

UASK 2024



Uluslararası Katılımlı

AKCİĞER SAĞLIĞI KONGRESİ

6-9 Mart 2024

Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

POSTER SUNU BİLDİRİLERİ

www.uask2024.com



Kongre Komitesi



Halit ÇINARKA
Kongre Başkanı



Ersin GÜNAY
Bilimsel Komite Başkanı



Dildar DUMAN
Kongre Sekreteri



Şadan SOYYIĞIT
Kongre Bilimsel Program Sorumlusu



Gülistan KARADENİZ
Kongre Bildiri ve Poster Sorumlusu



Celal Buğra SEZEN
Kongre Mali Sekreteri



Efsun Gonca UĞUR CHOUSEIN
Kongre Dış İlişkiler Sorumlusu



Aydın BALCI
Kongre Basın İlişkileri Sorumlusu



Mehtap PEHLİVANLAR KÜÇÜK
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 CHOUSEIN, Celal Buğra SEZEN, Ersin GÜNAY, Nuri TUTAR,
Cengizhan SEZGİ, Neslihan ÖZÇELİK, Hadice SELİMOĞLU ŞEN, Gülistan KARADENİZ

7 Mart 2024, Perşembe

Poster Bildiri Oturumu 1: Akciğer Enfeksiyonları ve Tüberküloz

PS-001 Plevral Sıvıda Her ADA Yüksekliği Tüberküloz Lehine Bir Bulgu mudur?

Selen Doğan¹, Serhat Erol¹, Serdar Sezer², Ahmet Albay², Tahsin Murat Turgay²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

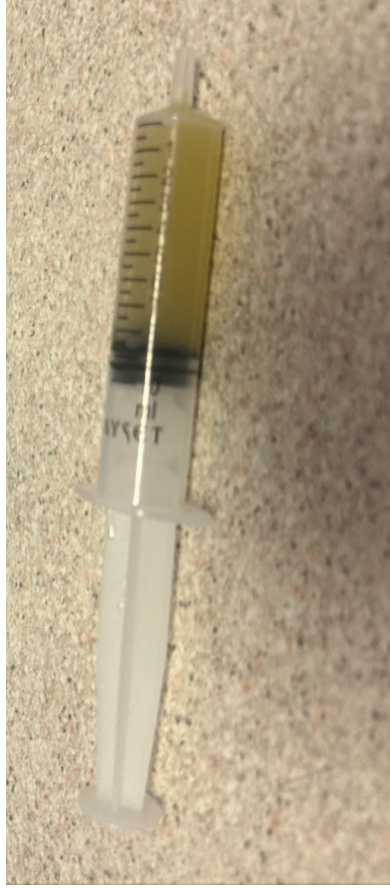
²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Adenozin Deaminaz (ADA), lenfositler tarafından salınan bir enzim olup, plevral sıvıda ADA yüksekliği görülmesi tüberküloz plörezisi tanısında kullanılan bir parametredir. Plevral sıvıda ADA seviyesinin kabul görülen eşik değeri 40U/L olup, duyarlılığı ve özgüllüğü sırası ile %92 ve %90 tır. Fakat yapılan çalışmalarda ADA değeri 40 U/L ve üstünde olan hastalarda 3.0- 49.0% oran ile tüberküloz dışı tanılar konulmuştur. Bu tanılar arasında ampiyem, parapnömonik efüzyon, malignite, lenfoma, otoimmün hastalıklar yer almaktadır. Romatizmal hastalıklar, en sık romatoid artrite bağlı akciğer tutulumu olan bazı olgularda da plevral sıvı örneklemede ADA yüksekliği ve düşük glukoz değerleri görülebilmekte olup ayırıcı tanıda tüberküloz enfeksiyonunu dışlamak klinisyenler için ilk aşamada oldukça zorlayıcı olabilmektedir.

Olgu: 69 yaş erkek hasta bilinen seropozitif romatoid artrit tanısı mevcut. Romatoid Artrit tanısını 8 sene önce alan hastanın takipleri sırasında tanıdan 2 sene sonra akciğer tutulumu izlenmiş. 2022 yılında çekilen toraks bt görüntülemeleri NSİP ile uyumlu olan BT kesitlerinde bilateral nekrobiotik nodül ve kaviter lezyonları olan hastaya tedavi olarak metotreksat ve abatasept başlanmış. Hasta halsizlik, yorgunluk ve ayak bileklerinde ağrı nedeni ile takipli olduğu olduğu romatoloji bölümüne başvurmuş. AFR yüksekliği mevcut olan hastaya ampirik olarak piperasilin tazobaktam başlanmış. Solunumsal semptom ve B semptomları tariflemeyen hastanın yatış grafisinde solda plevral efüzyon ile uyumlu görünüm tespit edilmesi üzerine tarafımıza danışıldı. Çekilen toraks bt sinde bilateral kaviter lezyonları olan hastaya tarafımızca usg eşliğinde tanısız torasentez işlemi yapıldı. Aspire edilen sıvının rengi yeşil ve pürülan görünümdeydi. Sıvıdan LIGHT kriterleri, ADA, RF, ARB ve sitoloji gönderildi. Sıvının rengi dolayısı ile hastada ampiyem ön tanısı düşünüldü. Hastaya tüp torakostomi uygulandı. Hastanın gönderilen plevra sıvısında albümin: 23 g/L, protein 62g/L, glukoz 0 mg/dl, LDH 7786 U/L, ADA 200 U/L, hücre sayımında wbc 18080, MNL %30, PNL: %70 olarak izlendi. Gönderilen ARB direkt bakıları negatif sonuçlandı. Plevral mayi örneği LIGHT kriterlerine göre eksuda vasfında olan hastanın önceki görüntülemeleri değerlendirildiğinde, hastanın ekim ayında çekilen toraks bt görüntülemesinde en büyüğü sol alt lob laterobazalde 15x10mm boyutunda olan bilateral kaviter nodüllerinin mevcut olduğu görüldü. Sol alt lob laterobazal de izlenen kaviter lezyonun yeni çekilen görüntülemelerde mevcut olmadığına fark edilmesi üzerine hastanın kaviter lezyonunun plevraya drene olduğu, mevcut plevral efüzyonunun bu nedenle oluştuğu düşünüldü. Ampiyem tanısı ile hastaya teikoplanin tedavisi başlandı. Ampirik antibiyoterapi başlanan hastanın plevral sıvı kültürlerinde 48.saat sonunda üreme izlenmedi. Plevral sıvı sitolojisinde, nekroinflamatuvar zeminde snake cell tespit edilen hastanın mevcut durumu ve sitolojisi birlikte değerlendirildiğinde hastada plevral sıvının romatolojik sıvı olduğu sonucuna varıldı. Mevcut hastalık progresyonu olarak değerlendirilen hastanın romatolojik tedavisine mikofenolat mofetil eklendi.



Aspire edilen plevral sıvı örneği



Aspire edilen sıvının rengi yeşil ve pürülan görünümdeydi

Tartışma-Sonuç: Tüberküloza bağlı plörezisi olan hastalarda her ne kadar ADA seviyesi tanı için sensitif olsa da olgumuzda da olduğu gibi plevral efüzyonu olup sıvıda ADA yüksekliği olan hastalarda, yüksekliğe sebep olabilecek tüm durumlar dışlanmalı, hastalar bütüncül değerlendirilmeli, altta yatan hastalıkları sorgulanmalıdır. Unutulmamalıdır ki plevral sıvıda ADA yüksekliği yapabilecek birçok durum izlenebilir ve her ADA yüksekliği tüberküloz lehine bir bulgu olarak kabul edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz Plörezisi, Plevral Efüzyon, Adenozin Deaminaz, Romatoid Artrit

PS-002 Sarı Tırnak Sendromu

Fatma Ezgi Kahveci¹, Beyza Alıcıoğlu¹, Ersin Günay¹

¹Etlik Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Sarı tırnak hastalığı; tırnaklarda yapı bozukluğu ve renk değişikliği, bronşektazi, plevral effüzyon ve lenfödemle karakterize nadir görülen bir sendromdur. Etiyolojisi bilinmemektedir. Kadın erkek oranı eşittir. Bu sendrom ilk olarak 1964 yılında Samman ve White tarafından tırnaklarda yavaş büyüme, sarı renk değişikliği ve periferik ödem kliniğiyle tanımlanmıştır. Tırnaklarda şekil bozukluğu ve pulmoner semptomlarla gelen hastalarda sarı tırnak sendromunun akla gelmesi gerektiğini vurgulamak için olgumuz sunulmuştur.

Olgu: Olgu: 73 yaşında erkek hasta öksürük ve balgam şikayetiyle başvurdu. Tırnaklarda şekil ve renk değişikliği ve bacaklarda ödem şikayeti 2 yıl önce başladığı öğrenildi. Hasta bu durum için çeşitli merkezlerde diüretik ve tinea unguium tanı ve tedavisi almıştı. Ancak tedavilerden fayda görmemişti. Sık pnömoni öyküsü olan hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Dermatolojik muayenesinde her iki elde ve her iki bacakta ayakta başlayıp uyluğa kadar devam eden yaygın ödem hakimdi. Her iki el ve ayak tırnaklarında şekil bozukluğu, kalınlaşma ve sarı renk değişikliği mevcuttu. Solunum muayenesinde her iki akciğerde ral duyuldu. Akciğer grafisi ve akciğer tomografisinde bronşektazi mevcuttu. Bronşektazi için medikal tedavisi verilen hasta rutin takibe alındı.

lenfödem ve tırnaklarda yapı bozuklukları



Tartışma-Sonuç: Sonuç ve Tartışma: Sarı distrofik ve/veya yavaş büyüyen şekil bozukluğu olan tırnaklar, plevral efüzyon, lenfödem ve solunumsal bulgular tüm hastalarda bulunmayabilir. Tırnaklarda sararma ve solunumsal semptomlarla başvuran bir hastada çekilen akciğer grafisi normal olsa bile bronşektazi varlığının saptanması için tomografi tetkiki ile "Sarı Tırnak Sendromu" tanısı desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sarı Tırnak Sendromu, Bronşektazi, Lenfödem



PS-003 Hemoptizi ile Başvuran Aspergilloma Olgusu

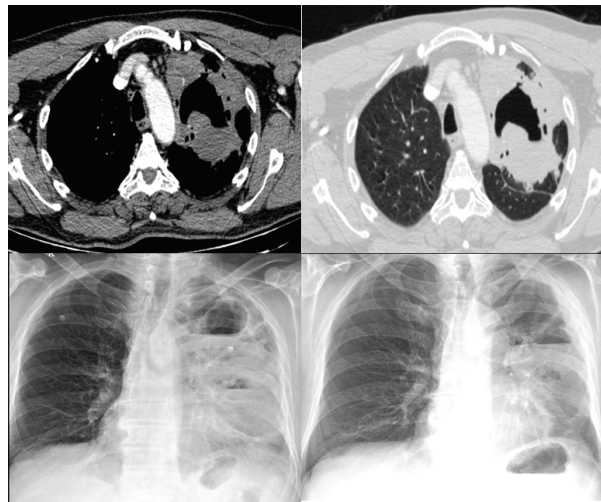
Şeyma Çağlar¹, Feyzullah Esat Yazar¹, Ayşe Füsün Kalpaklıoğlu¹

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Hemoptizilerin % 80'inin nedenini; tüberküloz, bronşektazi, mantar topu, pnömoni ve akciğer apsesi gibi akciğer enfeksiyonları kalanını primer veya metastatik akciğer tümörleri oluşturmaktadır. Aspergilloma aspergillus enfeksiyonunun en sık görülen formudur.

Olgu: Elli yedi yaşındaki erkek hasta acile 15 gündür olan nefes darlığı, hemoptizi ve sol göğüste sırta yayılan batıcı tarzda ağrı şikayeti ile başvurdu. Hemoptizisi son 6 aydır olup günde yaklaşık 100 cc kadardı ve arada balgamla karıştı. Erken evre skuamöz hücreli larinks kanseri tanısını 2018 yılında alan hastaya cerrahi ve kemoterapi uygulanmış ve o yıldan beri remisyonda seyretilmekteydi. Aktif sigara içicisi olmayan hastanın 84 p/yıl öyküsü vardı. Fizik muayenesinde TA:115/72 mmHg, nabız:88/dk, oda havasında oksijen satürasyonu % 92, ateş:36,5°C ; dinlemekle akciğerde solunum sesleri azalmış ve yaygın ronküsü mevcuttu. Kan tetkiklerinde CRP:141 mg/dl, D-dimer:3181 ug/dl, INR:1,26, Hb:9,4 g/dl, WBC:11,8 10³ UL, Plt:530 10³ UL idi. Acil serviste çekilen pulmoner arter BT anjiyografisinde sol akciğer üst lob anterior ve apikoposterior segmentlerde santral yerleşimli, spiküle kontürlü, üst lob ve linguler segmentte pulmoner arter dallarını 360 derece saran 84/156/208 mm boyutunda kitle, sol üst lobu tama yakın tutan konsolide alan ve hava sıvı seviyesi veren en büyük kavite içerisinde fungus topu izlendi. Geçmişe yönelik incelemelerde 2019'da toraks BT'de kitle lezyonu için primer akciğer kanseri/larinks kanseri metastazı ön tanısıyla biyopsi önerildiği ve hastanın yaptırmadığı öğrenildi. Servise yatırılarak akciğer kanseri, KOAH atak, pnömoni ve aspergilloma ön tanılarıyla iv metil-prednizolon, bronkodilatör nebül ve iv kaspofungin, moksifloksasin, meropenem ve traneksamik asit başlandı. Hastanın alınan balgam örneklerinde ARB(-) idi. Akciğerdeki kitle lokal ileri evre olması nedeniyle inoperabl kabul edildi. Hemoptizisi azalmakla birlikte 60 cc/gün altına düşmemesi ve bir kez yaklaşık 550 cc/gün hemoptizisi olması; BT'de aktif kanamayla ilişkili olabilecek konsolide alanın devam etmesi üzerine embolizasyon için girişimsel radyolojiye konsülte edildi. Pulmoner anjiyografide sol akciğer orta ve alt lobda pulmoner sistemle ilişkili ciddi ekstravazasyon alanlarına giden vasküler yapılar proksimalde coiller ile embolize edildi. Hastanın takibinde hemoptizisi tama yakın geriledi ve kontrol posteroanterior akciğer grafilerinde regresyon görüldü. Hasta bronkodilatör ilaçlar, traneksamik asit ve oral antifungal ile taburcu edilerek takibe alındı.

Tartışma-Sonuç: Bu olgu hemoptizinin kanser ve aspergillomaya bağlı olduğunu ve medikal tedavinin yetersiz kaldığı durumda embolizasyon gerekliliğini göstermesi açısından önemlidir. Özellikle malignite takibinde hemoptizi nüks veya enfeksiyon gibi komplikasyon belirtisi olabilir.



Resim 1. Fungus topu görünümü; ilk ve tedavi sonrası kontrol akciğer grafisi

Anahtar Kelimeler: Aspergilloma, Hemoptizi, Akciğer Kanseri, Embolizasyon

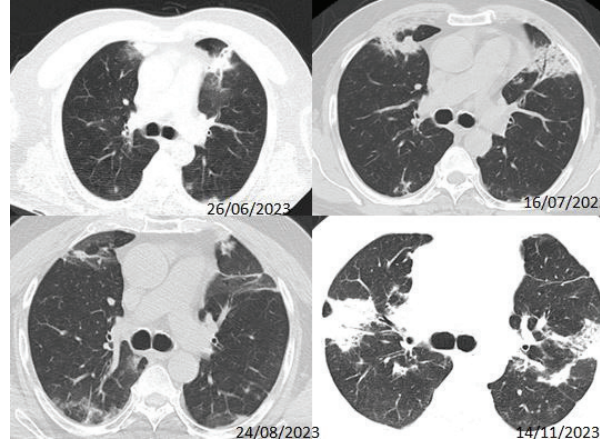
PS-004 Kriptojenik Organize Pnömoni

İlknur Kaya¹, Feride Marım¹, Zeynep Yaren Yılmaz¹, Şebnem Emine Parspur¹

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Organize pnömoni (OP), distal hava yolu inflamasyonu ve fibröz doku tıkaçlarıyla karakterize bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Kriptojenik organize pnömoninin, sebebi bilinmeyen bir hasarla sonuçlanan alveollerde ya da daha az sıklıkla distal bronşiyollerde tam olmayan şekilde iyileşmesi ile ortaya çıktığı düşünülmektedir. Organize pnömonide temel radyolojik görünüm bilateral yaygın, gezici, spontan regrese olabilen ve periferik yayılma eğilimli konsolidasyonlardır. Daha az yaygın olarak ters halo, kaldırım taşı manzarası, soliter veya pulmoner nodüller gibi spesifik olmayan bulgular da tanımlanmıştır. Biz burada 5 ay içinde 3 kere kliniğimize gezici infiltrasyonlar nedeni ile yatan bronkoskopik biyopsi ile organize pnömoni tanısı koyduğumuz olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 64 yaş erkek hasta 1 aydır olan kuru öksürük ve nefes darlığı şikayetiyle dış merkez acil servise başvurmuş. Tedavi sonrası klinik ve radyolojik düzelme olmaması nedeni ile tarafımıza yönlendirilen hastanın çekilen bilgisayarlı Toraks BT her iki akciğerde fokal konsolide görünüm ve silik buzlu cam alanları olması nedeni ile viral panel gönderildi. Viral panel sonucu negatif gelen hastanın kliniğinde kısmi regresyon olması nedeni ile eksterne edildi. Takibinde solunumsal semptomların belirgin olması nedeni ile yeniden başvurusunda bakılan Toraks BT sinde farklı alanlarda yeni konsolidasyon alanları görülmesi önceki konsolide alanların regrese olması nedeni ile fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı. FOB patoloji sonucunda organize pnömoni ile uyumlu bulgular saptanması gezici radyolojik bulguların olması ve uyumlu kliniğin bulunması nedeni ile hastaya kriptojenik OP tanısı ile metilprednizolon tedavisi başlandı. Hasta klinik ve radyolojik gerileme eğiliminde iken hastanın kendisinin metilprednizolon tedavisini kesmesi üzerine ve tedaviyi bıraktıktan kısa süre sonra aynı klinik bulgularla başvurusu nedeni ile çekilen Toraks BT’de farklı alanlarda konsolide alanlar saptandı ve metilprednizolon tedavisine tekrar başlandı (Resim 1). Hasta kliniği, tedavisi ve kontrolleri hakkında ayrıntılı şekilde bilgilendirilerek eksterne edildi.



Resim 1. Toraks BT’de benzer kesitlerde olan gezici infiltrasyon alanları

Tartışma-Sonuç: Organize pnömoni akciğer hastalıkları içinde ender görülen karakteristik bir klinikopatolojik tablodur. Altta yatan herhangi bir neden bulunamadığında idiyopatik veya kriptojenik organize pnömoni adını alırken başka bir hastalık ya da ilaç kullanımının akciğere yangısal etkisi olarak ortaya çıktığında sekonder organize pnömoni adını almaktadır. Klinik tablo oldukça karakteristiktir. Birkaç haftalık öykü veren ve genellikle başlangıçta viral enfeksiyon benzeri bir tablonun fark edildiği, kuru öksürük, ateş yüksekliği, halsizlik, iştahsızlık ve kilo kaybı gibi tipik semptomlarla başvuran ve antibiyoterapiye rağmen radyolojik regresyon görülmeyen hastalarda ayırıcı tanıda organize pnömoni düşünülmelidir. Tedavide metilprednizolon kullanılan ajanlardan olmakla birlikte tedavi süresi ve klinik tablonun tekrar nüks etmemesi için tedavinin hekim kontrolü olmadan yarım bırakılmaması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kriptojenik Organize Pnömoni, İdiyopatik, Fiberoptik Bronkoskopi, Kaldırım Taşı Manzarası, Metilprednizolon

**PS-005 Post-COVID Yeni Tanı Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF): Olgu Sunumu**Duygu Zorlu¹¹Medicana International İzmir, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş ve Amaç: Coronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19), şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2'nin (SARS-CoV-2) neden olduğu önemli ve ciddi bulaşıcı hastalığın klinik tablosunu ifade eder. COVID-19'un patofizyolojisi ve klinik belirtileri hakkındaki mevcut bilgiler göz önüne alındığında, hem COVID-19'un hem de inflamatuvar romatizmal bozuklukların sitokin fırtınasına neden olduğunu ve anti-romatizmal ilaçlarla tedaviyi hak ettiğini söylemek yanlış olmaz. Yapılan yayınlarda FMF tanılı olgularda COVID-19 tanısı, seyri ve takibi ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Bu bildiride, COVID-19 enfeksiyonu sonrası yeni tanı FMF çok nadir görüldüğü için sunulmaktadır.

Olgu: 38 yaşındaki erkek hastada, COVID-19 sonrası ara ara göğüs ağrısı ve karında rahatsızlık hissi oluşmuş. Başlangıçta hafif ağrı ve huzursuzluk şeklindeyken zamanla ağrının şiddeti artmaya başlamış. Bu nedenle hastanın acil servis başvurusu sıklamış. Hasta akut koroner sendrom nedeniyle acil serviste defalarca değerlendirilmiş. Ancak belirgin bir patoloji tespit edilmemiş. Kardiyoloji polikliniğinde değerlendirilen minimal perikardiyal kalınlaşma ve efüzyon tespit edilen hasta ek göğüs ağrısı etiyolojisi nedeniyle tarafımıza yönlendirilmiş. Göğüs hastalıkları polikliniğinde değerlendirilen hastadan göğüs ve karın ultrasonografisi (USG) istendi. Bu incelemelerde ilk değerlendirmede herhangi bir patolojiye rastlanmadı. 15 gün sonra artan şikayetiyle başvuran hastanın toraks ve batin USG'sinde minimal plevral efüzyon tespit edildi. FMF ön tanısıyla hastadan CRP, fibrinojen, serum amiloid A, α 2-globulin, β -globulin düzeyi ve eritrosit sedimentasyon hızı, lökosit istendi. Ve hastaya FMF tanısı konuldu. Kolşisin başlanan hastada dramatik yanıt alındı. Kolşisin sonrası hastanın herhangi bir şikayeti olmadı.

Tartışma ve Sonuç: COVID-19 immün sistemini bozabilir ve sitokin fırtınası veya hemofagositik lenfhistiyositoz ile otoinflamatuvar bir duruma neden olabilir. Yapılan çalışmalar, özellikle SARS-CoV-2'nin benzeri reseptörlere bağlanması pulmoner inflamasyona ve fibroza neden olduğunu göstermektedir. COVID-19, SARS-CoV -2, akciğerlerde ve diğer hedef organlarda anjiyotensin dönüştürücü enzim 2 (ACE2) reseptörlerine bağlanarak etki eder ve ardından NLRP3 inflamatuvarlarını aktive eder.FMF'li olgularda COVID-19'un seyri ve tedavisi ile ilgili yayınlar bulunmaktadır. Fakat post-COVID-19 yeni tanı FMF nadir bildirildiği için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Post-COVID-19, FMF, Kolşisin

PS-006 Alerjik Bronkopulmoner Aspergillozisi Taklit Eden Akciğer Tüberkülozu; Olgu Sunumu

Süreyya Hakan Demiraslan¹, Ayşe Baççıoğlu¹, Ayşe Füsün Kalpaklıoğlu¹

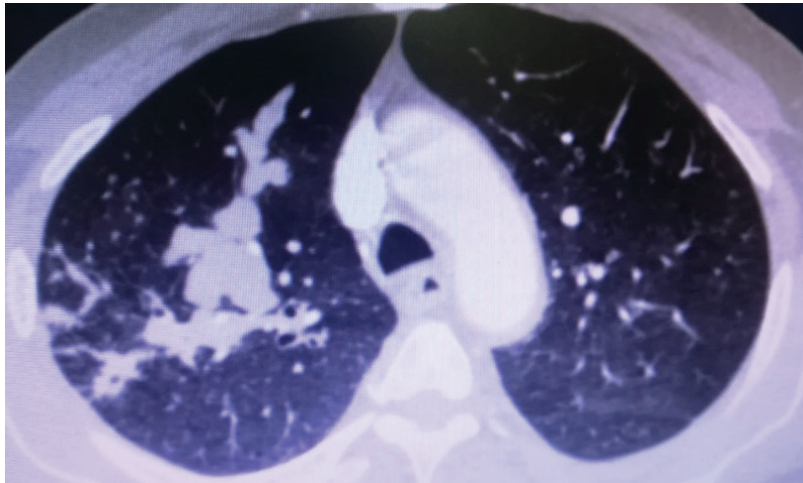
¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Post-primer tüberküloz hastalığı Mycobacterium tuberculosis'e bağlı kavite, konsolidasyon, tomurcuklanmış ağaç gibi radyolojiye yol açarken, alerjik bronkopulmoner aspergillozis (ABPA) kronik havayolu hastalığı zemininde hava yollarında Aspergillus fumigatus kolonizasyonu sonrası gelişen aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Burada radyolojik olarak önce ABPA tanısı daha sonra tüberküloz tanısı konan vaka sunulmuştur.

Olgu: Yetmiş bir yaşında erkek hasta, 1 aydır aralıklı devam eden balgamla karışık hemoptizi ve 1 yıldır süren nefes darlığı, öksürük ve kilo kaybıyla yatırıldı. Fizik muayenede oda havasında O2 sat. %95, nabız 111/dk, solunum sayısı 21/dk ve solunum sesleri derinden geliyordu. Özgeçmişinde hipertansiyon, gastrit, kolesistektomi, geçirilmiş pankreatit, karotis arterde plak vardı. Laboratuvarında d-dimer 973 ug/l, CRP 13 mg/l, sedimantasyon 44 mm/st, lökosit 6.65/10³ uL, lenfosit 1.42/10³ uL, eosinofil 110 uL dışında normaldi. Hastaya 1 ay önce KOAH tanısı konmuş ve toraks BT'de sentrasiner amfizem alanlarına sağ akciğer üst lob bronşlarında mukus impaktyla dolu tübüler genişleme ve santral bronşektazi için eldiven parmak işareti-öncelikle ABPA diye raporlanmıştı. P-A grafide sağ üst zonda eskisinden olmayan yeni infiltratif alan mevcuttu. Yeni toraks BT'de en büyüğü subkarinal 18.4x8.6 mm lenfadenopati, sağ akciğer üst lob anterior segmentte hilustan perifer uzanan düzensiz sınırlı konsolide alan, tomurcuklanmış ağaç ve kavite izlendi. Aspergillus antijeniyle deri prik testi negatif, kanda eozinofili ve serum total IgE düzeyinin normal olması ile ABPA ekarte edildi. Balgam yayması ve kültürü tüberküloz için 3 kez gönderilen hastanın yaymasında ARB+ gelmesi üzerine dördü anti-tüberküloz tedavisi başlandı. Tedavisini düzenli kullanan hastanın bir ay sonraki kontrolünde hemoptizi gerilemiş, kilo almış ve P-A grafide düzelme izlenmişti.

Tartışma-Sonuç: ABPA ve post-primer akciğer tüberkülozu kronik havayolu hastalığı zemininde sık görülmeleri, ateş, hemoptizi gibi semptomlara yol açmaları ve radyolojik olarak santral bronşektazi ve mukoid impaksiyon açısından benzerlik gösterirler. İki hastalık nadiren de olsa birlikte görülebilse de, ayırt edici tanı için gerekli mikrobiyolojik ve laboratuvar testleri doğru tanı ve tedavi için yol gösterici olacaktır.

Toraks CT' de ABPA düşündürülen "eldiven parmak işareti" ve kavitasyon



Sağ akciğer üst lobta bronşları belirgin tübüler genişlemiş olup lümenleri mukusla dolu (eldiven parmak işareti) ve konsolide alan içerisinde yeni başlayan kavitasyon

Anahtar Kelimeler: ABPA, Tüberküloz



PS-007 Yetişkin Kistik Fibrozis Hastasında Mutasyon Tedavisinin Klinik-Laboratuar Parametrelere Etkisi-Olgu sunumu

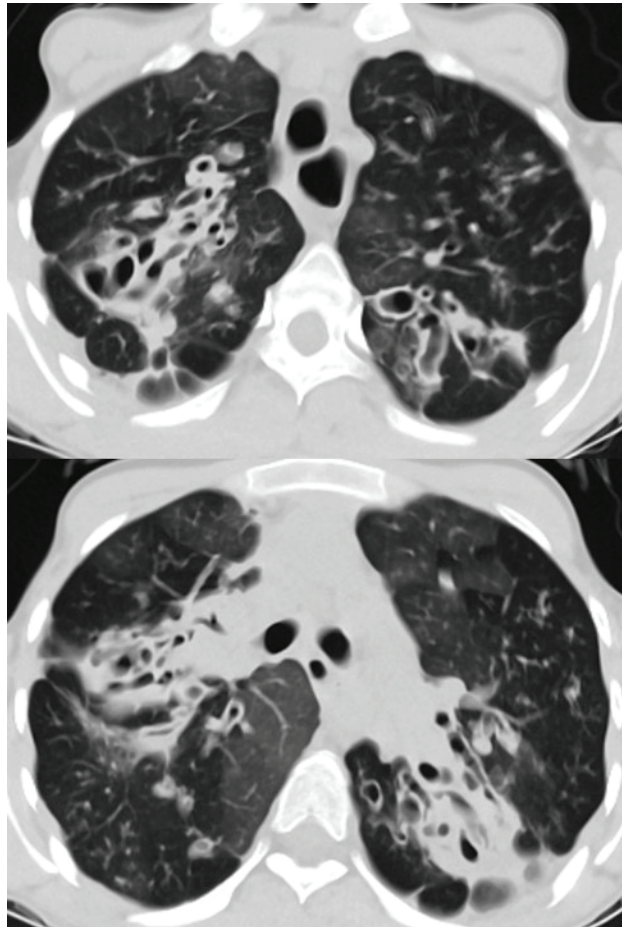
Sibel Doğru¹, Cengizhan Sezgi¹, Mahşuk Taylan¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Kistik fibrozis (KF) hastalığı kistik fibrozis transmembran regülatör (KFTR) proteinini kodlayan gendeki mutasyonun neden olduğu, birden çok organ ve ekzokrin bezi etkileyen, otozomal resesif geçişli, mortalitesi yüksek, progresif, nadir bir hastalıktır (1). 2019 yılında KFTR genindeki F508del-CFTR'nin mutasyonuna sahip hastalarda elexacaftor (ELX), tezacaftor (TEZ) ve ivacaftor (IVA) üçlü kombinasyon tedavisi onaylanmıştır; fakat bu mutasyona sahip hasta sayısı az ve ilacın temin edilmesi zor olduğu için hastaların bu tedaviye verdiği yanıtla ilgili bilgiler sınırlıdır.

Olgu: Üç buçuk yaşında iken sık öksürük, balgam, kilo alamama ve ter testinde klor düzeyi 120 olması nedeniyle KF tanısı alan hasta 20 yaşında iken göğüs hastalıkları kliniğine takip için başvurdu. Hasta inhaler bronkodilatör, dornaz alfa, inhale tobramisin, pankreas enzim ekstresi ve oral D vitamini kullanmaktaydı. Toraks tomografisinde yaygın kistik, bronşektazik lezyonları mevcuttu (Resim 1). Mutasyon ilaçlarına uyumluluğu ("https://www.cftr2.org/welcome" sitesinden) araştırıldı. Mutasyon ilaçlarından elexacaftor (ELX), tezacaftor (TEZ) ve ivacaftor (IVA) üçlü kombinasyonu için uygun olduğu tespit edildi. Hastaya mutasyon tedavisi başlandı. Tedavi öncesi-sonrası değerleri Tablo 1'de gösterilen hastanın mutasyon tedavisi sonrası klinik-laboratuar değerlerinde düzelme izlendi.

Resim 1. Olgunun Toraks BT görüntüleri: İki taraflı yaygın, kistik, bronşektazik değişiklikler





Tablo 1.

Özellik	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası 6.ay
Saturasyon (oda havasında)	90	94
mMRCdispne skoru	4	3
Ter testi	40	17
Solunum fonksiyon testi		
FVC	1.54 lt (%43)	1.66lt (%46)
FEV1	1.06lt (%35)	1.07lt (%34)
FEV1/FVC	68	64

mMRC: ModifiedMedicalResearchCouncil, FVC: Zorlu vital kapasite, FEV1: zorlu vital kapasite manevrası 1. saniye-sinde ekshale edilen volüm

Tartışma-Sonuç: Olguda altı aylık takip sonunda üçlü kombinasyon mutasyon tedavisiyle klinik ve fonksiyonel belirgin düzelme görüldü. KF hastalığında yeni tedavilerin kullanılmaya başlanması ve bakım olanaklarının artması ile birlikte yetişkin yaşa ulaşabilen KF hasta sayısında arttığından dolayı KF hastalarının üçlü mutasyon ilaçlarına uygunluk açısından değerlendirilmesi ve tedavilerinin tekrar düzenlenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kistik Fibrozis, Mutasyon İlaçları, Elexacaftor (ELX), Tezacaftor (TEZ) ve İvacaftor (IVA), Yetişkin

**PS-008 Leptospiroza Bağlı Diffüz Alveoler Hemoraji: Nadir Bir Olgu**

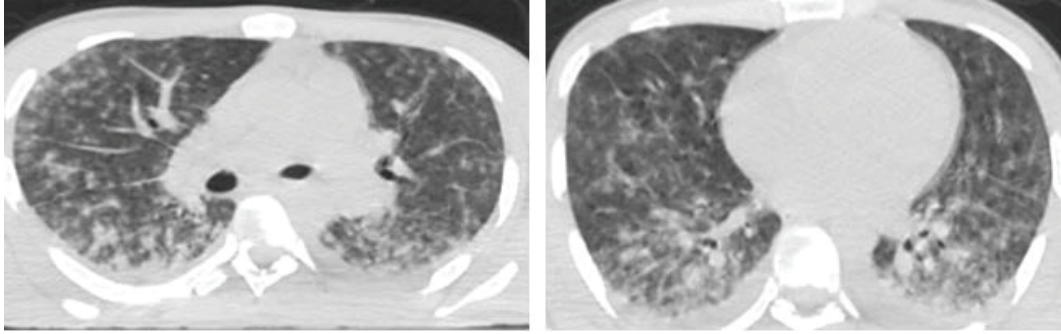
Avesta Yakut Çağlın¹, Hadice Selimoğlu Şen¹, Veysi Tekin¹, Çiğdem Mermutluoğlu²

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Leptospiroz, tropikal bölgelerde daha sık olmakla birlikte ülkemizde de sık gözlenen leptospira cinsi spiroketlerin neden olduğu zoonotik bir hastalıktır. Enfeksiyon insanlara infekte hayvanlarla veya daha sıklıkla leptospiralarla kontamine su veya toprak ile direkt temas sonrası mukozal veya perkütan yolla bulaşır. Leptospiroz sıklıkla çiftçiler, askerler, madenciler, veteriner hekimler ve kanalizasyon işçilerinde görülür. Klinik tablo kendini sınırlandıran hafif leptospirozdan, akut respiratuvar distres sendromu ve multi organ disfonksiyon sendromuna ilerleyen sarılık, böbrek yetmezliği ve kanama ile karakterize ikterohemorajik leptospiroza kadar değişebilir. Ülkemizde pulmoner leptospiroz konusunda olgu raporu dışında net bir veri yoktur. Hemoptizi şikayeti ile acil servise başvuran leptospiroz olgusu, nadir görülmesi ve tanı, tedaviye dikkat çekme amacı ile sunuldu.

Olgu: 22 yaşında düzensiz göçmen erkek hasta, vücutta sarılık, karın ağrısı, ateş ve öksürerek kan tükürme şikayetleri ile acil servise başvurdu. Hikayesinde mısır tarlasında çalıştığı, kronik hastalığının olmadığı ve yaklaşık 15 gündür şikayetlerinin başladığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde gözlerde ve deride sarılık mevcuttu ve göğüs duvarı oskültasyonunda bilateral orta-alt alanlarda yaygın ral duyuluyordu. Oda havasında oksijen satürasyonu % 94 idi. Hastanın laboratuvar değerlendirmesinde üre, kreatinin değerlerinde ve karaciğer fonksiyon testlerinde artış mevcuttu. Hastanın total bilirubini 50.79 mg/dL ALT 128.1 U/L ve AST 205.1 U/L platelet 101 bin ve hemoglobini 9.4 g/dL olarak sonuçlandı. Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral yaygın buzlu cam nodülleri mevcuttu (Resim 1). Hastanın mısır tarlasında çalışmasından dolayı mesleki maruziyetinin olması ve bilirubin değerlerinin çok yüksek olması nedeniyle ön tanı olarak leptospiroz düşünüldü. Hastanın MAT (mikroskopik aglütinasyon testi) ile yapılan serolojik incelemesinde leptospiroz antikor pozitif saptandı. Hasta akciğer parankimindeki lezyonlar, leptospiroza bağlı diffüz alveoler hemoraji olarak değerlendirildi. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlanan hastada klinik, laboratuvar ve radyolojik hızlı iyileşme nedeni ile plazmaferez veya steroid tedavisine ihtiyaç duyulmadı. Akciğer grafisinde belirgin regresyon izlendi ve hemoptizi tamamen kayboldu. Genel durumu toparlayan hasta önerilerle taburcu edildi.



Resim 1 Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral pulmoner infiltrasyon

Tartışma-Sonuç: Gram-negatif aerobik spiroket türü olan *Leptospira*'nın neden olduğu leptospiroz kolonize olmuş hayvanların kontamine idrarının hasarlanmış deriden veya mukozadan geçişiyle oluşur. Mısır tarlalarında korumasız çalışma, maruziyetin olabileceği meslek gruplarındandır. Leptospiroz klinikte, fokal organ fonksiyon bozukluklarıyla ortaya çıkan subklinik enfeksiyon, hastalık sebebi ayırt edilemeyen kendini sınırlayan ateşli bir hastalık veya en şiddetli şekli olan ikterohemorajik form (weil hastalığı) şeklinde karşımıza çıkabilir. Weil hastalığında ateş, sarılık, kanama, renal yetmezlik ve nörolojik bulgular ön plandadır. Sistemik bir vaskülit oluşur, böylece oldukça geniş bir spektrumdaki leptospiroz kliniği ortaya çıkar. Leptospirozda %20-70 oranında pulmoner tutulum görülmekle beraber semptomlar genellikle sekelsiz ve hafiftir. Mekanik ventilasyon gerektiren olgular nadir görülür ve en büyük sebebi endotelial hasar nedeniyle oluşan alveolar hemorajidir. Bu durumda mortalite yüksektir. İkterohemorajik şeklindeki ciddi leptospirozlarda steroid, intravenöz immünoglobulin veya plazmaferez gibi immünomodülasyon tedavileri faydalı olabilir. Steroid tedavisinin pulmoner semptomlar başladıktan sonraki ilk 24 saatinde yüksek dozlarda verilmesi mekanik ventilatör ihtiyacını azalttığı bildirilmiştir. Ancak steroidlerin fayda sağlamayıp aksine nazokomiyal enfeksiyon riskini arttırdığı da bildiren çalışmalar da mevcuttur. Klinik olarak şüphelenilen hastaların hikayelerinin iyi sorgulanması ve sistematik tedaviye erken dönemde başlanması bu nadir fakat ölümcül olan enfeksiyonda mortalite açısından çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hemoptizi, Diffüz Alveoler Hemoraji, Leptospiroz



PS-009 Akciğerde Diffüz Mikronodüller: İki Olgu Nedeniyle

Meserret Sena Hızlı¹, Hazan Özkoç¹, Şeyma Başlılar¹, Bengü Şaylan², Rumeysa Şahinoğlu³

¹Sultan 2. Abdülhamidhan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

³Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Akciğerde diffüz mikronodüller pek çok etiyolojik nedene bağlı gelişebilir. Tanıya ulaşmak kolay olmayabilir; klinik ve radyolojik bulgular spesifik olmayan çok sayıda akciğer patolojisini taklit edebilir. Tanı ve tedavi sürecinde sıkıntı yaşadığımız benzer radyolojik görünüme sahip iki hastayı sunuyoruz.

Olgu: Olgu1: 66 yaş, kadın hasta; mide bulantısı, ateş, gece terlemesi ve 1 ayda 4 kg kilo kaybı şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve diyabet, soy geçmişinde ailede tüberküloz ve akciğer kanseri vardı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT); bilateral üst ve sol akciğer alt lobda konsolidasyonlar ve bilateral yaygın sentrilobüler miliyer nodüller izlendi. Bronkoskopide sol alt lob ve segment ağızları daralmıştı, mukoza biyopsisi ve bronş lavajı alındı. Romatolojik markerları negatifti, tümör markerları yüksek geldi. Göz muayenesi normaldi. Sol akciğerden tru-cut biyopsi yapıldı. Hastaya miliyer tüberküloz ön tanısıyla anti-tüberküloz tedavi başlandı. Takibinde bronkoskopik örneklerde mikobakteri saptanmadı, akciğer biyopsisi sonucu adenokarsinom olarak geldi. Hasta tüberküloz tedavisi kesilerek, onkoloji kliniğine yönlendirildi. Olgu 2: 77 yaş, kadın hasta; ateş, yutma güçlüğü, oral alımda azalma şikayetiyle başvurdu. Öz ve soy geçmişte özellik yoktu. Toraks BT'de; bilateral diffüz mikronodüller, sağ üst ve alt lobda konsolidasyonlar saptandı. Balgam veremedi, açlık mide sıvısı ve bronkoskopik lavajda ARB bakıldı, negatif saptandı. Romatolojik markerlar negatifti. Göz muayenesi normaldi. İkinci kez bronkoskopi yapıldı, mukoza ve transbronşiyal biyopsi alındı, miliyer tüberküloz ön tanısı ile anti-tüberküloz tedavi başlandı. Takibinde karaciğer enzimleri yükseldiği için iki kez tedavi başlanıp kesilen hasta 2. kuşak ilaçlarla tedavi için tüberküloz kliniğine sevk edildi. Bu arada açlık mide suyunda Mycobacterium tuberculosis complex üreyen ve biyopsi sonucu nekrotizan granülomatöz iltihap olarak gelen hastada tanı mikrobiyolojik ve histopatolojik olarak doğrulandı.

Olgu 1



Adenokarsinom tanısı alan miliyer nodül tomografi görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Akciğerde diffüz mikronodüller miliyer tüberküloz, sarkoidoz, fungal efeksiyonlar, pnömokonyozlar, ilaç akciğeri ve primer ve metastatik akciğer kanserlerinde görülebilir. Ayırıcı tanıda klinik, öykü, nodüllerin akciğerdeki dağılımının değerlendirilmesi önemlidir. Akciğerden alınan örneklerin mikrobiyolojik ve histopatolojik incelemesi tanıda yardımcıdır, ancak bazı hastalarda tanı koymak zor olabilir. Hastalarımızın ikisinde de radyolojik görünüm benzerdi ve miliyer tüberküloz ön tanısı ile antitüberküloz tedavi başlandı. Ancak ailede tüberküloz öyküsü ve diyabeti olan hastada tanı akciğer kanseri olarak saptanırken, ek hastalığı ve tüberküloz teması olmayan hastada miliyer tüberküloz tanısı mikrobiyolojik ve histopatolojik olarak doğrulandı. Miliyer nodülleri olan hastalarda ayırıcı tanıların detaylı olarak araştırılması önemlidir. Bu olgular akciğerde miliyer nodüllerin etiyolojisinde başta miliyer tüberküloz, akciğer kanseri olmak üzere pek çok farklı hastalık olabileceği ve kesin tanıya ulaşmanın zor olabileceğini vurgulamak için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Miliyer, Nodül, Tüberküloz, Adenokarsinom

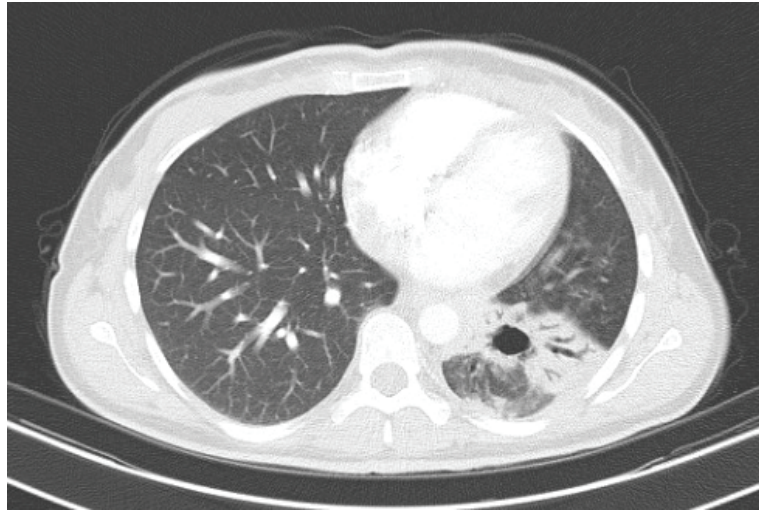
PS-010 Kontrolsüz Diyabetin Ciddi Bir Komplikasyonu: Pulmoner Mukormikozis

Medine Erdoğan¹, Anıl Özgür¹, Özge Aydın Güçlü¹, Nilüfer Aylin Acet Öztürk¹, Ezgi Demirdöğen¹, Aslı Görek Dilektaşlı¹, Ahmet Ursavaş¹, Hüseyin Melek¹, Mehmet Karadağ¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Mukormikoz bazı küf mantarlarının oluşturdukları, vasküler invazyon, doku nekrozu ve organ tutulumu ile karakterize hastalıklara verilen ortak bir isimdir. Başlıca tutulum görülen yerler; rino-orbital, pulmoner ve serabral bölgelerdir. Sporların bronşiyollere ve alveollere solunmasından sonra ortaya çıkan ve hızlı ilerleyen bir enfeksiyondur. Kliniğimizde takip ettiğimiz diyabetik ketoasidoz öyküsü olan pulmoner mukormikozis tanılı hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Tip 1 DM ve hipotiroidi tanısı olan 30 yaş kadın hasta öksürük, balgam, dispne, takipne, oryantasyon-koo-perasyon bozukluğu ile acil servise başvurdu. Diyabetik ketoasidoz tanısı ile endokrinoloji klinik takibi sırasında enfeksiyon parametrelerinde artış ve akciğer grafisinde yeni infiltrasyon olması üzerine hasta göğüs hastalıkları kliniğine ileri tetkik ve tedavi için devir alınmıştır. Bilgisayarlı Toraks Tomografisinde sol alt lobda totale yakın havalanma kaybı ve alt lob posterobazalde 23 mm'lik kalın duvarlı kaviter lezyon izlenen hastaya nekrotizan pnömoni ön tanısıyla iv antibiyotik tedavisi (meropenem 3*1g tedavisine linezolid 2*600 mg) başlanmıştır (Resim 1 ve 2). Antibiyoterapi sonrası klinik tablosu düzelmeyen ve konsolide alanı regrese olmayan hastaya yapılan bronkoskopide sol alt lob bronшта katı mukopürülan tıkaç görülmüş olup göğüs cerrahisi tarafından rijid bronkoskopi ile bu tıkaç çıkarılmıştır (Resim 3). Optik ile bakıldığında apse kavitesine açıldığı görüldü (Resim 4). Hastaya patolojik tanısı mukormikozis olarak kesinleştikten sonra lipozomal amfoterisin B (5 mg/kg dozunda) tedavisi başlandı. Tedavinin 24. gününde hastaya göğüs cerrahisi tarafından VATS sol alt lobektomi yapıldı. Operasyon sonrası 21. günde 45. gün iv amfoterisin B tedavisi aldıktan sonra 300 mg/gün oral posakonazol tedavisine geçildi. Hastanın kontrol Toraks BT'si Resim 5'te gösterilmiştir.



Resim 1 Hastanın başvuru anındaki Toraks BT görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Tip 1 DM tanılı pulmoner mukormikozis olgumuzun kan şekeri regüle olmayıp hastamız ciddi bir akciğer enfeksiyonu olan pulmoner mukormikozis ile komplike olmuştur. Diyabetes mellitus (DM), ketoasidoz tablosu, glukokortikoid tedavisi, hematolojik maligniteler, solid organ transplantasyonları, deferoksamin tedavisi, demir aşırı yükü, AIDS, travma/yanıklar, malnutrisyon invaziv mukormikoz için risk faktörleridir. Yapılan bir çalışmada hastane içi mortalite; izole pulmoner mukormikoz hastalarında %65, dissemine olanlarda %96 ve genel olarak %80 olarak görülmüştür. Cerrahi olarak tedavi edilen hastalarda da mortalite %11 olup, sadece tıbbi olarak tedavi edilen hastalardaki mortaliteden önemli ölçüde daha düşüktür. Olgumuz uzun süreli bir antifungal tedavi uygulamasını takiben başarılı cerrahi girişimle sağlığına kavuşmuştur.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Mukormikozis, Diyabetes Mellitus, Diyabetik Ketoasidoz



PS-011 Plevral Efüzyon Nedeniyle Torasentez Yapılan Hastada Kist Hidatik Saptanmasının Olgu Sunumu

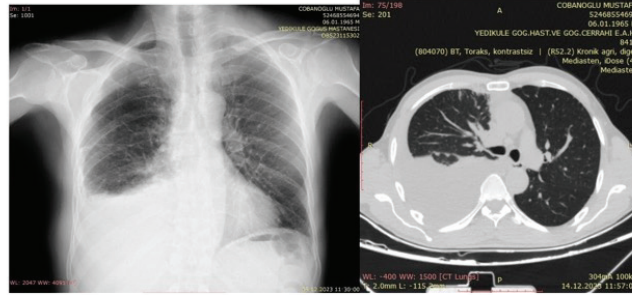
Fatma Müge Batı Alyurt¹, Efecan Haskan¹, Gülşah Günlüoğlu¹, Nurdan Şimşek Veske¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Kist hidatik, genellikle Echinococcus Granulosus'un sebep olduğu paraziter bir hastalıktır. Vücudun her yerinde görülebileceği gibi en çok akciğer ve karaciğerde lokalize olur. Vakamızı plevral mayii örneğinde skolekslerin görülmesi ile tanı koyulabileceğini vurgulamak amacıyla hazırlıyoruz.

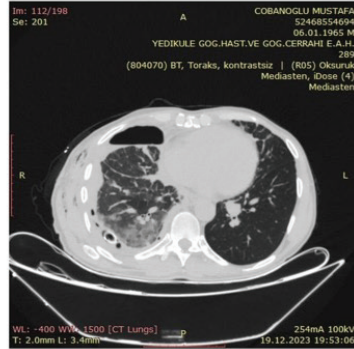
Olgu: 58 yaşında erkek hasta 2 haftadır süren sağ yan ağrısı, ateş, halsizlik ile acil servisimize başvurdu. Hastanın apendektomi dışında herhangi bir operasyon öyküsü bulunmuyordu. Bilinen ek hastalık yoktu. Hastanın fizik muayenesinde sağda solunum sesleri azalmış olup bunun dışında ek özellik bulunmuyordu. Hasta herhangi bir antibiyotik kullanmamıştı. Başvurusunda CRP değeri 97 olup bunun dışında laboratuvar değerleri normaldi. Hastanın akciğer radyografisinde sağ akciğerde demozyo hattı çizen plevral efüzyon görüntüsü mevcuttu (Resim-1). Hastanın Akciğer Tomografisinde orta düzeyde plevral efüzyon mevcuttu (Resim-2). Hastaya Tüp Torakostomi- Kapalı Su Altı Drenajı uygulandı ve sıvıdan örnek gönderildi. Patoloji sonucu Mantar hifleri ve 1 adet skoleks görülmesi üzerine antifungal tedavi başlandı. Hastanın kontrol tomografilerinde efüzyonun gerilediği görüldü (Resim-3) ve ayaktan antifungal ile taburcu edildi.

Görseller



Resim-1

Resim-2



Resim-3

İlgili vakanın PA grafisi ve Toraks BT görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Türkiye, Dünya'da kist hidatiğin endemik olduğu ülkelerden biridir. Akciğer tutulumu ise genellikle alt loblarda olur. Genellikle asemptomatik seyreder, fakat rüptüre ya da enfekte olursa semptom verebilir. Bunlar arasında ateş, halsizlik, üşüme-titrete gibi semptomlar görülür. Görüntüleme yöntemlerinde ise kistin kendisi görülebileceği gibi vakamızda olduğu gibi plevral efüzyon ya da bası bulguları görülebilir. Tanısı ise direkt grafide veya tomografide kistin görülmesi veya biyopsi örneklerinde skolekslerin görülmesi ile konulabilir.

Anahtar Kelimeler: Plevral Efüzyon, Echinococcus Granulosus, Skoleks, Torasentez

PS-012 Maligniteyi Taklit Eden Aktinomikoz & Pulmoner-Kranial Nokardiyozun Birlikteliği: Çok Nadir Bir Olgu

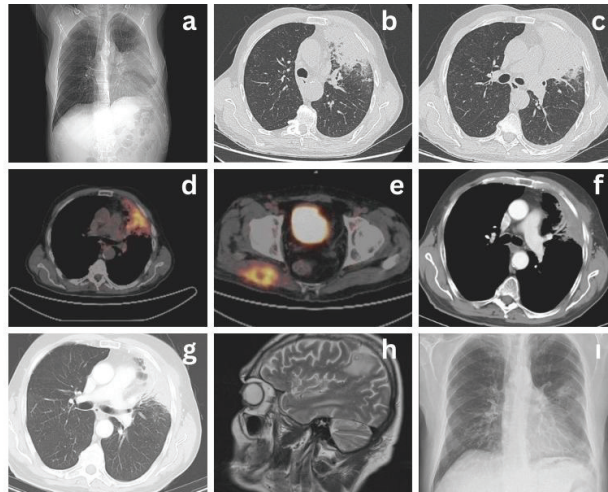
Başak Görüşün¹, Gizem Gedikoğlu Pirim¹, Hüseyin Melek¹, Ahmet Sami Bayram¹, Cengiz Gebitekin¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner nokardiyoz ve aktinomikoz nadir görülen, genellikle immünsüpresif hastalarda karşılaşılan fırsatçı enfeksiyonlardır. Her iki enfeksiyon da akciğer kanserini taklit edebilir veya kanserle birlikte bulunabilir. Tanı genellikle biyopsi ve kültür sonuçlarıyla konulur. Bu çalışmada göğüs duvarını invaze eden metastatik akciğer kanseri ön tanısıyla tetkik edilen, göğüs duvarından yapılan biyopsi ile aktinomikoz ve nokardiyoz birlikteliği tanısı konulan çok nadir görülen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Yüksek ateş ve gece terlemesi şikayetleri nedeniyle dış merkez sağlık kuruluşuna başvuran 75 yaş erkek hastaya pnömoni tanısıyla uygulanan tedaviye rağmen semptomların devam etmesi üzerine çekilen Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol akciğer üst lob anterior segmentte yaygın konsolidasyon, etrafında buzlu cam sahaları ile septal kalınlaşmalar ve sağ alt lob süperior segmentte 12x6 mm düzensiz spiküle konturlu nodül ve multiple mediastinal lenfadenomegali saptanmış(Resim 1a-c). Pozitron emisyon tomografisinde sol akciğerde izlenen lezyon da SUDmaks=12.2, mediastinal lenf nodlarında SUDmaks=4.8, ve sağ gluteus maksimus kası içerisinde ki lezyonda SUDmaks=12.8 tutulum tespit edilmiş(Resim 1d,e). Hastaya sırasıyla yapılan bronkoskopi, sol akciğer trucut biyopsi ve gluteus maksimus kastan görüntüleme eşliğinde biyopsi ile ayırıcı tanıya ulaşılamaması sebebiyle ileri tetkik ve tedavi için tarafımıza yönlendirilmiş. Çekilen BT'de sol üst lobtaki kitlenin göğüs duvarını invaze ederek toraks dışına protrüze olduğu görüldü (Resim 1f,g). Preoperatif tetkikleri sırasında baş dönmesi, denge kaybı ve düşünce bulanıklığı sebebiyle beyin MR'ı çekildi ve milimetrik multiple metastaz lehine yorumlanan odaklar saptandı(Resim 1h). Genel anestezi altında göğüs duvarındaki kitle içerisinden nekroz boşaltıldı ve multiple biyopsiler alındı. Frozen inceleme sonrası malignite görülmemesi ve abse materyali olarak değerlendirilmesi üzerine cerrahi rezeksiyondan vazgeçildi. Postoperatif kültür sonuçlarında Nocardia paucivorans ve Actinomyces naeslundii üremesi saptandı. Hastaya antibiyogram sonuçlarına uygun olarak trimetoprim ve sulfametoksazol tedavisi başlandı. Tedavi sonrası nörolojik ve pulmoner semptomlarında belirgin iyileşme izlenen hastanın BT ve kranial MR bulgularında tama yakın regresyon izlendi (Resim 1i). Tedavinin 6 aya tamamlanması planlandı.

Resim 1



Tartışma-Sonuç: Nadir görülmeleri ve patognomonik olmayan semptom ve radyolojik bulguları nedeniyle hem pulmoner nokardiyoz hem de aktinomikoz için tanı koymak güçtür. Ancak uygulanacak antibiyoterapi ve süresinin farklılığı nedeniyle ayırıcı tanı şarttır. Literatürde ilk defa karşılaştığımız bu fırsatçı enfeksiyon birlikteliğinin immünsüpresif olmayan olgumuzda olduğu gibi maligniteyi taklit edebileceği unutulmamalı ve gereksiz cerrahi rezeksiyonların engellenebilmesi için ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nokardiyoz, Aktinomikoz, Pulmoner Abse, Empyema Necessitatis

**PS-014 Tedavi Altında Radyolojik Progresyon Gösteren Tüberküloz Olgusu**

Serra Keskin¹, Olcay Ayçiçek¹, Yılmaz Bülbül¹

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

Giriş-Amaç: Ülkemizde tüberküloz olgularının büyük kısmında uygun tedavi ile kür sağlandığı bilinmektedir. Ancak tedavi altında klinik ve/veya radyolojik progresyon sıklıkla tanının yeniden sorgulanmasını gündeme getirmektedir. Çalışmamızda anti-tüberküloz tedavinin 4. ayında, son 2 haftadır başlayan ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı şikayeti ile başvuran ve radyografik progresyon gösteren olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Kırk dokuz yaşında erkek hasta tüberküloz tedavisinin 4. ayında son iki hafta olan ateş, gece terlemesi ve zayıflama şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın dört ay önce malignite ve tüberküloz açısından yapılan iki kez bronkoskopi ve bir kez trans torasik iğne biyopsi (TTİİBX) sonucu tüberküloz ve malignite açısından negatif gelince anti-tüberküloz tedavisinin ampirik olarak başlandığı saptandı. Bir önceki kontrolünde klinik ve radyolojik düzelme olması nedeniyle tedavisinin iki ilaç ile devamını önerildiği öğrenildi. Özgeçmiş ve soy geçmişinde bir özellik olmayan hastanın solunum sistemi muayenesinde patoloji saptanmadı. Akciğer radyografisinde sol üst zonda izlenen infiltrasyon alanı ve kavitenin, kontrol grafide progresif olduğu ve etrafında konsolide alan olduğu görüldü. Alınan bilgisayarlı tomografide progresyon tespit edilince olgu konseyde görüşüldü. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 9.28 x10³/μL, CRP: 61.9 mg/L, sedimentasyon: 32 mm/saat, anti-nükleer antikor negatif ve antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) negatif bulundu. Balgam çıkaramayan hastaya muhtemel rezistan tüberküloz olgusu, malignite, vaskülit vb.? açısından bronkoskopi ve TTİİBX tekrarı planlandı. Bronkoskopi randevu günü başvuran hastanın tüm şikayetlerinin düzeldiğini ifade etmesi üzerine yeniden kontrol grafisi alındı (Graf 3). Grafinin büyük oranda regrese olduğu saptanınca olgu, tüberküloz tedavisi altında iken gelişen pnömoni olgusu olarak değerlendirildi. Yakın takip altında izlenmesi kararlaştırıldı.

Tartışma-Sonuç: Anti-tüberküloz tedavi altında yanıt alınan ancak takip sürecinde klinik ve radyografik progresyon saptanan olguların ayırıcı tanısında, mutlaka primer hastalık üzerine eklenen pnömoniler dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Pnömoni, Mycobacterium Tuberculosis, Kavite

PS-015 Ülkemizde Akılda Tutulması Gereken Bir Plörezi Olgusu

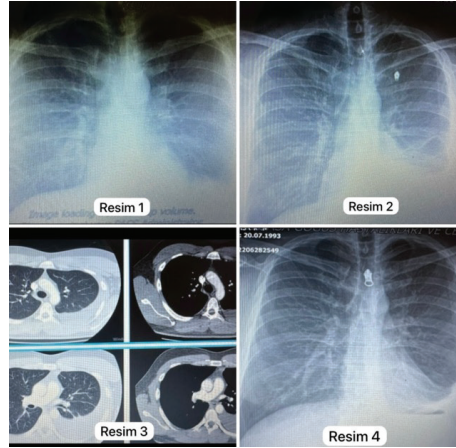
Görkem Feyzullahoğlu¹, Selahattin Öztaş¹, Ayşem Aşkın Öztin Güven¹, Elif Yorgancıgil¹

¹SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Plörezi iki akciğer zarı arasında kalan potansiyel boşlukta sıvı birikmesi olarak tanımlanır. Birçok akciğer (tüberküloz, pnömoni, akciğer kanseri, pulmoner embolizm) ve akciğer dışı (bağ dokusu hastalıkları, kalp yetmezliği) hastalıklara bağlı ortaya çıkabilir. Hastalarda genellikle öksürük, yan ağrısı ve dispne gibi semptomlar olur. Sıvı birikiminin olduğu tarafta akciğer seslerinde azalma ve perküsyonla matite alınması tipik fizik muayene bulgularındandır.

Olgu: 30 yaşında erkek hasta bilinen ek hastalığı yok. Öksürük ve eklem ağrısı şikayeti başlamış birkaç gün sonra da çarpıntı ve göğüs ağrısı olunca dış merkez kardiolojiye başvurmuş. PA: Solda plevral efüzyon (Resim 1) EKG: Sinüs taşikardisi (HR:116) EKO: EF normal, sağ ventrikül etrafında sistolde ventriküle bası uygulayan 1 cm, posteriorda 0.5 cm tamponad oluşturmamayan fibrinli perikardiyal efüzyon izlenmiş. Ardından hastaya anjiyo yapılmış RCA, CX, LAD normal izlenmiş. Bir hafta hastane yatışı olduktan sonra şikayetleri gerileyince ibuprofen ve kolşisin reçete edilerek taburcu edilmiş. Hasta taburcu olduktan 2 hafta sonra benzer şikayetlerle hastanemize başvurdu. İlaçlarını düzenli kullanmamış. Hemogram ve biokimya değerleri normaldi. D-Dimer : 3.1 mg/l idi, PA stabildi. (Resim 2) Hasta PTE?, Plöropnömoni?, Plevral Efüzyon tetkik amaçlı servisimize interne edildi. Seftriakson 2x1 gr iv, Lansoprazol 30 mg tb 1x1 po, Enoksaparin 0.4 ml 1x1 sc, Kolşisin 0,5 mg tb 2x1 po şeklinde tedavi başlandı. Bilateral alt ekstremitte venöz Doppler USG'de trombüs izlenmedi. Pulmoner BT Anjiyografide (Resim 3) PTE ile uyumlu dolum defekti izlenmedi, sol hemitoraksta 10 cm kalınlığında plevral efüzyon izlendi. Takiplerinde hastaya torasentez yapıldı eksuda vafındaydı. Plevra alb: 34 g/l Plevra protein: 51 g/dl Plevra LDH: 248 U/l Serum alb: 40 g/l Serum LDH: 150 U/l . Hasta kardiolojiye danışıldı. EKO: EF normal, kalp boyutları normal, kapak patolojisi izlenmedi. Sağ ventrikül ve apeks komşuluğunda 8-9 mm ölçülen bası ve tamponad oluşturmamayan fibrinli perikardiyal efüzyon mevcut izlendi. Kesite giren alanlarda yoğun plevral efüzyon izlendi. Masif pulmoner emboli bulgusu ya da kardiyak ödem düşünlmedi. Kolşisin tablet 2x1 po devamı, poliserözit etiyolojisi açısından tetkiki önerildi. Romatolojik tahliller istendi, hepsi negatif sonuçlandı. PPD: 4 mm ölçüldü. Plevra kültüründe üreme olmadı. Plevra ARB: Negatif. Plevra ADA:13 IU/l. Antibioterapisi 1 haftaya tamamlanan ve semptomları gerileyen hasta dış merkezde MEFV gen mutasyonu bakılması önerilerek poliklinik kontrolüne çağırıldı. Plevra sroitolojisi: Atipik hücre izlenmedi. MEFV gen mutasyonu: Pozitif. Kontrol PA(Resim 4) regrese olma eğiliminde olan hasta romatolojiye yönlendirildi.

Görsel



Tartışma-Sonuç: Tanısı konamayan plörezilerde etiyolojiyi derinleştirmek önemlidir. Nonspesifik tedavilerle düzelmeyen ve tüberküloz dışlanan olgularda ayırıcı tanıda bağ dokusu hastalıkları, otoimmün hastalıklar, poliserözitler akla gelmelidir. FMF ateş ve serozal inflamasyon atakları ile karakterize kalıtsal bir hastalıktır. Ülkemizde 1-3/1000 sıklığında görülmektedir. Hastalık, tipik olarak ataklarla seyreder. Tedavide genellikle kolşisin kullanılır. Düzenli kolşisin kullanımı atak sıklığını azaltır ve atak şiddetini önler.

Anahtar Kelimeler: FMF Plörezi Poliserözit



PS-016 Plevral Effüzyon Etiyolojisinde İlaçlar

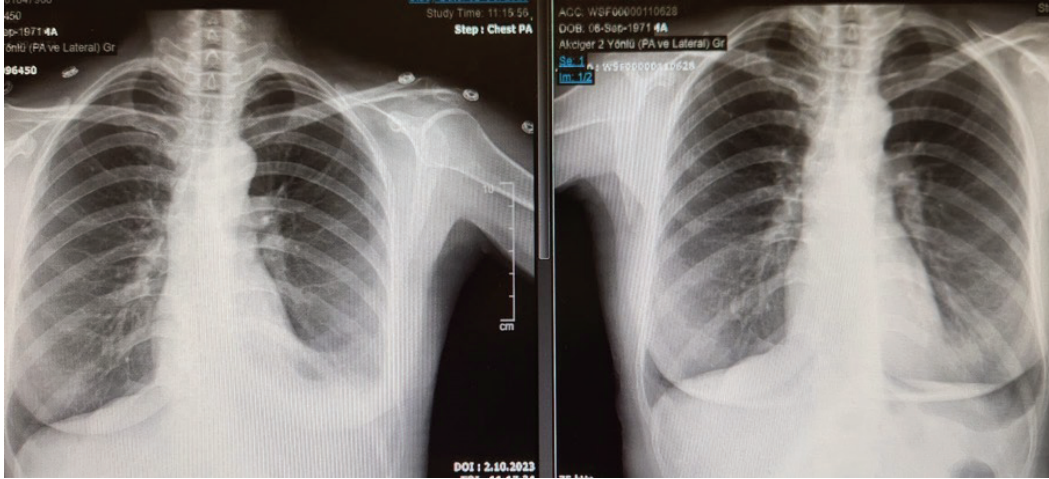
Barış Işık¹, Pelinsu Altun¹, Deniz Doğan Mülazimoğlu¹, Turan Acıcan¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD

Giriş-Amaç: Plevral effüzyon, visseral ve parietal plevra yaprakları arasında sıvı birikmesidir. Plevral effüzyonun kalp yetmezliği, pulmoner tromboemboli, pnömoni, malignite gibi birçok nedeni olup ilaçlar da bu duruma neden olabilmektedir. Bu vakamızda plevral effüzyona nadiren neden olan bir ilaca yer verdik.

Olgu: Elli üç yaş, kadın hasta; beş ay önce başlayan ve omuza vuran göğüs ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın göğüs ağrısı; sol göğüs üzerinde olup arada sol omuza yayılan, özellikle sol tarafa yatınca, öne eğilince ve ağır kaldırınca artan; baskı ve batar tarzda, özellikle geceleri olan ve geceleri uykudan uyandırıp uyutmayan; son 1 hafta içerisinde sırta da yayılan bir ağrıymış. Hastanın 47 yıldır epilepsi (lamotrijin ve valproik asit), 7 yıldır kronik obstrüktif akciğer hastalığı (tiotropium bromür) tanısıyla izlenildiği öğrenildi. Hasta aktif smoker olup 10 paketyıl sigara öyküsü mevcut. Alkol öyküsü yok. Masa başı memurluk yapmakta ve bilinen bir maruziyet öyküsü yok. Soygeçmişinde annesinde meme kanseri, babasında aterosklerotik kalp hastalığı mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde solunum sesleri solda derinden işitilmekte, ral ve ronküs bulunmamaktaydı. Hastanın boyun muayenesinde lenfadenopatisi yoktu, tiroid muayenesinde guatr mevcuttu, palpasyonda ele gelen bir patoloji yoktu. Meme muayenesi olağandı. Aksiller muayenesinde bir patoloji saptanmadı ve pretibial ödemi yoktu. Hastaya örnekleyici torasentez yapıldı. Light kriterlerine göre sıvı, eksuda vafında saptandı; sitoloji eozinofil ağırlıklıydı, tüberküloz ve adi kültüründe üreme olmadı, ARB negatif ve ADA 9 U/mL olarak sonuçlandı. Hastanın laboratuvar sonuçlarında D-dimerinin 667 ng/mL gelmesi üzerine hastaya pulmoner bilgisayarlı tomografi anjiyografi ve alt ekstremité doppler ultrasonografi planlandı ve tromboemboliye rastlanmadı. Malignite taramalarında herhangi bir patoloji saptanmadı. ANA, ANCA ve immün panelleri negatif sonuçlandı. Tiroid fonksiyon testleri normal olarak saptandı. Tüm bu değerlendirmeler sonucunda sıvının ilaç ilişkili olabileceği düşünüldü. Hastanın aldığı ilaçlardan valproik asitin plevral effüzyon oluşturabileceği saptandı. Valproik asit, Nöroloji önerisiyle dozu düşürülerek sonlandırıldı ve yerine levitirasetam eklendi. Kontrollerinde plevral effüzyonun gerileyip kaybolduğu gözlemlendi.

Yatış ve Takip Grafisi



Hastanın sol taraftaki yatış PA akciğer grafisinde solda plevral effüzyonu mevcuttur. Sağda bulunan PA akciğer grafisi, hastanın ilacın dozunun azaltılarak kesilmesi sonrası kontrol grafisi olup plevral effüzyonunda anlamlı bir gerileme mevcuttur.

Tartışma-Sonuç: Plevral effüzyonun her ne kadar yaygın nedenleri bilinse de hastanın ilaç öyküsü de en az diğer nedenler kadar önemli olup hastanın ilaç özgeçmişine dikkat edilmeli ve hasta bütüncül bir şekilde değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Plevral Effüzyon, Bütüncül Yaklaşım, İlaç, Valproik Asit

PS-017 Kronik Pulmoner Aspergilloz: Tanıyor muyuz?

Kadriye Nazlı Kara¹, Mediha Gönenç Ortaköylü¹, Belma Akbaba Bağcı¹, Ayşenur İlkayaz¹, Furkan Doğan¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Kronik Pulmoner Aspergilloz (KPA) Dünyada yaklaşık 3 milyon insanı etkilemekte olan hastalıktır. Değişken formları, ileri düzey solunum problemlerine neden olması tanı ve tedavi zorluğu nedeni ile hasta ve hekim için zor bir hastalıktır. Fungus topu/aspergilloma gördüğümüzde tanıda geç dönemdir. Tedavi edilmez ise 5 yılda mortalite ortalama %20-50 olarak seyretmektedir. Bu olgumuzda cerrahi ile tanı alan bir KPA olgusunu paylaşıyoruz.

Olgu: Elli üç yaşında erkek hasta, iki haftadır öksürük, ateş, nefes darlığı şikayetleri olan hastaya bir hafta önce mok-sifloksasin verilmiş; şikayetleri geçmeyen nefes darlığı artan hasta acile müracaat etmiş , enfeksiyon belirteçlerinde progresyon görülerek interne edilmiş. 8 yıldır KOAH tanısı mevcut, spiriva kullanıyor. Geçirilmiş ameliyat öyküsü yok. Tüberküloz hikayesi yok. Hastanın acil başvurusundaki laboratuvar değerleri; hemogramında hemoglobin: 13,9 g/dL WBC: 16,3 10e3/uL, Eo: 1,5310e3/uL, NEU: 10,57 olarak ölçülmüş. Biyokimya değerleri ise, CRP: 221 mg/dl Sedim: 68 Seroloji: (-), Glukoz: 147mg/dl, Kreatinin : 0,87, Üre: 27 mg/dl , Alt: 13 U/l , Ast: 12 U/l olarak ölçülmüş. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) 'Akciğer parankim yapılarının değerlendirilmesinde; Her iki akciğer parankiminde santral kesimlerde üst loblarda belirgin olmak üzere büllöz - amfizematöz akciğer görünümü izlenmektedir. Alt loblarda lineer bant formasyonu izlenmiştir.' olarak değerlendirildi. Hastanın internasyon sonrası eski BT görüntüleri incelendiğinde mevcut büllerin güncel Bt de enfekte görünümde olduğu belirlendi. Hastaya; Piperasilin + tazobaktam 4*4,5 gr iv , Bronkodilatör tedavi, Nasal O2 başlandı. Hastadan tüberkülozu değerlendirmek açısından üç kez arb çalışıldı. üç arb de negatif olarak sonuçlandı. Hastaya Fiber Optik Bronkoskopi yapıldı. Sağ ve sol bronş sistemi açık izlendisol üst lobdan lavaj alındı. arb, mikobakteri pcr, non spesifik kültür, mantar ve sitoloji örneği yollandı. Patolojisi nondiagnostik olarak sonuçlandı. Hastanın antibiyotik tedavisinin onuncu gününde çekilen postero-anterior akciğer grafisinde sol akciğer üst zondaki kavitede seviyelenme izlendi. Radyolojik progresyon sebebi ile hastanın antibiyotik tedavisi imipenem 500 mg 4* 1iv olarak değiştirildi. Hasta cerrahi konseyde değerlendirildi. Fob tekrarı, Solunum fonksiyon testi ve 6 dk yürüme testi planlandı. Hastanın 2. kez yapılan Fiberoptik bronkoskopi işlemi yine nondiagnostik olarak sonuçlandı. Hastanın solunum fonksiyon testleri Fev1: 3,31 %89 Fvc: 4,39 Fev1 / Fvc: %75 olarak sonuçlandı. Hasta 6 dakika yürüme testinde 400 metre yürüdü. Başlangıç spo2 :95, bitiş spo2: 95 olarak ölçüldü. Hasta için, Sol üst lobektomi / büllektomi planlandı. Cerrahi tarafından hasta opere edildi. Patoloji sonucu 'Bronş lümeninde nekrotik materyal ve içerisinde bir kısmı 45 derecelik açı ile dallanma gösteren mantar hif ve sporları' olarak sonuçlandı. Hasta kronik pulmoner aspergillozis olarak takip edildi. Enfeksiyon hastalıkları cerrahi sonrası antifungal tedavi önermedi. Hasta takip ediliyor.

Tartışma-Sonuç: Kronik Pulmoner Aspergillozis hasarlı akciğer dokusu üzerinde gelişmektedir. Hastaların parankiminde bül konsolidasyon kavite vb görünümünde karşımıza çıkabilir. Ayırıcı tanılarda aklımızda olması gereken bu hastalık, tüberküloz olgularının kaviter lezyonlarında sıkça karşımıza çıkmakta. Erken tanı ile hemoptizi başta olmak üzere hayati komplikasyonların önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: Fungus Ball, Enfeksiyon, Kavite, Malignite



PS-018 Paraparezi Gelişimine Yol Açan İntratorasik Ekstrapulmoner Vertebral Kist Hidatik Olgusu

Mustafa Kuzucuoğlu¹, Mehmet Ünal¹, İsmail Ertan Sevinç², Keramet İbrahim Taylan³, Bayram Çağrı Sakarya¹

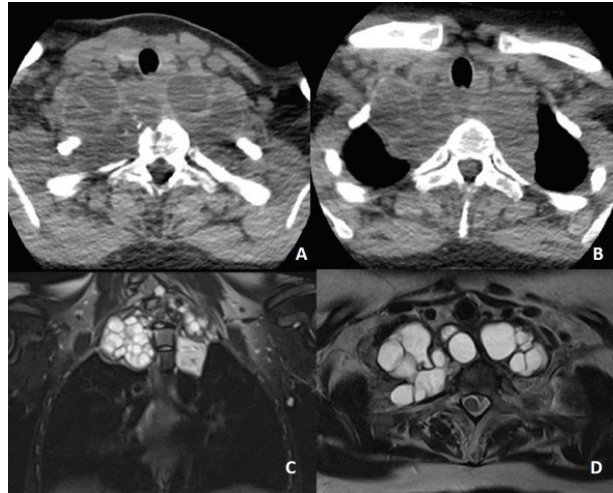
¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

³İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

Giriş-Amaç: Kist hidatik; sıklıkla *Ecchinococcus Granulosus* parazitinin neden olduğu ve genellikle karaciğer, akciğer, daha az sıklıkla da beyinde kistik lezyonlar ile görülen paraziter bir hastalıktır. Nadir olarak intratorasik ekstrapulmoner olarak da görülebilen hastalık intratorasik alanda mediasten, plevra ya da diyafragmada yerleşebilir. Kist hidatiklerin %0,2-1 lik nadir bir kısmında vertebra yerleşimli olarak izlenmektedir. Vertebral alanda en sık torakal olmak üzere lumbosakral ve servikal alanda da görülebilmektedir. Bizde çalışmamızda 22 yaşında servikal ve torakal vertebra yerleşimli intratorasik ekstrapulmoner kist hidatik olgumuzu literatürler eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu: Yirmi iki yaşında kadın olgu yaklaşık 6-7 önce doğum sonrası başlayan ve giderek artan alt ekstremitelerde güçsüzlük yakınması ile beyin cerrahisi kliniğine başvurmuş. Yapılan tetkikleri sırasında çekilen servikal manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde C7-T1 vertebraları destrükte eden, patolojik kırık gelişimine yol açan kistik kitlesel izlenmiş olup lezyonun C6-7 sol nöral forameni tamamen doldurmuş olduğu, sağ nöral foramenede uzanım gösterdiği görüldü (Resim 1). İleri inceleme amaçlı çekilen kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde servikotorasik bileşke düzeyinde üst mediastene uzanan multiple kistik lezyonlar izlenmiş olup lezyonların C7 vertebra korpusunu destrükte ettiği saptandı (Resim 2). Olgu beyin cerrahisi ile birlikte değerlendirildi ve paraparezik olması sebebi ile öncelikle beyin cerrahisi tarafından sağ C4-5-6-T2-3-4 ve sol C4-5-T1-2-3-4 vertebralara vidalar yerleştirilerek C7 total laminektomi, C7-T1 korpektomi ve cagei yerleştirilmesi operasyonu uygulandı. İşlem sırasında kısmi kist içeriği aspire edilerek kanal içerisindeki kistik kısım temizlendi. Takip eden birer ay ara ile önce sağ torakotomi yaklaşımı ile sağ posterior mediasten yerleşimli spinal kanala uzanan multiple kistik lezyonlar sonrada sol torakotomi yaklaşımı ile sol posterior mediasten yerleşimli spinal kanala uzanım gösteren kistik lezyonlar kistotomi yöntemi ile temizlendi. Her iki hemitoraksta da kist germinatif membranları total olarak eksize edildi ve kist poşları batikon ile yıkandı (Resim 3). Hastanın cerrahi sonrasında paraparezisinde gerileme olmaya başladığı, alt ekstremitelerde hareketlerinin daha rahat olduğu gözlenmiş olup halen fizik tedavi ve rehabilitasyon süreci devam etmektedir.



Resim 2 Olgunun toraks BT ve MR da vertebral kist hidatik görünümü

Tartışma-Sonuç: Kist hidatiklerin vücutta her dokuya yerleşebileceği, radyolojik olarak tümörü taklit edebileceği ve tedavisinin cerrahi eksizyon olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kist Hidatik, Ekstrapulmoner, Nadir

PS-019 Pulmoner Emboli ile Karışan Pulmoner Arter Kist Hidatik Olgusu

Mustafa Göktepe¹

¹Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Kist hidatik akciğerlerin en sık görülen paraziter hastalığıdır. Enfeksiyon, kontamine olmuş suyun veya bu suyla yıkanmış yiyeceklerin alınması ve köpeklerle yakın temas sonucunda bulaşır. Gastrointestinal sisteme ulaşan organizmalar portal ven yoluyla karaciğere, oradan sağ kalbe, pulmoner arter vasıtasıyla akciğere, sistemik sirkülasyon yoluyla dalak, kaslar, santral sinir sistemi ve göze yerleşebilir. Pulmoner arterde hidatik kist embolisi son derece nadirdir. Bu olgu sunumunda daha önceden karaciğer ve akciğerden kist hidatik nedeniyle opere olan bir hastada pulmoner emboli ile karışan pulmoner arter kist hidatik olgusunu sunduk.

Olgu: 31 yaşında yabancı uyruklu, göçmen, erkek hasta. 1 haftadır olan balgamla karışık kan gelmesi şikayeti olması nedeniyle ilçe devlet hastanesinde dahiliye polikliniğine başvurmuş. Hastaya kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmiş. BT’de üst lob puloner arterinde trombüs ile uyumlu dolum defekti şeklinde yorumlanmış (Resim 1). Hastaya pulmoner emboli ön tanısı ile düşük molekül ağırlıklı heparin başlanarak göğüs hastalıklarına yönlendirilmiş. Hastanın anamnezinde son 1 haftadır olan balgamla karışık kan gelmesi şikayeti vardı. Nefes darlığı, öksürük, göğüs ağrısı tariflemiyordu. Fizik muayenesinde solunum sesleri doğal, oda havası satürasyonu %97 idi. Bacaklarda derin ven trombozuna yönelik fizik muayene bulgusu yoktu. Bakılan D- dimer değerleri normal sınırlardaydı. Hastanın özgeçmişi sorgulandığında 15 yıl önce karaciğerden ve akciğerden kist hidatik ameliyat olduğu öğrenildi. Hastanın klinik bulguları pulmoner emboli ile uyuşmaması ve öyküsünde kist hidatik operasyonu olması nedeniyle pulmoner arter kist hidatiği düşünüldü. Hastaya kontrastlı toraks manyetik rezonans görüntüleme (MR) istendi. MR sonucunda pulmoner arter kist hidatiği ile uyumlu raporlandı.(Resim 2). Hastaya pulmoner arter kist hidatiği tanısı konuldu. Cerrahi için göğüs cerrahisine yönlendirilen hasta cerrahiyi kabul etmemesi üzerine medikal olarak albendazol tedavisi başlandı. Bu vaka kist hidatiğin pulmoner arter tutulumunun nadir olması ve pulmoner emboli ile karıştırılması nedeniyle sunuldu. Ayrıca pulmoner emboli kliniği ile uyumlu olmayan hastalarda geçmişte kist hidatik öyküsü var ise ayırıcı tanıda pulmoner arter kist hidatiğininde akılda tutulması gerekliliği vurgulandı.

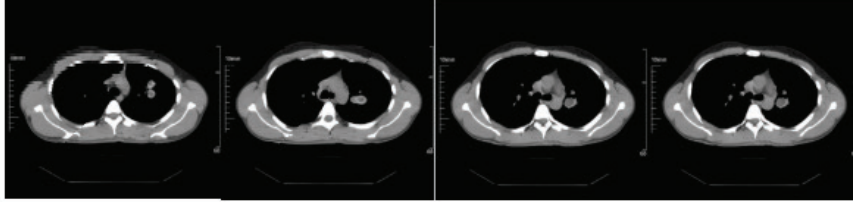


6-9 Mart 2024

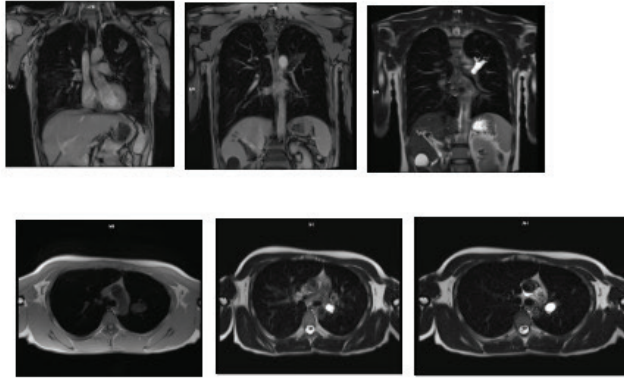
Sueno Deluxe Hotel, Belek/Antalya

BT ve MR görüntüleri

Resim 1: Toraks BT görüntüleri



Resim 2: Kontrastlı MR görüntüleri



Tartışma-Sonuç: Echinococcus granulosus, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde sık görülen , kist hidatik (KH) hastalığına yol açan bir enfestasyondur. Kedi, köpek gibi hayvanların intestinal sisteminde yaşar ve bu hayvanlar aracılığıyla veya kontamine besinlerle insanlara geçer . Kist hidatik en sık karaciğerde (%60) ve takiben akciğerde (%25) yerleşmektedir. Bu iki organın filtreleme işlevi sayesinde parazitin diğer organlarda görülebilme oranı çok düşüktür (%15). Hidatik kistlere bağlı pulmoner emboli çok nadir görülen bir klinik antitedir. Hidatik kist embolisinde en sık semptom hemoptizidir. Bizim vakamızda ilk başvuru şikayeti hemoptiziydi. Kist hidatiğe bağlı emboli , kontrastlı bilgisayarlı tomografi (CT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile diğer pulmoner emboli nedenlerinden ayırt edilebilir. MRG, lezyonları kistik natüründen dolayı CT' ye oranla daha iyi gösterir. Bizim olgumuzda kontrastlı BT' de pulmoner emboli olarak yorumlanan ancak klinik ve anamnez ile daha çok kist hidatik embolisi düşünülen hastaya yapılan kontrastlı toraks MR ile tanı konuldu. Tedavide lokalize formlarda ilk seçenek cerrahidir. Ancak cerrahi embolektominin mortalitesi ve morbiditesi yüksektir. Cerrahi kabul etmeyen hastalarda medikal tedavi olarak albendazol veya mebendazol kullanılmaktadır. Hastamızda da albendazol tedavisi başlanmış ve takibe alınmıştır. Sonrasında hasta takiplerine gelmediği için takipten çıkmıştır. Sonuç olarak; özellikle hikayesinde kist hidatik öyküsü olan hastalarda tespit edilen pulmoner embolide nadir görülsede hidatik kist embolisi akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kist Hidatik, Pulmoner Emboli

PS-020 Kronik Pulmoner Aspergillozis-Olgu Sunumu

Elif Karasal Guliyev¹, Anıl Çolaklar²

¹Kahramanmaraş Elbistan Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

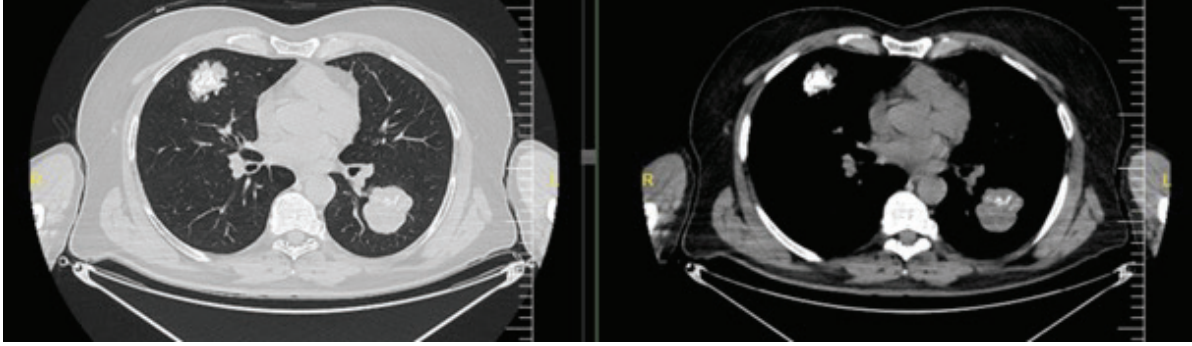
²Kahramanmaraş Elbistan Devlet Hastanesi, Radyoloji

Giriş-Amaç: Kronik pulmoner aspergillozis (KPA), kronik akciğer hastalığının yaygın bir nedenidir. Genellikle tüberkülozu (TB) taklit eder ve özellikle akciğerde kaviter lezyonu olan hastalarda TB tedavisi sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilir. Dünya genelinde TB vakalarının yaklaşık %40'ına mikrobiyolojik olarak tanı konulamamaktadır, mikrobiyolojik tanı olmadan klinik ön tanı ile TB tedavisi gören hastalarda semptomların en yaygın nedeni KPA olduğu düşünülmektedir. Aspergillozis küresel bir enfeksiyondur ve her yıl tahminen 373.000 yeni KPA vakası, anti-TB tedavinin tamamlanmasından sonraki 12 ay içinde tedavi edilen akciğer TB hastasında komplikasyona neden olmaktadır; 5 yıllık dönemdeki yaygınlık 1.174.000 (397.000-2.088.000 aralığı) vakadır. Ülkemizde halen TB vakalarının fazla olması nedeniyle TB tedavisi sırasında ve sonrasında oluşabilecek tanı kriterlerini karşılayan hastalarda KPA göz önünde bulundurulmasının KPA'ya bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılmasına katkı sağlayacağını düşündük.

Olgu: 64 yaş, erkek hasta, bilinen kronik hastalık öyküsü yok. 15 paket/yıl sigara öyküsü olan hasta 30 yıldır sigara içmemektedir. Fizik muayenede solunum seslerinde bilateral hafif azalma, sol altta raller mevcuttur. Hasta polikliniğimize 1 aydır devam eden sabahları beyaz renkte balgam yakınmasıyla başvurdu. Kilo kaybı ve gece terlemesi yoktu. 5 yıldır devam eden kronik öksürük yakınması mevcuttu. Yakınmalarına yönelik çekilen akciğer grafisinde solda belirgin olmak üzere bilateral dansite artımları izlenmesi üzerine thorax BT planlandı. Thorax BT raporunda; Aortopulmoner pencerede 35*28 mm boyutlarında hafif lobule kontürlü santral kalsifikasyon gösteren hipo-izodens lezyon dikkati çekmiştir. Her iki akciğerde sağ akciğer alt lobu hariç tüm loblarda büyüğü sol akciğer alt lob posterolateral bazal segmentte yaklaşık 75*50 mm boyutlarında ölçülen çoğunluğu peribronkovasküler yerleşimli bir kısmı kaviter görünümde ve bir kısmının evresinde buzlu cam opasiteleri izlenen lobule kontürlü kitleler dikkati çekmiştir. Ön planda TB-Kronik pulmoner aspergillozis koenfeksiyonu düşünülmekle birlikte kalsifiye pulmoner metastaz ya da metastatik kalsifikasyon nedenleri/amiloidoz ekarte edilmelidir. Sol akciğer alt lobda bronş duvarlarında kalınlaşma, mukus impkate bronşioler ve kitle lezyonları çevresinde subsegmental fibroatelektazik dansiteler kaydedilmiştir. Laboratuvar Hastadan BT raporunda belirtilen ayırıcı tanıları yönelik hemogram-sedim-CRP-Böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, tümör markerları, kalsiyum, fosfor, tiroid fonksiyon testleri, PTH, total IgE istendi. Hastanemizde galaktomannan, Aspergillus IgG ve IgM çalışılmadığından tanıya yönelik bu tetkikler gönderilemedi. Laboratuvar tetkiklerinde total IgE: 162 (Lab üst sınır:100) yüksekliği dışındaki tetkikler normal sonuçlandı. Kan kalsiyum düzeyleri normal olmasına rağmen BT'deki lezyonlarda kalsifik değişikliklerin olması ön planda distrofik kalsifikasyon lehine değerlendirildi. Balgam örnekleri Hastadan gönderilen balgam kültürlerinde ise 3 kez ARB negatif sonuçlandı, küf üremesi oldu ancak ileri tanımlama yapılamadı-işlemi devam etmektedir. (Balgam kültür sonuçları halen takip edilmektedir)



Aralık 2023 Thorax BT



BT'de bilateral, yaygın, kalsifikasyon içeren, kısmen kaviter, kitlesel lezyonlar mevcuttur.

