edildi. MS tanılı, nörolojik ve psikiyatrik ilaçlar kullanan hastanın mesleki maruziyeti ve sigara öyküsü bulunmamaktaydı. Fizik muayenede bilateral solunum sesleri azalmıştı, ral-ronküs yoktu. Kan tahlillerinde C-Reaktif-Protein 116, prokalsitonin 0,28 olan hastaya nonspesifik antibiyotik başlandı. PAAG ve toraks-BT'de bilateral buzlu cam ve opasiteler olması nedeniyle viral pnömoni veya romatolojik hastalıklar düşünüldü, oseltamivir başlandı. Covid-19-PCR testi, ENA profili, anti-histon antikor, balgam ARB negatif geldi. Nonspesifik balgam, mikobakteri ve kan kültürlerinde üreme olmadı. Günlük takiplerde PAAG'lerde ve yeni toraks-BT'sinde bilateral infiltrasyonların yer değiştirdiği görüldü. Kanda hipereozinofili de mevcuttu. EAH düşünülen hastada gaitada parazit negatif geldi. MS nedeniyle kullandığı immunomodülatör (kladribin), antiepileptik (pregabalin) ajanların EAH'a neden olma olasılığı açısından takipli olduğu nöroloji doktoruyla görüşüldü, olasılığın düşük olduğu bildirildi. Kullandığı antidepressif (venlafaksin) ve antipsikotik (aripiprazol) açısından psikiyatri bölümüyle görüşüldü, ikisinin de EAH'a neden olabileceği bildirildi. Aripiprazolün kesilmesi, venlafaksinin tedricen kesilip bubropiyon başlanması önerildi. Tedavisi düzenlenip metilprednizolon başlanan hastanın şikayetleri geriledi, PAAG'lerde regresyon görüldü. Oral metilprednizolon'la taburcu edildi. 15 gün sonra kontrol PAAG ve toraks-BT'de regresyon görüldü. Metilprednozolon tedricen kesildi. 1 ay sonraki PAAG'de kısmi, 6 ay sonraki toraks-BT'de tam regresyon görüldü.

İlk PAAG, Toraks-BT ve son PAAG, Toraks-BT



Hastanın hastanemize ilk başvurduğu zaman çekilen PAAG ve Toraks-BT (sol). Tedaviden 6 ay sonra çekilen PAAG ve Toraks-BT (sağ).

Tartışma-Sonuç: Literatür taraması yapıldığında da venlafaksin ve aripirazol için ilaca bağlı EAH vaka bildirimlerinin olduğu görüldü. Covid-19 salgını sonrası radyolojik görüntülemelerde bilateral opasiteler gördüğümüzde aklımıza öncelikle Covid-19 ve diğer viral pnömoniler gelmektedir. Ancak hastaların ek hastalık ve ilaç öyküsü sorgulanmalı, ayırıcı tanıda ilaca bağlı EAH da düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hipereozinofili, İlaca Bağlı Eozinofilik Akciğer Hastalıkları, Löffler Pnömonisi, Venlafaksin, Aripiprazol

PS-266 Eksramedüller Hematopoez; Mediasten Yerleşimli Kitle Oluşumunun Nadir Bir Sebebi

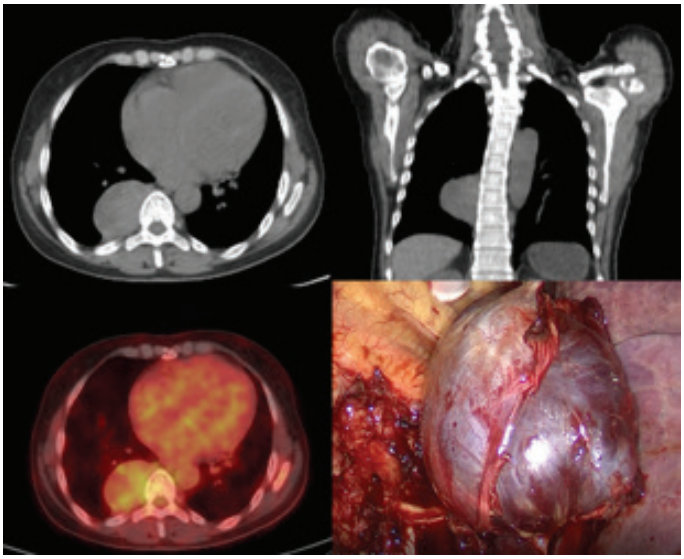
Efsun Kanmaz[1], Levent Cansever[1], Burhan Ferhanoğlu[1], Melek Erk[1], Cemal Aker[1], Mehmet Ali Bedirhan[1]

[1]Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Ekstramedüller hematopoez, kemik iliği dışında kan hücrelerinin üretimi olup talasemi, orak hücreli anemi, myelofibrozis, herediter sferositoz gibi hematolojik hastalıklarda kompansatuar bir mekanizma olarak görülebilir. En sık talasemili hastalarda gözlenmektedir. Bu yazıda, talasemi minörlü olgumuzun tanısında gelişen zorlukları irdelemeyi amaçladık.