Tartışma-Sonuç: Aspergillus, tüberküloz (TB) ve diğer kronik akciğer hastalıklarıyla birlikte bulunabilir veya onları karmaşık hale getirebilir ve dolayısıyla bunların tedavisinde önemli bir zorluk oluşturabilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) Küresel TB Raporu 2022'de, akciğer TB hastalarının yaklaşık %37'sine klinik olarak teşhis konulmuştur. Muhtemelen en yaygın TB yanlış tanısı, ciddi morbiditeye ve gereksiz mortaliteye neden olan KPA'dır. KPA, TB'yi taklit edebilir ve özellikle akciğerde kaviter lezyonu olanlarda, TB tedavisi sırasında veya sonrasında ortaya çıkabilir. Mantar Enfeksiyonlarına Yönelik Küresel Eylem fonu, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki araştırmaları ve klinik ve halk sağlığı uygulamalarını desteklemek amacıyla 2018 yılında KPA için klinik, radyolojik ve mikrobiyolojik özellikleri içeren bir vaka tanımı yaptı. Özellikle tüberkülozun halen ön tanılarda yer aldığı ülkemizde tanı sırasında veya tedavi sonrasında KPA akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aspergillozis, Kavite, Kültür, Kalsifikasyon

Poster Bildiri Oturumu 2: Akciğer Enfeksiyonları ve Tüberküloz

PS-021 K Vitamini Antagonisti Antikoagülan Kullanmadan Sefoperazona Bağlı Gelişen İNR Yüksekliği Olgusu

Levent Çevik¹, Aysel Sünnetçioğlu¹, Ahmet Aktaş¹

¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Sefoperazon-sulbaktam, ülkemizde yıllardır kullanılmakta olan psödomonaslar da dahil Gram negatif ve Gram pozitif etkinliğe sahip geniş spektrumlu bir antibiyotik kombinasyonudur. N-metiltiotetrazol (NMTT) yan zincirine sahip olan, sefoperazon vitamin K metabolizmasında önemli yeri bulunan vitamin K-epoksit redüktaz enzimini inhibe ederek K vitaminine bağımlı pıhtılaşma faktörlerinin (faktör II, VII, IX ve X) yetmezliğine ve hipoprotrombinemiye neden olmaktadır. Bu durumun sıklığı %4 ila %68 arasında değişmekle birlikte sefoperazonun günde 4 gr'dan fazla kullanıldığı takdirde kronik böbrek hastalığı (KBH) olan hastalarda risk oldukça artar. Bu olgu sunumunda, bilinen KBH öyküsü olan, pnömoni nedeniyle sefoperazon-sulbaktam tedavisi başlanmasından 5 gün sonra İNR yüksekliği gelişen olgu paylaşılmıştır.

Olgu: KBH nedeniyle hemodiyaliz tedavisi almakta olan 59 yaşında erkek hasta, servisimizde pnömoni nedeniyle yatırıldı. Genel durum ve oral alım bozukluğu, ateşlenme, sarı renkli balgam çıkarma ve öksürük şikayeti olan hastanın bakılan laboratuvar değerlerinde; CRP: 143 mg/dl, WBC: 11.2×10^9 /uL ölçüldü. Hastanın bakılan vital değerleri; tansiyon: 95/75mmHg, ateş: 38,0 C, nabız: 95 atım/dk, dakika solunum sayısı: 18-20 arası ölçüldü. Hastanın bakılan PAAG grafisinde sağ orta alt zonlarda para kardiyak düzensiz sınırlı opasite artışı mevcuttu. Hastaya böbrek dozunda 2x2 gr sefoperazon-sulbaktam tedavisi başlandı. Tedavisinin 5. Gününde bakılan İNR değeri: 4.0 olarak ölçüldü, k vitamin bağımlı bir antikoagülan kullanmayan hastada aktif bir kanama odağı olmadan hematoloji kliniğine (HK) danışılması sonrası İNR değerinin sefoperazon bağımlı olabileceği değerlendirilip, HK tarafından sefoperazon tedavisinin stoplanması sonrası bakılan İNR değerleri sırasıyla 1.73, bir sonraki gün 1.03 olarak ölçüldü, hastanın bakılan PTZ-sec değerleri üç gün ardışık olarak: 30.5sn, 20.7sn, 12.3sn olarak ölçüldü, bakılan APTT değeri: 37,6 olarak ölçüldü. Hastanın bakılan eş zamanlı Trombosit ve karaciğer fonksiyon değerleri normal sınırlarda izlendi. Literatür incelemesinde; sefalosporinlerin kullanımı sırasında az sayıda raporlanan koagülasyon bozukluğuyla alakalı çalışma mevcuttur.

Tartışma-Sonuç: Sefoperazon kullanımında ciddi koagülasyon bozukluğu ve buna bağlı kanama meydana gelebilir. Özellikle risk faktörü bulunan hastalarda, sefalosporinlerin kullanımı sırasında PT ve INR testleri ile yakın takip yapılmalı, testlerde bozulma olursa ilacı kesip K vitamini ve taze donmuş plazma verilmeli ve normal hemostaz sağlanmaya çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İNR, Sefoperazon, Koagülasyon Bozukluğu



PS-022 Kaviter Lezyonların Ayırıcı Tanısında Nadir Bir Mantar Enfeksiyonu: Scedosporium

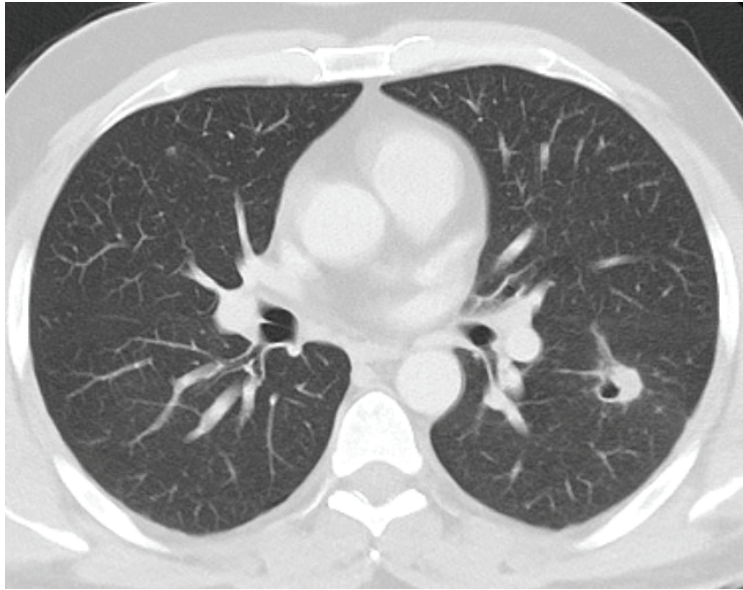
Sibel Doğru¹, Cengizhan Sezgi¹, Maşuk Taylan¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Scedosporium türleri toprak ve kirli su gibi çevresel ortamlarda bulunan fırsatçı mantarlardır. Hem immün kompetan hem de immün supresif bireylerde hastalığa neden olabilmektedir. Nadir görülmesi, kaviter lezyonların ayırıcı tanısında yer alması ve predispozan faktörleri olmayanlarda da rastlanabilmesi nedeniyle, ayırıcı tanıya dikkat çekmek amacıyla sunuldu.

Olgu: 39 yaşında erkek hasta, 20 günden beri olan hemoptizi şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Ek hastalığı yoktu. 20 paket/yıl sigara öyküsü vardı. Alkol, madde bağımlılığı veya ilaç kullanım öyküsü yoktu. Tansiyonu 130/80 mmHg, nabızı 88/dk, saturasyonu oda havasında % 96'ydi. Fizik muayenesi normaldi. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre: 6.7 10³ /µL, c-reaktif protein: 3.5 mg/L, serumda galaktomannan, kandidomannan antijeni negatif, aspergillusfumigatus<0,10 (negatif), balgamda üç kez asidorezistan bakteri yaymasınegatif görüldü. BACTEC 960™ ve Löwenstein-Jensen (LJ) besiyerinde tüberküloz kültürü negatifti. Romatolojik markerlar negatif saptandı. Toraks tomografisinde lingula inferior segmentte 17x12 mm boyutunda kavitasyon içeren nodüler lezyon mevcuttu (Resim 1). Fiberoptik bronkoskopi incelemesi normaldi. Bronş lavaj kültüründe Scedosporium türü mantar üreyen hastaya antifungal tedavi başlandı.

Resim 1



Tartışma-Sonuç: Bağışıklığı sağlam bireylerde ve predispozan faktörlerin yokluğunda, kaviter akciğer lezyonlarında, seyrek izole edilse de antifungal tedaviye dirençli ve çoğu zaman cerrahi tedavi gerektiren ağır tablolara yol açan Scedosporium enfeksiyonları ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Scedosporium, Mantar Enfeksiyonu, Pseudallescheriabydii, İmmunkompetan

PS-023 Makroskopik Candida Kolonizasyonu Olgu Sunumu

Onur Metin Atasel¹, Bengü Şaylan¹, Tayfun Çalışkan², Şeyma Başlılar¹

¹Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi

²Anadolu Sağlık Merkezi

Giriş-Amaç: Candida türlerinin havayollarında benign kolonizasyonuna sık rastlanır. İmmünsupresyon, uzun süreli antibiyotik tedavisi, altta yatan akciğer hastalığı ve kortikosteroid kullanımı kolonizasyonu kolaylaştırır. Organize pnömoniye eşlik eden ve bronş içinde yerleştiği makroskopik olarak görülen Candida albicans kolonizasyonu olgusunu bronkoskopik görünümünün ilginç olması nedeni ile sunuyoruz.

Olgu: 51 yaşında erkek hasta.3 haftadır olan öksürük, ateş ,koyu kötü kokulu balgam şikayetleri nedeniyle antibiyoterapi almış ancak şikayetlerinde azalma olmamış. Sağ yan ağrısı ve kanlı, yeşil balgam gelişmesi üzerine başvurdu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer orta lobda pnömonik konsolidasyon ve az miktarda plevral sıvı görüldü. Kliniğe yatırılan hastaya ampicilin-sulbaktam ve klaritromisin başlandı. Öz geçmişinde diyabet ve 2 paket.yıl sigara öyküsü mevcuttu. Takibinde klinik -radyolojik yanıt alınamadığından, antibiyoterapisi piperasilin-tazobaktama değiştirildi. Bronkoskopi yapıldı. Sağ orta lobda yoğun sekresyon ve siyah renkli 4-5 cm boyutunda materyal aspire edildi, bronş lavajı ve biyopsi yapıldı. PET BT çekildi: “sağ akciğerde plevral efüzyonun eşlik ettiği hipermetabolik atelektazik alan/kitlesele oluşumlar ile uyumlu bulgular öncelikle enflamatuvar süreçleri (organize pnömoni?) akla getirmektedir” şeklinde raporlandı. Kan ve bronş lavajında galaktomannan ve bronş lavajı ARB negatifti , oksijen ihtiyacı olmayan hastaya sistemik steroid başlandı, sonrasında deflazakort 15mg/g ve levofloksasin 500mg/g verilerek taburcu edildi. 15 gün sonra biyopsi sonucu; “fibropürülan materyal”, lavaj sonucu; ”malignite yönünden negatifti, skuamöz epitel hücresi , keratin lameller, nötrofil, eozinofil ve lenfositten oluşan mikst tipte iltihap hücreleri, pas + mantar hifleri” şeklinde raporlandı ve enfeksiyon hastalıkları tarafından kolonizasyon kabul edilerek flukanazol 1x200mg başlandı, kontrol bt’sinde sağ akciğerdeki konsolidasyonda yarıya yakın regresyon izlendi. 45. günde şikayetleri tama yakın düzelen hastanın deflazakort tedavisi kesildi. 3. ay kontrol bt’sinde tama yakın regresyon izlendi.

Bronkoskopi ile Çıkarılan Makroskopik Hif



Tartışma-Sonuç: Bronkoskopik örneklerin mikroskopik incelemesinde Candida türlerinin saptanmasına sık rastlanır. Ancak literatürde hastamızdaki gibi intrabronşiyal candida kolonizasyonunun makroskopik görüldüğü olguya rastlanmadı. Hastada diyabet, antibiyotik kullanımı ve organize pnömoni nedeniyle lokal immünitenin bozulmasının kolonizasyonu kolaylaştırdığı düşünüldü. Ayrıca sistemik steroid tedavisinin candida pnömonisi gelişmesi için risk faktörü olmasına rağmen, altta yatan hastalığın tedavi edilmesini sağladığından hastada candida kolonizasyonunun pnömoniye ilerlemesine neden olmaması ilginç bulundu. Bu durum sistemik steroid tedavisi gereken akciğer hastalıklarında tedavinin intrabronşiyal fungal kolonizasyon varlığında da kullanılabileceğini düşündürdü.

Anahtar Kelimeler: Candida, Pnömoni, İmmünsupresyon, Kolonizasyon



PS-025 Perikardiyal Effüzyon ve Pnömoni ile Prezente Olan Mediastinit

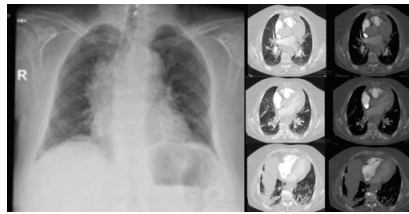
Elif İdil Büyükkayalı¹, Sümeyye Alparşan Bekir¹, Sinem Güngör¹, Eylem Tunçay²

¹SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²SBÜ Sancaktepe İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Mediastinit akut ve kronik şekilde enfeksiyon ve enfeksiyon dışı etyolojiler ile karşımıza çıkabilir. Akut mediastinitlerin çoğu özefagus perforasyonuna veya göğüs travmasına sekonder olarak gelişebilir. Kronik form veya yavaş gelişen form ise tuberküloz, histoplasmozis gibi bakteriel veya fungal enfeksiyonlara veya sarkoidoza ikincil gelişen durumdur. Direkt akciğer grafisinde mediasten genişlemiştir. Toraks tomografisi bulguları olarak mediastinal yağ doku attenuasyonunda artma, lokalize mediastinal sıvı kolleksiyonları, mediastende serbest gaz odacıkları, perikardial ve plevral efüzyonlar, akciğer parankim infiltrasyonları, pleuromediastinal fistül çeşitli oranlarda görülebilmektedir. Burada dış implantına ikincil gelişen mediastinit olgusu sunulmuştur.

Olgu: 78 yaşında kadın hasta, 10 gündür artan dispneyle dış merkez acil servisine başvurmuş, yapılan tetkikler neticesinde moksifloksasin 400 mg tb 1x1 başlanmış. Trakea çevresinde kitle ön tanısı ile taburcu edilerek göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirilmiş. Nefes darlığının artması, göğüs ağrısı olması ve hipoksemik seyretmesi üzerine (SpO₂%86, FiO₂%21) acil servisimize gelen hasta göğüs hastalıkları kliniğine interne edilmiş. Özgeçmişinde 25 yıldır astım, 10 yıldır hipertansiyon tanıları mevcut. Hiç sigara içmemiş. Fizik muayenesinde vücut ısı 37,1°C , nabız 103/dk, solunum 20/dk ve kan basıncı 130/80 mmHg'di. Solunum sesleri bilateral azalmış, diğer sistem muayeneleri normaldi. Akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk, mediasten geniş, kardiyotorasik oranda artış, sağda alt zonda parakardiyak heterojen infiltrasyon artışı saptandı. Laboratuvar incelemesinde CRP: 72 mg/L, lökosit: $9 \times 10^3/\mu\text{L}$ (%70 nötrofil), hemoglobin: 9.9 gr/dL, trombosit: $248 \times 10^3/\mu\text{L}$, üre: 63 mg/dL, kreatinin: 0.8 mg/dL, potasyum: 3.8 mmol/L, laktatdehidrogenaz: 342 IU/L, PCT: 0.185 saptandı. Hastaya Seftriakson IV 1x2 gr, ipratropium bromür + salbutamol 4x1 nebül, lansaprazol 1x1, enoksaparin sodyum 4000 IU SC 1x1 başlandı. Pulmoner BT anjiyografi raporunda emboli lehine bulgu saptanmamakla beraber kardiyak boyutlar genişleme, en geniş yerinde 1 cm kadar ölçülen perikardial efüzyon - kalınlaşma bilateral hemitoraks bazalinde hafif plevral efüzyon ile komşu akciğer parankiminde atelektazi alanları izlendi. Kardiyolojiye danışıldı, EKO'sunda duvar hareketleri normal, EF:%70 saptandı. PAP 48 mmHg hesaplandı. 1,7-1,8 cm arasında değişen perikardiyal efüzyon, hafif sağ atrial kollaps saptandı. Kardiyak tamponad tanısı ile enoksaparin sodyum 6000 IU SC 2x1, diltiazem hidroklorür 60 mg SR tb 2x1 PO, propafenon hidroklorür tb 3x1 PO ve enfeksiyona sekonder tamponad düşünülmesi üzerine metilprednisolon 60 mg iv 1x1 tedavisine eklendi. Hastanın Pulmoner BT Anjiyografisi radyoloji ile konsülte edildi. Çekilen BT'de mediasten geniş, mediastende yağlı plak veya LAP ayırımı yapılabilecek sınır gözlenmemesi, mediastinal yağlı planların kirlenmiş, özofagusta duvar kalınlaşmasının izlenmiş olması ilk planda mediastinit lehine değerlendirildi. Sağ alt lobda pnömonik konsolidasyonu olan hastaya malignite ekartasyonu açısından Fiberoptik Bronkoskopi yapıldı. Bilateral tüm lob ve segmentlerin açık olduğu izlendi. Alınan Bronş lavaj nonspesifik ve mantar kültürleri, galaktomannan ve ARB Bronş paneli negatif geldi, Hastanın mediastinit açısından anamnezi derinleştirildiğinde, 6 ay önce dış implantı yaptırdığı saptandı. Hastada plöroperikardiyal inflamatuvar tutulum olabileceği düşünüldü. Mediastinit ön tanısı ile enfeksiyon hastalıklarına danışılarak antibiyoterapisine sefepim 2x2 gr IV ve vankomisin 2x1 gr IV olarak devam edildi. Metilprednisolon tedavisine kontrol EKO'ları ile azaltılarak devam edildi. Hastadan mediastinit nedenleri açısından romatolojik markerları istendi. Göğüs Hastalıkları ve Kardiyoloji poliklinikleri önerilen hasta, oral steroid tedavisi ile taburcu edildi.



Resim 1 Olgu Akciğer Grafisi ve Pulmoner BT Anjiyografi Kesit Görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Olgumuzda mediasteni genişleten nedenler açısından ön tanılarda mediastiniti göz önünde bulundurmak gerektiğini, anamnez alırken maruziyet sorgulamanın önemini ve uygun antibiyoterapi ve steroid ile klinik düzelme gözlemlendiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Mediastinit, Perikardiyal Effüzyon, Metilprednisolon

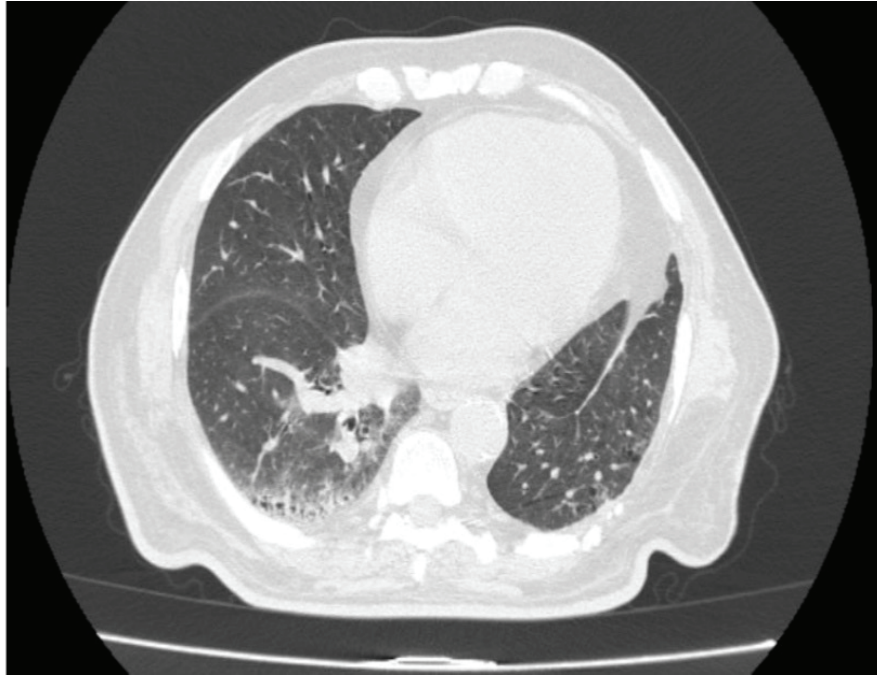
PS-026 Maligniteyi Taklit Eden Aktinomikoz Olgusu

Elif Acar¹, Ayse Bahadır¹, Aygöl Güzel¹, Mehmet Akif Özgül¹, Barış Demirkol¹, Sibel Yurt¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Giriş-Amaç: Aktinomikoz, gram + bakterilerin hasarlı mukozaya girişiyle oluşan, fistül gelişimine yol açabilen süpüratif bir akciğer hastalığıdır. Tanı sürecinde klinik ve radyolojik bulguları akciğer kanserini taklit ettiğinden ayırıcı tanıda zorluk yaşanmaktadır. Bu olguda akciğer kanserini taklit eden aktinomikoz sunulmuştur.

Olgu: Olgu: 68 yaşında erkek hasta acile 1 aydır devam eden öksürük ve 1 çay kaşığı kadar hemoptizi şikayetiyle başvurmuş. Bilinen diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve 8 sene önce sol üst lob tümörü sebebiyle operasyon öyküsü mevcut. Toraks Bilgisayarlı Tomografide (BT) sağ alt lob medial segmentte konsolidasyon mevcuttu. Hasta Sağ alt lobda nöks şüphesi ile takibe alındı. Hastaya flexible ve rijit bronkoskopi yapıldı. Sağ alt lob bazal segmentler girişinde anterior ve posterior duvarlarda mukozal ve submukozal infiltrasyonlardan biyopsi alındı. Alınan biyopsi ve sitoloji örnekleri kronik nonspesifik bronşit olarak değerlendirildi. Hastanın hemoptizi şikayetlerinin devamı ve BT'de progresyon gözlenmesi üzerine petCT çekildi. PetCTde: Sağ alt lob süperior ve posterobazal segmentler düzeyinde 3.3 suvmax tutulumu mevcuttu. Nüks şüphesi devam ettiğinden Endobronşial Ultrasonografi (EBUS) planlandı. EBUS ile alınan ince iğne aspirasyon biyopsisinde Bol polimorf nüveli lökositler, bazofilik filamentöz mikroorganizmalar ve histokimyasal boyalar ile PAS (+), Grocott (+), Gram (+), EZN (-) reaksiyon göstermiş olup bulgular Actinomyces ile uyumlu idi. Penisilin tedavisi başlatıldı ve 6 ay süre ile tedavisi devam etmektedir.



Resim 1 Sağ alt lob mediobazal segment çevresi de konsolide alan

Tartışma-Sonuç: Tartışma-Sonuç: Pulmoner aktinomikoz, akciğer kanseri ve tüberküloz gibi hastalıklara benzer semptom ve bulgularla geldiğinden tanısı zor konulan bir hastalıktır. Hastalar genellikle tanı konulamayıp cerrahiye gitmektedir. Kültürde üretmek zor olduğundan malignite düşünülen ve aktinomikozun dışlanamadığı durumlarda biyopsi yapıp anaerop koşullarda kültür alınması da akılda tutulmalıdır. Tedavide 6 ay-1yıl beta-laktam antibiyotik kullanımı gereklidir. Bizim olgumuzda da BT bulguları dolayısıyla malignite öntanısı ile patolojik örnekleme yapılmış ve rezeksiyona gerek duyulmadan penisilin tedavisiyle kür sağlanmıştır

Anahtar Kelimeler: Aktinomiçes, Malignite, Penisilin, Endobronsiyal Usg, Akciğer Kanseri

**PS-027 Metastaz Görünümü ile Uyumlu Akciğer Tüberkülozu**

Furkan Doğan¹, Mediha Gönenç Ortaköylü¹, Belma Akbaba Bağcı¹, Ayşenur İlkyaz¹, Kadriye Nazlı Kara¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Tüberküloz hastalığı, Mycobacterium tuberculosis kompleks basilleri tarafından oluşturulur. TB hastasından hava yolu ile sağlam kişiye bulaşır. En bulaştırıcı hastalar; balgam mikroskopisinde aside rezistan basil (ARB) pozitif, kaviteli akciğer ve larinks tüberkülozu olan hastalardır. Yayma negatif tüberküloz hastalarının bulaştırıcılığı daha azdır. Tüberküloz hastalığı en çok akciğerleri tutmakla birlikte tüm organ ve sistemleri tutabilen bir klinik durumdur. Semptomları, fizik muayene, radyoloji ve mikrobiyoloji bulguları olabilir. Bu olgumuzda akciğer görüntülemesi bulgularında metastazı andıran bir TBC olgusunu paylaşıyoruz.

Olgu: 55 yaş erkek hasta polikliniğe uzun süredir 1 aydır olan öksürük, eklem bölgesinde ağrı şikayeti ile başvurdu. 30 yıldır smoker olan hastanın çekilen toraks tomografisinde bilateral multipl nodüller saptandı. Ön planda metastatik akciğer olarak düşünüldü. Eklem ağrıları da göz önünde bulundurularak kollajen ve vaskülit doku markerleri istendi. Hastaya bronkoskopi yapıldı endobronşial lezyon izlenmedi. Transtorasik ince iğne aspirasyonu ile biyopsi yapılarak tanı konulamadı. Tanısal cerrahi girişim ile sol üst lobdan nodül alınan hastanın doku patolojisinde kronik granülomatöz enfeksiyöz materyal olarak değerlendirildi. PET CT ile değerlendirilen hastanın nodülleri Kronik granülomatöz enflamatuar süreç lehine değerlendirildi. FOB lavajlarında üreme olmayan hasta klinik radyolojik Tbc olarak değerlendirilip 2 ay HRZE 4 ay HR tedavisi planlanarak VSD'ye yönlendirildi.

Tartışma-Sonuç: Erişkin tip tüberkülozda radyolojik bulgular genelde, üst zonlarda infiltrasyon, kavite, fibrozis ve hacim kaybı görülebilir. Üst lob apikal, posterior ve alt lob apikal segment en sık tutulur. Atipik tutulumlar olabilir: Alt lob tutulumları, plevra efüzyonu, miliyer gölgeler, kitle lezyonları, mediastende büyümüş lenf bezleri ve pnömotoraks olabilir. Atipik tutulumlar; DM, böbrek yetmezliği, HIV pozitifliği ve diğer bağışıklığın baskılandığı durumlarda görülür. Bu vakamızda atipik tutulum görülmüş olup metastazı andıran nodüler lezyonlardan bx tanısı ile tüberküloz tanısı desteklendi.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Metastaz, Nodül



PS-028 Tipik Radyolojik Bulgularıyla Unutulmaması Gereken Nadir Bir Septik Pulmoner Emboli Olgusu

Ümran Toru Erbay¹, İlknur Kaya¹, Hande İpek Oduncuoğlu¹, İsmail Zehir², Şebnem Emine Parspur¹

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

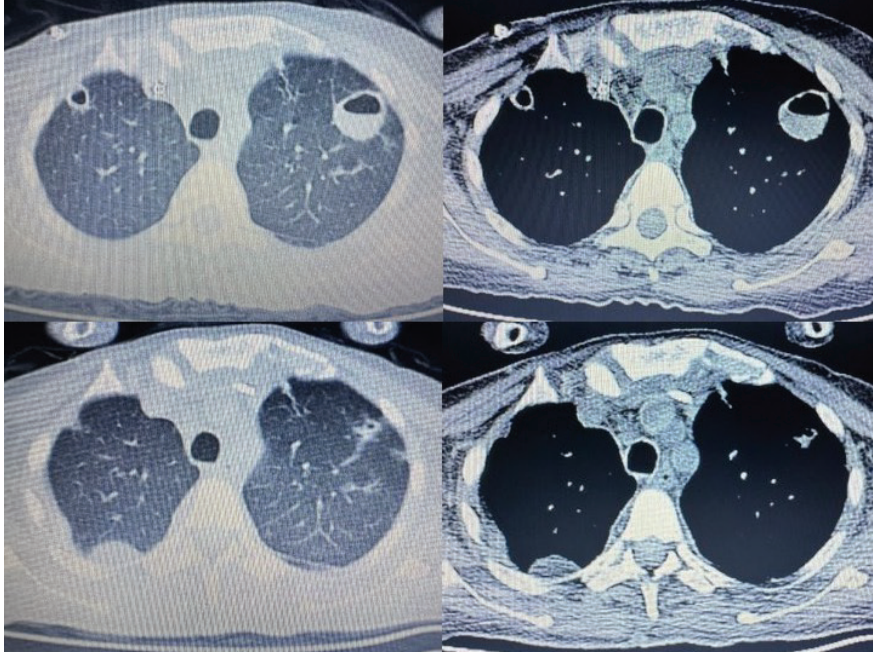
²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Septik pulmoner emboli (SPE), çoğunlukla ekstrapulmoner bir enfeksiyon odağından kaynaklanır. Pulmoner arterlere yerleşen enfektif trombüs, bilateral akciğer parankiminde multipl ve bilateral nodüler, kaviter veya kama şeklinde infiltrasyonlara yol açabilir. Enfektif endokardit, intravasküler kateter cihazları ve intravenöz ilaç kötüye kullanımı SPE'nin en yaygın nedenleridir. SPE genellikle ateş, öksürük ve hemoptizi ile kendini gösterir. Akciğere ait klinik bulgular genellikle non spesifik ve sinsî bir seyir izlediği için erken tanısı sıklıkla zordur. Bu anlamda öyküsünde SPE için risk faktörü olan olgularda tipik radyolojik bulguların varlığında ön tanıda SPE yer almalıdır. Biz de burada spesifik klinik ve radyolojik bulguları ile SPE tanısı alan olgumuzu nadir görülmesi nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

Olgu: Elli dört yaşında kadın hasta nefes alıp vermekle artan göğüs ağrısı, ateş, öksürük ve balgam şikayetleri ile başvurduğu dış merkezde çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografisi (TBT) ile ileri tetkik ve tedavi amaçlı kliniğimize sevk edildi. Hastanın TBT'sinde bilateral multipl büyüğü solda 3 cm ebatında olan kaviter lezyonlar ve sağ juguler venden vena kava superiora uzanan santral kateter görülmüştür (Resim 1). Öz geçmişinde hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanıları olan hastanın son dönem KBY nedeniyle 2 yıldır haftada 3 gün diyalize girdiği öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde genel durum orta, bilinci açık, koopere-oryante ve vitalleri stabildi. Solunum sistemi muayenesinde akciğer sesleri bilateral azalmış saptandı. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Hastanın diyaliz katateri çevresinde akıntı, kızarıklık ve ısı artışı gözlenmedi. Hastanın servis takibinde renal dozda piperasilin tazobaktam ve 72 saatte bir teikoplanin 400 mg flakon (IV) tedavisi başlandı. Hastanın kan kültürlerinde metisilin duyarlı Staphylococcus aureus, kontrol kan kültüründe ise metisilin dirençli Staphylococcus epidermidis üredi. Kültür ve antibiyogram sonuçlarıyla Enfeksiyon hastalıkları tarafından konsulte edilerek antibiyoterapisi renal dozda meropenem 500 mg flakon (IV) 2X1 ve 72 saatte bir vankomisin 1 gr (IV) şeklinde revize edildi. Yapılan transtorasik ekokardiografisinde (TTE) triküspit kapak üzerinde ipliksi yapıda yaklaşık 1,9 cm uzunluğunda vejetasyonla uyumlu görünüm izlendi. Klinik ve tipik radyolojik görünüm TTE bulguları ile birleştirilen hastada SPE düşünüldü ve hastanın varolan kalıcı diyaliz kataterinin enfeksiyon kaynağı olduğu düşünülerek kateteri çekildi ve eş zamanlı kültüre gönderildi. Katater kültüründe Candida albicans saptanan hastaya antifungal tedavi de başlandı. Kataterin çekilmesi sonrası takiplerinde kliniği düzelen ve kontrol Toraks BT'de regresyon (Resim 2) izlenen hastanın medikal tedavisine devam edilmekte iken ani genel durum bozukluğu, vital instabilitesi gelişen ve CRP progresyonu saptanan hasta Hastane Kökenli Pnömoni+Tip 1 Solunum Yetmezliği tanılarıyla YBÜ'ne devredildi. YBÜ'de elektif entübe edilen hastanın takipte septik şok nedeniyle kaybedildiği öğrenildi.



Resim 1, Resim 2



Hastanın aralıklı çekilen Toraks BT kesitlerinde bilateral multiple kaviteleşen nodüller ve takipte saptanan radyolojik regresyon

Tartışma-Sonuç: SPE enfeksiyon odağına sekonder pulmoner infiltratlar, ateş, göğüs ağrısı ve öksürük gibi nonspesifik semptomlarla karakterize bir hastalıktır. SPE'nin tanı ve ayırıcı tanısında radyoloji oldukça önemlidir. TBT bulgularında akciğerde multipl periferik ve kaviteleşmiş nodüller, fokal ya da kama şeklinde infiltrasyonlar ve plevral efüzyon görülebilmektedir. SPE etyolojisinde en sık saptanan etken *Staphylococcus aureus* türüdür. Erken tanı konularak uygun antimikrobiyal tedavi başlanmazsa morbidite ve mortalitesi yüksek olabilmektedir. Uzun dönemli kateterizasyonlarda SPE riski açısından periyodik aralıklarla ön-arka ve yan akciğer filmleri çekilerek kateter bütünlüğü ve yapısı takip edilmelidir. Sonuç olarak; risk faktörlerini taşıyan hastalarda SPE her zaman akılda tutulması ve erken tanı konularak tedavi edilmesi gereken nadir görülen bir klinik tablodur.

Anahtar Kelimeler: Septik Pulmoner Emboli, Santral Katater, Kavite, Nodül, *Staphylococcus Aureus*



PS-029 Antrakozis Zemininde Gelişen Akciğer Kanserini Taklit Eden Endobronşiyal Tüberküloz Olgusu

Sümeyra Kaplan¹, Ceyda Anar¹

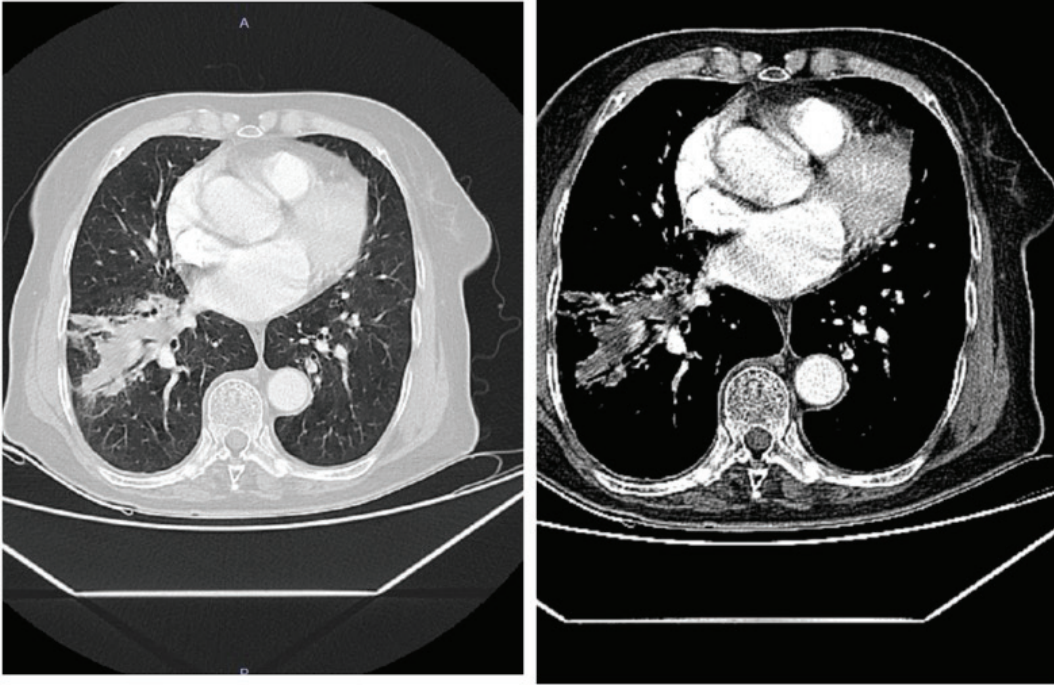
¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Bronşiyalantrakoz terimi, bronşiyal mukozada siyah pigmentasyonun görülmesi olarak tanımlanmaktadır (1). Bronşiyal antrakofibrosis (BAF) ise, antrakotik pigmentasyonbronşiyal daralma veya obliterasyonun eşlik etmesi olarak tanımlanmaktadır (2). Bronşiyalantrakozis (BA) ve/veya antrakofibrosis tanısı bronkoskopik olarak konabilmektedir. Bronşiyalantrakozis hastalarında en önemli risk faktörü biyokütle maruziyeti olmakla birlikte geçirilmiş tüberküloz öyküsü de önemlidir. Fakat antrakozisin mi tüberküloza yoksa tüberkülozun mubronşiyal antarkozisie zemin hazırladığı kesin aydınlatılamamıştır. Endobronşiyal tüberküloz (EBTB) klinik ve radyolojik olarak astım, yabancı cisim aspirasyonu, pnömoni ve özellikle ileri yaşlarda bronş kanseri ile karışabilmektedir. EBTB'nin bir başka özelliği de normal balgam incelemelerinde bakteriyolojik tanı olanaklarının nispeten sınırlı olmasıdır. Aktif akciğer tüberkülozlu hastaların % 10- 40'ında görülmektedir. Burada antrakozis zemininde gelişen, klinik ve radyolojik olarak akciğer kanserini taklit eden ve tanının bronkoskopik materyaller aracılığıyla konulduğu ve anti-tüberküloz tedavi ile başarı ile yanıt alınan endobronşiyal tüberküloz olgusu sunulmaktadır.

Olgu: Yetmiş yedi yaşında, bilinen bazal hücreli karsinom ve hipertansiyon tanılı hasta öksürük, iştahsızlık, halsizlik, kilo kaybı şikayetleri ile gittiği dış merkezde pnömoni tanısı ile 10 günlük ampirik antibiyotik tedavisi ile kliniğinde herhangi bir düzelme olmaması üzerine çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde(BT)sağ akciğer alt lobta konsolidasyon ve yumuşak doku lezyonu saptanması üzerine hastanemize ileri tetkik amacı ile sevk edildi. Solunum sistemi muayenesinde sağ akciğer altta solunum sesleri azalmıştı. Laboratuvar incelemesinde; Beyaz Küre 11bin/μL,Hb:13g/dL, Hct:33, PLT: 250/μL, ESR: 33mm/saat, CRP :30olarak bulundu.Akciğer grafisinde, sağ akciğer alt zonda homojene yakın dansite artışı izlendi (Resim 1). Toraks BT'sinde sağ akciğer alt lob anterobazalde hava bronkogramları içeren konsolide alan izlenmekteydi(Resim 2a, 2b).Hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronkoskobide sağ akciğer alt lob anterior ve lateral segmentte üzeri beyaz renkli ve yer yer siyah antrakozik değişiklikler lemukozanın infiltre olduğu görüldü (Resim 3a,3b). Bu bronkoskobik bulgularla hastada antrakozis zemininde gelişebilecek akciğer karsinomuolabileceği düşünülerek hastaya PET-BT istendi. PET-BT'de sağ akciğer alt lob anterolateral bazalde tanımlanan hava bronkogramları içeren konsolidasyon alanında yoğun FDG akümüasyonu mevcut ve mediastende hipermetabolik multipl lenf nodları izlendi. (Resim4a,4b). Hastanın patoloji sonucu bronş mukozasında, yoğun lenfoplazmositik inflamasyoni içinde granülom yapıları (santralinde kazeifikasyonla uyumlu olabilecek nekroz), parçaların bir kısmı hyalinize, fibrotik, antrakotik ve kısmen nekrobiotik asellüler bağ dokudan oluşmakta olarak raporlandı. BAL materyalinde gönderilen mikobakteri tüberküloz PCR düşük düzeyde pozitif saptandı. Histopatolojik olarak kazeifiye granümatöz inflamasyon olması ve mikrobiyolojik olarak tüberküloz PCR pozitif saptanması üzerine hastaya antrakozis zemininde gelişen akciğer tüberkülozu tanısı konularak dörtlü (INH, RIF, EMB, PRZ) tedavi başlandı. Hastanın tedavi başladıktan yaklaşık 2 hafta sonra BAL materyelinin tüberküloz kültüründe mycobakterium tuberculosis complex üretti.2.ay kontrolünde balgam ARB yayması negatif, kültüründe de üreme olmaması üzerine hastanın anti-tüberküloz tedavisi ikili (INH, RIF) olarak devam edildi. Hastanın 4. Ay kontrolünde çekilen Postero-anterior (PA) akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda izlenen infiltrasyon alanının belirgin regrese olduğu izlendi (Resim 5). Hastanın anti-tüberküloz tedavisinin 6 aya tamamlanması planlandı.



Toraks BT'de anterobazal sağ akciğer alt lobda hava bronkogramlarını içeren konsolide bir alan



Tartışma-Sonuç: Antrakozlu hastaların yaklaşık %58;inde EBTB saptanmıştır. Bu bulgular, bronşiyal antrakozun aktif veya önceki tüberküloz enfeksiyonundan kaynaklandığını kuvvetle düşündürmektedir. Endobronşiyal tüberküloz tanısı sıklıkla geciktiği için bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. TB ve antrakoz ilişkisine ilişkin tüm çalışmaları gözden geçiren bir meta-analizde, rutin bronkoskopi uygulanan antrakoz ve BAF hastalarında kümülatif TB insidansının sırasıyla %16,6 ve 32,3% olduğu gösterilmiştir. Sonuç olarak, bronşiyal antrakozis saptanan hastalar başta pnömoni olmak üzere tüberküloz ve maligniteyi içeren pulmoner hastalıklar açısından değerlendirilmeli ve takip edilmelidir. Bu olgulara özellikle bronkoskopik muayene ve bronkoskopik materyalde tüberküloz tanısına yönelik incelemelerin yapılması hem doğru tanının konulması hem de tedavinin erken başlanarak bronkostenoz gelişiminin önlenmesi yönünden büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Antrakozis, Tüberküloz, Bronkoskopi

PS-030 Malign Mezotelyomayı Taklit Eden Tüberküloz Olgusu

Gülnihal Sebiha Darçın¹, Gülşah Atasoy¹, Efsun Durukan¹, Aslı Gül Temel¹

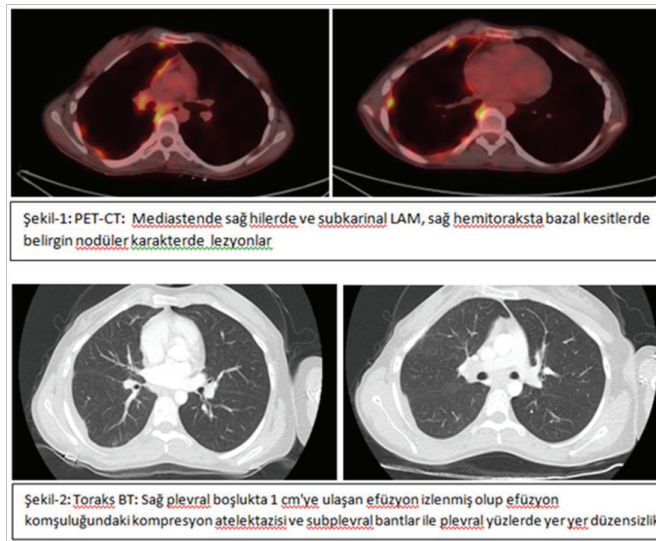
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Plevranın inflamasyonu ile oluşan plevral kalınlaşma visseral plevra yüzeyindeki fibrozis nedeniyle meydana gelir. Plevral kalınlaşma lokalize veya yaygın olabilir. Enfeksiyöz ya da malign süreçlerle plörezi, hematoraks, ampiyem sonucu yaygın plevral kalınlaşma meydana gelebilir. Ayırıcı tanı için bakteriyel enfeksiyonlara bağlı ampiyem, tüberküloz plörezi, asbest teması, üremi, pankreatit, kollajen doku hastalıklarına kadar geniş bir yelpazeyi değerlendirmek gereklidir. Pariyetal plevradaki kalınlaşma sonucunda birkaç milimetre veya daha fazla kalınlıkta akciğeri kostalardan ve göğüs duvarından ayıran fokal veya yaygın yumuşak doku dansite artışı görülmektedir. Visseral plevra ve pariyetal plevra kalınlaşması sıklıkla, plevral sıvı ile birlikte bulunmaktadır ve en sık nedeni ampiyemdir. Polikliniğimize plevral malignite, mezotelyoma ön tanısı ile yönlendirilerek tüberküloz plörezi tanısı alan hastamız sunulmuştur.

Olgu: Yirmi altı yaşında göğüs ağrısı ile başvuran kadın hastanın ek hastalığı yoktu, gebelik ve laktasyon döneminde değildi ve travma öyküsü yoktu. Poliklinik başvurusunda vitalleri stabil saptanan hastanın akciğer grafisinde sağ kostofrenik sinus kapalı, sağ hiler dolgunluk izlenmesi üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografi (BT) (Şekil-2) görüntüsünde sağ hiler düzeyde yaklaşık 2 cm çapında yumuşak doku dansitesinde kontrast madde tutmayan şüpheli hipodens lezyon, sağ akciğer alt lob süperior segmentte posterior subplevral bölgede yaklaşık 6x6 mm boyutunda nodül izlenmekte ve sağ plevral boşlukta en geniş yerinde 1 cm'ye ulaşan efüzyon izlenmiş olup plevral yüzlerde yer yer düzensizlik ve sağ major fissürde belirginleşme dikkati çekmekteydi. Hastadan ileri tetkik olarak istenen pozitron emisyon tomografi-bilgisayarlı tomografi (PET-CT) (Şekil-1) görüntülemesinde mediastende sağ hilerde ve subkarinal alanda en geniş yerinde 17x13 mm'ye ulaşan LAM' larda (lenfadenomegali) orta düzeyde FDG (florodeoksiglukoz) tutulumu (SUVmax:5.86) ve sağ hemitoraksta bazal kesitlerde belirgin nodüler görünümde hemen hemen bütün plevral alanlarda 9 mm'ye ulaşan nodüler karakterde orta-yoğun FDG tutulumu saptanan diyafragmatik plevral yüzü de kapsayan lezyonlar malign prosesler lehine değerlendirilmişti (SUVmax:6.81). Planlanan CP-EBUS (konveks prob endobronşial ultrasonografi) ile subkarinal ve sağ hiler lam örneklemesinde tanısal sonuç alınamayan hastaya VATS (video assisted thoracoscopic surgery) plevra biyopsisi planlandı. Patoloji sonucu nekrotizan granümatöz plörit olarak raporlanan hastaya tüberküloz plörezi tanısı ile anti tüberküloz tedavi başlandı.

Tartışma-Sonuç: Plevradaki nonneoplastik patolojiler plevrada diffüz kalınlaşmaya neden olabileceği gibi lokal olarak plevrada kalınlaşmaya neden olarak kitle oluşturup maligniteyi taklit edebilir.

Toraks BT ve Pet CT



Anahtar Kelimeler: Granümatöz Plörit, Malign Plevral Mezotelyoma, Tüberküloz Plörezi



PS-031 Nadir Görülen Bir Pulmoner Aspergillozis Olgusu: Kronik Nekrotizan Aspergillozis

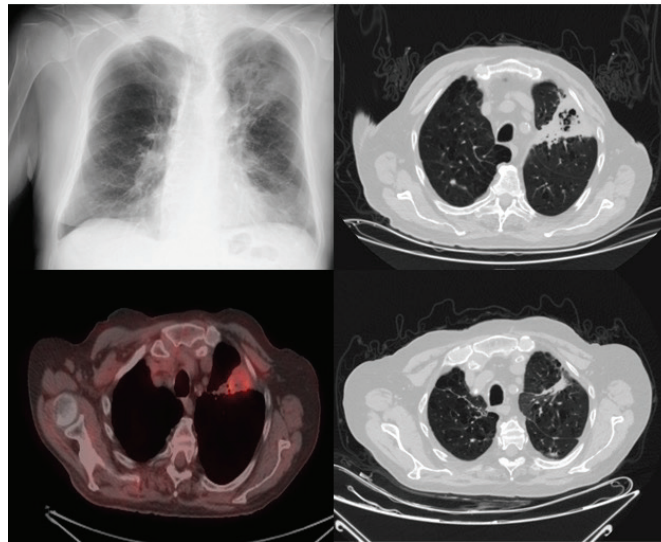
Duygu Uzunoğlu¹, Zeynep Güney¹, Bahar Aydoğar¹, Umut İlhan¹, Elif Tanrıverdi¹, Ramazan Eren¹, Halit Çınarka¹, Mustafa Çörtük¹, Erdoğan Çetinkaya¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner aspergilloz, sıklıkla *Aspergillus Fumigatus*'un oluşturduğu fungal enfeksiyondur. Hastaların çoğu asemptomatik olmakla beraber semptomatik olgularda en sık öksürük ve hemoptizi görülür. Radyolojik olarak daha çok üst lobta, hilal şeklinde lezyon ile prezente olur. *Aspergillus* ile ilişkili pulmoner hastalıklar konakçının immunolojik durumuna ve altta yatan hastalıklara göre dört şekilde sınıflandırılabilir: ABPA, Aspergilloma, Kronik nekrotizan aspergillozis (eski adıyla semiinvaziv form), invaziv aspergillozis. Kronik nekrotizan aspergillozis nadir görülen bir formdur ve bazı pulmoner hastalıkları taklit edebilir. Kliniğimizde TTİA sonucu ile tanı konulan ve tedavi verilen kronik nekrotizan aspergillozis olgusu sunulmuştur.

Olgu: 9 yaş erkek hasta 2 haftadır olan nefes darlığı, öksürük balgam şikayetleriyle acilimize başvurdu. Hastanın 30 paket/yıl sigara öyküsü mevcut olup 10 senedir içmiyor. HT, KOAH, Prostat CA tanıları olan hastanın 4 ay önce COVID-19 geçirme öyküsü vardı. Hastanın soygemişinde özellik yoktu.(Resim-1) Toraks BT'de .her iki akciğerde üst loblarda daha belirgin sentriasiner paraseptal amfizem alanları izlenmekteydi. Sol akciğer üst lob anterior posterior segmentte suprahiler alandan plevraya uzanım gösteren içerisinde kaviter görünümün eşlik ettiği geniş konsolidasyon alanı mevcuttu.(Resim-2) Bu alanda mediastene komşu subplevral konsolide görünüm izlenmekteydi.Çekilen PET-BT'de sol akciğer üst lobda etrafında apikal anterior kesimde 38x33mm boyutlu orta düzeyde hipermetabolik düzensiz sınırlı subplevral kitlesel lezyon izlenmişti. Malignite yönünden kuşkulu olarak değerlendirildi (Resim-3). Malignite ön tanısı ile yapılan sol akciğer üst lobtan yapılan TTİA sonucu *Aspergillus* hifleri, seyrek multinükleer histiyosit, nötrofil lökositler, bağ dokusu parçacıkları raporlandı.Vorikanozol 200 2*1 başlanan hastanın karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme nedeniyle tedavisi posakanozol ile değiştirildi.2 ay vorikanozol ve 7 ay posakanozol kullanan ve klinik iyileşme sağlanan hastanın 1 yıl sonra çekilen kontrol BT'sinde sekel nodüller dışında yeni gelişen patoloji saptanmadı(Resim-4).

Resim 1



Tartışma-Sonuç: Kronik nekrotizan aspergillozis özellikle üst loblarda bronşektazi ile prezente olan pulmoner konsolidasyonlar ile karakterizedir. Bu konsolide alanların kavitasyona dönüşmesi uzun aylar sürebilir.Özellikle altta yatan akciğer hastalığı olan hastalarda konsolidasyon ayırıcı tanısında kronik nekrotizan aspergillozis yer almalıdır. Tedavisi antifungal tedavidir

Anahtar Kelimeler: Aspergillozis, Kronik Nekrotizan Aspergillozis, Fungal Enfeksiyon

PS-032 Hava Yolunda Yerleştirilen Valfe Bağlı Tekrarlayan Pnömoni Olgu SunumuFidel Demir¹, Çağrı Cenk Öztürksoy¹, Ceyda Anar¹, Muzaffer Onur Turan¹, Bünyamin Seroğullarından¹¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Endobronşiyal yabancı cisim, açıklanamayan tekrarlayan pnömoni hastalarla karşılaşıldığında iyi bilinen ancak nadir görülen bir ayırıcı tanıdır. Çoğunlukla semptomlar hafiftir ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), pnömoni ve akciğer kanseri gibi daha yaygın görülen diğer durumlarla karıştırılabilir. Endobronşiyal yabancı cisimlerin tanısında yüksek derecede klinik şüphe önemlidir. Kapsamlı bir anamnez ve fizik muayene genellikle teşhis ipucunu sağlayan şeydir. Hekimin alacağı ders, zaman verildiğinde hastaların çoğunlukla unuttukları, önemsiz gördükleri ayrıntıları açığa çıkardıklarıdır. Bu ayrıntılar genellikle tanısız incelemenin planlanmasında gerekli olan klinik şüpheye yol açar. Burada 61 yaşında KOAH tanısı olan erkek hasta yaklaşık 4-6 aydır devam eden öksürük , ara ara ateş yakınmaları ile uzun süre antibiyotik kullanımına rağmen yakınmalarının devam etmesi üzerine başvurdu. Anamnezinde alınmayan ve hasta tarafından söylenmeyen daha sonra bronkoskopi sırasında görülen yaklaşık 5 yıl önce sağ akciğere yerleştirilen valfin olduğu görüldü . Yerleştirilen valfin olduğu alanda mukozanın infiltrate olduğu izlendi ve alınan biyopsinin patoloji sonucu granüloamatöz inflamasyon olarak geldi. Burada çoğu durumda doğru teşhis ve tedavi için ipucu olan kapsamlı bir tıbbi öykü almanın önemini ve ayrıca endobronşiyal yerleştirilen valflerde olabilecek tekrarlayan pnömonileri tartışıyoruz.

Olgu: 61 yaş erkek hasta acil servise yaklaşık 2 aydır devam eden öksürük sarı renkli balgam yakınması ile başvuruyor. Aynı zamanda göğüs ağrısı ve dispne tarifleyen hastanın 2 hafta önce minimal bir defa olan hemoptizisi ve ara ara ateşi olmuş. Özgeçmişinde bilinen KOAH tanısı olan hastanın ağustos 2022 tarihinden beri tekrarlayan pnömoni tanısı ile sık hastane başvuruları olup birkaç kez antibiyotik kullanımı öyküsü mevcuttu. Hastanın çekilen toraks BT'sinde sağ akciğer alt lobta dilate kalın duvarlı içleri mukus ile dolu tübüler bronşiektazi lehine bulgular izlenmiş olup bu bulgular 4 Nisan 2023 tarihli BT'ye göre artış göstermiştir. Sağ alt lob bazalinde parankim içerisinde apseyi düşündüren , içerisinde hava kabarcıkları olan 4-5 cm çapında bir lezyon vardı. Az miktarda plevral sıvı eşlik etmekte olup tübüler lezyonların altında sağ akciğer alt lobta kaviter bir lezyon ortaya çıkmıştı (Resim 1).Hastanın 3 yıl önceki görüntülemelerinde de sağ akciğer alt lobtaki mukus tıkaçlarına bağlı görüntüsünün olduğu izlendi (Resim 2). Sağ akciğer alt lobta uzun zamandır olan mukus tıkaçları izlenen ve bu zeminde tekrarlayan pnömonilerin olması üzerine hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopisinde sol akciğer tüm segmentleri açık olarak izlendi. Her iki akciğer bütün solunum yollarında özellikle sağ akciğerde olmak üzere yoğun ve koyu kıvamlı sekresyonlar izlendi.Sağ akciğer alt lob bazal segmentinin anteriorunda yabancı cisim görüldü . Biyopsi pensi ile çıkarıldı. Çıkarıldığında nesnenin valf olduğu görüldü (Resim 3). Hastadan detaylı anamnez alındığında 5 yıl önce sağ akciğerine valf yerleştirildiği öğrenildi. Yabancı cisim çevresinde alt lob anterior lateral segmentlerde mukozanın kabarılaştığı ve infiltrate olduğu görüldü. Yabancı cisme sekonder granülasyon dokusu olabileceği düşünüldü ve biyopsi alındı. Hastaya antibiyotik tedavisi başlandı. Patoloji sonucu şiddetli aktif süpüratif ve eksudatif inflamasyon, likefaktif nekroz olarak raporlandı. Antibiyotik tedavi sonrası kaviter lezyonda regresyon izlendi (Resim 4).

Bronkoskopi ile çıkarılan valf



Tartışma-Sonuç: Tekrarlayan pnömoni ve uzun süreli öksürük vakalarında endobronşiyal yabancı cisim olası ayırıcı tanı olarak düşünülmelidir. Endobronşiyal yabancı cisimden şüphelenildiğinde ayrıntılı bir anamnez çok önemlidir. Göğüs röntgeni ve BT taraması genellikle endobronşiyal yabancı cisimlerin teşhisi için uygun değildir. Yabancı cisim aspirasyonu şüphesinde tanısız fleksibl bronkoskopi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anamnez, Valf, Bronkoskopi, Pnömoni



PS-034 Ampiyem Etiyolojisinde Özofagoplevral Fistül

Ayşe Nur Işık¹, Burcu Baran¹, Nur Aleyna Yetkin¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Özofagoplevral fistül (EPF), özofagus enstrümantasyonuna, cerrahiye, maligniteye veya pnömonektomi sonrası daha nadir görülen bir komplikasyondur. Klinik belirti ve semptomların spesifik olmaması nedeniyle EPF tanısı zordur. Hasta retrosternal göğüs ağrısı, ateş, disfazi ve dispne ile başvurduğunda, özellikle de hasta daha önce özofagus enstrümantasyonu veya cerrahi öyküsü verdiğinde özofagus yaralanması düşünülmelidir. Bizim olgumuzda da akalazya nedeniyle 2defa torakotomi yapılmış bir hastanın cerrahiden 11 yıl sonra tekrarlayan ampiyem nedeniyle araştırılması sonucu özofagoplevral fistül tanısı almasını anlatacağız.

Olgu: Pazarcılık yapan 59 yaş erkek hasta 2007 yılında akalazya nedeniyle 2 defa torakotomi yapılmış. Hasta 2019 yılında 1 yıldır olan sağ göğüs ağrısı, kötü kokulu sarı balgam ve ara ara olan hemoptizi şikayeti ile göğüs cerrahisi polikliniğine başvurmuş. Çekilen BT de sağ hemitoraksta ampiyem ? olması üzerine hastaya 27/11/2019 da sağ torakotomi ve parsiyel dekortikasyon 6.kot rezeksiyonu yapılmış.cerrahi sonrasında da tekrarlayan ampiyem nedeniyle sık hastane yatışı ve antibiyoterapi öyküsü olan hasta 2022 de çekilen toraks BT de sağ akciğer alt lob total atelektazik olması üzerine ebl açısından bronkoskopi yapılmış. Pet BT çekilmiş. Enfeksiyöz proses ve ampiyem ? ile uyumlu gelmiş. Hasta kontrol bt ler ile takibe alınmış. Hasta Eylül 2023 de öksürük, balgam ve bir çay bardağı kadar hemoptizi şikayeti ile göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Hastaya tekrar bronkoskopi yapıldı. Ebl izlenmedi. Hasta toraks konseyinde değerlendirildi. Oral ve kontrastlı BT ile genel cerrahiye danışılmasına karar verildi. Çekilen BT özofagoplevral fistüle sekonder fistül? olarak raporlandı. Fistülün tam yerinin belirlenmesi için özofagografi çekildi. 18/10/2023 de yapılan özofagografide distal özofagus 1/3 orta kesiminde belirgin şekilde kontrast madde ekstravazasyonu izlendi. Hastaya 04/12/2023de oral ve iv kontrast ile BT çekildi. Oral yoldan verilen kontrast madde sağ akciğer alt lob düzeyinde plevral aralığa kısmen geçiş göstermektedir (özofagoplevral fistül). Fistül düzeyinde 2019 yılından beri devam eden kronik ampiyem görünümü izlenmektedir. Hasta şu günlerde cerrahisini beklemekte.

Hastanın oral kontrast madde ile çekilen BT de özofagoplevral fistülden kontrast madde ekstravazasyonunun görüntüsü



Tartışma-Sonuç: Komplike parapnömonik efüzyon ve ampiyemin tedavisi halen tartışmalıdır. Vakaların çoğu başlangıçta tekrarlı torakosentez, kapalı torakostomi veya fibrinolitik ile birlikte veya tek başına antibiyotik kullanılarak tedavi edilir. Tekrarlayan ampiyem ile araştırılan hastalarda daha önce özofagus enstrümantasyonu veya cerrahi öyküsü verdiğinde özofagus yaralanması düşünülmelidir. Özofagus rüptürü/EPF tanısı klinik olarak konur; ancak onay için görüntüleme gereklidir. Görüntüleme yöntemleri göğüs röntgeni, ultrason, baryumlu yutma, kontrastlı BT ve MRI'yi içerir ve her yöntemin kendine göre avantajları vardır ve göğüs BT'si çok yararlı bir yöntemdir. Kontrast madde ağız yoluyla verildiğinde plevral boşlukta görülmesi varlığın patognomonik belirtisidir. Özofagografik çalışmalar EPF'nin varlığını doğrulayabilir ve yerini gösterebilir, ancak bu BT çağında nadiren endikedir.Göğüs BT, EPF'nin erken tanısı ve tedavisi için çok yararlı bir yöntemdir. Konservatif tedavi ampiyemin drenajını, lokal irrigasyonu, tüple beslenmeyi, gastrotomi veya jejunostomiye içerir. Bunu yemek borusunun onarımı veya doğrudan rekonstrüksiyonunu içeren kesin cerrahi takip eder. EPF'nin erken tanı ve tedavisi, kötü prognoz taşıması nedeniyle önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Özofagoplevral Fistül, Ampiyem

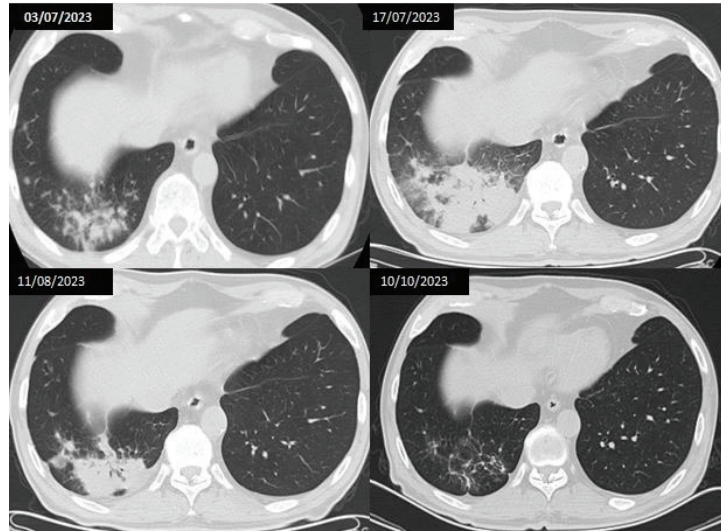
PS-035 Ateşin Böylesi, Acaba Ek Patoloji Mi Var?

Furkan Tan¹, Şebnem Emine Parspur¹, Ümran Erbay Toru¹, Feride Marım¹, İlknur Kaya¹, Mehmet Doğan¹

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pnömoni, akciğerlerin akut enfeksiyonudur. Pnömoni varlığında, akciğerlerdeki alveollerde sıvı nedeniyle solunum ağırlı hale gelir, oksijen alımı sınırlanır. Pnömoninin birçok olası nedeni vardır. Yaygın olanları bakteri, virüslerdir. En yaygın patojenler Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Respiratuar sinsityal virüsüdür.

Olgu: 62 yaş erkek hasta, 15 gündür geçmeyen ateşle dış merkeze başvurmuştu. Özgeçmişte kalp yetmezliği, Kah mevcuttu. FMde akciğer sesleri olağandı. Çekilen toraks tomografisinde sağ akciğer alt lobda hava bronkogramlı konsolidasyon alanı görülünce dış merkezde pnömoniyle yatırılıp tedavisi başlanmıştı. Piperasilin tazobaktam 3x4.5 gr+moksifloksasin 1x400mg iv tedaviyle 3 günlük takibinde klinik iyileşme görülmemesi, 41 derece ateş devamı üzerine tarafımıza yönlendirildi. Yatışında enfeksiyon hastalıklarına konsültasyonu ile teikoplanin iv 2x400 yükleme peşine günlük 1x400 mg, piperasilin tazobaktam+ moksifloksasin iv başlanan hasta klinik, laboratuvar yanıtı alınamayınca 5 gün sonra enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu ile piperasilin tazobaktam tedavisi sonlandırılıp meropenem 3x1 grama geçildi. Kan kültürü ve gönderilen Brucella hemaglutinasyon, tüp aglutinasyon, serum galaktomannan, plasmodium testleri negatifti. Balgamda Mikobakteri pcr, arb negatifti. Balgam kültüründe maya mantarı üreyince moksifloksasin d:12, meropenem d:3, teikoplanin d:8 iken teikoplanin, moksifloksasin stoplanarak flukonazol iv 1x200mg başlandı. Enfektif endokardit? ile ekokardiyografisi yapıldı. Vejetasyon saptanmadı. Yatış d:14de çekilen toraks btde konsolidasyonda dansite artımı sebebiyle malignite ekartasyonu amaçlı bronkoskopi yapıldı. Endobronşial lezyon görülmeyen hastadan BALdan gönderilen mantar kültürü, mikobakteri pcr, balgam arb, mikobakteri kültürü testlerinde pozitiflik görülmeydi. Benign sitoloji sonuçlandı. Geceleri 39 derece ateş, titreme atakları süren hastanın enfeksiyon hastalıkları konsültasyonunda tedavisine linezolid 2x600mg eklendi. Hematolojik hastalıklar ekartasyonu açısından periferik yayma gönderilip hematoloji konsültasyonunda hematolojik patoloji düşünülmeydi. Hastanın takiplerinde yatış:d28de flukonazol 2x1 d:19, meropenem 3x1 d:21, linezolid 2x1 16.gündeyken 1 haftadır kliniği düzelen ateşi gerileyen hasta 10 gün sonra poliklinik kontrolünde görülmek üzere taburcu edildi. Peşine 2 ay sonraki poliklinik kontrolünde toraks btde pnömonik alanda belirgin regresyon izlendi.



Resim 1 Bt'de aynı kesitlerde konsolide alanların görünümü

Tartışma-Sonuç: Pnömonilerde ateş beklenen bulgu olmakla birlikte bazen geniş spektrumlu güçlü antibiyoterepilere rağmen dirençli ateş olması bizleri ek patolojileri dışlamaya yöneltir. Bizim vakamızda da böyle bir durum gelişince, uzun süreli dirençli ateş atakları olunca altta yatan farklı bir patoloji olması ihtimaliyle akla gelen çoğu hastalık ekartasyonu amacıyla birçok test yapıldı. Ek patoloji saptanmayan hasta dirençli ateşle seyreden pnömoni olgusu olarak sonuçlandı.

Anahtar Kelimeler: Pnömoni, Dirençli Ateş, Konsolidasyon, Enfeksiyon



PS-036 İksekizumab Kullanan Hastada Akciğer Malignitesi ile Karışan Tüberküloz Olgusu

Hüseyin Umut Baştürk¹, Betül Okçular Arslan¹, Özge Akbulak¹, Şeyma Başlılar¹, Gökçe Külah², İlker Kolbaş³

¹Sultan 2.Abdülhamid Han EAH

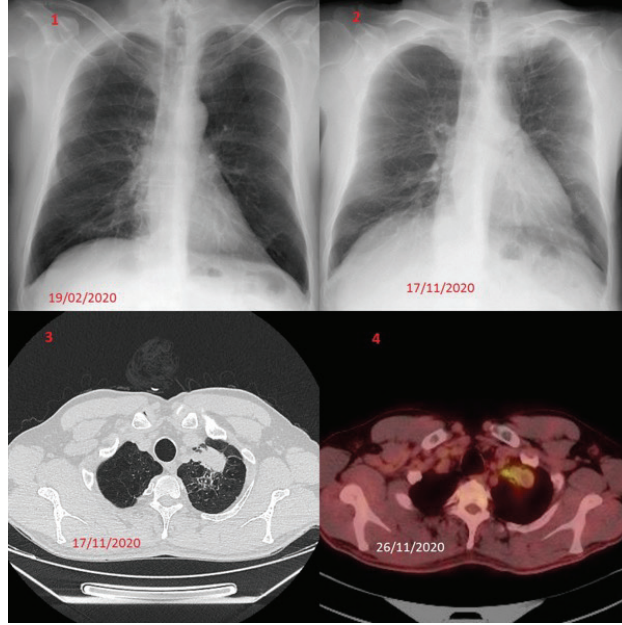
²Ümraniye EAH

³İstanbul Altınbaş Üniversitesi VM Medical Park Florya Hastanesi

Giriş-Amaç: Biyolojik ajanlar romatizmal hastalıklar başta olmak üzere pek çok hastalığın tedavisinde giderek artan sayıda ve endikasyonda kullanıma girmektedir. Bu ilaçların kullanımında özellikle tüberküloz (TB) ve viral hepatitler gibi enfeksiyonlar ile malignite riskinin arttığı bildirilmiştir. Tedaviye aday hastaların göğüs hastalıkları hekimi tarafından takibinin önemini vurgulamak amacıyla iksekizumab tedavisi alan hastada gelişen ve akciğer malignitesi ile karışan TB olgusunu sunuyoruz.

Olgu: 59 yaş erkek hasta. 60 paket yıl sigara öyküsü mevcuttu. Öz ve soygeçmişinde özellik yoktu. 3 yıl önce psöriasis nedeni ile iksekizumab (IL-17A'ya yönelik monoklonal antikoru) başlanması planlanarak tarafımıza konsülte edilen hastanın tüberküloz geçirme veya temas öyküsü yoktu. Bu dönemde çekilen akciğer grafisi normal ve quantiferon-TB testi negatif saptandı. Kemoprofilaksi önerilmeyen hasta yakın radyolojik takibe alındı. İksekizumab tedavisinin 9. ayında çekilen kontrol akciğer grafisinde sol akciğer apekte opasite artışı tespit edildi. Toraks-BT'de sol akciğer apikoposteriorda 3-4 cm çaplı sekel değişiklikler-olası malignite ayrımı net yapılamayan fibronodüler lezyon saptandı PET-BT "sol akciğer apikoposterior segmentte heterojen karakterde SUV max: 5.2 düzensiz sınırlı kitlesel lezyon ve sol hilere ve aortopulmoner alanda yerleşimli SUV max: 3.5 subsantimetrik boyutlu lenf nodları" şeklinde raporlandı. Malignite ön tanısı ile göğüs cerrahisine yönlendirilen hastaya sol akciğer üst lobektomi yapıldı. Patolojisi "kazefiye granülomatoz nodül ve reaktif lenfoid hiperplazi izlenen lenf nodları" olarak raporlandı. Hastaya antitüberküloz tedavisi başlandı ve hepatotoksisite gelişmesi üzerine referans merkeze yönlendirildi, 2. kuşak antitüberküloz ilaçlarla tedavisi tamamlandıktan sonra psöriyazis için anti-IL-23 başlandı.

Olgunun Kronolojik Olarak Sıralanmış Radyoloji Görüntülemeleri



Resim 1.1: İlaç Uygulaması Öncesi PA Akciğer Grafisi Resim 1.2: İlaç Uygulaması Sonrası Apikolordotik Akciğer Grafisi Resim 1.3: BT-Toraks Görüntüsü Resim 1.4: PET-BT Görüntülemesi

Tartışma-Sonuç: Biyolojik ajanların, özellikle anti-TNF alfa kullanımının, TB riskini arttırdığı bilinmektedir. Tedavi öncesinde klinik, öykü, akciğer grafisi ve IGRA ile latent TB açısından değerlendirilmesi, gerekli hastalara kemoprofilaksi verilmesi ve radyolojik takip önerilmektedir. Literatürde iksekizumab ile tüberküloz geliştiği bildirilen olguya rastlanmadı. Yapılan metaanalizlerde anti-IL-17 ve anti-IL-23 kullanımınıninçeçirilmiş tüberküloz veya latent tb enfeksiyonu olan hastalarda, TB gelişmesine neden olmadığı ve bu açıdan anti- TNf ajanlara göre çok daha güvenli olduğu bildirilmiştir. Ayrıca IL-17'nin tümör anjiyogenezinde rol aldığı ve anti IL-17'nin anti-neoplastik etkisi olduğu düşünülmektedir. Aksini öne süren çalışmalar da mevcuttur. Olgumuzda anti-IL-17A kullanımı ile tüberküloz gelişmesi, biyolojik ajan tedavisi başlanacak tüm hastaların göğüs hastalıkları hekimlerince değerlendirilmesinin ve radyolojik takibinin önemini bir kez daha göstermiştir. Ayrıca kemoprofilaksinin adalimumab sürecinde kısa kesilmiş olması olgumuzda TB riskini arttırmış olabilir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, İL-17, Biyolojik Ajan Tedavileri, Fırsatçı Enfeksiyon, Psöriyazis



PS-037 Pnömoni ile Takip Edilen Sağlıklı Doğum Yapan Gebe Kistik Fibrozis Olgusu

Sümeyye Kement¹, Yusuf Taha Güllü²

¹Ordu Ünye Devlet Hastanesi

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Kistik fibrozis, transmembran regülatör (KFTR) gen mutasyonunun sebep olduğu otozomal resesif, yaşamı kısıtlayan bir hastalıktır. Yaşayan kistik fibrozisli hastaların yarısından çoğu yetişkin olup, son yıllarda sağkalım arttığından, fertilité ve gebelikte karşılaşılabilecek komplikasyonlar önemli hale gelmektedir. Son zamanlarda akciğer fonksiyonlarında dramatik iyileşme sağlayan, yaşam kalitesini artıran KFTR modülatör tedavilerini de içeren ileri tedavi yöntemleri daha ulaşılabilir hale geldiğinden, daha çok kistik fibrozisli kadın hasta gebeliği deneyimlemektedir. Biz de gebeliği sırasında pnömoni ile takip edilen ve sonrasında sağlıklı doğum yapan kistik fibrozisli bir hastayı sunacağız.

Olgu: Otuz yaşında kadın hasta, on gündür öksürük, nefes darlığında artma, balgam renginde koyulaşma şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Yirmi altı haftalık gebe olup, 19 yıldır kistik fibrozis tanılı ve pankreas yetmezliği mevcuttu. Sigara kullanmıyordu. Salbutamol lüzum halinde, formoterol ve budesonid, pankreatik enzim preparatı, dornaz alfa ve ivacaftor/tezakaftor/eleksakaftor tedavisi almakta idi. Hastanın vital bulguları stabil idi, solunum sistemi muayenesinde oskültasyonda her iki akciğerde ekspiryum uzamış ve yer yer ronküsler duyulmaktaydı. İki yıl önceki toraks tomografisinde her iki akciğerde kistik bronşektazik değişiklikler mevcuttu. Hastaya yatırılarak piperasilin tazobaktam intravenöz, salbutamol ve budesonid nebul tedavisi başlandı. Hastanın alınan balgam kültüründe meropenem antibiyoterapisine duyarlı pseudomonas aureginosa üremesi olması üzerine piperasilin tazobaktam kesilerek meropenem tedavisine geçildi. Hastanın şikayetleri ve akut faz reaktanları gerilemesi üzerine 9 gün tedavi sonrası taburcu edildi. Hasta 32 haftalık gebe iken preterm eylem gelişmesi üzerine sezaryen ile sağlıklı doğum yaptı.



Resim 1 Toraks tomografisinde her iki akciğerde kistik bronşektazik değişiklikler

Tartışma-Sonuç: Gelişen tedavilerle birlikte son yıllarda gebe kalan kistik fibrozisli hasta sayısı artmaktadır. Çoğu kistik fibrozis ilacı gebelikte güvenli olmakla birlikte, ebeveyn olmayı seçen kistik fibrozisli kadınlara yönelik optimal tedavi yönetim stratejileri geliştirilmesi için daha çok araştırma yapılmalı ve bu hastalar için ulaşılabilir yüksek riskli doğum ekibi ve kistik fibrozis bakım ekipleri kurularak iş birliği yapılması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kistik Fibrozis, Pnömoni, Gebelik

PS-038 Kistik Bronşektazisi Olan Olguda Primer Siliyer Diskinezi

Kübra Karaca¹, Muhammed Emin Akkoyunlu¹

¹İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi

Giriş-Amaç: Primer siliyer diskinezi, otozomal resesif kalıtımla geçen, heterozigot sıklığı 1/60 olan bir grup herediter hastalıktır. PSD tanısı; rinit, otitis media, öksürük, sinüzit, tekrarlayan bronşit gibi sağlıklı bireylerde de görülebilen bulgular nedeniyle erişkin döneme kadar gecikebilmektedir. Çalışmamızda nadir görülen bu hastalığın radyolojik ve klinik bulguların hatırlanması amaçlandı.

Olgu: 39 yaşında bilinen Bronşektazisi olduğu öğrenilen kadın hasta dispne ile başvurdu. Oda havasında spo2:% 76 olan ve fizik muayenede bilateral yaygın ekspiratuvar ronküs duyulan hasta ileri tetkik amacıyla servisimize yatırıldı. Çocukluk çağından beri otit atakları sık tekrarlayan pnomoniyle birçok kez hastaneye yatış öyküsü mevcuttu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Hastamız evli olmadığı için infertilite hakkında bilgi sahibi olunamadı . Hemogramda lökositoz dışında kan tetkikleri normaldi. Toraks BT'de her iki akciğerde tüm loblarda en belirginleri sağ orta lobda olmak üzere kistik ve silindirik bronşektaziler mevcuttu.Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı yoğun mukopürülan sekresyon izlendi bronş lavajı alındı. Non spesifik kültür, EZN, tüberküloz kültür, mantar kültürü istendi.Hepi normal sonuçlandı. Yaygın kistik bronşektazinin sebebini araştırmak için kistik fibrozis, siliyer diskinezi ön tanılarıyla ter testi ve romatolojik markerları istendi normal olarak sonuçlandı. Siliyer Diskinezi ile ilgili genetik testleri hastalıkla yüksek derecede uyumlu şeklinde raporlandı. Hastaya ailesiyle birlikte genetik danışmanlık önerildi. Bronşektazi açısından 3 aylık aralıklarla poliklinik kontrolü önerildi.

Tartışma-Sonuç: PCD anormal silyer fonksiyon nedeniyle infantil dönemden itibaren başlayan kronik sinopulmoner enfeksiyonlarla karakterizedir. Situs inversusu olmayan PCD'li olguların tanısı gecikmektedir. Ülkemizde tanı yöntemleri ulaşılabilir olmadığı gibi hiçbirisi tek başına yeterli değildir, kombine kullanım gerekmektedir. Bronşektazi gelişimini önlemek için PCD tanı yöntemleri yaygınlaştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Primer Siliyer Diskinezi, Bronşektazi

**PS-039 Akciğerde Bilateral Multiple Kist Olgusu; Echinococcus Multilocularis**

Şeyma Şahin¹, Beytül Yaşkıran¹, Prof.Dr.Turgut Teke¹

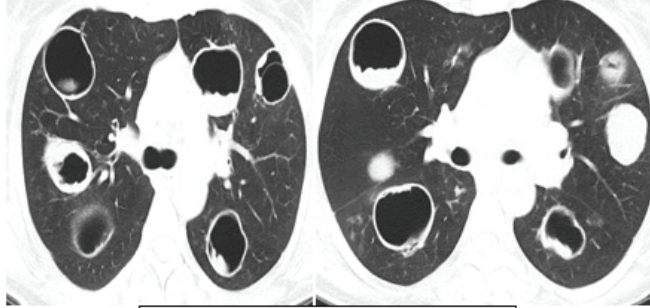
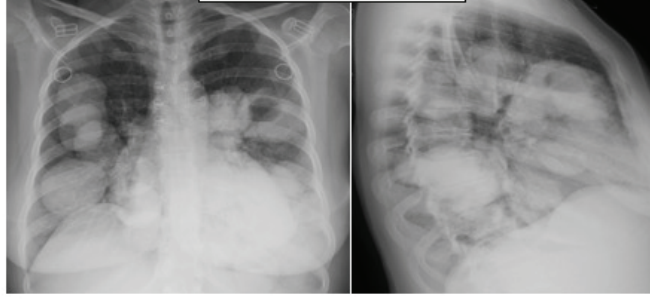
¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Alveolar ekinokokkoz Dünya Sağlık Örgütü'nün kontrol amacıyla öncelik verdiği, nadir görülen, ihmal edilen bir zoonotik hastalıktır. Olgumuzda nadir görülen cerrahi tedaviye uygun olmayan alveolar ekinokokkoz vaka-sında medikal tedavi ile iyi yanıt alınabileceğini göstermeyi amaçladık.

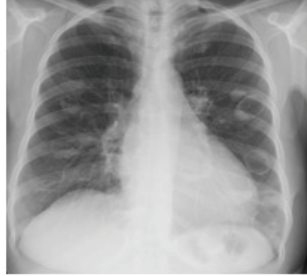
Olgu: 1 yıldır progresif tarzda olan eforla tetiklenen ve son 1,5 aydır artış gösteren nefes darlığı olan 46 yaşında kadın hasta,1 haftadır üşüme titreme, ateş ve produktif vasıflı öksürük ile başvurdu. 1 haftadır ataklar halinde pro-duktif vasıflı öksürüğü varmış. Günde 50 cc kadar sarı renkte balgam çıkarıyormuş. Oda havasında saturasyonu %96 olarak ölçülen, sol interskapular alanda ince ral işitilen, akciğer grafisinde bilateral değişik boyutlarda en büyüğü 6 cm bir tanesinde hava sıvı seviyesi izlenen multiple kitle ve noduller görülen hastanın tomografisinde kistik yapılar ve hava sıvı seviyesi veren görüntünün rüptüre kist hidatik ile uyumlu olması nedeniyle kist hidatik ön tanısıyla yatırışı yapıldı. Crp 95 mg/l olarak ölçüldü. Anamnez detaylandırıldığında bahçeden yıkamadan çilek yediği öğrenildi. Kist hidatik iha ve batin usg istendi. Batin ultrasonografide karaciğer sağ ve sol lobda büyüğü 3 cm çaplı çok sayıda kistik lezyon izlendi. Karaciğer kist hidatik açısından genel cerrahiye danışıldı, cerrahi müdahale düşünülmeydi. İlk kist hidatik iha negatif sonuçlandı ancak radyolojisi ve bulguları uyumlu olması nedeniyle tekrar istendi ve ikincisi 1/320 pozitif sonuçlandı. Multiple kistleri olan cerrahi şansı olmayan hastaya kilosuna uygun küratif dozda andazol başlandı. 4 hafta andazol tedavisi planlanan hastanın takiplerinde tedavinin 24.gününde febril nötropeni(nötro-fil:340) gelişti, afr artışı ve ateşi olan hastanın antibiyoterapisi revize edildi, andazol stoplandı. Nötropeni tablosu geriledikten sonra andazol tedavisinin devamı planlanarak taburcu edildi. 1,5 ay sonra çekilen kontrol tomografide kistlerin rüptüre olduğu ve bazılarında nilüfer bulgusu görüldü.3. ay kontrolünde çoğu kistin rüptüre olduğu klinik ve radyolojik olarak belirgin iyileşme görüldü.

Tedavi Seyri

Yatış grafisi



1,5 ay sonra çekilen tomografi



3 ay sonra kontrol grafi

Tartışma-Sonuç: Kistik ekinokokkozis, küresel varlığı olan zoonotik bir paraziter hastalıktır. Herhangi bir organı tutabilmesine rağmen en sık tutulan organ karaciğer ve akciğerlerdir. Akciğer hidatik kistin tedavisinde cerrahi tercih edilir ancak ameliyat edilemeyen veya cerrahinin kontrendike olduğu durumlarda benzimidazol bileşikleriyle medikal tedavi denenebilir.

Anahtar Kelimeler: Echinococcus Multilocularis, Alveolar Ekinokokkoz



PS-040 Semptomdan Ayırıcı Tanıya: Nadir Görülen Kartagener Sendromu Olgusu

Sena Erden Eren¹, Barış Demirkol³, Ramazan Eren², Umut İlhan², Erdoğan Çetinkaya²

¹Çırpıcı Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul

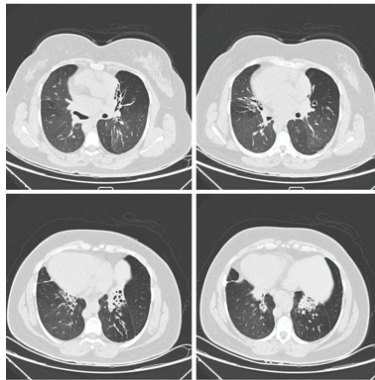
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Aile hekimleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak vermektedir. Bu hizmetlerin yanı sıra toplumda nadir görülen hastalıklar konusunda da genel tıbbi nosyonuyla ayırıcı tanıyı belirleyip ilgili branşa yönlendirme konusunda da etkili rol oynamaktadır. Aile hekimliği polikliniğimize başvuran ve değerlendirmeler sonucunda nadir bir hastalık olan Kartagener sendromu şüphesiyle Göğüs hastalıkları kliniğine yönlendirdiğimiz genç kadın hastamızı sunmak istedik.

Olgu: Yirmi dokuz yaşında kadın hasta aile hekimliği polikliniğimize öksürük ve balgam şikayetiyle başvurdu. Bilinen ek hastalığı yoktu ve hiç sigara içmemişti. Hastanın hikayesinde çocukluğundan beri sık hastane başvurusu ve antibiyotik kullanımı olduğu öğrenildi. Anamnez derinleştirildiğinde evli olduğu ancak çocuğunun olmadığı öğrenildi. Benzer şikayetleri olan aile bireyleri sorgulandığında kardeşinde de aynı şikayetler olup Kartagener sendromu olduğu ve 2013 yılında kardeşinin vefat ettiği öğrenildi. Fizik muayenesinde solunum seslerinde kaba ralleri mevcut. Kalp sesleri sağ taraftan birinci ve ikinci solunum sesleri normal duyuldu. Hastanın aile öyküsü, sık enfeksiyon geçirme ve oskültasyon bulguları olması nedeniyle Kartagener sendromu ön tanısıyla ileri tetkik edilmesi nedeniyle Göğüs hastalıkları randevusu düzenlenerek ileri merkeze yönlendirildi. Göğüs hastalıklarında sakkarin testi yapılmış, 22 dakika sonra tat duyusu gelmiş. Paranasal sinüs BT ve yüksek rezolüsyonlu BT(YRBT) çekilmiş. Kulak burun boğaz polikliniğine yönlendirilmiş, muayene sonucunda sinüzit ile uyumlu görülmüş ve paranasal sinüs BT raporunda; nazal septum sağa deviye, tüm paranasal sinüslerde yoğun mukozal kalınlaşmalar izlenmiş. Her iki maksiller ostiumlar ve frontal resesler oblitere izlenmiş. YRBT raporunda her iki hemitoraksta alt loblarda, solda lingulada kistik bronşektaziler izlenmiş. (Resim-1). Kardiyolojiye yönlendirilmiş, dekstrokaridi ile uyumlu görülmüş. Hastaya Kartagener sendromu tanısıyla antibiyoterapi, uzun etkili bronkodilatör ve pulmoner rehabilitasyon tedavisi düzenlenerek taburcu edilmiş. Hastanın hem aile hekimliği hem de Göğüs hastalıkları takibi devam etmekte.

Resim-1



Tartışma-Sonuç: Kartagener sendromu otozomal resesif geçişli sinüzit, bronşektazi, situs inversus ile karakterize ender görülen bir hastalıktır. Primer siliyer diskinezi sendromlarının % 50'sini oluşturan hastalık otozomal resesif kalıtım gösterir. Hastalarda mukosiliyer transport bozukluğuna bağlı olarak sık yineleyen solunum yolu enfeksiyonları tipiktir. Genetik geçişli olan bu hastalıkta soygeçmiş sorgulanması tanıya ulaşmada büyük öneme sahiptir. Nadir olarak görülen bu hastalık Aile hekimliği muayeneleri sırasında anamnezin derinleştirilmesi, semptomların sorgulanması ve fizik muayene bulgularıyla ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekir. Bu açıdan birinci basamak sağlık hizmetinde ve genel olarak tüm sağlık hizmetlerinde anamnez ve fizik muayenenin tanıya ulaşmada ne kadar önemli olduğunu bir kez daha vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Kartagener Sendromu, Dekstrokaridi, Anamnez, Fizik Muayene, Bronşektazi

Poster Bildiri Oturumu 3: Girişimsel Pulmonoloji

PS-041 Plastik Bronşit: Yönetimi Zor İki Olguda Dornaz Alfa Tedavi Deneyimi ve Klinik Başarı

Ramazan Eren¹, Demet Turan¹, Efsun Gonca Uğur Chousein¹, Barış Demirkol², Burcu Babaoğlu¹, Umut İlhan¹, Mehmet Akif Özgül², Erdoğan Çetinkaya¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

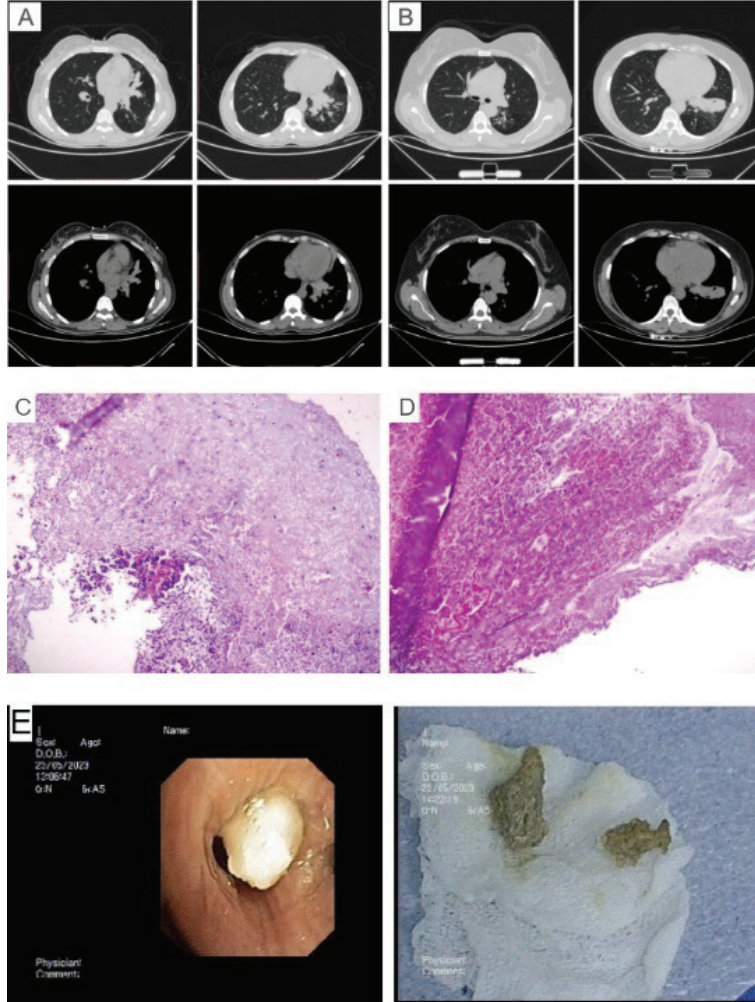
Giriş-Amaç: Plastik bronşit (PB), hava yolunu kısmen veya tamamen tıkayan amorf, lastiksi, yapışkan ve dallı bronşiyal mukus tıkaçlarının öksürük ile atılması ile karakterize nadir hastalıktır. Klinikte öksürük, dispne, göğüs ağrısı ile ortaya çıkar. Görüntülemelerde ilgili segmentlerde kısmi atelektazi, bronkopnömoni ve etkilenmeyen segmentlerde kompansatuar hiperinflasyonu görülebilir. Tanı, rijid ve/veya bronkoskopide tıkaçların görülmesi ve tekrarlayan olarak atılan yapıların gözlenmesi ile doğrulanır. Tedavide mukolitik ajanlar ve kortikosteroid kullanılmaktadır. Bizde rijid bronkoskopi ile tanı konulan, kortikosteroid ve N-asetilsistein tedavisine yanıtızsız, mukolitik ajan olan dornaz alfa ile tedavi ederek takip ettiğimiz iki olgumuzu paylaşmak istiyoruz.

Gereç ve Yöntem: Hastane sisteminden alınan veriler kaydedildi.

Bulgular: Otuz sekiz yaşında kronik hastalığı olmayan kadın hastanın 30 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Uzun süredir tekrarlayan öksürük, balgam ve ateş şikayetleri olan hasta pnömoni tanısıyla aralıklı antibiyotik kullanmakta ve öksürmekle beyazımsı, silindirimsi materyaller expektore etmekteydi. Toraks BT'sinde sol akciğer alt lobda ve üst lob anteriorda bronşektazik alanlar ve konsolidasyonlar mevcuttu(Resim-1A).Bronkoskopisinde sol alt lob segmentleri ve lingulayı obstrükte eden koyu kıvamlı, beyazımtırak, mukoid tıkaçlar gözlemlendi(Resim-1E).Rijid bronkoskopi ile bu tıkaçlar biyopsi pensi ve kriyo ile ekstrakte edilerek hava yolu açıklığı sağlandı. Patolojisi; nekrotik zeminde eozinofil-lökosit içeren fibrinöz materyal ile uyumluydu(Resim-1C). Antibiyoterapi ve N-asetilsistein ile enfeksiyon kliniği düzelen hastaya 16 mg/gün kortikosteroid tedavi kademeli azaltacak şekilde düzenlenerek taburcu edildi. Ancak hasta 15 gün sonra solda benzer lokalizasyonlarda pnömoni kliniği ile tekrar başvurdu. Bronkoskopisinde endobronşiyal mukus tıkaçlarının tekrar gözlemlendi ve bu lezyonlar endobronşiyal tedavi yöntemleri ile ekstrakte edildi. Hastaya başka bir mukolitik olan ve literatürde pediatrik hastalarda kullanılarak başarılı sonuçlar bildirilen inhaler dornaz alfa (2x2,5 mg/gün) başlandı ve semptomlarda belirgin azalma gözlemlendi. Dornaz alfa sonrası 1.ay bronkoskopi kontrolünde mukoid tıkaçların minimal olduğu ve kolaylıkla aspire edildiği gözlemlendi. Yaklaşık 6 aydır dornaz alfa kullanan hastanın bu sürede yeni bir pnömoni ve hastane yatışı olmadı. Elli yaşında kadın hastanın öksürük, balgam ve nefes darlığı şikayetleri mevcuttu. Gastroözefagial reflü ve astım tanıları ve inhaler bronkodilatör + steroid (İKS+LABA) kullanıyordu. Toraks BT'de sol alt lobda yumuşak doku dansitesinde 3.5 cm boyutlarında lezyon ve distalinde postobstrüktif pnömoni görünümü mevcuttu (Resim-1B). Bronkoskopide; sol ana bronşu tama yakın oblitere eden beyazımsı, karnibahar şeklinde lezyonlar nedeniyle rijid bronkoskopi yapıldı. Rijid bronkoskopide lezyonların mukoid bir materyal olduğu gözlemlendi. Sol ana bronş ve alt lob bazal segmentlerdeki mukoid tıkaçlar kriyo ile ekstrakte edildi ve tam hava yolu açıklığı sağlandı. Patolojisi; amorf yapıda mukoid materyal, eozinofilik bronşit ve koyulaşmış nekrobiyotik mukus içerisinde Charcot-Leiden kristalleri olarak raporlandı(Resim-1D).Pnömoniye yönelik antibiyotik sonrası kontrol Toraks BT'de radyolojik tam regresyon mevcuttu. Plastik bronşit tanısıyla hastaya N-asetilsistein ve kortikosteroid tedavisi başlandı. Steroid 3.ayında azaltılarak kesildi. Taburculuğunun 6.ayında nefes darlığı, öksürük ve balgam şikayetleriyle başvurdu. Tekrarlanan bronkoskopide sol alt lob bronş ve segmentlerinde mukoid tıkaçların tekrarlandığı gözlemlendi ve endobronşiyal tedavi yöntemleri ile ekstrakte edildi. Hastaya inhale dornaz alfa başlandı.1.ay kontrolünde hastanın semptomları azaldı ve bronkoskopisinde daha önce koyu kıvamlı sert olan mukus tıkaçlarının daha yumuşak kıvamda olduğu ve kolaylıkla aspire edildiği gözlemlendi.



Resim-1



Resim-1: A: Toraks BT'de; Sol akciğer alt lobda ve üst lob anteriorda izlenen geniş bronşektaziler ve bu düzeyde bronş içerisini tam dolduran sekresyonlara sekonder geliştiği düşünülen tubuler şekilde dansite artışları, medias-tende ve hiler bölgede lenfadenopati B: Sol hilusta lenfadenopati, sol alt lob bronşu içerisinde mukus tıkaçlarına ait görünüm, alt lob bronşu çevresinde santral infrahiler bölgede hava bronkogramsız yaklaşık 3.5 cm çaplı yumuşak doku dansitesinde lezyon imajı distalinde postobstrüktif pnömoni bronşektazi görünümüne C:Nekrotik zeminde eozinofil-lökosit içeren kronik bronşit ile uyumlu görünüm. D:Amorf yapıda mukoid materyal, eozinofilik bronşit ve koyulaşmış nekrobiyotik mukus içerisinde Charcot-Leiden kristalleri. E:Bronkoscopisinde sol alt lob segmentleri ve lingulayı obstrükte eden koyu kıvamlı, beyazımtırak, mukoid tıkaçlar

Tartışma-Sonuç: PB, oluşturduğu obstrüksiyonlar ile tekrarlayan pnömoni, atelektaziler gelişebilir ve radyolojik olarak maligniteler ile karışabilir. Rijid bronkoskopi, tanı ve tedavide kullandığımız önemli bir modalitedir. Genellikle olgu sunumları, vaka serileri şeklindeki yayınlarda, tedavide mukolitik ajanlar, antibiyoterapi, kortikosteroid ve inhale bronkodilatörler kullanılmış olup, pediatrik hastalarda dornaz alfa kullanımı bildirilmiştir. Bizde olgularımızda hastalara rijid bronkoskopi ile tanı ve tedavi uygulanarak N-asetilsistein ve kortikosteroid başladık. Tekrarlayan klinik ve radyolojik bulgular ile başvuran hastalarımızda inhale dornaz alfa kullanarak klinik ve radyolojik iyileşmeyi gözlemledik. PB hastalarında bronkoskopik tedavilerin yanı sıra kullanılan tedavilere yanıt alınamayan hastalarda dornaz alfa akılda tutulmalıdır ve bu hastalarda alternatif tedavi yöntemi olarak düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Plastik Bronşit, Dornaz Alfa, Mukoid Tıkaç, Kistik Fibrozis, Astım

PS-042 EBUS Sonrası Gelişen Pnömomediastinum Vakası

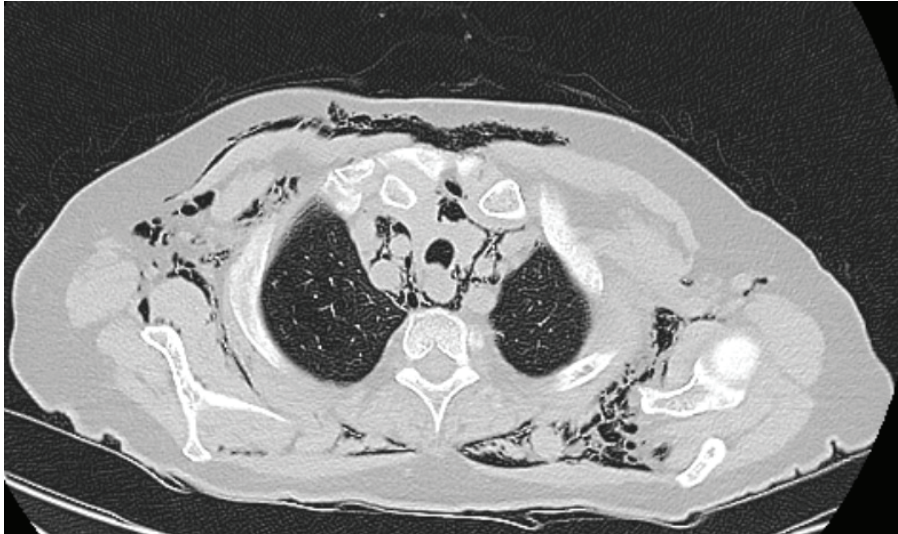
İrem Nur Altun¹, Beyza Kerem¹, Serap Akçalı Duru¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Pnömomediastinum: EBUS sonrası nadir bir komplikasyon, olgu sunumu

Olgu: Pnömomediastinum spontan, iyatrojenik veya travmatik olarak gelişebilen, havanın travmatize olan akciğer parankimi yada hava yollarından mediastene ve subkutan dokuya geçmesi ile oluşan bir durumdur. Bu yazıda endobronşiyal usg sonrası meydana gelen pnömomediastinum vakasını sunmayı amaçladık. Altmış yedi yaşında 30 paket/yıl sigara içen kadın hasta üç aydır devam eden öksürük, mukoid 1 yemek kaşığı/ gün balgam şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Vital bulguları stabil olan hastanın fizik muayenesi doğaldı. Akciğer grafisinde mediastende kitlesel lezyondan şüphelenilmesi üzerine toraks bilgisayarlı tomografisi çekildi. Anterior mediastende solda düzgün sınırlı 64x37 mm boyutlarında kistik alanlar içeren lezyon görüldü. Akciğer üst loblarında sentrilobüler amfizem mevcuttu. Laringeal mask airway ile genel anestezi altında uygulanan endobronşiyal ultrason eşliğinde transbronşiyal iğne aspirasyonunda (EBUS-TBİA) yapılan hastanın subkarinal, sağ alt paratrakeal, sol infrahiler lenf nodlarına transbronşiyal ince iğne aspirasyonu uygulandı. İşlem sonrası 2. saatte yüzünde ve boynunda şişlikler farkedildi. Muayenesinde krepatasyon olması üzerine cilt altı amfizem düşünüldü. Aynı gün içinde cilt altı amfizemi torakstan üst batına kadar yayıldı. Hipoksemisi gelişmeyen hastanın takiplerinde cilt masajı uygulandı ve amfizemi 3-4 gün içinde geriledi.

Pnömomediastinum ve Cilt Altı Amfizem



Tartışma-Sonuç: Pnömomediastinum ve ciltaltı amfizemi EBUS TBNA sırasında oldukça nadir görülen bir komplikasyon olup hastaların yakın takip edilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Pnömomediastinum, Endobronşiyal Usg, Cilt Altı Amfizem, Komplikasyon



PS-043 Solunum Sisteminin Nadir Hastalığı; Tekrarlayan Polikondrit

Süleyman Çur¹, Sema Yılmaz¹, Fikret Kanat¹

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Tekrarlayan polikondrit (TP) özellikle kulak, burun, göz, eklemler ve solunum yolunu etkileyen kıkırdak dokuların tekrarlayan inflamasyonu ile karakterize nadir otoimmün bir hastalıktır. İnsidansının yılda milyonda 3.5 ile 4 vaka arasında olduğu tahmin edilmektedir. TP, kollajen ve proteoglikanlara yönelik nadir multisistemik otoimmün bir hastalıktır. TP, ilk defa 1923 yılında Prag'da Jaksch-Wartennhorst tarafından bildirildi ve başlangıçta hastalığa 'polikondropati' adını verdi. Pearson ve ark. 1960 yılında TP'nin klinik özelliklerini gösteren 12 olguluk bir seri yayınlamışlar ve TP terimini ilk defa kullanmışlardır. Auriküler kondrit; subakut başlangıçlı ağrıya, kızarıklığa ve kulakta şişliğe neden olan, lobülü koruyan en sık semptomdur. Ataklar genellikle tekrarlayan-düzelen bir düzende meydana gelir ve sarkık bir kulak kepçesi veya karnabahar deformitesi bırakabilir. Auriküler tutulum TP'nin en sık karşımıza çıkan bulgusudur ancak hava yolları, burun, gözler, kostalar, kalp damar sistemi, deri, eklemler, böbrek ve sinir sistemi dahil birçok anatomik alan ve organ tutulabilir. TP için tanı koyduracak herhangi bir spesifik laboratuvar ya da görüntüleme yöntemi yoktur. Tanısı Tablo-1'deki klinik kriterler ile konur. Posterimizde; TP'nin klinik seyri, teşhisi ve tedavisi ile ilgili genel bir bakış sunarak kliniğimizde takip ettiğimiz 36 yaşındaki erkek TP hastasını sunduk.

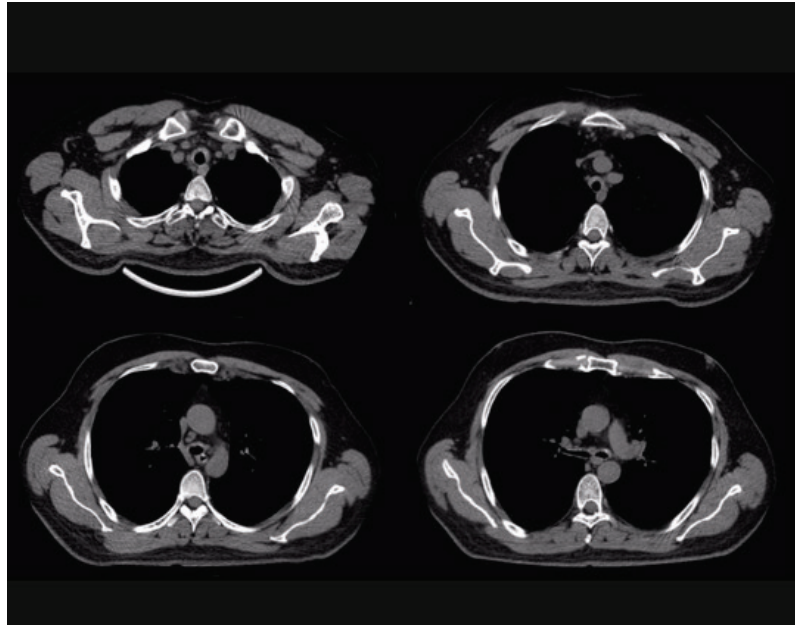
TABLO-1

TP Tanı Kriterleri;		
YAZAR	TANI KRİTERLERİ	KOŞUL
McAdam kriterleri (1976)	1.Bilateral auriküler kondrit 2.Non-eroziv seronegatif poliartrit 3.Nazal kondrit 4.Oküler inflamasyon 5.Solunum yolu kondriti 6.Kohlear ve/veya vestibüler disfonksiyon	3 ve üzerinde kriter varlığı
Modifiye (Damiani) kriterleri (1979)	1.En az 3 McAdam kriterinin bulunması 2.En az 1 ya da daha fazla McAdam kriterinin bulunması ve pozitif histopatoloji 3.Glukokortikoidlere ve/veya dapson'a yanıt veren en az 2 farklı anatomik bölgede kondrit	Kriterlerden herhangi biri
Michet kriterleri (1986)	1.Kulak, burun veya laringotrakeal kıkırdaklardan ikisinde inflamasyon varlığı 2.Yukarıdaki kıkırdaklardan birinde inflamasyon varlığı ve 'işitme kaybı, oküler inflamasyon, vestibüler disfonksiyon, seronegatif artrit' minor kriterlerinden ikisinin bulunması	Kriterlerden herhangi biri

TP Tanı Kriterleri

Olgu: 36 yaşında erkek hasta dış klinikten Trakea'daki diffüz daralma nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Hastanın ek hastalığı ve kullandığı ilaç yoktu. Yaklaşık 2 sene önce covid geçirdikten sonra başlayan göğüs ağrısı, nefes darlığı şikayetleri nedeniyle rekürren hastane girişleri mevcuttu. Hastanın dış merkezde mart 2023 de çekilen boyun bt 'sinde " Orafarenks ve hipofarenks düzeyinde lümeninde ciddi şekilde daralmaya sebebiyet veren yumuşak dokularda simetrik kalınlaşma dikkati çekmiştir. "Toraks BT'sinde "Trakea duvarında diffüz simetrik kalınlaşma dikkati çekmiştir. Mevcut kalınlaşmanın kalınlığı en kalın yerinde 5 mm ölçülmüş olup ana bronşlar düzeyinde devam etmektedir. " şeklinde raporlanması üzerine hastaya yapılan bronkoskopide vokal kordlar ödemli, Trakea ve her iki bronşta malazik görünüm izlenmiş, sol ve sağ bronşial sistemde endobronşial lezyon görülmemiş ve karinadan biyopsi alınmış. Biyopsi sonucu kronik inflamasyon gelmiş. Nisan 2023 de sol kulakta ani işitme kaybı gelişen hastanın çekilen temporal MR'ı " Normal sınırlarda internal akustik kanal" şeklinde raporlanmış ve hastaya steroid tedavisi başlanmış. Başlanan tedavisi sonrası hastanın işitme kaybında ve solunum semptomlarında gerileme olmuş. Kasım 2023 Boyun BT'si ile tarafımıza yönlendirilen hasta"Trakeada posterior membranda korunma ile birlikte 4 mm kalınlığa ulaşan duvar kalınlaşması izlenmiştir. Ayrıca her iki ana bronşun da duvar kalınlığında hafif düzeyde artış dikkat çekmiştir."Fizik muayenede belirgin stridoru olan hastanın hemogramı, rutin biyokimya değerleri normal sınırlardaydı. Sedimentasyon (29mm/s) ve CRP(27mg/dl) düzeyleri normalden yüksekti. Romatoid faktör(RF), antinükleer antikor(ANA). Anti-Histon Antikor,Anti-Mitokondriyal Antikor(AMA),Anti DS DNA,Anti-JO1,Anti-SCL 70,Anti-SSB,Anti-SSA negatifti. Olguya klinik, histopatolojik ve radyolojik bulgular doğrultusunda "tekrarlayan polikondrit" tanısı koyuldu. Tedavide 80mg/gün metilprednisolon İ.V. olarak başlandı. Birinci haftanın sonunda fizik muayene bulgularında ve semptomlarında belirgin gerileme izlendi ve steroid dozu aşamalı olarak azaltılmak üzere hasta takibe alındı.

KASIM 2023 BT BULGULARI



Tartışma-Sonuç: TP, özellikle kulak, burun, göz, eklemler ve solunum yolunu etkileyen kıkırdak dokuların tekrarlayan inflamasyonu ile karakterize nadir görülen otoimmün bir hastalıktır. En sık görülen semptom bilateral veya tek taraflı dış kulak inflamasyonudur ve hastaların çoğunda görülmektedir. Geniş havayollarında larenks, trakea ve bronş etkilenebilmektedir ve inflamasyon sonucunda larengeal ve trakeal kollaps gelişebilmektedir. Solunum yolları etkilendiğinde horlama, wheezing, inspiratuar stridor ve dispne gibi semptomlar görülebilmekte ve çoğunlukla astım ile karışabilmektedir.TP tanısı klinik bulgular ile konulmaktadır ,spesifik laboratuvar tetkiki bulunmamaktadır. Radyografik değerlendirmede trakeal darlık, trakeal kalsifikasyon, pnomoni ve atelektazi görülebilmektedir. Tedavi genellikle semptomatik olup non-steroid antiinflamatuvar, steroid ve immünsüpresif ajanlar kullanılmaktadır. Özellikle hava yolları ve kalp etkilendiğinde ölümcül komplikasyonlar görülebildiğinden bu tür komplikasyonların gözlendiği olgularda cerrahi tedavi gerekebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tekrarlayan Polikondrit, Trakea Duvarında Kalınlaşma

**PS-044 Akciğer Tümörünü Taklit Eden Yabancı Cisim Aspirasyonu Olgusu**

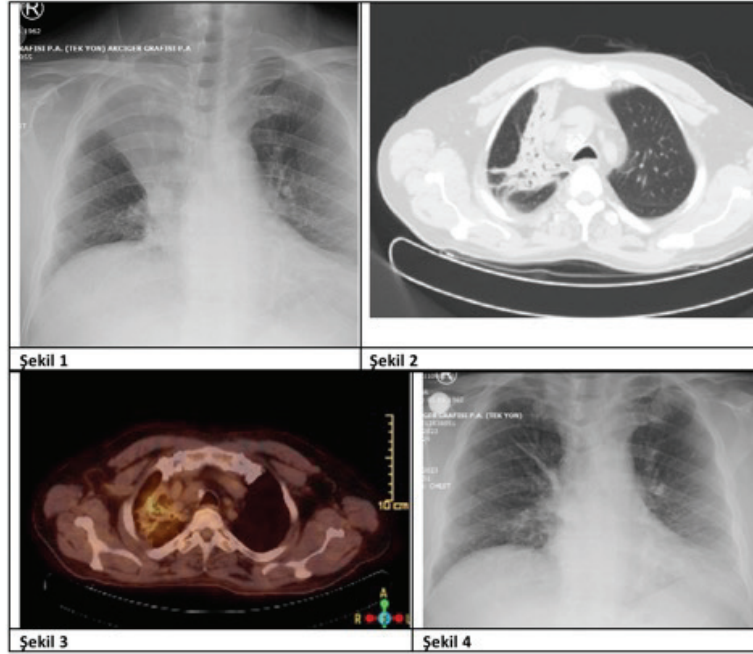
Sibel Karasu¹, Berna Kömürcüoğlu¹

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

Giriş-Amaç: Trakeobronşiyal yabancı cisim aspirasyonu her yaş grubunda görülebilen önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Erişkinlerde alkolizm, uyuşturucu bağımlılığı, mental retardasyon ve nöromusküler durumlar predispozan faktörlerdir. Klinik bulgular ve komplikasyonlar yabancı cismin yapısına, boyutuna, anatomik yerleşim yerine göre değişir. Öykü yabancı cisim aspirasyonunu düşündürüyorsa belirti ya da bulgu olmasa bile bronkoskopik girişim planlanmalıdır. Bu yazıda, ön planda malignite düşünülen ancak bronşiyal yabancı cisim aspirasyonu saptanan erişkin hasta sunulmuştur.

Olgu: 61 yaşında erkek hasta, dört aydır olan nefes darlığı, öksürük şikayetleri ve bir hafta önce bir metre yüksekten düşme üzerine acil servise başvurdu. Bilinen ek hastalığı olmayan, kırk yıldır çiftçilik yapan, on paket yılı sigara öyküsü olan hastanın yirmi yıldır exsmoker olduğu öğrenildi. Çekilen PAAG’de sol üst lobda atelektazi ile uyumlu homojen dansite artımı ve hacim kaybı izlendi. Toraks BT’de sağ üst lob bronşu düzeyinde 1,5 x 1cm hiperdens görünüm ve atelektazi izlendi. Laboratuvar tetkikinde Hb:14, Plt:429.000, Lökosit:17.230, Prokalsitonin:1,74, CRP:239, Kreatinin:1,02 izlendi. Akciğer malignitesi ön tanısıyla PET CT ve kranial MRG çekildi. PET CT’de sağ akciğer üst lobda atelektazik-konsolide parankimal değişiklikler, üst lob apikal segmentte hava bronkogramları içeren parankimal lezyonda artmış (SUVmax:5.3) 18FDG tutulumu izlendi. Pet-CT’de şüpheli lenf nodu veya uzak organ metastazı izlenmedi. Kranial MRG’de metastaz veya yer kaplayıcı oluşum izlenmedi. Fleksibl bronkoskobide sağ üst lob posterior segmentten kaynaklanan endonronşiyal üzeri vejetan, nekrotik, kirli, beyaz renkte kitle ile tıkalı görüldü. Bu kitleden endobronşiyal biyopsi ve bronşiyal yıkama yapıldı. Üst lob anterior segmentten daralmış izlendi. Sağ üst lob apikal segment girişi izlenmedi. Bronkoskopi sonrası göğüs grafisinde sağ üst lobdaki atelektazik alanda belirgin regresyon izlendi. Sağ üst lobtan alınan biyopsi patolojisi seri kesitlerinde malignite bulgusu saptanmazken, bitkisel kökenli olabilecek yangısal değişiklikler içeren “organik yabancı cisim” olarak değerlendirildi. Bronkoskobik kültürde üreme olmadı, bakteri ve lökosit görülmedi. Bir hafta sonra rijid bronkoskopi yapıldı. Sağ üst lob girişi konsantrik daralmış, sağ üst lob segment ağızları açık izlendi. Endobronşiyal lezyon izlenmedi. Kontrol bronkoskobide yapılan bronşiyal yıkama da bitkisel kökenli organik yabancı cisim artıkları izlendi. Genel durumu iyi, oksijen ihtiyacı olmayan hasta taburcu edildi. Taburculuk sonrası birinci ay kontrolünde sağ üst lobta kitle görünümü veya atelektazi görünümü tam olarak kaybolmuştu, patoloji izlenmedi.

Bronkoskopi Öncesi ve sonrası görüntülemeler



Şekil 1: Bronkoskopi öncesi çekilen PA AG’de sol üst lobda atelektazi ile uyumlu homojen dansite artımı ve hacim kaybı Şekil 2: Toraks BT’de sağ akciğer üst lobda atelektazi, konsolide parankimal değişiklikler ve hava bronkogramları içeren parankimal lezyon Şekil 3: PET CT’de sağ akciğer üst lob apikal segmentte malignite düzeyinde FDG tutulumu olan lezyon Şekil 4: Bronkoskopi sonrası çekilen göğüs grafisinde sağ üst lobdaki atelektazide belirgin regresyon

Tartışma-Sonuç: Yabancı cisim aspirasyonunun geç komplikasyonları rekürren pnömoni, bronşektazi, bronşiyal strüktür, hemoptizi, granülasyon dokusu, kitledir. Asemptomatik kalabilir, semptomlar yavaş gelişebilir veya tıkalı bronşün yetersiz drenajı nedeniyle malignite, bronşit, astım, pnömoni gibi değerlendirilip yanlış tedaviler uygulanabilir. Yabancı cisim aspirasyonundan şüphe edilen olgularda radyografik değerlendirme sonrasında bronkoskopi yapılmalıdır. Olgumuzda PAAG’inde sağ akciğerde akciğer tümörünün düşündüren atelektazi görünümü mevcuttu. Toraks BT’de infiltratif havalanma kaybı alanları mevcuttu. Malignite ön tanısıyla önce FOB yapıldı ve sağ akciğer orta lob girişinin EBL ile tıkalı olduğu izlendi. Biyopsi sonucunun yabancı cisim (bitkisel doku) gelmesi üzerine kontrol rijid bronkoskopi yapıldı. EBL izlenmedi. Sonuç olarak, yabancı cisim aspirasyonları erişkinlerde uzun süreler boyunca asemptomatik kalarak gözden kaçmalarını sağlamaktadır. Böylece astım, pnömoni, bronşit, bronkojenik karsinom gibi hastalıklarla karışabilir ve yanlış tedaviler uygulanmasına neden olabilir. Klinisyenlerin, bu gibi klinik durumlarda yabancı cisim aspirasyonu olasılığını da akıllarında bulundurması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Tümörü Yabancı Cisim Aspirasyonu



PS-045 Urbach-Wiethe Sendromu: Olgu Sunumu

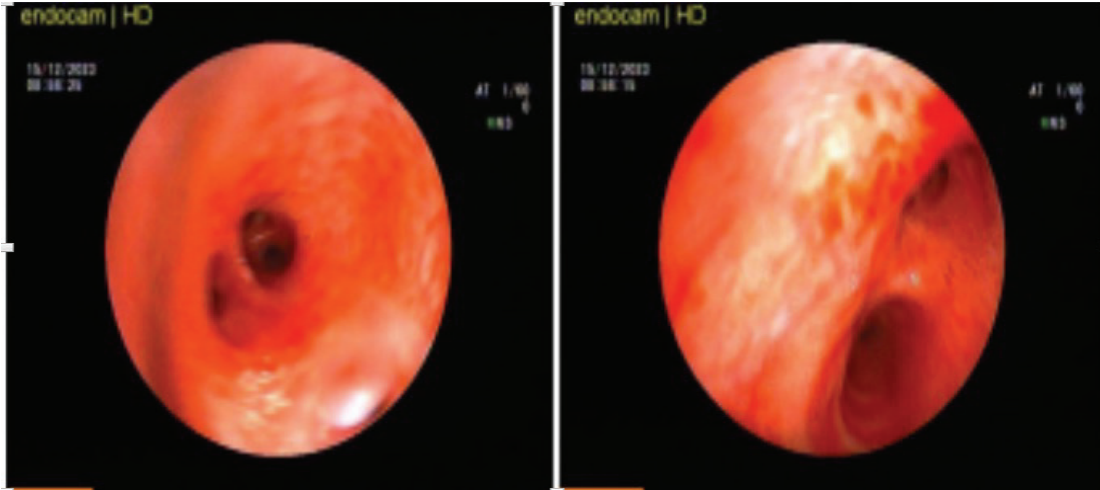
Hazal Kırca¹, Serap Akçalı Duru¹, Halil Dorukan Kering¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Urbach-Wiethe hastalığı (lipoid proteinozis; hyalinozis cutis et mucosae), otozomal resesif yolla aktarılan kromozom 1q21'e lokalize -122- ekstraselüler matriks protein 1'de (EPM1) değişik mutasyonlar sonucu mukokutanöz bölgelerde, tükürük bezlerinde, santral ve periferik sinir sisteminde, göz kapaklarında, dermiste, oral mukozada, submukozal bağ dokusu ve başka organlarda glikoproteinöz, hyalin benzeri madde birikimi ile karakterize oldukça nadir bir hastalıktır. Genellikle 1. dekatta ortaya çıkar. Pulmoner tutulum nadir olarak görülmektedir. Alveol içinde lipoid tipi maddenin birikmesi ve hipoksemi ile kendini gösterir. Bu olgu ile Urbach-Wiethe tanısı alan hastamızın akciğer ve diğer sistem bulgularını sunmayı amaçladık.

Olgu: Çocukluk döneminde ara ara ses kısıklığı ve göz kapağı altında ciltten kabarık lezyonları gelişen 28 yaşındaki kadın hastamızda iki yıl önce göz kapağından alınan biyopsi sonucu Urbach-Wiethe sendromu tanısının konulduğu öğrenildi. Daha önce pulmoner semptomu olmayan hastanın yaklaşık 3 aydır eforla artan nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayeti mevcuttu. Vital bulguları stabil ve oskültasyonda akciğerde solunum sesleri doğaldı. Polikliniğimizde yapılan solunum fonksiyon testleri normal ancak karbonmonoksit difüzyon testinin düşük olduğu (DLCO: %73, DLCO/VA: %90, DLCOc: %63) görüldü. Çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde ön mediastende timik doku ile uyumlu yumuşak doku dansitesi, mediastinal 1 cm'den küçük lenf nodları, azygos lobu ve sol akciğer alt loblarda atelektatik değişiklikler saptandı. Yapılan fiberoptik bronkoskopisinde endobronşiyal bir lezyon saptanmazken her iki bronş sistem mukozalarının fragil olduğu izlendi. Sağ orta lob medial ve lateral segmentlerden bronkoalveolar lavaj (BAL) alındı. Alınan BAL örneğinde glukoz <2 mg/dl, trigliserid <8, kolesterol <3,5 total protein ve albumin değerleri 2'nin altında amilaz değeri 70 olarak saptandı. Yapılan CD4/CD8 oranı analizi 0.28 (Referans Aralık: 0,9-2,5) olarak bulundu. Hastamız uzun dönem pulmoner tutulumu değerlendirebilmek adına takibimize alındı.

Fiberoptik Bronkoskopi Sağ Sistem Girişi



Tartışma-Sonuç: Urbach-Wiethe hastalığı öncelikle deri, mukozaları ve sinir sistemini tutmakla beraber daha birçok sistemi tutan multisistemik bir hastalıktır. Nadir bir hastalık olmakla beraber uzun dönem sonuçlarını görmek ve erken müdahale etmek adına pulmoner açıdan takibi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Urbach-Wiethe, Lipoid Proteinozis, Difüzyon Kapasitesi, Bronkoalveolar Lavaj

PS-046 Bronşial Arter Embolizasyonu Sonrası Dramatik Kas Gücü Kaybı

Hilal Kaplan¹, Zehra Kumkumoğlu¹, Beyza Özkan², Emre Can Çelebioğlu³, Birkan Sonel Tur², Demet Karnak¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Hemoptizi; alt solunum yollarından kaynaklanan kanın ekspektorasyonunu ifade eder. Akciğerlere kan akışı pulmoner arterlerden veya bronşiyal arterlerden sağlanır. Bronşiyal arterler, yaşamı tehdit eden hemoptizili hastaların çoğunda incelenen ilk damarlar olmalıdır çünkü bunlar kanamanın en yaygın kaynağıdır. Yaşamı tehdit eden hemoptizinin yaygın nedenleri arasında bronşektazi, tüberküloz (TB), hava yolu neoplazmaları, vaskülitler ve fungal enfeksiyonları yer alır. İnaktif önceki TB'ye bağlı hemoptizinin birden fazla nedeni vardır. Bunlar arasında, önceki TB'den kaynaklanan yapısal akciğer hasarına bağlı bronşektazi sayılabilir.

Olgu: Geçmişte akciğer tüberkülozu öyküsü dışında ek hastalığı olmayan ve daha önce anti-tüberkülo tedavi almış 64 yaşında erkek hasta hemoptizi öyküsüyle başvurdu. Hemoptizisinin yıllardır az miktarda devam ettiğini ve son zamanlarda 100-150 cc ye kadar çıktığını ifade etti. Eşlik eden nefes darlığı, göğüs ağrısı ve öksürük şikayeti yoktu. Solunum seslerinde sağ üst scapula üstünde bronşial solunum sesi alındı, laboratuvar değerlerinde bft normal, hb: 11,8 ve hipoksemisi olmayan hasta oda havasında takip edildi. B semptom (gece terlemesi, ateş, kilo kaybı) öyküsü de bulunmayan hastanın değerlendirmesinde aktif tüberküloza dair hiçbir kanıt ortaya çıkmadı. Toraks BT raporunda tbc sekeli değişiklikler, sağ üst loda geniş kaviter lezyon akciğerlerde sağ akciğerde belirgin olmak üzere bilateral silik buzlu cam dansitesinde yer yer tomurcuklanmış ağaç görünümünde milimetrik nodüller mevcuttu. Potansiyel kanama yerini lokalize edebilmesi ve kanamayı embolizasyon yoluyla tedavi etme olanağı için hasta girişimsel radyoloji bölümüne arteriografi ve embolizasyon için danışıldı. Sağ bronşiyal arterler distalinde arteriovenöz shuntlar, kanama odağı olduğu düşünülen lokalizasyonlarda yoğun kanlanma ve aberran tortiyöz vasküler yapılar dikkati çekmiş olup; Tanısal anjiyografi sonrasında; Mikrokater ve mikroguidewireler ile kanama odağı besleyicileri sü-perselektif biçimde kateterize edilerek; sıvı embolizan ajanlar (siyanoakrilat) ile kanama için embolizasyon yapıldı. Yapılan kontrol DSA'da; bu odaklarda kanlanma olmadığı gözlemlendi. İşlemi sonrası 10 saatte yapılan fizik muayenede hastanın sağ alt ekstremit motor kas gücü 0 /5 olduğu fark edildi; yüzeysel duyu kaybı yok, periferik nabız açık, bacak çap farkı - ısı artışı saptanmadı. Hasta ilgili bölümlere (nöroloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, kardiyovasküler cerrahi) danışılıp, önerilere uygun ileri tetkikler planlandı. Yapılan ileri tetkik görüntülemelerinde serebrovasküler olay ekarte edilen olgu olayın aydınlanması ve rehabilitasyon için fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğine devir edildi.

Tartışma-Sonuç: Arteriyografi sırasında ilgili dolaşıma kontrast madde enjekte edilir ve anormal vasküler yapılar veya kıvrımlı damarların bulunduğu fokal hipervaskülarize bölge araştırılır. Embolizasyon genellikle şüphelenilen kanama damarının kendisine veya kanayan damarı besleyen proksimal damarlara tıkaçıcı materyalin (örn. sarmallar, damar tıkaçları) yerleştirilmesiyle gerçekleştirilir. Embolizasyon, hastaların çoğunda hemoptiziye başarıyla durdurur (%60-90) Başarı oranı; işlem sırasında bronşiyal, pulmoner ve/veya sistemik arteriyel dolaşımların iyi tanımlandığı durumlarda geçerlidir. Arteriyografik embolizasyonun komplikasyonları arasında bronşiyal duvar nekrozu ve iskemik miyelopati yer alır. İskemik miyelopati; bronşiyal arter embolizasyonu sırasında spinal arterin yanlışlıkla embolizasyonuna bağlı gelişir. Anterior spinal arter, popülasyonun yaklaşık yüzde 5'inde bronşiyal arterden kaynaklanır. Sonuç olarak, bronşiyal arterin embolizasyonu, ön omuriliğe akışı engelleyebilir, bu da omurilik iskemisi veya enfarktüsle sonuçlanarak paraplejiye neden olabilir. Olgumuzda bu etkilenme olduğu düşünülmüş, TORAKAL MR ile T4 seviyesinde omurilik hasarı gösterilmiştir. Gerekli FTR yaklaşımı yapılarak olgunun 4/5 oranında kas gücü yeniden kazandırılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Embolizasyon, Hemoptizi, Bronşektazi, Tüberküloz



PS-047 Astım Tanısıyla Takip Edilen Hasta: Adenoid Kistik Karsinom

Neval Alagöz¹, Efsun Gonca Uğur Chousein¹, Demet Turan¹, Mehmet Akif Özgül², Erdoğan Çetinkaya¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

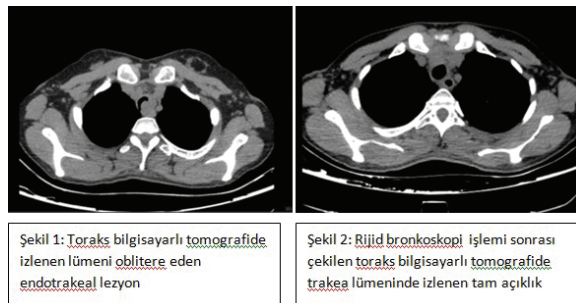
²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner adenoid kistik karsinoma genellikle trakea ve ana bronş gibi merkezi hava yollarında yerleşik, tükürük bezi tipinde nadir görülen malign hava yolu tümörüdür. Adenoid kistik karsinomun santral yerleşimli olması, submukozal ve perinöral yayılım göstermesi tanıda gecikmelere neden olurken etkin tedavi olanağını da azaltır. Bununla birlikte mümkünse komplet rezeksiyon en etkili ve primer tedavi seçeneğidir. Radyoterapi adjuvan veya palyatif tedavi olarak kullanılmaktadır. Rijid bronkoskopi ile adenoid kistik karsinom tanısı alan, nadir görülen bir tümör olması ve yanlışlıkla astım tanısı ile izlenmiş olması nedeniyle sunmayı amaçladık.

Olgu: Dış merkezde bir süredir astım tanısı ile poliklinik takipleri olan yirmi dokuz yaşında kadın hasta, iki ay artan ilerleyici nefes darlığı ve öksürük şikayeti nedeniyle “akut astım atağı” ön tanısıyla göğüs hastalıkları servisine interne edilmiş. Anamnezinde astım aile öyküsü, sigara içiciliği ve alerjik yakınmaları yoktu. Klinikte takibinde astım akut atak tedavisine yanıt vermemesi üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde trakeada yumuşak doku lezyonu saptanması üzerine hastaya fiberoptik bronkoskopi yapılmış ve endotrakeal lezyon saptanması üzerine girişimsel pulmonoloji kliniğimize tanı ve tedavi amaçlı interne edilmiş (Şekil 1). Hastanın PET/CT (pozitron emisyon tomografisi)’nde lezyon, “trakea orta kesimde annüler tarzda en kalın yerinde sol posterolateralde yaklaşık 12 mm’ye ulaşan 3 cm’lik segmentte izlenen yumuşak doku dansiteli lezyonda orta düzeyde artmış FDG (florodeoksiglukoz) tutulumuna neden olabilecek malign proses” olarak tanımlandı. Kranial Mr’ında metastaz izlenmedi. Rijid bronkoskopide vokal kordlardan 5 cm sonra trakea lümenini tama yakın oblitere eden endotrakeal lezyon izlendi. Lezyona argon plazma koagülasyon ve mekanik rezeksiyonlar uygulandı. Kriyoprob ile kriyo-ekstraksiyon yapılarak trakeada tam açıklık sağlandı. Lezyonun patoloji sonucu “adenoid kistik karsinom” olarak raporlandı. İşlem sonrası çekilen kontrol toraks BT’nde trakeada tam açıklık sağlandı (Şekil 2). Hasta göğüs cerrahisine konsülte edilerek trakea rezeksiyonu yapıldı. Proksimal ve distal cerrahi sınırlarda pozitiflik gösterilmesi üzerine onkoloji bölümüne refere edilen hastaya radyoterapi planlandı. İlk rijid bronkoskopi işleminden yaklaşık 3 ay sonra kronik öksürük nedeni ile değerlendirilen hastanın trakeal rezeksiyon hattında lümene sarkan sütur materyali ve minimal stenoz saptanarak 2. rijit bronkoskopisi yapıldı. Trakeal rezeksiyon hattında lümene protrüde olan sütur materyalleri rijid makası ile kesildi, stenoz alanı artan çapta rijid tüplerle dilate edildi ve anastomoz hattından biyopsiler alındı. Alınan bu biyopsilerde tümör e rastlanmadı. Hasta halen girişimsel pulmonoloji, göğüs cerrahisi ve radyasyon onkolojisi bölümlerinin ortak takibindedir.

Tartışma-Sonuç: Pulmoner adenoid kistik karsinomlar santral hava yollarında yerleşip yavaş ve longitudinal olarak büyüme gösterdiğinden yanlışlıkla astım tanısıyla tedavi edilebilmekte ve geç tanı konulabilmektedir. Yavaş büyüyen bir tümör olması, düşük malign potansiyele sahip fokal lokal agresif bir tümör olması ve yaşam beklentisinin daha uzun olması ve geç rekürrensleri görülebildiği için tedavide primer amaç tümörün cerrahi sınırlarının negatif olarak tam rezeksiyonu gerekmektedir. Rezidü tümör kalması durumunda ya da inoperabl olgularda radyoterapi önerilmektedir. Astım tedavisine cevap vermeyen dispne ve öksürük gibi semptomları devam eden olgularda adenoid kistik karsinomların da içerisinde olduğu maligniteler de akılda tutulmalı, toraks BT ve bronkoskopi gibi ileri tetkikler planlanmalıdır.

Toraks bt



Şekil 1: Toraks bilgisayarlı tomografide izlenen lümeni oblitere eden endotrakeal lezyon

Şekil 2: Rijid bronkoskopi işlemi sonrası çekilen toraks bilgisayarlı tomografide trakea lümeninde izlenen tam açıklık

Anahtar Kelimeler: Adenoid Kistik Karsinom, Astım, Girişimsel Bronkoskopi

PS-048 Bronş Yolağı Olan Periferik Pulmoner Lezyonlu Olguda Bronkoskopik Biyopsi ile Tanı

Bünyamin Sertoğulları¹, Merve İşçi¹, Muzafer Onur Turan¹, Ceyda Anar¹

¹Izmir Katip Celebi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Periferik akciğer lezyonları akciğerin üçte birlik dış kısmında yer alan lezyonlar olarak tanımlanabilir. Bununla birlikte santral ve periferik lezyonları ayıracak kesin bir tanımlama yapılmamıştır. Son yıllarda toplumda akciğer kanseri farkındalığının artması ile periferik akciğer lezyonları daha sık görülmeye başlanmıştır. Bu lezyonlar bronş içerisinde görülmemesi nedeni ile göğüs hekimleri tarafından tanısal girişim yapılmamaktadır. Lezyonla ilişkili bronş yolağı olan vakalarda periferik forseps biyopsi veya fırçalama yüksek oranda tanısal veri sağlayabilmektedir. Periferik pulmoner lezyon ile başvuran bir olgumuzda bronş yolağı olması nedeni ile uyguladığımız periferik forseps biyopsi ile tanı konulan bir olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 5 yıldır prostat ca tanısı ile takip ve tedavi edilen 81 yaşında erkek olgu tıbbi onkoloji tarafından toraks BT deki sağ akciğer alt lobda anterolateral bazal segmentte plevraya oturan 3.5x3 cm boyutlu kitlesel lezyon nedeni ile tarafımıza gönderildi. Hastanın görüntülemesinde kitle ile çok açık ilişkisi olan bronş yolağı tespit edilmesi ile ilişkili segmente transbronşial biyopsi yapıldı. Patoloji tarafından incelenen lezyon pansitokeratin noktasal pozitif, CD56 fokal pozitif bulunmuş ve histopatolojik inceleme öncelikle küçük hücreli karsinom raporlanmıştır.



Resim Sağ akciğer anterobazal segment ile ilişkili periferik pulmoner lezyon

Tartışma-Sonuç: Günümüzde periferik pulmoner lezyon tanısında transtorasik bt eşliğinde biyopsi, cerrahi biyopsi, elektromagnetik navigasyon bronkoskopi, radial prob endobronşial ultrasonografi gibi yöntemler uygulanmaktadır. Çalışmalar belirgin bir bronş yolağı olan ve 2 cm den büyük lezyonlarda forseps biyopsi veya fırça biyopsinin yüksek tanı verimine sahip olduğunu göstermektedir. Göğüs hekimleri bu özelliklere sahip periferik pulmoner lezyonlarda endobronşial lezyon görülme bile bu işlemleri yapmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Periferik Pulmoner Lezyon, Bronkoskopi



PS-049 Astım ile Takip Edilen Bir İyatrojenik Trakeal Stenoz Olgusu

Helin Beyazgül¹, Aysu Ayrancı¹

¹Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Trakeal stenoz edinsel ve konjenital sebeplerle oluşan hava yolunun darlığıdır. Edirisel darlıklar genellikle uzun süren entübasyonlar sonrası oluşur. Trakeal stenoz ile ilişkili başlıca risk faktörleri entübasyonda geçirilen süre, doku hipoperfüzyonu ve entübasyona bağlı travmadır. Semptomlar ekstübasyondan hemen sonra veya bazen günler- haftalar sonra ortaya çıkabilir ve takipne, nefes almada zorluk, hışıltı görülebilir. Bu nedenle polikliniklerden veya acil servislerden astım tanısı ile uzun zaman izlenebilirler.

Olgu: Bizler de uzun yıllar astım tedavisine yanıt vermeyen bir trakeal stenoz olgusu sunacağız. 20 yaş kadın hasta 34 gündür olan nefes darlığı, hırıltılı soluma, özellikle gece uykudan uyandıran öksürük ile acil servise başvurdu. Solunum sistemi muayenesinde stridor mevcut olan hastada dinlemekle tek tük ronküs duyulmaktaydı. Özgeçmişinde astım nedeniyle tedavi aldığı öğrenilen hastaya acil serviste astım atak tedavisi verildi. Yakınmalarının devam etmesi üzerine göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Öyküsünden 3 yıl önce dış merkezde pnömoni nedeniyle yoğun bakım yatırışı olduğu ve bu yatırışı sırasında entübasyon ve kardiyopulmoner resusitasyon yapıldığı öğrenildi. Nefes darlığı yakınmalarının bu tarihten sonra arttığı ve 1 yıl önce de nefes darlığı ve hırıltılı soluma nedeniyle başvurduğu başka bir dış merkezde astım tanısı ile tedavi almaya başladığı öğrenildi. Geçirilmiş entübasyon öyküsü stridoru ve astım tedavisine olan yanıtsızlığı nedeniyle hastaya thoraks ve boyun bilgisayarlı tomografi çekildi. Boyun BT'de 1,5 cm daralma gözlenen hastaya fiberoptik bronkoskopi ile de tanının doğrulanmasının ardından postentübasyon trakeal stenoz nedeniyle dilatasyon işlemi uygulandı. İşlem sonrası takibinde yakınmaları giderek azalan ve stridoru kaybolan hastanın astım tedavisi sonlandırılarak hasta takibe alındı.

Trakeal stenoz toraks bt



Trakeal stenoz

Tartışma-Sonuç: Trakeal stenoz endotrakeal entübasyonun nadir fakat ciddi bir komplikasyonudur. Endotrakeal entübasyon uygulanan hastaların çoğunda bir dereceye kadar darlık gelişebilir. Bununla birlikte, hastalar genellikle steroz trakeayı orijinal lümeninin yaklaşık %70'ine kadar daraltana kadar asemptomatik kalır. Darlığı daha az olan hastalarda tanı daha zordur ve darlık ilerleyene kadar astım veya kronik bronşit tanısı ile takip edilebilirler. Bu nedenle sıklıkla bronşiyal astımla karıştırılan, entübasyonun nadir görülen ve potansiyel olarak ölümcül olabilen bir komplikasyonunun erken tanınması oldukça önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Trakeal Stenoz, Postentubasyon, Astım

PS-050 EBUS-TBNA ile Tanı Konan Tiroid Sarkoidozu

Aslı Özden¹, Sibel Günay³, Tuğba Taşkın Türkmenoğlu², Nalan Ogan¹, İpek Candemir¹, Ersin Günay¹

¹Göğüs Hastalıkları Kliniği, Etlik Şehir Hastanesi, Ankara

²Patoloji Kliniği, Etlik Şehir Hastanesi, Ankara

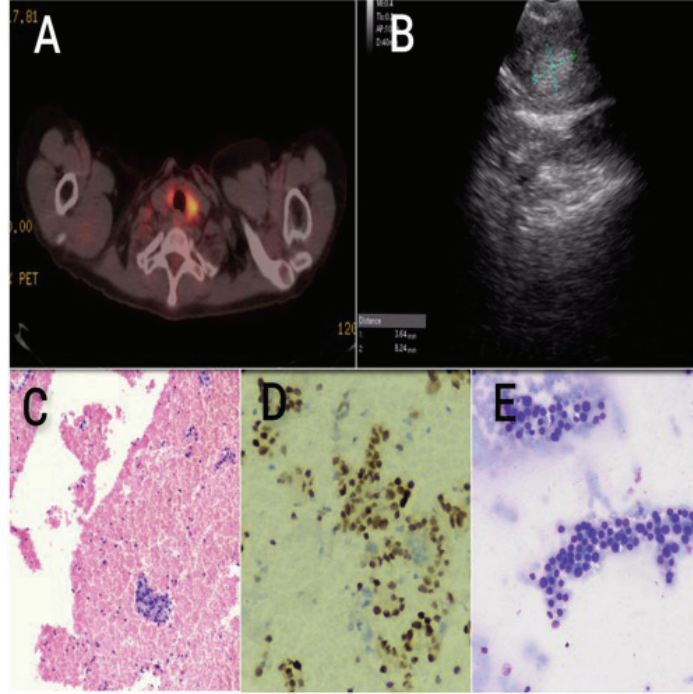
³Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bilkent Şehir Hastanesi, Ankara

Giriş-Amaç: Sarkoidoz, non-kazeifiye granümatöz reaksiyon ile karakterize, etiyolojisi bilinmeyen, multisistemik bir hastalıktır. Sarkoidoz, hastaların üçte birinde ekstrapulmoner belirtilere neden olabilir. Geniş organ tutulumu yelpazesine rağmen, tiroid bezinde görülmesi oldukça nadir bir durumdur. Literatürde, sistemik sarkoidoz tanısı konan bireylerin otopsi çalışmalarında, tiroid tutulumu sadece %1-4,2'sinde saptanmıştır. Bu olgu sunumunda, sistemik sarkoidoz olgularında nadir görülen tiroid tutulumunu ve bu durumun Endobronşiyal ultrason eşliğinde transbronşiyal iğne aspirasyonu (EBUS-TBNA) ile tanısını literatür eşliğinde değerlendirmeyi amaçladık.

Olgu: 2 yıl önce meme kanseri tanısı konan ve sağ mastektomi uygulanan 46 yaşındaki kadın hasta, rutin PET-BT taramasında 25 mm'yi bulan yeni gelişen mediastinal lenfadenopatisi saptanması üzerine kliniğimize yönlendirildi. PET-BT'de mediastinal lenf nodlarında en yüksek 20,59 SUV max olan artmış FDG tutulumu ve tiroid bezinde 7,06 SUV max tutulumu izlendi. Hasta değerlendirilmede, aralıklarla olan nefes darlığı ve öksürük şikayeti olduğunu belirtti. Fizik muayenede inspeksiyonda patolojik bulgu saptanmadı, solunum sesleri normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar analizlerinde lenfopeni ve yüksek TSH seviyesi (9,69 mIU/L) belirlendi, serum kalsiyum, T3, T4 dahil diğer değerler normal aralıkta izlendi. Mediastinal lenfadenopati ayırıcı tanısı yapılabilmesi amacıyla EBUS-TBNA işlemi uygulanmasına karar verildi. 11R, 11L, 7, 4R ve 4L istasyonlarındaki lenf nodları sırası ile 20 mm, 15 mm, 25 mm, 13 mm ve 10 mm olarak ölçüldü. Tiroid bezi sol lobunda 8*3 mm boyutunda hiperekojenik noduler dansite görüldü. EBUS-TBNA ile tiroid nodülünden başlanmak üzere belirtilen tüm lenf nodlarından TBNA alındı. Tüm örneklemeler için yayma ve hücre blokları hazırlandı. Ayrıca tüm örneklerden mikobakteri kültürü gönderildi. İşleme komplikasyonsuz son verildi. Transbronşiyal iğne aspirasyon sitolojisi, 4R, 7, 11L, 11R lenf nodlarında ve tiroid nodülünde tiroid tutulumunu içeren sistemik sarkoidoz ile uyumlu granümatöz reaksiyonu ortaya koydu. Hastanın quantiferon testi negatif idi. ACE düzeyi 132 U/L idi ve mikobakteri kültüründe üreme olmadı.



Figür 1



A. PET-BT tiroid bezi sol lob 7,06 SUV max tutulumu, B. EBUS tiroid bezi sol lob 3x8 mm hiperekojen nodül görünümü, C-E. Tiroid bezi sol lobdaki nodülden alınan TBNA hücre bloğu yaymalarında nonkazeifiye granülomatöz inflamasyon mevcuttur.

Tartışma-Sonuç: Tiroid tutulumu sarkoidozda oldukça nadirdir. Literatürde, tiroid sarkoidozu genellikle otopsi sonuçlarında birkaç vakada gösterilmiştir, in vivo olarak bu sayı çok daha azdır. Tiroid nodüllerinin örneklenmesinde genellikle tercih edilen yöntem ultrason eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisidir. Ancak, bu işlem torasik inlet altında yerleşimli lezyonlar için zorlayıcı ve riskli olabilir. EBUS-TBNA sırasında tiroid nodülünden örneklem yapmak, nadir karşılaşılan tiroid sarkoidozu tanısını atlamayı önlemenin yanı sıra daha invaziv tekniklerle ilişkili komplikasyonları potansiyel olarak önlemiştir. Aynı zamanda hasta açısından sürecin uzamasını, maliyeti ve anksiyetenin azalmış olmasını sağladı. Sonuç olarak bu olgu ile EBUS-TBNA'nın tiroid sarkoidozunda minimal invaziv bir tanı aracı olarak uygulanabileceği belirtilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Endobronşiyal Ultrasonografi, Sarkoidoz, Tiroid Tutulumu

PS-051 Covid-19 Döneminde Astım Tanılı Hastada Karsinoid Tümör

Gülşah Ethemoglu¹, Emine Tosun¹, Rahime Yıldız¹

¹Harran Üniversitesi

Giriş-Amaç: Bronşial karsinoid tümörler bronş muköz bezlerindeki Kultchitsky hücrelerinden köken alan, yavaş büyüyen, nadir görülen ve bazen hormonal aktivite gösteren tümörlerdir. Genellikle ana bronş veya lob bronşu gibi büyük solunum yollarından köken alır. Atipik ve tipik karsinoid tümör olarak 2 grupta incelenir. Yazımızda Covid 19 döneminde astım tanı ve tedavisi alan, şikayetleri geçmeyince tarafımıza başvuran ve tipik karsinoid tümör tanısı koyup cerrahiye yönlendirdiğimiz bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Temmuz 2020’de öksürük şikâyeti ile hastaneye başvuran, sigara kullanmayan astım tanılı 32 yaşında kadın hastaya, astım atak ve covid 19 tanısı konarak prednizolon, formeterol+budesonid ve çeşitli antibiotik tedavisi uygulanmış ve tedavi bitiminde kontrol önerilmiş. Ara ara şikayetleri tekrarlayan ve kan tükürmesi olan hasta Ekim 2021’de polklinikimize başvurdu. Fizik muayenede sağ akciğer alt zonda solunum sesleri azalmıştı. Hastanın geçmiş kayıtları incelendiğinde covid -19 şüphesiyle çok kez acil başvurusu olduğu ancak göğüs hastalıklarına kontrole gelmediği anlaşıldı. Kasım 2020’deki toraks bt’sinde sağ akciğer alt lob anterobazal segmentte yumuşak doku dansitesi izlenmekteydi. Nisan 2021’deki tbt’de sağ akciğer alt lob bronşunda yumuşak doku dansiteli dolum defekti izlenmekteydi. Çekilen yeni toraks bt’de sağ intermediet bronş bifurkasyon düzeyinde orta loba giden lobar bronş dalını parsiyel, alt loba giden bronş dalını ise subtotal oblitere etmiş görünümde yumuşak doku lezyonu ve sağ akciğer alt loba giden segmental - subsegmental bronş dallarında ardışık obliterasyonlar ve sağ akciğer alt lobda subtotal ateletazi ile uyumlu görünüm mevcuttu. Hastaya FOB yapıldı, kitle ile tıkalı olan sağ alt lob girişi ve orta lob girişinden biyopsi alındı. Biyopsi sonucu tipik karsinoid olarak raporlandı. Hasta göğüs cerrahisine yönlendirildi, sağ akciğer alt ve orta lobektomi yapıldı, T1N2MX EVRE IIIA olarak kabul edildi. Hastanın takip ve tedavisi devam etmekte.

Fob görüntüsü



Tartışma-Sonuç: Tipik karsinoidler çoğunlukla santral hava yollarında yerleşerek tekrarlayan göğüs ağrısı, hışıltı, pnömoni ve hemoptiziye neden olurlar. Bu nonspesifik klinik nedeniyle hastaların çoğunda tanıda gecikme yaşanmaktadır. Tedavinin esası cerrahi eksizyon olduğundan erken tanı son derece önemlidir. Bizim hastamızda da önce-sinde astım tanısı alması ve Covid 19 nedeniyle göğüs hastalıkları polklineğine başvurmamasından dolayı tanıda gecikme yaşanmıştır. Bronşial karsinoidler nadir görülen, malign nöroendokrin tümörlerdir ve tam cerrahi rezeksiyon tek küratif tedavidir. Bu nedenle, tıbbi tedaviye rağmen tekrarlayan solunum semptomları olan hastalar, doğru ve erken tanı için kapsamlı bir şekilde araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karsinoid Tümör, Tipik, Covid-19, Astım, Fiberoptik Bronkoskop



PS-052 Periferik Lezyonda Ultra-ince Bronkoskopinin Tanıdaki Başarısı

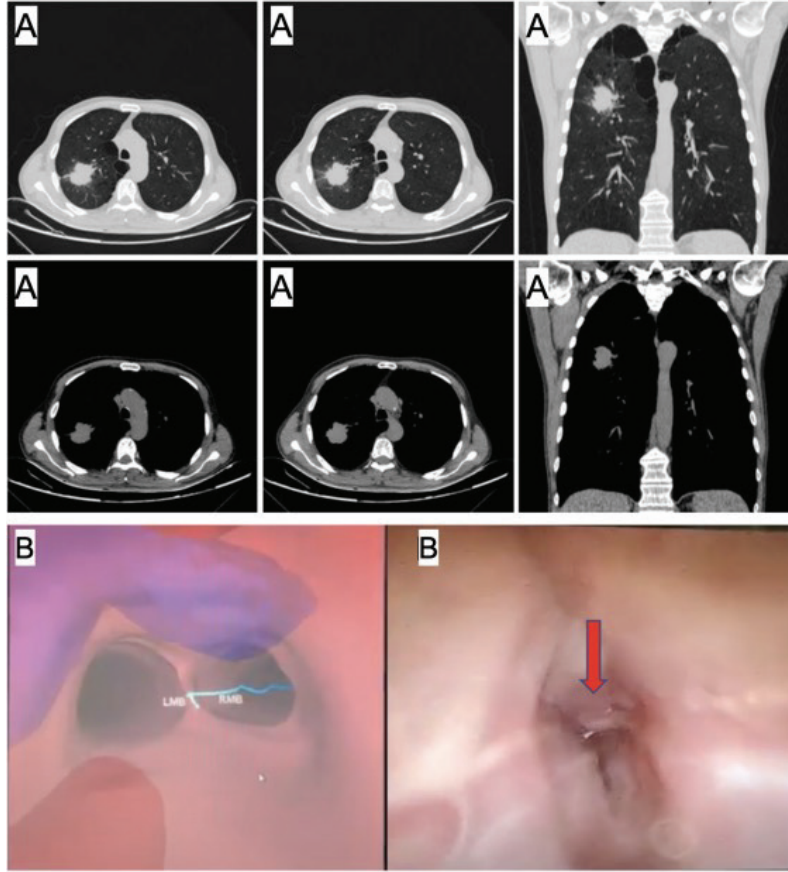
Fatma Meyra Söylemez¹, Ramazan Eren¹, Demet Turan¹, Burcu Babaoğlu¹, Efsun Gonca Uğur Chousein¹, Erdoğan Çetinkaya¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Periferik pulmoner lezyonlar (PPL), son yıllarda sık çekilen Toraks BT'lerle giderek artan sayıda rastlantısal olarak tespit edilmektedir. Ayırıcı tanısında kanserden benign hastalıklara kadar birçok neden mevcuttur. Önemli olan bu lezyonlara yaklaşırken yapılacak biyopsi tekniğini belirlemektir. Konvansiyonel bronkoskopi, Endobronşiyal Ultrasonografiyle transbronşiyal iğne aspirasyonu, transtorasik iğne aspirasyonu (TTiA) ile tanısal işleme uygun olmayan ya da tanı konulamayan hastalarda, cerrahi yönteme başvurulmaktadır. Özellikle broncus-sign olan lezyonlara sanal bronkoskopik navigasyon (SBN) rehberliğinde, ultra-ince bronkoskopilerle ulaşarak ultra-ince biyopsi forsepsi kullanılarak tanıya ulaşılabilir. SBN, hedeflenen PPL'ye bronkoskopi ve biyopsi aletlerini yönlendirebilmek için SB-BT görüntülerini kullanan bir tekniktir. Hedef lezyona doğru oluşturulan bronkoskopik yollara ulaşılmasını sağlayacak ultra-ince bronkoskopi (yaklaşık 2.8 mm) boyutunun küçük olması manevra kabiliyetini artırarak küçük hava yollarından geçebilmesine olanak sağlar. Lezyona ulaşılabilirse 1.1 mm'lik ince biyopsi forsepsleri sayesinde lezyondan biyopsi alınabilmektedir. Bizde, periferik pulmoner lezyonu olan, SBN rehberliğinde ultra-ince bronkoskopi ile görüntülenerek tanıya ulaşılan hastamızı sunmaktayız.

Olgu: Altmış bir yaşında erkek hasta öksürük, kilo kaybı (8 ayda 12 kg) şikayetleriyle başvurdu. Koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve diabetes mellitus tanıları ve 50 paket-yıl sigara öyküsü vardı. Fizik muayenesinde, solunum sistemi doğal ve çomak parmağı mevcuttu. Toraks BT'sinde sağ akciğer üst lobta broncus-sign'ı olan 45 mm boyutunda periferik solid lezyon ve bilateral büllöz amfizem alanları izlendi (Resim-1A). Solunum fonksiyon testinde (SFT); FEV1:1200ml %43, FEV1/FVC:%64 idi. PET-CT'de lezyonun SUVmax:15.2 idi ve lezyon dışında tutulum saptanmadı. Bronkoskopide endobronşiyal lezyon izlenmedi. SFT de FEV1 değerinin düşük olması ve Toraks BT'de büllöz amfizemi nedeniyle TTiA yapılamadı. SBN rehberliğinde ultra-ince bronkoskopi ile biyopsi amaçlandı. Toraks BT görüntüleri işlemi planlamak için kullanılan özel yazılımı olan bilgisayara aktarıldı ve hedef lezyona doğru sanal bronkoskopik yollar oluşturuldu. Ultra-ince bronkoskop ile sağ üst lob posterior segmentin 3.subsegmentinde lezyon izlendi (Resim-1B) ve 1.1 mm'lik biyopsi forsepsiyile multiple biyopsi alındı. Patoloji sonucu yüksek gradeli nöroendokrin karsinom idi. Konseyde değerlendirilen hasta kemoradyoterapi başlanılmasına karar verilerek onkolojiye yönlendirildi.

Resim-1



A: Toraks BT'de; sağ akciğer üst lobta 45 mm boyutunda periferik solid lezyon ve bilateral büllöz amfizem alanları
B: Sanal bronkoskopik navigasyon ile yolak belirleme ve sağ üst lob posterior segmentin 3. subsegmentinde endobronşiyal lezyon

Tartışma-Sonuç: PPL, COVID-19 salgın döneminde çokça çekilen Toraks BT ile rastlantısal olarak çok sayıda tespit edilmiştir. Bu lezyonların değerlendirilmesi ve tanısal yöntemlere karar verilerek uygulanacak biyopsi yöntemleri değer kazanmaktadır. Özellikle broncus-sign olan lezyonlarda SBN ile hedef lezyona alternatif yollar belirlenerek ultra-ince bronkoskop ve ince biyopsi forsepsleri ile biyopsi alınarak tanıya ulaşmak hastayı olası tanısal cerrahi işleme gerek duyulmamasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Sanal Bronkoskopik Navigasyon, Ultra İnce Bronkoskop, Periferik Pulmoner Nodül, İnsidental Lezyon



PS-053 Astım Tanısı ile Takip Edilen Hasta: Trakeal Amiloidoz

Umut İlhan¹, Barış Demirkol², Ramazan Eren¹, Demet Turan¹, Efsun Gonca Uğur Chousein¹, Erdoğan Çetinkaya¹

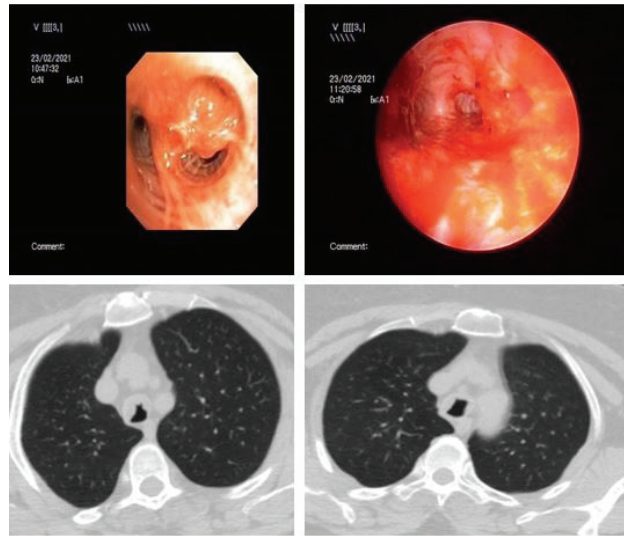
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Eğitim Araştırma Hastanesi

²İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Amiloidoz amiloid fibrin proteinlerinin anormal birikimiyle karakterize nadir görülen sistemik bir hastalıktır. Primer sistemik amiloidoz, sıradışı B lenfosit klonlarının yapışkan immunoglobulin hafif zincirinin (AL) depolanması ile oluşurken; sekonder amiloidoz, kronik enfeksiyon ve inflamatuvar bozukluklarda görülüp temel proteini amiloid A (AA)'dır. Hastalık şiddetli öksürük, nefes darlığı veya hemoptizi gibi semptomlarla kendini gösterir. Hava yolu obstrüksiyonu, ateletazi ve tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlara neden olabilir. Uzun yıllardır devam eden dispne şikayetiyle başvuran ileri tetkikler sonucu endobronşiyal amiloidozis tanısı alan olguyu sunmak istedik

Olgu: Altmış yaşında kadın hasta üç yıldır olan öksürük ve nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Bilinen astım, hipertansiyon ve hipotiroidi tanıları mevcuttu. Astım nedeni ile uzun süredir inhaler tedavi kullanmaktaydı. Sigara kullanmamıştı. Fizik muayenesi doğaldı. Toraks BT'de trakea proksimalinde anteriorolateral duvarda yaklaşık 7.5 mm'yi bulan kalınlaşma; sağ akciğer üst lobda apekten başlayıp parahiler alana doğru uzanan 4.5x4 cm konsolide alanlar ve hafif buzlu cam dansiteleri mevcuttu. Bronkoskopide vokal kordlardan 2 cm sonra başlayan, trakea distaline doğru uzanan, en büyüğü 3 cm olan, mukozadan kabarık, lümeni yaklaşık %70 daraltan lezyonlar izlendi. Tanı ve tedavi amaçlı yapılan rijid bronkoskopi ile trakeadaki lezyonlara argon plazma koagülasyon ve mekanik rezeksiyon yapılarak trakeada tam açıklık sağlandı. Patoloji sonucu subepitelyal alanda homojen amorf materyal birikimi lehine değerlendirilip amiloidoz ile uyumlu raporlandı. Sistemik tutulum açısından dahiliyeye yönlendirildi. Sekonder amiloidoz lehine değerlendirilen hastada başka tutulum gözlenmedi ve kolşisin tedavisi başlandı. Hastanın takip ve tedavisi devam etmekte.

Resim 1



İşlem Öncesi ve İşlem Sonrası Bilgisayarlı Tomografi ve Bronkoskopi Görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Nefes darlığı nedeni ile astım tanısı alan hastalarda tedavi yanıtını değerlendirmek önemlidir. Tedaviye yeterli yanıt alınamayan hastalarda trakeal lezyonlar akılda tutulmalıdır. Özellikle benign karakterli yavaş büyüyen endotrakeal lezyonlar uzun yıllar başka tanımlarla gereksiz tedaviler alabilmektedir. Çoğunlukla da akciğer grafisinde bulgu vermeyebilir. Toraks BT ve hatta gerekirse bronkoskopik değerlendirme yapılması gerekir. Trakeobronşiyal ağaçta görülen amiloidoz insidansı oldukça düşüktür. Bazen hastalık belirtileri ve semptomları nedeni ile tümör düşündürülebilir. Endobronşiyal amiloidozlar oldukça nadir görülmekle birlikte takip edilen tedaviye yanıtsız olgularda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Astım, Amiloidoz, Trakeal Lezyon

PS-054 Atelektazi ve Tekrarlayan Pnömoni ile Başvuran Endobronşial Lipoma Olgusu

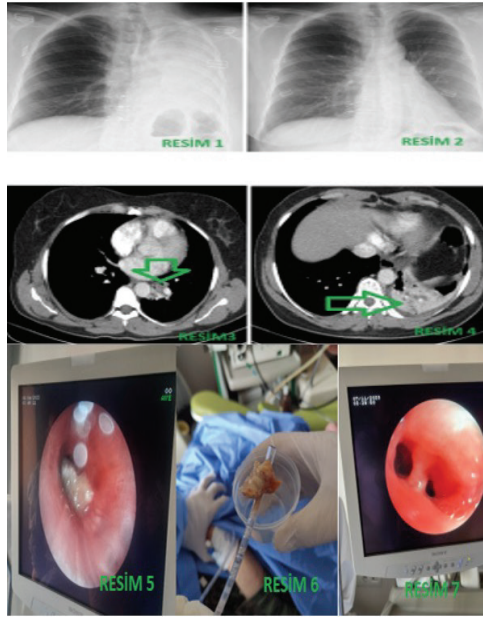
Ersin Erdem Demirtaş¹

¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi

Giriş-Amaç: Endobronşiyal lipom, solunum sistemi ile ilgili benign bir tür tümördür. Lipomlar yağ dokusundan oluşan yumuşak kitlelerdir. Bu bronşiyal sistemde genellikle nadir görülen bir durumdur. Burada bronş tıkanıklığına bağlı atelektazi ve tekrarlayan pnömoni atakları ile gelen ve operasyonu kabul etmediği için endobronşiyal işlem yapılan bir olgunun sunulması planlandı.

Olgusu: 42 yaşında kadın hasta göğüs hastalıkları polikliniğine öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Daha önce birkaç kez pnömoni nedeniyle antibiyoterapi aldığı öğrenildi. Akciğer grafisinde sol hemitoraksta atelektazi ile uyumlu olduğu düşünülen trakea ve mediasten yapılarını kendine çeken diffüz opasite saptandı (RESİM 1). Oda havasında SpO2:92 olan hasta hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide sol akciğer alt lob ana bronş girişini tıkanık kıran endobronşiyal lezyona rastlandı ve biyopsi alındı (RESİM 5-6).Bronkoskopi sonrasında akciğer grafisinde belirgin düzelme saptandı (RESİM 2).Bronkoskopi sonrası çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde sol akciğer alt lobda paramediastinel alanda bronşun tamamına yakınıni oblitere eden 16x21mm ebatlı yumuşak doku dansitesinde nodüler görünüm ve bu alan distalinde akciğer parankiminde 79x29mm ebatlı bronşiyal sekresyon içeren kollebe alan izlendi (RESİM 3-4). Patoloji raporu endobronşiyal lipom ve inflamasyon ile uyumlu gelen hasta göğüs hastalıkları konseyine çıkarıldı.Konsey kararıyla operasyon önerilen hasta operasyonu kabul etmeyince hasta ileri merkeze gönderildi ve endobronşiyal işlem yapıldı. Kontrol bronkoskopisi normal olarak değerlendirildi (RESİM 7). Hasta göğüs hastalıkları polikliniğinde takibe alındı.

OLGU GÖRÜNTÜLERİ



Resim 1:Hastanın İlk Başvurudaki Akciğer Grafisi,Resim 2:Hastanın Bronkoskopi Sonrası Akciğer Grafisi,Resim 3 Ve 4:Hastanın Bronkoskopi Sonrası Bilgisayarlı Toraks Tomografisi,Resim 5 Ve 6:Endobronşiyal Lezyon Ve Biyopsi Görüntüsü,Resim 7:Endobronşiyal İşlem Sonrası Kontrol Bronkoskopi Görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Endobronşiyal lezyonlar atelektazi ve tekrarlayan pnömonilere neden olmakla birlikte lipom bronşiyal sistemde nadir görülen bir durumdur. Yumuşak ve kanamasız bir lezyon olması tipiktir. Bu tip vakalarda tedavide endobronşiyal işlemler uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Lipom, Endobronşiyal, Lezyon, Atelektazi, Pnömoni



PS-055 Endobronşiyal Ultrason Rehberliğinde Transbronşiyal İğne Aspirasyonu Sonrası Gelişen İdiopatik Pnömotoritoneum

Özlem Düvenci Birben¹, Ayşegül Şentürk¹, Derya Yenibertiz¹

¹Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Endobronşiyal ultrason (EBUS) ile birlikte transbronşiyal iğne aspirasyonu (TBNA), torasik lenf düğümle-
rinin biyopsisi ve akciğer kanserinin evrelendirilmesi için yaygın kullanılan bir prosedürdür. Bildirilen komplikasyon
oranları genellikle düşüktür, en yaygın olanları hemotoraks, pnömotoraks, mediastinal amfizem ve mediastinitis.
Pnömotoritoneum EBUS sonrası nadir gelişen bir komplikasyondur. Olgumuzda EBUS sonucunda da pnömotorito-
neum gelişen hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: 68 yaşında kadın hasta öksürük şikayeti ile çekilen toraks tomografisinde (BT) sağ üst pretrakeal 20 mm lenf
nodu saptanması üzerine pozitron emisyon tomografisi (PET-BT) istendi. Sağ üst paratrakeal 19x13 mm patolojik art-
mış fluoro-deoksi-glukoz (FDG) tutulumu olan yumuşak doku görünümü (erken SUVmaks: 10.35, geç SUVmaks: 15.57)
lenfadenopati izlendi. Tanı için hastaya EBUS eşliğinde TBNA uygulandı. Sadece sağ üst paratrakeal (2R) örneklen-
diğinden işlem 15 dakika sürdü. Hasta işlem sonrasında desatüre ve hipotansif olması üzerine entübe edildi. Batın dis-
tandü olarak gözlemlendi. Hastaya ameliyathanede acil bronkoskopi yapıldı. Trakeal perforasyon görülmedi. Sonrasında
hasta yoğun bakım ünitesine alındı ve nazogastrik tüp takıldı. Hızlıca çekilen Toraks BT de subkutan amfizem veya
pnömotoraks izlenmedi, batında serbest hava gözlemlendi. Gastrointestinal sistemi, özellikle özofagus perforasyonunu
değerlendirmek için tekrardan oral kontrastlı torakoabdominal BT çekildi, kontrast sızıntısı görülmedi. Girişimsel
radyoloji tarafından; batın içerisine su altı drenajı yerleştirildi. Hastanın satürasyonu ve tansiyonu normal sınırlara
geldi. Yoğun bakımda bir gün kaldıktan sonra hasta göğüs servisine nakledildi. İkinci gün tamamen iyileşti ve genel
durumu iyi olarak taburcu edildi. Doku örneklerinin histopatolojik incelemesi granümatöz inflamasyon olarak ra-
porlandı. Hastanın 3 ay ve 6 ay kontrollerinde hastada gastrik bir probleminin olmadığı öğrenildi.

Abdominal BT görüntüsü



Karında serbest hava görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Pnömotoritoneumlar genellikle bir karın içi lümenli organ perforasyonları sonrası oluşurlar. Ancak
hastaların yaklaşık %10 kadarında radyolojik olarak tespit edilen serbest havanın kaynağı karın içi patoloji olma-
yabilir. Literatürde EBUS sonrası; pnömotoraks ve pnömomediastinum gelişmeden oluşan pnömotoritonyum bizim
olgumuz dışında sadece iki olguda bildirilmiştir. Bu tür bir komplikasyonun çok düşük görülme sıklığına rağmen,
EBUS-TBNA'da yer alan tüm klinisyenler (endoskopist, anesteziist ve hemşireler) tarafından bilinmesi tedavisinde
acil müdahale gerekmesi lümen perforasyonlu pnömotoritoneum aksine ilk tedavinin cerrahi yerine dekompresyon
olması nedeni ile son derece önemlidir. Sonuç olarak EBUS esnasında veya sonrasında karında şişkinlik gelişen
desatüre hastalarda pnömotoritoneum konusunda uyanık olunmalı. Burada önemli olan konu, bu durumun visseral
organ perforasyonuna bağlı olup olmadığının tespit edilmesidir. Visseral organ perforasyonu olmayan hastalarda
konservatif tedavi ile klinik tablo düzelmektedir.

Anahtar Kelimeler: Endobronşiyal Ultrason, Pnömotoritoneum

PS-056 EBUS ile Mediastinal Lenf Nodu Örneklemesi Sırasında Rastlantısal Pulmoner Emboli Saptanan Asemptomatik Hasta: Olgu Sunumu

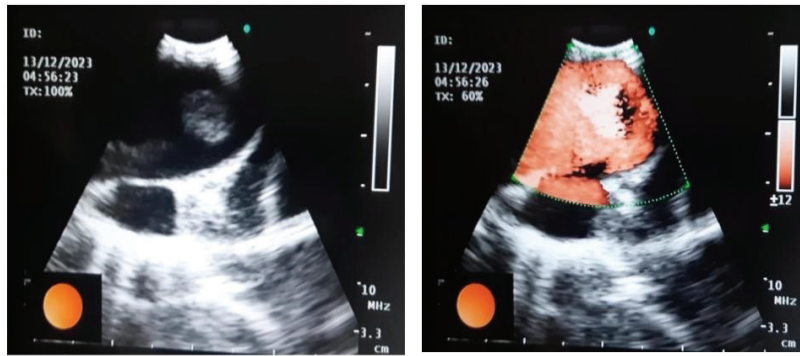
Mustafa Ersözlü¹, Serhat Erol¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Pulmoner emboli, pulmoner arter ana ve segmental dallarında trombüs materyali ile karakterize olan akciğer damar hastalığıdır. Malignite tanılı hastalarda insidental pulmoner emboli sıklığında artış olduğu bilinmektedir. Endobronşiyal ultrasonografi (EBUS), paratrakeal ve peribronşial yapı ve dokuların incelenmesi ve örneklenmesi için yerleşiklik kazanmış minimal invaziv bir yöntemdir. EBUS'un pulmoner emboli başta olmak üzere akciğer damar hastalıkları tanısındaki yeri güncel bir tartışma konusudur.

Olgu: Bilinen hipertansiyon, astım, hipotiroidi ve opere akciğer hastalığı tanılı 64 yaşında kadın hasta, onkoloji polikliniği takibinde yeni gelişen yaygın mediastinal ve hiler lenfadenopati sebebiyle EBUS planlanması için tarafımıza yönlendirildi. Son 2 aydır halsizlik şikayeti mevcuttu. Özgeçmişinde opere papiller tiroid karsinom ve 14 yıl önce sol akciğer kitle wedge rezeksiyon sonucunda akciğer adenokarsinom tanısı mevcuttu. Soygeçmişinde trombofili öyküsü yoktu. Levotiroksin, kandesartan ve salmeterol-flutikazon kombinasyonlu inhaler tedavi almaktaydı. Oral kontraseptif kullanımı yoktu. Derin ven trombozu veya immobilizasyon öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde boyunda tiroidektomi skarı, göğüs kafesi sol yanda torakotomi skarı ve karaciğer kot altında palpabl idi. Biyokimyada transaminazlar normal sınırdı, Alkalen fosfataz, Gama Glutamil Transferaz 2 kat yüksekti ve CEA, CA-15-3 hafif düzeyde yüksek saptandı. Onkolojik takibinde çekilen torako-abdominopelvik BT'de yeni gelişimli, mediasten ve hiler yerleşimli patolojik boyutta ve heterojen dansiteye sahip lenfadenopatiler, sağ akciğer orta lob ve lingulada iyi sınırlı nodüller, karaciğer boyutunda artış, multipl segmentte nodüler lezyonlar ve pankreas gövde bölümünde hipodens lezyonlarla birlikte kanal gövde ve kuyruk bölümünde diffüz olarak hafif genişleme saptanmıştı. Hastanın PET-CT incelemesinde mediastinal LAP, karaciğer nodülleri, pankreas distalinde ve kas-iskelet sisteminde multipl odakta hipermetabolizma saptanmıştı. EBUS ile mediastinal ve hiler lenf nodlarının örneklenmesi planlandı. Konveks prob EBUS ile yapılan işlem sırasında sağ ana bronş komşuluğunda pulmoner arter dalı içerisinde hareketli trombüs materyali saptandı. Hemodinamisi stabil olan hastaya BT pulmoner anjiyografi ile tanının doğrulanması üzerine enoksaparin ile antikoagulan tedavi başlandı.

Görsel 1. Sağ ana bronş komşuluğunda pulmoner arter dalı içinde trombüs materyalinin EBUS gri skala ve doppler US görüntüsü



Tartışma ve Sonuç: EBUS ile pulmoner arterin ana dalları incelenmektedir. Malignite hastalarında insidental pulmoner emboli riskinde artış olması sebebiyle malignite ön tanısı ile yapılan EBUS işlemlerinde gri skala ve gereğinde doppler US modları ile vasküler yapıların pulmoner emboli açısından incelenmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Konveks Prob, Endobronşiyal Ultrasonografi, Pulmoner Embolizm



PS-057 Radyolojik Bulgusu Olmayan Erken Evre Akciğer Kanserinde Bronkoskopinin Önemi

Şeyma Fersan Karakanlı¹, Sibel Yurt¹, Ayşe Bahadır¹, Mehmet Akif Özgül¹, Aygül Güzel¹, Barış Demirkol¹, Nur Büyüknarbaşılı¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Skuamöz hücreli karsinom, bronş epitelinde yıllar öncesinde başlayan metaplazi veya displaziye izleyen in-situ karsinomdan sonra ortaya çıkan sigara ile ilişkili akciğer malignitesidir. Bronş lümeninden köken alır ve bronş mukozasında 1-2 cm çapında kalınlaşma ve kabarıklık oluşturarak başlar. Bu safhada klinik olarak herhangi bir bulgu görülmemekle beraber invazyon geliştikçe solunumsal şikayetler gelişebilir, endobronşial pnömoni ve atelektazilere neden olabilir. Bu vakamızda geç rezorbe olan pnömoni ve etiyoloji amaçlı yapılan bronkoskopide insidental saptanan skuamöz hücreli karsinom olgusu ile bronkoskopinin önemini sunmayı amaçladık.

Olgu: 76 yaşında erkek hasta; son iki aydır devam eden öksürük, sarı balgam şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yakınmaları antibiyotik tedavisi ile düzelmemişti. Bilinen koah, hipertansiyon ve periferik arter hastalığı mevcuttu. Özel kuvvetler müdürü olarak çalışan hasta 50 paket/yıl sigara kullanmıştı ve soy geçmişinde özellik yoktu. Sistemik muayenesinde ve laboratuvar değerlerinde patoloji saptanmadı. Solunum sistemi muayenesinde bilateral alt zonlarda raller duyuldu. Toraks tomografisinde, akciğer grafisinde görülmeyen bilateral alt loblarda fibrotik zeminde oluşan konsolidasyon alanları izlendi. Mevcut görüntüleme ve klinik durumu nedeniyle hastaya bronkoskopi işlemi yapıldı. Bronkoskopisinde sağ akciğer alt lob superior segment girişinde mukozal kabartı izlendi. Biyopsi alındı, patoloji sonucu; kısmen papiller yapılanma gösteren küçük hücreli dışı karsinom infiltrasyonu "skuamöz hücreli karsinom" olarak raporlandı. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) görüntülemesinde endobronşial, mediastinal alanda ve parankimal konsolidasyonlarda F-18 fluoro 2-deoksi glikoz (FDG) tutulumu izlenmedi. EBUS ile mediasten evrelemesinde antroktotik benign lenfoid doku fragmanları görüldü. Hasta göğüs cerrahisine yönlendirildi, sağ alt lobektomi yapılması sonrasında alınan materyal örneği histopatolojik olarak skuamöz hücreli karsinom ile uyumlu geldi.

Tartışma-Sonuç: Etkin antibiyoterapi sonrasında klinik ve radyolojik olarak geç rezorbe olan, tekrarlayan pnömonilerin akciğer malignitelerine sekonder gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Erken evre akciğer kanseri olgularında tomografi ve pet görüntülemelerinin yeri sınırlıdır, bronkoskopi yöntemi ile preinvaziv lezyonları görmek, biyopsi alarak malignite teşhisi koymak mümkündür.

Bronkoskopi



Bronkoskopide sağ akciğer alt lob superiorda mukozal infiltrasyon

Anahtar Kelimeler: Pnömoni, Akciğer Kanseri, Bronkoskopi

PS-058 Kronik Öksürükte Gözden Kaçan Trakeal Lezyonlar

Ensar Cihat Emiroğlu¹, Olcay Ayçiçek¹, Kübra Nur Kılıç², Bekir Sami Karapolat²

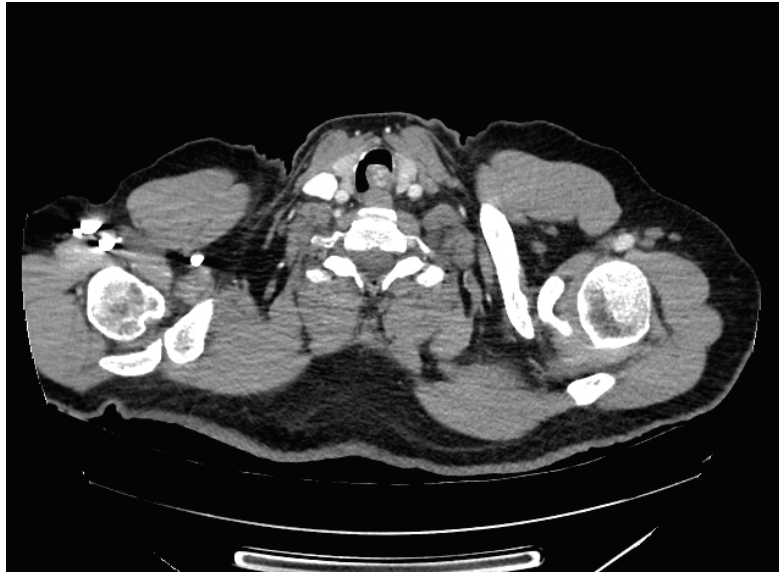
¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Primer trakea tümörleri nadirdir. 30 yıllık bir süre boyunca toplam 38 vakayı tanımlamış bir çalışmada bu tümörlerin yaklaşık üçte ikisinin iyi huylu olduğu saptanmıştır. Lezyonun yerine göre trakeal tümörlerde öksürük, nefes darlığı, ses kısıklığı gibi non-spesifik semptomlar görülebilir. Bu nedenle sebat eden semptomlarda ileri tetkik yapılmalıdır. Bu olguda kronik öksürük ile takip edilen ve tedaviye yanıt vermeyen durumlarda altta yatan organik sebeplerin içinde trakeal lezyonların da olabileceği akılda tutulmalıdır

Olgu: Bilinen hipertansiyon ve tip 2 diyabetes mellitus tanıları olan 50 yaş hasta, uzun yıllardır öksürük şikayeti kliniğimize başvurdu. Antitusif ve antihistaminik tedaviler denenmiş ancak semptomlarda gerileme olmamış. Hastaya solunum fonksiyon testi istendi ve değişken ekstratorasik havayolu darlığı ile uyumlu bulundu. Çekilen bilgisayarlı tomografisinde vokal kordların yaklaşık 2 cm inferiorunda lümene protrüze lezyon (15x14 mm) izlendi. Bronkoskopi işlemine alınan hastada lezyon görüldü ve tekrarlayan wang biyopsiler alındı. Patoloji sonucu kondroid neoplazm?, kondrosarkom? Olarak raporlanması üzerine hasta göğüs cerrahisi tarafından opere edildi. Total eksize edilen lezyonun patolojik inceleme sonucu ön planda enkondrom olarak düşünülmekle beraber iyi differansiye kondrosarkom kesin olarak dışlanamadı. Hasta postoperatif takibe alındı. 6 ay sonra yapılan kontrol bronkoskopisinde operasyon yerinde endobronşial lezyon izlenmedi, progresyon görülmeydi.

İntratrakeal kitlenin BT görünümü



Bilgisayarlı tomografi mediasten kesitinde trakeada lümene doğru protrüze lezyon görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Tedaviye yanıtız uzun süreli öksürük şikayeti olan hastalar ileri tetkik gerektirir. Bu hastalarda trakeanın primer lezyonları nadir de olsa altta yatan sebep olabilir.

Anahtar Kelimeler: Trakeal Lezyon, Ekstratorasik Havayolu Darlığı, Enkondrom, Kondrosarkom



Poster Bildiri Oturumu 4: İnterstisyel Akciğer Hastalıkları

PS-059 Tokolitik Tedavide Kullanılan Yüksek Doz Nifedipine Bağlı Akciğer Ödemi

Rupel Ezgi Yıldırım¹, Veysi Tekin¹, Özge Yersel Karaoğlu¹, Erol Başaranoğlu¹, Nuriye Gökçe Erkan¹,
Hadice Selimoğlu Şen¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Diyarbakır

Giriş-Amaç: İlaçlara bağlı akciğer hasarı ilk kez 1880 yılında Osler tarafından otopsi sırasında opiyatlara bağlı akciğer ödemi olgusunda tanımlanmıştır. Daha sonra 1900'lü yıllarda ilaçlara bağlı akciğer hastalığı oluşabileceğine dikkat çekilmiş ve bununla alakalı ilk makale 1972 yılında yayınlanmıştır. Çünkü ilaçlara bağlı akciğer hastalıklarında klinik, laboratuvar, radyolojik, histolojik bulgular nonspesifik olduğundan tanı koymak oldukça zordur. İlaçlara bağlı akciğer hasarı durumuna yaklaşımın temeli, benzer tablolara yol açan diğer olası nedenlerin (enfeksiyon, malignite vb.) dışlanmasıdır. Yine ilacın kesilmesi ile bulguların gerilemesi de tanıda yardımcıdır. Tedavide, sorumlu ilacın kesilmesi, destek tedavi ve bazı olgularda kortikosteroidler önerilir. İlaçlar iki mekanizma ile pulmoner ödeme neden olurlar. Birinci neden, bazı ilaçların kapiller endotelde hasara neden olarak sıvı ve proteinlerin interstisyuma kaçışına yol açmasıdır. İkinci neden ise; bazı ilaçların santral sinir sistemini deprese ederek nörojenik pulmoner ödeme neden olmasıdır. Nifedipin pulmoner arteriyel hipertansiyonda vazoreaktivite testi pozitif olan hastalarda ve gebelikte preterm eylem tehdidinde tokolitik olarak kullanılabilen bir ajandır. Preterm eylem tehdidi olan bir gebede, tokolitik amaçlı yüksek doz nifedipin kullanımına bağlı gelişen akciğer ödemi, nadir görülmesi nedeniyle, tanı ve tedaviye dikkat çekme amacıyla sunuldu.

Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan 34 yaş, 24 haftalık gebe kadın hasta kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde servikal yetmezlik sebebiyle takip edilirken, ani gelişen saturasyon düşüklüğü ve öksürük sebebiyle kliniğimize konsülde edildi. Vital bulgularında dakika solunum sayısı 25, arteriyel tansiyon 120/80 mmHg, nabız 120/dakika, 5 lt/dk nazal oksijen desteği ile saturasyon %86 ölçüldü. Fizik muayenede, oskültasyonda, sağ akciğer alt alanda daha belirgin olmak üzere bilateral alt alanlarda ral duyuluyordu. Laboratuvarında, D-dimer yüksek ve kardiyak enzimler normal izlendi. Arter kan gazında hipoksi ve respiratuvar alkaloz görüldü. Radyolojik incelemeyi kabul etmeyen hastada pulmoner tromboemboli ekarte edilene kadar tedavi dozunda düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi önerildi. Bilateral alt bacak venöz doppler ultrasonografide derin ven trombozu saptanmadı. Ekokardiografide sağ ve sol kalp boşlukları normal, pulmoner arter sistolik basıncı 26 mmHg ölçüldü, Kardiyoloji kliniği hastada kardiyak patoloji düşünmedi. Hastanın detaylı anamnezinde hastaya 3 gün önce tokoliz amaçlı yüksek doz nifedipin başlandığı (1.gün 1600 mg 2.gün 1600 mg 3.gün 1200 mg) ve nifedipin sonrası dispne ve saturasyon düşüklüğü olduğu öğrenildi. Çekilen korumalı akciğer grafisinde, kardiyomegali, sağ ac alt zon parakardiyak alanda santral opasite artışı ve bilateral alt zonlarda hafif infiltrasyon izlendi (Resim 1A). Mevcut bulgularla hastada yüksek doz nifedipine bağlı akciğer ödemi düşünüldü. Düşük molekül ağırlıklı heparin profilaksi dozuna düşüldü. Nifedipinin kademeli azaltılması ve sonrasında kesilmesi önerildi. Takipte hastanın dispne şikayeti günler içinde azaldı, oskültasyon bulguları düzeldi ve oksijen desteğine ihtiyacı kalmadı. İki hafta sonra çekilen akciğer grafisinde radyolojik lezyonların tama yakın düzeldiği görüldü (Resim 1B).