Olgu: Aktif şikayeti olmayan 48 yaşında kadın hasta. hematoloji takipleri sırasında çekilen bilgisayarlı tomografide T9 vertebra düzeyinde sağ paravertebral bölge komşuluğunda 60x37 mm boyutunda heterojen solid kitlesel lezyon ve bu lezyona komşu büyüğü 20x11 mm boyuntunda birkaç adet lenf nodu saptanmıştır. Hastaya ayrıca splenektomi ve kolesistektomi yapılmıştı. Hastaya yapılan sintigrafi ekstramedüller hematopoezi dışlamaktaydı. PET-BTde kitlenin suvmax değeri 2,4 çevre lenf nodlarının 1,8 olduğu görüldü, ilk planda ekstamedüller hematopoez olabileceği ifade edildi. Hasta hematoloji ve göğüs cerrahisi ortak konseyinde tartışılarak tanı için kitlenin çıkarılmasına karar verildi. VATS ile kitle çıkarıldı. Patoloji sonucu ekstramedüller hematopoez olarak yorumlandı.

RESİM 1



Tartışma-Sonuç: Talasemi otozomal resesif geçişli globin zincir sentez defektine bağlı genetik bir hastalıktır. Hemoglobin sentezi azalır ve bu durum anemi ile sonuçlanır. Ekstamedüller hematopoez, kemik iliği dışında kan hücrelerinin üretimi olup vücudun birçok yerinde olabileceği gibi intratorasik de görülebilmektedir. Genellikle asemptomatiktir ve tedavi gerektirmez, ancak çok radyosensitif bir kitledir. Hematoraks, spinal kord basısı gibi komplikasyonların olduğu durumda düşük doz radyoterapi önerilmektedir. Ekstramedüller hematopoez tanısı için en sık kullanılan tanı yöntemleri arasında bilgisayarlı toraks tomografisi ve manyetik rezonans gelmektedir. Literatürde kanama risk inedeniyle ince iğne biyopsisi önerilmemektedir. Ancak tanı zorluğu yaşanan hastalarda VATS kullanılabilecek güvenli bir yöntemdir. Sonuç olarak, posterior mediasten kitlelerine oldukça sık rastlamaktayız. Hastanın öz geçmişinde özellikle talasemi, orak hücreli anemi, myelofibrozis, herediter sferositoz gibi hastalıklar varsa ayırıcı tanıda eksramedüller hematopoez düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ekstamedüller Hematopoez, Posterior Mediastinal Kitle, Talasemi, VATS

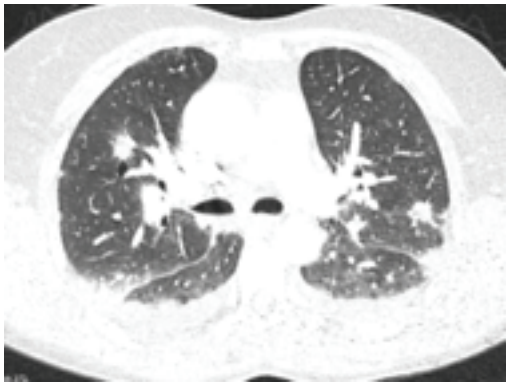
PS-267 IgG4 İlişkili Akciğer Hastalığı Tanısı Alan Olgu

Mehmet Parlak[1], Turbat Amiraslanov[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Nadir görülen IgG4 ilişkili hastalık, akciğerler de dahil birçok organı tutabilen immün sistem aracılı, ilgili dokularda plazma hücrelerinden oluşan IgG4 infiltrasyonu ile karakterize ve organ yetmezliğine neden olan otoimmün bir bozukluktur.