Tartışma-Sonuç: Nifedipin tedavisinin etkili ve güvenli olmasının tespiti ile günümüzde tokolitik ajan olarak çok yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Ancak yüksek dozlarda akciğer ödeme yol açabilir. Akut ve kronik gelişen dispne, öksürük ve solunum yetmezliklerinde iyi bir ilaç anamnezi de oldukça önemlidir. Semptomlar öksürük şeklinde başlayıp akut solunum yetmezliğine kadar değişik şekillerde ortaya çıkabilir. Hastanın ağırlığına göre klinik değerlendirilir. Klinik ve radyolojik bulgular spesifik olmadığından, erken ve doğru tanı için ilaç kullanım öyküsünün akla getirilmesi ve sorgulanması gerekir. Akciğer hasarına neden olabilecek ilaçların ve oluşturdukları histopatolojik-radyolojik bulguların bilinmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: Nifedipin, Pulmoner Ödem, Tokoliz

PS-060 Nörosarkoidoz Olgusunda İnfiximab Deneyimi; Bir Olgu Üzerine

Ebru Korkmaz¹, Nilüfer Aylin Acet Öztürk¹, Özge Aydın Güçlü¹, Ahmet Ursavaş¹, Mehmet Karadağ¹

¹Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Sarkoidoz; birçok organ ve sistemi tutabilen, etiyojisi kesin olarak bilinmeyen, histopatolojik olarak nonkazeifiye granümatöz inflamasyonla seyreden, otoimmün kökenli bir hastalıktır. Nörosarkoidoz ise sarkoidozun ciddi fakat nadir görülen bir formudur. Sarkoidozda klinik olarak saptanabilen sinir sistemi tutulumu %10'un altındadır. Nörosarkoidozun sık görülen formları kraniyal sinir tutulumu, özellikle fasiyal paralizi, hipotalamik ve hipofizit lezyonlardır. Sistemik steroid tedavisi birinci basamak tedavi seçeneği olmakla beraber tedavi yanıtı yetersizliği veya steroid yan etkileri varlığında metotreksat ikinci basamak tedavide yer alır.

Olgu: 30 yaşında kadın hasta, yaygın mediastinal lenfadenopati ve parankim tutulum bulguları olan kan ACE düzeyi 297 mikrogram / L olan ve eşlik eden hiperkalsemi olan hasta sarkoidoz tanısı ile takibe alındı. Takiplerinde metilprednizolon altında regresyon izlenen ancak doz düşüşünde tekrar alevlenme ile steroid dozu artırılan hasta, ilk tanıdan 4 yıl sonra steroid tedavisi prednizolon 5 mg almakta iken uykuya meyil, oryantasyon bozukluğu ve konuşmada yavaşlama ile değerlendirildi. Kranial MR görüntülemesinde; optik kiazma ve optik tractus düzeyinde ve 3. ventrikülde leptomeningeal tarzda yoğun kontrast tutulumu izlendi. EEG bulguları diffüz serebral kortikal fonksiyon bozukluğunu destekler nitelikte olan hasta nörosarkoidoz kabul edilerek tedaviye metotreksat (MTX)15 gr/hafta dozunda eklendi. Ancak MTX tedavisi ile izlenen görsel halüsinasyon yan etkisi nedeniyle tedavinin 14. ayında MTX kesilerek metilprednizolon tedavisine azatiopurin 50 mg/gün eklendi. Metilprednizolon ve azatiopurin tedavisinin 17. ayında epileptik nöbetleri tekrar başlayan hastada imuran yanıtı kabul edilerek infliximab tedavisine başlandı. İnfiximab tedavisi altında hastanın hastane başvurusu olmadığı, tüm yakınma-şikayetlerinin artık olmadığı, nöbet, amnezi ve güçsüzlük semptomlarının hiçbirinin tekrarlanmadığı gözlemlendi. Hastanın tedavisi devam etmektedir.

Tartışma-Sonuç: Sarkoidoz olgularında semptomatik nörolojik tutulum %5-10 arasında bildirilmektedir. Buna rağmen nörolojik tutulum sarkoidozda önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Refrakter olgularda anti-TNF ajanların kullanımı son yıllarda olgu serileri ile gösterilmiştir. Biz de diğer immünsupresif tedavilere yanıtı yetersiz refrakter nörosarkoidoz olgumuzda bir anti-TNF ajan olan infliximab kullanımının başarısını sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Nörosarkoidoz, İnfiximab



PS-061 İdiyopatik İntertisiyel Pnömoni Ayırıcı Tanısında Deskuamatif İntertisiyel Pnömoni

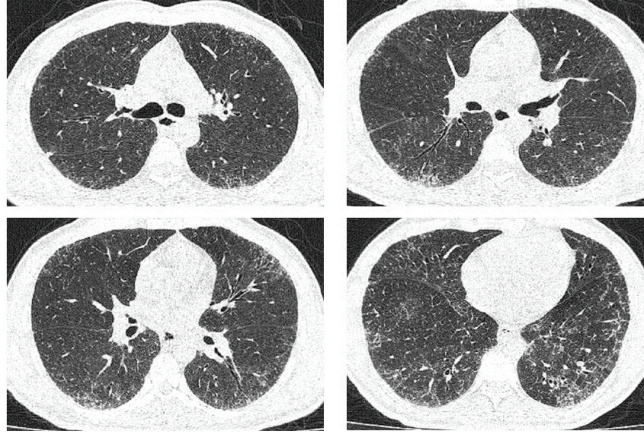
Zübeyde Gülce¹, Fatma Demirci Üçsular¹

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

Giriş-Amaç: Deskuamatif intertisiyel pnömoni (DİP), distal hava yollarında ve alveollerde difüz alveoler makrofaj birikimi ve intertisiyel inflamasyon ile karakterize nadir idiyopatik interstisiyel pnömonilerden (İİP) biridir. Öyküde çoğunlukla sigara içme hikayesi mevcuttur. DİP genellikle ilerleyici dispne, öksürük ve akciğer radyografisinde bilateral difüz infiltratlar ile kendini gösterir. Histopatolojik olarak akciğerde fibrozis, inflamasyon, granümatöz değişiklikler veya eşlik eden sekonder vasküler değişikliklerin varlığında DİP akla gelmelidir. Diğer İİP'lerden ayırtetmek için multidisipliner kararla patolojik olarak da tanının verifiye edildiği DİP olgusunu nadir görüldüğü için sunmayı uygun bulduk.

Olgu: 3 yıldır efor dispnesi ve öksürük şikayeti ile başvuran, 50 p/y sigara öyküsü olan hasta yaklaşık 20 yıl önce 6 yıl boyunca güvercin beslemişti. Mesleği şoför olan hastada DM ve HT hastalığı mevcuttu. Hastanın fizik muayenesi, solunum sesleri olağandı. Akciğer grafisinde bilateral retiküler dansite artışı saptanması üzerine hastaya yüksek rezolüsyonlu toraks BT çekildi. BT'de alt loblarda bronş duvar kalınlaşmaları ve silindirik bronşektaziler izlendi. Yine alt loblarda buzlu cam opasiteleri ve interstisiyel fibrozis bulguları mevcuttu. Yapılan solunum testlerinde; DLCO: 7.04 mmol/kPa/min %84, FVC: 3700 ml %118, FEV1: 2930 ml, %109, FEV1/FVC: %78 idi. Bronkoskopik BAL'da hücre dağılımı normal sınırlarda idi. Wedge rezeksiyonla alınan akciğer doku örneğinin patolojisi: alveol septalarında diffüz fibrotik kalınlaşma, deskuamatif pnömoni benzeri intraalveoler histiosit toplulukları, damar duvarlarında medial kalınlaşma, ve fibrosis mevcuttu. Bulgular DIP ile uyumlu olarak raporlandı. Hasta multidisipliner konseyde görüşülerek DIP tanısı kondu. Hastaya sigarayı bırakması önerildi. Pulmoner fonksiyon kaybı olmayan hastaya sistemik kortikosteroid başlanmadı. 3-6 aylık takibe alındı. Takiplerde semptomlarda azalma görülürken, radyoloji ve pulmoner fonksiyonlarında kötüleşme olmadı.

Resim 1



Olgunun başvuru Toraks Bilgisayralı Tomografisi

Tartışma-Sonuç: Sigara ilişkili DİP nadir görülen, ayırıcı tanı için bazı olgularda cerrahi biyopsiye başvurulmuş, bazen progresif seyredebilen bir idiyopatik interstisiyel pnömonidir. Hastalık progresyonunun durdurulması veya yavaşlatılmasında sigaranın bırakılmasının büyük önem taşıdığını, her olguda sistemik kortikosteroid başlama endikasyonu açısından her yönüyle hastayı takibe almanın gerekliliğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Deskuamatif İntertisiyel Pnömoni, İdiyopatik İntertisiyel Pnömoni, Sigara

PS-062 Malignite ile Karışabilen Kriptojenik Organize Pnömoni

Ezgi Yüksek Memiş¹, Sümeyye Alparslan Bekir¹, Sinem Güngör¹, Eylem Tunçay²

¹SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

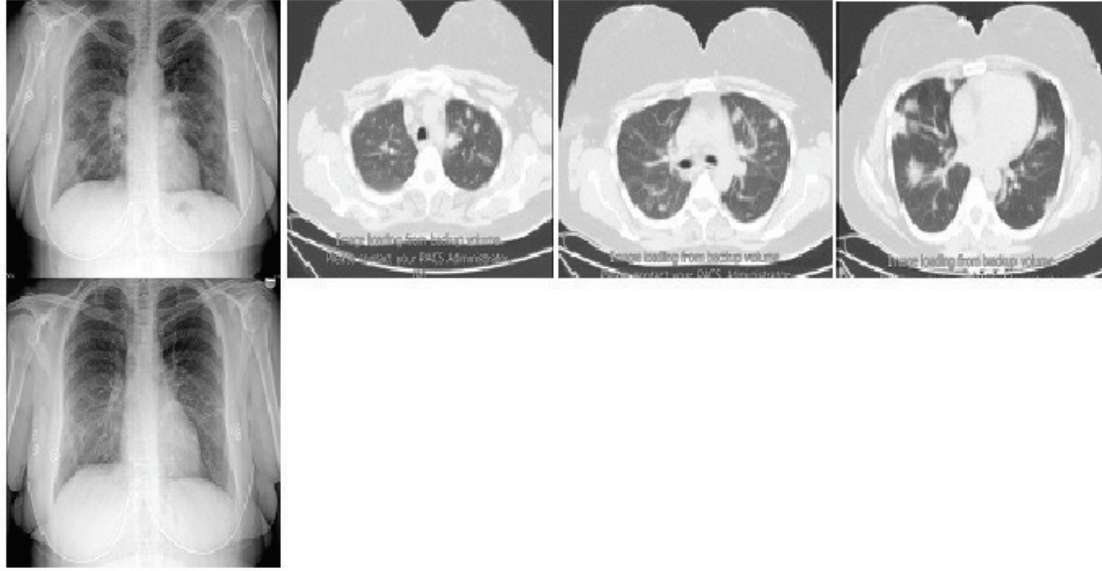
²SBÜ Sancaktepe İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Organize pnömoni (OP), akciğerin inflamasyonu ve fibröz proliferasyonu ile karakterize bir patoloji olup bronş duvarlarının, bronşiolerin ve alveollerin inflamasyonu ile etkilenen bölgede bağ doku oluşumudur. OP non-spesifik klinik, radyolojik ve solunum fonksiyon özellikleri olan bir pulmoner hastalıktır.

Olgu: Kırk dört yaşında kadın hasta; 1 aydır olan, son 1 haftada artmış nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile polikliniğine başvurdu. Çekilen akciğer grafisinde orta-alt zonlarda periferik infiltrasyonlar, Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde (TBT) buzlu cam alanları ve en büyüğü yaklaşık 3 cm olan nodüler lezyonları izlendi. Hastadan PET CT istendi. PET CT'de: Sağ supraklavikular seviyede 6mm Lenfadenopati (LAP) (SUV:2.6), sağ alt paratrakeal alanda 8mm LAP (SUV:6.7), subkarinal 15X14mm LAP (SUV:7.4), bilateral hilar LAP 18X15mm (SUV:13.9), sağ orta lobda 31X17mm nodül (SUV:27) saptandı. Hastaya moksifloksasin 400 mg tb 1x1 PO başlandı. Takiplerinde hastanın dispnesinin devam etmesi, PA'nın progre olması üzerine hastaya Fiberoptik Bronkoskopi (FOB) ve Endobronşial Ultrasonografi (EBUS) eşliğinde transtorasik biyopsi yapılması planlandı. Hastanın öz geçmişinde 1.5 yıldır Nodüler Guatr, 1 yıldır Hipertansiyon, 1 yıldır Menenjiom ve 4 yıldır Alerjik Astım tanıları olduğu öğrenildi. 5p/yıl sigara (20 yıldır exsmoker), 2 yıl kuş besleme öyküsü (son 2,5 yıldır kuş beslemediği) olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde vücut ısısı 36,5°C, nabız 75/dk, solunum hızı 16/dk, kan basıncı 110/80mmHg idi. Akciğer muayenesinde bilateral orta-alt zonlarda ral mevcuttu. Hastanın solunum fonksiyon testinde FEV1:1750 ml, %61, FVC:2210 ml, %67, FEV1/FVC:%79, DLCO:%40 görüldü. Hastanın çekilen (Şekil 1) PA'sında bilateral orta-alt zonlarda periferik infiltrasyonlar izlendi. Düzenli kullandığı ilaçları levotroksin 50mg tb 1x1 PO, flutikazon+salmeterol inhaler capsül 2x1 ve amlodipin 10mg tb 1x1'di. Laboratuvar incelemesinde CRP:32 mg/L, lökosit:6x103/μL (%68 nötrofil), hemoglobin:12.8 gr/dL, trombosit:250x103/μL, laktat dehidrogenaz:409 IU/L saptandı. Hastanın Temmuz 2020'de çekilen Toraks HRCT (yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi)'sinde her iki akciğerde, özellikle üst-orta zonlarda olmak üzere buzlu cam dansiteleri izlenmekteydi. Hastaya FOB yapıldı. Endobronşial lezyon izlenmedi. Lingula'dan bronkoalveolar lavaj gönderildi. Sitolojisi undiagnostik izlendi. Hücre sayımında CD4/CD8:1, lenfosit %65, nötrofil %10 görüldü. Bronş lavaj-mantar kültürlerinde üremesi olmadı. Bronş ARB:negatif, mikobakteri PCR saptanmadı. Galaktomannan negatif saptandı. EBUS yapılan hastanın tanısının undiagnostik olması üzerine, haziran 2023'te wedge biyopsi yapıldı. Patolojisinde sağ orta lob pulmoner parankimde multinükleer dev hücreler içeren lenfoid hücre infiltrasyonu, fibrozis izlendi. Olgu lenfoid malignite ve interstisiyel akciğer hastalıkları açısından değerlendirilmek üzere üst merkeze gönderildi. Lenfoid malignite ekarte edildi, non-nekrotizan granülom yapıları izlendiği raporlandı. Hasta KOP olarak değerlendirilerek 0,5 mg/kg/gün dozunda prednizolon tedavisi başlandı. Tedavinin 1. ayında çekilen PA'da (Şekil 8) lezyonlarda belirgin regresyon, 2. ayında çekilen kontrol TBT'sinde konsolidasyon alanları ve nodül görünümünde tamamen düzelme izlendi. Tedavi sonrası radyolojisinde ve semptomlarında regresyon izlendi. Hasta tedavisinin 6. ayında olup 5 mg prednizolon 2x1 ve Mikofenolat mofetil günde 2 kez 1000 mg almakta, semptomsuz takiptedir.



Şekil 1



Hastanın başvuru anındaki Akciğer Röntgeni ve Toraks BT'si ve 04.10.23 Son Akciğer Röntgeni

Tartışma-Sonuç: OP rezolüsyonu gecikmiş ve yer değiştiren infiltratların olduğu pnömoni olgularında akla gelmesi gereken klinik, radyolojik ve bronkoskopik bulgular ve doku biyopsisi (altın standart) ile tanı konulan interstisiyel bir akciğer hastalığıdır. KOP'un altın standart tedavisi kortikosteroid ile tedavidir (6-12 ay). Doz azaltıldıktan ya da kortikosteroid kesildikten sonra hastalığın yinelenmesi görülebilse de, yeniden tedaviye genellikle yanıt alınır.

Anahtar Kelimeler: Organize Pnömoni

PS-063 Stridor ile Başvuran Wegener Granülomatozu Tanısı Alan Hasta

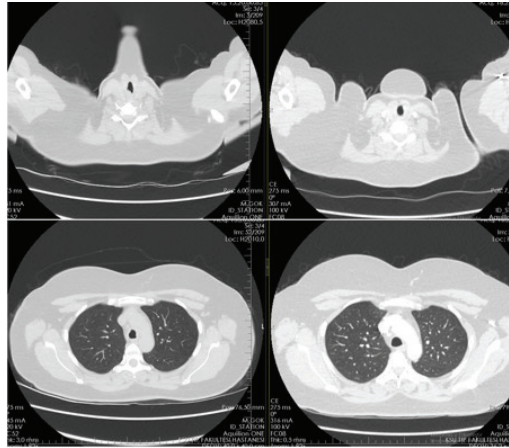
Şeyma Yaprak¹, Elif Hocaoglu Diri¹, Nurhan Atilla¹, Gözde Yıldırım Çetin¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Wegener granülomatozu, etyolojisi henüz bilinmeyen, ağırlıklı olarak küçük arterleri, arteriyolları, kapillerleri ve venülleri etkileyen nekrotizan granümatöz inflamasyon ve nekrotizan vaskülit ile karakterize kronik sistemik bir hastalıktır. Tanı, klinik bulgular, sitoplazmik antinötrofil sitoplazmik antikor (c-ANCA) pozitifliği ve histolojik bulgular zemininde konur. Ancak negatif c-ANCA testi Wegener granülomatozu tanısını ekarte ettirmez. Wegener granülomatozlu hastaların %95'inde üst solunum yolu hastalığı mevcuttur. Bu hastalar sıklıkla sinüzit, burun hastalığı, otitis media ve işitme kaybı ile başvururlar. Akciğer tutulumu olan hastalarda (vakaların %85-90'ı) asemptomatik infiltrasyonlar olabilir veya öksürük, hemoptizi, nefes darlığı ile başvurabilirler. Böbrek hastalığı hastaların %77'sinde gelişir ve başlangıçta hafif glomerülit şeklinde ortaya çıkabilir. Uygun tedavi başlatılmadığı takdirde hızla ilerleyen böbrek yetmezliği gelişir.

Olgu: 32 yaşında kadın hasta öksürük, nefes darlığı, hemoptizi şikayeti ile polikliniğe başvuruyor. 40 gün önce ku-lağa ventilasyon tüpü takılması operasyonu geçiren hastanın özgeçmişinde bilinen diyabetes mellitus, otit, sinüzit, hipotiroidi öyküsü mevcuttu. Soy geçmişinde bir özellik yoktu. Solunum sistemi muayenesinde stridoru mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde patoloji izlenmedi. Vital bulguları stabil olup oda havasında saturasyonu %97 idi. Dış merkezde astım ön tanısı ile inhaler tedavi başlanan hastanın yapılan solunum fonksiyon testinde fiks obstrüksiyon paterni izlendi. Hastaya çekilen PA AC grafisinde subglottik trakeal darlık görülmesi üzerine bilgisayarlı tomografi çekildi. Bilgisayarlı tomografide subglottik bölgede ve trakea distalinde darlık izlendi (Resim 1). Hastaya yapılan c-ANCA testi pozitif saptandı ve Wegener tanısı konan hastaya romatoloji önerisi ile tedavi başlandı.

Resim 1



Subglottik bölgede ve trakea distalinde darlık izlenen hastanın tedavi öncesi ve sonrası bilgisayarlı tomografi görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Wegener granülomatozu, sinüzit, otit, rinit gibi üst solunum yolu bulguları ve/veya göz, akciğer, cilt ve böbrek tutulumuna ait klinik yakınmalarla karşımıza çıkmaktadır. Wegener granülomatozu pulmoner parankimde nodül, kavite, buzlu cam ve konsolidasyon yapabilir. Wegener granülomatozunun iyi tanımlanmış pulmoner parankimal tutulumunun aksine, alt solunum yolu (trakeobronşiyal) hastalık bulguları klinisyenler tarafından daha az tanınmaktadır. Hava yolu tutulumu genellikle başka yerlerdeki hastalık bulguları ile birlikte ortaya çıkar, ancak bazen hastalığın tek belirtisi olabilir. Hastalığın seyrinin erken dönemlerinde, hava yollarının aktif enflamatuvar lezyonlarından kaynaklanan semptomlar olmayabilir. Başlangıçta sinsidirler ve bazen astım veya diğer yaygın hava yolu hastalıkları olarak yanlış teşhis edilirler. Bu olgumuzda Wegener granülomatozusunun alt solunum yollarını tutan nekrotizan granümatöz inflamasyon sonucu oluşan darlığa dikkat çekmek istedik. Nefes darlığı ve stridor ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda Wegener granülomatozünün akla getirilmesini hedefledik.

Anahtar Kelimeler: Trakeal Darlık, Stridor, Wegener Granülomatozu



PS-064 Kolon CA, İPF ve Akciğer CA Birlikteliği Olan Olgu

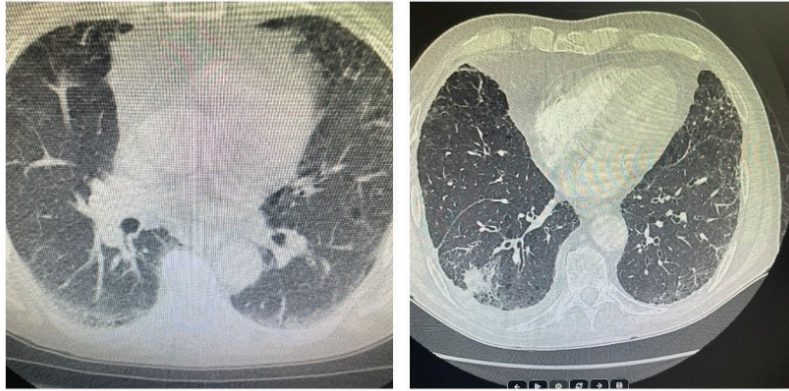
Gülizar Yumru¹, Dildar Duman¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: İdiopatik pulmoner fibrozis (İPF), daha çok 60 yaş üzerinde, sigara içen erkeklerde görülen ilerleyici fibrozisle karakterize bir hastalıktır. Komorbiditeler, topluma göre İPF'li hastalarda daha fazla karşımıza çıkmaktadır. Genel popülasyona kıyasla İPF hastalarında yaklaşık %3-48 kat daha sık akciğer kanseri teşhisi konulmaktadır. Bu riskin artmış olmasının nedeni invaziv maligniteye ilerleyen fibroziste atipik veya displastik epitelyum değişikliklerinin ortaya çıkması olarak düşünülür. Bunun yanında İPF-kolon ca birlikteliği rastlanmamıştır. Bu olgumuzda kolon ca tanısıyla takip edilirken İPF tanısıyla tedavi başlanan ve takibinde Akciğer Ca olan olgu sunulmuştur.

Olgu: 69 yaşında, 6 yıl önce kolon ca tanısı alıp opere olan kemoterapi (KT) alan hasta 2 aydır süren yoğun öksürük şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünde 60p/y aktif sigara içme öyküsü mevcut. Toraks BT çekilen hastanın BT sinde, her iki akciğer periferinde alt loblarda daha belirgin olmak üzere yer yer bal peteği görünümü ve retiküler dansite artışları izlendi. Solunum fonksiyon testi ve DLCO sonda restriksiyon izlenen (FVC: %84 DLCO: %57) hastanın romatolojik belirteçleri negatif olup, romatoloji konsültasyonunda romatolojik hastalık saptanmadı. İdiopatik pulmoner fibrozis (İPF) tanısı konulan hastaya antifibrotik tedavi başlandı. İPF tanısı konulduktan 1 yıl sonra kontrol Toraks BT sinde (Resim 1) yeni gelişen 2.5 cm nodül saptandı. True cut- biyopsi yapılan hastanın patolojisi küçük hücreli dışı akciğer ca olarak raporlandı.

Resim 1: İPF hastasının yıllık HRCT kontrolünde Ac Ca gelişimi



Tartışma-Sonuç: İPF'li hastaların takibinde öksürükte artış, kilo kaybı veya hemoptizi gibi semptomlar varlığında akciğer ca akla gelmelidir. İPF hastalarının yıllık HRCT kontrolü, sadece hastalık progresyonun takibi için değil, nodül ve akciğer ca gelişimi açısından da önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İdiopatik Pulmoner Fibrozis, Kolon Ca

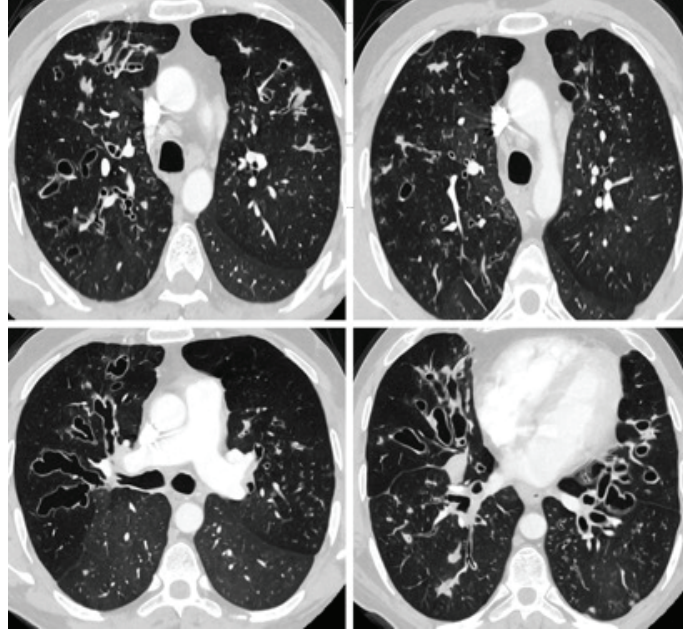
PS-065 Kistik Fibrozisi Taklit Edebilen Nadir Bir Olgu: Young Sendromu

Sibel Doğru¹, Cengizhan Sezgi¹, Mahşuk Taylan¹

¹Gaziantep Üniversitesi

Giriş-Amaç: Young sendromu (YS), kronik rinosinüzit, nazal polip, azospermiye bağlı fertilite azalması ve bronşektazi ile seyreden, orta yaşlı erkeklerde sık görülen nadir, kalıtsal bir sendromdur. Olgu nadir görülmesi ve geç tanı alması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: On yıldan uzun süredir tekrarlayan öksürük, balgam, burun tıkanıklığı ve nefes darlığı yakınmaları olan 37 yaşında erkek hasta kliniğimize başvurdu. Civa veya başka maruziyet öyküsü yoktu. Hasta sekiz yıldır evliydi fakat çocuğu yoktu. Fizik muayenesinde tansiyonu 110/70, nabız 90, solunum sayısı 18, oda havasında satürasyonu % 88'di. Oskültasyonda iki taraflı skapula altında bronkospazmı vardı. Çomak parmağı mevcuttu. Solunum fonksiyon testinde zorlu vital kapasite (FVC): 3.16 lt (%76), zorlu vital kapasite manevrası 1. saniyesinde ekshale edilen volüm (FEV1): 1.46 lt (%42), FEV1/FVC: 46'ydı. Reversibilite testi negatifti. Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi 71 mmol/kPa.min'di. Serumda Ig G, M, A, E ve alfa-1 antitripsin düzeyleri normaldi. Kistik fibrozis mutasyon analizinde heterozigot taşıyıcı idi, ter testi negatifti. Toraks tomografisinde bilateral akciğerlerde yaygın kistik-silendirik bronşektazik değişiklikler mevcuttu (Resim 1). Ürolojik değerlendirmede azospermi tanısı koyuldu. Kulak burun boğaz tetkikleri ile kronik rinosinüzit tanısı koyuldu. Bronşektazi, azospermi ve kronik rinosinüzit birlikteliği ile Young sendromu tanısı koyuldu.



Tartışma-Sonuç: Tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları, sinüzit ve bronşektazi olan hastalarda YS akılda tutulmalıdır. Hastalıkla ilgili kolay, güvenilir, noninvaziv tanı yöntemi olmamakla birlikte hastalığın teşhis edilememesi, hastayı gereksiz ve tekrarlayan hastane yatışları ve muayenelere maruz bırakabileceği ve tedavi başarısızlığıyla sonuçlanabileceğinden bu tür vakalar daha detaylı tetkik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Young Sendromu, Bronşektazi, Kronik Rinosinüzit, Azospermi



PS-066 NSİP tanısıyla Cerrahi Uygulanan Hastada Tanı: UIP ve Karsinoid Tümör Birlikteliği

Dildar Duman¹, Ömer Faruk Taştı¹, Levent Alpay²

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Özel Medicana Ataköy Hastanesi

Giriş-Amaç: İdiyopatik pulmoner fibrozis (İPF) akciğerde fibrozisle seyreden mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Akciğerin karsinoid tümörleri ise nöroendokrin kökenli neoplazmların nadir görülen bir grubudur. Yaygın olarak olağan interstisyel paternle (UIP) prezente olan İPF radyolojik N on Spesifik interstisyel Pnömoni (NSİP) paterniyle de prezente olabilmektedir. Vakamız hem NSİP olarak rapor edilip patolojide UIP saptanması hem de nadir olarak görünen akciğerin karsinoid neoplazmıyla beraber görülmesi sebebiyle literatürde nadir rastlanılan vakalar arasındadır.

Olgu: 60 yaş bilinen hipertansiyon, diyabetes mellitus ve koroner arter hastalıkları olan hasta interstisyel akciğer hastalıkları polikliniğine nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Hastanın anamnezinde muhabbet kuşu besleme öyküsü mevcuttu. Mesleği kasaplıktı .90p/y sigara öyküsü olan hasta aktif smokerdı. Hastanın fizik muayenesinde dinlemekle yer yer ralleri mevcuttu. Hastanın çekilen PA akciğer grafisinde bilateral retikülasyonları mevcuttu. SFT ve DLCO yapılan hastada FEV1:2,66 %75 FVC:3,61 %81 FEV1/FVC:73, DLCO %71 ölçüldü. Hastanın HRCT'si: Akciğer alanlarında bilateral apikal amfizematöz açıklıklar yanı sıra yaygın periferik ağırlıklı buzlu cam opasiteler septal kalınlaşmalar izlenmişti. Hastanın romatoloji konsültasyonunda romatolojik hastalık düşünülmeydi. Hasta wedge biyopsi amacıyla göğüs cerrahiye yönlendirildi. Patoloji sonucu UIP ve beraberinde karsinoid tümör olarak sonuçlandı. Hastanın İPF tedavisi başlandı.

Tartışma-Sonuç: Pulmoner fibrozisli hastalarda beraberinde karsinoid tümör varlığı ve radyolojisi NSİP düşündüren hastada histopatolojide UIP olabileceği akıld tutulmalıdır

Anahtar Kelimeler: İPF, Karsinoid Tümör, UIP, NSİP

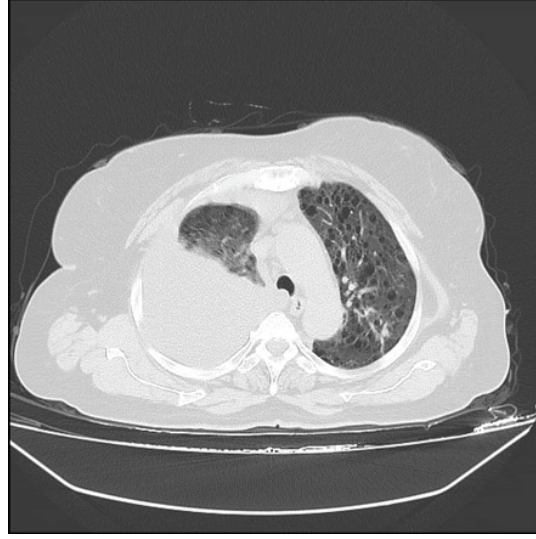
PS-067 Pulmoner Lenfanjiyoleiomyomatozis: Nadir Görülen Diffüz Parankimal Akciğer Hastalığı

Veysel Bulan¹, Mutlu Kuluöztürk¹, Önsel Öner¹

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Lenfanjiyoleiomyomatozis (LAM), sıklıkla kadınlarda görülen düz kas hücre proliferasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Düz kas benzeri immatür hücrelerin progressif proliferasyonu ve infiltrasyonu ile karakterize olup; akciğer parankiminde kistik destrüksiyona yol açarak havayolu, kan damarları ve lenfatiklerde obstrüksiyon ve pulmoner fonksiyon kaybına neden olur. Bu vakada; öksürük, halsizlik ve nefes darlığı yakınması ile başvurduğu dış merkezden sağ hemitoraksta masif plevral efüzyon saptanması üzerine tarafımıza sevk edilen 63 yaşındaki kadın hastayı sunuyoruz.

Olgu: Hipertansiyon dışında hastalık öyküsü olmayan, yaklaşık 3 haftadır artan nefes darlığı, halsizlik ve zaman zaman öksürük şikayetleri ile dış merkezde hastaneye başvurmuş. Dış merkezdeki toraks bt'sinde sağda yaklaşık 5 cm kalınlığa ulaşan plevral efüzyon ve bilateral akciğerlerde kistler görülmesi üzerine hasta tarafımıza yönlendirilmiş. Anamnezde hastanın 63 yaşında olduğu, bilinen akciğer hastalığının olmadığı, sigara kullanmadığı, hipertansiyon nedeniyle 8 yıldır ilaç kullandığı öğrenildi. Ev hanımı olan hastanın kronik bir maruziyet veya hipersensitivitesinin bulunmadığı ve 5 yıldır menopozda olduğu saptandı. Çekilen toraks bt'sinde; sağ hemitoraksı tama yakın dolduran plevral efüzyon ve her iki akciğerde diffüz multiple ince cidarlı kistler izlendi (TABLO-1). Hastanın yatışında bakılan vitallerinde SpO2:91-92 (oda havası), T.A: 145/82, Nabız:83, Ateş:36,7 olduğu görüldü. Hastanın hemogram, biyokimya ve crp değerleri normaldi. Hasta göğüs cerrahisine konsülte edildi ve pleureken kateter takıldı. Hastaya romatoloji konsültasyonu ve geniş kapsamlı romatolojik markerlar istendi. Plevral mayii örneğinde ARB, TBC-PCR, MANTAR bakıldı ve sonuçlar negatif geldi. Hastada Lenfanjiyoleiomyomatozis (LAM)'den şüphe duyulması üzerine renal usg çekildi. Renal usg'de anjiomyolipom düşünülen hastaya istenen abdomen bt raporu; sağ böbrek alt polde 12x10 mm boyutunda kitle (Anjiomyolipom) şeklinde yorumlanmıştır. Obstrüktif hastalıkları dışlamak amacıyla SFT ve akciğer kapasite ölçümleri yapıldı. Yapılan tetkiklerde obstrüksiyon lehine net bir bulgu gözlenmezken, akciğer kapasitesinde minimal azalma görüldü. Hastanın takipleri esnasında oksijen ihtiyacında azalma ve semptomlarında gerileme görüldü. Hasta;semptom ve bulguları, laboratuvar tetkikleri, radyolojik görüntüleme bulguları ve ayırıcı tanılarının azlığı göz önünde bulundurularak Pulmoner Lenfanjiyoleiomyomatozis (LAM) kabul edildi. Genel durumunda gözle görülür iyileşme görülen, kan tetkiklerinde bozulma görülmeyen ve görüntüleme bulgularında düzelme olan hastaya tedavisiz gözlem planlandı. Hasta poliklinik kontrolü ve semptom takibi önerileri ile taburcu edildi.



Tartışma-Sonuç: Pulmoner LAM, ilerleyici nefes darlığına yol açan ve üreme çağındaki kadınlarda görülen, akciğerin düz kas infiltrasyonu ve kistik destrüksiyonu ile karakterize nadir bir hastalıktır. Renal anjiomyolipoma (AML) ve meningiom riski LAM'lı hastalarda artmıştır. Bu vakamızda da hastada AML tespit edilmesi tanı açısından kıymetli bulunmuştur. LAM kadınların %30'unda tuberoskleroz ile birlikte (TSC-LAM) ortaya çıkar. Tuberoskleroz olmadan sporadik şekilde de (S-LAM) kendini gösterebilir. Bu olgumuz da S-LAM şeklindedir. S-LAM'lı hastalarda TSC-LAM'lılara göre daha fazla oranda abdominal lenfanjiioleiyomalar ve plevral efüzyon görülür. TSCLAM'lılarda ise pulmoner nodüller ve renal anjiyolipomlar daha sıktır. Bu vakamızın da ilk bulgusu dış merkezde tespit edilen plevral efüzyon olmuştur. Tanı için altın standart LAM ile uyumlu patolojik bulgulardır. Ancak karakteristik YÇBT bulguları ve AML birlikteliği veya diğer karakteristik LAM bulguları biyopsi gereksinimini ortadan kaldırabilir. LAM için kesin bir tedavi yoktur. Hastalar pnömotoraks riski konusunda bilgilendirilmelidir. Yukarıda anlattığımız vakada da görüldüğü gibi; post-menopozal dönemlerde de bu şekilde atipik vakalar görülebilmektedir. Oral kontraseptifler ve hormon replasman tedavileri dahil; östrojen içeren tedaviler hastalığın seyrini hızlandırabileceği için sakınılmalıdır. Hava-yolu obstrüksiyonu bulunan ve bronkodilatörlere yanıt alınan hastalarda inhale bronkodilatörlerle deneme tedavisi yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Lenfanjiyoleiomyomatozis, Anjiyolipom, Tuberoskleroz, Diffüz Parankimal Akciğer Hastalığı, Plevral Efüzyon

PS-068 Olgu: Sınıflandırılmayan İnterstisyel Akciğer Hastalığı

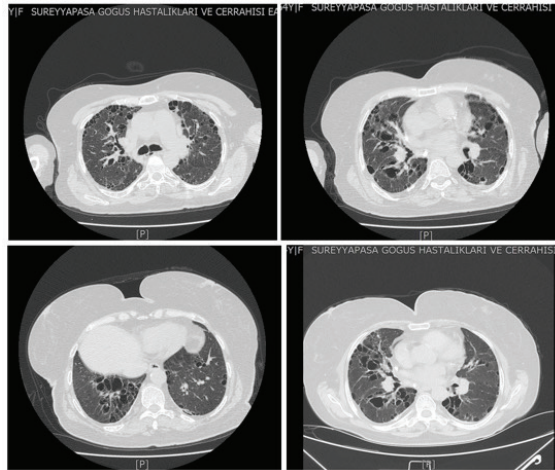
Dildar Duman¹, Arzu Karasu Çelik¹, Abidin Levent Alpay¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Sınıflandırılmayan interstisyel akciğer hastalığı multidisipliner konsey sonrası dahi kesin tanı konamayan; klinik, radyolojik, patolojik verilerin yetersiz veya uyumsuz olduğu hasta grubunu ifade eder. İnterstisyel akciğer hastalıkları içinde oranı %15leri bulabilmektedir. Bu tanının en sık nedeni: Cerrahi biyopsi riskinin yüksek olması veya hastanın istememesi nedeniyle histopatolojik değerlendirme yapılamaması olmakla birlikte; biyopsi yapıldığı halde çelişkili klinik radyolojik ve histopatolojik verilerin olması, sınıflandırılmayan İAH a yönlendirir. Burada da sınıflandırılmayan İAH tanı ve tedavisindeki zorluklar sunulmuştur.

Olgu: 65 yaşında kadın; bilinen astım, hipertansiyon, depresyon, geçirilmiş TIA ve vertigo tanıları olan hasta; nefes darlığı, öksürük şikayetiyle başvurdu. Ev hanımı olan hastanın 35paket/yıl sigara anamnezi mevcuttu. Muayenesinde saO_2 : %91 olan hastanın, bilateral akciğer orta alt zonlarında velcro ralleri duyuldu. Hastaya toraks HRCT (Şekil 1) çekildi: Akciğer parankiminde yaygın kalın duvarlı kistler izlendi. Raporunda "kistlerin bir kısmı bal peteğini düşündürmekle birlikte parankimdeki diğer bulgular UIP için tipik değildir" olarak belirtildi. Mediastinal LAP'lar ve akciğerde kalsifiye nodüller mevcuttu. FVC: 1340 %58 DLCO:2300 %34 görüldü. Anamnez derinleştirildiğinde 3 yıl önce bu bulgularla İAH ön tanısıyla cerrahi biyopsi önerildiği ancak hastanın kabul etmediği, sonrasında steroid tedavisi aldığı ancak miyopati ve depresyon gibi yan etkiler nedeniyle tedaviyi sadece 2,5 ay kullanıp bıraktığı ve takipten çıktığı öğrenildi. P-Anca (+) ve Anti mpo (+) saptandı, romatoloji konsültasyonunda romatolojik hastalık düşünülmeydi. Kardiyoloji konsültasyonunda pulmoner hipertansiyon saptanmadı. Hastaya, FOB ve BAL yapıldı: lenfosit %20 nötrofil %31, mixt alveolit görüldü ve hastamıza konseyde görüşülerek cerrahi biyopsi kararı alındı. Sol akciğer üst ve alt lobdan wedge rezeksiyon uygulanan hastanın patolojisinde; inflamasyon, fibrozis ve bal peteği düşündürülen kistlerin bir arada bulunduğu yer yer lenfoid agregatlar oluşturan mononükleer hücre inflamasyonu raporlandı ve bu bulgularla ön planda nonspesifik interstisyel pnömoninin fibrotik formunun düşünülebileceği raporlandı. Hasta, multidisipliner olarak değerlendirildi ve bu bulgular eşliğinde sınıflandırılmayan İAH grubuna dahil edildi. Öncesinde immünsüpresif tedaviden fayda görmeyen ve yan etkilerin görüldüğü hastaya antifibrotik tedavi başlandı.

Şekil 1



Şekil 1. Toraks HRCT: bilateral kistik lezyonlar

Tartışma-Sonuç: Sınıflandırılmayan İAH çoğunlukla fibrotik İAH olup İPF, HP ve NSIP ayrımında çok zorlanan bir hastalık grubunu oluşturur. Potansiyel progresif pulmoner fibrozis hastalık grubundandır. Sağ kalım, NSIP ve İPF arasında olup medyan sağkalım 7 yıldır. Sınıflandırılmayan İAH'da pirfenidon ve nintedanibin etkinliğini gösteren çalışmalar mevcut olup uygun hastalarda tedavi seçimi yapılabilir. Sınıflandırılmayan İAH'a dikkat çekmek amacı ile olgumuz sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: İAH, NSIP, İPF

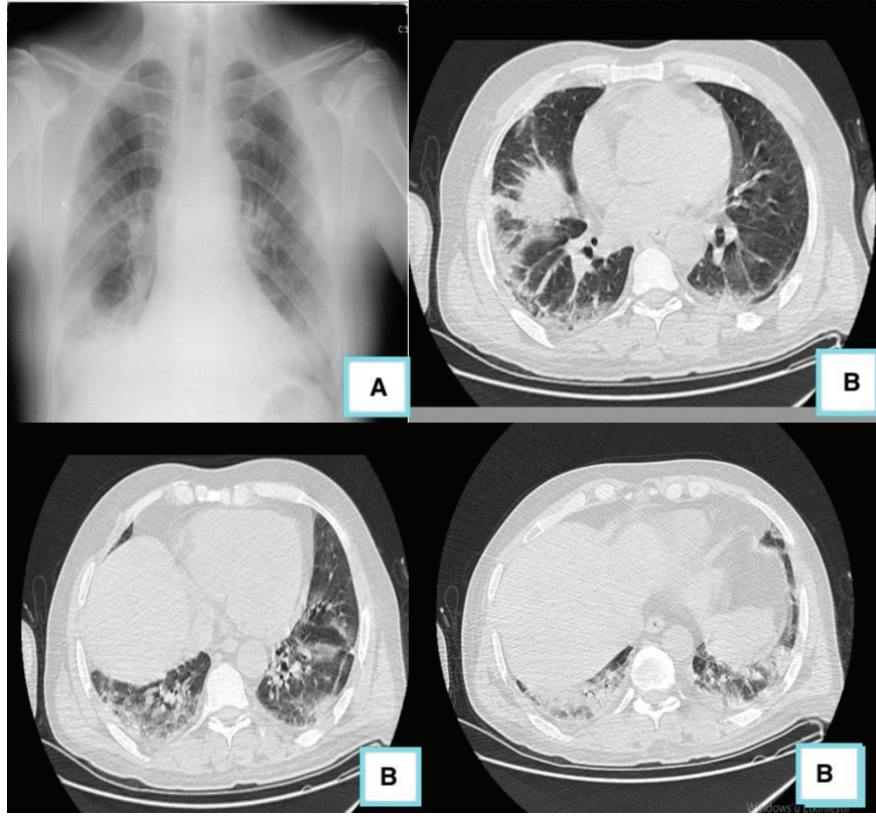
**PS-069 Bleomisine Bağlı Akciğer Toksisitesi: Olgu Sunumu**

Sait Akgüç¹, Veysi Tekin¹, Rupel Ezgi Yıldırım¹, Esra Kada¹, Reşit Emre Duruk¹, Avesta Yakut Çağlın¹,
Hadice Selimoğlu Şen¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Bleomisin, germ hücreli tümör, hodgkin ve non-hodgkin lenfoma gibi geniş bir alanda kullanımı olan kemoterapötik bir ajandır. Bleomisin tedavisinin en önemli kısıtlayıcı toksisitesi yaşamı tehdit edebilecek olan akciğerde interstisyel fibrozistir. İlaçlara bağlı erken ya da geç dönem toksisitelerin zamanında fark edilerek tedavi edilmesi, mortalite ve morbiditeyi olumlu etkilemektedir. Seminom tanısı ile bleomisin tedavisi alan olguda gelişen akciğer toksisitesi, kemoteropötik ilaç kullanımının akciğer üzerine toksik etkilerine dikkat çekme ve tanı ve tedavi yaklaşımlarını değerlendirme amacı ile sunuldu.

Olgu: 48 Yaşında erkek hasta, 4 ay önce seminom tanısı alarak opere edilmişti. Operasyon sonrası, bleomisin içeren adjuvan kemoterapi (KT) tedavisine başlanmıştı. Kemoterapi başladıktan 1 ay sonra nefes darlığı şikayeti başlamıştı. Nefes darlığının giderek artış göstermesi üzerine, 3. kür KT'den sonra polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede dispne ve takipne mevcuttu. Oskültasyonda bilateral bibaziller kaba raller duyuluyordu. Laboratuvarında CRP yüksekliği dışında bir anormallik yoktu. Oda havasında oksijen satürasyonu % 85 ölçüldü. Akciğer grafisinde subplevral yerleşimli buzlu cam alanları görülmesi üzerine (Resim 1A), toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Toraks BT de bilateral alt loblarda subplevral yerleşimli buzlu cam-konsolidasyon alanları görüldü (Resim 1B). Covid-19 Pnömonisi şüphesi ile solunum yolu multiple PCR paneli çalışıldı. Sonuç negatif idi. Periferik yaymada toksik granülasyon 1(+) görüldü. Hastaya nonspesifik antibiyotik tedavisi başlandı. Radyolojik bulguların uyumlu olması, covid-19 pnömonisinin dışlanması ve hastada ateş, genel durum bozukluğu gibi enfeksiyon kliniğinin olmaması nedenleri ile hastada bleomisine bağlı akciğer toksisitesi düşünüldü. Hastaya antibiyoterapiye ek olarak 40 mg/ gün metilprednizolon ve Pnömosistis Jürivesi Pnömonisi profilaksisi için trimetoprim-sülfametaksazol tedavisi başlandı. 15 gün sonunda hastanın dispne şikayetinde belirgin azalma oldu. Oda havasında oksijen satürasyonu % 93'e yükseldi. Akciğer grafisinde de düzelme görüldü. Metilprednizolon tedavisinin aşamalı olarak azaltılması planlanarak poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.



Resim 1 Akciğer grafisinde (A) ve toraks bilgisayarlı tomografide (B) subplevral infiltrasyon

Tartışma-Sonuç: İlaçlara bağlı akciğer hastalıkları, tedavi amaçlı olarak kullanılan maddelerin solunum sistemi üzerinde oluşturduğu hasar ve yan etkilerdir. Çok sayıda ilacın akciğerler üzerine yan etkileri vardır. Akciğerdeki etkilenme, hafif, orta veya ağır olabilir ve bazen fatal seyredebilir. Günümüzde 700 civarında ilacın akciğer toksisitesi yapabildiği ancak en fazla kemoterapötik ilaçların buna sebep olduğu bildirilmiştir. Bleomisin, geniş bir alanda kullanımı olan kemoterapötik bir ajandır. Bleomisin tedavisinin en önemli kısıtlayıcı toksisitesi yaşamı tehdit edebilecek olan akciğerde interstisyel fibrozis (fibrozan alveolit)'tir. Akciğer zedelenmesinin patogenezinde oksidatif hasar önemli görünmektedir. Toplamda 360 mg/m²'yi aşan dozlarda toksisite belirgin artar. Genellikle tedaviden 1-6 ay sonra başlayan dispne, öksürük şikayetleri ile başvururlar. Ateş, takipne, siyanoz ve her iki akciğer bazalinde işitilen raller diğer belirtilerdir. En sık bilateral bazallerde retiküler ve/veya nodüler karakterli infiltrasyonlar izlenir. Hafif pulmoner toksisite gelişen hastalarda ilacın kesilmesi ile semptomlar düzelebilmektedir. Belirgin toksisite gelişen hastalarda genellikle kortikosteroidler önerilmektedir. Bizim hastamızın da bilateral alt loblarda subplevral buzlu cam-konsolidasyon lezyonları mevcuttu ve kortikosteroid tedavisinden fayda gördü. Tedavi etkinliği kemoterapi alan hastalarda önem taşımakla birlikte, tedavi ilişkili yan etkilerin bilinmesi ve izlenmesi de en az bunun kadar önemlidir. Kemoterapi alan hastalarda hasta izlem formlarının muhtemel toksisiteyi erken dönemde fark edebilecek ve değerlendirmeye imkan verecek şekilde hazırlanması da bir zorunluluk olarak görülmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel Pnömoni, İlaç Toksisitesi, Bleomisin



PS-070 İlaçlarla İlişkili İnterstisyel Akciğer Hastalıkları

Beyza Yaşar Akpınar¹, Bengü Şaylan², Şeyma Başlılar¹

¹Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

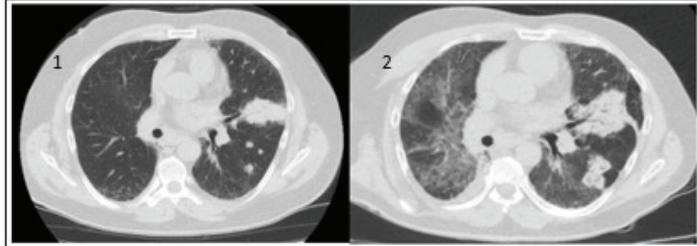
²Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Antineoplastik ajanlara bağlı ilaç reaksiyonları iatrojenik hasarın yaygın bir formudur. Akciğerse bu ilaç reaksiyonlarından sıklıkla etkilenir. Bazı antineoplastik ajanlara bağlı reaksiyonlar (özellikle kümülatif dozda etki gösterenler) potansiyel olarak önlenebilirken; birçoğu kişiye özgü gelişir. Gemsitabin meme, pankreas ve ileri evre küçük hücreli olmayan akciğer kanseri tedavisinde kullanılan primidin analogu grubu bir kemoterapattir. Gemsitabin tedavisi alan hastaların bir kısmında ciddi pulmoner toksisite gelişir. Örnekler arasında interstisyel pnömoni, diffüz alveolar hasar, nonkardiyojenik pulmoner ödemle beraber kapiller sızıntı sendromu, akut eozinofilik pnömoni görülür. Tedavi genelde destek tedavisi ve oral glukokortikoidler ile beraber ilacın kesilmesidir. Taxanlar ise geniş bir antitümör aktivitesine sahip antimikrotübül ilaç grubudur. Grup üyeleri arasında Paklitaxel, Docetaxel ve Cabazitaxel mevcuttur. Bu ajanlar çeşitli şekillerde akciğer hasarı yapabilir.

Olgu: OLGU 1: Bilinen Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri tanılı 46 yaş erkek hasta 04/01/2023 tarihinde giderek artan nefes darlığı, sarı renkli balgam, öksürük şikayetiyle başvuruyor. Hastanın acilde çekilen Toraks BT'sinde Her iki akciğerde peribronşial ve periferik düzensiz sınırlı buzlu cam dansiteleri izlendi. Her iki akciğerde yaygın interstisyel kalınlaşmalar izlendi. Hastanın ek olarak çekilen Pulmoner BTA'sında Sağ pulmoner arter segmenter dallarında emboli lehine dolum defektleri izlendi. Hasta göğüs hastalıkları servisine PTE, Pnömoni, İlaç İlişkili Akciğer Hastalığı? tanılarıyla interne edildi. Şubat 2021'de KHDAK tanısı aldığı bu süreçte 6 Kür KT (En Son Doz Eylül 2022) +5 Kür RT(Aralık 2022)+ İmmünoterapi(Aralık 2023) aldığı görüldü. KT rejimi olarak Paklitaxel 15 Mg, Karboplatin 300 Mg Kombinasyonu; İmmünoterapi olarak Nivolumab 100 Mg almış. Hastaya takiplerinde Seftriakson 2x1 Gr, Klaritromisin 2x500 Mg ve DMAH 2X0.6 tedavisi başlandı. Hastanın takibinde çekilen BT'sinde progresyon izlendi ve görülen bulgular ile beraber hastanın mevcut tablosu Paklitaxel'e Sekonder gelişen İnterstisyel Pnömoni olarak değerlendirildi. Hastaya tedavisinin 8. Gününde Prednol 80 Mg başlandı. Toplamda Prednol 80 Mg 13 gün, 160 mg 2 gün, 240 mg 4 gün aldı. Hastanın prednol tedavisine klinik olarak yanıtı mevcutken hastane kaynaklı Acinetobacter üremesi olması ve Covid pozitifliği olması nedeniyle görüntülemelerde beklenen regresyon izlenemedi. Hastanın oksijen ihtiyacının artması üzerine servis yatışının 28. Gününde Ybü'ye devir edildi. 5 gün sonra exitus kabul edildi.

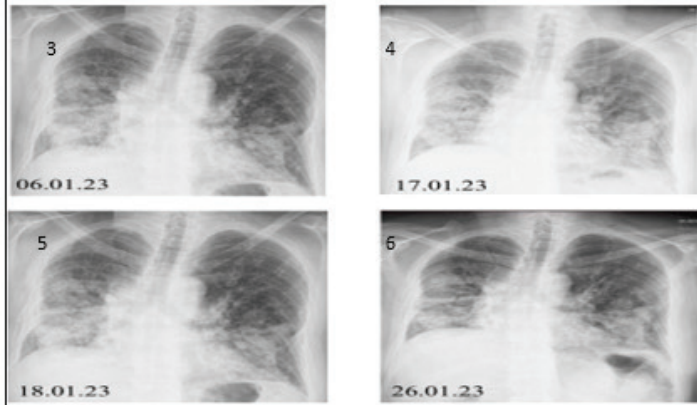
OLGU 2: Bilinen Meme Ca, HT tanılı 54 yaş kadın hasta bir aydır artan nefes darlığı ve öksürük ile 20/09/23'de başvuruyor. Hastanın yatışında çekilen Bt'sinde Her iki akciğerde yaygın santral ağırlıklı konsolidasyon -buzlu cam alanları izlendi. Hasta Pnömoni, İlaç İlişkili Akciğer Hastalığı? ile interne edildi. Hasta 2019'da Meme Ca teşhisi almış olup multipl metastazları mevcut. Sol mastektomi geçirmiş. En sonuncu seans yatışından 10 gün önce olmak üzere 8 seans KT (Gemsitabin) almış. Hastanın yatışı sonrası Moksifloksasin 400 mg başlanmış. Yatışının 4. Gününde Piperasilin Tazobaktam 3x4.5 Gr'a geçilmiş. Hastanın takibinde Gemsitabin ilişkili Akciğer Hastalığı olarak değerlendirilmiş. Yatışının 3. Günü Prednol 100 Mg başlanmış. 4 gün almış. Sonra 8 gün boyunca 80 mg olarak almış. Hastanın takibinin beşinci gününde takipneik olması üzerine Ybü'ye alınmış. 4 gün ybü'de ekstübe şekilde takip edilen hasta tekrar servise alınmış. Tedavisinin 15. Gününde oksijen konsantratörü raporu, 3 günde 1 doz azaltacak şekilde 40 mg prednol ile taburcu edilmiş.

OLGU ÖNCE VE SONRALARI



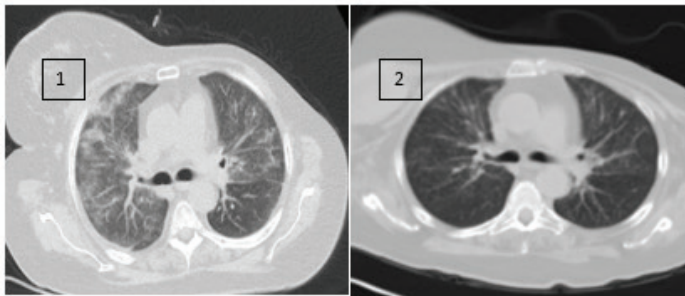
RESİM 1: MALİGNİTE TANISI ALDIĞINDAKİ TORAKS BT GÖRÜNTÜSÜ

RESİM 2: KT/RT/IMMUNOTERAPİ SONRASI(YATIŞ ÖNCESİ) TORAKS BT GÖRÜNTÜSÜ



RESİM 3/4/5/6: PREDNOL TEDAVİSİ ÖNCESİ/80 MGLİK TEDAVİNİN 7. GÜNÜ/8. GÜN REGRESYON KONTROLÜ/160 MGLİK TEDAVİNİN 3. GÜNÜ

OLGU 1



RESİM 1: PREDNOL TEDAVİSİ ÖNCESİ

RESİM 2: PREDNOL TEDAVİSİ SONRASI

OLGU 2

Tartışma-Sonuç: Antineoplastik ajanlara sekonder akciğer hasarı sıklıkla görülen bir olgudur ve maligniteye bağlı kemoterapi gören hastaların takibinde oportunistik enfeksiyonlar, metastazlar ve radyasyon hasarı gibi sebepler ile birlikte akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel, ilaç, Taxan, Gemsitabin, Buzlu Cam



PS-071 Progresif Pulmoner Fibrozis Olgusu

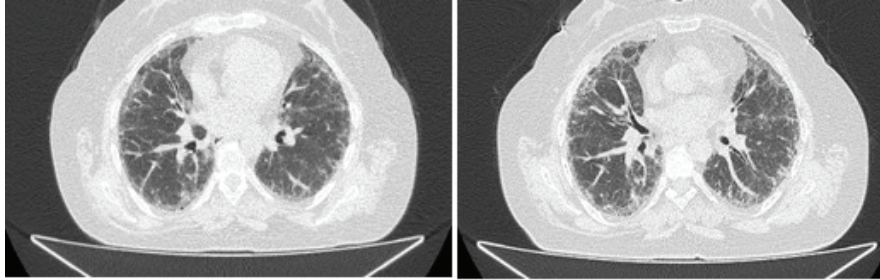
Kevser Kiraz¹, Dr.Fatma Demirci Üçsular¹

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

Giriş-Amaç: Fibrozis gelişen interstisyel akciğer hastalığı (İAH); İdiopatik pulmoner fibrozis (İPF), İPF dışı İAH ve sınıflandırılmayan İAH olarak üç gruba ayrılmaktadır. İPF, fibrozis gelişen İAH arasında en bilinen ve farkındalığı giderek artan grup olmakla birlikte; non spesifik interstisyel pnömoni (NSİP), hipersensitivite pnömonisi, sarkoidoz gibi İPF dışı İAH'da da fibrozis gelişimi izlenmektedir. Fibrozis gelişen İAH'nın hepsinde progresyon görülmeyebilir. Radyolojik olarak pulmoner fibrozis kanıtı bulunan İAH mevcut olan bir hastada, son bir yıl içinde alternatif bir açıklama olmaksızın; solunum semptomlarında kötüleşme, hastalık progresyonunun fizyolojik kanıtı, hastalık progresyonunun radyolojik kanıtı olan üç kriterden en az ikisinin varlığı progresif pulmoner fibrozis (PPF) olarak tanımlanır. Hipersensitivite pnömonisi tanısı ile takip edilen hastada PPF gelişmesi üzerine olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: Bilinen kronik hastalık öyküsü ve ilaç kullanımı olmayan exsmoker 60 yaş kadın hasta; 3 aydır devam eden öksürük şikayetiyle başvurdu. Evinde 5 yıldır köpek ve 6 aydır papağan besleyen hastanın solunum sistemi muayenesinde bibaziler velcro ralleri duyuldu. Hastaya çekilen yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide her iki akciğer parankiminde ağırlıklı olarak periferik subpleval zonlarda yoğunlaşmış buzlu cam görünümüleri, traksiyon bronşektazileri ve retikülasyonlar ile karakterize interstisyel fibrozis paterni dikkati çekmiş olup ilk planda olası Usual Interstisyel Pnömoni (UIP) düşünüldü. Romatolojik markerları negatif olan hastanın solunum fonksiyon testinde FEV1: %68, FVC: %65, DLCO: %57 idi. Bronkoskopik bronkoalveoler lavajda; %12 lenfosit, %21 nötrofil, %65 alveoler makrofaj, %2 eozinofil saptandı. Konseyde değerlendirilen hastada kronik hipersensitivite pnömonisi düşünüldü. Papağanın evden gönderilmesi önerilerek steroid başlandı. Hastanın takiplerinde kliniği düzeldi. Steroid tedavisine düşük doz devam edildi. 1 yıl steroid tedavisi alan hastanın yapılan kontrollerinde radyolojik progresyon görüldü ve solunum fonksiyon testi tekrarlandı. FEV1:%51, FVC: %53, DLCO: %25 idi. 1 yıl içinde FVC'de $\geq$ %5'lik mutlak düşüş, DLCO'da $\geq$ %10'luk düşüş olan ve radyolojik progresyon gösteren hasta progresif pulmoner fibrozis olarak değerlendirildi. Hastaya antifibrotik olarak nintedanip başlandı.

Toraks BT



Radyolojik progresyon

Tartışma-Sonuç: İAH olup radyolojik olarak pulmoner fibrozisi olan hastada, bir yıl içinde; solunum semptomlarında kötüleşme, hastalık progresyonunun fizyolojik ve radyolojik kanıtı olan üç kriterden en az ikisinin varlığı progresif pulmoner fibrozis (PPF) olarak tanımlanır. Progresyonun fizyolojik kanıtı takipte 1 yıl içinde beklenen FVC'de $\geq$ %5'lik mutlak düşüş veya DLCO'da $\geq$ %10'luk mutlak düşüş olmasıdır. Radyolojik kanıt; traksiyon bronşektazisi ve bronşiolektazinin yaygınlığı veya şiddetinde artış, yeni gelişen traksiyon bronşektazisi ile birlikte buzlu cam alanları, yeni gelişen ince retikülasyon, retikuler anormalliğin yaygınlığı veya yoğunluğunda artış, yeni gelişen veya artış gösteren bal peteği görünümü, lobar hacim kaybında artıştan herhangi birinin olmasıdır. Pulmoner fibrozisli interstisyel akciğer hastalığı olan hastalar yıllık düzenli olarak klinik, fonksiyonel ve radyolojik açıdan takip edilmelidir. Progresyon saptanan hastaların antifibrotik tedavi ve nonfarmakolojik tedaviler açısından değerlendirilmeleri mortalitenin azaltılıp, yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük önem taşıdığını sunduğumuz olgu nedeniyle vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Progresif Pulmoner Fibrozis, Hipersensitivite Pnömonisi, İnterstisyel Akciğer Hastalığı

PS-072 Plevral Efüzyonun Çok Yönlü Yolculuğu

Pelinsu Altun¹, Barış Işık¹, Deniz Doğan Mülazimoğlu¹, Turan Acıcan¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Plevral efüzyon, birçok farklı hastalığın komplikasyonu olarak gelişebilir. Ülkemizde en sık sebeplerden biri tüberküloz iken diğer sebepler maligniteler, kalp yetmezliği ve enfeksiyonlardır. Bu nedenle sistemik sorgulamanın detaylı yapılması tanıya giden yolda ışık olacaktır. Plevral efüzyon romatolojik bir hastalığın ilk bulgusu da olabilmektedir.

Olgu: Kliniğimize uzun süredir olan plöretik vasıfta göğüs ağrısı, nefes darlığı şikayetlerinin on gündür artması üzerine başvuran 68 yaşında kadın hastanın bilinen hipertansiyon, aterosklerotik kalp hastalığı, hipotiroidi, hepatosteatoz tanıları vardı. Fizik muayanesinde sağ skapula altında ince ral ve solunum sesleri azalmış olarak duyuldu, bilateral sinüs perküsyonunda sağ sinüste matite duyuldu. Radyolojik olarak sağ hemitoraksta plevral efüzyonla uyumlu görünüm mevcuttu. Laboratuvar değerlerinde d dimer yüksekliği olan hasta klinik olarak değerlendirildiğinde ilk olarak pulmoner emboli olabileceği düşünüldü ve pulmoner bilgisayarlı anjiyografi çekildi. Pulmoner emboliye ait dolum defekti saptanmadı. Boşaltıcı ve tanısız torasentez yapıldı. Seröz vasıflı plevra sıvısı eksuda niteliğinde geldi. Sitolojisi” proteinöz zeminde yoğun lenfositik inflamasyon, arada eozinofil lökositler ve daha seyrek olarak makrofajlar, nötrofil lökositler göze çarpmış, malignite bulgusu göze çarpmamıştır” şeklinde sonuçlandı. Adenozin deaminaz 51, glukoz 46, laktat dehidrogenaz 730 gelmesi üzerine ön planda tüberküloz düşünüldü. Plevra sıvısından gönderilen tüberküloz pcr negatif, ppd sonucu 0 mm, quantiferon pozitif, ARB direk bakısı negatif olarak sonuçlandı. Tüberküloz kesin tanısı için kültür sonucu beklenirken tanıyı desteklemek için planlanan plevra biyopsisi hastanın onay vermemesi üzerine yapılamadı. Bu sırada olası tanılar olan malignite ve romatolojik hastalıklar için ek tetkikler planlandı. Malignite taraması için kadın hastalıkları ve doğum bölümüne danışıldı, endoskopi ve kolonoskopi yapıldı, 1 yıl önce mamografisinde birads 2 lezyon görülen hasta güncel mamografi görüntülemesi ile cerrahi onkoloji tarafından değerlendirildi ve bu branşlar tarafından altta yatan herhangi bir sebep bulunamadı. Hemogram değerlerinde hafif düzeyde anemisi olan hastada periferik yayma gönderildi. Rulo formasyonu görülmesi üzerine multiple myelom açısından idrarda kappa lambda bakıldı ve multiple myelom ile uyumlu bulunmadı. Hastanın kullandığı ilaçlardan perindopiril ve atorvastatinin plevral efüzyon nedeni olabileceği için tedavileri değiştirildi. Romatolojik hastalık için yapılan sistemin sorgusunda ara sıra artralji tarifleyen hastanın muayenesinde herhangi bir bulgu saptanmadı. Gönderilen romatolojik markerlarda Ana++ Anca++ Anti ssA zayıf pozitif olarak sonuçlandı. Göz muayenesinde schirmer testi pozitif olarak görüldü. Tükürük 15 dakikada 0.5 ml şeklinde sonuçlandı. Hasta romatolojiye konsülte edildi ve tanı kriterlerine göre hastaya sjögren tanısı konulup plaquenil başlandı.

Tartışma-Sonuç: Primer Sjögren sendromu(pSS), kadınlarda daha sık görülen nadir bir hastalıktır. Klinik olarak anlamlı akciğer tutulumu prevalansı %9-22 arasında, subklinik akciğer hastalığı ise daha sıktır. İnterstisyel akciğer hastalığı, pSS’de en sık görülen, ciddi pulmoner komplikasyondur. pSS’deki diğer pulmoner tutulum biçimleri arasında lenfoproliferatif hastalıklar, tromboembolik olaylar, plevral efüzyon ve pulmoner amiloidoz bulunur. Plöritis ve plevral efüzyon oldukça nadirdir. Lenfositik plevra sıvısı tüberküloz ve malignitelerde sıklıkla görülürken romatolojik hastalıklarda nadiren görülür. Primer Sjögren sendromunda akciğer tutulumu da artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Bu olgudan yola çıkarak plevral efüzyon ile karşımıza gelen hastalarda altta yatan nedeni saptamak için multisistemik yaklaşımın önemini görmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Plevral Efüzyon, Pulmoner Emboli, Sjögren Sendromu, Akciğer Tüberkülozu



PS-073 Romatizmal Hastalık Zemininde Gelişen Bir Alveoler Hemoraji Olgusu

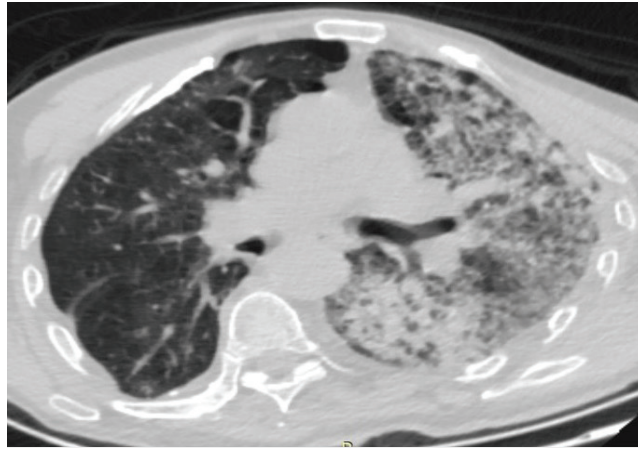
Hatice Reva Saraç¹, Ekrem Cengiz Seyhan¹, Hüseyin Yunus Doğan¹, Deniz Çağın İşler¹, Berke Mert İskender¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Alveoler hemoraji sendromları, kapiller hasara bağlı diffüz alveoler kanama ile karakterize bir grup hastalıktır. En sık nedeni vaskülitlerdir. Alveoler boşluğa kanamaya ve sonrasında dispne, hemoptizi, anemi ve akciğer grafisinde bilateral alveoler konsolidasyonlar gibi komplikasyonlara yol açar. Diffüz alveoler kanama sıklıkla alveol kapillerlerinden kaynaklanır. Histolojik olarak kapillerit bulunup bulunmamasına göre sınıflandırılır. Biz bu olgumuzda kliniğimize sadece nefes darlığı ile başvuran, takiplerinde hemoptizi ve hematürisi gelişen ve kapillerit ile birlikte seyretmiş bir alveoler hemoraji olgusundan bahsedeceğiz: Mikroskopik Polianjit.

Olgu: 82 yaşında bilinen romatoid artrit ve hipertansiyonu olan fakat düzenli ilaç kullanımı olmayan erkek hasta öksürük ve nefes darlığı ile acil servisimize başvurdu. Pnömoni ve hipoksik solunum yetmezliği tanısıyla hastaya servis yatırışı verildi. Arteriyel kan basıncı:110/80, nabızı:90/dk, saturasyonu:93(6 lt nazal O2 ile) idi. Takiplerinde oksijen ihtiyacı artıp enfeksiyon parametreleri yükseldiği için yoğun bakım ünitesine alınan hastaya %80 FiO2 ile high-flow desteği ve meropenem- vankomisin tedavisi başlandı .Yoğun bakım takiplerinde kraşe tarzı hemoptizisi gelişen, idrarda hematürisi olan ve tomografisinde alveoler hemoraji ile uyumlu görünüm olan hastaya yüksek oksijen desteği ile takip edildiği için bronkoskopi işlemi yapılamadı. Vaskülit panelinde P-ANCA: 117(+) RF:42 CCP:500 görülmesi üzerine mikroskopik polianjitis düşünülerek klinik gidişatta kötüleşme olduğu için ön planda mikroskopik polianjitis düşünülerek 3 günlük pulse steroid (250 mg metilprednizolon) ve Romatoloji konsültasyonu sonrası 6 kür Endoxan tedavisi planlandı.15 gün arayla 6 kez Endoxan tedavisinin yanında 4 mg metilprednizolonla tedavisine devam edilen hastanın 6. aydaki kontrol tomografisine göre tedavisine mikofenolat mofetil 500 mg 2x1 eklendi. Endoxan tedavisinin 2. küründen itibaren oda havası saturasyonu 96 olan ve enfeksiyon değerleri regrese olan hastanın tedavisine hala mikofenolat mofetil ve 4 mg metilprednizolon ile devam ediliyor.

Resim 1



Tedavi başında çekilen BT'de orta zondan başlayan diffüz konsolidasyon alanları

Tartışma-Sonuç: Alveoler hemoraji sendromları histolojik olarak kapillerit bulunup bulunmamasına göre sınıflandırılır. Kapillerit bulunanlara en sık Wegener granülomatozu, Mikroskopik Polianjiit, İzole Pulmoner Kapillerit, Sistemik Lupus Eritematozis (SLE), Romatoid Artrit (RA), Henoch Schonlein Purpurası örnek verilebilir. Kapillerit bulunmayan nedenler arasında koagülasyon bozuklukları, ekzojen ajanlara maruz kalma (amiodaron, nitrofurantoin, kokain inhalasyonu, radyasyon tedavisi), mitral stenoz, subakut bakteriyel endokardit, multipl miyelom, pulmoner venooklüziv hastalıklar, pulmoner ve metastatik tümörler sayılabilir. Radyolojik bulguları bilateral diffüz yamalı infiltratlar ve genelde orta zonları tutan konsolidasyon alanlarıdır. Alveoler hemoraji kliniğinde erken tanı hayat kurtarmakta ve tanı geciktikçe prognoz kötüleşmektedir. Uzun dönemde mortalite oranı ortalama %17.6 olmakla birlikte bu oran alveoler hemorajinin etyolojisi ve verilen tedaviye göre değişmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemoraji, İntersitisyel, Alveol



PS-074 İmatinib ilişkili İnterstisyel Akciğer Hastalığı

Yasemin Çam¹, Cansu Gökem Orhan¹, H. Canan Hasanoğlu²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

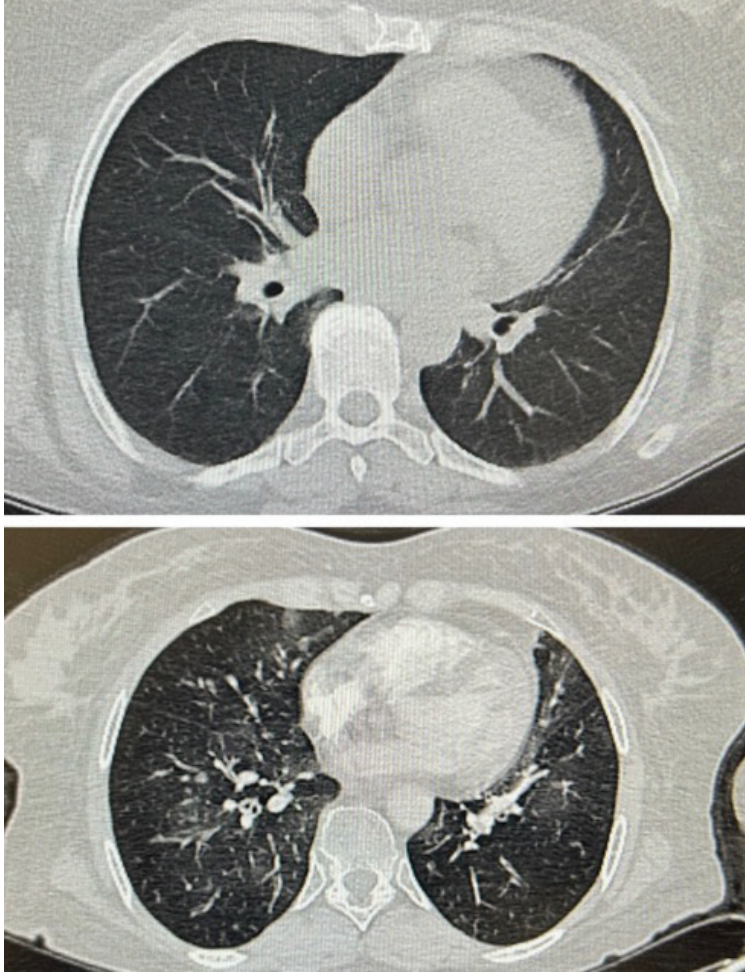
²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Kronik myeloid lösemi (KML) kemik iliğindeki hematopoetik kök hücrelerin monoklonal çoğalması ve kemik iliğinde artmış hiperselülarite ile karakterize myeloproliferatif bir hastalıktır. İnsidansı 1-2/100,000'dir. Erkeklerde daha sık (Erkek/Kadın: 1,3/1) görülür. 40-60 yaş arasında görülme sıklığı artar. KML'nin genetik belirleyicisi Philadelphia (Ph) kromozomudur. Bu füzyon geninin hastalık patogeneziindeki rolünden yola çıkarak tirozin kiraz inhibitörü (TKI) olan İmatinib KML tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Klinik olarak kullanılan tüm TKI'lerin yaygın olarak bildirilen yan etkileri arasında akciğer hasarı, epitel yüzeylerinden kök hücre kaybı ve ilaca bağlı hücre hasarı yer almaktadır. İmatinib çoğu hasta tarafından genel olarak iyi tolere edilir, ancak yüksek dozlarda kullanımı hematolojik olmayan toksitelere ve ciddi pulmoner yan etkilere neden olabilir. KML tedavisi için imatinib kullanan hastamız ilaca bağlı nadir görülen interstisyel tutulum nedeni sunulmuştur.

Olgu: Bilinen kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik myeloid lösemi (KML), pilor disfonksiyonu, panik bozukluk ve depresyon tanıları olan 61 yaşında hasta nefes darlığı, burun akıntısı ve öksürük şikayetleriyle acil servise başvurdu. Nazal kanül ile 3 lt/dk oksijen alan hastada SpO₂: %97 idi. Dinlemekle bilateral ronküsleri mevcuttu. 3 yıl önce KML tanısı almış ve İmatinib tedavisi başlanmıştı. Aralıklı olarak radyolojik takip altında idi. Tanı esnasında çekilen Toraks BT'de akciğer bulguları normal idi. Tam bir yıl sonra çekilen Toraks BT'sinde bilateral üst lob apikal bölgelerde plevral fibrotik çekinti, bilateral parakardiyak segmenter atelektatik akciğer sahaları izlendi. İkinci yıl Toraks BT'sinde tedaviye ikincil gelişmiş olabilecek bronşiyolitisi obliterans açısından şüpheli bulgular izlendi. Oksijen ihtiyacı ortaya çıkan hastaya uzun süreli oksijen tedavisi başlandı. Çekilen Toraks BT'sinde her iki akciğer alt lob bronş yapıları distallerde yer yer oblitere idi ve her iki akciğer alt loblarda perbronşiyoler kalınlaşmalar izlendi. Solunum yolu viral paneli negatifti. SFT restriktif patern ve DLCO azalmıştı. Hastanın diğer laboratuvar bulguları ve akut faz reaktanları normal sınırlardaydı. Hastanın imatinib öncesi ve sonrası görüntüleri ve klinik durumu karşılaştırıldığında imatinib ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (İAH) düşünüldü. Hastanın Bcr-abl testi negatif olduğu ve imatinib moleküler yanıtının olduğu görüldü ancak imatinib ilişkili İAH düşündüğümüz hastada imatinib tedavisi kesilerek KML açısından başka bir ilaca geçilmesi planlandı. Hastaya 1 ay boyunca sistemik steroid tedavisi başlandı. 1 aydan sonra kademeli doz azaltılması planlandı. Hastanın takiplerinde klinik ve radyolojik iyileşme gözlemlendi. Steroid tedavisi hala devam eden hasta takibimize devam etmektedir.



Toraks BT



Üstteki resim:2020 yılı imatinib tedavisinden önce Toraks BT'si Altteki resim:2023 yılı hasta bize başvurduğu zaman olan Toraks BT'si

Tartışma-Sonuç: Tirozin kinaz inhibitörü olan İmatinib KML tedavisinde etkin olarak kullanılmaktadır. Sık görülen yan etkileri karın ağrısı, kemik ve kas ağrılarıdır. İlaçla ilişkili İAH bildirilmiş olgular nadirdir. Hastamızdaki akciğer İAH bulguları ilacın kullanımına eş zamanlı olarak başlamış ve zamanla ilerlemiştir. Bunun yanında İmatinib kesilip steroid başlandıktan sonra hastanın semptom ve bulgularının gerilemesi, radyolojik iyileşme olması ve oksijen ihtiyacının azalması İmatinib ilişkili İAH tanımızı doğrulamaktadır. Olgumuz özellikle onkoloji ve hematoloji tarafından kullanılan yeni kuşak ilaçların akciğerlerde oluşturabileceği ilaç ilişkili yan etkilere yaklaşım açısından iyi bir örnek olup literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: İmatinib, İnterstisyel, Restriktif, Akciğer

PS-075 Ne Kadar Sorarsan Sor Hastanın Söylediği Kadardır

İlknur Kaya¹, Hande İpek Oduncuoğlu¹, Şebnem Emine Parspur¹

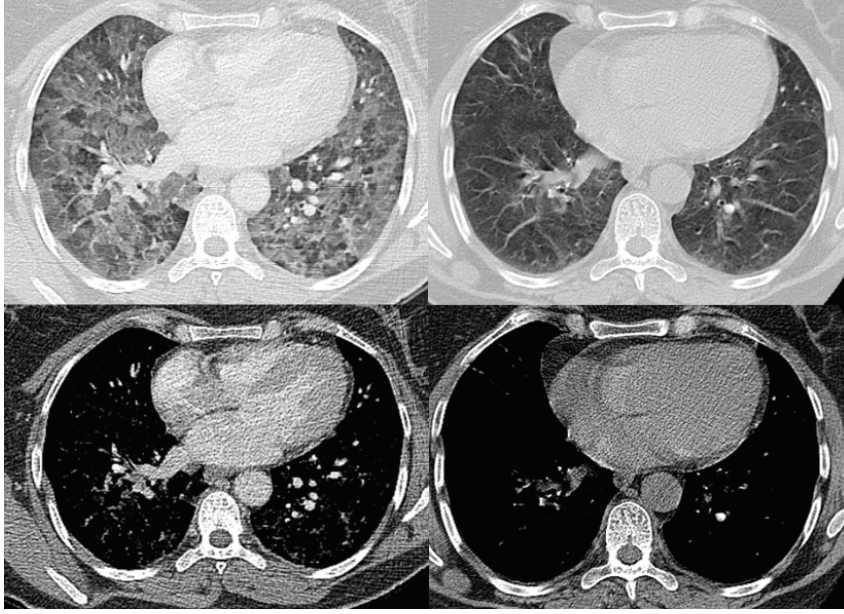
¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Hipersensitivite pnömonisi (HP) önceden duyarlanılan organik veya düşük molekül ağırlıklı kimyasal antijenin tekrarlayan inhalasyonu sonucu gelişen, interstisyum, bronşiyol ve alveollerin tutulduğu, granülatöz inflamasyonla karakterize, interstisyel akciğer hastalığıdır. Fibrotik HP ve non-fibrotik HP olarak iki gruba ayrılmaktadır. Nadir görülmekte olup farklı klinik semptomlar verebilmesi nedeniyle çoğu kez gözden kaçabilmektedir. Hastalığın tanısında ilk adım şüphe duymak olup, şüphelenilen hastalarda anamnezin derinleştirilmesi önemlidir. Ateş, dispne semptomları olan, radyolojisinde yamasal buzlu cam alanları görülen olgumuzda hipersensitivite pnömonisinin akla getirilmesi ve olası antijenik kaynakların sorgulanması gerekmektedir. Olgumuzu, uygun tedavi ve maruziyetten uzaklaşma sürecine uyumun sağlanmasıyla birlikte tam yanıt alınması nedeniyle sunmak istedik.

Olgu: Bilinen akciğer hastalığı olmayan elli bir yaş kadın hasta, iki aydır olan ve giderek artan ateş, nefes darlığı, kuru öksürük, batıcı tarzda göğüs ağrısı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Solunum sistemi fizik muayenesinde bilateral bazallerde nadir inspiratuar raller mevcuttu. Çevresel, mesleki maruziyet ve özellikli ilaç kullanım öyküsü yoktu. Hastanın acil serviste çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografisi (TBT) görüntüsünde mediastende ve bilateral hilus düzeyinde lenf nodları, her iki akciğerde tüm loblarda periferik ağırlıklı dağılım gösteren yamasal buzlu cam alanları izlendiği için (Resim 1) öncelikle covid-19 pnömonisi ön tanıda düşünülmüş olup, hasta pandemi servisine yatırılmıştı. Hasta Covid-PCR sonucunun 2 kez negatif saptanması ve semptomlarının uzun zamandır olması nedeniyle göğüs hastalıkları servisine devredildi. Tam kan sayımında hemoglobin: 11,8 g/dl, lenfosit-eozinofil oranları normal aralıktaydı. C-reaktif protein: 12 idi. Solunum Fonksiyon Testinde; FEV1: 1,55 L %63 FVC: 1,80 L %62 FEV1/FVC: %86 saptandı. Tanısal ve kontrol amaçlı çekilen TBT’de regresyon olmaması, bilateral akciğerlerde tüm parankimi kaplayan yamalı buzlu cam dansite görünümü ve yer yer septal kalınlaşmalar mevcut olması, nonspesifik interstisyel pnömoni paterniyle uyumlu olmasıyla 1 mg/kg/gün dozunda metilprednizolon başlandı. Romatolojik markırlar negatif saptandı. Prednol tedavisine yanıt alınan hastanın kontrol görüntülerinde regresyon saptanması nedeni ile prednol tedavisi aşamalı olarak azaltılması planlanıp, poliklinik kontrolü önerildi. 2 ay sonra aynı klinik bulgularla ve TBT’de görüntülerin progrese olduğu saptanmasıyla hasta tekrar kliniğimize interne edildi. Hastanın poliklinik kontrolünde prednol tedavisini kendisinin kestiği öğrenildi. Bu aşamada anamnez yeniden derinleştirildi. Şüpheli maruziyet belirtmedi. Yeniden başlanan metilprednizolon sonrasında klinik ve radyolojik olarak regrese olması sonrasında taburcu edilen hastaya tedavinin önemi anlatıldı. Tedavinin 3. ayında metilprednizolon dozu azaltılırken radyolojik olarak regresyon görülmesi sonrasında anamnez yeniden ayrıntılı alındı. Bu aşamada, eşinin bodrum katında güvercin beslediği, güvercinlerin evde olmadığı için ve kendisinin teması olmadığı için söylemeye gereksinim duymadığı öğrenildi. Hastaya mevcut klinik ve radyolojik veriler doğrultusunda non-fibrotik HP tanısı kondu. Güvercinlere direkt ve dolaylı maruziyetin kesilmesi, detaylı ev temizliği önerildi. Metilprednizolon tedavisi aşamalı olarak azaltılarak 6. ay sonunda kesildi. 6. ay TBT kontrolünde parankimal bulgularda anlamlı regresyon görüldü (Resim 2), öksürük ve nefes darlığı şikayetlerinde gerileme saptandı. Şu anda hasta kliniğimizde tedavisiz takiptir.



Resim 1, Resim 2



Tedavi öncesi buzlu cam alanlarının tedavi ve maruziyetten kaçınma sonrasında gerilediği görülüyor.

Tartışma-Sonuç: HP diğer interstisyel akciğer hastalıklarından ayırt edilemeyebilir bu nedenle tanısında zorluklar yaşanır. HP tanısı yüksek klinik şüpheyne, antijen maruziyet öyküsüne, klinik, radyolojik, laboratuvar ve patolojik bulguların kombinasyonuna bağlıdır. Tanıda en önemli nokta HP düşünmek ve buna yönelik maruziyeti hem çevresel hem de mesleki olarak ayrıntılı sorgulamaktır. Hastanın çevresel maruziyetten uzaklaşma ve steroid tedavisine uyumunda işbirliği sonrasında tam kür elde etmek mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Toraks Yüksek Çözünürlüklü Bilgisayarlı Tomografi, İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Metilprednizolon, Hipersensitivite Pnömonisi, Şüphelenmek

PS-076 Ayırıcı Tanıda Zorlanılan Fibrotik İnterstisyel Akciğer Hastalığında Tanı Sarkoidoz

Tahir Özmen¹, Dildar Duman¹, Büşra Ergeç¹, Fatih Sarıtaş²

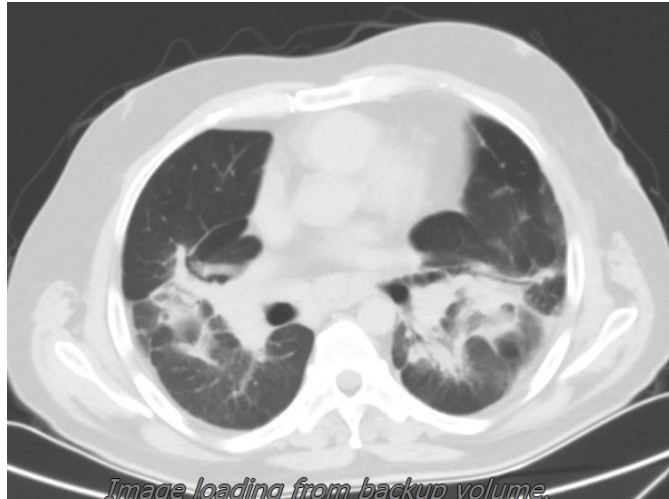
¹S.B.Ü Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği

Giriş-Amaç: İnterstisyel akciğer hastalıkları çok fazla sayıda hastalık içeren ayırıcı tanısında zorlanılan bir hastalık grubudur. İPF dışı interstisyel akciğer hastalıklarının %18-32 sinin progresif fibrotik fenotip gösterdiği bilinmektedir. Fibrotik sarkoidoz lenfatik dağılım gösteren non nekrotizan granülomlarla birlikte fibrozisin eşlik ettiği hastalık grubudur. Bu hastalık grubunda non spesifik interstisyel pnömoni (NSİP), bağ dokusu hastalığı ilişkili İAH(BDH-İAH), fibrotik hipersensivite pnömonisi(Fibrotik HP) , sınıflandırılmayan İAH ve fibrotik sarkoidoz yer alır.

Olgu: 43 yaşında erkek hasta 2 yıldır olan nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde dış merkezde 2 yıl interstisyel akciğer hastalığı ön tanısıyla takip edildiği, bu süreçte 1 kez 3 ay steroid tedavisi kullandığı ancak hasta fayda görmediğini ifade ederek tedaviyi bıraktığı öğrenildi. Hastanın HRCT (Şekil 2) sinde mediastende 1 cm geçmeyen lenfadenopatiler, Sağ akciğer orta ve alt lobda sol akciğer alt lobda traksiyon bronşiektazilerin eşlik ettiği santrali konsolide çevresi buzluca alanlarından oluşan fibrotik patern, bilateral akciğer alt loblarda daha belirgin interlobüler septalarda kalınlaşmalar ve fibroatektatik bantlar raporlanmıştı. İnterstisyel akciğer hastalığı? Organize pnömoni? Ön tanılarıyla mediastinoskopi önerilen ancak kabul etmeyen hastaya EBUS yapıldığı ve EBUS sonucunun nondiagnostik olduğu görüldü. Sonrasında başka bir merkezde göğüs cerrahisi tarafından Wedge rezeksiyon uygulanan hastanın cerrahi patoloji sonucu non nekrotizan granülamatöz iltihap, subplevral fibrozis olarak raporlanmıştı. Hasta tetkik ve tedavisinin devamı açısından tarafımıza başvurdu. Toraks HRCT kontrolü yapıldı. SFT ve DLCO yapılan hastanın (fvc 1,95 %42 DLCO 4,45 %42) fonksiyonel kapasitesi oldukça düşük bulundu. Hastanın 2 yıllık sürecinde dispnesinin arttığı radyolojik progresyon ve fonksiyonel kapasitede düşme olduğu görüldü. Kollajen doku belirteçleri istenen hastanın Anti JO-1 i pozitif bulundu. Hasta radyoloji , romatoloji ve patoloji ile konsulte edildi ve fibrotik sarkoidoz ön planda düşünüldü. Hastanın tedavisine metilprednisolon 8 mg ile birlikte Metotreksat IV ile devam edilmesine karar verildi.3 ay sonra kontrole çağırıldı.

BT kesiti



Traksiyon bronşiektazilerin eşlik ettiği santrali konsolide çevresi buzluca alanlarından oluşan fibrotik patern

Tartışma-Sonuç: Sarkoidoz genellikle genç erişkinlerde görülen mediastinal lenfadenopati ve akciğerde perilenfatik nodüllerin izlendiği granülamatöz interstisyel akciğer hastalığıdır. Ancak sarkoidozun atipik radyolojik görüntü verebileceği ve progresif fibrotik interstisyel akciğer hastalıkları ayırıcı tanısında yer alması gerektiği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, Fibrotik İnterstisyel Akciğer Hastalıkları



PS-077 Pulmoner Langerhans Hücreli Histiositozis X Olgusu Sunumu

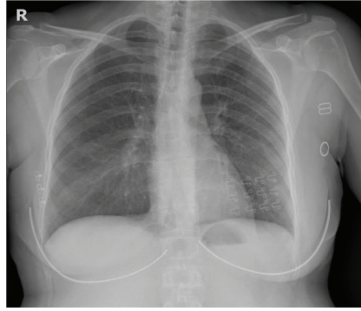
Hanife Şahin¹, Sümeyya Pehlivan¹, Gülbahar Tavukçu¹, Tuğba Mandal¹, Gülfidan Aras¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Giriş-Amaç: Pulmoner langerhans hücreli histiositozis (PLHH) X, langerhans hücreli histiositozisin alt grubu olan akciğerlerde langerhans hücre infiltrasyonunun olduğu nedeni bilinmeyen hastalıktır. Özellikle sigara içenlerde görülmektedir. Nadir rastlanması nedeniyle sunmayı amaçladık.