Olgu: 43 yaşında kadın hasta, yaklaşık bir aydır devam eden nefes darlığı, öksürük, balgam şikayetleri ile başvurdu. Hemoptizi, göğüs ağrısı, ateş, kilo kaybı yoktu. Özgeçmişinde bilinen migren dışında ek hastalık yok ve 20 paket yıl sigara kullanım öyküsü bulunuyordu. Otelde kat görevlisi olarak çalışmaktaydı. Bilinen İlaç kullanımı ve maruziyet öyküsü yoktu. Soygeçmişinde belirgin bir özellik tariflemiyordu. Solunum sistemi muayenesinde sol bazalde ralleri mevcut, ronküs yoktu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Rutin laboratuvar testlerinde belirgin özellik yoktu. İki hafta önce benzer yakınmalarla dış merkezde antibiyotik tedavisi verilip, şikayetleri gerilemeyince toraks bilgisayarlı tomografi çekildiği görüldü. Hastanın toraks BT'si değerlendirildiğinde; Her iki akciğerde, ağırlıklı olarak alt lobları tutan periferik yerleşimli, yamalı konsolide alanlar ve eşlik eden buzlu cam atenüasyon artışları mevcuttu, ayrıca her iki hemitoraksta minimal plevral effüzyon ve plevral kalınlık artışı izlendi (Resim 1). Antibiyotik tedavisi ile klinik ve radyolojik iyileşme olmayan hastaya bronkoskopi yapıldı. Endobronşial lezyonu olmayan hastada mikrobiyolojik ve patolojik bulgular tanısal değildi. Konseyde değerlendirilen hastaya cerrahi biyopsi önerildi. 3 lob örnekleme yapılan hastanın patolojisi; lenfoplazmositer hücre infiltrasyonu ile karakterize IgG4 İlişkili Akciğer Hastalığı olarak sonuçlandı. Hastanın IgG4 düzeyi normal idi. Tekrar konseyde değerlendirilen ve IgG4 ilişkili akciğer hastalığı tanısı konan hasta, semptomatik olması nedeniyle Prednol tedavisi başlandı.



Resim 1. Her iki akciğerde, yamalı konsolide alanlar, eşlik eden buzlu cam atenüasyon artışları ve her iki hemitoraksta minimal plevral effüzyon.

Tartışma-Sonuç: IgG4 ilişkili akciğer hastalığı genellikle enfeksiyonlar, malignite, organize pnömoni, intersitisyel akciğer hastalığı ve vaskülitlerin akciğer tutulumları ile karıştırılabilir. Nefes darlığı, öksürük, ateş, hemoptizi gibi nonspesifik bulgular olan hastalarda artmış veya normal serum IgG4 düzeyi görülebilir. Radyolojide, plevral kalınlaşmalar, nodüler lezyonlar, buzlu cam opasiteleri izlenebilir. Kesin tanı için histopatolojik örnekleme gereklidir. Tedavide birincil yaklaşım steroidlerdir. Steroide dirençli olgularda imünsupresifler kullanılmaktadır. Benzer semptom ve radyolojik bulgularla gelen hastalarda ayırıcı tanıda IgG4 ilişkili akciğer hastalığı da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: IgG4, Histopatolojik Örnekleme, Akciğer Tutulumu

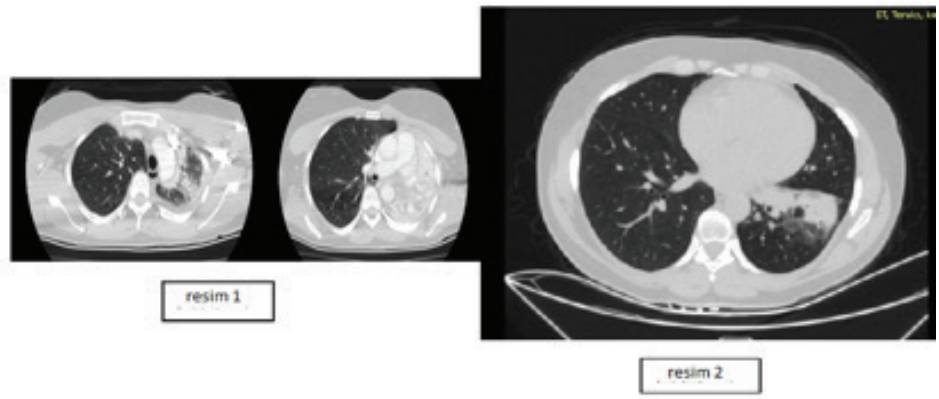
PS-268 Nadir Bir Olgu Olarak Plastik Bronşit

Merve Dilşad Gün[1], Efsun Gonca Uğur Chousein[1], Demet Turan[1], Mehmet Akif Özgül[1], Erdoğan Çetinkaya[1]

[1]S.B.Ü. Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Plastik bronşit; balgam, bronkoskopi materyalinde yumuşak bronş plaklarının varlığıyla karakterize nadir bir hastalıktır. İdiopatik dışında enfeksiyonlara, lenfatik damarlardaki anatomik değişikliklere sekonder olarak gelişebilir. Bizde covid 19 pnömonisinden sonra gelişen plastik bronşit olgusunu sunacağız.