Olgusu: Kırk dört yaşında erkek hasta polikliniğe 2 aydır devam eden öksürük, balgam, nefes darlığı ve sırt ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde; genel durum iyi, bilinci açıktı. Solunum sisteminde; solunum sayısı: 14/dak, her iki hemitoraksta yaygın ronküs vardı. Nabız: 70/dak, T.A: 110/90 mmHg Satürasyon: %94. Diğer sistemlerde özellik saptanmadı. Hasta aktif sigara içicisi olup, 20 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Posteroanterior (PA) akciğer grafisinde sağ üst zon periferinde daha belirgin retikülonodüler dansite artımları mevcuttu, çekilen YÇBT'de; sağ akciğer üst zonda daha belirgin olmak üzere yaygın ince duvarlı, çok sayıda kistik görünüm izlendi. Hastaya histiositozis x ön tanısı ile bronkoalveolar lavaj yapıldı. İmmünohistokimyasal incelemede proliferatif hücrelerin S-100, ve CD1a antikoru ile pozitif reaksiyon gösterdiği izlendi. Hastaya biyopsi önerildi, hasta kabul etmediği için yapılamadı. Hastaya sigarayı bırakması konusunda danışmanlık verildi. Kontrol muayenesinde yakınmaları büyük oranda azalmıştı. DLCO planlandı. Hasta takibe alındı.

Hastanın geliş görüntüleri



RESİM 1



RESİM 2

Resim 1: Hastanın geliş röntgeni Resim 2: Hastanın geliş tomografisi, tomografide sağ akciğer üst zonda daha belirgin olmak üzere yaygın ince duvarlı, çok sayıda kistik görünüm izlendi

Tartışma-Sonuç: Pulmoner LHH'nin etiyolojisi hâlâ bilinmemektedir. Hastalığın hemen hemen sadece sigara içenlerde görülmesi nedeniyle sigaranın çevresel bir faktör olduğu kabul edilmektedir. Olgular sıklıkla 20-40 yaş arasındaki genç erişkinlerdir. Hastaların histopatolojik bulguları Langerhans hücreleri içeren granümatöz lezyonların görülmesidir. Kesin tanı, Langerhans hücrelerinin anti-CD1a monoklonal antikoru kullanılarak immünohistokimyasal boyamayla gösterilmesiyle ya da elektron mikroskopik çalışmayla bu hücrelerde Birbeck granüllerinin görülmesiyle konulur.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Langerhans Hücreli Histiositozis X, Sigara

PS-078 İnterstisyel Akciğer Hastalığı Sanılan Primer Siliyer Diskinezi Olgusu

Mustafa Ersözlü¹, Selen Doğan¹, Oya Evirgen², Demet Karnak¹

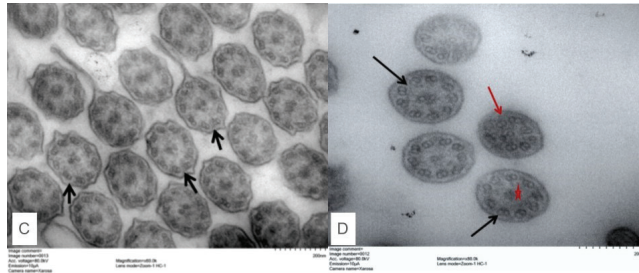
¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji-Embriyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş ve Amaç: Primer siliyer diskinezi (PSD), silya disfonksiyonu sonucu havayollarını etkileyen ender görülen heterojen bir hastalık grubudur. Çoğu hasta çocukluk çağında sık sinopulmoner enfeksiyonlar ile prezente olur ve ileri dönemde tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı olarak bronşiektazi ve devamında interstisyel değişiklikler de görülebilmektedir.

Olgu: Bilinen interstisyel akciğer hastalığı (İAH) ön tanısıyla takip edilen, uzun süreli oksijen tedavisi almakta olan 19 yaşında erkek hasta birkaç ay içinde artan nefes darlığı ile başvurdu. Prodüktif öksürük semptomu da eşlik ediyordu. Özgeçmişinde sigara ve çevresel maruziyet öyküsü yoktu. Soygeçmişinde anne-babada ikinci derece akrabalık dışında özellik yoktu. Hastaya 16 yaşında iken ani gelişen nefes darlığı ile başvurusunda sol akciğer spontan pnömotoraks tanısıyla göğüs tüpü uygulanmıştı. Aynı başvurusunda akciğerde interstisyel değişiklikler ve kistik lezyonlar saptanması sebebiyle VATS ile kama biyopsisi alınıp, patolojisinin bronşiolitis obliterans (BO) olarak değerlendirildiği öğrenildi. Aynı biyopsi materyalinin immünohistokimyasal boyama sonucunda Langerhans hücreli histiositoz tanısının dışlandığı öğrenildi. Çocukluk çağı İAH açısından gönderilen genetik panel normaldi. Laboratuvarında ANA granüler benekli zayıf pozitif, romatolojik panel negatif saptanmıştı. Kapilleroskopi pozitifliği ve patolojide BO özelliği sebebiyle otoimmün özellik gösteren interstisyel pnömoni (IPAF) tanısı ön planda düşünülerek aralıklı olarak Pulse kortikosteroid, hidroksiklorokin, mikofenolat mofetil ve siklofosfamid tedavileri verilmişti ancak klinik ve radyolojik yanıt alınamaması ve hastalık progresyonu üzerine tedavi kesilmişti. Başvurusunda hidroksiklorokin tedavisi devam edilmekteydi. Fizik muayenesinde siyanozu, dinlemekle her iki akciğer bazalde velcro ralleri vardı. Laboratuvar testlerinde hafif akut faz yanıtı ve lökositoz saptanması, akciğer grafisinde bilateral retikülonodüler opasite saptanması üzerine moksifloksasin antibiyoterapisi başlandı. Arter kan gazında oda havasında hipoksemikti. Spirometride ileri restriksiyon ve karbonmonoksit difüzyon testinde ciddi difüzyon kısıtlılığı saptandı. Kistik fibrozis açısından ter testi negatif ve mukosilyer klirens için sakkarin testi pozitif saptandı. Bunun üzerine PSD ekartasyonu için mukoza biyopsisi ve fırçalama materyali özel bir tampon solüsyon içinde histoloji-embriyoloji laboratuvarına gönderildi. Yapılan transmisyon elektron mikroskopisi (TEM) PSD ile uyumlu bulundu.

Şekil 1. Transbronşiyal akciğer biyopsi materyali Transmisyon elektron mikroskobu (TEM) incelemesi



A) Yarı ince kesit x100 büyütme: (Toluidin Blue- Azür II boyası) Bronş kinosilyalı epitel hücreleri ve lümene uzanan silya kesitleri izlendi. B) X40.000 büyütme: EM incelemede olabildiğince enine geçen silya kesitlerinde yapılan gözlemlerde (Siyah ok): İç ve dış dinein kollarının olmadığı görüldü C) X60.000 büyütme: (Siyah oklar) Enine geçen silya kesitlerinde aksonem mikrotübülüs iç ve dış dinein kolları izlenemedi. D) X80.000 büyütme: (Siyah oklar) Aksonem mikrotübüllerinde iç ve dış dinein kolları izlenemedi. (Kırmızı ok) Mikrotübüler disoryantasyon ve (kırmızı yıldız): merkez mikrotübülüslerinin olmadığı görüldü

Tartışma ve Sonuç: PSD hastalarında akciğerde interstisyel akciğer hastalıklarını taklit eden parankimal değişiklikler ve restriktif tipte solunum fonksiyon bozukluğuna bağlı solunum yetmezliği görülebileceği akılda tutulmalıdır. Tanıda prodüktif öksürük, rinosinüzit, situs inversus gibi tipik özelliklerden ikisinin taşınması veya klinik yüksek şüphe varlığında mukoza biyopsisi veya fırçalama materyallerinin TEM incelenmesi önerilmektedir.

Keywords: Primer Siliyer Diskinezi, İnterstisyel Akciğer Hastalıkları, Bronkoscopi



PS-079 Mesalazin Kullanan Crohn Hastasında Gelişen Eozinofilik Pnömoni Olgusu

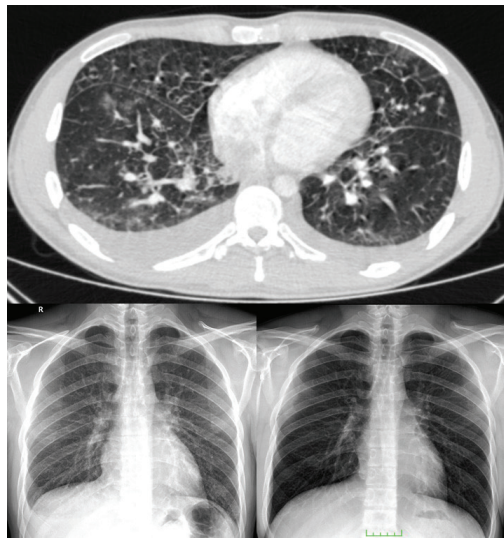
Şeyma Çağlar¹, Elif Kaleli Ercan¹, Ayşe Füsün Kalpaklıoğlu¹, Ayşe Baççıoğlu¹

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Akut eozinofilik pnömoni (AEP) akciğer parankiminde eozinofilin infiltrasyonu ile karakterize nadir bir hastalıktır. Crohn hastalığı etyolojisi kesin olarak bilinmeyen, granülomatöz bir inflamatuvar bağırsak hastalığıdır. Burada crohn hastasında gelişen pulmoner emboliyle komplike AEP olgusu tartışılmıştır.

Olgu: Yirmi üç yaşında bilinen Crohn hastalığı olan hasta; 10 gündür olan yüksek ateş, halsizlik, bulantı, kusma ve kuru öksürük şikayetiyle acile başvurdu. Ayrıca, son 10 gündür baskı tarzında göğüs ağrısı, nefes darlığı ve hırıltılı solunumu vardı. Ağrının şiddeti nefes alıp vermekle değişiyor; sola yatınca artıyordu. Hasta sigaraya 1 aydır yeni başlamıştı. Öğrenci olan hastanın biomass maruziyeti /hayvan besleyiciliği yoktu. Crohn nedeni mesalazin kullanıyordu. Fizik muayenesinde akciğer bazallerinde bilateral kaba raller mevcut, ptö-/-, oda havasında oksijen saturasyonu %91, ateş 37,5°C, nabız 119/dk, TA: 110/66 mmHg idi. Biyokimyasında serum D-dimer: 4073 ug/L ve CRP:166 mg/L, kanda eozinofil $790 \times 10^3 \mu\text{L}$ idi. Acilde çekilen pulmoner arter BT anjiyografisinde solda posterobazal ve anterior segmenter dallarda çok sayıda dolum defekti ve plevral effüzyon -sağda 26mm, solda 14mm-, akciğer parankiminde tüm zonlarda yamalı dağınık buzlu cam alanlarının görülmesi üzerine akut pulmoner tromboemboli tanısıyla servise yatırıldı. Solunum PCR sonucu negatif gelmesi viral pnömoniye dışladı. Alt ekstremitelerde renkli doppler ultrasonografisinde trombüs görülmedi. Torasentezle alınan plevra sıvısı eksuda uyumlu, kültür (-), ADA (-), ARB (-), sitoloji malignite (-) idi. Fiberoptik bronkoskopide bronş mukozası soluk, bronş lavajı kültürü (-), ARB (-), eozinofil düzeyi $960 \times 10^3 \mu\text{L}$ (%28) bulundu. Parankim infiltratları akut eozinofilik pnömoniye bağlandı. Etiyolojide yeni sigaraya başlaması ve/veya mesalazin düşünülürdü; ilaç kesildi, hasta sigarayı bıraktı. Tedavi olarak düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH), iv- metil-prednizolon 40 mg, ipratropium+salbutamol nebül, moksifloksasin 400 mg, proton pompa inhibitörü (ppi) başlandı. Yedi günlük tedavi sonrası semptomları ve fizik muayene bulguları geriledi ve kontrol P-A graflerinde regresyon görüldü. DMAH, oral ve inhaler kortikosteroid, ppi, trimetoprim-sülfametoksazol (TMP-SMZ, 2/hf) ile taburcu edildi. Göğüs hastalıkları ve gastroenteroloji kontrolleri önerildi.

Tartışma-Sonuç: Crohn hastasında görülen AEP primer hastalığın ekstraintestinal tutulumu, yeni sigaraya başlama veya oral-5-aminosalisilikasid (mesalazin) kullanımına sekonder olabileceği düşünüldü. Crohn'a bağlı akciğer tutulumu %21-41 oranında olup primer hastalık veya kullanılan ilaca sekonder olabilmektedir. Sigara kullanımına sekonder AEP için <1 aydır kullanım öyküsü, akut başlangıçlı ateşli solunum semptomları, hipoksemik solunum yetmezliği, bronş lavajında eozinofil düzeyinin >%25 olması ve enfeksiyon ve eşlik eden şüpheli ilaç olmaması gereklidir. Bu vakada neden kesin olmamakla birlikte sigara ve mesalazin kesilmesi ve uygun tedaviyle iyileşme sağlandı.



Resim 1 Hastanın bilgisayarlı tomografi görüntüsü; ilk ve tedavi sonrasındaki kontrol akciğer grafisi

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik Pnömoni, Mesalazin, Crohn

PS-080 Nüks Kriptojenik Organize Pnömoni Olgusu

Dr. Sedef Şule Bozkır¹, Doç Dr. Fatma Demirci Üçsular¹

¹Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Organize pnömoni (OP) respiratuar bronşiyoller, alveoler kanallar ve alveoller içerisinde inflamatuvar hücrelerin ve bağ dokusu matrisinin varlığı ile karakterize nonspesifik bir akciğer hasarı yanıtıdır. Etiyolojisine göre Primer ve Sekonder OP olarak ikiye ayrılır. Primer OP kriptojenik organize pnömoni (KOP) olarak adlandırılır ve idiyo-patik interstisyel pnömoniler içerisinde yer alır. KOP tanısı, klinik, radyolojik ve patolojik bulgular ile sekonder organize pnömoni yapan hastalıkların (bağ dokusu bozuklukları, ilaç reaksiyonları, hipersensitivite pnömonisi, kemik iliği transplantasyonu, maligniteler yanında çeşitli enfeksiyonlar vs.) dışlanması sonucunda konulur. Akciğer grafisinde çok sayıda yamalı opasite, hava bronkogramı, akciğer nodülleri, buzlu cam opasiteler, tek veya çoklu konsolidasyonlar görülebilir. Lezyonlar gezici tarzda ve genellikle bilateralidir. Akciğer biyopsisi en önemli tanısal işlemdir.

Olgu: 74 yaşında kadın hasta ,3 aydır halsizlik, çabuk yorulma, eforla nefes darlığı nedeniyle tarafımıza başvuruyor. Fizik muayenesinde solunum sesleri olağan, ek özellik yok. Oda havası satürasyonu %94. HRCT'sinde bazallerde konsolide alanlar mevcut. Solunum Fonksiyon Testinde, FVC: 2,21 FEV1: 1,91 %92. EKO bulguları olağan. Lab bulguları olağan. Bağ dokusu hastalıkları açısından Romatoloji tarafından değerlendirildi. Patoloji saptanmadı. Bronkoskopi yapılan hastanın BAL materyalinde hücresel dağılım % 60 nötrofil, % 30 alveolar makrofaj, %9 lenfosit, % 1 eosinofil şeklinde sonuçlandı. Hastaya kriyobiopsi planlandı. Sol alt lob posterior segmentten yapılan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde fokal interstisyel lenfosit infiltrasyonu ile kalınlaşma, alveolar epitelinde Tip 2 hiperplazisi ve birkaç alveol boşluğunda alveolar makrofaj birikimi ile karakterize spesifik olmayan bulgular izlendi. Hastaya KOP tanısı konularak 40 mg kortikosteroid tedavisi başlandı. 3 aylık periyotlar halinde kontrole çağırıldı. Şikayetlerinde regresyon izlenmesi üzerine kademeli olarak doz azaltılarak kesildi. Hasta toplamda 7 ay tedavi aldı. Kortikosteroid tedavisinin kesilmesinden 6 ay sonra, nefes darlığı şikayetinin artması üzerine polikliniğimize başvuran hastanın Toraks BT' sinde progresyon izlenmesi üzerine nüks olarak düşünüldü ve tekrar kortikosteroid başlandı. Nüks olduğu için Kortikosteroid 2 yıla tamamlandı. Kortikosteroidi kademeli olarak doz azaltılan hastanın SFT ve HRCT kontrolünde tama yakın yanıt alınması üzerine kortikosteroidi kesildi.

HRCT



Nüks olarak değerlendirilen HRCT görüntüsü

Tartışma-Sonuç: KOP nadir görülen bir hastalık olup, tanı koyarken olası etiyolojileri detaylı araştırmak gerekir. Tanı konulduktan ve tedavi tamamlandıktan sonra nüks olasılığı dolayısıyla hastanın takipte kalması önerilir. Nüks olgularda tedavi başarı amacıyla tedavi süresi uzatılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kriptojenik Organize Pnömoni, Kortikosteroid, Kriyobiopsi, Nüks



Poster Bildiri Oturumu 5: Minimal İnvaziv Göğüs Cerrahisi

PS-081 Künt Travmaya Bağlı Şilotoraks

Eren Zencî¹, Argün Kış¹, Gökhan Öztürk¹, Nagihan Yağın Türkmen¹, Halil Sevimli¹, Ümit Aydoğmuş¹

¹Pamukkale Üniversitesi Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Şilotoraks, tipik olarak yüksek konsantrasyonda trigliserit içeren şilöz sıvının plevral boşlukta birikmesidir. Künt travmanın neden olduğu ductus thoracicus hasarı ve şilotoraks son derece nadirdir. Vakaların çoğunda konservatif tedavi yeterlidir. Ameliyat dışı önlemlerin başarısız olduğu durumlarda ameliyat endikedir. Bu olguda sizlere künt göğüs travması sonrası gelişen hemotoraks ve şilotoraks sunulmuştur.

Gereç ve Yöntem: Araç içi trafik kazası nedeniyle acil servise başvuran 24 yaş erkek hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde solda 5cm kalınlığa ulaşan hemotoraks izlendi olarak bildirildi. Hastanın takiplerindeki PAAC grafisinde solda hemotoraksta artış görülmesi üzerine hastaya toraks dreni takıldı. Dren takılması sonrası 24 saatlik takibinde 1000cc hemorajik drenajı olan hastanın, toraks şişesinin üst kısmında şilöz sıvı ile uyumlu görünüm (Resim 1) olması üzerine hastanın mayisinden örnek gönderildi.



Resim 1 Sualtı drenaj şişesinde hemotoraks ve şilotoraks görünümü

Bulgular: Mayi trigliserit 510 mg/dL olup şilotoraksla uyumluydu. Hasta oral beslenmesi kesilip, total parenteral nutrisyon (TPN) ve sıvı replasmanı yapılarak 7 gün takip edildi. Oral beslenmesi açıldıktan 3 gün sonra günlük drenajı (Tablo 1) 100cc'nin altına düşmesi ve şilöz drenajın kesilmesi üzerine hastanın toraks dreni sonlandırıldı. Takiplerinde patoloji gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi.

Tablo 1

1. gün	2.gün	3.gün	4.gün	5.gün	6.gün	7.gün	8.gün	9.gün
1000cc	600cc	100cc	250cc	250cc	200cc	50cc	200cc	0cc

Günlük Drenaj Miktarı

Tartışma-Sonuç: Şilotoraksın en sık torasik veya özofagus operasyonlarını takiben (%0,4 ila %2) görülür. Diğer nedenler neoplastik, travmatik ve konjenitaldir. Künt toraks travması sonrası şilotoraks son derece nadir bir durumdur ve görülme sıklığının %0,2 ila %3 olduğu tahmin edilmektedir. Bu durumun nadirliği, ductus thoracicusun göğüs boşluğu içindeki iyi korunmuş pozisyonuna bağlanmaktadır. Künt travmatik şilotoraksta torasik kanal hasarının kesin mekanizması belirsizdir, ancak çoğu yazar bunun daha sonra torasik kanalda bozulmaya neden olan komşu torasik omurgadaki bir kırık veya başka bir yaralanmaya atfedilebileceği konusunda hemfikir (1). Etiyolojinin, vertebral kolonun ani hiperekstansiyonuna bağlı olduğu ve bunun sonucunda kuvvetli gerilmeye ve ardından torasik kanalın yırtılmasına bağlı olduğu düşünülmektedir (2). Başlangıçtaki künt travma ile şilotoraksın klinik belirtileri arasında bir latent dönem vardır. Bu gecikme periyodunun birkaç dakika (hemen başlangıç) ile uzun bir latent dönem arasında değişmektedir (2). Şilotoraks, hemen hemen her zaman, daha sonra şilöz plevral sıvıyı boşalttığı anlaşılan travma hastasında standart göğüs grafisinde hemotrakstan ayırt edilemeyen, tüp torakastomi uygulanmasından sonra rastlantısal bir bulgudur (1). Torasik travma sonrası şilöz veya hemo-şilöz drenaj olması sonucu ductus thoracicus yaralanması akla gelmelidir. Plevral sıvı örneklemesi tanının temel taşıdır, plevral sıvıdaki trigliserit veya şilomikron düzeylerinin ölçülmesiyle doğrulanabilir (1,2). Konservatif tedavi ilkeleri arasında plevral boşluk drenajı, diyet sınırlamaları (örn. aç kalma, yağsız/az yağlı diyetler, düşük ve orta zincirli yağ asitlerinin ağırlıklı olduğu diyetler) yoluyla şil akışının azaltılması, beslenme desteği ve metabolik ve kronik komplikasyonların önlenmesi yer alır (3). Şilotoraks künt toraks travmasının nadir bir komplikasyonudur. İlişkili komplikasyonları en aza indirmek için patofizyolojinin anlaşılması gerekir (1). Künt göğüs travması sonrası gelişen şilotoraksın tedavisi konusunda bugüne kadar bir fikir birliği sağlanamamıştır ve klinik gidişat da belirsizliğini korumaktadır (2). Vakaların %50'sinde 10 ila 14 gün süren cerrahi olmayan tedavi hastalığı iyileştirmiştir (4). Çoğu hasta olgumuzda olduğu gibi konservatif olarak tedavi edilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemotoraks, Şilotoraks, Künt Travma, Tüp Torakostomi



PS-084 Servikal ve Torakal Bölgedeki Özofagus Yaralanmalarının Analizi

Menduh Oruç¹, Mahmut Yıldız¹, Metin Çelik¹, Serdar Onat¹, İlyas Konuş¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi

Giriş-Amaç: Özofagus, vücudun servikal, torakal ve abdominal bölgelerinden mideye ulaşan kritik bir organdır. Genellikle anatomik yerleşimi yaralanmalara karşı korumasına rağmen bazen yaralanmalar kaçınılmazdır. Özofagus yaralanmasında minimal yaralanma olabildiği gibi mediastene sızıntı verebilecek şekilde büyük yaralanmalar olabilir. Özellikle tam kat ve büyük ÖY'sı mediasteni kirleterek hastanın hayatını tehlikeye sokabilir. Bu sebeple, erken tanı ve zamanında müdahale, özofagus yaralanmaları tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır (1-3). Servikal ve torakal bölge ÖY'nin morbidite ve mortalitesini etkileyen faktörleri detaylı bir şekilde incelemeyi amaçladık

Gereç ve Yöntem: ÖY nedeniyle Ocak 2013 ile Aralık 2023 tarihleri arasında tedavi ettiğimiz 64 hastanın dosyası geriye dönük incelendi. Hasta kayıtlarından demografik özellikler, yaralanmanın nedeni, yaralanmanın seviyesi, boyutu, tanı yöntemleri, tedavi yaklaşımları, hastanede kalış süresi ve morbidite/mortalite faktörleri toplandı. Ayrıca, mide açlık süresi ve tanı konulduğu anda mide açlık durumu da değerlendirildi. Yaralanma bölgesi servikal ve torakal bölge olarak ayrıldı. X-ray, özofagografi, fleksibil endoskopi ve bilgisayarlı tomografi (BT) ÖY'nin teşhis ve yerinin belirlenmede kullanıldı. Ayrıca, suda çözünür kontrast madde ile gerçekleştirilen özofagus taramalarıyla ekstravazasyonlar görülerek tanı konulması sağlandı. Yaralanmanın kesin tanısı konulduğu zaman aralığı 12 saat öncesi, 12-24 saat arası ve 24 saat sonrası olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 40 (%62,5) 'ı erkek 24 (%37,5)'ü kadın, yaş ortalamaları 36,8(1-80) olarak incelendi (Tablo.1). Tanı yöntemleri olarak özofagografi, BT ve endoskopi kullanıldı. Özofagografi ve BT, hastaların %47'sinde tanı için kullanıldı. Tanı süresinin %65,6'sı 0-12 saat, %12'si 13-24 saat, ve %21,9'u 25 saat ve üzeri olarak belirlendi. 25 saat ve üzeri tanı süresi mortalite ile ilişkilendirildi ($P<0.05$)*. Açlık süresi hastanede kalış süresini etkiledi. Açlık süresi 0-8 saat olan hastaların %26,6'sı, 9 saat ve üstü olan hastaların %73,4'ü ile sınıflandırıldı. Açlık süresi 0-8 saat olan hastalarda cerrahi tedaviye uygunluk ve konservatif tedavi arasında farklılık gözlemlendi ($P<0.05$)*. Ayrıca tedavi şeklini de etkilemektedir. Bu etkileme açlık süresinin düşüklüğü primer onarımla doğru orantılı olup konservatif tedavi ile ters orantılı olarak yorumlandı ($P<0.05$)*. Olguların %14,1'inde ek yaralanmalar saptandı. %18,8'inde ek patolojiler mevcuttu. Olguların 12 (%18.8) de ek patoloji mevcuttu. Non-iatrojenik yaralanmalar %65,6, iatrojenik yaralanmalar ise %34,4 olarak belirlendi. Non-iatrojenik yaralanmalarda en sık neden künt travma (%6,25) ve ateşli silah yaralanması (%18,75) olarak tespit edildi (tablo). Etiyolojik faktörler HKS etkilemektedir. İatrojenik ÖY 'ı hastanede kalış süresini artıran faktör olarak değerlendirildi ($P<0.05$)*. ÖY'nin %54,7'si servikal bölgede, %45,3'ü ise torakal bölgede saptandı. Bölgelere göre servikal ve torakal bölgelerde etiyolojik faktörler, tedavi şekli, mortalite, ek patoloji ve ek cerrahi işlemler anlamlı olarak değerlendirildi ($P<0.05$)*. Tedavi yönetimi ÖY'nin %72'sinde primer onarım uygulandı, %28'inde konservatif tedavi tercih edildi. Ek cerrahi işlemler ve ek patoloji servikal ÖY olgularında daha sık görüldü ($P<0.05$)*. Servikal bölgede mortalite istatistiksel olarak daha anlamlı olarak görüldü ($P<0.05$)*. Açlık süresi 8 saat ve üzeri olanlarda primer onarım olumsuz etkiledi ($P<0.05$)*. Ortalama hastanede kalış süresi (HKS) 25,88 gün olarak hesaplandı. HKS etkileyen faktörler açlık süresi, tanı süresi, etiyolojik faktörler ve ek patoloji mevcudiyeti olarak belirlendi ($P<0.05$)*. Hastaların %90,6'sı taburcu edildi, %9,4'ü hayatını kaybetti. Mortalite servikal yaralanmalar, konservatif tedavi ve 24 saat ve üzeri tanı süresi ile ilişkilendirildi ($P<0.05$)*.

Tartışma-Sonuç: ÖY tedavisi cerrahidir, erken müdahale hayati öneme sahiptir. Servikal bölge yaralanmaları, tanı süresi ve açlık artması, ek patolojilerin olması mortalite ve morbiditeyi etkileyen ve artıran nedenlerdir.

Anahtar Kelimeler: Özofagus, Servikal, Torakal, Perforasyon, İatrojenik Nedenler

PS-085 İntralober Pulmoner Sekestrasyon

Bahar Aydoğar¹, Elif Tanrıverdi¹, Erdoğan Çetinkaya¹, Zeynep Güney¹, Burcu Babaoğlu¹, Duygu Uzunoğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Pulmoner sekestrasyonlar (PS) normal trakeobronşiyal ağaçla ilişkisi olmayan, kendi sistemik arteriyel kaynağı olan, anormal akciğer dokusundan oluşan nadiren erişkinlerde görülen konjenital bir malformasyondur. Etiyolojisi tartışmalı olmakla birlikte, embriyonik gelişim sürecinde anormal gelişen aksesuar bir tomurcuğun neden olduğu kabul görmektedir. İntralober (İLS) ve ekstralober sekestrasyon (ELS) olmak üzere iki gruba ayrılırlar. Eğer aksesuar akciğer tomurcuğu embriyonik yaşamda erken dönemde gelişirse, PS normal akciğer dokusu arasında visseral plevral kesenin içinde yer alır. Bu İLS olarak adlandırılır ve bütün sekestrasyonların %75'inden sorumludur. Sıklıkla sol alt lobda saptanır. Eğer akciğer tomurcuğu geç dönemde gelişirse ELS ortaya çıkmaktadır. ELS normal akciğer dokusundan kendi visseral plevrasına sahip olmasıyla ayrılır ve diyafragmanın üzerinde, içinde veya altında görülebilir. PS'ların arteriyel desteği genellikle torasik aorttan sağlanır. Ayrıca abdominal aorta, süperior mezenterik arter, hepatik arter ve çölyak trunkus gibi vasküler yapılardan da köken alan örnekleri bildirilmiştir. Venöz dönüş ELS'de genellikle azigos-hemiazigos gibi sistemik venlere iken, İLS'de %95 pulmoner venleredir. Her iki grupta da tanı genellikle çocukluk çağında konulur. Adölesan ve erken erişkinlik döneminde karşılaşılan hastaların büyük kısmında tekrarlayan enfeksiyonlar saptanır. Öksürük, göğüs ağrısı, dispne, ateş şikâyetleri bulunabileceği gibi enfekte olmadığı sürece asemptomatik de seyredebilirler. Bu olgu İLS'ların erişkin yaş grubunda nadir görülmesi sebebiyle sunulmuştur.

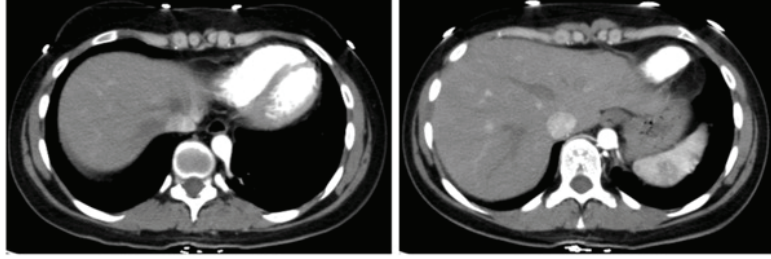
Olgu: 24 yaşında kadın hasta sık enfeksiyon geçirme, arka arkaya hapşırma, burun akıntısı şikâyetleriyle başvurduğu dış merkezden toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol akciğer alt lob bazal segmentlerde düzensiz sınırlı, kistik görünüm izlenmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmişti. Sigara ve ek hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde solunum sesleri doğaldı. Clubbing yoktu. Oda havası SpO₂:%98, NDS:102/dk. Hemogram ve biyokimya tetkiklerinde özellik yoktu. Posteroanterior (PA) akciğer grafisi normaldi (Şekil 1). Toraks BT Anjiyografide sol akciğer alt lob bazal segmentlerde havalanma artışı ve yaklaşık 23 mm çaplı düzensiz sınırlı kistik görünüm izlendi (Şekil 2). Torasik aortada en büyüğünün çapı 5 mm olan sol akciğer alt lobdaki kistik lezyona uzanan arteriyel yapı saptandı (Şekil 3). Bu bulgular İntralober pulmoner sekestrasyon ile uyumluydu. Ekokardiyografi normaldi. SFT-DLCO ile akciğer fonksiyonları normal saptandı. Hastaya cerrahi konsey kararı ile sol alt lobektomi yapıldı. Şu an aktif şikâyeti olmayan hasta takibe alındı.



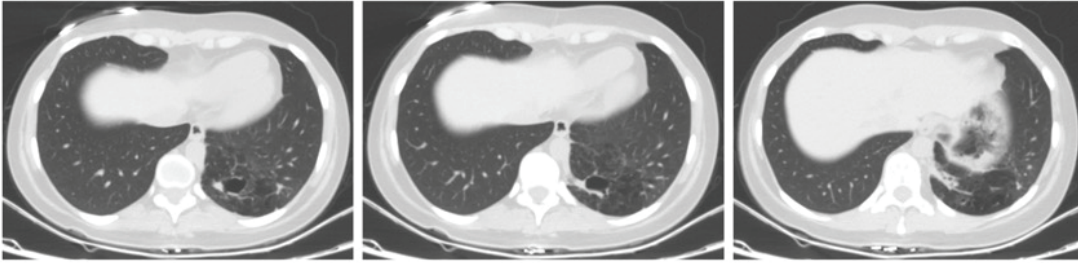
PAAG ve Toraks BT



Şekil 1: PAAG



Şekil 3: Toraks BT Anjiyografi



Şekil 2: Toraks BT Parankim Penceresi

Olgu bölümünde metin içinde numaralandırılmış alanlarda açıklamalar bulunmaktadır.

Tartışma-Sonuç: Pulmoner sekestrasyonda enfeksiyon eşlik etmeyen durumlarda PA akciğer grafisinde herhangi bir lezyon saptanamayabileceği gibi yumuşak doku kitlesi veya konsolidasyon gözlenebilir. Enfeksiyonun eşlik ettiği durumlarda ise pnömoni bulguları, kistik lezyon veya hava-sıvı seviyesi izlenen kaviter lezyon saptanabilir. BT bulguları genellikle, kitle, homojen ya da heterojen konsolidasyon veya hava/sıvı içeren kistler şeklinde tanımlanır. Tanı için en önemli bulgu; tipik lokalizasyon ve sistemik dolaşımdan köken alan besleyici arterin, pulmoner veya sistemik venlere drene olan venin BT anjiyografide gösterilmesidir. BT bulguları erişkin yaş grubunda pnömoni ya da kitle ile karışabilmektedir. Ayırıcı tanıda, kistik adenomatoid malformasyon, bronkojenik kist, fokal bronşektazi, akciğer apsesi, kaviter akciğer hastalığı, pnömoni bulunur. Bu sebeple sık tekrarlayan alt lob pnömonisi veya kronik akciğer apsesi olgularında İPS'dan şüphelenilmelidir. Tedavi edilmemiş olgularda fungal enfeksiyon, tüberküloz, fetal hemoptizi, masif hemotoraks, benign veya malign tümör gibi komplikasyonlar gelişebileceği bildirildiğinden sekestre akciğer dokusunun cerrahi olarak çıkarılması en ideal tedavidir.

Anahtar Kelimeler: Ekstralober, İntralober, Kaviter Lezyon, Kistik Lezyon, Pulmoner Sekestrasyon

PS-086 Nadir Görülen Bir Anatomik Varyasyon: İntratorasik Ektopik Karaciğer

Hüseyin Umut Baştürk¹, Beyza Yaşar¹, Şeyma Başlılar¹, Yahya Baraç², Bengü Şaylan³

¹Sultan 2. Abdülhamid Han E.A.H, Göğüs Hastalıkları Kliniği

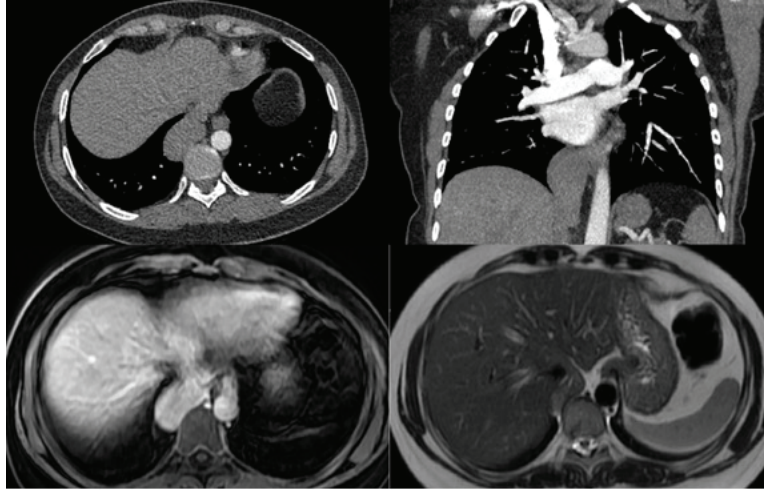
²Sultan 2. Abdülhamid Han E.A.H, Radyoloji Kliniği

³Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Supradiafragmatik karaciğer dokusu oldukça nadir görülen, sıklıkla asemptomatik olan, çoğunlukla torasik kitleler ile karışması nedeniyle post-op tanı konulan bir patolojidir. Kliniğimize nonspesifik semptomlarla başvuran ve radyolojik olarak tanı koyduğumuz olgumuzu sunuyoruz

Olgu: 45 yaşında kadın hasta. Bilinen panik bozukluğu tanısı mevcut. 15paket-yıl aktif sigara içicisi. Oral kontraseptif (OKS) ve anksiyolitik dışında düzenli kullandığı ilaç yok. Özgeçmişinde baba akciğer, erkek kardeş karaciğer malignitesi nedeniyle eksitus. Acil servise heyecanlanınca yaşadığını ifade ettiği göğüs ağrısı şikayeti ile başvurmuş, OKS kullanımı nedeniyle pulmoner tromboemboli şüphesiyle BT-Pulmoner anjiyografi istenmiş. Emboli izlenmeyen hasta göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirilmiş. Fizik muayenesinde özellik yoktu. Toraks-BT görüntülemesinde sağ akciğer bazalde, diafragma üzerinde hiatus içinde uzanım gösteren düzenli sınırlı kitle lezyon olduğu izlendi. Hastada ön planda intratorasik yumuşak doku kitlesi olarak değerlendirilip PET-BT görüntülemesi istendi, patolojik FDG tutulumu saptanmadı. Lezyonun hiatus içinde uzanım göstermesi, BT-Toraks incelemesinde karaciğer dokusu ile benzer dansitede ve PET-BT’de karaciğer parankimi ile benzer FDG tutulumu olduğu görülmesi üzerine radyoloji kliniği ile konsülte edildi. Ektopik karaciğer ön tanısıyla kontrastlı üst batin MR çekildi. Kitlenin karaciğer ile benzer ve devamlılığı olan vaskülaritesinin olduğu, kontrastlı yağ baskılı T1 ağırlıklı sekansta karaciğer parankimi ile benzer kontrastlanma gösterdiği ve karaciğer kaudat lobu ile anatomik devamlılığının olduğu görüldü. Radyolojik olarak bu kitlenin toraksa uzanım gösteren karaciğer kaudat lob dokusu olduğu kanaatine varıldı.

Olgu Radyolojik Görüntülemeleri



Tartışma-Sonuç: Literatür incelendiğinde bildirilen sınırlı sayıda intratorasik karaciğer dokusu olgusunun çoğunlukla maligniteler ile karıştığı, çoğu zaman invaziv girişimler ya da cerrahi eksizyonlar ile histopatolojik tanı alındığı görüldü. Aktif sigara içicisi ve ailede malignite öyküsü gibi risk faktörleri olan hastamızda, toraks BT’de görülen kitle lezyonun, dikkatli radyolojik değerlendirme ve multidisipliner yaklaşımla, nadir görülen bir anatomik varyasyon olan ektopik karaciğer dokusu olduğu saptandı. Bu patolojinin invaziv girişime gerek kalmaksızın tanı alması sağlandı. Bu olgu nadir görülen bu anatomik varyasyonu vurgulamak için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ektopik, Karaciğer, Kitle, Tomografi

**PS-087 Nadir Bir Yaygın Lenfadenopati Nedeni: Kikuchi-Fujimoto Hastalığı**

Şebnem Dursun¹, Buse Mine Konuk Balcı¹, Samed Baloğlu¹, Gökhan Kocaman¹, Demet Karnak²,
İşinsu Kuzu³, Ayten Kayı Cangır¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

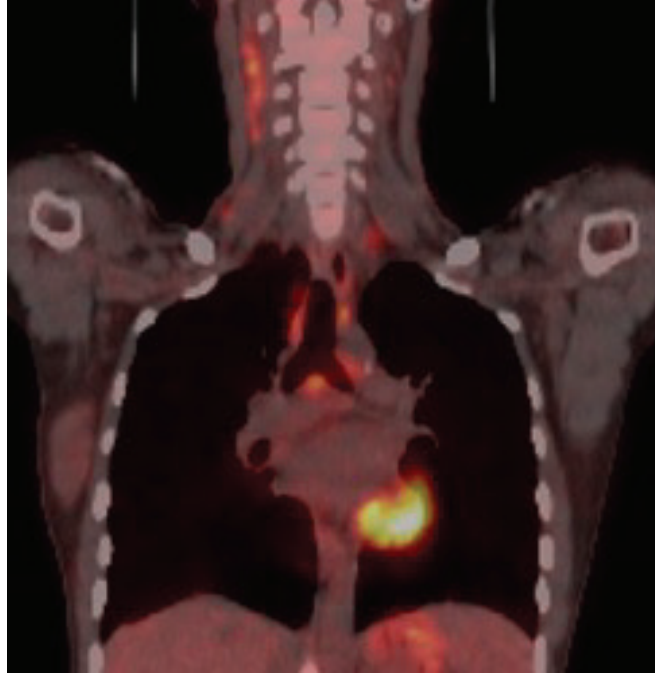
²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Nekrotizan Histiositik Lenfadenit olarak da bilinen Kikuchi-Fujimoto hastalığı ilk olarak Japonya'da 1972'de tanımlanan, genellikle 20-35 yaş arası kadınlarda ateş ve lenfadenopati ile prezente olan, kendini sınırlayan, benign, ender bir hastalıktır. Literatürdeki olgulardakilere benzer olarak bu olgu sunumunda da tanı zorluğu yaşanan bir vaka sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Sekiz aydır ateş, terleme, halsizlik nedeniyle çeşitli dış merkezlerde tetkik edilen 27 yaş kadın hastaya çekilen 18F-FDG PET-BT'de yaygın servikal, aksiller, mediastinal ve abdominal lenf nodlarında patolojik tutulum saptanmış olup hastaya merkezimizde tanı amacıyla skalen lenf bezinden eksizyonel biyopsi yapılmış olup patolojisi Kikuchi-Fujimoto Hastalığı ile uyumlu sonuçlanmıştır. Hasta patoloji sonucu ile Romatoloji polikliniğine yönlendirilmiştir.

Resim 1: 18F-FDG PET-BT'de yaygın servikal, aksiller, mediastinal ve abdominal lenf nodlarında patolojik tutulum



Tartışma-Sonuç: Kikuchi-Fujimoto hastalığı, lenfomayı ve hatta metastatik adenokarsinomayı taklit edebilen oldukça nadir bir hastalık olduğundan doğru tanı konulması önemlidir. Hastalığın kesin patofizyolojisi bilinmemekle birlikte post-viral ya da otoimmün etiyolojilere dayandığı düşünülmektedir. Lenfoma, inflamatuvar-otoimmün-infeksiyöz hastalıklar gibi diğer lenfadenopati sebepleri arasında Kikuchi-Fujimoto hastalığını nadir bir neden olarak tanımak, ayırıcı tanı yapabilmek ve tedavi sürecini yönetebilmek açısından önemlidir. Tedavi semptomatiktir ancak ciddi vakalarda kortikosteroidler tedavi aracı olarak kullanılabilir. Doğru ve erken tanı, gereksiz ileri tetkik ve yanlış ya da fazla tedaviden kaçınmak için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Lenfadenopati, Kikuchi-Fujimoto Hastalığı, Nekrotizan Histiositik Lenfadenit

PS-089 Nadir Görülen Endobronşial Hamartom Olgusu

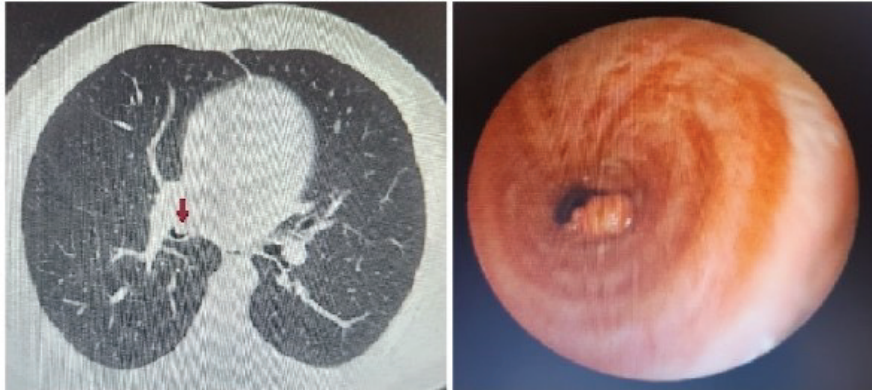
Merve Meryem Varol¹, Bilgenur Yıldırım¹, Serhat Sarıboğa¹, Ercan Kurtipek¹

¹SBÜ Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner hamartomlar akciğerin nadir görülen benign tümörlerindendir. Nadiren malign transformasyon gösterirler. Genellikle kıkırdak yapılar, yağ doku, düz kaslar ve respiratuvar epitel hücreleri içeren epitelyal ve mezenkimal yapıların anormal şekilde organizasyonu sonucu oluşurlar. Akciğer hamartomları daha çok akciğer parankiminde periferik yerleşimli görülmekle birlikte, %1,4 oranında endobronşial yerleşim gösterdikleri bilinmektedir. Endobronşial yerleşim bölgeleri içerisinde ise daha çok segment bronşlarında, daha sonra ise lob bronşlarında ve trakeada da görüldüğü bildirilmektedir. Hamartomlar endobronşial yerleşim göstermediği sürece çoğunlukla asemptomatik olarak kalmaları ile birlikte, rutin akciğer taramaları esnasında intraparankimal periferik lezyon şeklinde insidental olarak tespit edilirler. Biz de öksürük şikayeti ile tarafımıza başvuran hastada bronkoskopik olarak tespit edilen endobronşial hamartom olgusunu sizlere sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı olmayan 33 yaşında erkek hasta 6 haftadır öksürük şikayeti ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurmuştur. 20 paket/yıl aktif sigara kullanımı olduğu biliniyor. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık, vitaller doğal saptanmıştır. Solunum sistemi muayenesi doğal, oda havasında satürasyon %97 saptanmıştır. Çekilen PA akciğer grafisi normaldi. Solunum fonksiyon testinde FVC: 4,22 lt (%89), FEV1: 3,17 lt (%80), FEV1/FVC: %90 idi. İleri tetkik için çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ ana bronş distalinde endobronşial lezyon görüldü. Hastaya yapılan fiberoptik bronkoskopide sağ akciğer ana bronşu geçtikten sonra orta loba doğru protrüze halde endobronşial lezyon saptandı. Lezyon görüntüsü vasküler yapılardan çok zengindi. Klinik tecrübemize dayanarak karsinoid tümör düşünüldü, kanama riskinin fazla olması ihtimali göz önünde bulundurularak hasta rijit bronkoskopi eşliğinde biyopsi için göğüs cerrahisine yönlendirildi. Yapılan rijit bronkoskopide sağ intermedier bronşta görülen lezyondan punch biyopsiler alındı. Sonrasında lezyon total kürete edildi. Lezyondan alınan biyopsi sonucu kondroid hamartom olarak geldi. Patoloji sonucunun hamartom olarak belirtilmesi üzerine hastaya ek bir tedavi uygulanmadı, takip kararı verildi.

BT toraks ve FOB görüntüsü



Tartışma-Sonuç: Akciğer hamartomları genellikle intraparankimal yerleşim göstermekle birlikte endobronşial yerleşim gösteren hamartomların oranı da tüm akciğer hamartomları arasında %1,4 olarak belirtilmiştir. İntraparankimal yerleşim gösteren hamartomlar çok büyük boyutlarda olmadıkları sürece semptom vermezler ve daha çok başka bir sebeple çekilen akciğer grafilerinde insidental olarak tespit edilir. Oysa endobronşial veya endotrakeal yerleşim gösteren hamartomlar öksürük, kanlı balgam veya nefes darlığı gibi semptomlar ile gelebilirler. Sonuç olarak pulmoner hamartomlar benign karakterde lezyonlar olması nedeni ile çoğunlukla cerrahi tedavi gerektirmez. Fakat çoğunlukla semptomatik olan endobronşial yerleşim gösteren lezyonlara başarılı bir bronkoskopik eksizyon yöntemi uygulanarak semptomların önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: Endobronşial Lezyon, Hamartom, Bronkoskopi



PS-090 Maligniteyi Taklit Eden Hamartom Olgusu

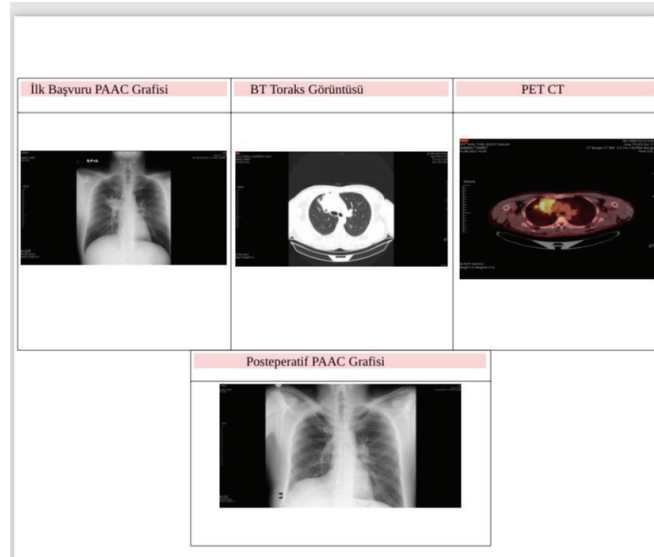
Bilgenur Yıldırım¹, Merve Meryem Varol¹, Ercan Kurtipek¹

¹SBÜ Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner hamartomlar fibröz doku, yağ, kıkırdak ve kemik doku içeren benign tümörlerdir. Yerleşim açısından bu tümörler, parankimal ve endobronşiyal olarak iki grupta sınıflandırılır. Parankimal hamartomlar sıklıkla yakınmasız olup rastlantısal olarak saptanırlar. Endobronşiyal hamartomlar ise sıklıkla bronş obstrüksiyonu ve pnömoninin klinik ve radyolojik bulgularına yol açarlar. Bronkoskopik yöntemler ve cerrahi, bu tümörlerin tedavisinde kullanılan başlıca tedavi yöntemleridir. Bu olgumuzda malignite şüphesiyle tetkik edilen pulmoner hamartom tanısı alan hastamızı sunacağız.

Olgu: Kırk iki yaşında erkek hasta bir aydır devam eden kuru öksürük ve hafif nefes darlığı şikayetiyle göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Ek hastalığı olmayan hastanın 20 paket/yıl sigara öyküsü var ve aktif sigara içicisidir. Fizik muayenesinde solunum sesleri normaldi. Spo2 oda havasında %97 idi. Solunum fonksiyon testinde FVC: %73, FEV1: %89, FEV1/FVC: % 121 idi. Hastaneye başvuru sırasında çekilen PAAC grafisinde sağ akciğer üst zonda santralde heterojen yoğunluk artışı saptandı. Bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ paratrakeal, sağ hiler bölgede büyümüş lenf nodları ve sağ akciğer üst lob anterior segment tama yakın atelektazik olup atelektazi ile sınırları ayırt edilemeyen konsolidasyon alanları görüldü. Hastaya yapılan fiberoptik bronkoskopide sağ üst lob anterior segment girişini tama yakın tıkayan endobronşial lezyon saptandı. Lezyondan alınan biyopsi sonucu kronik inflamasyon olarak geldi. Hastaya çekilen BT'de sağda büyümüş hiler lenf nodları görülmesi sebebiyle hastaya Pozitron Emisyon Tomografi çekildi. PET CT de mediastende sağ taraftaki büyümüş lenf nodlarındaki FDG tutulumu SUV max: 3.47, sağ akciğer üst lob anteriordaki kitle FDG tutulumu SUV max: 6.57 olarak saptandı. Endobronşial ultrasonografi (EBUS) eşliğinde alınan ince iğne aspirasyon biyopsisinde patolojik bulguya rastlanmadı. Lezyonun kesin tanısı için hastaya göğüs cerrahisi tarafından sağ üst lobektomi ve mediastinal lenf nodları için diseksiyon işlemi yapıldı. Patoloji sonucu hamartom olarak raporlandı. İşlem sonrası hastamızda herhangi bir komplikasyon görülmeyp halen takibimiz altındadır.

İlk başvuru PAAC grafisi- BT toraks- PET CT- Postop. PAAC grafisi



Tartışma-Sonuç: Hamartomlar akciğerin en sık saptanan benign tümörleridir. Tanısı kesin olarak konmuş küçük hamartomlarda, cerrahi çoğu zaman gereksizdir. Kesin tanı konarak akciğer karsinomundan ayırıcı tanısı yapılamamış olan, semptomatik veya 2.5 cm'den büyük olan lezyonlarda, kesin tanı ve tedavi amaçlı cerrahi tercih edilmelidir. Hamartomların klasik olarak benign tümör olarak kabul edilse bile malignite ile olan yakın ilişkisi nedeniyle hamartom tanısı alan hastaların sık ve uzun süreli takibi yapılmalıdır. Böylelikle hamartomlu hastaların yaşamlarının bir döneminde ortaya çıkma ihtimali olan malign tümörün erken evrede yakalanma olasılığı artacaktır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Hamartom, Bronkoskopi, Benign Akciğer Tümörleri

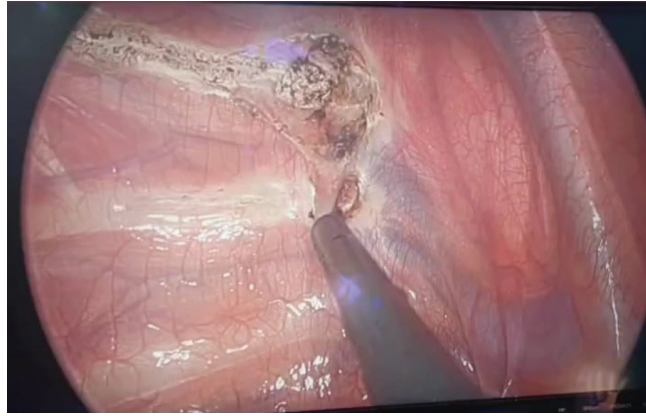
PS-091 Hiperhidrozis Nedeni ile Opere Edilen Hastada Nadir Bir Komplikasyon ve Multidisipliner Yönetimi: Brakiyal Pleksus Hasarı

Bariş Gülmez¹, Süleyman Gökalep Güneş¹

¹SBÜ Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Hiperhidrozis, patolojik kabul edilebilecek kadar ciddi, lokalize veya genel, aşırı terleme ile karakterize, hastaların sosyal hayatı üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilecek önemli bir durumdur. Eller, koltuk altı, ayaklar ve yüzü etkileyen primer hiperhidrozisin tedavisi hakkında tartışmalar mevcuttur. Cerrahi olmayan tedavi, topikal ilaçlar, iyontoforez ve sistemik anti- kolinerjikleri içerir. Son zamanlarda, intradermal botulinum toksini kullanımı popülerite kazanmıştır. Günümüzde, torasik sempatik cerrahi uygulaması primer hiperhidrozisli hastalar için altın standart olarak kabul edilmektedir. Peroperatif dönemde bradikardi ve postoperatif dönemde karın ve sırt bölgelelerinden refleks terleme cerrahi tedavinin en sık komplikasyonlarıdır. Bu olgumuzda hiperhidroz cerrahisi sonrası nadir görülen bir komplikasyon olan brakiyal pleksus hasarı ve tedavisinin multidisipliner yönetimini sunmayı amaçladık.

Olgu: 34 yaş erkek hasta aksiller aşırı terleme şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Medikal tedavi ve botoks sonrası şikayetleri gerilemeyen hasta operasyon planı ile interne edildi. Videotorakoskopi ile bilateral T3-T4 sempatektomi yapılan (Şekil 1) ve sonrasında servis takibine alınan hastada postoperatif dönemde sağ omuzda düşüklük ve sağ kolda güçsüzlük şikayeti gelişti. Hastaya B vitamini ve steroid tedavisi başlandı. Kas gücü toparlayan ancak omuz düşüklüğü devam eden hastaya poliklinik üzerinden nöroloji, fizik tedavi ve algoloji konsültasyonları istendi. EMG yapılan hastaya brakiyal pleksus hasarı tanısı koyuldu. Peroperatif pozisyon sonucu olduğu düşünüldü. B vitamini tedavisine ek olarak fizik tedavi verilen ve algoloji hekimi tarafından 1 ay boyunca haftada 1 kez sağ C7 seviyesinden 40mg bupivakain 8 mg dekort ile stellat gangliyon blokajı yapılan hastanın şikayetleri tamamen geriledi. Kontrol EMG'sinde patoloji saptanmayan hastanın tedavisi sonlandırıldı. Hasta postoperatif 3. ayında tam şifa ile takip edilmektedir.



Şekil 1 Videotorakoskopik sempatektomi

Tartışma-Sonuç: Hiperhidrozis bireylerin sosyal durumunu ve meslek hayatını olumsuz etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Uygun hastalarda cerrahi tedavi altın standart olarak görülmektedir. Bu hasta grubunda preoperatif dönemde komplikasyonlar hakkında detaylı bilgilendirme önem arz etmektedir. Peroperatif komplikasyonlar cerrahi olarak tedavi edilir, ancak postoperatif komplikasyonlarda multidisipliner yaklaşımlar gerekebilmektedir. Bu olgumuzu nadir görülmesi, multidisipliner tedavi edilmesi ve literatüre katkıda bulunması amacı ile sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Aksiller Hiperhidroz, Brakiyal Pleksus Hasarı



PS-093 Hemoptizi ile Başvuran 20 Yıl Önceki Kurşunlanma Vakası

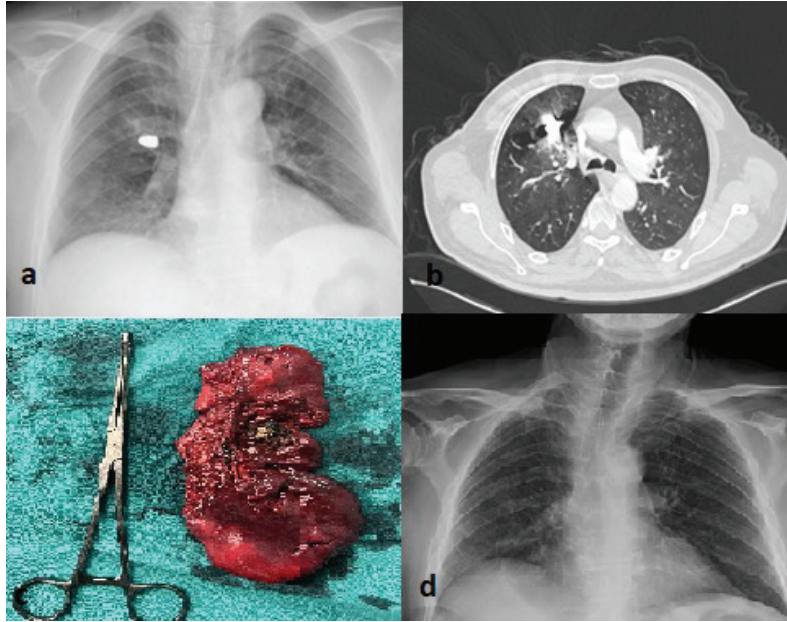
Merve Bıyıklı¹, Muhammed Kalkan¹, Oğuz Girgin¹

¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Hemoptizi, alt solunum yollarının kanaması nedeniyle kan ekspektasyonu olup yüksek mortaliteye sahip, hayatı tehdit eden bir pulmoner acil durumdur. Hemoptizi etyolojisinde birçok sebep bulunmaktadır. Genellikle bronşiyal arterlerden kaynaklanır. Bronşiyal arter embolizasyonu tekrarlayan ve masif hemoptizinin birinci basamak tedavisi veya elektif cerrahi öncesi güvenli ve etkili bir tekniktir. Bu çalışmada İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi kliniğinde 20 yıl önce kurşunlanma öyküsü olan, hemoptizi şikayetiyle başvuran hastayı paylaştık.

Olgu: Bilinen bir hastalığı olmayan, 20 yıl önce kurşunlanma öyküsü bulunan ve sağ akciğer üst lobdaki mermi çekirdeği ile hayatını sürdüren hasta 3 gündür günde bir su bardağı hemoptizi şikayeti ile başvurdu. 70 yaşında erkek hastanın incelenen tomografik toraks görüntülemesinde bilateral infiltratif alanlar (aspirasyon?), sağ akciğer üst lobda metalik dansitede yabancı cisim (kurşun çekirdeği) tespit edildi. Laboratuvar bulgularında patolojik bulguya rastlanmadı. Hastaya bronşiyal arter embolizasyon yapıldı. Embolizasyonda sağ bronşiyal arterin sağ hemitoraksta bulunan metalik yabancı cisme (kurşun çekirdeği) doğru belirgin beslenme verdiği izlendi. Hemoptizisi kontrol altına alınan hastaya tarafımızca sağ uniportal vats ile sağ üst lobektomi yapıldı. Postoperatif komplikasyon izlenmeyen hasta 5. günde şifa ile taburcu edildi.

Hastanın Preoperatif, İntraoperatif Ve Postoperatif Görüntüleri



Resim a: Hastanın preoperatif pa akciğer görüntüsü Resim b: Hastanın preoperatif tomografik toraks görüntüsü
Resim c: İntraoperatif mermi çekirdeğinin görüntüsü Resim d: Hastanın postoperatif pa akciğer görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Hemoptizi hayatı tehdit eden acil tanı ve tedavi gerektiren durumdur. Hemoptiziden şüphelenildiğinde bunun doğrulanması, ciddiyetine göre sınıflandırılması, kanamanın kökeni ve nedeninin belirlenmesi gerekir. İyi alınan anamnez ve fizik muayene etiyolojinin belirlenmesinde yardımcı olabilir ancak genellikle tanı testleri gereklidir. Tedavi altta yatan etiyolojiye yönelik olup minimal invaziv yöntemlerle tedavisi mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Hemoptizi, Minimal İnvaziv

PS-094 Rüptüre Timik Kist ve Katamenial Pnömotoraks Birlikteliği; Komplike Olgu

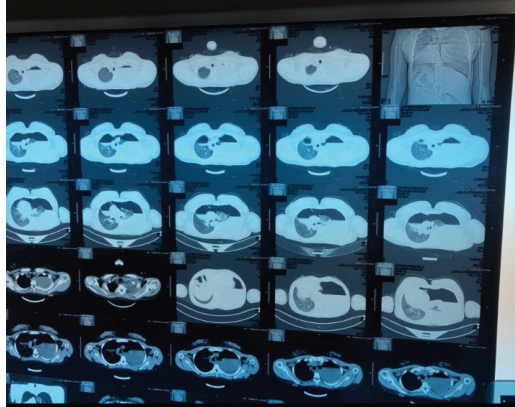
Fatma Babacan¹, Leyla Nesrin Acar¹, Selim Şakir Erkm  n G  lhan¹, Seray Hazer¹

¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Katamaniel pnömotoraks doğurganlık çağındaki kadınlarda adet kanamasından 1 gün önce ve sonrasında 72 saat içinde görülen menstural siklus ile ilişkilendirilen nadir bir hastalıktır. Alta yatan neden subplevral yerleşimli ektopik endometrial doku ya da abdominal sahaya açılan diyafragmatik fenestrasyonlar olduğu gösterilmiş. Adet döneminde tekrarlayan pnömotoraks öyküsü bulunan hastalarda video yardımlı torakoskopi veya kas koruyucu mini torakotomi ile tanı konulabilir, tedavi edilebilir. Mediastinal alanda embriyonik arklardan kaynaklandığı düşünülen tek katlı kübik epitel ile döşeli timik kistler çoğunlukla insidental saptanır. Timik kistler asemptomatik olup komplike olmayan kist kan serum komponenti ile benzer sıvı içeriğine sahiptir. Semptomatik olmayan hastalarda tedavi gerekliliği yoktur. Pospartum dönemde hidropnx nedeniyle tarafımıza danışılan mediastinal alan b  t  nt  l  ğ   bulunmayan komplike olguyu sunacağız.

Olgu: 20 yaşında yabancı uyruklu (Irak vatandaşı) hasta pospartum 2. günde göğüs ağrısı nedeniyle çekilen akciğer grafisinde hidropnömotoraks saptanması üzerine tarafımıza danışıldı. Hastanın servisimize nakili yapıldıktan sonra tercuman eşliğinde alınan anamnezde 10 ay önce bilateral pnömotoraks nedeniyle ırakta t  p torakostomi ile takip edilmiş ve sağ vats üst lob wedge rezeksiyon yapılmış ve uzamış hava kaçağı nedeniyle kimyasal plöredez yapılmış. Tarafımızca takiplerinde sağ tüp torakostomi ile masif hava kaçağı devam etmesi nedeniyle toraks bilgisayarlı tomografi (BT)   ekildi. Toraks BT de mediastinal alanda doku artışı, minimal perikardial efüzyon, plevral kalınlaşma ve pnömotoraks hattı izlendi. Hastaya torakotomi yapıldı gözlemde diyafragma üzerinde milimetrik porlar ve tüm loplarda üzerinde çok sayıda nodüler ve karşı hemitoraksa trakt oluşturarak kalınlaşmış rüptüre kistik yapıya ait olduğu düşünülen artık doku izlendi. Nod  llere wedge rezeksiyon yapıldı mediastinal kistik yapı duvar bütünlüğü korunarak eksize edildi kalınlaşmış plevra us  l  ne uygun dekortike edildi. Patolojik incelemede kronik fibröz plörit, wedge yapılan nodüllerin nekroze granülomatöz doku ve mediastinal alandan çıkarılan kistik dokunun timik kist olduğu raporlandı.

Irak'ta çekilen toraks BT



Tartışma-Sonuc: Timik kistler timus dokusunun izlendiği   n mediastinal alanda izlenebildiği gibi embriyonik 3. arkın oluşturduğu trakt boyunca izlenebilir. Dev boyutlara ulaşmadığı sürece asemptomatik olur. Olgumuzda muhtemel tekrarlayan katamenial pnömotoraks dev boyuttaki timik kistin rüptüre olması ile sonuçlanmış, sağ hemitorakstan sol hemitoraksa hava kaçağı ile bilateral pnömotoraks tablası oluşmuş. Dış merkezde n  ks pnömotoraks için yapılan VATS ile rüptüre timik kist artık dokusu tanınmamış olması ve katamenial pnömotoraks için medikal tedavi göz önünde bulundurulmaması yetersiz tedaviye neden olmuştur. Ektopik endometrial dokunun her mens siklusunda nekroze olması ve plevral bütünlüğü bozması pnömotoraks ile sonuçlanır. Aile planlanması tamamlanmış bireylerde medikal menepoz planlanması ya da uygun oral kontraseptif kullanımı tedavi seçenekleri arasındadır. Sonuc olarak hamilelik gibi endometrium doku kalınlığını artıran bir ortamda pospartum dönemde katamenial pnömotoraks öyküsü bulunan hastalarda pnömotoraks açısından uyanık olmak gerekir

Anahtar Kelimeler: Katamenial Pnömotoraks, Timik Kist, Pospartum Pnömotoraks



PS-096 Şilotoraks ile Prezente Olan Hızlı Progresif Seyirli Genç Olgu

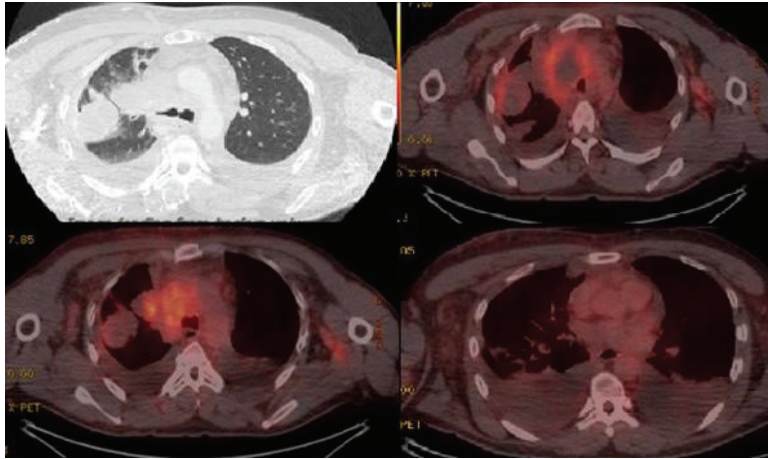
Büşra Ergeç¹, Dildar Duman¹, Tahir Özmen¹, Cansel Atinkaya Baydemir²

¹S.B.Ü Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²S.B.Ü Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

Giriş-Amaç: Şilotoraks plevral boşlukta duktus torasikusun bütünlüğünün bozulması sonucu lenfatik sıvının birikmesidir. Nadir görülen bir klinik tablodur, morbidite ve mortalite potansiyeli yüksektir ve hastalık yönetimi zordur. Etiyolojide cerrahi ve cerrahi dışı travma, malignite, enfeksiyon ve diğer çeşitli faktörler yer almaktadır. En sık görülen belirti plevral sıvı birikimi nedeniyle oluşan nefes darlığıdır. Teşhis torasentez ile alınan plevral sıvıda biyokimyasal olarak trigliserid düzeyi 110mg/dl'den büyük, kolesterol/trigliserid oranı 1'in altında olarak tanımlanır. Olgumuz nadir görülen şilotoraks tablosuyla başvurması, yönetiminde zorlanması ve çok hızlı progresyon göstermesi nedeni ile sunuldu.

Olgu: 45 yaşında erkek bilinen kronik sistemik hastalık öyküsü bulunmayan hasta 2 aydır olan sağ kol, omuz ağrısı ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurduğu dış merkezde çekilen Toraks BT'sinde iki adet kitlesel lezyon görülmesi üzerine PET-CT (Şekil 1) çekilmiş olup raporunda; her iki akciğerde masif plevral effüzyon, üst mediastenden başlayıp, alt paratrakeal alana uzanım gösteren sınırları vena cava superior ve mediastinal alandan ayırt edilemeyen 7x7.3 cm kitle, sağ akciğer üst lob apikal segmentte periferik yerleşimli 4.7x4.6 cm çaplı bir diğer lezyon görülerek, tarafımıza yönlendirildi. Vena cava superior bulguları görülen hastanın takibinde oksijen ihtiyacında artış ve masif effüzyonu olması üzerine acil olarak sol hemitoraks drene edildi. Plevra sıvısının süt beyazı renginde görülmesi üzerine kolesterol ve trigliserid düzeyi çalışıldı. Kolesterol:114 mg/dl, trigliserid:860 mg/dl görülen plevra sıvısı şilotoraks olarak değerlendirildi. Hastaya furosemid ve dekstametazon tedavisine başlandı. Oral alım stoplanarak dahiliye hekimi ve diyetisyen takibi ile orta zincirli trigliserid içeren diyet ve parenteral beslenme başlandı. Takiplerinde plevral effüzyonu azalan, klinik şikayetleri ve oksijen ihtiyacı gerileyen hastaya radyoterapi başlandı ve 6 kür verildi. Sağ akciğerdeki periferik kitleden Ultrason eşliğinde tru-cut biyopsi yapıldı ancak tanısız kalması üzerine VATS biyopsi planlanarak göğüs cerrahi servisine nakil edildi. Patoloji sonucu hiperemi, kronik inflamasyon, fibrozis olarak görüldü. Hastanın takibinde Covid pozitifliği nedeni ile servis ve yoğun bakım yatışları olduğu görüldü.



Şekil 1 Bilgisayarlı Tomografi ve PET-CT'de görülen masif effüzyon ve kitlesel lezyonlar

Tartışma-Sonuç: Şilotoraks nadir görülen bir klinik tablodur ve yüksek morbidite ve mortalite potansiyeli nedeniyle önem arz etmektedir. Etiyoloji ve klinik seyir göz önünde bulundurularak, etyolojiyi hızlı bir şekilde belirlemek, buna yönelik tedaviyi planlamak, şilöz effüzyonun drene edilmesi, gerekli cerrahi işlemlerin yapılması ve uygun diyet uygulamaları sistematik biçimde yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Şilotoraks, Vena Cava Superior Sendromu, Plevral Effüzyon



PS-097 Yirmi Yılda İki Kez Opere Olan Primer Siliyer Diskinezi Sendromu Olgusu

Çağan Asparuk¹, Beyza Yılmaz¹, Fatma Ezgi Altun Acar¹, Aslıhan Aras¹, Naciye Mutlu¹, Hüseyin Cem Tigin¹, Muzaffer Metin¹, Murat Kıyık¹

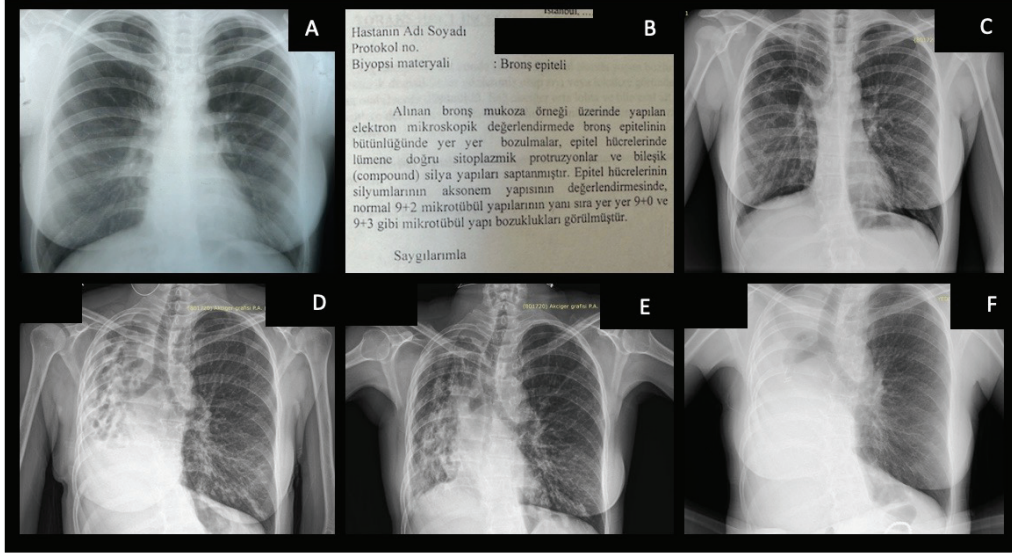
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Primer Siliyer Diskinezi Sendromu (PSDS), solunum siliyalarındaki genetik anormallik sonucu mukus taşınımında disfonksiyonla karakterize otozomal resesif geçişli nadir bir hastalıktır. Hastalarda çocukluktan itibaren üst-alt solunum yollarıyla ilgili yakınmalar mevcuttur. Sık tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonları, bronşektazi gibi klinik tablolarla kendini gösterir. Sunumumuzda PSDS tanısı konan hastamızı ve yirmi yıl içindeki iki operasyon sürecini sunmayı amaçladık.

Olgu: Çocukluktan beri sık pulmoner yakınmaları, pnömoni nedenli hastane yatış öyküsü olan 1977 doğumlu hastamız, çocukluk çağlarında bronşektazi ve maksiller sinüzit tanılarıyla hastaneye yatırılarak tetkik edilmiş. 18 yaşında sinüzit nedenli, 20 yaşında nazal polip nedenli opere edilmiş. Balgam kültürlerinde sıklıkla pseudomonas aeruginosa üremesi olmuş. Kliniğimize 2001'de 24 yaşındayken devamlı öksürük, yeşil renkli ve kötü kokulu balgam şikayetleriyle başvuran hastamız konjenital bronşektazi açısından tetkik edilmiş; ter testi normal bulunmuş. Serum alfa-1 antitripsin 162mg/dl(normal) olarak sonuçlanmış. Toraks BT'de sağ akciğer üst lobta lokalize kistik bronşektazi, bilateral bronşektazik görünüm gözlenmiş. Bronkoskopide sağ üst lobtan kaynaklanan, sağ bronş sistemine yayılan koyu pürülen sekresyon görülmüş. Balgam ve lavaj kültürlerinde ARB, mikobakteri kültürü negatif sonuçlanmış. Bronş mukoza biyopsisi yapılan hastada elektron mikroskopik değerlendirmede epitel bütünlüğünde bozulmalar, hücrelerde lümeneye doğru sitoplazmik protrüzyonlar, bileşik siliya yapıları saptanmış. Aksonem yapılarının değerlendirilmesinde normal 9+2 mikrotübülleriyle birlikte yer yer 9+0, 9+3 gibi mikrotübül bozuklukları görülmüş. Kliniğimizde PSDS tanısı alan hastaya 2002'de göğüs cerrahisi tarafından sağ üst bilobektomi yapılmış. Kliniğimizdeki takiplerinde uzun yıllarca hastanın zaman zaman ayaktan antibiyotik kullanması gerekse de 2021'e kadar tekrar hastane yatışı gerektirecek enfeksiyon öyküsü olmamış. 2021'de hastamız, çoklu oral antibiyotik kullanmasına rağmen geçmeyen pulmoner yakınmaları olması, enfeksiyon kontrolü sağlanamaması nedeniyle servisimize yatırılarak takip edildi. Şikayetleri gerilese de takip eden bir yıl içerisinde dört kez hastane yatışı, balgamında tekrarlayan mikroorganizma üremeleri oldu. 2022'de kliniğimize yeniden yattığında SFT, kantitatif akciğer sintigrafisi, 6dk yürüme testi sonuçlarıyla göğüs cerrahisi bölümüyle birlikte konseyde tekrar değerlendirilip tamamlayıcı sağ pnömonektomi kararı alındı. Sağ pnömonektomi uygulanan hastaya inhaler tobramisin tedavisi de başlandı. Hastanın son bir yılda hastane yatış öyküsü olmayıp ayaktan başvuruları ve pulmoner yakınmaları da giderek azalmıştır.



Olgumuza ait PA Akciğer Grafileri ve Elektron Mikroskopi Raporu



A: Olgumuzun ilk başvuruındaki PA Akciğer Grafisi, B: Bronş mukoza elektron mikroskopik inceleme raporu, C: İlk operasyon sonrası PA Akciğer Grafisi, D ve E: 2021 ve 2022 yıllarında olgumuzun kliniğimize başvurularındaki PA Akciğer Grafileri, F: İkinci operasyon sonrası PA Akciğer Grafisi

Tartışma-Sonuç: PSDS tedavisinde hastaların aşı programına dahil edilmesi, pulmoner rehabilitasyon, egzersizler ile havayolu temizliği ve enfeksiyon kontrolü önemli yer alsa da ilerleyen ve tekrarlayan olgularda cerrahi seçenekler de akılda tutulmalı, hastalar bu açıdan da değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bronşektazi, Primer Siliyer Diskinezi, Konjenital Bronşektazi

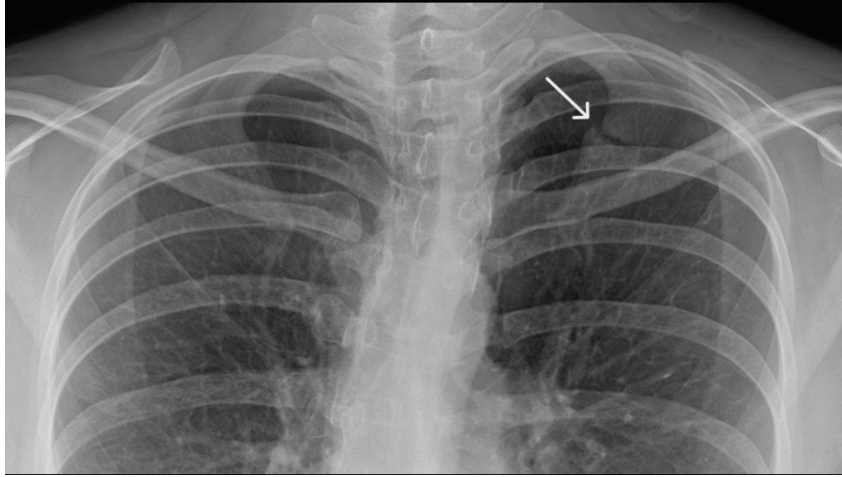
PS-098 Nadir Bir Olgu: Spontan Birinci Kot Fraktürü

Mustafa Kuzucuoğlu¹, Mehmet Ünal¹, Bayram Çağrı Sakarıya¹, Zeynep Sarı¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş-Amaç: Kot fraktürü toraks travmalarında en sık görülen travmatik patolojilerden birisidir. Travmatik kot fraktürleri genellikle 4-9. kotlar arasında görülürken birinci kot fraktürü bulunduğu lokalizasyon itibari ile nadir görülen bir fraktür olmakla vasküler yapılara yakınlığı nedeniyle dikkatli olunması gereken bir durumdur. Spontan kot fraktürleri sıklıkla osteopenik hastalarda travma olmaksızın meydana gelen nadir bir durumdur. Bizde çalışmamızda spontan birinci kot fraktürü gelişen 25 yaşında kadın olgumuzu literatürler eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen bir hastalığı ya da düzenli kullandığı bir ilacı olmayan 25 yaşında kadın olgu sol omuz bölgesinden sol koluna doğru yayılan ağrı şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde kol hiperabduksiyon hareketleri ağrılı olan olgunun çekilen akciğer grafisinde sol 1. kostada fraktür saptanması üzerine (Resim 1) çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sol 1. kosta anteriorunda non deplase fraktür saptandı (Resim 2). Anamnezi derinleştirilen olgunun travma öyküsü olmayıp son 10 gündür yoğun öksürük yakınması olduğu öğrenildi. Olguya spontan kot fraktürü olması sebebi ile kemik dansitometresi yapıldı ve olgunun spine bölgesinde ölçülen kemik mineral yoğunluğu 0,853 g/cm², T-Skoru -1,9 (%21) ölçülürken, sol femur kemik mineral yoğunluğu 0,784g/cm², T-Skoru -1,7 olarak ölçüldü. Mevcut bulgular ile hasta osteopeni olarak değerlendirildi. Olgu bir ay boyunca takibe alındı ve mümkün olduğunca sol kolunu kullanmaması önerildi. Takibinin ilk 10 gününde sol kol askısı kullanıldı. Bir aylık takip sonrası yapılan kontrolünde kallus dokusu gelişimi gözlenen olgunun takibi sonlandırıldı.



Resim 1 Akciğer grafisinde birinci kot fraktürü

Tartışma-Sonuç: Yoğun öksürük sonrası gelişen göğüs ağrılarında spontan kot fraktürü olabileceği akılda tutulmalı ve bu olgularda altta yatan osteopeni ya da kemik patolojileri olabileceği düşünülerek ileri inceleme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kot Fraktürü, Spontan, Osteopeni



PS-099 Nadir Görülen Ekstra-adrenal Myelolipoma Lokalizasyonu: Pulmoner ve Endobronşiyal Yerleşimli İki Olgu

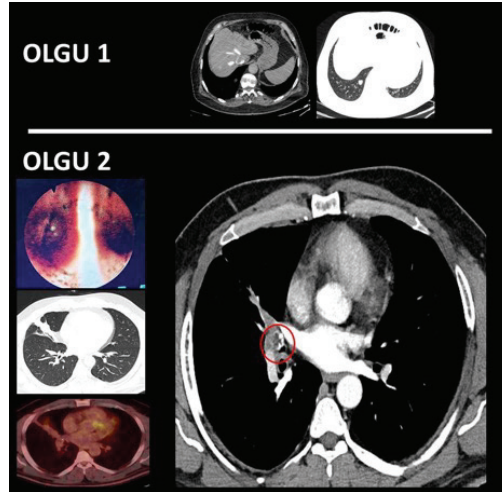
Arkin Acar¹, Cumhuriyet Murat Tulay¹, Demet Yıldız¹, Didem Şamaki¹, Ayça Tan²

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Manisa

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa

Giriş-Amaç: Myelolipoma genellikle adrenalde görülen, içinde adipoz ve hematopoetik doku barındıran benign natürde nadir bir tümördür. Ekstra-adrenal myelolipoma %15 oranında daha da nadir görülüp, bunun yalnızca %3'ü toraks yerleşimlidir. Toraksta sıklıkla posterior mediastende yerleşim bu tümör literatürde çok az sayıda pulmoner ve endobronşiyal yerleşimli olarak raporlanmıştır. Bu raporda biri intrapulmoner diğeri endobronşiyal yerleşimli olmak üzere iki myelolipoma olgusu nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Olgular: İlk olarak 63 yaşında erkek olguda bilinen prostat kanseri nedeniyle takip edilirken sağ akciğer alt lobda yaklaşık 1,5 cm çaplı nodül saptanmış (Şekil-Olgular 1). Takibinde nodülde boyutsal progresyon olduğu bildirilen hasta kliniğimize refere edildi ve kanser metastazı ön tanısıyla sağ videotorakoskopi ile wedge rezeksiyon uygulandı. Postoperatif 7.günde tüp torakostomisi sonlandırılan hasta komplikasyonsuz taburcu edildi. Kesin patoloji sonucu 1,6 cm çapında myelolipoma olarak raporlandı. Hastanın postoperatif 15.ayda takibi devam etmektedir. İkinci olgu 52 yaşında erkek hasta idi. Sık tekrarlayan pnömoni öyküsü olan hastanın çekilen toraks BT'de sağ orta lobun ileri derecede atelektatik ve konsolide olduğu izlenip fiberoptik bronkoskopi uygulanmış. Orta lob bronş girişi endobronşiyal tümör ile tam tıkalı olan hasta kliniğimize yönlendirildi. PET-BT'de patolojik metabolik aktivite yoktu (Şekil-Olgular 2). Hastada sık tekrarlayan pürülan balgam ve ara ara minimal hemoptizi yakınması olduğu öğrenildi. FEV1 değeri %103 olarak ölçülen hastada orta lobda destroyed lung görünümü izlenmesi üzerine lobektomi kararı verildi. Hastaya sağ videotorakoskopik orta lobektomi uygulandı. Postoperatif 5.günde tüp torakostomisi sonlandırıldı. Postoperatif dönemde pnömoni gelişen hastaya medikal tedavi düzenlendi. Tedavisi tamamlandıktan sonra ek komplikasyon izlenmeyen hasta sorunsuz taburcu edildi. Histopatolojik değerlendirmede kitlenin endobronşiyal yerleşimli 1 cm çapında myelolipoma olduğu raporlandı. Hastanın postoperatif 2.ayda sorunsuz takibi devam etmektedir.



Şekil Birinci olgunun toraks BT görüntüleri ve ikinci olgunun toraks BT, PET-BT ve bronkoskopi görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Akciğerde yer alan benign kitlelerin tanı süreci genellikle cerrahi tedavi ile tamamlanabilmektedir. Her ne kadar myelolipomada malign transformasyon raporlanmamış olsa da hastalarda lokal progresyon ile hemoptizi ve pnömoniye yol açabileceği unutulmamalıdır. Özellikle nadir hastalıklar göz önünde bulundurularak, tanısız akciğer kitlelerinde hem tanı hem de tedavi amacıyla uygun cerrahi tedavi planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Myelolipoma, Benign Akciğer Tümörü, Nadir Yerleşim, Minimal İnvaziv Cerrahi

PS-100 Torakotomi Gerektiren Yabancı Cisim Aspirasyonu

Koray Aydoğdu¹, Nevzat Kılıç¹, Mehmet Çetin¹, Necati Solak¹, Furkan Süral¹, Sebahattin

Sefa Ermancık¹, Mehmet Büyükevlî¹

¹Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

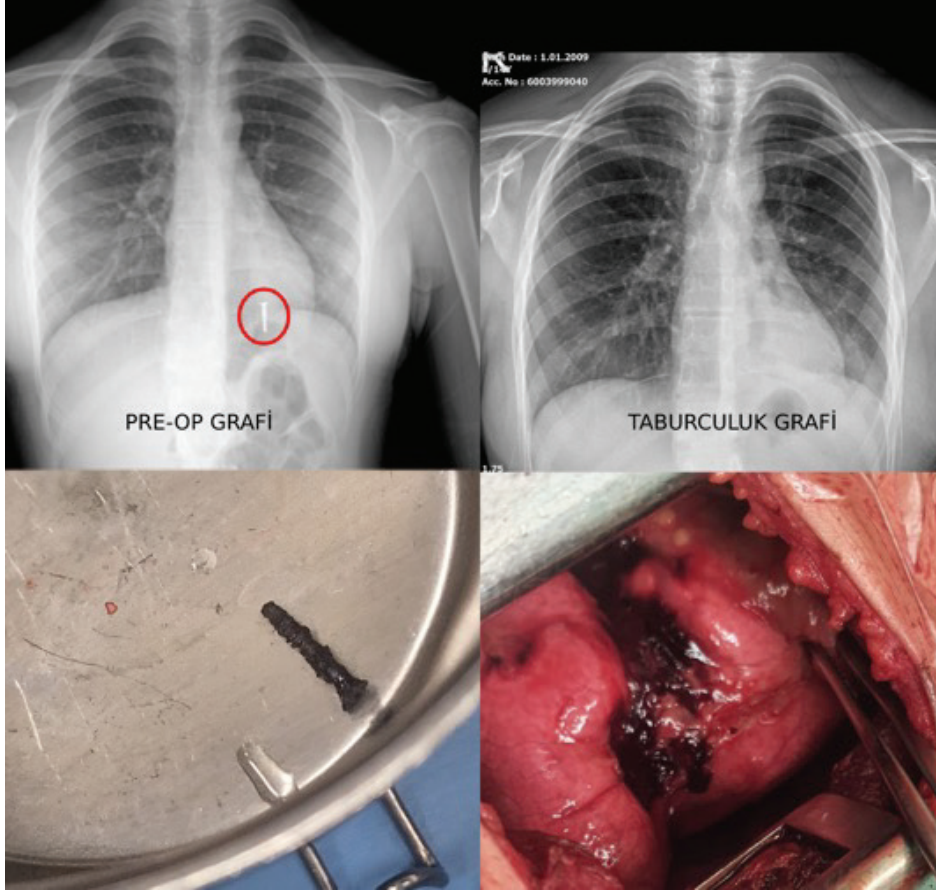
Giriş-Amaç: Trakeobronşiyal yabancı cisim aspirasyonu (YCA) hayati tehlikesi olan ve acil girişim gerektiren önemli bir klinik tablodur. YCA'lar çocuklara oranla yetişkinlerde daha nadir görülen ve bazen ölümlü sonuçlanabilen ciddi bir sorundur. Bu olgularda tanı ne kadar erken konulur ve ne kadar erken müdahale edilirse komplikasyon gelişme ihtimali aynı ölçüde azalır. Erken dönemde öksürük, nefes darlığı, ses kısıklığı gibi semptomlar görülür. Geç dönemde ise obstrüktif amfizem, atelektazi, akciğer absesi, ampiyem, bronşektazi ve pnömotoraks gibi komplikasyonlara yol açarak, sık tekrarlayan enfeksiyonlar, hemoptizi ve bronşiyal astıma benzer yakınmalara neden olabilmektedir.