Olgu: 49 yaşında dispne, öksürük şikayetleri olan kadın hastanın şikayetleri, 1 yıl önce geçirilen Covid 19 pnömonisi sonrası başlamıştı. Fizik muayenesinde solda lokalize ronküs dışında ve akciğer grafisinde özellik yoktu. 6 ay sonrasında dispne şikâyeti artan hastanın satürasyonları oda havasında 80'lere düştü ve solda solunum sesleri alınamadı. Toraks BT'sinde sol akciğerde volüm kaybı ve totale yakın atelektazi mevcuttu. (Resim 1) Bronkoskopisinde sol ana bronşu oblitere eden karnabahar şeklide lezyon izlenen hastadan multiple biyopsi yapıldı. İşlem sonrası öksürmekle hasta silindirik mukoid kıvamlı materyal expektore ederek solunumsal olarak rahatlayan hastada radyolojik düzelmede izlendi. Patolojisinde ve alınan kültürlerde özellik saptanmadı. Merkezimize başvuran hastanın Toraks BT'sinde (Resim 2) sol alt lob bronş distalinde endolüminal lezyon ve postobstrüktif pnömoni izlendi. Rijid bronkoskopisinde sol alt lob segmentleri beyazımtrak mukoid yuvarlak yapıda materyalle oblitereydi. Kriyo ile extrakte edilerek segmentler açıldı. Patolojisinde eksüdatif materyal, nekroz, iltihabi hücreler, fibrin fragmanları izlendi. Materyalde Trigliserit:10mg/dl, total kolestrol:9mg/dl idi. 6 ay sonraki kontrolünde yapılan bronkoskopide farklı segmentlerde benzer materyaller izlendi ve işlem sonrası hasta bu materyalleri expektore etmeye devam etti. Nonspesifik ve mantar kültürlerinde üreme olmadı. Diğer tanılar dışlanarak plastik bronşit düşünülen hastaya prednol 32 mgr başlandı. Kontrolünde dispne ve öksürük şikayetleri gerileyen hastada radyolojik düzelme izlendi.



Resim 1-2. Hastanın ilk başvuru anında ve hastanemize başvurduğundaki BT görüntüleri.

Tartışma-Sonuç: Plastik (fibrinöz) bronşitte akut ve tekrarlayan bronşiyal silendirler trakeobronşiyal ağacın şeklini alarak hava yolu obstrüksiyonuna neden olurlar. Bu hastalarda obstrüktif amfizem, pnömoni ve atelektazi gelişebilir. Tedavide steroid, mukolitik ajanlar kullanılmakta ve semptomatik olgularda bronkoskopiyle bronşiyal temizlik yapılabilmektedir. Biz de hastamıza bronşiyal temizlik ve streroid tedavisi uyguladık. Klinik ve radyolojik yanıt aldık. Sonuç olarak plastik bronşit klinik ve radyolojik olarak akla gelmesi zor bir hastalık olmakla birlikte bronkoskopik olarak silindir şeklinde mukoid tıkaçlar görüldüğünde akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Plastik Bronşit, Rigit Bronkoskopi, Fibrinöz Bronşit, Fibrin Fragmanları

PS-269 Gençlerde Tek Taraflı Plevral Efüzyonlarda Mutlaka Tüberküloz Plörizi Ön Tanı Olmalı

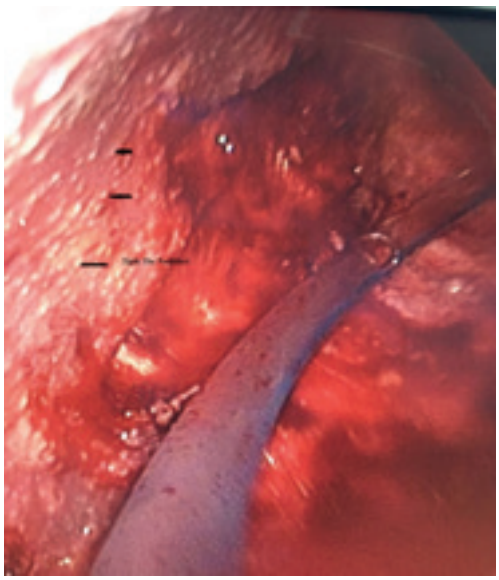
Fatih Meteroğlu[1], Menduh Oruç[1], Serdar Onat[1], Refik Ülkü[1]

[1]Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Plevral efüzyonlar tüberkülozun doğal seyri esnasında herhangi bir zamanda görülebilir ve primer veya reaktivasyon tüberkülozu ile ilişkili olabilir. Tipik olarak, hastalığın plevraya yayılımına bağlı semptomlar, plöritik göğüs ağrısı, ateş, dispne ve nadiren göğüs duvarı kitleleri ve plöro-kutanöz fistüller görülür. Tüberküloza bağlı plevral sıvı berrak, sarımsı renkte ve eksüda karakterindedir. Protein ve laktat dehidrogenaz yükselmiş, ph 7,4'ün altında, glukoz konsantrasyonu ortalama 60 mg/dl civarındadır. Plevral sıvı ile serum adenozin deaminaz (ADA) oranı hastaların %80'inde 1,5'in üzerinde bulunmuştur (1).