Olgu: Özgeçmişinde bilinen bir hastalığı olmayan 15 yaşındaki kadın hasta, çocuk acile mide bulantısı ve öksürük sebebiyle başvurmuş. Anamnezinde herhangi bir aspirasyon hikayesi olmayan hastanın öksürük şikayeti olması sebebiyle Posterior-Anterior Akciğer Grafisi (PAAG) çekilmiş. Çekilen PAAG'de radyopak yabancı cisim saptanmış. Geriye dönük görüntülemeleri incelendiğinde, hastanın 2 ay önce çekilen Ayakta Direkt Batın Grafisinde de yabancı cismin olduğu görüldü. Hastaya Rijit Bronkoskopi hazırlığı yapılarak Fiber Optik Bronkoskopi (FOB) yapıldı. Sol alt lob bazal segmentte çevre dokuya fiks granülasyon dokusunun olduğu görüldü. Forseps yardımıyla yabancı cisim çıkarılmaya çalışıldı ancak dokuya yapışmış olması ve distalde olması sebebiyle cismin rijit bronkoskopi ile de çıkarılamayacağı görüldü ve torakotomi kararı alındı. Hasta elektif şartlar altında sol 5. interkostal aralıktan olacak şekilde mini torakotomi insizyonu ile toraksa girildi. İlk bakıda sol alt lob bazal segment düzeyinde yoğun granülasyon dokusu olduğu ve akciğeri perforasyon ettiği görüldü. Nekrotize alanlar nedeniyle yabancı cisim palpasyonla tespit edilemedi. Yabancı cisim yeri doğru bir şekilde saptanmak amacıyla eş zamanlı FOB yapıldı, sol alt lob bronşu tespit edildi ve bronkotomi açıldı. Bronkotomi ile alt lob bazal segmente ulaşıldı ve yoğun granülasyon dokusu serbestleştirilmesinin ardından vida çıkarıldı. Ardından bronş primer suture edildi. Yabancı cisim dokusunun perforasyon yaptığı alan primer suture edildi. Ardından FOB ile sekresyon temizliği ve bronkotomi insizyon alanı kontrolü de yapıldı. Post operatif dönemde uygun antibiyoterapi ile takip edilen hastada komplikasyon gelişmediği görülür. Takiplerinde tam ekspanse olan hastanın göğüs tüpü sonlandırıldı ve kontrol PAAG ardından taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç: YCA'da en sık gözlenen yakınma kriz şeklindeki öksürük olup özellikle çocuklarda klinisyenleri mutlaka alerte etmelidir. Öksürük başlangıçta spazmodik, kuru, irritatif ve nöbetler halinde gelir, yabancı cisim bronşa yerleştikten sonra şiddetini ve özelliğini kaybeder. Tanı için en önemli husus anamnezin ayrıntılı alınması, fizik muayene ve radyolojik yöntemlerle yabancı cismin lokalizasyonunun doğru tespitidir. YCA'dan şüphelenilen tüm olgulara radyolojik incelemeler yapılmalıdır. Cisim radyopak ise PAAG ile kolaylıkla görülebilir. Ancak lokalizasyonu tam tanımlamak için lateral ve oblik akciğer grafileri de çekilmelidir. Normal bir göğüs radyografisi yabancı cismin yokluğunu göstermez, şüphe devam ediyorsa bronkoskopi yapılmalıdır. Rijit bronkoskopi trakeobronşiyal yabancı cisimlerde hala etkin ve güvenilir bir şekilde kullanılmakta. Ancak Rijit bronkoskopiyle dahi alınamayan yabancı cisim aspirasyonlarında torakotomi gerekebilir. Bizim olgumuzda nadir bir yabancı cisim olan vida tespit edildi. Hastanın bilinen YCA hikayesi olmaması sebebiyle anamnez tanıda bize yardımcı olamadı. Yabancı cismin sol alt lob bazal segment düzeyinde yani distalde olması sebebiyle rijit bronkoskopiyle çıkarılamayacağı tespit edildi. Lober pnömoni ve bronkoplevral fistül gibi kronik dönem komplikasyonları olan hastada anatomik rezeksiyona gerek olabileceği düşünüldü. Ancak cerrahi tecrübe ve doğru yaklaşımla hastanın akciğer bütünlüğünün korunarak yabancı cismin çıkarılabileceği akıldan tutulmalıdır.



Yabancı Cisim



Anahtar Kelimeler: Yabancı Cisim, Torakotomi, Bronkotomi, Rijit Bronkoskopi, Bronkoskopi

PS-101 Nefes Darlığının Çok Nadir Bir Nedeni: Timoma

Sida Gösterici¹, Çiğdem Sabancı¹, İnanç Yazıcı², Mustafa Vedat Doğru², Hülya Abalı¹, Fatma Tokgöz Akyıl¹

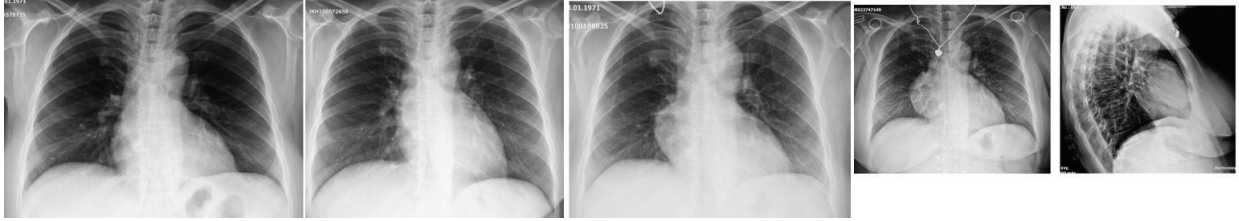
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Cerrahisi

Giriş-Amaç: Ön mediasten kitlelerinden en sık rastlanani timoma olup tüm mediasten tümörlerinin yaklaşık olarak %20-25'ini, ön mediasten kitlelerinin ise %50'sini oluştururlar. Sıklıkla 40-60 yaşları arasında görülmekle beraber insidansı 0,13/100,000/yıl olup erkeklerde daha sık rastlanır. Timoma saptanan vakaların neredeyse yarısı tanı anında asemptomatik olup, semptom olanların bir kısmında ateş, gece terlemesi, kilo kaybı gibi sistemik semptomlar, üçte birinde ise tümörün çevre dokulara invazyonuna bağlı olarak oluşturduğu öksürük, göğüs ağrısı gibi semptomlar görülebilir.

Olgu: Bir yıl önce astım tanısı ile bronkodilatör tedavi başlanan 52 yaşında kadın hasta, son aylarda giderek artan nefes darlığı şikayeti nedeniyle polikliniğe başvurdu. Sigara kullanmamış olan hastanın fizik muayenesi normal idi. Laboratuvar parametrelerinde özellik olmayan hastanın, akciğer grafisinde sağ parakardiyak alanda kalp gölgesine süperpoze lezyonun daha önceden dış merkezlerde çekilen grafilerde olmayıp yıllar içinde progre izlendiği görüldü (Resim 1). Solunum fonksiyon testinde obstruksiyon saptanmadı. Kontraslı bilgisayarlı tomografisinde heterojen iç yapılı kitlesel paramediastinel 65*51 mm boyutunda kitlesel görünüm izlendi. Lezyon görüntüsü timoma ön plan-da düşünülerek operasyon planlandı. Hastanın anti-asetilkolin antikoru negatifti ve nöroloji konsultasyonu normal olarak değerlendirildi. Opere edilen hastanın patoloji sonucu, 8*5*0,8 cm boyutunda kapsül invazyonu pozitif, çevre lipomatöz dokuda tümör odakları pozitif olan timoma tip B1-B2 olarak raporlandı. Masaoka evreleme sistemine göre tip IIb olarak sınıflanan hastaya radyoterapi planlandı ve takibe alındı.

Resim-1



Tartışma-Sonuç: Nefes darlığının nadir bir nedeni olarak mediasten kitleleri de düşünülmeli ve çekilen her akciğer grafisi bu açıdan da değerlendirilmelidir. Ön mediasten kitlelerinin en sık nedenlerinden biri timoma olarak karşımıza çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Timoma, Ön Mediasten Kitleleri



PS-102 Matür Kistik Teratom Olgusu

Dilara Candan¹, Funda İncekara¹, Ezin Cem Yeni¹, Nesrin Gürçay²

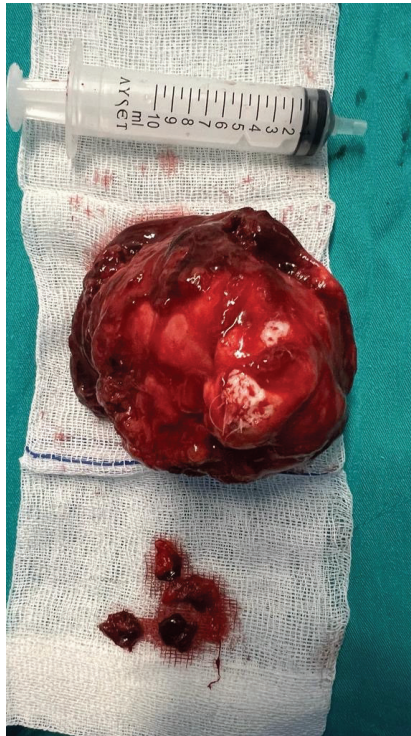
¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

²Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Teratomlar en sık rastlanan mediastinal germ hücreli tümörlerdir. Bununla birlikte anterior mediasten, ekstraparadial tutulumun en sık olduğu bölgedir. Matür teratomların büyük bir çoğunluğu histolojik olarak iyi diferansiyasyon ve benigndir. Kitle ve solid ve kistik patern içerebilmektedir. Biz de kendi kliniğimizde sal vats mediasten kitle eksizyonu yaptığımız, patoloji sonucu matür kistik teratom olan hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: 22 yaşında kadın hasta rutin işe giriş muayenesinde PAAG'de şüpheli alan görülmesi üzerine çekilen Toraks CT'de superior mediastende 7,1 cm kitle saptanması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. PET-CT'de üst mediastende solda 71 mm suvmax:6.7 olan lezyon olduğu raporlandı. Tanısal amaçlı transtorasik ince iğne biyopsisi danışıldı. Tt-bx'e uygun bulunmadı. Hastanın ek hastalığı ve herhangi bir aktif şikayeti yoktu. Solunum fonksiyon test sonuçlarında FEV1/FVC : 2.22 %75'ti. AFP, B-HCG , Anti-Ach negatifti. Rutin kan sonuçlarında herhangi bir anormallik yoktu. Daha sonra tarafımızca hastaya operasyon önerildi ve sol vats ön mediasten kitle eksizyonu uygulandı. Kitle komplet olarak eksize edildi. Patoloji sonucu matür kistik teratom olarak raporlandı. Benign teratomlar üç germ yaprağının en az ikisinden kaynak alan dokular içermelidirler. Olgumuzda ektoderm kaynaklı deri ve kıl, mezoderm kaynaklı kıkırdak ve endoderm kaynaklı ise nöral dokular bulunmaktaydı.

Lezyonun makroskopik görünümü



Tartışma-Sonuç: Matür kistik teratom histopatolojik olarak benign olmasına rağmen, potansiyel rüptür riskinden dolayı cerrahi rezeksiyonu önerilmektedir. Cerrahi dışı yöntemlerle tanı konulamaması durumunda hem kesin tanı hem de tedavi amaçlı cerrahi gereği ortaya çıkmaktadır. Akciğerin atelektatik olması, komşu yapılarda kompresyon ya da yapışıklık ya da malign transformasyon varlığı cerrahiye engel teşkil etmez. Komplet rezeksiyonlar sonrası sonuçlar mükemmeldir. İnkomplet rezeksiyonlar sonrasında bile sonuçların yüz güldürücü olduğu bildirilmiştir. VATS ise mediasten kitle eksizyonlarında giderek etkinliği artan oldukça güvenilir bir cerrahi yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Matür Kistik Teratom, Mediasten, Germ Hücreli Tümör

PS-104 Nadir Bir Olgu Sunumu: Bronkotomi ile Endobronşiyal Karsinoid Tümör Eksizyonu

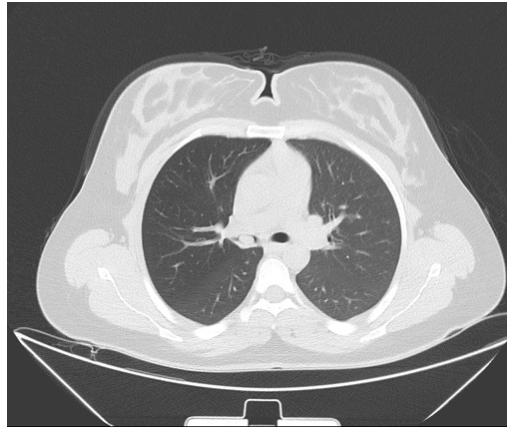
Muhammed Eymen Yayla¹, Ayşe Ulusoy¹, Serkan Bayram¹, Mustafa Akyıl¹, Aysun Kosif¹, Selami Volkan Baysungur¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Karsinoid tümörler, akciğerin en sık rastlanan malign nöroendokrin tümörleridir. Literatürde karsinoid tümör olgularında en sık yapılan cerrahi operasyon lobektomi olarak bildirilmiştir ve pulmoner rezervi düşük olan vakalarda; bronkotomi ile tümöral dokunun komplet eksizyonu nadir ve etkili bir yöntem olduğu gösterilmiştir. Bu yazıda, endobronşiyal karsinoid tümörün bronkotomi ile komplet eksize edildiği olgudan bahsedilecektir.

Olgu: Bilinen sistemik hastalığı ve sigara kullanım öyküsü olmayan 27 yaş kadın hasta 6 aydır devam eden öksürük ve yeni başlayan hemoptizi şikayetleriyle dış merkeze başvurdu. Bilgisayarlı tomografide (BT) sağ akciğer üst lob bronşunda lezyon görülmesi üzerine hasta tarafımıza yönlendirildi. Hastaya cerrahi konseyde alınan karar sonucu rijid bronkoskopi planlandı. Rijid bronkoskopisinde sağ ana bronşta endobronşiyal lezyon izlendi ve buradan multiple punch biyopsiler alındı. Nihai patoloji raporu tipik karsinoid tümör olarak raporlanan hasta cerrahi konseye tekrar çıkarılarak bronkotomi ile tümör eksizyonu kararı alındı işlem komplikasyonsuz tamamlandı. Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 4. gün dreni çekilerek taburcu edildi. Mevcut şikayetleri ortadan kalkan hasta 5 aydır poliklinik takibimiz altındadır.

Preop Toraks BT



Hastanın Preop AC Bilgisayarlı Tomografisinde sağ ana bronşta endobronşiyal lezyon.

Tartışma-Sonuç: Endobronşiyal karsinoid tümörler; epitel hücrelerinden köken alan akciğerin nöroendokrin tümörleridir. Düşük malignite potansiyeline sahip, yavaş büyüyen, lokal gelişme gösteren bir tümördür. Patolojik olarak karsinoid tümörler derecelerine göre tipik ve atipik olarak ikiye ayrılır. Düşük dereceli, santral yerleşimli, iyi diferansiye olanlar tipik karsinoid, orta derece periferik yerleşimli, kötü diferansiye olanlar atipik karsinoid tümör olarak sınıflandırılır. Endobronşiyal karsinoid tümörler, genellikle semptomlar oluşturmada uzun süre varlıklarını sürdürebilirler. Bununla birlikte nonspesifik şikayetler oluşturabilirler. Karsinoid tümörlerdeki cinsiyet dağılımının eşit olduğunu bildiren çalışmalar vardır. Tipik karsinoidler ortalama 45 yaş, atipik karsinoidler ise bundan bir dekat sonra görülme eğilimindedir. Karsinoid tümörlerde cerrahi rezeksiyon tek küratif opsiyondur. Cerrahi tedavi; bronkotomi yolu ile eksizyondan, pnömonektomiye kadar değişebilmektedir. Literatürde karsinoid tümör olgularında en sık yapılan cerrahi operasyon lobektomi olarak bildirilmiştir. Karsinoid tümörlerde bronkotomi literatürde çok nadirdir. Hastaların pulmoner rezervini olabildiğince korurken, tümörü etkili bir şekilde çıkarmayı hedefler. Diğer cerrahi seçeneklere kıyasla çeşitli avantajlara sahiptir. Bronkotomi ile parankimi koruyucu endobronşiyal karsinoid tümör eksizyonu, özellikle pulmoner rezervi düşük olan hastalarda etkili bir seçenek olarak değerlendirilebilir. Daha geniş hasta gruplarında yapılacak ileri çalışmalarla bu yöntemin etkinliği ve güvenilirliği daha detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bronkotomi, Endobronşiyal Karsinoid Tümör, Minimal İnvaziv Cerrahi



PS-105 Nadir Bir Pnömotoraks: Katamenial Pnömotoraks

Ömer Topaloğlu¹, Elvan Şentürk Topaloğlu², Atilla Eroğlu³

¹Bitlis Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bitlis

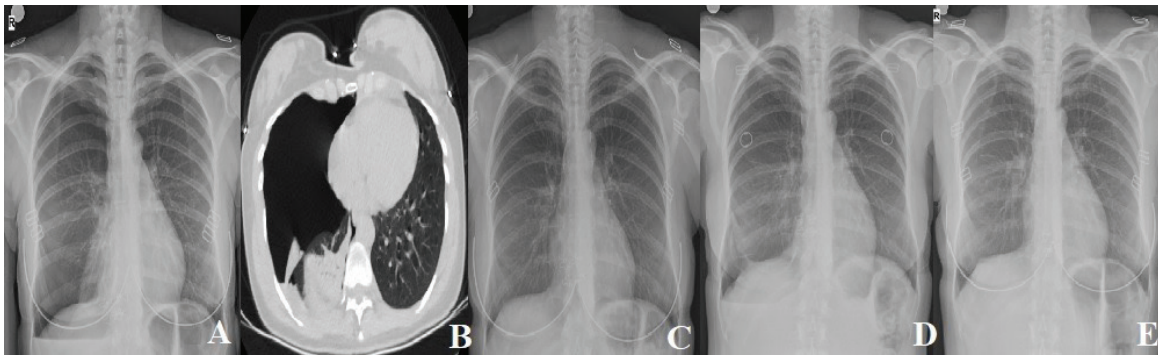
²Bitlis Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bitlis

³Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş-Amaç: Katamenial pnömotoraks üreme çağındaki kadınlarda görülür ve adet döneminin hemen öncesinde veya sırasında ortaya çıkabilir.

Olgu: 43 yaşında kadın olgu sağ yan ağrısı ve nefes darlığı şikâyetleri ile hastanemize başvurdu. Olgunun anamnezinden iki haftadır mevcut olan nefes almak ile artan bıçak saplanır tarzda ağrısı olduğu öğrenildi. Fizik muayenede oskültasyonda sağ hemitoraks alt arka tarafında solunum sesleri azalmış idi. Akciğer grafisinde sağ alt pnömotoraks hattı görüldü (Resim 1A). Çekilen toraks tomografisinde sağ akciğer üst lob büyük oranda kollabe görünümünde olduğu alt lobun yer yer atelektatik olduğu ve minimal plevral efüzyon görüldü (Resim 1B). Hastaya pnömotoraks tedavisi amacıyla sağ hemitorakstan tüp torakostomi uygulandı. Hasta 6 gün takip edildi ve sonrasında dren sonlandırılarak taburcu edildi. 10 gün sonraki kontrolünde hastanın kliniğinde ve radyografisinde patoloji saptanmadı (Resim 1C). Olgu taburculuğundan 32 gün sonra tekrar aynı şikâyetler ile başvurdu. Çekilen radyografisinde aynı taraflı pnömotoraks olduğu görüldü. Hasta interne edilerek sağ VATS yöntemiyle pnömotoraks cerrahisi uygulandı. Ayrıca sağ diyafragma üzerinde çok sayıda fenestrasyonlar gözlemlendi. Bu alanlar primer olarak onarıldı. Hastanın periop gözlenen diyafragma porları nedeniyle postop dönemde anamnezi derinleştirildiğinde iki pnömotoraks atağında da mens döneminde olduğu öğrenildi. Tanı olarak hastada katamenial sendromu düşünüldü. Taburcu edilmeden önce kadın hastalıkları ve doğum bölümüne konsülte edildi. Hastaya ek önerileri olmadıklarını belirtmeleri üzerine ameliyat sonrası dönemde herhangi bir sorun oluşturmaz olgu dördüncü gün taburcu edildi. 10 gün sonraki kontrolünde hastanın kliniğinde ve radyografisinde patoloji saptanmadı. Olgu taburculuğundan 41 gün sonra tekrar aynı şikâyetler ile başvurdu. Çekilen radyografisinde aynı taraflı pnömotoraks olduğu görüldü (Resim 1D). Hastanın yine mens döneminde olduğu öğrenildi. Hastanın pnömotoraksının fazla olmaması ve sadece bazalde olması nedeniyle nazal O2 desteği ile takip edildi. Kadın hastalıkları ve doğum bölümüne konsülte edildi. Hastaya kombine oral kontraseptif başlandı. Yatışının 6. gününde akciğer grafisinde patoloji saptanmayan olgu taburcu edildi. 10 gün sonraki kontrolünde hastanın kliniğinde ve radyografisinde patoloji saptanmadı. Medikal tedavi kombine oral kontraseptif tedavisine devam edildi. Olgunun 6 aylık takip döneminin sonunda klinik olarak asemptomatiktir ve radyolojik olarak da nüks gözlenmemiştir (Resim 1E).

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



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

Tartışma-Sonuç: Tekrarlayan spontan pnömotoraks ile başvuran genç bir kadında katamenial pnömotoraks düşünülmelidir. Günümüzde VATS katamanyal pnömotoraksının tanı ve tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Multidisipliner yaklaşımların olguların tedavisinde büyük önem sahip olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Posterior-Anterior Akciğer Grafisi, Spontan Pnömotoraks, VATS, Diyafragma Fenestrasyonu

PS-106 Skuamöz Hücreli Karsinom Olgusunda Videotorakoskopik Karina Rezeksiyonu ve Rekonstrüksiyonu

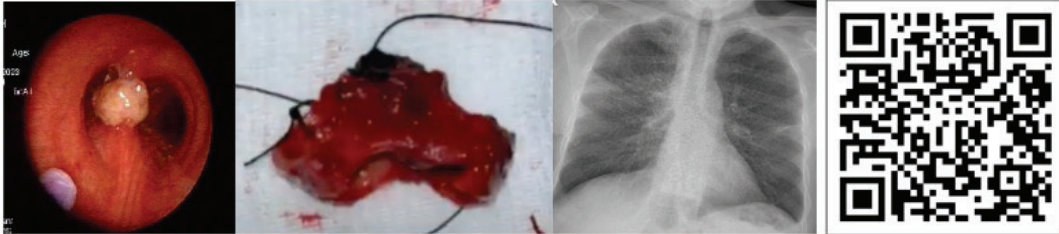
Muzaffer Metin¹, Ayşegül Çiftçi¹, Meral Selin Onay Mahmuti¹, Merve Ekinci Fidan¹, Yaşar Sönmezoğlu¹, Ece Yasemin Demirkol¹, Nisa Yıldız¹, Dilekhan Kızır¹, Anıl Demirel¹, Volkan Erdoğan¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Karina yerleşimli primer trakeal tümörler oldukça nadir görülür. Yerleşim yeri itibarıyla karinal tümörlerin rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu teknik açıdan çok daha zordur. Sıklıkla tercih edilen yaklaşım yöntemi, sağ posterolateral torakotomidir. Videotorakoskopik karina rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu yapılan olgu sunulmuştur. Sunulan olgu Türkiye’de gerçekleştirilen ilk başarılı VATS ile karina rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonudur.

Olgu: 66 yaşında erkek hasta 2 ay önce başlayan kraşe tarzı hemoptizi şikayeti ile kliniğimize başvurdu. 70 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) karina üzerinde 1 cm lezyon görüldü (Resim 1). Pozitron emisyon tomografik (PET-BT) değerlendirmesinde lezyonun Suvmax değeri 1,8 olarak raporlandı. Fiberoptik bronkoskopi (FOB) incelemesinde karina üzerinde kitle görüldü ve buradan punch biyopsi alındı (Resim 2). Lezyonun patolojik incelemesi skuamöz hücreli karsinom olarak raporlandı. Hastaya onkoloji konseyinde cerrahi kararı verildi. Sol lateral dekübit pozisyonunda tek lümen entübasyon ve sağ bronşa bloker kullanılarak tek akciğer ventilasyonu sağlandıktan sonra, biportal VATS yaklaşımı ile operasyona başlandı. Trakea ve sağ ana bronş dönüldü. Sağ ve sol ana bronş karina distalinden 15 numara bistüri ile kesildi. Bu aşamada utility insizyondan 5 numara spiralli entübasyon tüpü ile sol ana bronş entübe edilerek, entübasyon tüpü yeni kurulan eksternal devreye bağlandı. Son olarak trakea karina seviyesinden bistüri ile kesildi. Piyes toraks dışına çıkarıldı (Resim 3) Sol ana bronş trakeaya 3/0 prolene sütür kullanılarak continue end to end anastomoz edildi. Anastomoz tamamlanmadan sağ ana bronş anastomozu için yaklaşık 1 cm lik açıklık bırakıldı. Daha sonra bırakılan açıklığın sağ ana bronş ile kalibrasyonunu sağlamak amacıyla trakea üzerinden bistüri ile bir parça kıkırdak halka çıkarıldı. Sağ ana bronş, sol ana bronş trakea anastomoz hattına end to side olarak 3/0 prolene ile continue sütüre edildi. Operasyon başarılı bir şekilde sonlandırıldı. ? Operasyon videosu için karekodu kullanınız) Postoperatif 2.gün dreni sonlandırılan hasta 3.gün taburcu edildi

Vats ile Karina Rezeksiyonu



Tartışma-Sonuç: Karina rezeksiyonu genellikle primer akciğer kanserinin karinayı invaze ettiği durumlarda akciğer parankim rezeksiyonu ile eş zamanlı yapılmaktadır. İzole karina rezeksiyonu, akciğer parankim rezeksiyonu olmadan yalnızca trakeal bifurkasyonun rezeksiyonunu olarak tanımlanır ve karinaya yerleşmiş primer trakea tümörlerde endikedir. İlk defa 1950 yılında Abbott ve ark. tanımlamıştır (1). Daha sonra Barclay ve ark (2) karina rezeksiyonlarında sağ ana bronşun trakeaya end to end, sol ana bronşun trakeaya end to side anastomoz yönetemi tariflediler. Takip eden yıllarda, Double-barrel (Çift Namlu) (3) ve Miyamoto(4) ve Yamamoto (5) sol ana bronşun trakeaya end to end ve sağ ana bronş veya intermedier bronşun bu anastomoz hattına end to side anastomoz yöntemlerini tariflemiştir. Bu teknikte; trakeal kan akışını bozacak yeni bir anastomoz deliğine ihtiyaç duyulmaması ve oluşan neokarinanın açılı olmasıyla anastomoz hattındaki gerginliğin 3 ayı yöne dağılarak minimum olması avantaj olarak bildirilmiştir (5). Biz de yöntemin daha güvenli olduğu düşüncesindeyiz ve olgumuzda bu anastomoz tekniğini tercih ettik. Karina rezeksiyonları teknik açıdan zor operasyonlardır. Uzun yıllar boyunca tercih edilen yaklaşım sağ posterolateral insizyon ve daha az sıklıkla median sternotomi olmuştur (6). Video asiste torakoskopik cerrahi ile (VATS) ile ilk karina rezeksiyonu 2013 Nakanishi (7) tarafından gerçekleştirilmiştir. Takip eden yıllarda daha geniş serili vakalar bildirilmiştir. (8). Uniportal yaklaşımın gelişmesi ile ilk olarak 2016 yılında Diego ve ark (9) karina rezeksiyonunda uniportal yaklaşımı tanımlamışlardır. Olgumuzda biportal yaklaşım tercih edildi.

Anahtar Kelimeler: Karina Rezeksiyonu ve Rekonstrüksiyonu, Minimal İnvaziv Torasik Cerrahi, VATS



Poster Bildiri Oturumu 6: Pulmoner Vasküler Hastalıklar

PS-108 Hemoptiziden Hughes-Stovin sendromuna

Zeynep Yıldızgördü Onuş¹, Ertuğrul Çağrı Bölek², Ersin Günay¹, Fatma Yıldırım³

¹Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

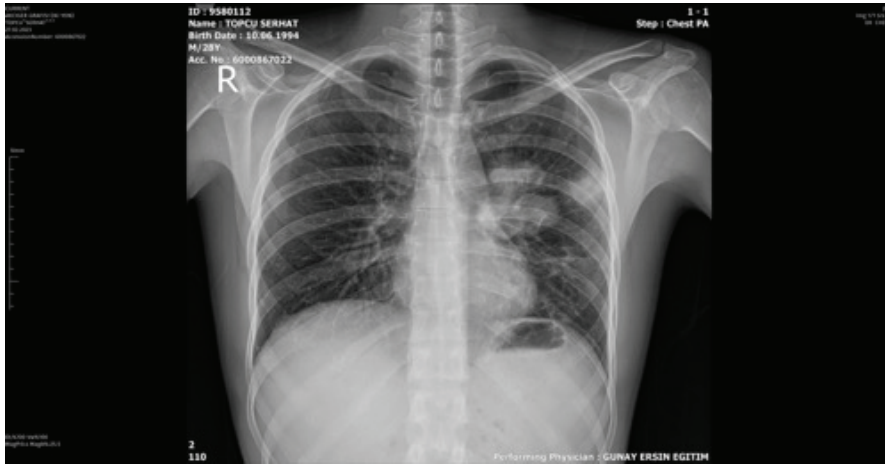
²Etlik Şehir Hastanesi Romatoloji Kliniği, Ankara

³Etlik Şehir Hastanesi Yoğun Bakım Kliniği, Ankara

Giriş-Amaç: Oral aft, genital ülser ve iridosiklit triadı ile bilinen Behçet Hastalığı tüm organ ve doku sistemlerini tutan otoimmün/otoinflamatuar bir hastalıktır. Akciğerin etkilendiği olgularda pulmoner emboli ve pulmoner arter anevrizmasına bağlı hemoptizi, öksürük, nefes darlığı ve plöretik göğüs ağrısı önemli semptomlardır. Emboli ve pulmoner arter anevrizması hastalığın prognozunda ve morbiditesinde önemli yer oluşturmaktadır. Genelde hastalar emboli tanısıyla takip edilmekte veya anevrizmalar görülerek tanıları konulmaktadır.

Olgu: 28 yaş erkek hasta 3 çay kaşığı kadar öksürükle kan tükürme şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Bu şikayetlerin yanında terleme, sol tarafta batır tarzda göğüs ağrısı, kilo kaybı şikayetleri de vardı. Hastanın 9 paket-yılı sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Özgeçmişinde 5 yıl önce dış merkezde geçirilmiş pulmoner emboli tanısı mevcuttu. Bu tanı sonrasında 6 ay antikoagulan kullanmış sonrasında kontrollerde bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografisinde (BTPA) emboli saptanmaması ve DVT olmaması üzerine tedavisi sonlandırılmıştı. Hastanın yeni çekilen BTPA'da pulmoner emboli tanısı konulan hastanın trombofili genetik panelinde sadece MTHFR (C677T) Homozigot mutasyon mevcuttu. Serviste takibi esnasında hemoptizisi ve Tomografide akciğer infiltrasyonları nedeniyle DMAH ve nonspesifik antibiyotik tedavisi verildi. Bilateral alt ekstremitte venöz doppler ultrasonografisinde tromboze ven izlenmedi. EKOincelemesinde sistolik fonksiyonları normal, sağ kalp boşlukları normal, sol ventrikül çapı normal, PAPs: 27 5 olarak raporlandı. Ara ara hemoptizisinde azalma olan ve hastanın yatışının 17. gününde 500 cc kadar masif hemoptizisi oldu. Kontrol grafisinde ve tomografisinde yeni oluşan Pulmoner Arter Anevrizması saptanan hasta bu bulgularla romatoloji kliniğine danışıldı. Hastaya Behçet Hastalığı (Hughes Stovine Sendromu) tanısıyla immün süpresif tedavi başlandı. Takipte yakınmaları gerileyen hastanın bulgularında 6 aylık immün süpresif tedavi sonrası tam regresyon saptandı.

Pulmoner Arter Anevrizması



Tartışma-Sonuç: Emboli nedeniyle yatarak takip esnasında masif hemoptizi sonrasında ortaya çıkan anevrizmaları olan ve Hughes Stovin Sendromu tanısıyla antiinflamatuar tedaviye yanıt veren genç Behçet Hastasını literatür eşliğinde sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Tromboemboli, Hemoptizi, Pulmoner Arter Anevrizması, Behçet Hastalığı

PS-109 Antikoagulan Kullanımı Altında Gelişen Pulmoner Emboli Olgusu

Ersin Erdem Demirtaş¹

¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi

Giriş-Amaç: Aktif malignite hastalarında venöz tromboembolizm (VTE) tedavisi diğer hastalara göre oldukça zordur. Tekrarlayan VTE riski, malignitesi olan hastalarda yaklaşık 3 kat artar ve kemoterapi alan kanser hastalarında bu risk daha da yüksektir. Burada aktif malignitesi olan bir hastada antikoagulan kullanımına rağmen gelişen pulmoner tromboembolizm olgusunu sunacağız.

Olgu: Prostat kanseri ve akciğer adenokanser tanısı mevcut olan 65 yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 gün önce başlayan sırt ağrısı ve nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Ek şikayeti olmayan hastanın fizik muayenesinde sağda solunum seslerinin azaldığı ve alt ekstremité muayenesinde sağ bacakta ısı-çap farkı olduğu tespit edildi. Hastanın oda havasında SpO2: %80, TA:140/80, Nabız:90/dk, Solunum sayısı:16-20/dk olarak ölçüldü, hastanın wells skoru yüksek klinik olasılık olarak hesaplandı(malignite 1 puan-dvt semptom ve bulguları 3 puan-alternatif tanı yokluğu 3 puan). Hastanın anamnezinde en son 2 gün önce kemoterapi aldığı ve yaklaşık 6 ay önce iskemik SVO nedeniyle nöroloji servisinde yatış öyküsünün olduğu ve taburculuktan itibaren tedavi dozunda bemiparin sodyum kullandığı öğrenildi. Çekilen alt ekstremité doppler USG’ de; bilateral orta- distal femoral ven, popliteal ven ve distal dallarında totale yakın tıkanan trombus ile uyumlu hipoekoik görünüm şeklinde raporlandı. Çekilen kontrastlı Toraks BT’ de sol pulmoner arter segment dalda devamlılık gösteren trombus ile uyumlu dolum defekti, sağ akciğer santralde yerleşim gösteren kitle ve bilateral mozaik perfüzyon görünümü izlendi.Akut pulmoner tromboembolizm tanısı konulan hastada bemiparin sodyum tedavisi stoplanıp dabigatran 150 mg 2x1 tedavisi başlandı.5 günlük takip ve tedavinin ardından solunumsal şikayetleri gerileyen hastanın idame tedavisi düzenlenerek hasta taburcu edildi.

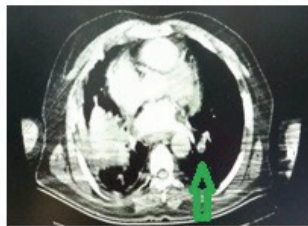
Hastanın Kontrastlı Toraks Bt Görüntüleri



RESİM 1



RESİM 2



RESİM 3



RESİM 4

Kontrastlı Toraks Bt De Sol Pulmoner Arter Segment Dallarda Trombus İle Uyumlu Dolum Defekti İzleniyor.

Tartışma-Sonuç: Antikoagulan kullanımı altında tromboemboli özellikle malign hastalarda karşımıza çıkabilen bir durumdur. Bu sebeple özellikle altta yatan malignitesi olan hastalar başta olmak üzere tüm akut pulmoner emboli tanısı konan hastalarda herhangi bir sebeple antikoagulan kullanımı olup olmadığı, tedaviyi düzenli kullanıp kullanmadığı konusunda dikkatli olunmalı, anamnezde sorgulanmalı ve tedavi yaklaşımı bu bilgiler dahilinde düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Malignite, Akut Pulmoner Emboli, Antikoagulan Kullanımı Altında



PS-110 Pulmoner Tromboembolide Nadir Bir Komplikasyon Heparine Bağlı Trombositopeni

Beyza Kerem¹, İrem Altun¹, Fatma Yıldırım¹, Serap Akçalı Duru¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Heparine bağlı trombositopeni heparin tedavisinin az görülen, ancak yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bir komplikasyondur.

Olgu: Öksürük, hemoptizi, göğüs ağrısı şikayetleri ile acil servisimize başvuran 73 yaşındaki kadın hastaya 4 ay önce tekrarlayan pulmoner tromboemboli tanısı ile rivaroksaban (15 mg /gün oral) başlandığı ve vena cava inferior filtresi takıldığı öğrenildi. Hipertansiyon ve diyabet dışında herhangi bir ek hastalık saptanmayan hastamızda PTE için etyolojik faktör saptanamadı. Hastanın hipotansif (sistolik/diyastolik 80/60 mmHg) ve taşikardik (110/dk) olması ve oksijen saturasyonundaki düşüklük (%80) nedeni ile yoğun bakımımıza alındı. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografide sağ ana pulmoner arter posterior duvarına yapışık olarak izlenen ve lobar arterlere uzanan akut tromboemboli, sağ alt lobar arterde komplet, sağ üst ve orta lobar arterde parsiyel oklüzyon saptandı. Ekokardiyografide pulmoner arter basıncı ölçülemedi sağlar hafif genişti. Düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH, enoksaparin sodyum, 100 IU/kg günde iki kez, subkütan) başlanan hastanın serum platelet düzeyi tedavinin 5.gününde giderek düştü [$<20 \times 103/L$ (normal değer:150-450 $103/L$)]. Orta olasılıkta heparin ile ilişkili trombositopeni (HIT) kabul edilen hastanın Serum trombosit düzeylerinin ($>50 \times 103/L$) yükselmesi ile fondaparinux (7.5 mg/gün, oral) tedaviye eklendi. Ancak genel durumundaki bozukluk, hemoptizisi devam eden ve serum trombosit değerleri tekrar düşen hastamız tekrarlayan tromboz ve pulmoner emboli atakları sonucu kaybedildi.

Bilgisayarlı tomografi



Enoksaparin altındaki hastada tekrarlayan pulmoner embolizm

Tartışma-Sonuç: Heparine bağlı trombositopeni nadir gelişen bir durumdur ve tedavisinde zorluklar yaşanabilir. DMAH tedavisinde %1 den daha az ihtimalle gelişmekte ve serum trombosit düzeyleri birkaç gün içinde yükselmektedir. Ancak serum trombosit düzeylerinin artmaması ve kliniğin düzelmemesi durumunda mortalite oranının da yükseleceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Tromboembolizm, Heparin ilişkili Trombositopeni, Fondaparinux

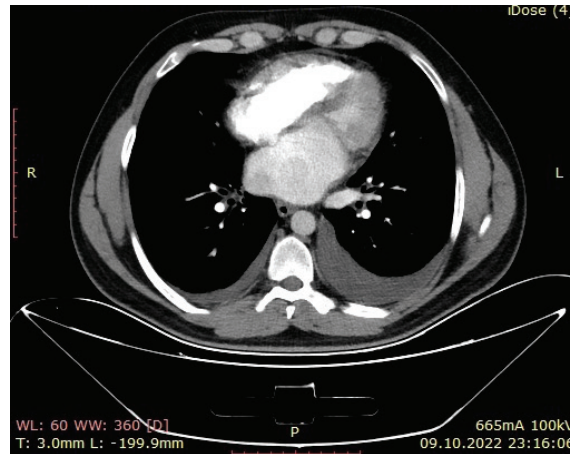
PS-111 Masif Hemoptizinin Nadir Bir Sebebi Mitral Darlık

Hikmet Merve Reyhan¹, Elif Tanrıverdi¹, Binnaz Zeynep Yıldırım¹, Şeyma Aydın¹, Halit Çınarka¹, Erdoğan Çetinkaya¹

¹SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Önceki çalışmalarda mitral stenozlu hastalarda hemoptizi oranları %9,5-42,5 gibi yüksek oranlarda bildirilirken, günümüz pratiğinde erken tanı ve tedavi yaklaşımları ile oldukça nadirdir. Kliniğimize masif hemoptizi ile başvuran ve mitral darlığı ile birlikte pulmoner hipertansiyon tanısı konulan genç hasta sunulmuştur.

Olgu: Otuz altı yaşında erkek hasta 2 aydır olan ve 3-4 gündür ağızdan günde 4-5 kez 1 çorba kaşığı kadar devam eden balgamla kan gelmesi şikayetiyle acil servisimize başvurdu. 20 paket-yıl sigara öyküsü olan aktif smoker hasta acilde tetkik edilirken yaklaşık 250 ml kadara aktif kanaması olması sebebiyle cerrahi yoğun bakım ünitesine interne edildi. Toraks BT'de bilateral solda 3 cm kalınlığında plevral effüzyon saptandı. Her iki akciğerde yer yer interlobüler septal kalınlaşmalar ve buzlu cam alanları izlendi. Sol atriyum oldukça geniş görülmekteydi. Diüretik tedavi sonrası infiltrasyon alanları gerileyen ve genel durumu stabilleşen kanaması olmayan hasta kardiyoloji kliniğine konsulte edildi. . EKO'da EF%65, İleri derecede mitral kapak darlığı Gr.46/30 mmHg, orta TY, sPAB:120 mmHg olarak raporlandı. Taburculukta Beloc 50 mg 1x1 ve Lasix 40 mg 1x1 tb önerildi. Hastaya mitral kapak replasmanı uygulandı. Takibi kardiyoloji kliniğinde devam etmektedir.



Resim 1 Toraks BT mediasten kesitinde bilateral plevral efüzyon ve sol atriyum geniş izlenmektedir

Tartışma-Sonuç: Her ne kadar günümüzde erken tanı ve tedavisi nedeniyle mitral darlık olan hastalarda hemoptizi çok sık görülmesine de ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemoptizi, Alveolar Hemoraji, Mitral Stenozu



PS-112 Bir Pulmoner Arteriovenöz Malformasyon Olgusu: Herediter Hemorajik Telenjiyektazi

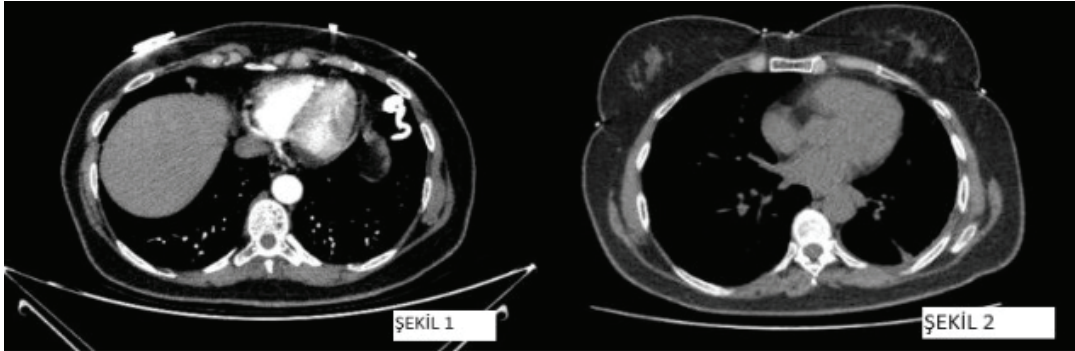
Deniz Akyol Yaşar¹, Ayşe Bahadır¹, Sibel Yurt¹, Mehmet Akif Özgül¹, Aygül Güzel¹, Barış Demirkol¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner arteriovenöz malformasyon (PAVM) pulmoner arteriyel ve venöz sistem arasındaki anormal bağlantılarla karakterize bir hastalık olup pulmoner sağ-sol şanta sebep olmaktadır. Hastalar sıklıkla asemptomatik olup semptomatik olgular çoğunlukla epistaksis, hemoptizi, efor dispnesi ile hastaneye başvururlar. PAVM tek veya multipl olabilir. Tek olduğunda yerleşim yeri; en sık sol alt lob, sonra sağ alt lob, en az olarak ise sağ üst lobda görülmektedir. Bu olguda sol üst lob yerleşimli bir PAVM olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 58 yaş kadın hasta yaklaşık üç aydır, her gün tekrarlayan epistaksis, efor dispnesi, az miktarda hemoptizi şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Bilinen astım ve epilepsi tanıları olan hastanın muayene bulguları doğaldı. Hastanın efor dispnesi ile yakın zamanda acil servis başvurusu olmuş, bu başvuruda çekilen pulmoner BT anjiyografisinde emboli görülmemekle birlikte sol akciğer üst lob lingulada en geniş yerinde 11 mm genişliğe ulaşan variköz, tortüöz vasküler oluşum izlenmekte olup sol akciğer üst lob lingula inferiora giden pulmoner arter dalı ve sol inferior pulmoner ven arasında oluşmuş bir PAVM ile uyumluydu. (Şekil 1) Epistaksis nedeniyle KBB hekimlerince de değerlendirilen hastanın muayenesi doğaldı, kanama odağı görülmedi. Hemoptizisi de olan hasta hastanemiz göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi hekimlerince düzenlenen konseyde tartışılarak cerrahi kararı verildi. Hastanın sol akciğer üst lob wedge rezeksiyon materyali patoloji hekimlerince de PAVM ile uyumlu görüldü. Hastanın operasyon sonrası Toraks BT görüntüleri Şekil 2'de görülmektedir. Hasta tekrarlayan epistaksis ve PAVM tanısı olması ancak aile öyküsü ve mukokutanöz telenjiyektazileri olmaması sebebiyle Curaçao kriterlerine göre "olası" Herediter Hemorajik Telenjiyektazi olarak takibe alındı.

şekil 1-2



Tartışma-Sonuç: PAVM olguları sıklıkla asemptomatik olsa da paradoksal emboliye bağlı iskemik serebrovasküler olay, myokardial iske mi, serebral apse, masif hemoptizi ve hemotoraks gibi ölümcül komplikasyonlara sebep olabilmektedir. Erkeklerle oranla kadınlarda daha sık görülür. Sıklıkla konjenitaldir ve konjenital formları otozomal dominant geçişli bir hastalık olan Herediter Hemorajik Telenjiyektazi (HHT) ile ilişkilendirilmiştir. Tanıda altın standart pulmoner BT anjiyografi olmakla birlikte güncel literatüre göre 3 mm ve üzeri çaptaki PAVM'lerin tedavi edilmesi önerilmektedir. Cerrahi tedavinin yanı sıra transkateter coil embolizasyonu gibi tedavi yöntemleri de mevcuttur. Sonuç olarak hemoptizi, efor dispnesi gibi şikayetlerle gelen olgularda özellikle de epistaksis eşlik ediyorsa nadir bir hastalık olsa da PAVM ve Herediter Hemorajik Telenjiyektazi mutlaka aklımıza gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Arteriovenöz Malformasyon, Herediter Hemorajik Telenjiyektazi, Astım, Efor Dispnesi, Epistaksis

PS-113 Bir Pulmoner Emboli Hastasında Tedavi Altında Gelişen Plevral Efüzyon ve Sağ Pulmoner Arterin Konjenital Defekti Olgusu

Gizem Alter¹, Melih Büyüksirin¹, Gülistan Karadeniz¹

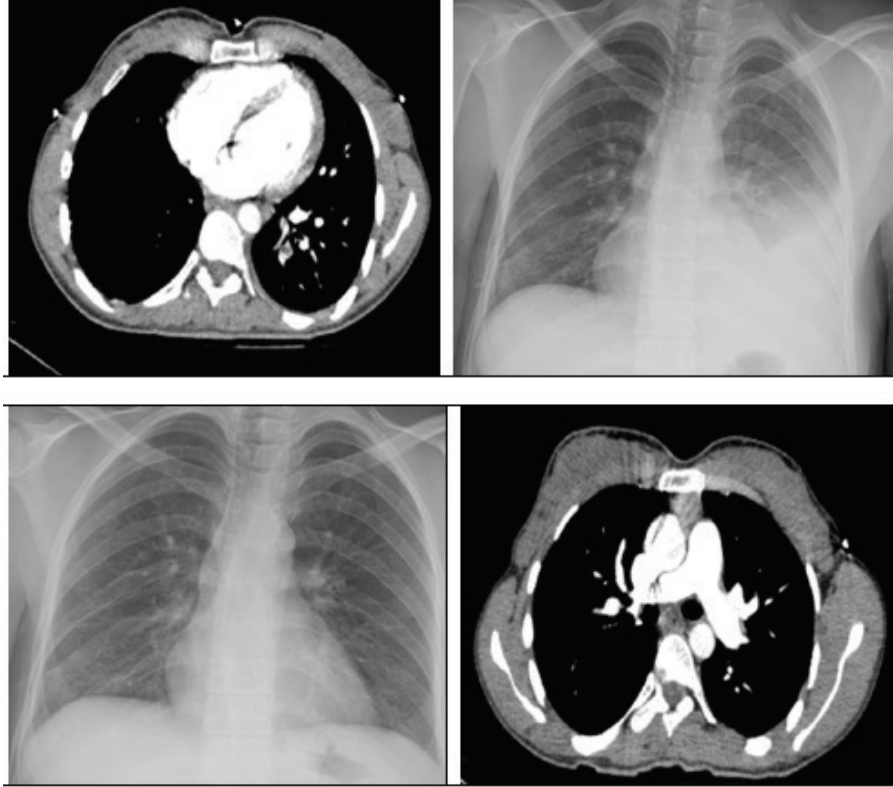
¹Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner embolizm artan insidans ve azalan mortalite oranı ile birlikte günümüzde kardiyovasküler mortalitenin sık görülen nedenlerinden biridir. Genellikle derin ven trombozunun (DVT) bir komplikasyonu olarak meydana gelir. Pulmoner embolizmde tanıya giden yol öncelikle hastalığın akla getirilmesi ve klinik kuşku ile başlar. Başlangıçtaki semptom ve bulguların yanında risk faktörlerinin varlığı da dikkate alınmalıdır. Biz bu olgumuzda anatomik malformasyonu olan ve tedavi altında iken plevral efüzyonunda artış gözlenen bir pulmoner emboli olgusu sunduk.

Olgu: 27 yaşında kadın hasta, 3 gündür devam eden balgamla karışık kan gelmesi ve sırtta batıcı vasıflı göğüs ağrısı şikayeti ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Endometriyum kisti dışında bilinen ek hastalık öyküsü olmayan, nonsmoker hastanın düzenli olarak oral kontraseptif kullandığı öğrenildi. Laboratuvar tetkikinde Trop:3,25 pg/mL, ProBNP:51,85 pg/mL, Lökosit:10,7 x10.3/uL Hb:12 gr/dL Plt:429.000 D-dimer:1095 ng/mL INR:1,02 Kreatinin: 0,61 mg/dL olarak görüldü. Çekilen Toraks Anjiyo BT'de sol alt lob pulmoner arter dallarında pulmoner emboli ile uyumlu dolum defekti ile emboliye sekonder konsolidasyon alanları raporlandı. Alt ekstremité venöz doppler USG'de DVT saptanmadı. Kardiyak bakışında EKG normal sinüs ritmi, LVEF: %60 RVEF:%60, sağ yüklenme izlenmedi. Hastaya servis takibinde coumadin başlandı. İstenen INR aralığına gelindikten sonra coumadin ile taburcu edildi. OKS kullanımı pulmoner emboli risk faktörü olarak değerlendirildi. Hasta 1 hafta sonra nefes darlığında artış ve sırt ağrısı ile tekrar polikliniğe başvurdu. Çekilen güncel Toraks Anjiyo BT'de sol akciğerde plevral efüzyon saptandı. Pulmoner embolide enfarkta bağlı sıvı beklenmekle birlikte beklenenden fazla sıvı olması ve hemoraji riski nedeni ile tetkik amaçlı tekrar yatış verildi. Coumadin kesilip tedavi dozunda DMAH başlandı. Torasentez yapıldı. Plevral sıvıda ADA:7,2 LDH:364 Glikoz:91 Amilaz:22 Albümin:3,12 Protein:5,09 olarak ölçüldü, eksuda olarak değerlendirildi. Plevra kültüründe üreme olmadı, bakteri ve lökosit görülmedi. Plevral sıvıda ARB ve TBC PCR negatif geldi. ANA, P-ANCA, C-ANCA, ANTi-CCP ve RF negatif görüldü. Plevral sıvı patolojisinde fibrinöz zeminde lenfositten zengin hücre görüldü, benign olarak raporlandı. Toraks Anjiyo BT'de raporlanmayan ancak dikkatimizi çeken sağ pulmoner arter devamlılığının gözlenmemesi üzerine tetkik amaçlı Ventilasyon\Perfüzyon sintigrafisi istendi. Sağ ve sol akciğerin alt loplarnın tamamında belirgin düzeyde düşük perfüzyon izlendi. Bulgular pulmoner emboli yönünden destekleyici olarak yorumlandı. Radyoloji görüşü alındı. Sağ alt lob pulmoner arterde kesilme konjenital bir defekt olarak yorumlandı. Hematoloji ve romatoloji görüşleri alınarak antifosfolipit antikor, AFA IGG ve trombofili yönünden protein c/s, faktör 5 leiden, antitrombin 3 ve protrombin g genetik bakışı için ileri merkeze yönlendirildi. Hastanın servis takibine tedavi dozunda DMAH ile devam edildi. Tedavi altında plevral efüzyonu geriledi. Genel durumu iyi, oksijen ihtiyacı olmayan hasta rivaroksaban ile taburcu edildi. Taburculuk sonrası 1. ay kontrolünde plevral sıvıda tam regresyon görüldü. Hematoloji ve romatoloji önerileri ile istenen tetkik sonuçları ile poliklinik kontrolü önerildi.



Görüntülemeler



Şekil 1: Toraks anjiyo B.T.de sol pulmoner arter alt lobunda pulmoner emboli ile uyumlu dolum defekti

Şekil 2: Yeni gelişen sol taraflı plörezi

Şekil 3: Taburculuk sonrası 1. ay kontrolünde çekilen göğüs filmi

Şekil 4: Sağ alt lob pulmoner arterin devamlılığının gösterilemediği toraks Anjiyo BT görüntüsü

Sol alt lob pulmoner arterde emboli ile uyumlu dolum defekti, solda yeni gelişen plörezi, taburculuk sonrası 1. ay kontrolünde plöreziye gerileme ve sağ alt lob pulmoner arterdeki kesilme gösterilmiştir.

Tartışma-Sonuç: Pulmoner emboli karşımıza sıklıkla hemoptizi, batıcı vasıflı ağrı, plörezi ile gelebilmektedir. Bu olguda kısa sürede beklenenden fazla sıvı artışı olması nedeni ile plörezi tetkik edilmiş; TBC veya başka bir patojen ayırt edilememiştir ve patoloji sonucu benign gelmiştir. Yakın zamanda geçirilmiş pulmoner emboli öyküsü de olan hastanın plörezi etiyolojisi pulmoner emboli olarak değerlendirilmiştir. Tedavi altında plöreziye artış olması dikkat çekicidir. Olgumuz, pulmoner embolide plöreziyi göstermek ve ayırıcı tanıda pulmoner embolinin akılda tutulması amacı hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Embolizm, Derin Ven Trombozu, Plörezi, Plevral Efüzyon, Pulmoner Arter

PS-114 Hormon Replasman Tedavi Seyrinde Pulmoner Emboli

Emine Tosun¹, Rahime Coşar¹, Hamdiye Turan¹

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

Giriş-Amaç: Ovaryan hiperstimülasyon sendromunun (OHSS) sıklığı farklı ovulasyon stimülasyon şemaları ile % 0,5 ila % 14 arasında değişir ve azalma eğilimi göstermez. Hastalık değişen derecelerde şiddet ile ilerler ve tromboembolik komplikasyonlar veya ARDS ile ilişkili olarak ölümlerle sonuçlanabilir

Olgu: 21 (yirmibir) yaşında kadın hasta OHSS nedeniyle Kadın Doğum Servisinde takip edilirken gelişen atipik göğüs ağrısı, dispne ve saturasyon düşüklüğü nedeniyle çekilen Toraks Tomografisinde sağda 5cm ulaşan effüzyon mevcuttu. Effüzyon komşuluğunda pasif atelektazi mevcuttu. Sağ pulmoner arter bazallerinde, son pulmoner arter alt lob superior segmentinde pulmoner emboli ile uyumlu dolum defekti mevcuttu. Hasta kadın doğum servisinden devir alındı. Düşük molekül ağırlıklı heparin başlandı. Günlük kadın doğum görüşü alınıyor. Karın ve göğüs kafesi çapı bakılıyor. β HCG takipleri yapılıyor. Yapılan D-ECHO da EF %55 pulmoner arter end sistolik basıncı 30-35 mm Hg idi. Bakılan Doppler Venöz USG de sol popliteal vende trombüsle uyumlu dolum defekti saptandı.

BT



Tartışma-Sonuç: Ovaryan hiperstimülasyon sendromunun seyri sırasında gelişen trombotik komplikasyonların morbidite ve mortalitesi yüksek bir komplikasyondur. Bunun önlenmesinin için hemokonsantrasyonun ortadan kaldırılması gereklidir. Bu amaçla düşük molekül ağırlıklı heparin profilaksisi verilerek tromboz önlenir.

Anahtar Kelimeler: Over Stimülasyonu, Pulmoner Emboli, Dispne



PS-115 β -Hemoglobinopati Sekonder Pulmoner Emboli ve Alveolar Hemoraji Birlikteliği: Olgu Sunumu

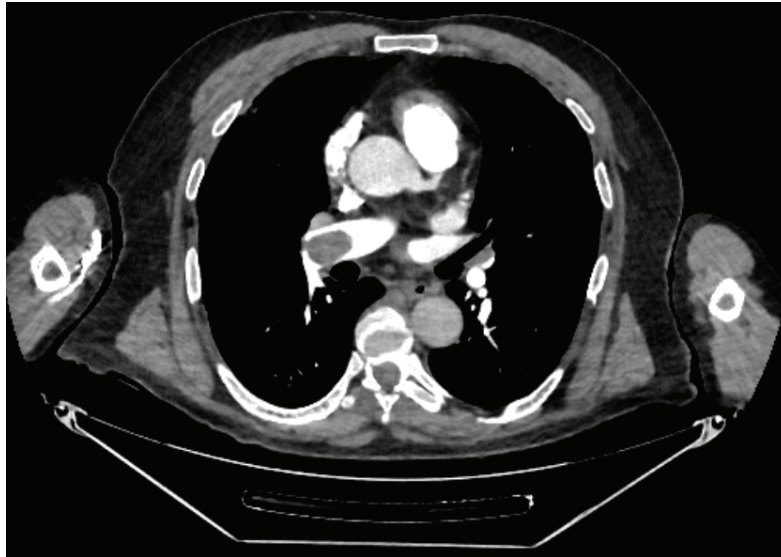
Hazal Kırca¹, Serap Akçalı Duru¹, Halil Dorukan Keriç¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner tromboembolizm (PTE) genellikle derin ven trombozunun bir komplikasyonu olarak meydana gelen kardiyovasküler mortalitenin önemli nedenlerinden biridir. Alfa veya β - globin zincir sentezinin parsiyel ya da komplet eksikliğine bağlı olarak gelişen konjenital hemolitik bir bozukluk olan Talasemili hastalarda; pulmoner embolizm, derin ven trombozu gibi venöz tromboembolik olaylar gelişebilir. Hastalarda tedavi altında veya tedavi tamamlandıktan sonra görülen PTE nöksleri mortalite oranlarını arttırmaktadır. Bu yazıda talasemi taşıyıcısı, oral antikoagülan tedavisi altında nöks görülen ve alveolar hemorajinin eşlik ettiği bir PTE hastasını sunmayı amaçladık.

Olgu: Beş ay önce nefrolitiazis nedeniyle opere edilen, talasemi taşıyıcısı 58 yaş erkek hastanın PTE tanısı ile dış merkezde oral antikoagülan (warfmadin, günlük 5 mg) başlandığı öğrenildi. Hasta antikoagülan kullanımının 3. ayında acil servisimize nefes darlığı, göğüs ağrısı, hemoptizi (son 3 gündür gelişen, toplamda 500 cc kadar), bacaklarda ekimotik lezyonlar ile başvurdu. Vital bulguları TA:130/80, NB:107, saturasyonu 4 L/dk nazal oksijen ile 95 olarak saptandı. Yapılan tetkiklerde Ddimer:10,6 mcg/ml (Referans aralık <0,5 mcg/ml) inr: 6,83 (Referans aralık:0,9-1,27) ve WBC: 3.10^3 μ L (Referans Aralık: 4.5×10^3 - 10×10^3 μ L) PLT: 19.10^3 μ L (Referans Aralık: 150 - 450×10^3 μ L) NEU: 0.73×10^3 μ L (Referans Aralık: 1.8×10^3 - 4.5×10^3 μ L) periferik yaymasında anizopoikolozitoz izlenen ve trombositopeni ile uyumlu, RET#: 0.04×10^9 /L saptanan hastaya çekilen bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografide (BTPA) sağ ana pulmoner arter ve dallarında, solda lingular arter ve dallarında akut tromboemboli, akciğer parankiminde alveolar hemoraji ile uyumlu görünüm izlendi. Ekokardiyografide sağ kalp boşlukları normal, Spab:35 olarak değerlendirildi. Kanama riski nedeniyle perkütan kateter embelektomi ve vena cava inferior filtresi açısından uygun görülmedi. Tedaviye TDP(taze donmuş plazma) replasmanı sonrası trombosit seviyelerinin yükselmesi ve INR'nin normal aralığa getirilmesi sonrası subkutan düşük molekül ağırlıklı heparin ile devam edildi. Takiplerinde hipoksemisi derinleşen ve vital bulguları kötüleşen hasta yoğun bakım ünitemizde exitus oldu.

Akut Masif Pulmoner Emboli Görüntüsü



Akut Masif Pulmoner Emboli Görüntüsü

Tartışma-Sonuç: β -Hemoglobinopatilerde, tromboembolizm olayları daha yüksek mortalite oranlarına sahiptir, Tanı ve tedavide klinisyenlerin dikkatli olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Tromboemboli, Alveolar Hemoraji, β -Hemoglobinopati

PS-116 Nadir Görülen Bronş Arter Embolizasyonu Komplikasyonu: Serebral Enfarkt

Deniz Bilici¹, Coşkun Doğan¹, Hatice İrem Uzun¹, Ali Fırat², Burcu Arpınar Yiğitbaş¹, Esra Ertan Yazar¹

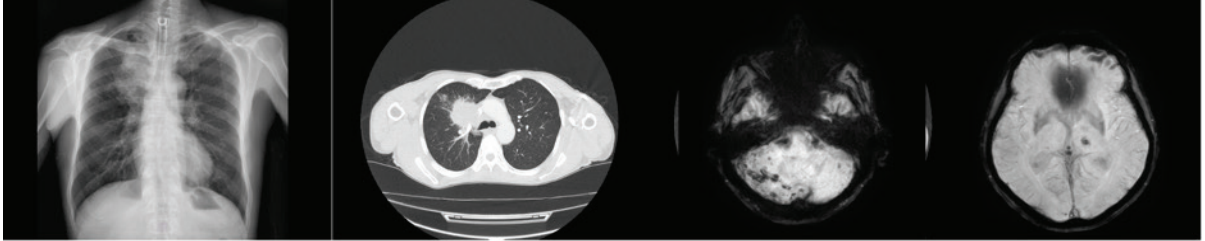
¹Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Masif veya tekrarlayan hemoptizinin tedavi seçeneklerinden biri de bronş arter embolizasyonudur (BAE). BAE işleminin en sık görülen komplikasyonları; geçici göğüs, sırt ağrısı ve disfajidir. Bu olgu BAE'nin nadir gelişen ve ciddi bir komplikasyonu olan serebral enfarkt sebebi ile paylaşıldı.

Olgu: Altmış bir yaşında erkek olgu trakeostomisinden hemoptizisi olması nedeni ile göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Hipertansiyon tanısı ve beş sene önce nazofarenks karsinomu sebebi ile suprakrikoid larenjektomi, trakeostomi öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede solunum sesleri kaba idi, sağ üst ve orta alanda ral işitildi. Çekilen postero-anterior (PA) akciğer grafisinde sağ akciğer üst zonda paratrakeal bölgede opasite izlendi (Resim 1A,1B) Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ akciğer apexte santral yerleşimli plevra tabanlı 60x58 mm boyutlu etrafı düzensiz, pulmoner arter dallarını ve vena cava'yı saran kitle lezyonu izlendi. Tam kan sayımı, biyokimya ve koagulometrisi normal sınırlarda idi. Takiplerinde aktif hemoptizi devam etmesi ve 24 saat içinde yaklaşık 600 cc hemoptizi olması üzerine girişimsel radyoloji konsülte edilen hastaya bronş arter embolizasyonu (BAE) uygulandı. Sağ bronşial arter içerisine 100 micron ve 100-300 micron boyutlarında partiküller ile embolizasyon yapıldı ayrıca sağ bronşial arter içerisine 2 adet coil yerleştirildi. BAE sonrası hemoptizi kesildi ancak uykuya eğilim, iletişim kurmada güçlük, dizarti gelişti. Çekilen beyin manyetik rezonans (MR) da her iki talamus, oksipital, serebellar bölgede ve beyin sapında yaygın punktal hemorajik deformasyon gösteren difüzyon kısıtlılığı saptandı (Resim 1C). Olgu BAE'ye bağlı gelişen serebral enfarkt tanısı ile nöroloji servisine devir edildi.

RESİM 1 A, B, C



RESİM1A:PA Akciğer Grafisi, 1B:Toraks BT, 1C:Beyin MR

Tartışma-Sonuç: Hemoptizinin tedavisinde BAE bugün için en başarılı yöntemlerden biridir. Başarılı embolizasyon sonrası kanamanın kontrol altına alınma oranı literatürde %51-85 olarak saptanmıştır. BAE sonrası serebral enfarktın sebebinin; bronşial-pulmoner arter şanti, embolik ajanın retrograd akışı sonucu meydana geldiği düşünülmektedir. Embolik ajan, anormal şant yoluyla bronşial arterden pulmoner dolaşıma girer ve daha sonra sistemik dolaşıma girer. BAE öncesi ayrıntılı bronşial arter anjiyografi görüntülerinin değerlendirilmesi, embolik ajanın tam floroskopi altında enjeksiyonu, embolik ajan çapının 300 µm'den büyük olmasının komplikasyon oranını azaltacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bronş Arter Embolizasyonu, Masif Hemoptizi, Komplikasyon



PS-117 Tanısal Gecikme Yaşanan Masif Pulmoner Emboli Olgusu

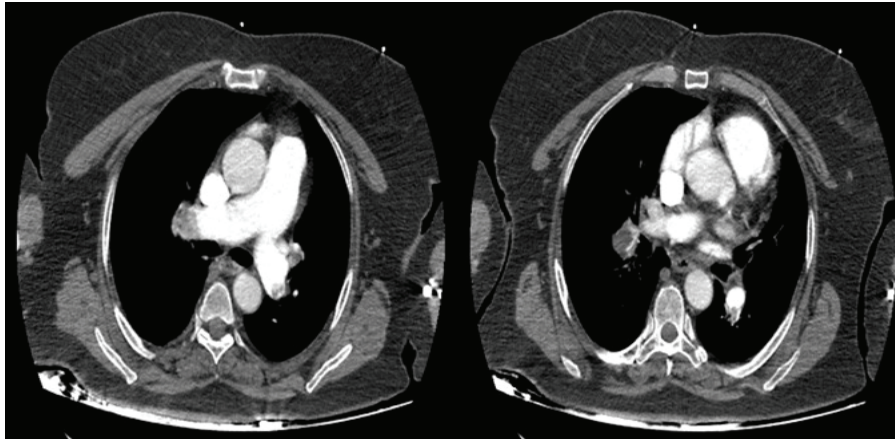
Mesut Akyüz¹, Tanay Özkan¹, Umut Topal¹, Yılmaz Bülbül¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Pulmoner tromboemboli, önemli oranda mortalitesi olan ve bu nedenle ivedilikle tedavi başlanması gereken acil bir durum olmakla birlikte, bu olgularda zaman zaman tanısal gecikmelerle de karşılaşılabilir. Çalışmamızda, acil başvurusu üzerinden iki gün sonra tanı alan masif pulmoner tromboemboli olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 65 yaşında kadın hasta ani başlayan nefes darlığı, göğüste sıkışma ve bayıla yazma şikâyeti ile acil servise başvurdu. Hipertansiyon dışında bilinen ek hastalığı olmayan olgunun iki gün önce yine aynı şikâyetlerle başka bir sağlık kurumuna başvurduğu ve Non ST-MI tanısı ile bir gün yatırılarak tetkik (koroner anjiyoda LAD'de D1 öncesi %40-50 darlık ve plaklar saptanmış; ekokardiyografide sol ventrikül fonksiyonları normal, hafif MY-TY ve EF= %60 olarak değerlendirilmiş) ve tedavi edildiği, ertesi gün taburcu edildiği öğrenildi. Hastanın şimdiki başvurusunda genel durum orta, bilinç açık, solunum sesleri kaba ve bazalarda ralleri mevcuttu. Ateşi 36.3C, nabız 130/dk, SaO2= %80 (oda havası) ve TA= 93/64mmHg (inotrop desteği altında) ölçüldü. Elektrokardiyografide sinüs ritmi 75/dk ve V4-5-6'da ST depresyonu saptandı. Ekokardiyografide sol ventrikül fonksiyonları normal, sağ boşluklar dilate, d-septum izlendi ve sağ atrium içinde sağ ventriküle protrüze olan trombüs izlendi. EF=%55, sistolik pulmoner arter basıncı ise 55 mmHg ölçüldü. CT -Anjio'da sağ ana pulmoner arterden itibaren distal dallara kadar uzanan, solda da subsegmenter dallarda PTE ile uyumlu dolum defektleri izlendi. Troponin 460 ng/ml olarak saptanan olgu masif pulmoner tromboemboli olarak değerlendirildi ve acil trombolitik uygulandı, takiben heparin infüzyonu ile devam edildi ve yoğun bakım ünitesine devredildi. Hastanın yoğun bakımdaki takibi sırasında nabız 83/dk, solunum sayısı 18/dk, SaO2=%94 ve TA:90/56mmHg düzeyinde seyretti ancak ilk gün GİS kanaması gelişmesi üzerine heparin infüzyonu kesildi ve proton pompa inhibitörü başlandı, gerekli eritrosit süspansiyonu replasmanı yapıldı. Stabil dönmede vena kava inferiore filtre takılarak hasta servise alındı.

Pulmoner Tromboemboli BT Görüntüsü



Sağ ana pulmoner arter ve sol pulmoner arter lobar dallarında tromboemboli ile uyumlu görünüm

Tartışma-Sonuç: Hastanın ilk başvurusunda senkop nedeni olarak Non ST-MI düşünülmüş olmakla birlikte, koroner anjiyo bulgularında senkop nedenini ortaya koyacak bir bulgu olmaması nedeniyle, olgunun ilk başvurusunun da pulmoner emboli ilişkili (non-masif, submasif?) olduğu değerlendirilmiştir. Nitekim hasta iki gün sonra daha yoğun bir trombüs mobilizasyonu sonucu masif pulmoner tromboemboli ile yeniden başvurmak durumunda kalmıştır. Sonuç olarak senkop ile başvuran hastalarda elde edilen bulgular (kardiyak veya nörolojik) hastada senkop nedenini açıklayacak düzeyde değilse, mutlaka CT-anjiyo ile değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Tromboemboli, Senkop, Trombolitik, Miyokard İnfarktüs

PS-118 Efor Dispnesi Olan Olguda Tanıda Sekiz Yıl Gecikme; Eyvah Yine PAH Unutuldu

Furkan Yapan¹, Kübra Işık¹, Hatice Kılıç¹, Ayşegül Karalezli¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner Hipertansiyon (PH) pulmoner arter basıncının artışı sağ kalp kateterizasyonu (SKK) ile istirahtta ölçülen ortalama pulmoner arter basıncının (oPAB) >20 mmHg olduğu ile karakterize, ortaya çıktığı olgularda sağlık ile ilişkili yaşam kalitesini bozan ve tedavi edilmediğinde erken mortalite ile sonuçlanan heterojen bir hastalık grubudur. PH olguları; klinik özellikleri, patolojik bulguları, hemodinamik karakteristikleri ve tedavi stratejisi açısından benzer özelliklere sahip beş gruba ayrılmıştır. Güncel verilere göre gelişmiş ülkelerde PAH insidansı 6, prevalansı 48-55 olgu/ milyondur. Genç yaş ve kadın cinsiyet daha fazla etkilenmektedir. Efor dispnesi ile tetkik edilen bir olgu, ancak 8. yılın sonunda Grup 1 idiopatik pulmoner arteriyel hipertansiyon tanısı almış genç erkek bir hasta sunulmuştur.

Olgu: Göğüs hastalıkları polikliniğine nefes darlığı şikayetiyle başvuran hastanın 10 yıldan beri eforla artan nefes darlığı olduğu öğrenildi. Olgunun 15 yaşında başvurusunda patolojik bulgu saptanmamış. Poliklinikte ölçülen pulse oksimetri ile parmak ucu saturasyonu (spo2) %70 olması üzerine ileri tetkik ve tedavi için göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Hastanın Toraks bilgisayarlı tomografisinde ana pulmoner arter çapı genişti. Ekokardiyografi yapıldı. Ejeksiyon fraksiyonu: %58 sistolik Pulmoner Arter Basıncı (PAB): 80 mmHg ölçüldü. Sağ kalp kateterizasyonunda ortalama PAB:50 mmHg ölçüldü. Vazoreaktivite testi negatifti. Solunum fonksiyon testi normal izlendi. Altı dakika yürüme testinde 580 metre yürüdü. Grup 2, 3, 4 ve 5 PHT yapan nedenler ekarte edildi.Hasta göğüs hastalıkları ve kardiyoloji ile konseyde değerlendirildi. İdiopatik Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon olarak değerlendirilen hastaya masitentan 10 mg 1*1 tadalafil 20 mg 1*1 başlanmasına karar verildi.

BT Anjio Pulmoner Arter Fazında Görüntülemeye Pulmoner Arter Çapı



Hastanın bt anjio pulmoner arter fazında görüntülemeye pulmoner arter çapı 42 mm olarak ölçüldü

Tartışma-Sonuç: Efor dispnesi ile başvuran genç olgularda mutlaka ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene yapılması, ondan sonra multisistemik olarak akciğer ve kalp açısından değerlendirilme gereklidir. Olgumuzda 15 yaşındayken göğüs hastalıkları değerlendirmesinin yanında kardiyak muayene, EKG ve ekokardiyografi yapılsaydı belki ileri PAH gelişmeden tanı koyulması mümkün olabilirdi. Dünya genelinde PAH tanısında 1,6 ay gecikme olsa da olgumuzdaki 8 yıllık tanı gecikmesi nedeni ile efor dispnesi olan genç olgularda PAH tanısının ayırıcı tanıda dikkate alma gerekliliğini vurgulamak amacıyla olgumuzu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Vasküler Hastalık, Grup 1 İdiopatik Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon

**PS-119 Hipertrofik Obstrüktif KMP'nin Nadir Bir Komplikasyonu: Hemoptizi**

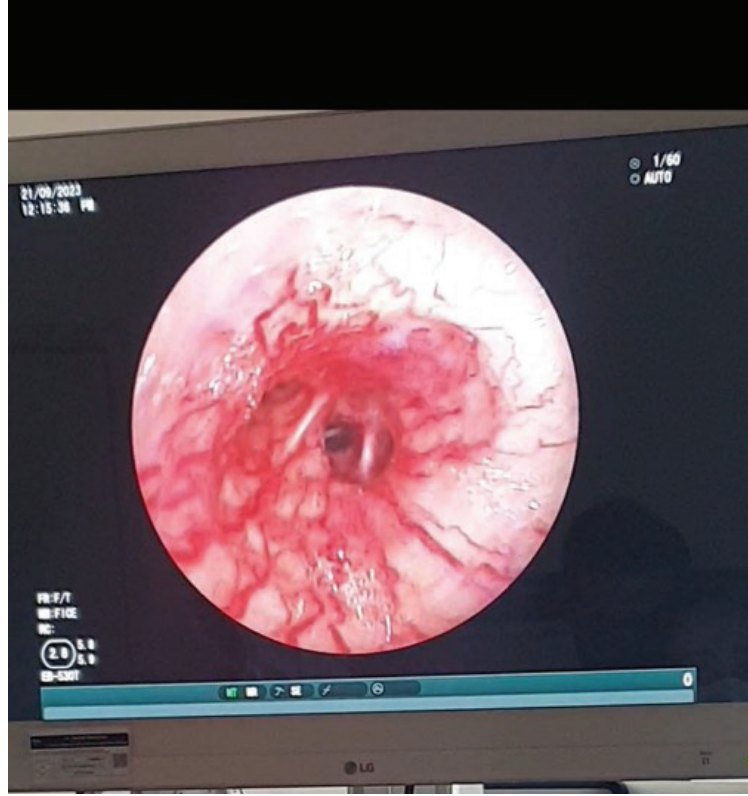
Helin Beyazgül¹, Mutlu Onur Güçsav¹

¹Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Hemoptizi, en sık görülen göğüs hastalıkları acillerinden biridir. Altta yatan neden sıklıkla akciğer kaynaklı patolojileridir. Ancak nadir de olsa kardiyak kökenli hastalıkların bir bulgusu olarak karşımıza çıkabilir. En sık izlenen kardiyak neden mitral darlığıdır. Mitral darlık dışında diğer yapısal kalp hastalıkları da hemoptizi ile prezente olabilir. Makalemizde nadir bir vaka olan hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopati nedenli hemoptizi olgusu sunulmaktadır.

Olgu: 44 yaşında erkek hasta acil servise 1 çay bardağı kadar öksürmekle gelen kırmızı parlak renkte kanama ile başvurdu. Aktif sigara içicisi olan, herhangi bir ek hastalığı olmayan hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenede solunum sesleri olağan, vitalleri stabildi. Laboratuvar değerleri olağandı. Hastanın göğüs radyogramında kardiyotorasik oranda artış dışında patolojik bulgu yoktu. Toraks anjio bilgisayarlı tomografide (BT) pulmoner emboli izlenmedi. Sol akciğer üst lob posterior ve alt lobda buzlu cam alanları, bilateral plevral efüzyon izlendi. Masif hemoptizisi olan hasta yoğun bakıma yatırıldı. İzleminde hemoptizisinin devam etmesi üzerine yatak başı fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı. Trakeadan itibaren kanama artıkları mevcuttu. Kanamanın sol bronş sisteminden geldiği görüldü. Distal segmentler aktif kanama nedeni ile görülemedi. Soğuk SF ve adrenalin ile yıkama yapıldı, sol ana bronş girişine balon uygulandı. Kanama kontrol altına alınınca işlem sonlandırıldı. Takiplerde kanama miktarı azalan hastaya kontrol FOB yapıldı. Tüm bronş sistemlerinde mukozal yüzeylerde dilate kapiller yapılar izlendi (Şekil-1). Mukoza dokunmakla frajildi. Endobronşiyal lezyon yoktu. Kültürlerde üreme yoktu. Patolojide diagnostik bulgu izlenmedi. Bronşiyal arter kalibrasyonları ince olması nedeniyle bronşiyal arter kaynaklı kanama düşünülmeyişi ve embolizasyon yapılmadı. Toraks BT'de kalp yapıları geniş izlenen ve bilateral plevral efüzyonu olan hastaya ekokardiyografi (EKO) yapıldı. EKO bulguları hipertrofik obstrüktif kardiyomiyopati (HOKMP) ile uyumlu olarak bulundu. Diltiazem 90 mg tablet tedavisi başlandı ve perkütan alkol septal ablasyonu planlandı. Ayırıcı tanı açısından istenen romatolojik markerler negatifti. Tüm bu bulgular ışığında hastaya HOKMP nedenli hemoptizi tanısı konuldu. Kanaması izlenmeyen ve kardiyak işlemi kabul etmeyen hasta tedavi red ile kardiyoloji ve göğüs hastalıkları başvurusu önerilerek taburcu edildi.

Şekil-1: FOB Görüntüsü



Bronşiyal mukozada dilate kapiller damarlar

Tartışma-Sonuç: HOKMP, en yaygın genetik geçişli kardiyomiyopati türüdür. Hastalarda dinamik sol ventrikül çıkış yolu darlığına (LVOT) neden olan mitral kapak sistolik anterior hareketi (SAM) önemli bir patofizyolojik özelliktir. Hastaların çoğu ergenlik dönemine kadar asemptomatiktir. Semptomlar LVOT'un kademeli olarak gelişmesiyle birlikte ortaya çıkar. Semptomatik hastalarda dispne en sık görülen semptomdur. Anjina tarzı göğüs ağrısı, yorgunluk, çarpıntı, senkop ve diğer konjestif kalp yetmezliği semptomları da görülebilir. Literatürde HOKMP'nin nadir olarak hemoptizi ile ortaya çıkabileceği bildirilmektedir. Bu durum LVOT'a bağlı olarak artan sol ventriküler basıncının pulmoner kapillere yansması sonucu oluşur. Artmış pulmoner kapiller basınç alveoler kanamalara neden olur. Tanı, diğer hemoptizi nedenlerinin dışlanması ve EKO bulgularının HOKMP'yi desteklemesi ile konur. Tedavi altta yatan nedenin düzeltilmesidir. Kanama bronşiyal arter kaynaklı olmadığından tedavide embolizasyonun herhangi bir faydası yoktur. Hemoptizi ile başvuran hastalarda nadir sebeplerinden biri olan HOKMP de ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Kardiyak semptomları olan hemoptizi hastaları bu açıdan ileri tetkik edilmeli ve bu hastalar multidisipliner olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemoptizi, LVOT, HOCM



PS-120 Pulmoner Tromboemboliyi Taklit Eden Swyer James Macleod Sendromlu İki Olgu

Bahar Aydoğar¹, Elif Tanrıverdi¹, Erdoğan Çetinkaya¹, Zeynep Güney¹, Burcu Babaoğlu¹, Mustafa Çörtük¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Swyer-James/Macleod Sendromu (SJMS), ana bronşiyal hava yolu tıkanması olmadan tek akciğerin bir veya birkaç lobunun ya da tamamının hiperlüksens görünümü, aynı tarafta hiler gölge azlığı, güçlükle görülebilen arter ağı (azalmış vaskularite) ile karakterize radyolojik bir antitedir. Genellikle tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları sonrasında çocukluk döneminde teşhis edilir, ancak çok az veya sekelsiz bronşektazik hastalar erişkin yaşta insidental olarak tanı alabilir. Tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlar, efor dispnesi, wheezing, öksürük, balgam çıkarma ve hemoptizi SJMS'in asıl semptomları olmakla birlikte bazı hastalar asemptomatik olabilir. Tanı invaziv olmayan Toraks BT Anjiyografi ile konulur. Pulmoner tromboemboli (PTE) tanısıyla hastanemize refere edilen SJMS tanısı konulan iki olgu sunulmuştur.

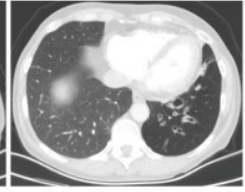
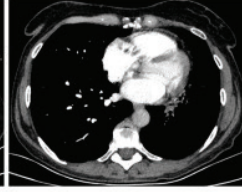
Olgu: OLGU 1: Altmış yedi yaşında kadın hasta 3 yıldır olan aralıklı öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Sigara öyküsü olmayan hasta astım tanısıyla düzensiz inhalasyon tedavisi kullanmaktaydı. Çocukluk çağından beri sık enfeksiyon geçirme, sık antibiyotik kullanma öyküsü vardı. Dış merkezde PTE tanısıyla antikoagülan tedavi başlanmıştı. Fizik muayenesinde oda havası SpO₂:%96, NDS:90/dk idi, sol hemitoraksta solunum sesleri azalmıştı. Hemogram ve biyokimya tetkikleri normaldi. Akciğer grafisinde, sol hemitoraksta hiperlüksens görünüm izlendi (Şekil 1). Toraks BT Anjiyografide solda pulmoner vaskülaritede azalma, linguler segment ve alt lobda tübüler-kistik bronşektazi, sol akciğerde hacim kaybı saptandı (Şekil 2). Pro-BNP, ekokardiyografi ve SFT-DLCO sonuçları normaldi. Mevcut bulgularla SJMS tanısı konulup antikoagülan tedavi kesildi. Konservatif tedavi ile takip kararı alındı.

OLGU 2: Otuzyediyedi yaşında kadın hasta nefes darlığı, öksürük ve 2 gündür balgamla karışık kan tükürme şikayeti ile acilimize başvurdu. 10 p/y sigara öyküsü olan hastanın çocukluk döneminde astım tanısı aldığı ancak takipsiz olduğu öğrenildi. Toraks BT Anjiyografisi ile PTE düşünülen hasta kliniğimize interne edilmişti. Fizik muayenesinde sol hemitoraksta solunum sesleri azalmıştı. Oda havası SpO₂:%97, NDS:85/dk idi. Hemogram ve biyokimya tetkikleri normaldi. Akciğer grafisinde sol hilus seçilemeyip, sol hemitoraksta hiperlüksensi izlendi (Şekil 3). Toraks BT Anjiyografisinde solda vaskülaritede belirgin azalma, fokal hava hapis alanları, alt lob posteriorda kistik bronşektazi saptandı (Şekil 4). Mevcut bulgularla hastamıza SJMS tanısı konulup konservatif tedavi ile takip edildi.

PAAG ve YRBT



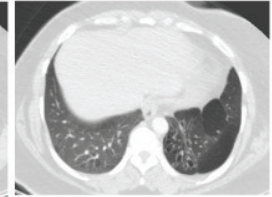
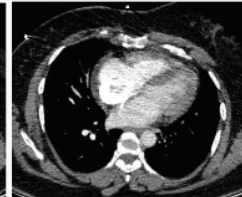
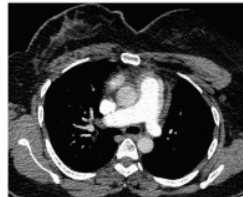
Şekil 1: PAAG



Şekil 2: Toraks BT Anjiyografi



Şekil 3: PAAG



Şekil 4: Toraks BT Anjiyografi

Olgu bölümünde metin içinde numaralandırılmış alanlarda açıklamalar bulunmaktadır.

Tartışma-Sonuç: SJMS'nin etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte postinfeksiyöz bronşiolitis obliterans ile ilişkili olduğu düşünülmekte ve sendromun patogenezi çocuklukta maruz kalınan çeşitli etkenlere bağlanmaktadır. Geçirilen muhtemel viral enfeksiyonlara bağlı akut bronşiolitis sonucunda terminal ve respiratuar bronşiolerde hasar oluşur ve alveoller normal gelişimini tamamlayamaz. Etkilenen akciğerin gelişimi geri kalır, buna bağlı pulmoner dolaşım da bozulur. İleri yaşta da olsa kronik pulmoner semptomları olan, tekrarlayan akciğer enfeksiyonu olan hastalarda SJMS ayırıcı tanıda göz önünde tutulmalıdır. Tutulan segmentteki hava hapsi ve hipoperfüzyon radyografik hiperlüksens görünümü oluşturmaktadır. Bu radyolojik görünümün ayırıcı tanısında lokalize amfizem, konjenital hipoplastik pulmoner arter, pulmoner emboli, radyoterapi sekeli, endobronşial lezyonlar, yabancı cisim aspirasyonu düşünülmelidir. Literatürde, bu hastalarda muhtemelen kronik hava hapsi ortamındaki akışla ilişkili artefaktların PTE'yi taklit edebileceği belirtilmektedir. Tek hemitoraksta volüm kaybı, bronşektazi ve bronş duvarındaki kalınlaşmalar Swyer- James- McLeod sendromu lehine destekleyici bulgulardır.

Anahtar Kelimeler: Bronşektazi, Konjenital Hipoplastik Pulmoner Arter, Macleod Sendromu, Pulmoner Tromboemboli, Swyer James Sendromu



PS-121 Pulmoner Nodül ile Başvuran Hastada Herediter Hemorajik Telanjiyektazi: Olgu Sunumu

Kübra Nur Özdemir¹, Yılmaz Bülbül¹, Arif Talha Özdemir², Tefik Özlü¹

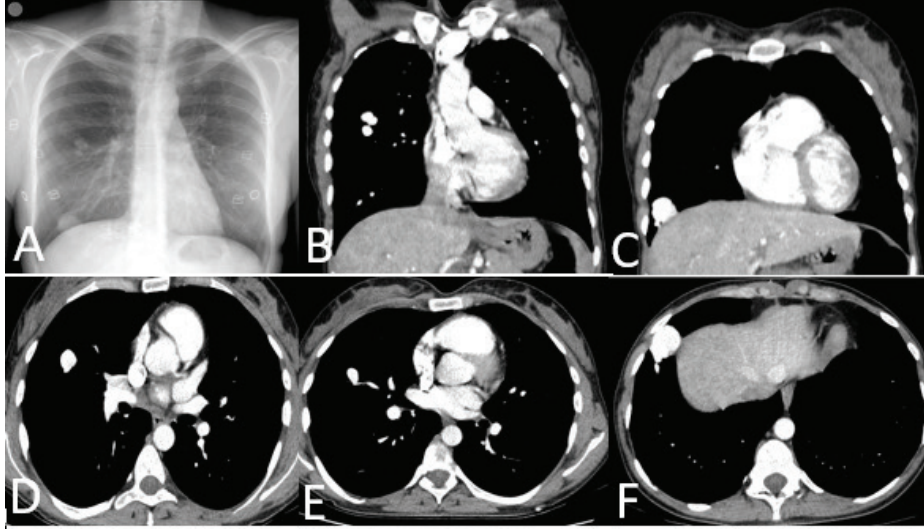
¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Herediter Hemorajik Telanjiyektazi (HHT) veya Osler- Weber-Rendu hastalığı, otozomal dominant geçişli, deri, mukoza ve iç organların vasküler bir anomalisidir. Hastaların çoğunda kutanöz telanjiyektazi görülürken sistemik arteriyovenöz malformasyonların (AVM) sıklığı daha azdır. Polikliniğimize pulmoner nodül öntanısı ile gönderilen hastada yapılan radyolojik tetkiklerinde sağ akciğer üst ve orta lobda arteriyovenöz malformasyon saptanan ve HHT tanısı alan olgu sunulmaktadır.

Olgu: Geçirilmiş serebral trombüs ve abortus öyküsü olan 36 yaş kadın hasta, antifosfolipid sendromu öntanısı ile araştırılırken çekilen akciğer grafisinde pulmoner nodül saptanması üzerine tarafımıza başvurdu. Hastanın aktif solunumsal şikayeti yoktu. Özgeçmişinde bilinen akciğer hastalığı yoktu, birkaç kez epistaksis nedeniyle koterizasyon, 1 yıl önce parietal serebral trombüs ve iki kez abort öyküsü olduğu öğrenildi. Soygeçmişinde ailede epistaksis ve serebral trombüs öyküsü vardı. Fizik muayenede solunum sesleri doğaldı, baş-boyun muayenesinde lenfadenopati saptanmadı. Dudak iç mukozada telanjiyektazi görüldü. Malignite? hamartom? romatoid nodül? öntanıları ile çekilen kontrastlı toraks BT'de bu görünümün pulmoner arter anevrizmasına ait olduğu anlaşıldı. Bu bulgularla hastada öntanıda HHT düşünüldü. Hasta endovasküler tedaviye yönlendirildi. Takibine dış merkezde devam edeceği öğrenildi.

Resim 1



A: Geliş akciğer grafisi. B-C: Kontrastlı Toraks BT, koronal kesit. D-E-F: Kontrastlı Toraks BT, aksiyel kesit.

Tartışma-Sonuç: Herediter hemorajik telanjiyektazi, birden fazla telanjiyektazi ve arteriyovenöz lezyonların varlığı ile karakterize, kalıtsal bir hastalıktır. Tekrarlayan ve spontan epistaksis en sık görülen bulgudur. HHT'nin klinik tanısı Curacao kriterlerine dayanmaktadır: dudaklarda, ağız boşluğunda, burunda ve parmaklarda bulunan mukokutanöz telanjiyektaziler; akciğer, beyin, karaciğer veya gastrointestinal sistemde yer alan visseral AVM, aile öyküsü, spontan ve tekrarlayan burun kanaması. Bizim olgumuzda bu 4 kriter de mevcuttu ve hastaya kesin HHT tanısı konuldu. Yapılan çalışmalarda HHT hastalarının en az yarısında pulmoner arteriyovenöz malformasyon (PAVM) tanımlanmıştır. PAVM olan hastaların da %80-90'ında HHT vardır. PAVM tanısında altın standart tanı yöntemi BT pulmoner anjiyografi. Sonuç olarak pulmoner nodül ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda AVM ve HHT akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Herediter Hemorajik Telanjiyektazi, Pulmoner Arteriyovenöz Malformasyon, Pulmoner Nodül

PS-122 Rijit Bronkoskopi ile Nadir Görülen Hemoptizi Sebebi Endobronşiyal Hemanjiyomun Yönetimi

Ramazan Şahin¹, Musa Akdağ², Özal Adıyeke², Muhammet Atif Karagöl¹, Barış Demirkol¹, Ayşe Bahadır¹, Aygül Güzel¹, Sibel Yurt¹, Mehmet Akif Özgül¹

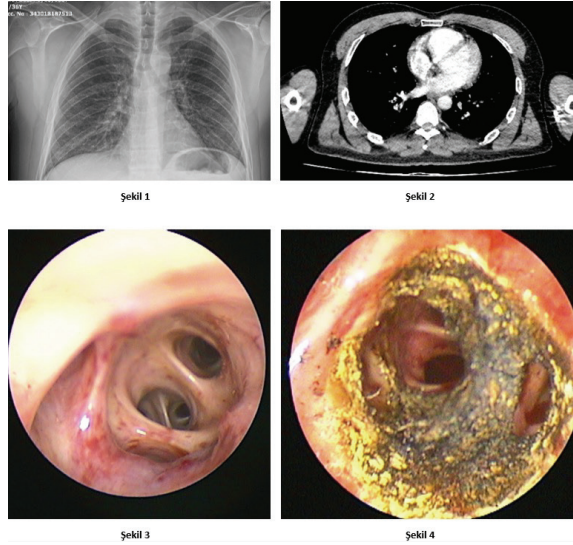
¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Giriş-Amaç: Endobronşiyal kapiller hemanjiyom erişkinlerde çok nadir görülen, hemoptiziye neden olabilen, benign ve tedavi edilebilir bir lezyondur. Hemoptizinin ayırıcı tanısında bronşiyal mukozal hemanjiyomlar dikkate alınmalıdır. Bu yazıda hemoptizi nedeniyle başvuran yetişkin bir erkek hastanın değerlendirilmesi sırasında sağ alt lob bronşu girişinde izole kapiller hemanjiom saptanan bir olguu sunuyoruz.