Olgu: Halsizlik, iştahsızlık, kilo kayı şikâyetiyle (Ocak 2016-Temmuz 2022) kliniğimize başvuran 18-63 yaş aralığı olan (ort yaş; 33,9), 540 hastanın dosyası geriye dönük incelendi. Bu hastalardan malignite ve ampiyem olanlar hariç 103 hastada tüberküloz plörizi tanısı konuldu (59 erkek ve 44 bayan). Bulgular: Genel durumu orta-iyi olan ve tek taraflı plevral efüzyonu olan 6 erkek, 3 bayan hastanın tüm tetkikleri ve akciğer grafiğiler alındıktan sonrası Bilgisayarlı Toraks tomografileri çekildi. Plevral efüzyon olan taraftan torasentez yapıldı. Alınan sıvıdan ADA, periferik yayma, LDH, glukoz, total protein ve albümin çalışıldı. Tüm sıvılar eksuda vasfında idi. Ayrıca tüm hastalarda balgamda ARB bakıldı (-) idi. Bir hastanın ADA düzeyin 53,7 mg\dl diğer hastaların ise 50mg\dl altında idi. Ayrıca iki olgunun periferik yaymasında lenfosit hakimiyeti %90 ve üzeri idi. Tüm hastalara VATS yapıldı (Resim 1).

İntra-op görünüm



Tartışma-Sonuç: Plevral efüzyon olan taraftan torasentez yapıldı. Alınan sıvıdan ADA, periferik yayma, LDH, glukoz, total protein ve albümin çalışıldı. Tüm sıvılar eksuda vasfında idi. Ayrıca tüm hastalarda balgamda ARB bakıldı (-) idi. Bir hastanın ADA düzeyin 53,7 mg\dl diğer hastaların ise 50mg\dl altında idi. Ayrıca iki olgunun periferik yaymasında lenfosit hakimiyeti %90 ve üzeri idi. Tüm hastalara VATS yapıldı (Resim 1). pariyetal plevraldan biyopsiler alındı. Patoloji raporu kazeifiye nekrotizan granülamatöz plevritle uyumlu geldi. Sonuç: Genç, tek taraflı efüzyonlu hastalarda zaman kaybını önlemek açısından VATS yapılmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Efüzyon, Plörizi, Tüberküloz

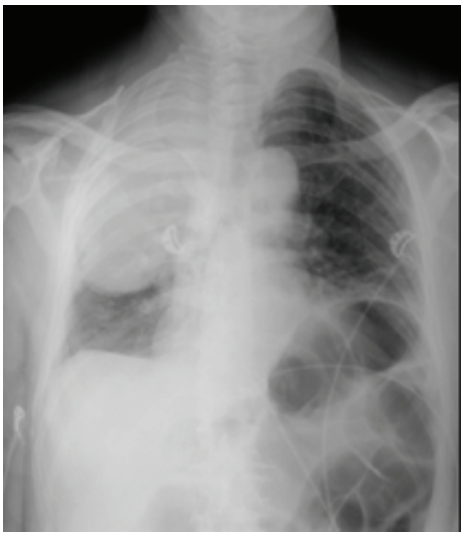
PS-270 Gastrik Cerrahi Sonrası Ekstraplevral Hematom Olgusu

Murat Kılıç[1], Abdullah Böyük[2], Oğuz Girgin[1]

[1]İnönü üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi
[2]Elazığ Medikal Hospital

Giriş-Amaç: Ekstraplevral hematom; plevra dışına kanın ekstravazasyonu ile bu alana kan birikmesi sonucu meydana gelen nadir bir durumdur. Ekstraplevral alanda hematom gelişen hasta, hematomun büyüklüğü ve oluşma hızına bağlı olarak takip edilebileceği gibi cerrahi müdahale de yapılabilir. Yazıda subklaviyen ven kateterizasyonu sonrası sağda ekstraplevral alanda hematom ve solunum sıkıntısı gelişen hastaya sağ tüp torakostomi yapıldığı. Tüp torakostomi sonrası yeterli düzelme görülmeyen hasta, video yardımlı torakoskopik cerrahi sonrası tamamen düzelen olgu literatür eşliğinde sunuldu.

Olgu: Mide ca ön tanısı ile laparaskopik total gastrektomi planlanan 59 yaşındaki erkek hastaya cerrahi öncesi sağ subklavian ven kateterizasyonu yapıldı. Hastanın cerrahi sonrası göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikâyetleri gelişti. Fizik muayenesinde sağda solunum seslerinin azaldığı ve matite olduğu görüldü. Hastanın cerrahi sonrası akciğer grafisinde, sağ akciğer üst zonlarda konsolidasyon artışı görüldü (Resim 1). Cerrahi öncesi kan tetkiklerinde HGB:11;8, HCT: 35, PLT:291 iken, cerrahi sonrası HGB:8,5, HCT:25,7 ve PLT değerinin 199 'a düştüğü görüldü. Cerrahi sırasında ciddi bir kanaması olmayan hastanın toraks BT'sinde sağda hemotoraks izlenmesi üzerine, hastaya tüp torakostomi uygulandı. İşlem sonrası drenden bariz bir drenaj olmadığı gibi akciğer grafisindede bariz radyolojik düzelme olmadı. Bunun üzerine hastaya VATS yapıldı. Retroplevral alandaki hematomlar debride edilerek uzaklaştırıldı. Erken dönemde toraks dreni sonlandırılmadı. İlk 4 gün toraks dreninden gelen olmadı 5. ve 6. gün 200 cc civarında drenaj oldu. Taburculuk sonrası 11. ayda akciğerin tam ekspanse olduğu görüldü.