Olgu: 36 yaşında erkek hasta, öksürmekle ağızdan kan gelmesi üzerine acil servise başvurdu. Bilinen bir hastalığı yoktu. Hasta sigara içiyor (15 paket/yıl), alkol kullanmıyordu. Aile hikayesi önemsizdi. Fizik muayenesinde, laboratuvar değerlerinde ve PA akciğer grafisinde (Şekil 1) patolojik bulgu saptanmadı. Pulmoner BT anjiyografide sağ akciğer alt lob bazal segmentler girişi posterior duvarda damarlanma artışı görüldü (Şekil 2). Bronş arter embolizasyonu yapılan hastanın şikayetleri devam etti. Fleksibl fiberoptik bronkoskopi yapılan hastanın sağ akciğer alt lob bazal segmentler girişinde alt lob süperior girişinin alt hizasında anterior, lateral ve posterior segmentler girişi duvarlarında mukozadan kabarık, vaskülaritesi artmış lezyonlar hemanjiyom lehine değerlendirildi (Şekil 3). Genel anestezi altında rijit bronkoskopiye alınan hastada bu bölge argon plazma ile koagüle edildi. Kanama kontrolü sağlandı.

Şekiller



Tartışma-Sonuç: Kapiller hemanjiyomun patogenezi tam olarak anlaşılamamakla birlikte endotel hücrelerinin hızlı çoğalması suçlanmaktadır. Önceki raporlara göre trakeobronşiyal kapiller hemanjiomlar pürüzsüz, lobüler veya saplı lezyonlar olabilir. Bizim hastamızda da pürüzsüz ve lobüler lezyonlar mevcuttu ve hemoptizi ile başvurdu. Toraks BT ve fiberoptik bronkoskopi trakea ve bronşlarda yerleşen hemanjiomların tanı ve tedavisinde son derece faydalıdır. Tanı genellikle bronkoskopi sırasında konulsa da, dinamik kontrastlı BT, hava yolu hemanjiyomlarının değerlendirilmesinde değerli, invaziv olmayan bir yöntemdir. Hava yolu kapiller hemanjiyomları bronkoskopik girişime iyi yanıt verir. Bizim olgumuz argon plazma ile koagülasyona çok iyi yanıt verdi. Kanama kontrolü sağlandı. Literatürde bronkoskopi sırasında keşfedilen tekil kılcal hemanjiyomu olan yedi farklı hasta yer almıştır; biri hariç hepsi hemoptizi ile başvurdu. İki hasta anormal göğüs radyografisi ile başvurdu ve yalnızca biri endobronşiyal lezyonun anatomik konumuyla koreleydi. Nadir de olsa, hemoptizi ile başvuran hastalarda belirgin hava yolu lezyonları gözlenirken trakeobronşiyal ağaçta kapiller hemanjiyom göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Rijit Bronkoskopi, Hemoptizi, Hemanjiyom



PS-123 Pulmoner Tromboemboli Tanısından Mesane Tümörüne: Bir Olgu Eşliğinde Etyolojik Yolculuk

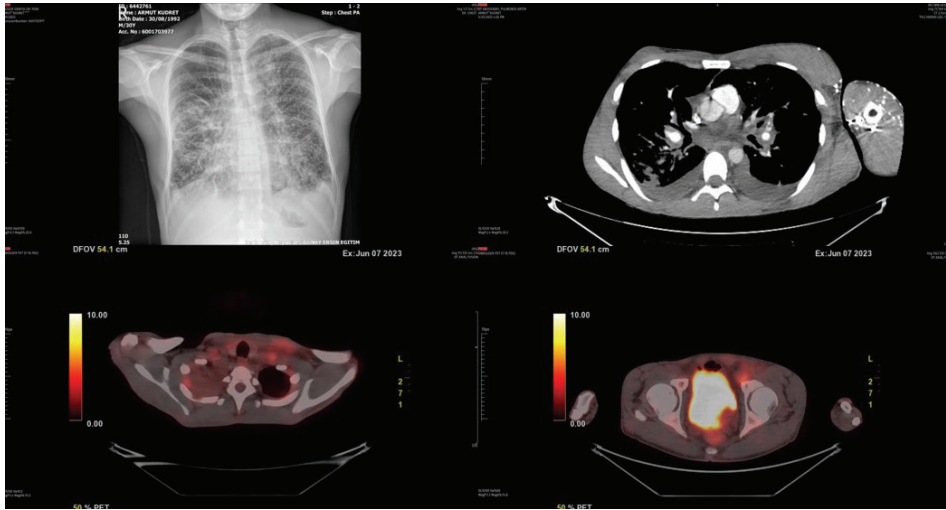
Damla Şahin Akbaş¹, Büşra Nur Sazlı¹, Ebru Tatçı¹, Ayça Dilşad Çağlayan¹, Ersin Günay¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner tromboemboli (PTE), pulmoner arter ve dallarının tıkanması sonucu oluşan ciddi bir klinik tablodur. Hastane ölümlerinin %5-15'inden sorumludur. Yaşın etkisiyle, 15 yaş altında nadiren, 45 yaş üzerinde daha sık görülür. Cerrahi, immobilizasyon, geçirilmiş venöz tromboembolizm öyküsü, kardiyovasküler hastalıklar, malignite ve travma gibi faktörler PTE riskini artırır. Maligniteler genelde ileri yaş grubunda emboli riski oluşturur. Bu olgu sunumunda genç yaşta emboli şüphesi ile kliniğimize yatırılan, altta yatan etyolojik neden olarak mesane tümörü tespit edilmiş bir hastanın etyolojik araştırma süreci tartışılmıştır.

Olgu: 32 yaşında erkek hasta sol kolda şişlik, nefes darlığı ve ani gelişen senkop, halsizlik öyküsü ile acil servise başvurdu. Hastanın 20 paket/yıl sigara kullanımı ve madde kullanımı öyküsü mevcuttu. Hastanın kolundaki şişlik 2 gündür mevcuttu. Fizik muayenesinde sol kolda şişlik ve palpable sol supraklavikular lenf nodu mevcuttu. Akciğer muayenesinde solda baziler ral sesleri duyuldu. Hastanın D-Dimer değeri 3,52 idi. Wells olasılık skoru 7,5 idi. Hastanın pulmoner BT anjiyografisinde sağ pulmoner arter alt lobe ve segmenter dallarında ve sol pulmoner arter lingular ve alt lobe posterobazal ve laterobazal segmenter dallarında dolum defekti mevcuttu. Üst ekstremité Doppler US'de vena jugularis interna, subklavian ven, aksiller ve brakial vende lümeni oklude eden trombüs mevcuttu. Hastanın muayenesinde sol supraklavikular LAP olması nedeniyle eksizyonel biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu skuamöz hücreli karsinom metastazı olarak geldi. Hastanın plevral sıvı örneklemesinin sitolojik incelenmesinde de malign efüzyon saptandı. Hastanın PET BT incelemesinde her iki akciğerde parankimal ve plevral alanda, mediastinal, pelvik lenf nodlarında ve sol asetabulumda FDG tutulumu mevcuttu. Ayrıca mesanede sol lateralinde 5 cm boyutlu kitilde FDG tutulumu yoktu. Hastaya bronkoskopi yapıldı, EBL izlenmedi. Hastanın idrar sitolojisi displazik skuamöz hücreler ve malign sitoloji olarak geldi. Sistoskopi ve mesane biyopsisi dahil ileri tetkiki hasta kabul etmedi.

PTE ve PET/CT Tutulumu



Pulmoner BT anjiyografide sağ pulmoner arter alt lobe ve segmenter dallarında ve sol pulmoner arter lingular ve alt lobe posterobazal ve laterobazal segmenter dallarında dolum defekti ve PET BT incelemesinde her iki akciğerde parankimal ve plevral alanda, mediastinal, pelvik lenf nodlarında ve sol asetabulumda FDG tutulumu olan hastanın kesitleri

Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak, belirgin bir risk faktörü olmasa da genç bir hastada atipik yerleşimli DVT saptanan ve pulmoner tromboemboli tanısı konulan hastalarda ekstrapulmoner maligniteler mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Emboli, Risk Faktörü, Malignite

PS-124 Vaskülitler ve Farklı Klinik Mevcudiyeti: Behçet Tanılı Bir Aile Üstünden Olgu Sunumu

Büşra Nur Sazlı¹, Bahar Kurt¹, Kerem Ensarioğlu²

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Behçet hastalığı, oral ve genital lezyonlarla görülen, göz tutulumu izlenilebilen ve vaskülit ve artrit ile de klinik gösterebilen bir hastalıktır. Tanı için aftlı stomatit, genital ülser, üveitis, dermal vaskülit ve artrit bulgularından en az üç tanesi ve ilk iki maddeden birisi bulunmalıdır. Kısmi genetik faktörlerden etkilenebilmekle beraber, ailevi gruplanmalar olduğu ve Türkiye dahil, bazı coğrafi bölgelerde daha sık görülebilmektedir. Bu olgu sunumunda, ailevi olarak farklı klinik durumlarda Behçet Hastalığının olduğu bir hasta grubu sunulacaktır.

Olgu: 80 yaşında kadın hasta, göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetleri ile acil serviste değerlendirildi. 2 hafta önce koroner angiografisi olan hasta benzeri şikayetleri olması ile ön planda kardiyak patolojiler için ekokardiografi ile değerlendirilken sistolik pulmoner arter basıncının yüksek olduğu görüldü. Başvuru akciğer grafisi sonrasında değerlendirilen hasta için olası pulmoner tromboemboli hususu ile istenilen pulmoner angiografide sağ akciğer bir lobe dalda trombüs açısından şüpheli yorumlandı (Figür 1). Pulmoner tromboemboli (PTE) etiyolojisi sorgulamasında hastanın dört çocuğunda Behçet hastalığı tanısı olduğu öğrenildi. Detaylı sorgulamada, oral aftların olduğu izlenildi ve hasta takibinde ekokardiografi ve göz konsültasyonu ile değerlendirilme planlandı. HLA-B51 genetik değerlendirme olarak, ek vasküler patoloji için abdominal ve torakal aort angiyografisi ve ek hastalık hususu ile kollajen doku markerları (KDM) istenildi. Fizik muayenede genital ülser izlenen hastada ek göz tutulumu izlenilmedi. HLA-B51 pozitif olarak görüldü ve paterji testi negatif izlenildi. Abdominal ve torakal angiografide ek anevrizma veya diseksiyon görülmedi. Alt ekstremitelerde tromboflebit lehine doppler ultrasonografi bulguları mevcuttu. KDM sonuçları ile romatoloji bölümü ile değerlendirilen hasta, ön planda Behçet Hastalığına bağlı pulmoner tromboemboli olarak takibe alındı. Hastanın dört çocuğunun da dış merkezde Behçet Hastalığı tanısı ile takipte olduğu öğrenilmesi ile, çocukların anamnezin derinleştirildi. Dört çocuğun da oral aftları mevcuttu. En büyük çocuğun kalp kapak tutulumu ile aylık penisilin tedavisi altında olduğu ve ek immünsüpresif olarak kolşışin kullandığı öğrenildi. Diğer bir çocuğunun ise üveit ataklarının daha sık olduğu ve kolşışin kullanımının devam ettiği, ek olarak nörobeçet ön tanısı ile yakın takipte olduğu görüldü. Diğer çocukta ise izole oral aftın temel şikayet olduğu ve aktif tedavi almadığı belirtildi. En son çocukta ise, eklem tutulumu mevcut olmakla beraber, romatolojik bir hastalık tanısı almadığı öğrenildi. Hasta, PTE tanısı ile, antikoagülasyon altında takibe alındı. Fosfolipid antikor pozitifliği sebebi ile, tekrar KDM gönderilmesi planlanan hasta, bir sonraki kontrolünü beklemektedir.



Figür 1 Başvuru Akciğer Grafisi



Tartışma-Sonuç: Behçet, farklı klinik tutulumlarla kendisi gösterebilen ve minimum kriterleri karşılamakla beraber, diğer organ tutulumların da farklı seviyelerde görülebileceği bir hastalıktır. Rutin organ tutulumu ile değerlendirmeye ek olarak pozitif paterji testi de tanıyı desteklemektedir. Oküler tutulum genellikle anterior üveit olarak görülürken, pulmoner tutulum da spontan veya tedavi ile kaybolan parankimal infiltrasyon olarak izlenmektedir. Bu pulmoner tutulumla ek olarak vasküler yapının tutulum gösterdiği Behçet alt tipleri, Hughes-Stovin gibi da mevcut olmakla beraber, temel tedavi genellikle immünsüpresyon ile yapılmaktadır. Tedavide temelinde immünsüpresif ajan olarak glukokortikoidler ve siklofosfamid kullanılırken, trombüs olan vakalarda ek immünsüpresif tedavi veya antikoagülan kullanımı önerilmektedir. Behçet hastalığının vaskülit ve tromboemboli yatkınlığının olması da, risk faktörü olarak sorgulanmasının önemini, bu vaka sunumunda da görüldüğü üzere, desteklemektedir. Ek olarak ailevi geçişi de olmakla beraber, bu tür vaskülitlerin aynı ailede dahi farklı kliniklerle gelebilmesi de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, Vaskülit, Pulmoner Tromboemboli

Poster Bildiri Oturumu 7: Torasik Onkoloji

PS-125 Nivolumab İlişkili Bir Pnömonit Olgusu

Melike Zeynep Topaloğlu¹, Aysu Ayrancı¹, Ahmet Emin Erbaycu¹

¹İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Giriş-Amaç: Pnömonit akciğer parankiminin belirli bir lokal alanında ya da yaygın olarak tutulumu ile seyreden bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Akciğer kanserli olgularda radyoterapi ve hedefe yönelik ajanlardan sonra son yıllarda kullanımı artan immunoterapi ile ilişkili pnömonit vakaları giderek artmaktadır. Immunoterapi ajanları immün kontrol noktalarına inhibisyon etkisi göstererek , PD-1 veya CTLA-4 gibi belirli proteinleri hedef alarak, bağışıklık kontrol noktalarını engelleyerek bağışıklık sistemini serbest bırakır. Böylece T hücreleri kanser hücrelerini daha etkili bir şekilde tanıyarak yok edebilir. Ancak serbest kalan immün sistem hücreleri fazla aktive olduğu durumlarda endokrin glandlar , deri ve akciğer gibi organlarda doku hasarına sebep olmaktadır. Immunoterapi ilişkili pnömonit vakaları, tedavinin başlanmasından itibaren ortalama 4-8. haftalarda ortaya çıkan öksürük ve dispne ile kendini gösterir ve tanı bilgisayarlı tomografide organize pnömoni benzeri lezyonlar, buzlu cam alanları görülmesi ile desteklenir. Biz de kliniğimizde takip ettiğimiz bir vakayı sizlerle paylaşacağız.

Olgu: 65 yaşında erkek hasta 2 haftadır devam eden öksürük, nefes darlığı ve balgam miktarında artış şikayeti ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde bilinen ek hastalığı yoktu. 120 paket/yıl sigara öyküsü olan hasta 2 yıl önce sigarayı bırakmıştı. Soygeçmişinde özellik yoktu. Öyküsünden Şubat 2022 tarihinde akciğer adenokarsinomu tanısı aldığı, 6 kür sistemik kemoterapi (KT) ve ardından radyoterapi (RT) uygulandığı öğrenildi. Kontrol Pozitron emisyon tomografi- bilgisayarlı tomografi (PET-CT)'de progresyon saptanması üzerine hastaya Aralık 2022 tarihinde bir bağışıklık kontrol noktası inhibitörü olan Nivolumab tedavisi başlandığı bilgisi alındı. Nivolumab tedavisinin 6. küründen sonra şikayetlerinin giderek arttığını belirtti. Solunum sistemi muayenesinde oskültasyonda bilateral bazallerde inspiryum sonu raller duyuldu. Posteroanterior akciğer grafisinde sağda belirgin olmak üzere bilateral hiler dolgunluk ve sol akciğer alt zonda minimal opasite artışları mevcut olan hastanın pnömoni ön tanısı ile göğüs hastalıkları servisine yatırışı yapıldı. C-reaktif protein 19mg/L ve beyaz küre değeri $10.7 \times 10^3/uL$ idi. Hastaya seftriakson 2gr ve klaritromisin 1gr başlandı. Kontrollerinde yanıt alınması üzerine oral tedavi ile taburcu edildi. 10 gün sonra çekilen akciğer grafisinde sol alt zondaki opasitesinin ilerlediği görüldü ve hastanın da sorgulandığına yakınmalarının arttığı öğrenildi. Bunun üzerine çekilen yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide (YRBT) sağ akciğer alt lob superiorda posterior kostal plevral yüzeye oturan içinde yer yer nekroz alanları olan primer lezyon ve sol akciğer alt lobda ağırlıklı olmak üzere sağ akciğer alt lobda da fokal birkaç alanda buzlu cam dansiteleri görüldü. Hastaya bunun üzerine fiberoptik bronkoskopi önerildi. Fakat hasta işlemi kabul etmedi. Hastada nivolumab da kullanması nedeniyle ön planda immünoterapi ilişkili pnömonit düşünüldü. Oda havasında saturasyon değerleri %90-91 civarında seyreden hastaya 1mg/kg/gün metilprednizolon başlandı. Nivolumab tedavisi kesildi. Kontrollerinde radyolojik ve klinik tama yakın yanıt alınan hastanın kortikosteroid tedavisi 4-6 haftada azaltılarak takibe devam edildi. Hasta halen takibimizde olup stabildir.



Resim-4



Tartışma-Sonuç: Akciğer kanseri tedavisinde immunoterapi ajanlarının kullanımı son zamanlarda yaygınlaşmış olup birçok çalışmada sağkalım oranlarını ve hastaların günlük performans skorlarını artırdığı kanıtlanmıştır. Ancak torasik onkoloji pratiğinde mevcut tedavi ajanlarının kullanımını yeni başlaması ve vaka sayılarının artması göz önüne alındığında hala bilmediğimiz yan etkiler saptanabilmektedir. Klasik kemoterapi ajanlarına göre yan etki oranı düşük olsa da hastaların yakın takip edilmesi ve immunoterapötik ajan kullanan hastalarda akut gelişen patolojilerde mevcut durumun ilaç ile ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, İmmünoterapi, Yan Etki, Pnömonit

PS-126 Y Stent ile 10 Yıl Takip Edilen Evre 4 Akciğer Kanseri

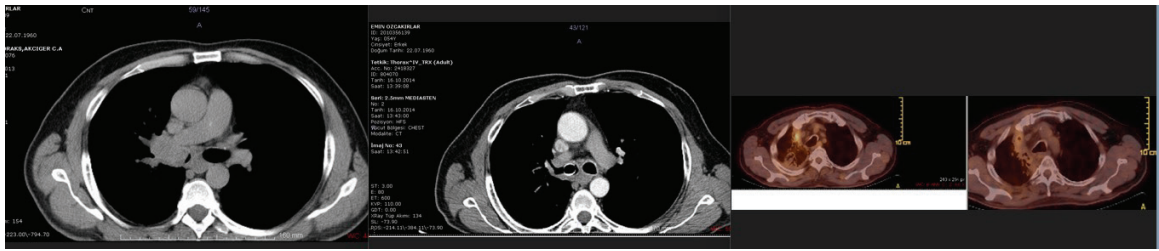
Ağit Yakışan¹, Onur Fevzi Erer¹

¹Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri hem dünyada hem de ülkemizde mortalitenin en sık sebepleri arasında başı çekmektedir. Özellikle ileri evre uzak metastazlar ile seyreden hastalıkta yaşam süresi oldukça kısa olmaktadır. Amacımız 10 yıldır takip ettiğimiz evre 4 akciğer kanseri ve silikon y stentli olgumuzun uzun sağkalımına dikkat çekmektir.

Olgu: Elli üç yaşında erkek hasta nefes darlığı şikayeti ile hastanemize başvurdu. Diyabetes mellitus dışında bilinen ek hastalığı yok. 45 p/y sigara öyküsü mevcut. Hastaya çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinin(bt) de sağ akciğer üst lobda kitle ve sağ ana bronş tama yakın tıkalı izlendi. Hastanın dispnesinin olması ve sağ ana bronş tama yakın tıkalı olması nedeniyle tanı ve endobronşiyal tedavi amacıyla rijit bronkoskopi planlandı. Bronkoskopide "sağ akciğer girişten 1 cm sonra üst lob kaynaklı vejetan kitle ile sağ ana bronş %70-80 oranında obstrükte olarak ve kısmen karina infiltrasyonu izlendi" tümör desobstrüksiyonu yapıldıktan sonra pasaj açıklığının devamı için hastaya silikon y stent uygulaması yapıldı. Yapılan biyopsi sonucu 'akciğer adenokarsinom' olarak raporlandı (21/06/2013). Hastaya evreleme amaçlı çekilen kontrastlı kraniyal mrg normal olarak görüldü. Haziran 2013 de çekilen pet-ct de sol sürrenalde 3.7x2.5cm ölçülen nodüler kalınlaşma alanında (suvmaks:24.1) evre 4 adenokarsinom olarak kabul edilen hastaya gemsitabin ve sisplatinden oluşan kemoterapi planlandı. Hastaya 2 kür kemoterapi sonrası myelosupresyon sebebi ile gemsitabin yerine dosataksel+sisplatin ile 4 kür daha tedaviye devam edildi. Verilen 6 kürlük tedavi sonrasında yapılan pet-ct(02/2014) kontrolünde tama yakın metabolik yanıt alındı. Sol sürrenalde çevre doku ile eş fdg tutulum izlendi. Bunun üzerine hastaya 33 gün radikal torakal rt radyasyon onkoloji ile görüşülerek verildi. Radikal rt sonrası 2015 yılında yapılan pet-ct kontrolünde tam metabolik yanıt izlenen hasta takibe alındı. 2023 yılına dek remisyonda izlenen hasta son dönemlerde sık enfeksiyon sebebi ile hastane başvurusu olması üzerine tekrar tarafımıza başvurdu. Yapılan tetkiklerde sağ akciğerde apikali dolduran hava bronkogramları da içeren ön planda enfeksiyöz süreçlerle uyumlu görünüm olan hastada mevcut stentin sık enfeksiyona neden olabileceği düşünülerek şubat 2023 de stent çıkarıldı. Stent çıkarma işlemi sonrası çalışılan örnekte skuamöz metaplazi saptanması üzerine güncel pet-ct çekildi. Pet-ct de sağda malignite uyumlu suv tutulum izlenen odaktan ttiab yapıldı. Yapılan ttiab patoloji sonucu ile akciğer skuamöz hücreli karsinom tanısı konuldu. Bunun üzerine malignite ile uyumlu alanın sınırlı olması sebebi ile hastaya ilk aşamada sbirt ve eğer kontrolünde yanıt alınmaz ise kt planlandı. Radyasyon onkolojisi ile görüşülerek hastaya şubat 2023 de 5 günlük hedefe yönelik rt verildi. 11/2023 de çekilen pet-ct de kısmi regresyon (suvmax: 5,2>>>>2,5) izlenen ecog 0-1 ve klinik aktif şikayet tariflemeyen hastanın takipleri tarafımızca devam ettirilmektedir.

Stent Öncesi-Sonrası



İLK İKİ GÖRESEL 2013 SON İKİ GÖRESEL 2023

Tartışma-Sonuç: Son dönem akciğer kanseri oldukça mortal seyretmesine rağmen sağkalımı bireysel faktörler etkileyebilmektedir. Vakamızda olduğu gibi dm dışında komorbid olmaması, endobronşiyal lezyonun erken dönemde rezeke edilip stent ile hastada klinik rahatlatma sağlanması, erken dönemde ve hastaya uygun kt rejiminin belirlenmesiyle beraber hasta uyumunun sağkalım üzerinde olumlu etkilerinin olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Evre 4 Akciğer Kanseri, Y Stent



PS-127 Preoperatif Arteriyel Coil ve Çift Seviye Torakotomi Yaklaşımıyla Rezeke Edilen Dev Soliter Fibröz Tümör

Demet Yıldız¹, Arkin Acar¹, Rabia Günseli Emül¹, Serdar Tarhan², Peyker Temiz³

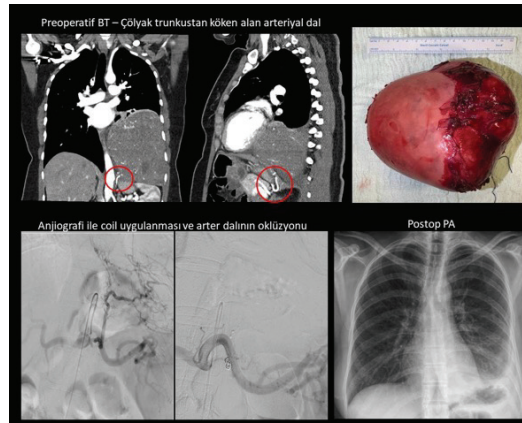
¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Manisa

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Manisa

³Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa

Giriş-Amaç: Soliter fibröz tümör, fibroblastik diferansiyasyon gösteren benign natürde mezenkimal tümörlerdir. İnterorastik olarak sıklıkla plevradan köken alan bu tümörler genellikle asemptomatik olup nefes darlığı, ağrı ve kilo kaybı semptomları arasında yer alır. Bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde tümöre ait artmış intrinsik ve ekstrinsik neovaskülarizasyon izlenebilir. Standart tedavi cerrahi rezeksiyondur. Çölyak trunkustan arteriyel beslenme olması nedeniyle preoperatif arteriyel coil uygulanan ve dev boyutu nedeniyle iki seviye torakotomi insizyonu ile rezeke edilebilen dev soliter fibröz tümör olgusu bu raporda sunulmuştur.

Olgu: Aktif yakınması olmayan 40 yaşında kadın hasta, rutin işyeri taramasında sol hemitoraksta dev kitle saptanarak kliniğimize yönlendirildi. Çekilen toraks BT'de solda yaklaşık 15 cm çapında kitle lezyonu izlendi. Kontrastlı görüntülerde çölyak trunkustan arteriyel beslenme dalı aldığı izlenen lezyon tümör ayırıcı tanıda sekestrasyon da düşünülerek preoperatif embolizasyon amacıyla girişimsel radyolojiye yönlendirildi. Yapılan anjiyografide sol hemitorakstaki lezyonun çölyak trunkustan almış olduğu arteriyel dal toplamda üç adet coil kullanılarak tam oklüde edildi. İşlemden bir ay sonra çekilen kontrol toraks BT'de çölyak trunkustan gelen arteriyel dal izlenmedi. FEV1 değeri %82 olan hastaya operasyon planlandı. İlk olarak posterolateral torakotomi insizyonu yapılarak 6.interkostal aralıktan toraksa girildi. Kitlenin akciğer ile arasındaki sınır ortaya kondu ve diseke edilerek akciğer parankiminden ayrıldı. İnferiorda kitleyi güvenle rezeke edebilmek için aynı cilt insizyonu kullanılarak 8.interkostal aralıktan ikinci bir torakotomi insizyonu uygulandı. Kitlenin diyafragma ve mediasten ile yapmış olduğu sıkı yapışıklıklar keskin ve künt diseksiyon ile giderildi. Kitle total olarak rezeke edildi. Yapılan incelemede kitlenin 960 gram ağırlığında ve 17x15x10 cm boyutunda olduğu görüldü. Soliter fibröz tümör tanısı alan kitlenin mitotik aktivitesi olmaması ve tümör nekrozu <%10 olması nedeniyle Demicco tarafından 2017 yılında yayınlanan metastaz risk sınıflamasına göre düşük risk kategorisinde olduğu raporlandı. Postoperatif 6.günde tüp torakostomisi sonlandırılan hasta komplikasyonsuz bir şekilde taburcu edildi. Postoperatif 2.ayda sorunsuz takibi devam etmektedir.



Şekil Olgunun preoperatif BT görüntüleri ve çölyak trunkustan beslenen arter dalı, anjiyografi ile coil uygulaması, kitlenin makroskopik görünümü ve postoperatif PA grafisi

Tartışma-Sonuç: Soliter fibröz tümörlerde büyük boyutlar nedeniyle intraoperatif manipülasyon zor olabilmektedir. Vaskülarizasyonu fazla olan bu tümörlerde sistemik arteriyel dallanmalar cerrahi esnasında hemorajiye yol açabilir. Bu nedenle preoperatif arteriyel coil uygulaması ve iki seviyeli torakotomi gibi cerrahi tedaviye yardımcı yaklaşımlar hastaların intraoperatif ve postoperatif komplikasyon risklerini düşürür. Düşük morbidite ve mortalite oranları ile tedavinin tamamlanmasını mümkün kılacağı için bu yöntemler dev tümöre sahip hastalarda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Soliter Fibröz Tümör, Çift Torakotomi, Arteriyel Coil Uygulaması, Dev Akciğer Tümörü, Cerrahi Rezeksiyon

PS-128 Akciğerin Nadir Tümörü Sklerozan Hemanjiyom

Feride Tamay Tatlı¹, Gülistan Karadeniz¹, Ahmet Üçvet¹

¹Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH

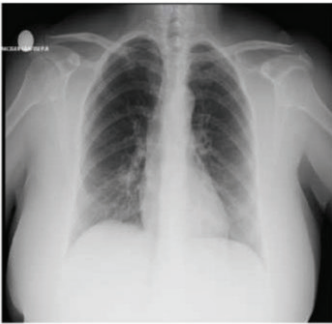
Giriş-Amaç: Sklerozan hemanjiom; orta yaşlı kadınlarda daha sık görülen ve soliter pulmoner nodül şeklinde ortaya çıkan benign nitelikli nadir bir tümördür. Bu yazıda; sağ akciğerde soliter pulmoner nodül tespit edilen hastada Trantorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi (TTİAB) sonucu 'Adenokarsinom' olup, sağ akciğer orta lobektomi sonrası 'Sklerozan hemanjiyom' tanısı alan olgu nadir olması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: 51 yaşında kadın hasta, öksürük, sırt ağrısı, nefes darlığı şikayetleri nedeniyle ile başvurdu. Mesleği ev hanımı olup, özgeçmişinde bilinen DM, panik atak mevcuttu, soygeçmişinde özellik yoktu, sigara hiç kullanmamıştı. Akciğer grafisinde sağ infrahiler bölgede düzgün sınırlı dansite artışı görüldü (Şekil 1a). Toraks bilgisayarlı tomografide sağ orta lobda 2 cm boyutunda solid parankimal nodül izlenmişti (Şekil 1b). Hastaya çekilen Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)'nde; sağ akciğer orta lob düzeyinde izlenen yaklaşık 1.6cm çaplı düzgün kenarlı nodüler lezyon ile uyumlu alanda çevre parankime oranla hafif düzeyde yüksek 18 fluorodeoksiglukoz(FDG) (Standardized uptake value(SUV) max:2.0) tutulumu izlenmişti (Şekil 1c). Hastaya TTİAB yapıldı, patoloji sonucu 'Adenokarsinom' olarak geldi. Hastaya opaklı kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çekilmiş olup olağan saptandı. Radyolojik evrelemesi T1N0M0 EVRE1 olarak belirlenen hasta göğüs cerrahisi ile operabilite açısından konsülte edildi. Hastaya sağ akciğer orta lobektomi+ legional lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Yapılan frozenda kitle ve lenf nodları benign olarak raporlandı. Kitlenin histolojik incelenmesi kesitlerinde 'Damardan zengin hyalinize sklerotik stromada papiller ve solid adalar oluşturan hücre sınırları belirsiz uniform görünümünde oval, yuvarlak nükleuslu, yer yer şeffaf sitoplazmalı epitel hücreleri' izlendi. Patoloji sonucu 'Sklerozan Hemanjiyom' olarak yorumlandı. Takibinin onuncu ayında herhangi bir nüks izlenmeyen hastanın takibi devam etmektedir.

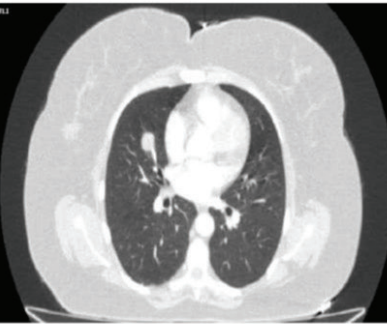
Tartışma-Sonuç: Sklerozan hemanjiomların çoğu asemptomatiktir ve rutin akciğer grafisinde insidental olarak tespit edilir. Vakalar semptomatik olduğunda bronşiyal obstrüksiyonun klinik bulguları olan öksürük, dispne ve akut bronşit gelişir. Soliter pulmoner lezyonların ayırıcı tanısında sklerozan hemanjiyom akılda tutulmalıdır.

Toraks Görüntülemeleri

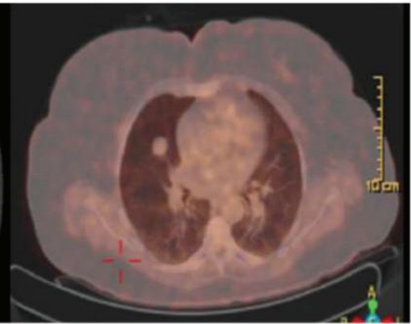
Şekil 1a. PA Akciğer Grafisi



Şekil 1b. Toraks BT parankim kesiti



Şekil 1c. PET/CT kesiti



Anahtar Kelimeler: Sklerozan Hemanjiyom



PS-129 Akciğerin Primer Adenoid Kistik Karsinomu Olgusu

Utku Tapan¹, Huriye Gülistan Bozdağ Başkaya², Zekiye Deniz Gökmen¹, Fatih Alaşan¹, Özge Oral Tapan¹

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi

Giriş-Amaç: Adenoid kistik karsinom (AKK), akciğerde nadiren primer tümör olarak görülen bir tükürük bezi tipi malign neoplazmdır. En sık öksürük, dispne, hemoptizi semptomları ile karşımıza çıkar. Nadir görülmesi ve astım benzeri semptom ve bulgu vermesi nedeni sunmayı amaçladık.

Olgu: 37 yaş kadın hasta, 1 haftadır olan öksürük ve balgam şikayetleri ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Astım bronşiale tanısının olduğu ancak düzenli inhaler tedavi almadığı öğrenildi. Hipertiroidi nedeni endokrinoloji takipliymiş. Hastanın fizik muayenesinde akciğer oskültasyonunda ronküs duyuldu. Oda havasında oksijen satürasyonu %96, solunum fonksiyon testinde FVC:%99 FEV1:%40 FEV1/FVC:34 idi. Laboratuvar değerleri normal saptandı. Akciğer grafisinde trakea sağa deviye görünümde olması nedeni ile hastadan toraks BT çekildi. Toraks BT'de sol tiroid lobu boyutları belirgin artmış olup mediastene doğru uzanmakta ve trakeaya bası yapmaktaydı. Trakea distal kesimde karina öncesi seviyede anterior duvarda yerleşimli paratrakeal alana doğru mediastinal uzanımı bulunan, lümeni oblitere eden ve hava sütununu daraltan, 20x17 mm ölçülen polipoid şekilli yumuşak doku dansitesinde lezyon izlendi. Hastaya bronkoskopi ve PET-CT planlandı. PET-CT'de trakea distal kesimde prekarinal düzeyde lümen uzanan ve hava sütununu daraltan kayda değer FDG metabolizması göstermeyen lezyon mevcuttu. Bu görünüm ön planda benign proses lehine yorumlandı. Görüntüleme alanına giren diğer vücut bölgelerinde malignite lehine değerlendirilebilecek hipermetabolik odak saptanmadı. Hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide trakea distalinde ana karina üzerinde sağ ve sol ana bronş girişini tama yakın tıkayan damarsal yapıları belirgin kitlesel lezyon izlendi. Distal bölüme geçilemedi. Kanama riskinden dolayı biyopsi alınamadı. PET-CT'de FDG tutulumu olmayan hasta göğüs cerrahisine yönlendirildi. Göğüs cerrahisi tarafından fleksible bronkoskopi yapılarak grasping forceps ile lezyon eksize edildi. Sağ ana bronş girişi açıldı. Patoloji raporunda değişik boyutlarda, bazılarında 2 katlı hücrelerle döşeli olduğu seçilebilen, yer yer lümeninde bazofilik sekret bulunan tübül yapıları oluşturmuş, CD117, CK7 ile iç tabaka hücrelerinde, SMA, p63, s100 ile periferik hücrelerde pozitif boyanan, ER, PR, TTF-1, CD56, Sinaptofizin, Mammoglobulin, GCDPF-15, GATA3 ile boyanmayan, mitotik indeks düşük, Kristal viole ile amiloid içermediği gözlenen neoplastik lezyon izlendi. Bulgular öncelikle AKK ile uyumlu olarak değerlendirilmiş olup, hastada tüm vücut taraması yapılarak, tükürük bezinden olası bir metastaz ekarte edildikten sonra olgunun primer pulmoner adenoid kistik karsinom olarak kabul edilmesi uygundur şeklinde raporlanması üzerine hasta KBB'ye yönlendirildi. Tükürük bezinde primer tümör gözlenmedi. Cerrahi olarak tam rezeke akciğer adenoid kistik karsinom kabul edilen olgu tedavisiz klinik olarak takibe alındı.

PA Akciğer Grafisi, Toraks BT, Bronkoskopi



Tartışma-Sonuç: AKK daha sık olarak major ve minör tükürük bezlerinden kaynaklanır. Adenokarsinomun bir varyantıdır. Meme, cilt, üst sindirim sistemi ve akciğerlerde görülebilir. Akciğerin AKK'si bronş bezlerinden kaynaklanan nadir görülen akciğer kanseridir. Tüm akciğer kanserlerinin %0.04-0.2'sini oluşturur. AKK trakeal malignitelerde skuamöz hücreli karsinomdan sonra en sık görülen primer trakeal tümördür. AKK'nin histolojik olarak 3 alt tipi mevcuttur: tübüler, kribriform ve solid. En yaygın tipi kribriform tipidir. Sıklıkla direkt yayılım, perinöral invazyon ve hematojen yolla yayılır, lenfatik yayılım nadirdir. Hastaların çoğu 50 yaş civarındadır. Her iki cinste eşit oranda görüldüğü belirtilmekte bazı yayınlarda erkek üstünlüğünden bahsedilmektedir. Vakamızda histolojik olarak tübüler alt tipi saptanmıştır. Adenoid kistik karsinom düşük malign potansiyele sahip agresif bir tümördür, rekürrensleri geç görülebildiği için tedavide tümörün tam olarak rezeksiyonu gerekmektedir. Rezidü tümör durumunda ise ameliyat sonrası radyoterapi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adenoid Kistik Karsinom, Akciğer Malignitesi, Astım

PS-130 Geçmeyen Pnömoniden Lenfoma Tanısına Giden Bir Vaka

Behiye Gül¹, Merve Erçelik¹, Önder Öztürk¹

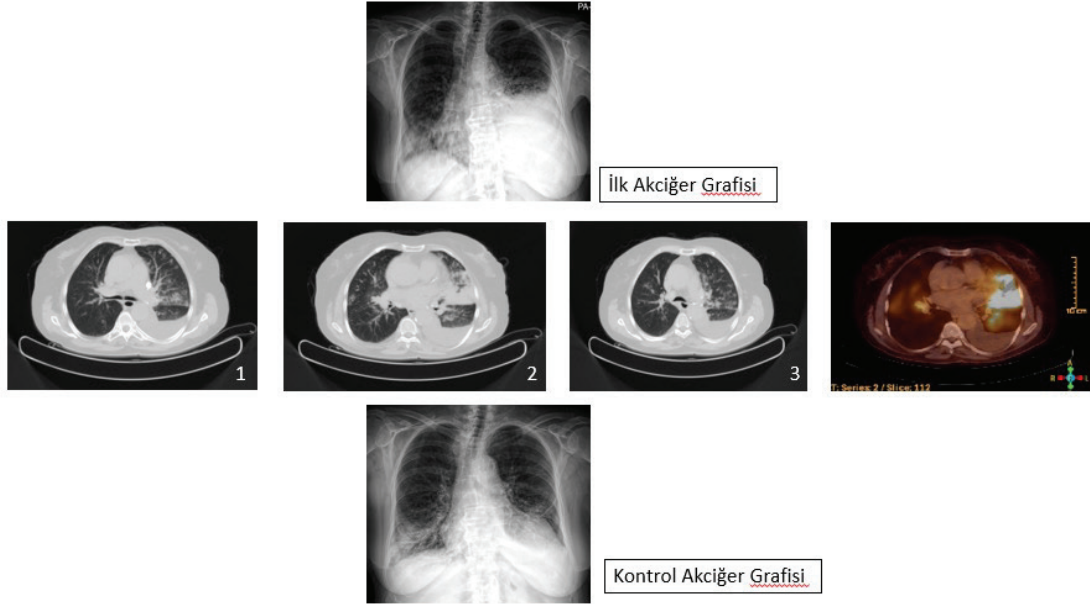
¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta

Giriş-Amaç: Lenfomada pulmoner parankimal tutulum Hodgkin lenfoma (HL)'da non-Hodgkin lenfoma (NHL)'ya göre daha sık görülmekte olup, parankimal akciğer tutulumu nadir görülmektedir. Hem literatürde benzer örneklerinin az olması hem de primer akciğer tümörünü düşündüren klinik ve radyolojisi olduğu için bu olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 74 yaşında kadın nefes darlığı, öksürük şikayetiyle hastanemize başvurdu. Fizik muayenesinde solunum sesleri sol akciğer alt ve orta zonda belirgin azalmıştı. Pretibial ödemleri yoktu. Hastamızın öncesinde iki kez hastane yatışı olup antibiyoterapi almış olmasına rağmen şikayetleri gerilememişti. Hastanın akciğer grafisinde sol akciğerde orta zona kadar uzanan homojen dansite artışı, sağ akciğer alt zonda heterojen dansite artışları izlendi. Hasta daha önce dış merkezde tedavi aldığı için bronkoalveolar kanser ön tanısıyla toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Toraks BT'sinde; mediastende çok sayıda lenfadenopati, sol akciğerde üst ve alt loblarda kostal plevral yüze ulaşan içerisinde yer yer bronş ve bronşiolerin geçtiği, komşuluğunda yaygın sentrlobüler nodüler ve tomurcuklanmış ağaç görünümüleri olan kitlesel lezyon ve plevral efüzyon izlendi. Sağ akciğerde de benzer özellikte kitlesel lezyon izlendi. Hastaya PET-CT çekildi. Sağ aksiller bölgede belirgin 2 cm (SUVmax:3.27) olmak üzere çok sayıda hipermetabolik lenf nodları, sağ hilir bölgede irregüler kitlesel lezyon (Tümör ? / Lenf nodu ?), Sol akciğer hilir bölgeden alt loba uzanan yaklaşık 8 cm büyüklüğünde hipermetabolik (SUVmax: 9.7) lezyon (Enfeksiyon ? / Tümör ?) ve ılımlı hipermetabolik efüzyon izlendi. Ayrıca; mide medial komşuluğunda 1,5 cm büyüklüğünde hipermetabolik , sağ internal illak lenf nodu, sağ ve sol eksternal iliak ılımlı hipermetabolik lenf nodları izlendi. Hastaya sol hemitoraksdan torasentez yapıldı plevral sıvı sonuçları; eksuda vafında ve lenfosit %91 olarak geldi. Plevral sıvı ve tüberküloz kültüründe üreme olmadı. Plevral sıvı 2 kez patolojiye gönderildi lenfositten zengin sitoloji olarak sonuçlandı. Hastaya bronkoskopi yapıldı; sağ ve sol akciğerin tüm lob ve segmentleri açık izlendi. Sol üst lob anterior lingular segment ayrım karinası künt, mukozası ödemli ve frajildi. Bu bölgeden forceps ile biyopsiler alındı ve bronş lavajı yapıldı. Patolojik incelemeleri benign sitoloji olarak geldi. Bunun üzerine hastamıza sağ aksilladaki lenf nodundan eksizyonel biyopsi yapılarak foliküler lenfoma tanısı koyuldu. Hasta 4 kür BENDA-R kemoterapisi aldı. Hastanın grafisinde; sol akciğerde belirgin regresyon izlendi. Hastanın kemoterapisi bittikten 8 ay sonraki kontrolünde akciğerde nüks gözlenmedi (resim1).



Resim1



PET- CT: Sağ aksiller bölgede belirgini 2 cm (SUVmax:3.27) olmak üzere çok sayıda hipermetabolik / ılımlı hipermetabolik lenf nodları , sağ hiler bölgede 2,5 cm büyüklüğünde hipermetabolik (SUVmax: 4.43) irregüler kitlesel lezyon izlenmektedir (Tm ? / Lenf nodu ?). Sol akciğer hiler bölgeden alt loba uzanan yaklaşık 8 cm büyüklüğünde heterojen yapıda hipermetabolik (SUVmax: 9.7) yumuşak doku dansitesinde lezyon izlenmektedir (Enfeksiyon ? / Tm ?). Lezyonun lateralde plevra ile sınırları net ayırlanamamaktadır. Ayrıca sol akciğerin tamamında yaygın hipermetabolik retikülonodüler lezyonlar izlenmektedir (metastaz ? / enfeksiyon ?). Sağ akciğer orta lob düzeyinde heterojen özellikte hipermetabolik (SUVmax: 4.07) yumuşak doku dansitesinde lezyonlar izlenmektedir (Atelaktazi ? / Tm ?). Sağ akciğer alt lob düzeyinde 3 cm büyüklüğünde ılımlı hipermetabolik (SUVmax: 3.71) yumuşak doku dansitesinde lezyon izlenmektedir (Tm ?). Sol hemitoraksta kalınlığı 5 cm' ye ulaşan düşük düzeyde radyofarmasötik birikimi gösteren (SUVmax: 1.52) plevral sıvı birikimi izlenmektedir.

Tartışma-Sonuç: Lenfomalar lenfosit ve histiositlerin malign neoplazmlarıdır. Hodgkin lenfoma ve Nonhodgkin lenfoma öncelikle lenf nodları ve dalağı tutar. Lenfoid neoplazmların %24-40'ı ektranodal lenfomayken akciğer başlangıçlı ektranodal tutulum %4 oranında görülür. Radyolojik olarak intratorasik tutulum HL için %85, NHL için %66'dır. Lenfomaların akciğer tutulumları mediastinal, parankimal ve plevral tutulum olarak 3 gruba ayrılabilir. Mediastinal tutulum genellikle asemptomatiktir. Lenf nodlarının tutulumu şeklinde olur. Anterior mediastinal lenf nodu tutulumu HL'da sık görülürken NHL'de posterior mediastinal ve parakardiyak nodların tutulumu sık görülür. Pulmoner tutulum büyük ve küçük hücreli NHL'da nadiren görülür. Tümör genellikle sağ akciğer alt zonlarda lokalizedir ve hemorajik plevral efüzyonda eş zamanlı bulunabilir. Plevral sıvı ve akciğer biyopsisinin sitopatolojik incelemeleri sıklıkla negatif bulunmaktadır. Bu hastaların tedavisinde sağ akciğer loba yönelik rezeksiyon ve plörektomi uygulanır ve lobektomiden sonra kemoterapi verilir. Neoplastik aktivite yok ise prognoz oldukça iyidir. Bizim hastamızda da literatürde birkaç benzeri olan cerrahi uygulanmaksızın sadece kemoterapiyle akciğerde regresyon izlendi.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, Lenfoma, Pulmoner Lezyonlar, Kemoterapi

PS-131 Multiple Nodüller Eşliğinde Nadir Vaka

Canan Yılmaz Şahin¹, Dicle Kaymaz¹, Sema Tuzcu²

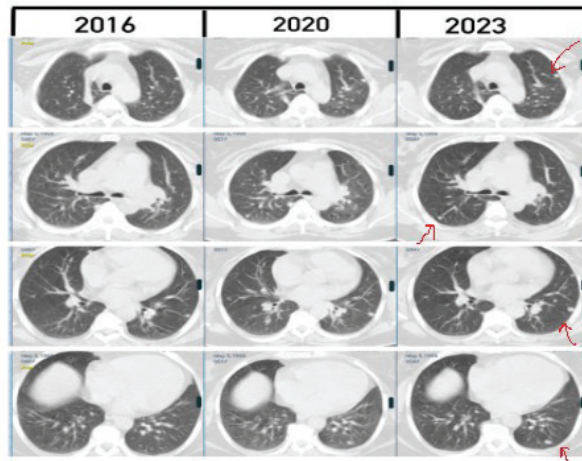
¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Multipl pulmoner nodüller, bir ya da iki akciğerde sağlam akciğer dokusuyla çevrelenmiş, iyi sınırlı, birden çok, değişik şekillerde olabilen lezyonlardır. Metastatik akciğer hastalığı düşünülen bu olgu nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: 54 yaşında, kadın olgu yaklaşık 7 yıldır olan kuru öksürük şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Derin ven trombozu dışında bilinen ek hastalık öyküsü yoktu. 7 yıl önce bu şikayetle tetkik edilmiş ve çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (toraks BT) en büyüğü 8 mm olmak üzere multiple, bilateral nodüler lezyonlar saptanması üzerine nodül nedeni takibe alınmış. Olgunun 2020 yılındaki görüntülemelerinde nodül boyutunda artış olması üzerine çekilen PET-BT’de tariflenen bu nodüllerin metabolik aktivite tutulumunun (SUVmax:1.44) olduğu görülmüş. Nodül boyutunda artış saptanması üzerine olguya trans torasik ince iğne biyopsisi (TTİAB) yapılmış ve patoloji sonucu pulmoner konjesyon olarak raporlanmıştı. Nefes darlığı şikayeti ile 3 yıl sonra tekrar polikliniğimize başvurdu. Multipl nodül etyolojisi araştırılmak üzere olgudan balgam ARB, kollajen doku belirteçleri (KDB), yeni toraks BT istendi. Balgam ARB negatif, KDB’de antinükleer antikor (ANA) pozitif saptanması üzerine romatolojiye konsulte edildi. Nonspesifik antikor pozitifliği düşünüldü. Her iki akciğerde tanımlanan nodüllerin genel olarak boyutlarında artış olması üzerine hastaya güncel PET BT istendi ve 2. kez TTİAB yapıldı, patoloji 2. kez konjesyone akciğer parankimi olarak raporlanması üzerine hasta VATS biyopsi için göğüs cerrahisine konsulte edildi. VATS ile sol akciğer üst ve alt lob wedge rezeksiyon ameliyatı uygulanarak elde edilen cerrahi materyal patolojiye gönderildi. Patolojisi immunhistokimyasal incelemede “Pulmoner epitelioid hemanjiyoendotelyoma” şeklinde raporlandı. Hastanın PET-BT’de ekstrapulmoner organ tutulum varlığı incelendiğinde Sol böbrek üst kısım lateralinde parankimde yaklaşık 21x28 mm metabolik boyutlu şüpheli lezyon alanında artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax: 27.67) görüldü, üriner ultrasonografi ile ürolojiye konsulte edildi, tanımlanan lezyonun üriner retansiyonla uyumlu olduğu ve bir patoloji saptanmadığı belirtildi. Hasta klinik ve radyolojik olarak takibe alındı.

PET-BT görüntülemeleri



Bilateral nodül boyutlarında artış izlenmektedir.

Tartışma-Sonuç: Pulmoner epitelioid hemanjiyoendotelyoma son derece nadir görülen düşük orta dereceli, malign potansiyele sahip olabilen endotel kökenli, asemptomatik olarak akciğer görüntülemelerinde tesadüfen saptanabilen bir tümördür. Tanı konmakta güçlük çekilen olgularda ayırıcı tanıları arasında yer almalıdır. Tümörün nadir görülmesi nedeniyle standart bir tedavi yaklaşımı yoktur. Erken tanı, hastaların prognozunda önemlidir. PET -BT’de düşük SUV değerleri olan, multipl pulmoner nodüllü hasta bu duruma dikkat çekmek için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Epitolioid, Multiple, Nodül, Hemanjiyoendotelyoma, Akciğer

**PS-132 Maligniteyi Taklit Eden Mediastinal Kistik Lezyon Olgusu**

Sıla Begüm Gölçük Gök¹, Yusuf Kahya², Cabir Yüksel², Aydın Çiledağ¹, Gökhan Çelik¹, Akın Kaya¹

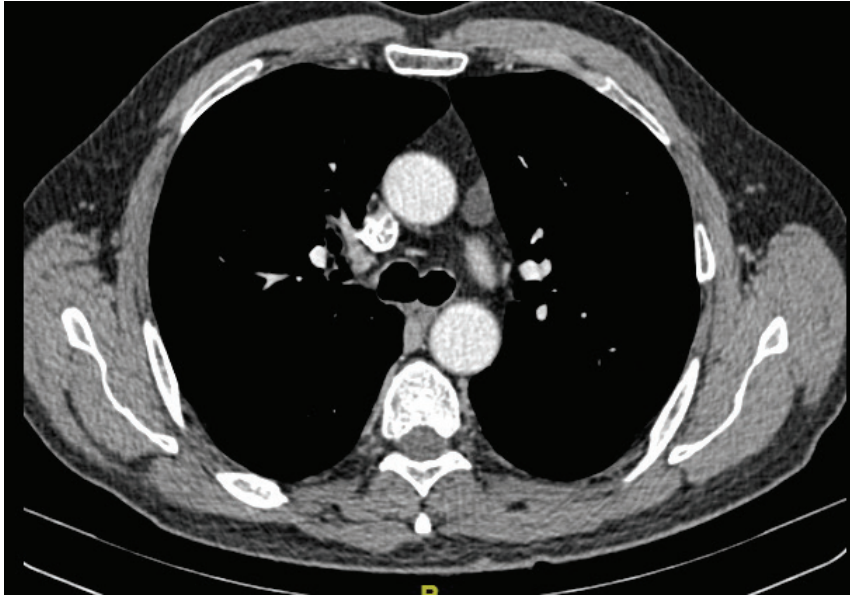
¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Mediastende, farklı doku ve sistemlere ait birçok yapı bulunması nedeniyle neoplastik/non-neoplastik kitleler, kistik lezyonlar çeşitlidir. En sık rastlanan mediastinal lezyonlar, nörojenik tümörler, timoma, lenfoma, germ hücreli tümörler ve farklı nedenlere bağlı lenfadenopatilerdir. Kistik lezyonlar, mediasteninin primer kitlelerinin %15-20'sini oluşturur. Foregut, timüs, perikardiyum, tiroid, geçirilmiş enfeksiyonlar, malignite, meningoel gibi farklı birçok kaynak ve sebepten kistik lezyonlar görülebilir. Kistler yoğun içerikli ise, BT'de yumuşak doku kitlesinden ayırt edilemeyebilirler.

Olgu: 62 yaşında bilinen hipotiroidi, benign prostat hiperplazisi, hipertansiyon tanılı erkek hasta çekilen akciğer tomografisinde aortikopulmoner pencere düzeyinde, 23x15 mm boyutlarında olan lezyon için kliniğimize yönlendirildi. Solunumsal semptomu olmayan hastanın muayenesinde patolojik bulgu izlenmedi. Hastanın 5 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu. Geçirilmiş tüberküloz öyküsü yoktu. Laboratuvar incelemede patoloji saptanmadı. PET BT görüntülemesinde, lezyonda ve vücutta diğer alanlarda patolojik tutulum izlenmedi. Hastaya, sol hemitorakstan VATS ile anterior mediastende, perikardiyal yağ doku içinde yaklaşık 2 cm ince duvarlı kist eksize edildi. Patolojik inceleme sonucu benign kistik oluşum olarak raporlandı.

Mediastinal kistik lezyon



Aortikopulmoner pencere düzeyinde, 23x15 mm boyutlarındaki lezyon

Tartışma-Sonuç: Mediastinal kistler, sık görülmemekte ve malignite ile karışabilmektedir. Bu vakada malignite kuşkusu uyandıran benign mediastinal kist sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Mediastinal, Malignite, Kist

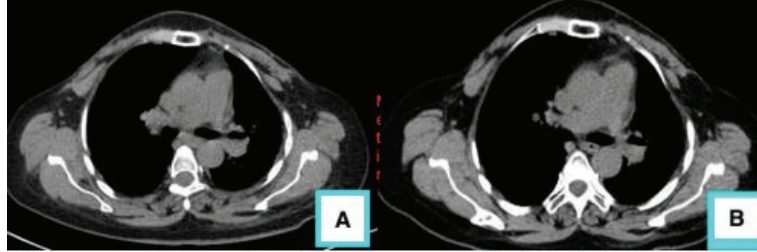
PS-133 HER-2 (+) Meme Kanseriinde Trastuzumab Kullanımı Sonrası Gelişen Nonkazeifiye Granülom: Olgu Sunumu

Avesta Yakut Çağlın¹, Hadice Selimoğlu Şen¹, Veysi Tekin¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Trastuzumab HER-2 (+) meme kanseri (CA) tedavisinde kullanılan ve kullanımı gün geçtikçe artan hedefe yönelik etki sağlayan bir tedavi ajanıdır. Ateş, enfeksiyon, öksürük, baş ağrısı, uyku güçlüğü ve döküntü en sık görülen yan etkileridir. Sarkoid benzeri reaksiyonlar; sistemik sarkoidoz bulguları olmayan malign hastalarda, sıklıkla tümörü drene eden lenf nodlarında ortaya çıkan nonkazeöz granülomlardır. Literatürde, sarkoid benzeri reaksiyonlarla ilişkili ilaçlar arasında interferon-a, yüksek düzeyde aktif antiretroviral tedavi ve tümör nekroz faktörü alfa antagonistleri yer alır. Son yıllarda kanser tedavisinde sıkça kullanılan hedefe yönelik tedaviler ve immün checkpoint inhibitörleri kullanımı sonrası sarkoid benzeri reaksiyon görülen az sayıda olgu bildirilmiştir. Meme CA nedeni ile trastuzumab kullanılan ve tedaviden 3 ay sonra mediastende non-kazeifiye granülom gelişen olgu, trastuzumab sonrası gelişebilecek yan etkilere ve metastaz ayırıcı tanısında sarkoid benzer reaksiyonlara dikkat çekme amacı ile sunuldu.

Olgu: 51 yaşında metastatik meme CA tanılı kadın hasta trastuzumab, paklitaksel, karboplatin ile kemoterapi ve radyoterapi tedavileri almıştı. Tedavi sonrası 3. ay takipte kontrol pozitron emisyon tomografi-bilgisayarlı tomografide (PET-BT) subkarinal, bilateral alt paratrakeal, preaortik, aortikopulmoner ve bilateral hiler lenf nodlarında yeni gelişen artmış FDG tutulumları olması (subkarinal lenf nodunda SUV max; 9.79) üzerine kliniğimize konsülte edilmişti (Resim 1A). Metastaz ön tanısı ile hastaya EBUS- TBNA (endobronşial ultrason eşliğinde transbronşial iğne aspirasyonu) yapıldı. Subkarinal lenf nodundan alınan biyopsi sonucu non-kazeifiye granümatöz lezyon olarak sonuçlandı. Latent tüberküloz değerlendirmesi için bakılan quantiferon testi negatif sonuçlandı. Hastanın lenf nodlarındaki büyüme ve FDG tutulumunda artış, trastuzumab kullanımı sonrası olduğu için hastanın ilaca bağlı sarkoid benzeri reaksiyon olabileceği değerlendirildi. Sarkoidoz ihtimaline karşı yapılan göz muayenesi ve diğer sistemik değerlendirmeler doğaldı. Literatürde semptomatik olmayan olgularda tedavi kesilmesi önerilmediğinden hastanın tedavisine devam edildi. Hasta sistemik sarkoidoz belirtileri gelişebilmesi ihtimali ile aylık takibe çağırıldı. Altı ay sonra çekilen PET-BT'de lenf nodlarının küçüldüğü ve FDG tutulumlarının regrese olduğu görüldü (Resim 1B).



Resim 1 Trastuzumab tedavisi sonrası (A) ve kontrol PET-BT (B) görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Sarkoidoz, immün sistem bozukluğuyla ortaya çıktığı bilinen ancak etiyolojisi net olarak aydınlatılamayan, multisistem bir hastalıktır. Çeşitli organ ve lenf nodlarında non-kazeifiye epitelioid granülomlarla seyreder. Bazen bu non-kazeifiye epitelioid granülomlar, sistemik sarkoidoz bulguları olmaksızın da görülebilir. Bu durum sarkoid reaksiyon veya sarkoid benzeri reaksiyon olarak adlandırılır. Sarkoid benzeri reaksiyonlar; sistemik sarkoidoz bulguları olmayan malign hastalarda, sıklıkla tümörü drene eden lenf nodlarında ortaya çıkan nonkazeöz granülomlardır. Tümöre eşlik eden sarkoid reaksiyonlar, çoğunlukla asemptomatik olan ve herhangi bir müdahaleye gerek duymaksızın, bir süre sonra spontan düzelme gösteren lezyonlardır. Literatürde trastuzumab sonrası sarkoid benzeri reaksiyon gösteren az sayıda olgu sunumu mevcuttur. Bizim hastamızda da tedaviden 3 ay sonraki görüntülemelerde, mediastinal lenf bezlerinde FDG tutulumu yeni ortaya çıkmıştı. Bu lezyonlar, pek çok kez metastatik hastalıkla karışabilmekte ve mevcut tümörün tanı, evreleme ve tedavisinde ciddi hatalara yol açarak telefisi mümkün olmayan sonuçlar doğurabilmektedir. Nitekim bizim hastamızda da PET-BT sonuçları, lenf nodu metastazını işaret etmekteydi ancak EBUS- TBNA ile metastaz tanısı dışlanmış oldu. Trastuzumab kullanan meme CA'lı hastalarda PET-BT'de artmış FDG tutulumu gösteren lenf nodlarında ilaca bağlı sarkoid benzeri reaksiyonlar da akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, Sarkoid Benzeri Reaksiyon, Meme Kanseri, Trastuzumab



PS-134 Akciğer Sarkomatoid Mezotelyoması

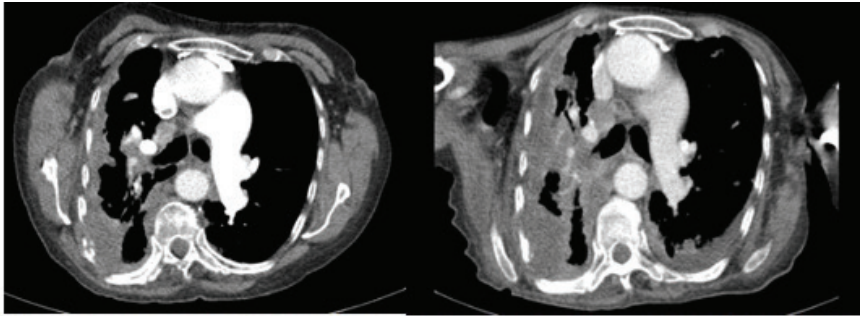
Rabia Özdemir¹, Hanifi Yıldız¹

¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi

Giriş-Amaç: Malign plevral mezotelyoma (MPM) nadir görülen ve kötü prognozlu sinsi bir neoplazmadır. Genellikle plevral ve peritoneal boşluklar, tunika vaginalis ve perikardın mezotelyal yüzeylerinden kaynaklanır. En sık görülen tipi epitelyal tiptir ve çoğu olguda ilerlemiş hastalık olarak tespit edilir. Burada solunum yetmezliği ile başvurduğundan herhangi bir tedavinin uygun görülmediği bir ay içinde exitus ile sonuçlanan nadir bir olgu sunulacaktır.

Olgu: Yetmiş yaşında kadın hasta, öksürük, nefes darlığı, göğüs ağrısı ve zayıflama şikayetleriyle başvurdu. Altı ay içerisinde 15 kilo kaybı vardı. Ailede malignite öyküsü yoktu. Aktif sigara içiciliği vardı (55 p/yıl) ve kronik bir hastalığı yoktu. Toprak evde yaşadığı öğrenildi. Fizik muayenede sağda solunum seslerinde azalma ve perküsyonda matite mevcuttu. Oda havasında oksijen saturasyonu %82 idi. BMI:18.7 idi. Toraks BT'de Sağ en geniş alanda 23 mm'yi bulan, yer yer kas planlarına uzanan düzensiz konturlu plevral kalınlaşmalar mevcuttu. İlaveten sol akciğerde büyüğü üst lob anteriorda 12x7 mm ebatlı düzensiz sınırlı olan bir nodül ve subplevral nodülleri vardı. Sağ akciğerde de düzensiz sınırlı ve en büyüğü üst lobda 14x10 mm olan parankimal nodüller izlenmekteydi (Resim-1). PET-BT'de sağ hemitoraksta yaygın olarak izlenen ve göğüs duvarına uzanan plevral kalınlaşma alanlarında patolojik artmış 18F-FDG tutulumu izlendi (SUVmaks=14,4). Transtorasik biyopsiden SARKOMATOİD tip MEZOTELYOMA tanısı tespit edilen olguya multidisipliner konseyde evresinin ilerlemiş olması ve solunum yetmezliği eşlik etmes, nedeniyle küratif bir tedavi verilmedi. Bir ay sonra kliniğinde kötüleşen hastanın çekilen Toraks BT'de sağ akciğerde plevral kalınlaşmanın 5 cm'yi bulduğu solda yeni gelişen düzensiz sınırlı plevral kalınlaşmaların olduğu izlendi (Resim-2). Tanıdan sonra hızlıca kliniği bozulan hasta solunum yetmezliği nedeniyle ex oldu. SMPM sıklıkla asbest maruziyeti sonucu oluşan, MPM'nin daha az görülen plevradan köken alan lokal, invazif karakterli agresif bir tümördür. MPM için multimodal tedaviler ön plana çıkmaktadır.

Resim



Resim-1: Düzensiz sınırlı plevral kalınlaşma Resim-2: Sol akciğerde de yeni gelişen sınırlı düzensiz plevral kalınlaşma

Tartışma-Sonuç: SMPM'nin tedavisinde plörektomi / dekortikasyon, ekstraplevral pnömonektomi, kemo-radyoterapi ve son zamanlarda vaka bazında hedefe yönelik tedavilerin de yer aldığı seçenekler mevcuttur. Olgumuzla nadir görülen sarkomatoid tip mezotelyomanın progresyonunun çok hızlı olabileceğini göstermek istedik.

Anahtar Kelimeler: Mezotelyoma, Patoloji, Beyaz Toprak

PS-135 Nadir Görülen Akciğer Fetal Adenokarsinom Olgusu

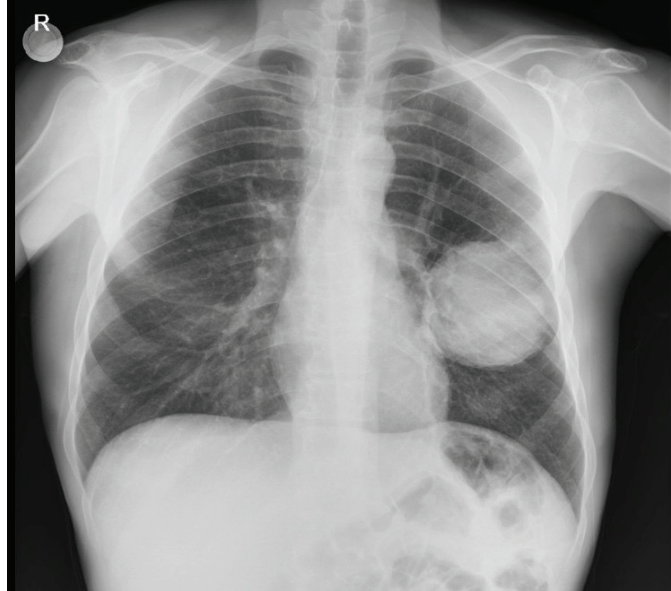
Kübra Çağlayan Karaca¹, Sabri Serhan Olcay¹, Huriye Gülistan Bozdağ Başkaya¹

¹Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri, bronş epitelinden köken alan, tüm dünyada kadın ve erkeklerde kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir. Akciğerin fetal adenokarsinomu (FLAC), nadir görülen malign bir akciğer tümörüdür ve tüm pulmoner neoplazmaların %0,1 ila %0,5'ini oluşturur. Bu olgu sunumunda nadir bir tür olan fetal adenokarsinom tanılı bir vaka paylaşılacaktır.

Olgu: 53 yaşında, 35 paket/yıl sigara öyküsü olan aktif sigara içicisi, solunumsal şikayeti olmayan erkek hasta tetkik amaçlı yönlendirilmiş. Postero-anterior akciğer grafisinde sol alt zonda mediasten komşuluğunda düzgün sınırlı, 7 cm çaplı kitle görünümü mevcut olan hastaya toraks BT tetkiki yapıldı (Resim.1). Toraks BT'de sol akciğer alt lob apikal segmentte periferik yerleşimli yaklaşık olarak 56 x 60 x 80 mm boyutlarda lobüle konturlu, parankime yer yer spiküler uzanımları olan heterojen dansiteli solid yumuşak doku kitle izlendi. Hastaya, PET-BT, beyin MRG ve bronkoskopi tetkikleri yapıldı. Fiberoptik bronkoskopide endobronşial lezyon izlenmedi, lavaj sitoloji alındı. PET-BT'de sol akciğer alt lobta yaklaşık 85x59 mm ebatlarında içerisinde ametalabolik nekrotik odak mevcut olan heterojen karakterde yoğun fdg tutulumu olan suvmax: 13.7 plevral tabanlı kitlesel lezyon ve sol hil bölgede artmış fdg tutulumu olan suvmax:2.9 olan lenf nodu saptandı. Bronkoskopik biyopsi sonucu benign sitoloji gelen hastaya ultrason eşliğinde biyopsi planlandı. Ultrason eşliğinde biyopsi sonucu skumaoz hücreli karsinom gelen hasta onkoloji konsyinde değerlendirilerek operasyon planlandı ve göğüs cerrahiye yönlendirildi. Hasta evre 3A olarak değerlendirildi. Hastaya göğüs cerrahisi tarafından göğüs duvarı invazyon değerlendirmesi için toraks MRG tetkiki yapıldı, invazyon saptanmadı. Hastaya göğüs cerrahi tarafından sol alt lobektomi operasyonu yapıldı. Hastanın patoloji sonucu yüksek dereceli fetal adenokarsinom olarak geldi. Hasta adjuvan kemoterapi için onkolojiye yönlendirildi.

Resim 1



Tartışma-Sonuç: Akciğerin fetaladenokarsinomu (FLAC), nadir görülen malign bir akciğer tümörüdür ve tüm pulmoner neoplazmaların %0,1 ila %0,5'ini oluşturur. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2015 sınıflandırmasında FLAC, farklı klinikopatolojik özelliklerine göre ayrıca düşük dereceli fetal akciğer adenokarsinomu (LG-FLAC) ve yüksek dereceli fetal akciğer adenokarsinomu (HG-FLAC) olarak sınıflandırıldı. LG-FLAC, sigara içmeyen genç kadınlarda ortaya çıkma eğilimindedir ve yaşamın dördüncü on yılında en yüksek insidansa sahipken, HG-FLAC yaşlı erkek sigara içenlerde daha sık görülür. Operabl SCC olarak değerlendirilip, postop FLAC tanısı alıp kemoterapiye yönlendirilen olgumuzu nadir bir vaka olması nedeniyle sunduk.

Anahtar Kelimeler: Fetal Adenokarsinom, Akciğer Kanseri

**PS-136 Neoadjuvan Nivolumab + Kemoterapi Sonrası Patolojik Tam Yanıt**

Şebnem Dursun¹, Samed Baloğlu¹, Gökhan Kocaman¹, Mehmet Ali Şendur², Yusuf Kahya¹, Ayten Kayı Cangır¹

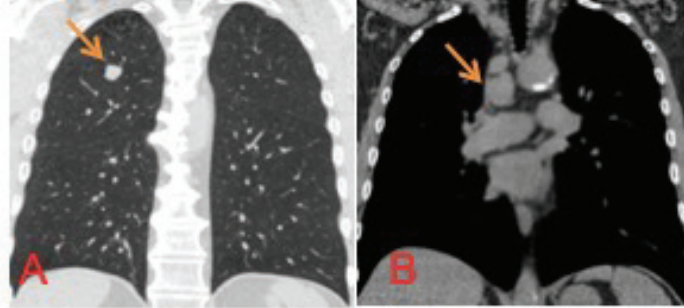
¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

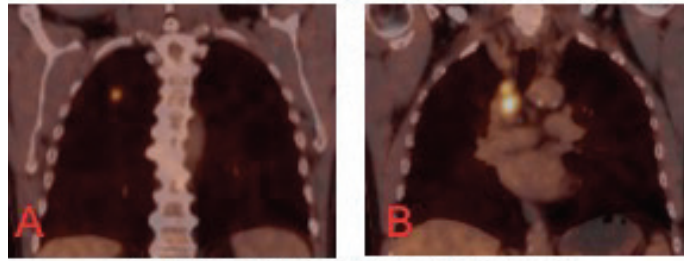
Giriş-Amaç: Küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastalarda N2 hastalık varlığında neoadjuvan tedavileri içeren multimodal yaklaşımın sağkalımı arttırdığı bilinmektedir. Rezeke edilebilir KHDAK'da neoadjuvan nivolumab + kemoterapi (KT) kombinasyonun patolojik tam yanıt ve olaysız sağkalım ("event-free survival") oranı açısından yalnız KT içeren protokollere göre daha iyi sonuçları olduğu randomize çalışmalar ile gösterilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen veriler ışığında kliniğimizde neoadjuvan nivolumab + KT sonrası cerrahi uyguladığımız bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli dokuz yaş erkek hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ akciğer üst lobta 15x13 mm boyutlu malign şüpheli nodül ve sağ paratrakeal alanda kısa çapı 2 cm olan lenf nodu (4R LN) raporlanmış çekilen 18F-FDG PET-BT'de nodülde SUVmax 3,8, 4R LN'da SUVmax 6,6 tutulum saptanmıştır. EBUS/TBNA ile 4R LN örneklenmiş ve adenokarsinoma olarak sonuçlanmıştır. Mevcut haliyle cT1N2M0 KHDAK olan hastaya multidisipliner tümör konseyi önerisiyle 3 kür neoadjuvan nivolumab + kemoterapi (Sisplatin + Pemetreksed) başlanmıştır. Neoadjuvan tedavi sonrası yeniden evrelenen hastanın toraks BT'sinde nodül ve 4R LN'de regresyon raporlanmıştır. 18F-FDG PETBT'de nodulde ve 4R LN'de patolojik tutulum saptanmamıştır. Hastaya sağ VATS ile üst lobektomi ve sistematik medias-tinal lenf bezi diseksiyonu uygulandı. Hastanın patoloji sonucu; malignite açısından negatif 4R LN ve rezidü tümör dokusu içermeyen fibrotik 8 mm tümör yatağı olarak raporlandı. Medikal onkolojiye konsulte edilen hastaya adjuvan 1 kür KT + nivolumab sonrası toplam 6 ay süre ile nivolumab tedavisi verilmesi planlandı.

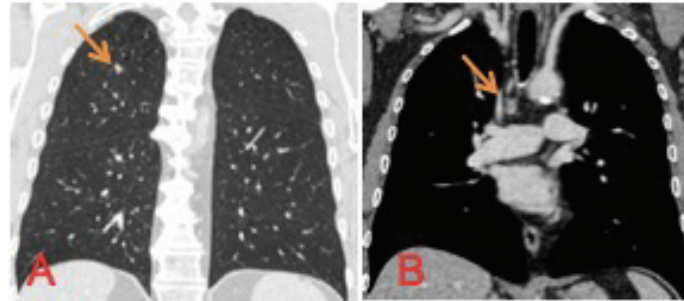
Neoadjuvan tedavi öncesi ve sonrası nodül ve 4R LN



Resim 1. Neoadjuvan nivolumab+KT öncesi Toraks BT kesitlerinde **nodül** (A) ve 4R LN (B)



Resim 2. Neoadjuvan nivolumab+KT öncesi 18F-FDG PET-BT kesitlerinde **nodül** (A) ve 4R LN (B)



Resim 3. Neoadjuvan nivolumab+KT sonrasında Toraks BT kesitlerinde **nodül** (A) ve 4R LN (B)

Tartışma-Sonuç: Lokal ileri ve metastatik KHDAK hastalarında immunoterapi ve hedefe yönelik tedaviler ile sağkalm avantajı sağlanması üzerine bu tedavilerin rezeke edilebilir KHDAK'de de uygulanabilirliğine yönelik araştırmalar devam etmektedir. Faz III CheckMate 816 çalışması neoadjuvan nivolumab + KT'nin etkinliği gösteren tek randomize çalışmadır. Bu çalışmanın sonuçları ile benzer şekilde sunduğumuz olguda da neoadjuvan nivolumab + KT sonrası klinik ve patolojik tam yanıt sağlanmıştır. Yakın gelecekte immunoterapinin neoadjuvan kullanımının tedavi protokollerinde daha fazla yer alacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Immunoterapi, Kemoterapi, Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri, Patolojik Tam Yanıt, Nivolumab



PS-137 Kombine Küçük Hücreli Akciğer Karsinomuna Eşlik Eden Tüberküloz Lenfadenit: Olgu Sunumu

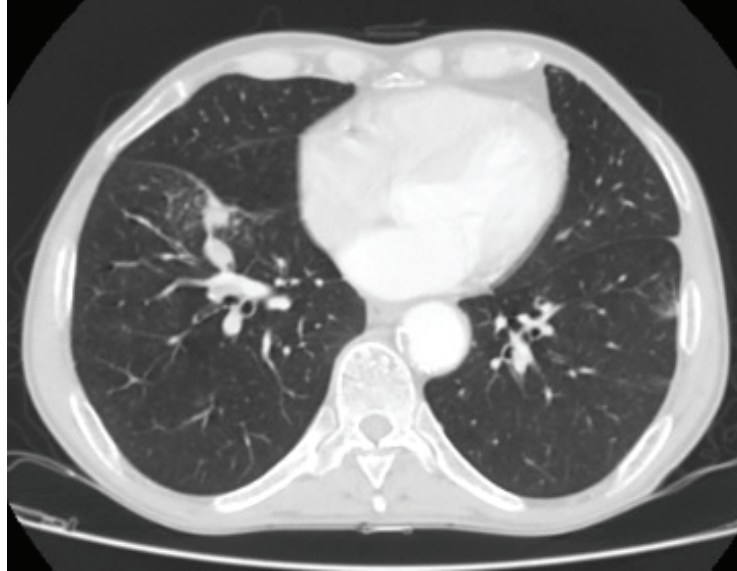
Mahmut Yıldız¹, İlyas Konuş¹, Metin Çelik¹, Edip Dedeoğlu¹, Orhan Kızılelma¹, Deniz Akelma¹, Muhammed Sami Basmacı¹, Serdar Onat¹, Refik Ülkü¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri, tüm dünyada hem kadınlar hem de erkeklerde kansere bağlı ölüm sebeplerinin başında yer alır. Küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK), tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık %15'ini oluşturur. (1-4) Kombine küçük hücreli akciğer kanseri, hem de küçük hücreli dışı akciğer kanserinin bileşenlerini içeren küçük hücreli akciğer kanserinin bir alt tipidir. (5,6) Akciğer kanserine, eş zamanlı olarak akciğer veya akciğer dışı birçok hastalık eşlik edebilir. Tüberküloz lenfadenit sık görülen bir primer tüberküloz tipidir ve normal popülasyona göre akciğer kanseri ile birlikte görülme oranı 2,5-9 kattır. (7) Biz de kliniğimizde kombine küçük hücreli akciğer kanseri ile birlikte görülen tüberküloz lenfadenit olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kilo kaybı nedeniyle hastanemize başvuran 67 yaşında erkek hasta. 30 paket/yıl sigara içme öyküsü mevcut. Hastanın akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda opasiter lezyon izlenmesi üzerine hastaya çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT)'de sağ akciğer alt lobta kitle lezyonu ve mediastinal lenfadenopati izlenmiş. Göğüs hastalıkları tarafından hastaya fiberoptik bronkoskopi (FOB) ve endobronşiyal ultrasonografi (EBUS) yapılmış. Sağ akciğer alt lob anterobazal segment bronş ağzını total tıkayan endobronşiyal lezyondan (Resim 1) ve subkarinal lenf nodundan biyopsiler alınmış. Endobronşiyal lezyondan alınan biyopsi sonucu; küçük hücreli dışı akciğer karsinomu (primer pulmoner adenokarsinom) lehine olarak sonuçlandı. Subkarinal lenf nodundan alınan biyopsi sonucu non-diagnostik olarak sonuçlandı. Hastaya sağ alt lobektomi planıyla operasyon planlandı. Yapılan mediastinoskopiye sağ üst ve alt paratrakeal lenf nodundan biyopsiler alındı. Frozen-section sonucunun malign olması üzerine hasta inoprabl kabul edildi. Sağ üst paratrakeal lenf nodundan alınan biyopsi sonucu küçük hücreli akciğer karsinomu lehine. Sağ alt paratrakeal lenf nodundan alınan biyopsi sonucu kazeifiye nekrotizan granülomatöz lenfadenit olarak sonuçlandı. Hastaya kombine küçük hücreli akciğer karsinomu ve tüberküloz lenfadenit tanısıyla definitif kemoradyoterapi ve dörtlü anti-tüberküloz tedavi kararı alındı. Hastanın daha sonra yapılan takiplerinde tedavi başladıktan 6 ay sonra miyokard enfarktüsü nedeniyle exitus olduğu tespit edildi.

Resim 1



Sağ akciğer alt lob anterobazal segment bronşunu total tıkayan endobronşiyal lezyonun Toraks BT görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Kombine tip küçük hücreli akciğer kanseri nadir bir antite olup, tüm akciğer kanserli olguların %1-3'ünü oluşturur (8-11). Tüberküloz lenfadenitise sıklıkla supraklavikuler, servikal ve baş bölgesi lenf nodlarında rastlanır. Mediastinal ve hiler bölgede görülen tüberküloz lenfadenit, erişkinlerde nadirken, çocuk ve primer pulmoner tüberküloz'da sık görülür. Özellikle de sağ paratrakeal ve sağ hiler lenf bezlerinde daha yüksek oranda eşlik etmektedir. Tüberküloz lenfadenitin non-invaziv ve invaziv evrelemedeki yeri çok önemlidir. PET-BT (Pozitron Emisyon Tomografisi – Bilgisayarlı Tomografi) 'de yanlış pozitiflik verir, bu nedenle mutlaka invazif metotlarla değerlendirilmelidir. Lenfadenitteki aktif tüberküloz durumunu ise en iyi kazeifikasyon nekrozu göstermektedir, tüberküloz ve akciğer kanseri birlikteliğinde tedavi planlaması her iki hastalık için de önemlidir. Bizim olgumuzda da tanı sağ alt paratrakeal lenf nodundan alınan biyopsi ile konmuştu. Solak ve ark. bir çalışmasında on yıllık bir sürede 315 akciğer kanseri olgusu ele alınıp 16 tüberküloz lenfadenit (%5,1) tespit edilmiştir. Bu 16 tüberküloz lenfadenit ve akciğer kanserli olgunun %37,5'inde akciğer kanserine bağlı N2 pozitifliği saptanmıştır. (7) Sonuç olarak, zaten tek başına nadir bir durum olan kombine akciğer kanserine bir de tüberküloz lenfadenitin eşlik etmesi çok sık görülen bir durum değildir. Fakat ülkemiz gibi tüberkülozun halen çok sık görüldüğü ülkelerde görülme oranı normal popülasyona göre yüksektir. Bu durum PET-BT'de yanlış pozitifliğe sebep olduğundan hastaların mutlaka invaziv metotlar açısından değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Karsinomu, Tüberküloz, Lenfadenit, Mediastinoskopi, Kombine Küçük Hücreli



PS-138 İki Primer Akciğer Tümörünün Senkron Birlikteliği

Ali Kıracı¹, Ayşegül Erinç¹, Filiz Koşar¹

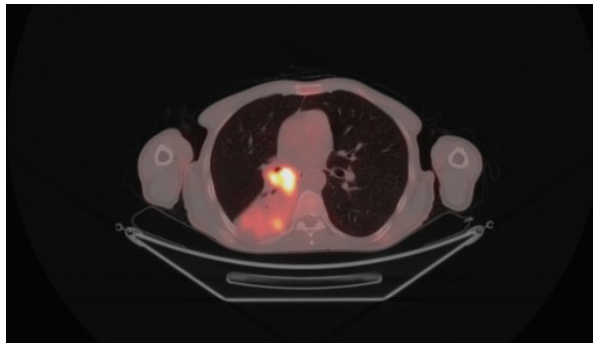
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Çoklu senkron primer bronşiyal tümörler, aynı anda keşfedilen bronkopulmoner kökenli farklı tümörler olarak tanımlanır ve bu tümörlerin her biri farklı bir histolojiye sahiptir (1). Bu senkron tümörler, insidansı %0,2 ile %8 arasında değişen çok nadir bir antiteyi temsil eder (2). Küçük hücreli karsinom ve küçük hücreli dışı karsinomun eş zamanlı tanısını alan hastamızı sunmaktayız.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta. Bilinen psikotik bozukluk dışında bir hastalığı yok. Zuklopentiksol ve ketiapin kullanmakta. 50 p/y sigara içme öyküsü mevcut. 2023 Mayıs ayında 1 haftadır olan halsizlik, ateş, öksürük, balgam çıkarma şikayeti ile hastane aciline başvurdu. PA Akciğer grafisinde sağ alt zonda konsolidasyon olan ve akut faz reaktanları yüksek olan hastaya pnömoni ön tanısı ile klaritromisin ve sefiksime reçete edilerek 1 hafta sonra kontrole çağrıldı. Hastanın kontrol grafisinde progresyon olması üzerine toraks bt çekildi. Toraks bt de sağ ac de üst orta lobda konsolide alan ve atelektazi birlikteliği nedeni ile malignite ve obstruktif pnömoni ön tanıları ile interne edildi. Bronkoskopi yapılan hastada "Sağ ana bronş normal, üst lob apikal segment mukozal infiltrasyon nedeniyle tıkalı, anterior ve posterior açık, intermedier bronşa girildiği zaman üzeri kısmen nekroz içeren vegetan lezyon ile tamamen tıkalı, distale geçilemiyor" olarak görüldü. 1)İntermedierdeki lezyondan biopsi 2) Sağ üst lob posteriordan biopsi 3) İntermedierden lavaj örnekleri alındı. Pet BT çekilen hasta görüntü ve patoloji raporları ile gelmek üzere taburcu edildi.2 hafta sonra patoloji sonucu ile gelen hastanın sonucu: "A-Sağ akciğer üst lobdan bronkoskopik biopsi: Küçük hücreli karsinom B-Sağ akciğer intermedier lobdan bronkoskopik biopsi: Küçük hücreli dışı karsinom (Skuamöz hücreli karsinom) C-Sağ akciğer intermedierden bronş lavajı, yayma+hücre bloğu: Yüksek dereceli skuamöz hücreli karsinom" olarak raporlandı.Pet bt raporu: "Sağ akciğer alt lob santral yerleşimli sağ ana bronş orta kesimini, intermedier bronşu, alt lob bronşunu ve orta lob bronşunu belirgin oblitere eden alt lobda post -obstruktif yoğun hipermetabolik enflamatuvar konsolidasyona yol açan, heterojen yoğun hipermetabolizmanın eşlik ettiği primer akciğer malignitesi ile uyumlu kitlesel lezyon ile sağ hiler alanda üst lob bronşu komşuluğunda çok yoğun hipermetabolik metastatik birkaç odakta LAP izlenmiştir." olarak raporlandı.

Tartışma-Sonuç: Çoklu akciğer tümörleri senkron (aynı anda teşhis edilen) veya metakron (farklı zamanlarda teşhis edilen) olabilir. Bazen primer bronş tümörleri ile sekonder metastatik lezyonlar arasındaki ayrım zordur ve patolojiler için büyük bir zorluk teşkil eder, ancak tanı, tedavi ve prognostik yönetimdeki farklılık göz önüne alındığında, bu ayrım önemini korumaktadır. Görüntüleme tekniklerinin ve diğer tanı yöntemlerinin gelişmesine bağlı olarak senkron bronş tümörlerinin görülme sıklığı artmaktadır. Biz de tedavi protokolleri farklı olan iki primer akciğer kanseri birlikteliğini vurgulamaktayız.

PET BT



Anahtar Kelimeler: Senkron Tümör, Küçük Hücreli Akciğer Kanseri, Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanseri

PS-139 İntratorasik Uzanım Gösteren Brakial Pleksus Schwannomu Olgusunda VATS Yaklaşımı

Tuba Şahinoğlu¹, Atilla Can¹, Halil Şen¹, Derya Özer², Hüseyin Yıldırım¹

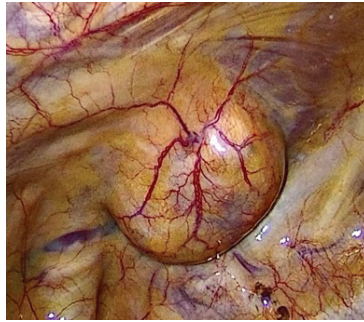
¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Brakial pleksustan kaynaklanan schwannomalar, periferik sinirleri etkileyen Schwann hücrelerinden kaynaklanan nadir sinir kılıfı tümörleridir. Brakial pleksus schwannomaları, brakial pleksustan kaynaklanan vakaların %5'ini oluşturarak nadirliği ve karmaşık anatomisi nedeniyle tanısız ve cerrahi zorluklar oluşturabilir. Olgumuzda; sol kolda uyuşma şikayeti olan hastada, intratorasik uzanım gösteren brakial pleksus kaynaklı schwannomanın video yardımcı toraks cerrahisi (VATS) desteğiyle eksizyonunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 71 yaşında kadın hasta 2 yıldır sol kolda ağrı, uyuşma şikayeti olması üzerine başvurdu. Özgeçmişinde astım ve mevcut şikayetler nedeniyle bir yıl önce servikal disk hernisi operasyonu olduğu öğrenildi. Operasyondan sonra şikayetlerinde gerileme olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde sol üst ekstremitede kas gücü ve his kaybı gözlenmedi. Laboratuvar tetkikleri normal sınırlarda idi. Görüntüleme için çekilen PA akciğer grafisinde ve Toraks BT'de sol apikal lezyon tespit edildi. Hastaya yapılan VATS eksplorasyonda kupulada yerleşen, intratorasik uzanım gösteren kistik lezyon görüldü. Keskin ve künt disseksiyonlar ile intratorasik yerleşen kısım iyice serbestlendi. Lezyonun supraklavikular alana doğru devam etmesi üzerine vakaya Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları (KBB) ekibi dahil oldu. Sol supraklavikular bölgeye yaklaşık 7-8cmlik servikal-vertikal-j insizyon yapıldı. Eksplorasyonda kistik lezyonun brakial pleksus alt trunkusundan kaynaklandığı görüldü. Sinir dalları korunarak intratorasik kısmı serbestlenmiş olan kistin cidarı eksize edildi. Nörostimülatör yardımıyla frenik sinir, brakial pleksus ve kitlenin kaynaklandığı alt trunkus dallarının intakt olduğu teyit edildi. Postoperatif servis takibinde ek sıkıntısı olmayan hasta 4. günde taburcu edildi. Hastanın patolojisi schwannom derece 1 olarak raporlandı. Poliklinik kontrollerinde sol üst ekstremitede uyuşukluk şikayeti olması nedeniyle elektromiyografi (EMG) yapıldı. Yapılan EMG'de komplet sol aksuar sinir aksonal nöropatisi ve inkomplet orta-ağır şiddette aksonal tipte alt trunkus aksonal pleksopatisi tespit edilmesi üzerine Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon bölümünce fizyoterapi ve medikal tedavi başlandı.

Brakial Pleksus Schwannomunun intratorasik yerleşimi



Lezyonun VATS görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Brakial pleksus schwannomaları benign lezyonlardır. Bazen oluşturduğu semptomlardan dolayı farklı hastalıkları taklit ederek tanısız zorluklar doğurur. Doğru tanı klinik değerlendirmeyi, görüntülemeyi ve bazen biyopsiyi içerir. Sinirleri koruyarak yapılacak cerrahi rezeksiyon birincil tedavi yöntemidir. Minimal invazif bir alternatif olan VATS'ın bu vakada etkili olduğu, iyileşme süresini kısalttığı ve hasta memnuniyetini arttırdığı görülmüştür. İntratorasik uzanan brakial pleksus tümörlerinde göğüs cerrahisini de içeren multidisipliner yaklaşım, optimal tedavi için çok önemlidir. İntratorasik yerleşen brakial pleksus schwannomalarında VATS kullanımı hasta ve cerrah açısından hem peroperatif hem postoperatif dönemde konfor sağlayacaktır. Bu nadir tümörlerin yönetimine yönelik stratejilerin geliştirilmesinde ve sonuçta hasta bakımının iyileştirilmesinde, gerektiğinde multidisipliner yaklaşımların uygulanabilirliği ve VATS'ın intratorasik uzanım gösteren servikal kaynaklı lezyonlarda da kullanılabileceği akıldan çıkmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Brakial Pleksus Schwannomu, VATS, İntratorasik Uzanım Gösteren Servikal Lezyon



PS-140 Buzlu Cam Dansitelerinde Malignite: Bir Olgu Nedeniyle

Çiğdem Sabancı¹, Sida Gösterici¹, İnanç Yazıcı², Mustafa Vedat Doğru², Hülya Abalı¹, Fatma Tokgöz Akylı¹

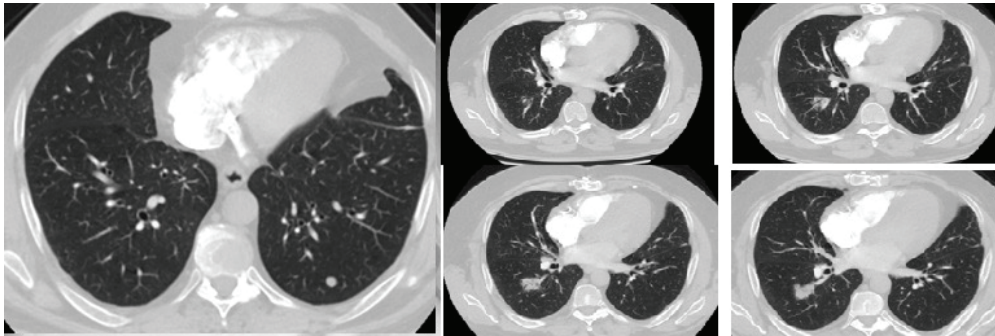
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Cerrahisi

Giriş-Amaç: Buzlu cam dansitesinde lezyonlarda şekil, sınırlar, iç yapı karakteristikleri, komşu yapılar ile ilişkileri önemlidir. Bildirilen serilerde belirgin sınır bulunması, spiküle kontür, plevral identasyon, hava bronkogramı veya hava boşluğu içerme gibi özelliklerin malignite potansiyeli taşıdığı raporlanmıştır.