Resim 1. Akciğer üst ve orta zonlarda opasite artışı mevcut.

Tartışma-Sonuç: Ekstraplevral hematom spontan, iyatrojenik veya travmaya sekonder oluşan ve hastada mortaliteye neden olabilen bir durumdur. Ekstraplevral hematom ile hemotoraksın radyolojik ayırımı tam olarak yapılamadığından EPH yanlışlıkla hemotoraks olarak değerlendirilebilir ve hasta tedavisinde aksaklıklar yaşanabilir. Bu nedenle hastaların radyolojik ayırımında tomografide "Yer değiştirmiş ekstraplevral yağ tabakası" ve "Paryetal plevra işareti" görünümünün olması EPH lehine önemli bir bulgudur. Klasik plevral efüzyonlarda tüp torakostomi sonrası gördüğümüz hızlı radyolojik düzelme bu olgularda görülmeyebilir. Bu nedenle EPH olguların VATS ile hızlı ve tam bir iyileşmenin sağlanacağı kanısındayız

Anahtar Kelimeler: Plevra, Hemotoraks, Hematom, Akciğer, Tüp Torakostomi

PS-272 Plevral Efüzyonun Nadir Bir Sebebi: Malign Melanom

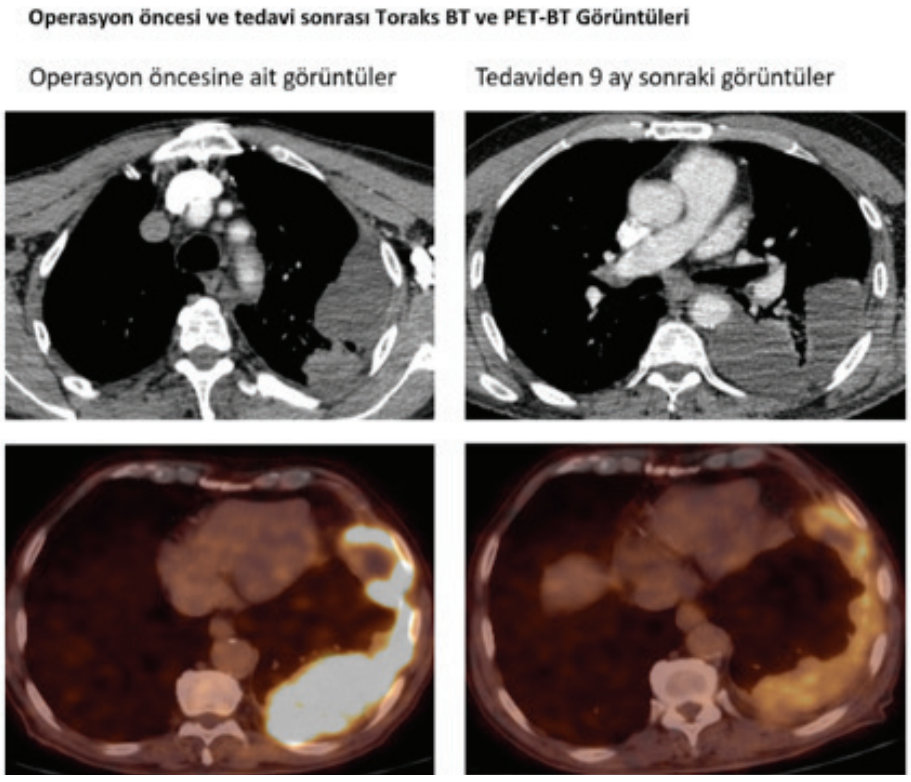
Gökhan Öztürk[1], Nagihan Yağın Türkmen[1], Bekir Can İlter[1], Aygün Burak Çelik[1], Argün Kış[1], Ümit Aydoğmuş[1]

[1]Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Plevral efüzyonun nadir görülen sebeplerinden biri olan malign melanoma örnek bir olguyu sunduk.

Olgu: Olgumuz 100 paket yıl sigara öyküsü, 16 yıl önce bypas öyküsü dışında bilinen hastalığı olmayan 71 yaş erkek hasta; öksürük, nefes darlığı ve karında şişlik şikayetiyle acil servise başvurdu. Çekilen Tomografisinde (BT) ''Solda yer yer lokülasyon gösteren orta dereceli plevral efüzyon ve kostal yüzde eşlik eden hafif hiperdens nodüler plevral kalınlaşmalar izlendi.'' şeklinde sonuçlandı. Fizik muayenede sol orta zonda solunum seslerinin azaldığı tespit edildi. Tetkiklerde CRP (C-ReaktifProtein): 99, WBC (White Blood Cell): 17000, NEU (Nötrofil): 15920, oksijen saturasyonu nazal oksijenle %91, AKG (arter kan gazı) PH 7,45 pCO2 31,6 pO2 61,4 Sat 88,4 HCO3 21,5 olarak sonuçlanan hastanın pnömoni ve plevral efüzyon ön tanısıyla göğüs hastalıkları servisine yatışı yapıldı. Patoloji sonucu: ''Malign melanom metastazı ile uyumlu'' şeklinde sonuçlanması üzerine sağ göz altındaki ve sol bacak medialdeki hiperpigmente nevüsler eksize edildi. Patoloji sonucu: sağ göz altı için ''seboreik keratoz'', sol bacak medial için ''lentiginöz nevüs'' şeklinde sonuçlandı. Hasta onkolojiye yönlendirildi. 4 ay sonra 6 kür nivolumab sonrası karaciğer, pankreas, periton, kemik metastazı saptanması üzerine kemoterapi protokolü temozolamid + kapesitabin olarak değiştirildi. Tanıdan 9 ay sonra çekilen PET-BT'de:'' Sol akciğerde belirgin olmaküzere her iki akciğerde izlenen metastatik lezyonların tutulumunda (%50), pankreas alt komşuluğunda batın içindeki kitlenin (%60) azalma izlenmektedir. Bu bulgularla tedaviye kısmi yanıt lehine değerlendirildi.'' şeklinde raporlandı. Hastanın onkolojik takip tedavisi devam etmektedir.

Radyolojik Görüntüler



Tartışma-Sonuç: Malign melanomda intratorasik metastazlar sıklıkla pulmoner nodüller ve nadiren izole plevral efüzyonlar olarak ortaya çıkar (1). Torasik tutulumu olan 130 malign melanom vakası üzerinde yapılan bir çalışmada, sadece 3 hastada (%2) plevral efüzyon tespit edilmiştir (2). Olgumuzda da tanısız plevral efüzyona torakoskopik yaklaşım sonrası metastatik melanom tespit edilmiş, ilgili cilt lezyonu tespit edilip multidisipliner yaklaşımla hastanın tedavi süreci başlamıştır.

Anahtar Kelimeler: İntratorasik Melanom, Malign Melanom, Metastatik Melanom, Plevral Efüzyon, Plevral Metastaz

PS-273 Transüdatif ve Eksüdatif Özelliğin Birlikte Görüldüğü Bilateral Şilotoraks Olgusu

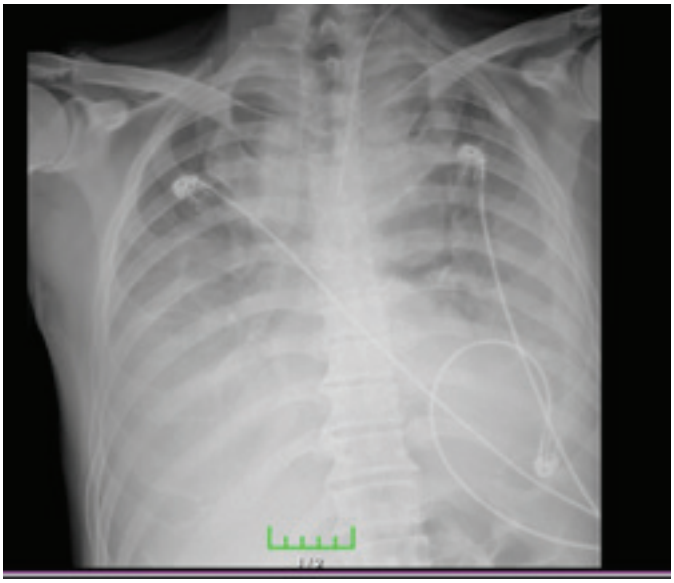
Behiye Gül[1], Önder Öztürk[1], Münire Çakır[1], Ahmet Akkaya[1], Süleyman Emre Akın[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Isparta

Giriş-Amaç: Şilotoraks; idyopatik veya konjenital olarak oluşabileceği gibi, cerrahi işlemler, tümör veya bazı enfeksiyöz hastalıklar sonucunda da gelişebilmektedir. Şilotoraksta plevral sıvı süte benzer görünümde olup trigliserit düzeyi >110 mg/dl ve trigliserid/kolesterol oranı 1'in üzerindedir. Bilateral şilotoraks, nadir görülen plevral efüzyon nedenleri arasındadır. Mesane karsinomu tanısı ile ameliyat edilen ve ameliyat sonrasında bilateral şilotoraks gelişen olgumuz eğitici olması nedeniyle sunuldu.

Olgu: Mesane karsinomu tanısı olan olgumuza, tanıdan dört ay sonra hematüri nedeniyle sistektomi ve ileal loop operasyonu yapılmıştı. Operasyondan sonra solunum sıkıntısı gelişen hasta takipneik ve taşikardikti. 5 lt/dk'dan oksijen desteği alan hastanın oksijen saturasyonu %84 ölçüldü. Hemodiyaliz uygulanmakta olan hastanın kreatin değeri 3,92 mg/dl'ydi. Hastanın PA akciğer grafisinde (Resim 1) ve toraks BT'sinde bilateral plevral efüzyonla uyumlu görünüm mevcuttu. Kardiyolojik muayenede kalp yetmezliği saptanmadı. Plevral sıvı örneklemesi sonucunda sağda transüda, sol tarafta ise eksüda özelliğinde sıvı saptandı. Plevral sıvılar bilateral şilotoraks niteliğindeydi (Tablo 1). Her iki hemitoraksa pig tail kateter takılarak 24 saatte 1200 cc sıvının boşalması sağlandı. Takip eden günlerde sıvısı gerileyen hastanın pigtail kateteri çekilerek hasta taburcu edildi. Bir ay sonraki poliklinik kontrolünde plevral sıvıda nüks gözlenmedi (Resim 3).

Resim 1



Tablo 1.

	Sol plevral sıvı	Sağ plevral sıvı	Kan düzeyi
Total protein g/dl	0,72	0,56	6,28
LDH U/L	523,56	64,27	299,2
Trigliserid mg/dl	1125,98	705,26	202,17
Kolesterol mg/dl	20,5	7,55	147,07

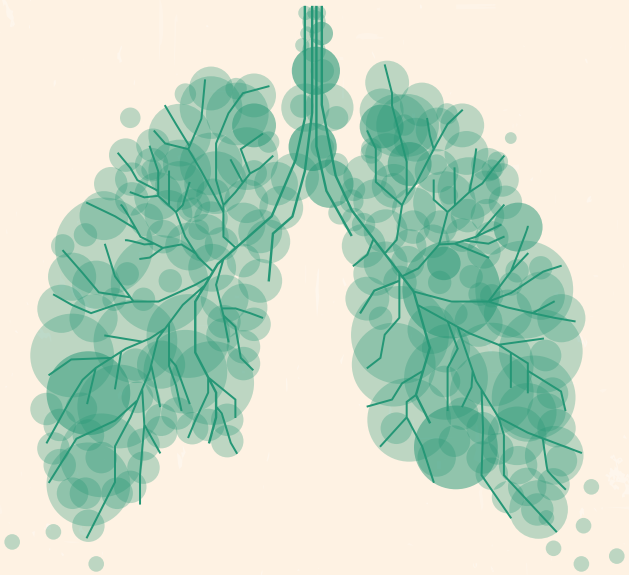
Tartışma-Sonuç: Bilateral şilotoraks nadiren gözlenir. Genellikle iyatrojenik olarak gelişen şilotoraks çoğunlukla eksüda niteliği taşır. Olgumuzun sağ hemitoraksındaki plevral sıvı transüdatif, sol hemitorakstaki ise eksüdatif özellikteydi. Hemodiyaliz uygulanan hastada transüdatif şilotoraksın, eş zamanlı hipervolemiye bağlı olabileceği düşünüldü. Şilotoraksın tedavisinde; diyetten uzun zincirli yağ asitlerinin kısıtlanması, hastaya orta zincirli yağ asitleri içeren diyet verilmesi, diyete rağmen plevral efüzyonda azalma saptanmazsa oral alımın kesilerek total parenteral nütrisyona geçilmesi önerilir. Bu tedaviye yanıt alınamayan hastalarda cerrahi tedavi düşünülebilir. Olgumuzda pig tail kateter drenajı ile plevral sıvı tamamen gerilediğinden başka bir tedaviye gerek duyulmamıştır. Cerrahi işlem sonrasında bilateral şilotoraks gelişen olgumuz hem transüdatif, hem de eksüdatif sıvının birlikte bulunduğu ilginç bir olgu olup, cerrahi sonrası plevral sıvı gelişen malign olgularda farklı karakterde plevral sıvının gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Şilotoraks, Plevral Sıvı, Transüda, Eksüda, Mesane Kanseri

www.uask2023.com

ASYOD
AKCİĞER SAĞLIĞI VE YOĞUN BAKIM DERNEĞİ
www.asyod.org

UASK 2023



OCT MICE

OCT Turizm ve Seyahat Acentesi Ltd. Şti.
19 Mayıs Mah. Büyükdere Cad. Balçık Tarlası Sok. Tanlı Han No: 1 Kat: 2 Şişli 34360, İstanbul
Tel: +90 212 291 15 05 • Faks: +90 212 246 46 16 • GSM: +90 541 620 20 99
E-mail: info@uask2023.com