Olgu: Elli dört yaşında erkek hasta akciğerde nodüler lezyon için takip ve görüş amacıyla polikliniğimize başvurdu. Şoför olarak çalışmakta ve beş paket/yıl sigara öyküsü bulunmaktaydı. Hastanın sol alt lobda bir yıldır takipli olduğu nodülün dışında sağ alt lob superior segmentte irregüler, minimal hava bronkogramı de içeren buzlu cam dansitesinde opasite izlenmekteydi (Resim 1). İki kez pnömoni olarak değerlendirilerek antibiyoterapi kullanan hastanın yeniden bilgisayarlı tomografisi istenerek her iki lezyonun sebat ettiği görüldü. Sağ alt lobdaki lezyon için PET-BT istendi, sağ alt lobdaki semisolid 27,5 mm lezyonda suvMAX:5,0 sol alt lobdaki 7,5 mm nodül hamartom lehine raporlandı. Bronkoskopisinde endobronşial değerlendirmesi normal olan ve 6. segment fırça biyopsisi inflamatuvar hücreler olarak raporlanan hastaya operasyon planlandı. Frozen incelemesi malign olarak yorumlanarak sağ alt lobektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulanan hasta 3*2*2 cm boyutunda invaziv münöz adenokarsinom T1cN0M0 olarak evrelenen hasta takibe alındı.

Resim 1



Tartışma-Sonuç: Buzlu cam dansitesinde irregüler, hava bronkogramı içeren lezyonlar raporlarda pnömoni lehine raporlanabilir ve antibiyotik tedavi verildikten sonra radyolojik takip gereği unutulmamalıdır.

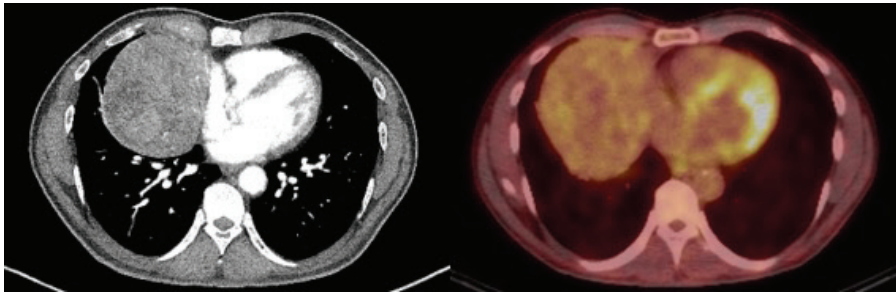
Anahtar Kelimeler: Adenokarsinom, Nodül, Akciğer Kanseri

PS-141 Bifazik Malign Tümör mü, Dev Bir Timoma mı?Şükriye Öner¹, Hülya Dirol¹¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Anterior mediastende yer alan timus bezi, bağışıklık sisteminde önemli bir rol oynar. Timik epitelyal hücreler, hücrel bağışıklıkta görev alan olgun T lenfositlerin gelişmesinde görevlidir. Anterior mediastinal tümörlerin neredeyse tamamını timik tümörler oluşturmaktadır. Timoma ve timik karsinoma timik epitelyumdan köken alıp en sık görülen tipleridir. Timomalar neoplastik epitel hücreleri tarafından oluşturulan immatür T-hücreleri ile ilgilidir ve normal timus dokusunun özelliklerini taşır. Buna karşılık timik karsinomalar ise, baş, boyun ve akciğerdeki tümörlere benzer ve T-hücreleri ile ilgisi yoktur. Diğer timik epitelyal tümörlerle karşılaştırıldığında, timik karsinomların prognozu oldukça kötüdür. Timoma ve timik karsinomalar farklı sistemlere göre sınıflandırılırlar. Tümörün bulunduğu lokalizasyona bağlı olarak semptomlar değişebilir. Akciğer grafisi, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG), pozitron emisyon BT(PET-BT) sıklıkla kullanılan görüntüleme yöntemleridir. Patolojik tanı için ince iğne aspirasyon biyopsisi ve cerrahi prosedürler; tedavide ise cerrahi, kemoterapi, radyoterapi veya multimodalite tedaviler kullanılabilir.

Olgu: 58 yaş erkek, şoförlük yapmakta, bilinen hastalığı olmayan, 2 yıldır nefes darlığı, 3 aydır öksürük ve yeşil renkli balgamı olan hasta dış merkezden toraks BT'sinde kitle görüldüğü belirtilerek yönlendirilmiş. Yirmi paket/yıl sigara öyküsü olan hastanın BT'sinde mediastende patolojik boyutta lenf nodu izlenmedi. Sağ parakardiyal alanda, aksiyelde en büyük boyutu 11,5x9 cm olan, heterojen kontrastlanan yumuşak doku dansitesinde lezyon izlendi. Lezyon vena kava inferiorun sağ atriuma giriş yerindeydi. Sağ atrium anrikulisi ve sağ atrium ile yakın komşuluğu mevcuttu, sağ atriuma bası izlendi ancak vasküler yapılar ile aradaki planın ağırlıklı olarak korunduğu görüldü. PET-BT'de ise sağ parakardiyal alanda, sağ orta lob ve sağ alt lob anterior segmentte devam eden, inferior kesimde ise diyafragmatik yüzeye oturan, inferiora karaciğere indente, sağ atrium ile arasında net yağ planı izlenmeyen, yaklaşık 115x90x100 mm boyutlu, heterojen aktiviteli maligniteyi düşündüren (SUV max 4.7) yumuşak doku lezyonu izlendi ve PET-BT'de mevcut lezyondan başka patolojik aktiviteli tutulum izlenmedi. Sonrasında kitleye perkütan kor biyopsi yapıldı. Yapılan biyopsi sonucunda olguda kötü diferansiye malign epitelyal tümör düşünülmekle birlikte bifazik malign tümör ekarte edilemedi. Kesin tanı için patoloji tarafından kitlenin total eksizyon sonrası histopatolojik incelenmesi önerildi. Göğüs cerrahisi tarafından kitle eksizyonu yapıldı, patoloji sonucu Tip AB Timoma ile uyumlu olarak raporlandı. Kapsül invazyonu izlenmeyen cerrahi sınırlar negatif olan hastada onkoloji tarafından 3 aylık aralarla BT ile takip edilmesi kararı alındı. Hasta yaklaşık 1 yıldır takip edilmekte olup takiplerinde nüks gelişmedi.

BT ve PET- BT görüntüleri



Tartışma-Sonuç: Hastamızı göğüs cerrahisi görüntülemelerle değerlendirdiğinde, lezyonun diğer anatomik yapılarla arasındaki plan net seçilemediği için inop olarak değerlendirilerek perkütan biyopsi önerdi. Biyopsinin patoloji sonucunda malign epitelyal tümör düşünüldü ancak bifazik malign tümör ekarte edilemedi. Patoloji tarafından total eksizyon önerildi. Radyolojide sınırları çok düzgün izlenen büyük lezyonun patoloji sonucuyla uyuşmaması nedeniyle hasta tekrar göğüs cerrahisi tarafından değerlendirilerek opere edildi. Cerrahi sonucunda total eksizyon yapılan, cerrahi sınırları negatif olan lezyonun patoloji sonucunun timoma olduğu görüldü. Sonuç olarak; timoma ve timik karsinomun prognoz, takip ve tedavilerinde farklılıklar bulunmaktadır. Kesin tanı patoloji sonucuyla konulmaktadır. Hastamız, cerrahi sonrasında şu ana kadar olan bir yıllık takibinde nüks gelişmeden normal yaşamına devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Timoma, Timik Karsinom, Malign Epitelyal Tümör



PS-142 Vena Kava Süperior Sendromundan Kaçamayan Hasta; Önce Lenfadenopati Basısı Sonra İntravasküler Trombus

Rabia Özdemir¹, Selvi Aşkar¹

¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi

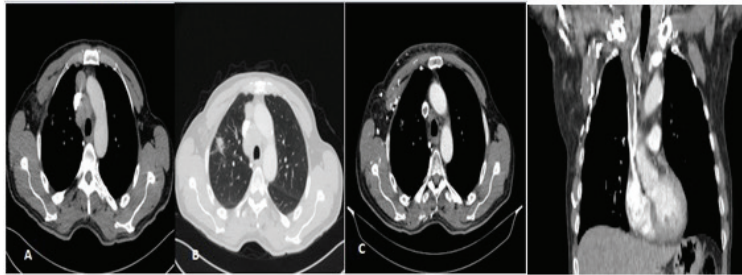
Giriş-Amaç: Vena kava süperior sendromu (VKSS), vena kava süperior (VKS) içerisine oluşan obstrüksiyon sonrası kanın sağ atriüme boşalması problem olması ve sonrasında vücudun üst kısmında (baş, boyun, üst göğüs) şişmeye, ağrıya ve yutma güçlüğü gibi diğer semptomlara yol açan klinik bir durumdur. Obstrüksiyon dıştan bası nedeniyle oluşabileceği gibi, intravasküler (tümör, trombüs gibi) patolojiler nedeniyle de ortaya çıkabilir. İntratorasik maligniteler VKSS'li hastaların %60-85'inden sorumludur. Dıştan lenf nodu basısı sonrası VKSS gelişen daha sonraki takiplerinde ise intravasküler trombose bağlı VKSS gelişen bir olgunun sunulması planlandı.

Olgu: 58 yaşında erkek hasta göğüs hastalıkları polikliniğine öksürük, yutma güçlüğü ve boyunda şişlik şikayeti ile başvurdu. 50 paket/yıl sigara hikayesi olan hastanın fizik muayenesinde boyun venöz dolgunluğu saptandı. Akciğer grafisinde sağ hiler dolgunluk saptandı (resim 1). Bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde paratrakeal, medastinal ve hiler lenf bezleri ile birlikte sağ akciğer santral kesimde ve üst lob anteriorda peribronşial kılıflanmada artış ve 20*27 mm ebatlı düzensiz sınırlı, hava bronkogramları içeren kitle-lezyon izlenmektedir. (Resim 2A, Resim 2B,). Hastaya EBUS yapıldı. Adenokanser tanısı alan hastaya kemoradyoterapi, kortikosteroid, diüretik başlandı. Dramatik yanıt alınan hastanın 3. ayında tekrar boyunda şişme ve öksürük şikayeti olunca çekilen Bilgisayarlı tomografisinde sağ subklavian venden sağ juguler ven ve venakava süperiore uzanan trombüs saptandı (resim 2C resim 2D). Antitrombotik tedavi eklendi.

Resim



Resim-1



Resim 2A

Resim 2B

Resim 2C

Resim 2D

Tartışma-Sonuç: Akciğer kanseri hastalarında vasküler yapılara bağlı dıştan bası beklenen bir durum olsada ek olarak damar içerisinde basıya bağlı, maligniteye veya radyoterapi hasarına bağlı oluşabilecek trombuslar göz ardı edilmemelidir. Kemoradyoterapiye mutlaka antikoagulan tedavi eklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Superior Vena Cava Sendromu, Trombüs, Akciğer CA

PS-143 Myastenia Gravis Düşündüren Teratom

Zeki Oğuzhan Bayraklı¹, Bekir Sami Karapolat¹, Serkan Özden¹

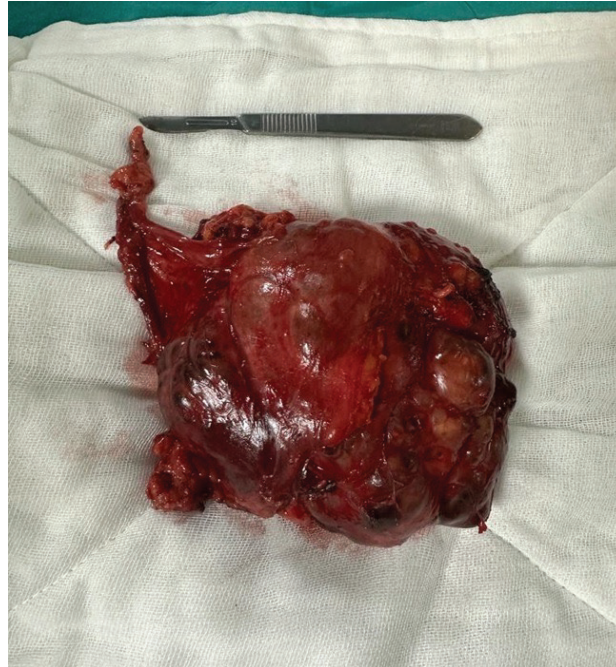
¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş-Amaç: Teratom farklı doku türlerini içeren nadir görülen ve germ hücreli tümörlerin bir alt türüdür. Vücutta yaygın olarak yumurtalıklarda, testislerde ve kuyruk sokumu kemiğinde gölümekle beraber mediasten, retroperiton ve beyin-omurilikte de gelişebilir. Benign veya malign olabilirler. Tedavileri cerrahi rezeksiyondur.

Olgu: 69 yaş kadın bilinen dm ve kardiyak artımı olan olgu dış merkeze rutin sağlık kontrolü için başvurdu. Akciğer grafisinde şüpheli görüntü saptanması üzerine toraks bt istendi. Toraks bt de sol akciğer üst lob düzeyinde 115*55 mm boyutunda, anterior mediastene doğru uzanan, içerisinde milimetrik kalsifikasyonlar içeren kitle lezyonu izlendi ve tarafımıza yönlendirildi. Fizik muayenede sol hemitoraksta solunum sesleri azalmıştı. Yorgunluk, güçsüzlük, göz kapağında düşme gibi ek şikayetleri olan olgu nörolojiye konsülte edildi. Myastenia gravis düşünülmedi. Olguya tarafımızca eksizyonel biyopsi kararı alındı. Olguya posterolateral torakotomi ile mediastinel kitle eksizyonu uygulandı. Olgu post operatif 3. Gününde komplikasyonsuz taburcu edildi. Patoloji raporu matür teratom ile uyumlu gelip cerrahi sınırlar intakt olarak sonuçlandı. Olguya tarafımızca ek tedavi önerilmedi. 3 aylık radyolojik takiplerinde patolojik duruma rastlanmadı.

Tartışma-Sonuç: Ön mediastinal kitlelerde yorgunluk ve güçsüzlük gibi semptomlar akla myastenia gravis ve timoma birlikteliğini getirebileceği gibi semptomlar hastalığa spesifik olmayabilir. Görüntülemelerde heterojen yapıda olması ve kalsifikasyonlar içermesi durumunda teratom ihtimali akılda tutulmalıdır.

Dev kitlenin eksizyon sonrası görüntüsü



Anahtar Kelimeler: Teratom, Matür Teratom, Myastenia Gravis



PS-144 Özofagorespiratuar fistüller

Onur Metin Atasel¹, Erhan Oğur¹, Şeyma Başlılar¹, Bengü Şaylan¹, Gökçe Külâh²

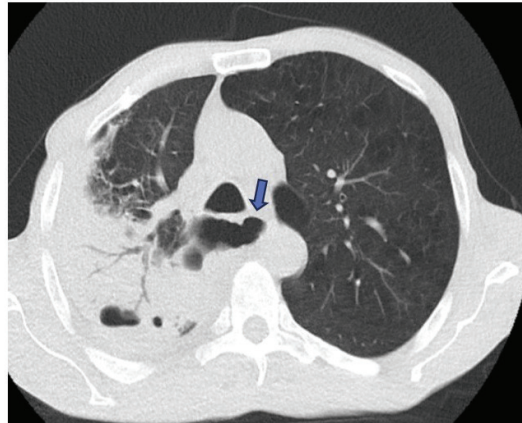
¹Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi

²Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Özofagorespiratuar fistüller oldukça nadir görülen, ösofagus ve solunum yolları arasındaki anormal bağlantılardır. Klinikte tekrarlayan, ciddi pnömoni ile prezente olabilirler. Nekrotizan pnömoni tanısı ile tedavi edilen ve altta yatan neden olarak özofagopulmoner fistül tespit edilen hastamızı hayatı tehdit edebilecek bu edinsel anomalinin önemine dikkat çekmek amacı ile sunuyoruz.

Olgu: 64 Yaşında erkek hasta. 3 haftadır sağda daha fazla olan sırt ağrısı, ara ara öksürük ve siyah balgam çıkarma şikayeti ile başvurdu. Bilinen kronik hastalığı veya geçirilmiş akciğer hastalığı yoktu. 88 paket.yıl sigara kullanımı mevcuttu. Muayenesinde skleralar ikterik, ateş:37,5 derece, SpO2: %95, sağ infraskapular raller mevcuttu. 3 gün önce çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) “Sağ akciğer alt lob superior segment ve üst lobda yaygın konsolidasyon, apikal kesimde 75mm kaviter lezyon, yaygın buzlu cam görünümüleri mevcuttu. Kliniğe yatırılan hastaya nekrotizan pnömoni/tüberküloz ön tanıları ile ampicilin+sulbaktam başlandı. Balgamda ARB görülmedi, kan kültüründe gram pozitif üreme saptandı, tedaviye klaritromisin eklendi. Malignite ve tüberküloz açısından tetkik amcı ile bronkoskopi yapıldı, sağ akciğer üst lob bronş biyopsisinde “P40 + skuamöz hücreli karsinom” tespit edildi, antibiyotik sonrası kontrol toraks bt “Özofagus orta kesimi sağ lateral duvarında yaklaşık 4.5cm lik defekt izlenmiş olup, bu defekt aracılığıyla sağ akciğer kavitasyonu fistülize görünümündedir (özefagopulmoner fistül” şeklinde raporlandı. Yapılan endoskopide özefagus 25. cmde yaklaşık 4.5 -5 cm büyüklüğünde fistül alanı izlendi ve gastroenteroloji tarafından defekt alanının büyük olması nedeniyle primer cerrahi onarım önerildi.

Özofagorespiratuar fistül



Resim : özefagopulmoner fistül (mavi ok : özofagus)

Toraks bt’de özefagopulmoner fistülün transvers kesit görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Özofagorespiratuar fistüller trakea-özofagus, bronş-özofagus, trakea-bronş-özofagus ve özofagus-akciğer parankimi arasında olabilir. Solunum yollarının duvar bütünlüğünün bozulması nadiren konjenital, genellikle edinsel ortaya çıkmaktadır. Rekürren aspirasyon pnömonisi, malnutrisyon ve ölüm gibi komplikasyonlara neden olabilir. Edinsel vakalarda altta yatan özofagus veya akciğer malignitesi açısından ileri araştırma yapılması gerekmektedir. Maligniteye bağlı gelişen özofagorespiratuar fistüller %92 oranında özofagus kanseri, %7 oranında bronkojenik kanserler ve daha az oranda da lenfoma gibi mediastinel kanserler, tiroid ve larenks karsinomları ile birlikte görülür. Erken tanı ve tedavinin yaşam kalitesi açısından önemi büyüktür. Hastanın yönetiminde göğüs cerrahisi, gastroenteroloji ve girişimsel pulmonolojiyi de içeren multidisipliner yaklaşım, malignite tetkiki ve defekt boyutuna göre cerrahi veya stent uygulaması ivedilikle yapılmalıdır. Hastamızda toraks bt ve endoskopi ile özofagopulmoner fistül tanısı konmuş, cerrahi onarım için ilgili kliniğe yönlendirilse de opere olamadan ex olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Özofagorespiratuar Fistül, Malignite, Bronkoskopi, Endoskopi

Poster Bildiri Oturumu 8: Yoğun Bakım

PS-145 Ekstrakorporal Sitokin Adsorber Tedavi Deneyimimiz

Fatih Necip Arıcı¹, Hüseyin Ali Öztürk¹

¹Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Sepsis, enfeksiyona karşı düzensiz konak yanıtının neden olduğu hayatı tehdit eden organ fonksiyon bozukluğu olarak tanımlanır ve en şiddetli durumu olan septik şok, kritik hastalarda ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan oldukça ölümcül bir durumdur. Erken septik şok ağırlıklı olarak dirençli hipotansiyonun sonucudur ve sepsis sendromunda abartılı immün yanıt sırasında aşırı derecede salınan yüksek sitokin seviyeleri, vasküler sistemin çökmesinde tamamlayıcı bir rol oynar. Uzun süreli hemodinamik instabilite, hayati organların iskemi/reperfüzyon ve hipoperfüzyonuna bağlı doku hasarı nedeniyle daha fazla inflamasyona neden olabilir. Sepsisli hastalarda kümülatif vazopresör yükünün yoğun bakım ünitesi mortalitesi, akut dolaşım yetmezliği, metabolik asidoz ve böbrek yetmezliği oluşumu ile ilişkili olduğu dikkate alınmalıdır. Böbrek yetmezliğini tedavi etmek için yaygın olarak kullanılan bir tekniği temsil eden hemofiltrasyon, şiddetli sepsis ve septik şok ortamında kapsamlı bir şekilde test edilmiştir. Çeşitli klinik çalışmalar, yüksek hacimli hemofiltrasyonun vazopressör gereksinimlerini azaltabileceğini hemodinamikleri ve laktat klirensini iyileştirebileceğini ileri sürmektedir. Bu bağlamda hemoadsorpsiyon yoluyla sitokin azaltımı sepsisin erken evresinde salınan proinflamatuvar ve antiinflamatuvar medyatörlerin aşırı sistemik seviyelerini azaltmak için geliştirilen kan saflaştırması için yeni bir konsepti temsil eder. Çeşitli klinik ve in vitro veriler, ekstrakorporeal sitokin adsorberi ile yapılan ek tedavinin toksik sitokin seviyelerinin etkili bir şekilde azaltılmasına ve septik çoklu organ yetmezliği olan hastalarda yararlı olabileceğini göstermiştir.

Gereç ve Yöntem: Kendi kliniğimizde takipli 3 vakayı retrospektif olarak hastane bilgi işleminden verilerini alarak inceledik.

Bulgular: Pnömo sepsis hasta 1, ilk olarak sepsis kolonu öncesi hastanemizde mevcut olan sitokin düzeyi yollanmış 65 pg/ml saptanmış olup, hastamız 2 mcg/kg/dk noradrenalin ve adrenalin 0,3 mcg/kg/dk'dan almaktaydı. Hastamızın 3.gün inotropları kesilmiş ve oksijen ihtiyacı azalma eğilimindeydi. Pnömo sepsis hasta 2, 0.5 mcg/kg/dk'dan noradrenalin almaktayken kurulan sepsis kolonu ile 5.günde inotrop ihtiyacı azalıp 7.günde inotrop ihtiyacı kalmayıp enfektif değerleri gerileme trendine girmiştir. Akut pankreatitli hastanın, bakılan bilgisayarlı tomografisinde nekrotizan bulgular saptanmayıp artan crp'nin önplanda sitokin aşırı salınmasına bağlı olabileceği düşünülüp hastaya sepsis kolonu kurulmuş ve hastanın 3.günde crp'si gerilemeye böbrek fonksiyon testleri düzelme trendine girmiştir.



İlk yoğun bakım kabul değerleri

ilk bakılan yoğunbakım tetkikleri	pnömösepsis hasta 1	pnömösepsis hasta 2	akut pankreatitli hasta
CRP(mg/l)	188	163	352
PROCALCİTONİN(ng/ml)	4,20	3,65	2,33
BEYAZ KÜRE(μ/L)	23000	18000	19000
ALANİN TRANSAMİNAZ(μ/L)	75	55	65
ÜRE(mg/dl)	120	23	55
KREATİNİN(mg/dl)	1,6	0,5	0,9
PLATELET(K/mm3)	52000	198000	545000

Tartışma-Sonuç: Septik bir olay sonrası çoklu organ yetmezliği immün düzensizlikten kaynaklanır. Bu sürecin araçlarının çoğu hemoperfüzyon yoluyla doğrudan adsorpsiyonla teorik olarak temizlenebilen hümorale faktörler olan sitokinlerdir. Endotoksin gibi spesifik molekülleri bağlayan veya teorik olarak proinflatuar medyatörlerin spesifik olmayan adsorpsiyonunu sağlayan cihazlar yoluyla hemoperfüzyon onlarca yıldır denenmiş ve değişken sonuçlarla incelenmiştir. Son zamanlarda teknolojik evrim biyobenzer ve muhtemelen daha verimli biyomateryaller nedeniyle adsorpsiyonun artan uygulamalarına yol açmıştır. Sonuç olarak bu alanda yeni endikasyonlar geliyor ve klinik kullanıma yönelik yeni araçlar her geçen gün artmaktadır. Herhangi bir yanetki ile karşılaşmadık ve hayvan modelinde açıklandığı gibi böbrek fonksiyonunda ve kalp-solunum fonksiyonunda bir iyileşme gözlemledik. Bu etki kısmen sitokin adsorpsiyon ile azalan sitokinler ve endotoksinlerle ilişkilidir. Bu sonuçların birçok sınırlamaya rağmen değerlendirilmesi gerekiyor. Bizde kliniğimizde HA330 Sepsis Adsorbsyonu kolonlarından kullandık. Farklı immunadsorbatif tedavilerin birbiri ile karşılaştırmalı çalışmaları artmalı, daha yüksek hasta sayıları ile randomize kontrollü çalışmalar artmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Sitokin, Hemoperfüzyon, Pankreatit, CRP

PS-146 Tip II Solunum Yetmezliğinde Ekstrakorporeal Karbondioksit Eliminasyonu (ECCO2R); Ne Zaman?

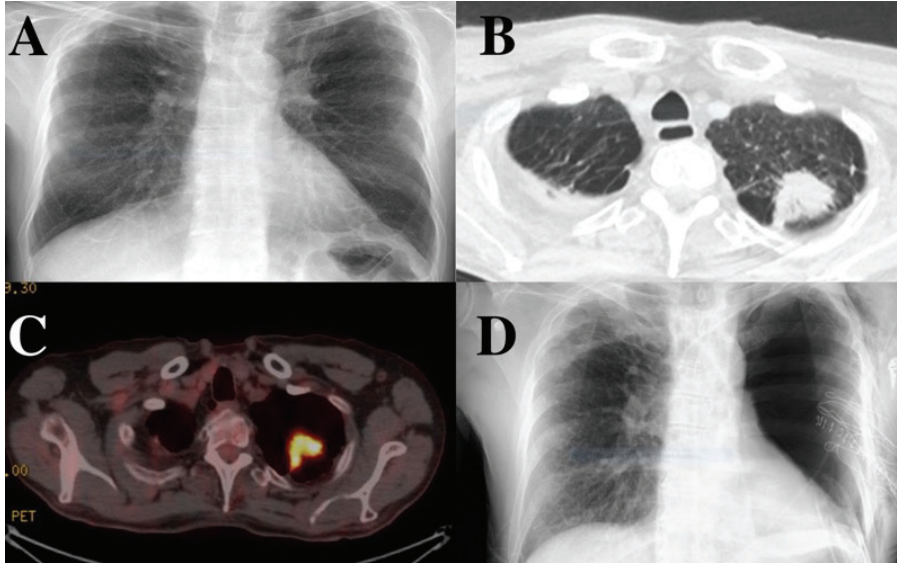
Selçuk Cincorop¹, Ahmet Oğuzhan Küçük¹, Mehtap Pehlivanlar Küçük¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yoğun Bakım Dalı, Trabzon

Giriş-Amaç: Teknolojideki son gelişmelerle birlikte, akut respiratuar distres sendromu (ARDS) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının şiddetli akut alevlenmeleri (ae-KOAH) olan hastalar, ekstrakorporeal CO₂ uzaklaştırmasından (ECCO₂R) yararlanabilir. Ancak, bu endikasyonlardaki mevcut kanıtlar sınırlıdır.

Olgu: KOAH ile takipli 60 yaşında erkek hasta 15 gündür olan sırt ağrısı ve öksürük şikayeti göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Çekilen akciğer grafisinde sol akciğer apekte şüpheli lezyon izlenmesi üzerine çekilen Toraks BT'sinde de sol akciğer üst lob posterior segmentte periferik yerleşimli düzensiz sınırlı lezyon, PET'de aynı bölgede plevraya invaze olarak değerlendirildi (Resim-1). Patoloji sonucu adenokarsinom olarak raporlandı ve sol pnömonektomi yapıldı. Ameliyat sonrası 2. günde ph:7.22, pCO₂ :77 olan hastanın hiperkarbisi BİPAP'a rağmen artarak devam etti ve entübe edildi. Etkin mekanik ventilasyona rağmen hiperkapnisi derinleşen hastaya 13 french katater açılarak ve hasta heparinize edilerek ECCO₂R (ekstrakorporeal karbondioksit eliminasyonu)'a alındı. ECCO₂R sırasındaki kan gazı seyri tablo-1 de verilmiştir. Bu sırada pnömوني nedeni ile antibiyoterapisi başlandı. Karbondioksit düzeyi düşme eğiliminde olan hasta kan gazları stabil bir şekilde ve istenen hedef aralığında 5 gün boyunca izlendi ancak sonrasında dirençli septik şok tablosu nedeni ile hasta tüm destek tedavilere rağmen kaybedildi.

Şekil-1: Radyolojik Görüntüler





Tablo-1: ECCO2R Sırasındaki Kan gazı Seyri

Kan gazı parametre	ECCO ₂ R Öncesi	ECCO2R Sonrası 2. saat	ECCO2R Sonrası 5. saat	ECCO2R Sonrası 10. saat	ECCO2R Sonrası 24. saat
pH	7,11	7,24	7,30	7,46	7,47
pCO ₂	151,4	88,9	82,4	56,6	56,2
pO ₂	169,6	230	150	90	70,7
HCO ₃	36,6	31,7	30,6	36,1	37,1

Tartışma-Sonuç: ECCO2R invaziv teknikle akut hiperkapnik solunum yetmezliği hastalarında ekstrakorporeal dolaşım ile düşük kan akımlarında hastalardan karbondioksitin uzaklaştırılması işlemidir. Şiddetli solunumsal asidozu ve KOAH akut alevlenmelerinde, non-invaziv ventilasyon yetmezliği riski taşıyan hastalarda entübasyonu önlemek için ECCO2R tedavisi uygulanabilir. İnvaziv ventilasyona ihtiyaç duyanlarda mekanik ventilasyondan ayrılmayı ve erken ekstübasyonu hızlandırmak için de kullanılabilir. Yeni ECCO2R cihazlarının düşük kan akımı ile çalışılabilmesinden ötürü hemodinamiyi bozacak etkileri azalmıştır. Aynı zamanda pulmoner hipertansiyon ve sağ ventrikül yükünü azaltırlar. Bizim olgumuzdaki gibi kısa dönem hedeflere ulaşılabilen bu yöntemin uzun dönem etkileri, KOAH tedavisindeki yeri ve kılavuzlara girmiş kesinleşmiş bir endikasyonu henüz tanımlanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Dirençli Hiperkarbi, Karbondioksit Eliminasyonu, ECCOR

PS-147 Postoperatif negatif basınçlı akciğer ödemi

Gülşah Ethemoglu¹, Emine Tosun¹, Rahime Yıldız¹

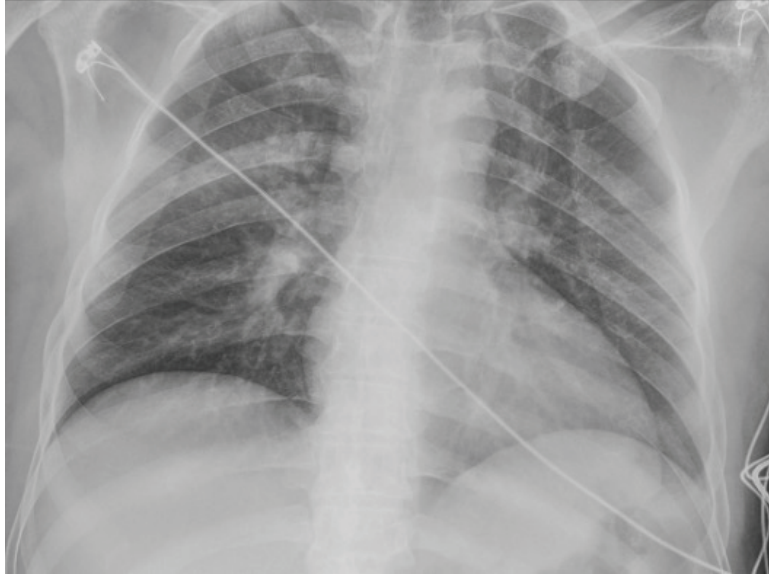
¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Operasyon sonrası istenen konsültasyonların en sık sebeplerinden biri postoperatif dispnedir. Aşırı sedasyon, sıvı yüklenmesi, akciğer ödemi, atelektazi, pulmoner tromboemboli nedeniyle ortaya çıkabilir. Negatif basınçlı akciğer ödemi (NBAÖ) postoperatif hipoksik dispnenin önemli ve nadir bir sebebidir.

Olgu: Otuz dokuz yaşında erkek hastada akut apandisit tanısı ile genel anestezi altında operasyon planlandı. Preoperatif değerlendirmede ASA I sınıfında idi. Hastanın sigara anamnezi, kronik hastalığı ve geçirilmiş cerrahi öyküsü bulunmamaktaydı. Ateşi 36.8°C, kalp hızı 90/dakika, kan basıncı 120/90 mm Hg, solunumu 20 /dakika ve oda havasındaki oksijen saturasyonu %98 idi. Hastanın laboratuvar değerlendirmesinde anormal bulgu yoktu. Preoperatif akciğer grafisi normal olarak izlendi. 1 mcg/ kg fentanil, 2 mg/kg propofol ve 0,1 mg/kg vekuronyum ile anestezi indüksiyonu yapıldı. Anestezi idamesinde %50 N2O/O2 ve %1-2 sevofluran uygulandı. Operasyon kırk dakika sürdü ve herhangi bir hemodinamik ve solunumsal komplikasyon yaşanmadı. Operasyon süresince hastaya toplam 850 ml sıvı verildi. Cerrahinin tamamlanmasını takiben, hastada spontan solunum aktivitesi görüldü ve neostigmin ve atropinle dekülarize edildi. Ekstübasyon aşamasında herhangi bir sorunla karşılaşılmayan hastada yaklaşık yirmi dakika sonra ajitasyon , takipne ve pembe köpüklü balgam gelişti. Postoperatif dönemde hemoptizi gözlemlendi. Fizik muayenesinde bilateral üst ve orta alanlarda ralleri saptandı.SaO2'si %80 olarak ölçüldü. Postoperatif çekilen pa ac ve Toraks BT kesitinde bilateral interstisyel ödemle uyumlu görünüm izlendi. Negatif basınçlı akciğer ödemi düşünülen hastaya oksijen, furosemid, salbutamol ve budesonid nebül tedavisi verildi. Noninvaziv mekanik ventilasyon uygulandı. Takiplerinde SaO2'si %96'ya çıkan ve solunum semptomu kalmayan hasta postoperatif ikinci günde şifa ile taburcu edildi. Postoperatif kontrol toraks bt kesitlerinde akciğer ödeminin tamamen düzeldiği görüldü.



POSTOP PAAC



Tartışma-Sonuç: Negatif Basıncı Akciğer Ödemi nadir görülen, ancak doğru tanı konmadığında ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan, önemli bir postop pulmoner komplikasyondur. Üst solunum yolu operasyonları, kısa boyunlu olma, uyku apne sendromu, obezite gibi faktörler NBAÖ gelişme riskini arttırmaktadır. Ancak, bizim olgumuzda olduğu gibi herhangi bir risk faktörü olmadan da NBAÖ gelişebilir. NBAÖ’de ana mekanizma, hava yolunun akut kapanması sonucu üst hava yoluna karşı yapılan zorlu inspirasyonla oluşan artmış negatif intratorasik basıncın artmış pulmoner kapiller hidrostatik basınca ve hidrostatik akciğer ödemiye neden olmasıdır. Hastanın kliniğinde tipik olarak akut akciğer ödemi bulguları görülür. Solunum sıkıntısı, ajitasyon, pembe köpüklü balgam çıkarma, taşipne oksijen saturasyonu ve parsiyel oksijen basıncında düşme gibi belirti ve bulgular sıklıkla üst havayolu obstrüksiyonundan hemen sonra ortaya çıkabilmekte ancak belirtilerin görülmesi 6 saate kadar uzayabilmektedir. Olgumuzda oksijen saturasyonunda düşme, solunum sıkıntısı ve pembe köpüklü balgam çıkarma yakınması mevcuttu. Radyolojik tetkiklerde tetkikinde bilateral pulmoner infiltratlar ve interstisyel pulmoner ödem görülebilir. Hastada pulmoner ödemi düşündürülen klinik ve radyolojik bulguların olması, eşlik eden sistemik bir hastalığın olmaması, kardiyak muayene ve tetkiklerin normal olması NBAÖ tanısını akla getirmelidir. Ayırıcı tanıda aspirasyon pnömonisi ve kardiyojenik pulmoner ödem önemlidir. Olgumuzun genç sağlıklı erişkin olması, kardiyolojik muayene ve tetkiklerde kardiyojenik pulmoner ödemin ekarte edilmesi, klinik radyolojik olarak pulmoner ödem bulgularının varlığı NBAÖ tanısını akla getirmiştir. Tedavide amaç havayolu açıklığını ve yeterli oksijenasyonu sağlamaktır. Oksijen saturasyonunun %90 ın üzerinde tutulması hedeflenmelidir. Hafif olgularda maske ile oksijen verilmesi yeterli bulunmuştur. Ancak hastanın kliniğinde ve oksijen değerlerinde düzelme olmazsa noninvaziv mekanik ventilasyona geçilmelidir. Olgumuzda noninvaziv mekanik ventilasyon uygulandı.

Anahtar Kelimeler: Postoperatif Negatif Basıncı Akciğer Ödemi

PS-148 AML M3 Tedavisi Esnasında Gelişen ve Akut Solunum Yetmezliği ile Seyreden Nadir Bir Sendrom: ATRA SENDROMU

Fatma Balcı¹, Dilek Ergün¹, Mehmet Dağlı², Fikret Kanat¹

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: AML-M3 prognozu en iyi AML alt grubudur. Tedavi başarı oranı % 70-90 olarak bildirilmektedir. Hastaların yaklaşık %10'unda ATRA tedavisinin yan etkisi olan ATRA sendromu (ateş, pretibial ödem, solunum sıkıntısı, plevral ve perikardiyal efüzyon) ortaya çıkmaktadır. ATRA sendromunun tanısı klinik olarak konulmakla birlikte ortalama 10 gün içerisinde ortaya çıkar. En erken tedavinin ikinci gününde geliştiği bildirilmiştir (1). Nefes darlığı, akciğer grafisinde bilateral opasite artışı ile başvuran ve ATRA sendromu tanısı konulan hastamızı olgu sunumu olarak sunmaktayız.

Olgu: 61 yaşında bilinen AML M3 tanısı olan erkek hasta hematoloji servisinde ATRA+ İdarubusin tedavisi alırken tedavinin 2. gününde ateş, dispne, taşikardi, takipne nedeniyle tarafımıza danışılmıştır. Hastanın fizik muayenesinde bilinç açık oryante- koopere , solunum sayısı 30/dk,spo2: 90 (oda havasında), ateş: 39, nabız :117, tansiyon 100/60 mm/hg olup oskültasyonunda bilateral yaygın ral mevcuttu. Akciğer grafisinde (1. Görssel) bilateral yaygın opasite artışları, akciğer tomografisinde (2. Görssel) sağ hemitoraxta daha fazla olmak üzere perihiler alandan başlayan parçalı buzlu cam dansiteleri izlendi. Laboratuvar verilerinde wbc: 35.5 K/uL, platelet 38 K/uL,nötrofil 33,83 K/UL, hemoglobin 6.7 g/DL ,crp 323,procalsitonin 25 olarak bulundu. Hastanın kan, idrar ve balgam kültürü alındı, solunum yolu paneli çalışıldı. Enfeksiyon hastalıkları tarafından meropenem ve vankomisin başlandı. Hastaya tarafımızca ATRA sendromu ön tanısıyla 2x8 mg iv dexametazon başlandı.10 gün boyunca tedaviye devam edildi. 2 gün sonraki kontrol akciğer grafisinde (3. Görssel) radyolojik infiltrasyonlarında ve enfektif markerlarında regresyon gözlemlendi. Kliniğinde yer alan dispne, ateş ve takipnesi geriledi.



1. GÖRSEL



Tartışma-Sonuç: Akut lösemiler olgunlaşma ve farklılaşma özelliğini yitirmiş hematopoetik öncü hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile karakterize bir hastalık grubudur. Habis hücreler (blastlar ya da az diferansiye öncül hücreler) kemik iliğini baskılamak suretiyle normal hematopoezi baskırlarlar. (4). AML, granülositik, eritroid, megakaryositer veya monositer serilerin herhangi birinden kaynaklanabileceği gibi karma farklılaşma da (hem granülositik hem de monositik) gösterebilir. Akut myeloid lösemilerin bir alt birimi olan APL; FAB-M3 çoğunlukla hastada da olduğu gibi genç erişkinlerde görünür. Bu lösemi, t(15;17) anomalisini gösterir ve diğer AML türlerinden ayrılır çünkü özgün bir sağaltımı vardır: All-Trans-Retinoik Asid (ATRA) (4,5). ATRA lösemik promyelositlerde farklılaşmayı indükler (6). Hastaların yaklaşık %10'unda ATRA tedavisinin yan etkisi olan ATRA sendromu ortaya çıkmaktadır. ATRA sendromunun tanısı klinik olarak konulmakla birlikte ortalama 10 gün içerisinde ortaya çıkar. En erken tedavinin ikinci gününde geliştiği bildirilmiştir (1) Ayırıcı tanıda sepsis, pnömoni ve iyatrojenik sıvı yüklenmesi dikkate alınmalıdır. ATRA sendromunda en sık bulgular, %80 oranında görülen ateş ve dispnedir. Ayrıca, %50 oranında pulmoner infiltrasyon, %30 olguda plevral ve perikardiyal effüzyon gözlenmektedir. Hipotansiyon, kemik ağrıları, baş ağrısı, konjestif kalp yetersizliği, akut böbrek yetersizliği ve Sweet's sendromu da az oranda görülebilir. Tanı, bu bulgulardan üçünün görülmesine dayanır. (1-3) Tanıdan şüphelenildiğinde deksametazon tedavisi IV olarak başlanmalı, 4 gün süreyle veya semptomlar gerileyinceye kadar devam edilmelidir. ATRA tedavisinin kesilmesi konusunda görüş birliği sağlanmamış olmasına rağmen, sendrom sırasında kesilmesi önerilmektedir. Sendromun önlenmesinde profilaktik kortikosteroid tedavisinin yeri yoktur. (7,8). Sonuç olarak ATRA sendromu, AML M3 tanılı hastalarda tedavi esnasında %10 oranında görülebilen bir yan etki olup enfeksiyon, pulmoner ödem gibi diğer durumlarla karışabilmektedir. ATRA + idarubisin tedavisi alan hastalarda erken dönemde solunum sıkıntısı ve radyolojik progresyon görüldüğünde ön tanılarda ATRA sendromu yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: ATRA, Dispne, İlaç Reaksiyonu, Pulmoner Ödem, Nötropenik Ateş

PS-149 Negatif Basınç Akciğer Ödemi Olgu Sunumu

Betül Okçular Arslan¹, Şeyma Başlılar¹, Bengü Şaylan²

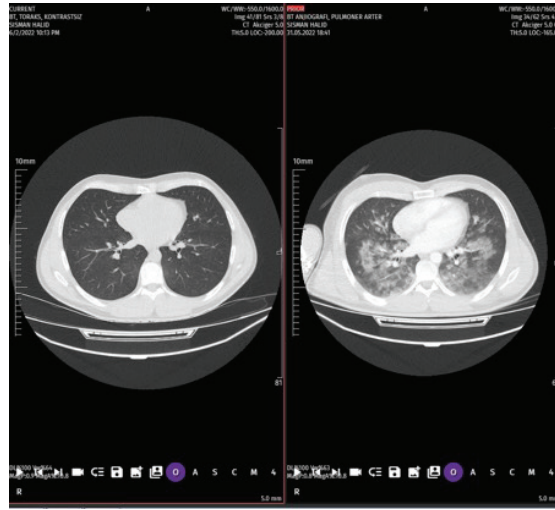
¹Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Süreyyapaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Negatif basınç akciğer ödemi (NBAÖ) postoperative dönemde solunum sıkıntısının nadir ancak önemli bir nedenidir. Erken tanı ve doğru tedavi ciddi morbidite ve mortalitenin önlenmesinde önemlidir. Bu durumun önemine dikkat çekmek için akut apandisit operasyonu sonrasında negatif basınç akciğer ödemi gelişen olgumuzu sunuyoruz. Olgumuz tedavi ile sekelsiz olarak düzelmiştir.

Olgu: 29 yaş erkek hasta, akut apandisit operasyonu sonrası, post op ilk 6 saat içerisinde nefes darlığı ve hemoptizi şikayetleri gelişmiş. Post op 6. Saatten itibaren 3-4 saat boyunca her öksürmesinde pembe renkli köpüklü balgam izlenmiş. Hasta hemoptizi ve nefes darlığı nedeniyle kliniğimize devralındı. Bilinen kronik hastalığı yoktu. Hastanın oda havasında spo2: 97, solunum sayısı: 22'ydı. Dinlemekle patolojik ses duyulmadı. Toraks BT de bilateral santral buzlu cam alanları ve alveoler infiltrasyon izlendi. Yapılan tetkiklerinde lökositozu yoktu, CRP: 54 olarak izlendi (post-op döneme bağlı artış olduğu düşünüldü). Alveoler hemoraji açısından istenen romatolojik markerlar negatif geldi. Hastada enfeksiyon veya yüklenme düşündürecek klinik ve laboratuvar bulgular olmadığından, hasta negatif basınç akciğer ödemi olarak değerlendirildi. Genç hasta olması, plevral effüzyon olmaması nedenleriyle kardiyak etyoloji dışlandı. Hemoptizisi ve akut apandisiti olması nedeni ile antibiyotik tedavisi de verilen hastada oksijen desteği ile hızla klinik /radyolojik düzelme görüldü. Hasta yatışının 3. Gününde çekilen kontrol Toraks BT' de buzlu cam alanlarının regrese olduğu görüldü üzerine taburcu edildi.

Toraks BT Öncesi ve Sonrası



Negatif Basınç Akciğer Ödemi Toraks BT Öncesi ve Sonrası

Tartışma-Sonuç: Negatif basınç akciğer ödemi, üst hava yolunun akut kapanmasına karşı yapılan zorlu inspirasyon sonucu gelişen artmış intratorasik ve hidrostatik pulmoner basınca bağlı gelişen pulmoner ödem tablosudur. Genel anestezi alan hastalarda hastanın entübasyon tüpünü ısırmasına bağlı olarak gelişebilir. Nadir görülen önemli bir postop pulmoner komplikasyondur. Postop solunum sıkıntısı gelişen hastada pulmoner ödem düşündüren klinik ve radyolojik bulguların olması, aşırı sıvı yüklenmesi ve kardiyojenik pulmoner ödemin dışlanması, Negatif basınç akciğer ödemi tanısını akla getirmelidir. Tedavide esas amaç hava yolu açıklığını ve yeterli oksijenasyonu sağlamaktır. Hastanın ağırlık derecesine göre solunan havadaki oksijeni arttıracak şekilde oksijen tedavisi, noninvaziv veya invaziv mekanik solunum desteği uygulanır. Hızlı tanı ve uygun tedavi sekelsiz iyileşmeyi sağlar. Erken tanı, hava yolu açıklığının ve yeterli oksijenasyonun sağlanması ile olgular genellikle hızlı ve sorunsuz olarak düzelir. Bizim hastamızda da tablo hafifti, oksijen desteği ile düzelme sağlandı.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Ödem, Post Op



PS-150 Çakmak Gazı İnhalasyonuna Bağlı Gelişen Akut Akciğer Hasarında Tedavi Yaklaşımları: Olgu Sunumu

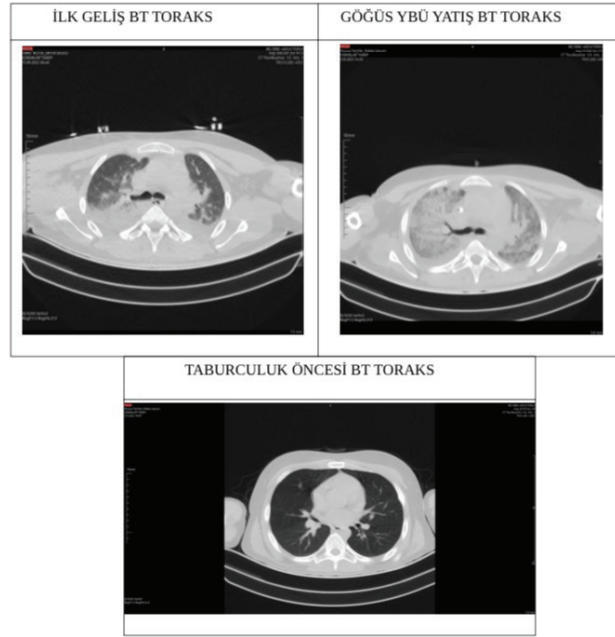
Hanife Cüce¹, Bilgenur Yıldırım¹, Merve Meryem Varol¹

¹Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Çakmak gazı olarak da bilinen doymuş bir hidrokarbon olan bütan gazı toplumda özellikle gençlerde görülen neşelenmek veya keyif almak amacıyla ya da merak nedeniyle solunan uçucu bir madde olup, olgularda hipoksinin yanı sıra önemli bir inhalasyon hasarı nedenidir. Bu olgumuzda çakmak gazı soluması nedeniyle gelişen akciğer hasarına tedavi yaklaşımlarını sunmayı amaçladık.

Olgu: 18 yaşında bilinen bir kronik hastalığı olmayıp acile bulantı kusma şikayeti ile başvuran hastanın geliş vitalleri doğal gks:15 di. Hasta yakınlarından alınan anamneze göre çakmak gazı bağımlısı olduğu öğrenildi. Hasta takiplerinde solunum yetmezliği gelişmesi, uyku hali derinleşmesi üzere entübe edilerek toksikoloji yoğun bakıma yatırılmış. Hasta toksikoloji yoğununda entübe, mekanik ventilatöre bağlı 20 gün takip edilmiş. Göğüs yoğun bakıma 20. gün entübe olarak devredildi. Devir alındığında kreatin 4,65 entübe, mv bağlı fio2 50 idi. Hasta 2 gün sonra extübe edildi. Aralıklı noninvaziv mekanik ventilatör ve high flow ile takibe alındı. Hastanın kreatinleri yüksek olması üzere hastaya hemodiyofiltrasyon başlandı. Hemodiyofiltrasyon tedavisi 3. günü stoplandı. Hasta 10. günü nazal oksijen ile takibe alındı. Kontrol akciğer filminde yaygın infiltrasyon alanları geriledi. Kreatin değerleri normale geldi idrar çıkışı arttı. Hasta nazal o2 ile servise devredildi.

İlk geliş-göğüs ybü yatış-taburculuk öncesi bt görüntüleri



Tartışma-Sonuç: Madde bağımlılığı günümüzün önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Çocuk ve genç erişkinlerde çakmak gazı olarak da bilinen bütan gazına bağlı gelişen akut inhalasyon hasarı sebebiyle acile başvuru gün geçtikçe artmaktadır. Akut inhalasyon hasarı hipoksemik solunum yetmezliğinin nedenleri arasındadır. Akut inhalasyon hasarında high flow, geleneksel oksijen tedavisine göre oksijenizasyonu düzeltme etkisi daha yüksek bir tedavi seçeneğidir. Hipoksemik solunum yetmezliğinde gaz değişiminin alveolar-kapiller membran seviyesinde bozulmasına bağlı peep desteği artmaktadır. Bu nedenle high flow ile dönüşümlü noninvaziv mekanik ventilatör desteğine ihtiyaç duyulmuştur.

Anahtar Kelimeler: İnhalasyon Hasarı, High Flow, Noninvaziv Mekanik Ventilatör

PS-151 Abdominal Distansiyonun Yoğun Bakım Hastalarında Önemi: 2 Olgu Nedeni ile

İrem Altan¹, Adem Şahin², Özlem Şengören Dikiş¹, Sabri Serhan Olcay¹

¹MSKÜ Göğüs Hastalıkları AD, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Muğla

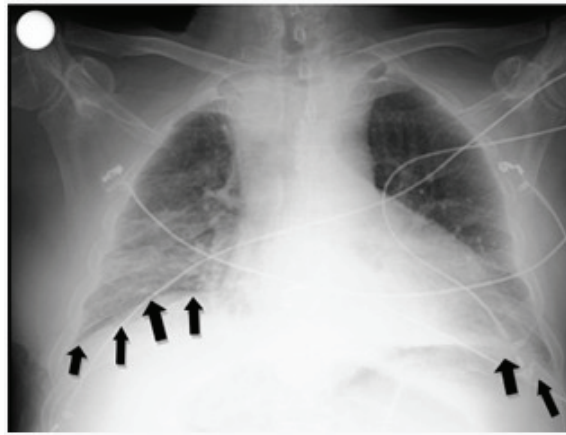
²MSKÜ Göğüs Hastalıkları AD, Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Muğla

Giriş-Amaç: Solunum işi (Work of Breathing) inspiryumda karşı güçlerin (akciğer ve göğsün elastik yapıdaki özelliği, hava yolu direnci) üstesinden gelinmesi olarak tanımlanmaktadır. İnspiryumun en önemli kası diyafragmadır ve inspirasyon sırasında kasılarak akciğerlerin alt bölümünü aşağı çeker. Solunum işi inspiryumda aktif,ekspiryumda pasiftir. Yetişkinlerde toplam enerjinin %2-3'ü solunum işine harcanır. Kompliyans her birim basınç artışının neden olduğu volüm artışı olarak ifade edilir.Bir başka tanımlama ile; esneyebilme kabiliyetidir.Solunum işi ve kompliyans üzerine olumsuz etkileri olan durumlar mevcuttur. Bunlardan biride yoğun bakım hastalarında karşılaşılabilen abdominal distansiyondur (AD). Abdominal distansiyonun inspiratuar kasların elektromekanik verimliliği üzerindeki etkilerini araştıran çalışmada, AD'nun kompliyansı azalttığı ve solunum iş yükünü arttırdığı gösterilmiştir (1).Bizde yoğun bakım ünitemizde (YBÜ) takip edilen, AD nedeni ile tedavi süresi/ tedavi yöntemi değişen iki olguyu mekanik etkenlerin solunum fizyolojisi üzerine olumsuz etkilerine dikkat çekmek amacıyla paylaşıyoruz.

Olgu: OLGU 1: Altmışsekiz yaşında,erkek. Solunumsal parametreleri normal sınırlarda olan olgu, ağır gastroenterite sekonder genel durum bozukluğu, hipotansiyon, akut renal yetmezlik tanıları ile YBÜ kabul edildi. İzleminde irritabil barsak sendromuna sekonder abdominal distansiyon oluştu (RESİM1). Abdominal distansiyona sekonder bilateral alt loblarda kompresif atelektazi ve pnömoni gelişti. Tedavisinde NIMV başlandı, yanıt alınamayarak entübe edildi. İzleminde nonspesifik antibiyotik, prokinetik tedavide de otilyum bromür 40 mgr 1x1 oral,metoklopramid 10 mgr 3x1 iv başlandı. Farmakolojik tedavi sonrası abdominal distansiyonu gerileyerek, weaning sağlanan hasta göğüs hastalıkları kliniğine devredildi.

OLGU 2: Yetmişbeş yaşında,erkek. KOAH, bilober pnömoni, tip1 solunum yetmezliği tanıları ile YBÜ kabul edildi. İzleminin 2.gününde servise devir edilecek olan olguda abdominal distansiyon gelişmesine sekonder bilateral kompresif alt lob atelektazisi, tip2 solunum yetmezliği gelişti, NIMV tedavisi başlandı (Resim 2). AD'nun farmakolojik tedavisinde otilyum bromür 40 mgr 1x1 oral,metoklopramid 10 mgr 3x1 iv başlandı. Dört gün NIMV tedavi sonrası medikal tedavisi düzenlenerek göğüs hastalıkları kliniğine devredildi.

Resim 1



Tartışma-Sonuç: Yoğun bakım hastaları mobilizasyonları kısıtlanmış bir gruptur. İmmobilizasyona sekonder gastrointestinal motilite yavaşlar, AD gelişerek akciğer kompliyansı ve ventilasyonu azalır. Bu süreç sonrası gelişen komplikasyonlar, hastaların tedavi süresini olumsuz etkilemektedir, morbiditeyi artırmaktadır. Bu nedenle bu hasta grubunun izleminde mobilizasyon ve prokinetik tedavinin tedavi basamağının bir parçası olduğunun, yatış süresini kısaltabileceğine dikkat çekilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Abdominal Distansiyon



PS-152 Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilen, Entübasyon Sonrası Pnömomediastinum, Pnömotoraks, Pnömoperitonium ve Pnömoperikardium Gelişen Olgu Sunumu

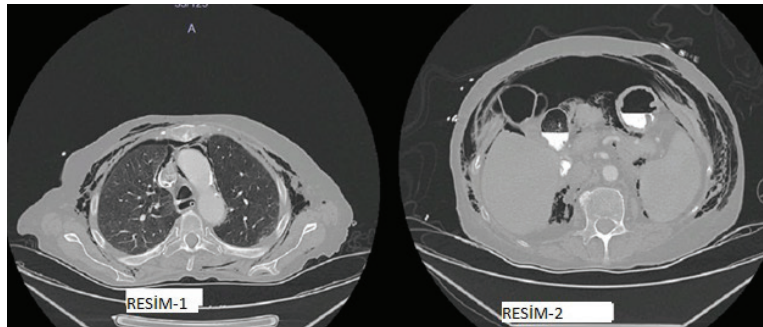
İsmail Altuğ Demir¹, Kamil Gönderen¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş-Amaç: Yoğun bakım ünitesinde(ybü) birçok farklı endikasyonla entrakeal entübasyon yapılmakta ve çeşitli komplikasyonlar görülebilmektedir. Mekanik, hemodinamik ve psikolojik komplikasyonlar arasında en sık görülen laringeal yaralanmadır. (2) Az olmayan sıklıkta pnömotoraks, pnömomediastinum, pnömoperitoneum ve subkutan amfizem de görülebilmektedir. İatrojenik pnömotoraks, akciğer işlemleri ve santral venöz kateterizasyon sonrası daha sıktır. (3) Pnömomediastinum ve pnömoperitoneum, tek başına veya akciğer grafisinde pnömotoraks ile birlikte bulunabilir. Pulmoner travmaya bağlı pnömomediastinum ve pnömoperitoneum genellikle kendi kendini sınırlar, ventilasyon basınçlarında azalma, izleme ve destekleyici önlemlerle yönetilir. (4) Subkutan amfizem genellikle ani, ağrısız yumuşak doku şişmesi olarak ortaya çıkar ve daha çok göğüs üst kısmı, boyun ve yüz (örn. periorbital) içerir. (5) Bu olguda endotrakeal entübasyon sonrası gelişen pnömotoraks, pnömomediastinum, pnömoperikardium, pnö-moperitonium olgusu sunulacaktır.

Olgu: Bilinen DM (Diyabetes Mellitus), HT (Hipertansiyon), AF (Atrial Fibrilasyon) Sağ KY (Kalp Yetmezliği) öyküleri olan 79 yaşında kadın hasta DKKY (Dekompanse Kalp Yetmezliği) nedeni ybü'ye interne edildi. Non-invaziv mekanik ventilasyon (NIMV) ile takip edilmekteyken desatüre olan ve takipneik olan hasta elektif olarak midazolam ve rokuronyüm kullanılarak entübe edildi. Entübasyon sonrası hipoksemisi devam eden ve cilt altı amfizemi görülen hastada çekilen toraks BT'de her iki hemitoraks apikalinde sıvama tarzında, mediastende ve perikardda yaygın, incelemeye dahil boyun düzeyinden itibaren toraks duvarı boyunca yaygın olarak seyreden hava ile giden pnömo-mediastinum, pnömoperikardium ve cilt altı amfizemi görüldü. (Resim-1) hastanın takibinde batında distansiyon ve yaygın hassasiyet gelişmesi nedeni ile yapılan abdomen BT'de karın duvarında cilt altında yaygın, batin içerisinde retroperitoneal ağırlıklı olup en derin yerinde 6 cm 'e ulaşan mezenter içerisinde de dağınık yerleşimli milimetrik boyutlarda izlenen yaygın serbest havalar ile giden cilt altı amfizem ve pnömoperitonium görünümü izlendi. (Re-sim-2) göğüs cerrahisi ve genel cerrahi kliniklerine girişim açısından danışıldı. Hastada solid organ yaralanması, özofagus ya da trakeada rüptür görülmemesi nedeni acil cerrahi girişim düşünülmedi. Hastada ön planda pnömotoraks tablosu olmaması nedeni su altı drenajı düşünülmedi. Cilt altı amfizeme yönelik subkutan dokuya bilateral üçer tane branül yerleştirildi. Hastanın pao₂>60 mmhg, sao₂>%90 olacak şekilde PEEP desteği 2-3 cmh₂o fio₂: %40-60 arasında titre edildi. Günlük akciğer grafisi ile takiplerinde hem pnömotoraks hem pnömomediastinum hem de cilt altı amfizemi spontan gerileyen hipoksemisi hiperkapnisi olmayan hasta 4 günlük weaning süreci ile extübe edildi.

Resim 1 ve Resim 2



Tartışma-Sonuç: Özellikle zorlu entübasyon sonrası travmatik komplikasyonların trakea ve özofagus bölgesinde görüldüğü bilinmektedir. Hastalarda entübasyona bağlı komplikasyonların akılda tutulması önemlidir. Cilt altı amfizemleri açısından inspeksiyon, pnömotoraks ve pnömomediastinum açısından entübasyon sonrası oskültasyon ve pa akciğer görüntülmesi ile komplikasyon taraması yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Entübasyon, Pnömomediastinum, Pnömotoraks, Pnömoperitonium, Pnömoperikardium

PS-153 Atipik Seyirli Plevral Drenaj Katateri

Zeynep Sarı¹, Mehmet Ünal¹, Serdar Şirzai², Kerametdin İbrahim Taylan², Mustafa Kuzucuoğlu¹

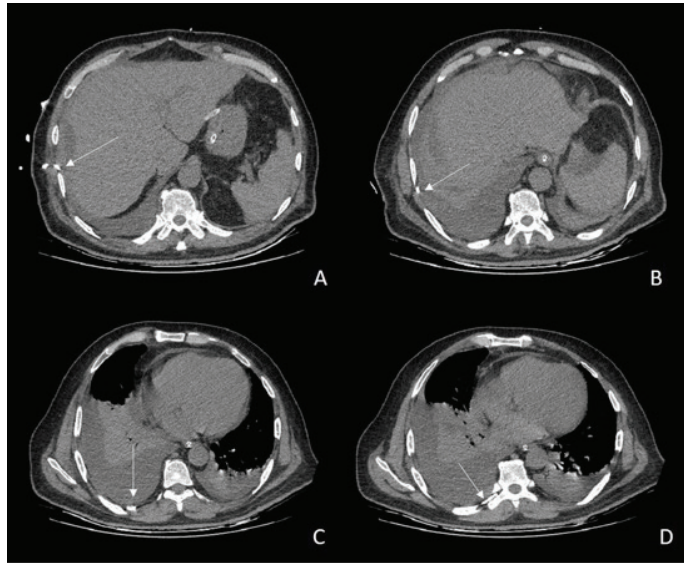
¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

²İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

Giriş-Amaç: Plevral drenaj kataterleri plevra efüzyonlu hastalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Özellikle plevral sıvısı akışkan olan hastalarda kolay uygulanabilir olması, hastada tüp torakosotomiye kıyasla daha az ağrıya neden olması ve taşıma kolaylığı sebebi ile tüp torakostomi yerine daha çok tercih edilmektedir. Bizde çalışmamızda plevra efüzyon nedeniyle plevra drenaj katateri uyguladığımız ve toraks içerisinde kataterin atipik seyri olan hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli dokuz yaşında erkek olgu bulantı, kusma yakınmaları ile acil servise başvurmuş ve yapılan tetkiklerinde duodenum perforasyonu saptanması üzerine acil opere edilerek postoperatif cerrahi yoğun bakım ünitesinde takibe alınmış. Yoğun bakım ünitesinde çekilen akciğer grafisinde sağda plevral efüzyon görülmesi üzerine olgu değerlendirildi ve yapılan torasentezde eksüdatif vasıflı akışkan sıvı aspire edilmesi üzerine olguya plevral drenaj katateri uygulandı (Resim 1). Takiplerinde işlem sonrası aktif geleni olmayan olguya toraks bilgisayarlı tomografisi çekildi ve kataterin ekstraplevral olarak toraks içerisinde ilerlediği görüldü (Resim 2). Bunun üzerine katater sonlandırılarak yeni plevral drenaj katateri yerleştirildi, toplamda 2000cc sıvı drenajı sağlandı ve beş günlük takip sonrasında akciğerler ekspansiyon olması üzeri katater sonlandırıldı.

Resim 2



Toraks BT de katater trasesi

Tartışma-Sonuç: Plevral füzyon nedeniyle katater uygulanan hastalarda plevra sıvı drenajı rahat sağlanamıyor ise katater yerinin mutlaka kontrol edilmesi akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Plevra, Plöreken, Komplikasyon



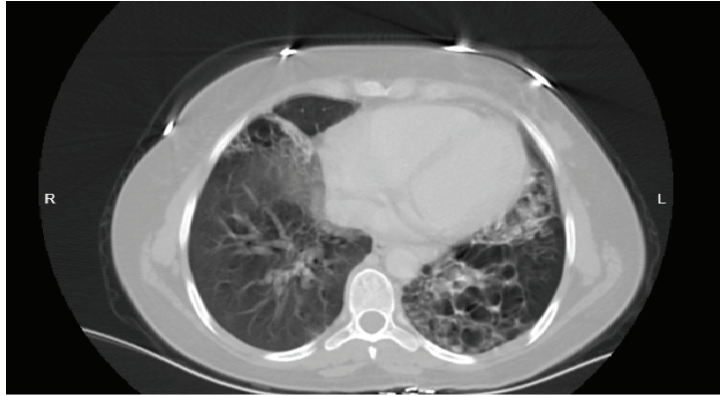
PS-154 Bronşiektazi Nedeni ile Orta Lobektomi Yapılan Hastada Postoperatif Nadir Bir Komplikasyon: Perikardiyal Tamponad

Barış Gülmez¹, Süleyman Gökalp Güneş¹

¹SBÜ Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Bronşiektazi, bronşların kronik ve yıkıcı iltihaplanması ile gelişen, geri dönüşümsüz genişlemesidir. Sık geçirilen akciğer enfeksiyonları, KOAH ve tüberküloz gibi durumlar etiyolojisindeki önemli hastalıklardır. Hastalar öksürük, balgam çıkarma ve hemoptizi gibi şikayetler ile başvurabilirler. HRCT bu hastalığın tanısında altın standart olarak bilinmektedir. Uygun hastalarda cerrahi rezeksiyonlar en başarılı tedavi yöntemi olarak bilinmektedir. Cerrahi sonrası hastaların hem hastanede yatış süresi azalmakta hem de yaşam kalitesi artmaktadır. Ancak her cerrahide olduğu gibi bronşiektazi nedeni ile opere edilen hastalarda peroperatif veya postoperatif komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu olgumuzda önceden sol alt lobektomi ve lingulektomi uyguladığımız hastada, 3 ay sonra yapılan sağ orta lobektomi sonrası nadir görülen, tanısı zor olan ve cerrahi dışı nedenler ile gelişen bir komplikasyonu sunmayı amaçladık.

Olgu: 29 yaş kadın hasta yıl içinde sık enfeksiyon geçirme ve balgamla karışık hemoptizi şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesi olağan olarak değerlendirilen hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde sol alt lobda, lingulada ve sağ orta lobda bronşiektazi ile uyumlu alanlar izlendi. (Şekil 1) Hastaya ilk planda sol alt lobektomi ve lingulektomi uygulandı. Postoperatif 3. ayında sağ orta lobektomi planlanarak interne edildi. Sağ orta lobektomi uygulanarak ekstübe edilen hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Postoperatif 4. saatte hipotansiyon ve bradikardi gelişen hastanın hemogram kontrolü stabil, akciğer grafisi ekspanse olarak izlendi. Periferik damar yolu ile sıvı yüklemesi yapıldı ancak klinik düzelme sağlanamadı. Hastaya yatak başı EKO yapıldı ve perikardiyal efüzyon izlendi. Kardiyoloji ile acil olarak konsülte edilen hasta entübe şekilde anjiyografi ünitesine alındı. Hastadan perikardiyosentez ile yaklaşık 500 cc izotonik sıvı boşaltıldı. Perikardiyal efüzyon nedeninin santral venöz kateter kaynaklı olduğu, miyokard ile perikard arasında peroperatif anestezi ekibi tarafından sıvı yüklemesi yapıldığı anlaşıldı. Kateter yoğun bakım şartlarında sonlandırıldı. Kontrol EKO olağan olarak izlendi. Hasta ekstübe edildi ve ertesi gün servis izlemine alındı. Postoperatif 5. günde toraks dreni sonlandırılan hasta şifa ile taburcu edildi.



Şekil 1 Toraks bilgisayarlı tomografisinde bronşiektazik alanlar

Tartışma-Sonuç: Bronşiektazi sık hastane yatışlarına neden olan, masif hemoptizi gibi mortal komplikasyonlara yol açan ve hastaların hayat kalitesini kötü etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Uygun hastalarda cerrahi rezeksiyonlar en önemli tedavi yolu olarak bilinmektedir. Cerrahide komplikasyonları önlemek için hastaların kuru dönemde ve antibiyotik baskısı ile operasyona alınması önerilmektedir. Postoperatif yönetim her hastada olduğu gibi bu hastalarda da dikkat edilmesi gereken bir konudur. Cerrahiye bağlı kanama, uzamış hava kaçağı gibi komplikasyonlar görülebileceği gibi, anesteziye bağlı komplikasyonlar olabileceği de akılda tutulmalıdır. Bu olgu postoperatif komplikasyon açısından nadir görülen ve tanı koyulması çok zor bir durumu anlatmak amacı ile sunulmuştur. Aynı zamanda göğüs cerrahisi, anestezi, kardiyoloji ve yoğun bakım hekiminin multidisipliner çalışmasının önemini ortaya koymaktadır. Bu nedenle olgumuzun literatüre katkıda bulunmasını umuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Bronşiektazi, Lobektomi, Perikardiyal Efüzyon

PS-155 Over Hiperstimülasyon Sendromuna Bağlı Gelişen Plevral Efüzyon Olgusu

Hanife Cüce¹, Bilgenur Yıldırım¹, Merve Meryem Varol¹

¹Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Ovarian hiperstimülasyon sendromu (OHSS), ovulasyon indüksiyonu için gonadotropin kullanan hastalarda ovulasyon sonrası oluşan bir komplikasyondur, patogenezinde çok sayıda kist nedeniyle overlerin aşırı büyümesi ve damar içi sıvının akut olarak ekstravasküler alana çıkmasının kombinasyonu şeklinde seyreder. Vasküler kompartmandan periton ve plevra boşluğuna proteinden zengin sıvının geçişi ile karakterizedir. Bu sunuda, ovulasyon indüksiyonu sonrasında gelişen plevral efüzyon olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Yirmi yaşında kadın nullipar hasta, hastanemiz acil servisine ani başlayan dispne, takipne ve taşikardi şikayeti ile başvurdu. Hastadan alınan anamneze göre hastaya iki hafta önce kontrollü ovaryan hiperstimülasyon uygulandığı bunun dışında ek hastalığı olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde dinlemekle sağ hemitoraks bazalinde solunum seslerinde azalma saptandı. Akciğer grafisinde sağda plevral effüzyon mevcut olan hasta, laboratuvar değerleri normal, oksijen satürasyonu %93 olarak tespit edildi. Batın muayenesi normaldi, Batın USG unda bilateral over boyutu artmış, sağ paraovaryal 20 mm serbest mayi saptandı. Kardiyoloji konsültasyonu sonucu EKO su normal, tansiyonu normal, EKG'sinde sinüs taşikardisi dışında ek patolojiye rastlanmadı. Göğüs cerrahisi tarafından yapılan torasentezle plevral sıvı aspire edildi. Hastanın takipnesi ve taşikardisi devam etmesi üzerine hasta, göğüs hastalıkları yoğun bakım ünitesine devralınıp takip edildi. Drene edilen sıvının mikrobiyolojik incelemesi normal, eksüdatif vasıftaydı. Plevral efüzyona neden olabilecek diğer tanımlar ekarte edilerek yapılan tüm tetkikler doğrultusunda OHSS tanısı konuldu. Yoğun bakım takiplerinde göğüs dreninden gelen sıvının 2.gün sonunda 50 ml/gün den az olması ve akciğer grafisindeki görüntü normale dönmesiyle göğüs cerrahi tarafından dren çekildi. Klinik durumu düzelen hasta beta HCG pozitif olması üzerine Kadın Hastalıkları ve Doğum birimine devredildi.

PAAC Grafisi



Tartışma-Sonuç: Kontrollü over stimülasyonu, gebelik oranını yükseltmeyi hedefleyen bir yöntemdir. Plevra sıvısının gelişimi patogenezi üzerine çeşitli yorumlar vardır. Yüksek östrojen seviyelerinin etkili olduğu ileri sürülmektedir. Bazı kaynaklar vasküler permeabilitedeki artışın baskın rol oynayarak sıvının vazoaktif maddelere bağlı olarak üçüncü boşluğa biriktiğini belirtmektedir. Yüksek düzeylerde prorenin ve angiotensinII, follikül sıvı içerisinde saptanmış ve OHSS'lu hastaların plazma renin seviyeleri yüksek bulunmuştur. Plevral efüzyon, OHSS'da izole bir bulgu olarak karşımıza çıkabilmekte ve genelde spontan olarak düzeldiğinden bu hastalar göz ardı edilebilmektedir. Bu olgunun sunumunda, plevral efüzyonların nadir görülen nedenlerinde olan OHSS'nun genç kadınlarda etyolojide düşünülmesi gerekliliğini vurgulamaktır.

Anahtar Kelimeler: OHSS, Plevral Efüzyon



PS-156 Karaciğer Kist Hidatiğinin Ağır Sepsisle ve Nekrotizan Pnömoni ile Seyreden Nadir Bir Komplikasyonu: Bronkobiliyer Fistül

Serra Duygulu¹, Günel Jeyranova¹, Müge Aydoğdu¹, Gül Gürsel¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

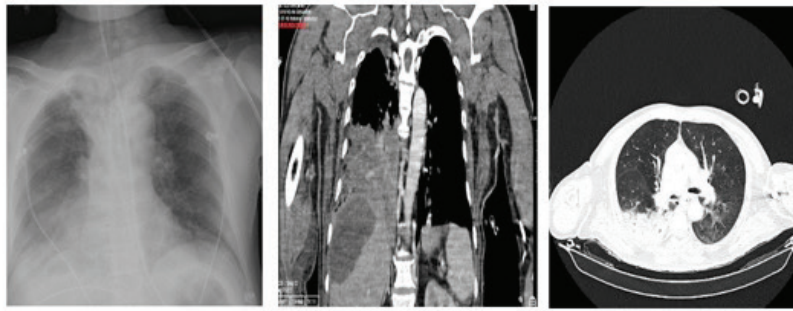
Giriş-Amaç: Bronkobiliyer fistül genellikle karaciğerin kist hidatik ve amibik hastalığı, kolelitiazis, koledokolitiazis, peptik ülser, malignite, konjenital malformasyon veya cerrahiye sekonder gelişen nadir görülen ama hayatı tehdit eden bir durumdur. Kimyasal pnömoniye neden olmasının yanında enfeksiyon eklenmesi sık görülür. Bu yazıda sepsis ve hiposik solunum yetmezliği ile yoğun bakımda takip ettiğimiz enfekte karaciğer kist hidatiğine sekonder bronkobiliyer fistül gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Altmış yedi yaşında, otuz paket-yıl sigara öyküsü olan kronik hastalığı olmayan, dış merkezde Mart 2023'ten itibaren karaciğer kist hidatik tanısıyla takip edilen erkek hasta 07.07.2023 tarihinde halsizlik, sağ üst kadranda ağrısı ve sarılık şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Karaciğer absesi, enfekte kist hidatik ön tanısıyla enfeksiyon hastalıkları servisine yatırılan, andazol ve piperasilin tazobaktam tedavisi başlanan hasta 09.07.2023 tarihinde bilinç durumunun kötüleşmesi, takipneik (ss:38-40/dak), taşikardik (n:140/dak) seyretmesi, oksijen ihtiyacının 15lt/dak'ya artması ve yüksek ateş (39°C) nedeniyle sepsis, pnömoni, apse rüptürü, ARDS? ön tanıları ile yoğun bakım ünitemize devir alındı. Alınan kan gazında Ph: 7.19, PaO₂:53, PaCO₂: 54, O₂Sat: %75 HCO₃: 20, Laktat: 2.8 saptanan, PaO₂/FiO₂ oranı 132 hesaplanan hasta elektif entübe edildi. Yatışında sağ diyafram altında hava sıvı seviyesi dışında normal olan akciğer grafisi ve toraks BT kesitleri (Resim 1), entübasyon sonrasında ise sağ akciğer alt lob segmentlerinde ateletazi-konsolidasyon ile uyumlu hava bronkogramı içeren yumuşak doku yapılanması izlendi (Resim 2). Sepsis tablosunda olan hastaya geniş spektrumlu çoklu antibiyoterapi (meropenem, tigesiklin, anidulafungin) başlandı. Enfeksiyon kontrolü amacıyla karaciğerdeki abse?, enfekte kist hidatik? olarak değerlendirilen hava sıvı seviyesi veren iki segmente girişimsel radyoloji tarafından iki adet drenaj kateteri yerleştirdi, gelen mayi abse ile uyumluydu. Abse kültüründe streptococcus anginosus üredi. Takipte intrahepatik drenaj kateter torbasına hava dolması ve endotrakeal tüpten safra içeriği gelmesi nedeniyle bronkobiliyer fistül geliştiği düşünüldü. 21.07.2023'te çekilen tomografide fistül gösterildi (Resim 3). Bu süreçte hastanın endotrakeal aspirat kültüründe çoklu mikroorganizma üremeleri (aspergillus fumigatus, acinetobacter baumannii) saptandı. Parankim hasarına sekonder tekrarlayan pnömotoraks nedeniyle hasta göğüs tüpü ile izlendi. Hasta, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, gastroenteroloji ve göğüs hastalıkları ortak konseyinde değerlendirdi. Karaciğerdeki lezyonun cerrahi ulaşılabilirliğinin zor olması ve perforasyon durumunda intraabdominal sepsis, peritonit riskinin olması üzerine cerrahi yaklaşımdan uzaklaşıldı. Biliyer sistemin basıncının düşürülmesi ile fistül debisini azaltmak amaçlı endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) yapılması planlandı. ERCP sonrasında safra drenajında gerileme gözlemlendi. Kontrol toraks tomografisinde sağ akciğerdeki konsolidasyonda regresyon izlendi. Safra drenajının azalması, enfeksiyonun kontrol altına alınması, pnömotoraks tablosunun gerilemesi ve uygulanan rehabilitasyon programı ile birlikte hasta yatışından 38 gün sonra 15.08.2023'te ekstübe edilebildi. Kontrol abdomen tomografisinde kistik lezyonda tama yakın düzelme izlendi. Kist hidatik, karaciğer absesi tedavi devamı amacı ile hasta gastroenteroloji servisine devredildi.

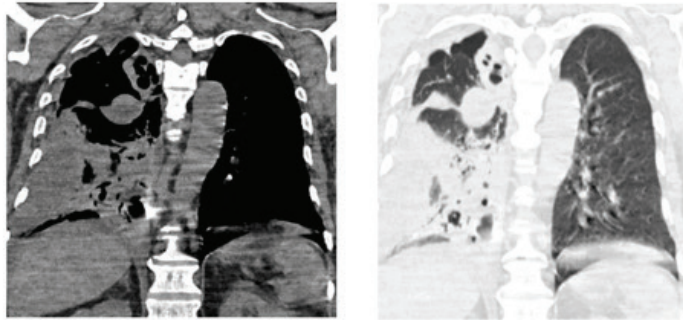
Resim1, Resim2, Resim3



Resim 1-Acile başvuru PA AC grafisi, abdomen ve akciğer parankim BT kesitleri (07.07.2023)



Resim 2- YBÜ yatış entübasyon sonrası PA AC, toraks BT kesitleri (09.07.2023)



Resim 3—Karaciğer apse alanlarına drenaj için kateter yerleştirilmesi sonrası perihepatik ve sağ alt lobda konsolidasyon içinde hava görünümü (fistül?) 21.07.2023

Resim 1-Acile başvuru PA AC grafisi, abdomen ve akciğer parankim BT kesitleri (07.07.2023) Resim 2- YBÜ yatış entübasyon sonrası PA AC, toraks BT kesitleri (09.07.2023) Resim 3—Karaciğer apse alanlarına drenaj için kateter yerleştirilmesi sonrası perihepatik ve sağ alt lobda konsolidasyon içinde hava görünümü (fistül?) 21.07.2023

Tartışma-Sonuç: Bronkobiliyer fistül olgularında safra irritasyonuna sekonder yoğun bakım yatışı ve solunum desteği gerektiren kimyasal pnömoni, ARDS tablosu gelişebilir. Bakteriyel süper enfeksiyonların da eklenmesiyle bu pulmoner komplikasyonlar fatal olabilir. Diyafram kubbesine yakın karaciğer kist hidatik olgularında biliyer tıkanıklık ve apse oluşumu diyafram destrüksiyonu yaparak fistülizasyona neden olabilir. Bizim olgumuzda olduğu gibi safra akımını kolaylaştırıcı, endoskopik, cerrahi olmayan, daha az invaziv yaklaşımların erken dönemde uygulanması morbidite ve mortaliteyi azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Bronkobiliyer Fistül, Sepsis, Nekrotizan Pnömoni

**PS-157 Saklambaç Oynayan Endobronşiyal Lezyon: Bir olgu sunumu**

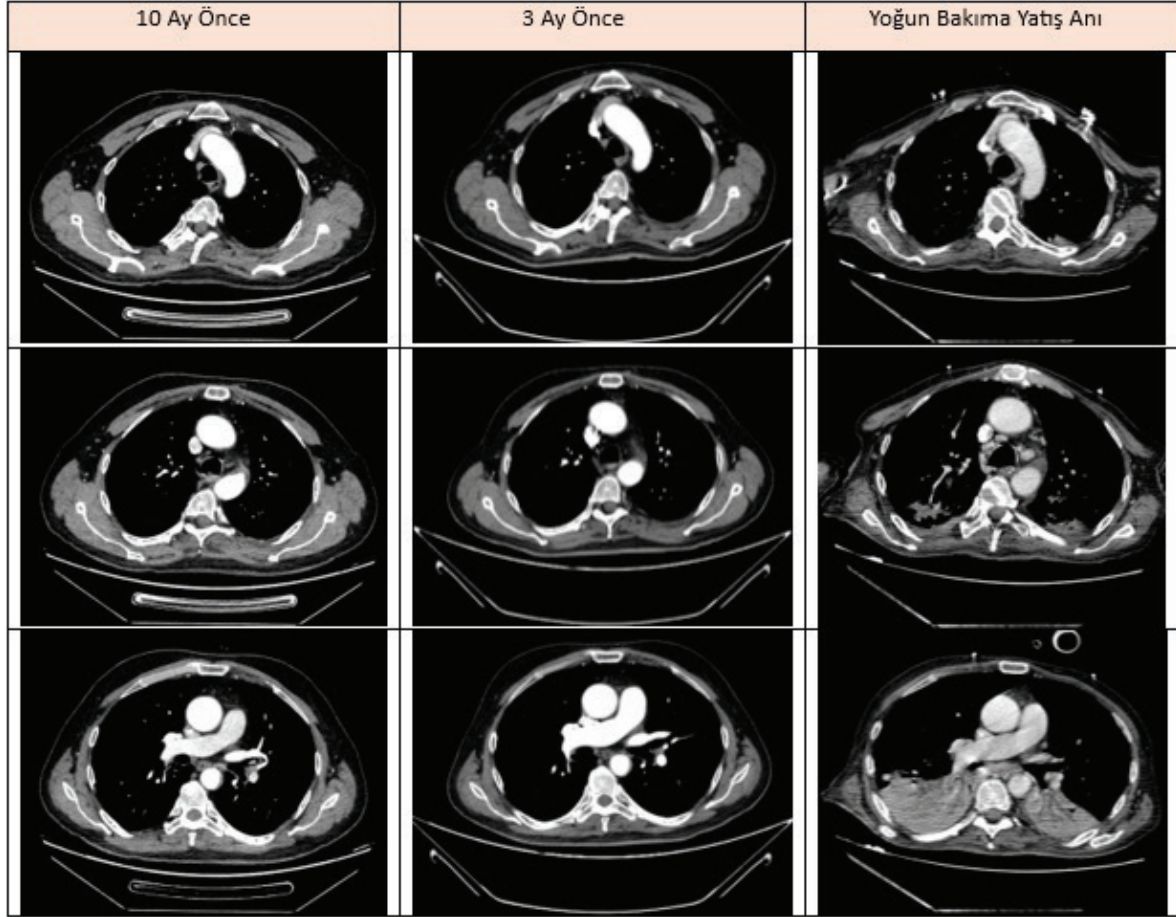
Meltem Eşsiz¹, Buğra Mete Hancı¹, Pelinsu Altun¹, Deniz Doğan Mülazımoğlu¹, Aslıhan Gürün Kaya¹,
Fatma Arslan¹, Gökhan Çelik¹, Akın Kaya¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Endobronşiyal lezyonların sıklığı net olarak bilinmemekle birlikte birçok patoloji ile birlikte karşımıza çıkabilmektedir. Ayırıcı tanıda malignite ilk sırada akla gelir ve öncelikle ekarte edilmelidir. Bunun yanı sıra havayollarındaki yabancı cisim, mukus impaksiyonları, endotrakeal tüp veya trakeostomiden kaynaklanan granülasyon dokusu da endobronşiyal lezyon sebeplerindendir.

Olgu: Elli dört yaşında bilinen bir hastalığı olmayan, 40 paket-yıl sigara ve ailede malignite öyküsü olan hasta 10 ay önce başlayan nefes darlığı, hemoptizi, yutma güçlüğü ve halsizlik şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de trakeadan başlayıp lingulaya kadar uzanan, lingulayı tamamen oblitere eden endobronşiyal lezyon ve 20x10 mm prekarinal lenf nodu izlenmiş. Bronkoskopi ile endobronşiyal lezyondan punch biyopsi alınmış ve patoloji sonucu 'malignite yönünden negatif' olarak sonuçlanmış. Hasta 3 ay sonra kontrole gittiğinde nefes darlığı ve 6 ayda 20 kilo kaybı şikayeti varmış. Çekilen kontrol toraks BT'de endobronşiyal lezyon yer değiştirmekle beraber bilateral hiler santral bölgede peribronkovasküler yumuşak doku kalınlaşmaları ve sağ hiler lenfadenopati görülmüş. Hasta takibe alınmış ancak bize başvurusundan 3 ay önce ani solunum depresyonu ile acil servise götürülen hasta entübe edilmiş. Pulmoner BT anjiyografi ile pulmoner emboli ekarte edilmiş ve tomografide sağ hemidiyafram yüksekliği dışında patolojik bulguya rastlanmamış. İki ay dış merkez yoğun bakım ünitesinde takip edilen hasta ekstübasyonu tolere edememiş, trakeostomi açılmış ve taburcu edilmiş. Ancak taburculuktan 3 gün sonra genel durum bozukluğu ile polikliniğimize başvuran hastanın akciğer grafisinde pnömonik infiltrasyonları mevcuttu ve yoğun bakım ünitemize pnömoni tanısıyla yatırıldı. Yatışında akut faz reaktanları yüksek olan hastaya yakın zamanlı kullandığı antibiyotik ve en son kültürdeki *Pseudomonas aeruginosa* ve *Klebsiella pneumoniae* üremeleri dikkate alınarak uygun antibiyoterapi ampirik olarak başlandı. Endobronşiyal lezyon öyküsü olan hastaya akciğer malignitesi ön tanısıyla çekilen Toraks BT'de her 2 akciğer posteriorda hava bronkogramı içeren konsolidasyonlar ve yer yer tomurcuklanmış ağaç manzarası görüldü. Hastaya yapılan bronkoskopide endobronşiyal lezyon saptanmadı, yoğun sekresyon aspire edildi. Santral akciğer malignitesi ekarte edilen hastaya diyafram elevasyonu, halsizlik ve yutma güçlüğü şikayetleri ile dış merkeze sık başvuruları ve ani solunum depresyonu olması nedeniyle nöromusküler hastalık ön tanısıyla elektromiyografi (EMG) yapıldı. Sonucu "alt motor nöron hastalığını destekler bulgular" olarak raporlandı. Hasta ön planda Amyotrofik lateral skleroz (ALS) olarak düşünüldü ve pnömoni tedavisi tamamlandıktan sonra ayrıntılı tetkik ve tedavi için Nöroloji bölümüne yönlendirildi.

Endobronşiyal Lezyonun Zaman İçindeki Değişiminin Bilgisayarlı Tomografideki Görünümü



Tartışma-Sonuç: Bu olgumuzda akciğer malignitesi ile uyumlu öyküsü ve bulguları olan hastada yer değiştiren endobronşiyal lezyonların yoğun kıvamlı mukus sekresyonu olduğu anlaşılmış ve ani solunum depresyonu sebebinin alt motor nöron hastalığı olduğu ortaya konmuştur. Bu vaka Göğüs Hastalıklarının Nöroloji ile kesişebileceği noktaları hatırlatmak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Endobronşiyal Lezyon, Fiberoptik Bronkoscopi, Trakeostomi, Amyotrofik Lateral Skleroz



PS-158 Romatoid Artrite Bağlı İnterstisyel Pnömoni Hastasında Gelişen Spontan Pnömomediastinum Olgusu

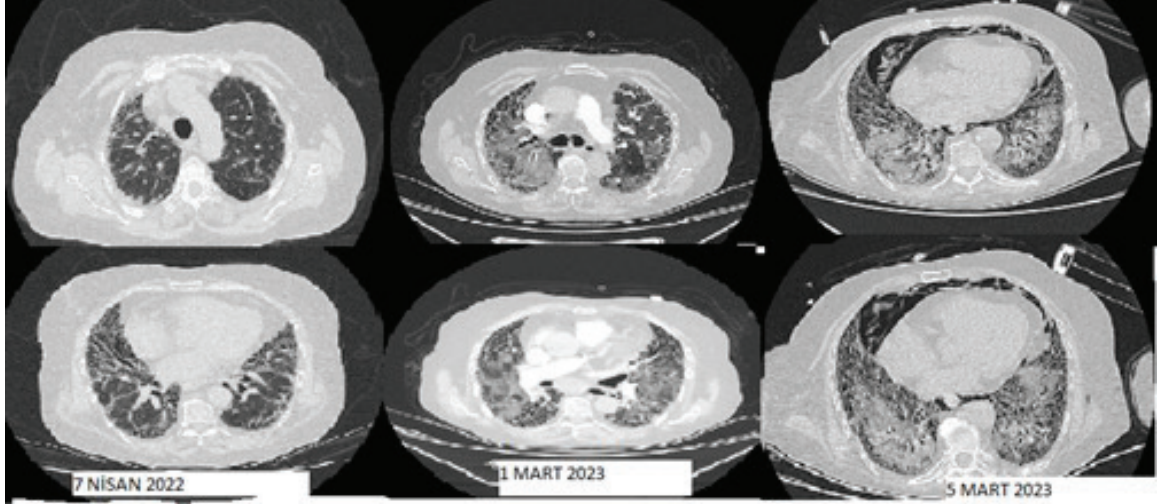
İsmail Altuğ Demir¹, Kamil Gönderen¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş-Amaç: İnterstisyel akciğer hastalığı (İAH), romatoid artritin sık görülen akciğer tutulumudur (1,2). İAH tek bir patolojik tanı olmasından ziyade doğal gidişatı, tedaviye yanıtı ve uzun vadeli prognozu etkileyen çeşitli klinik, radyografik ve patolojik özelliklerle ortaya çıkar. RA - İAH 'de görülen en yaygın histopatolojik paternler olağan interstisyel pnömoni (UIP) ve spesifik olmayan interstisyel pnömonidir (NSIP) (3-5). Bu hastalarda gelişecek pulmoner enfeksiyonlar ve komplikasyonlar, mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır. Pnömomediastinum (PMS), trakea ve özofagus dışında mediastende havanın bulunduğu nadir patolojik durumdur. Spontan ortaya çıkabildiği gibi travmatik, iyatrojenik olarak içi boş karın organının inflamasyonu, neoplazmi veya perforasyonuna bağlı oluşabilmektedir (6). Bu bildiride RA-İAH ve pnömosepsis nedeni ile yoğun bakıma yatırılan ve spontan PMS gelişen bir olgu sunulacaktır.

Olgu: RA tanılı 61 yaşında kadın hasta 6 aydır olan dispne şikayetinin artması nedeni ile acil servise başvurmuş. RA tanısı aldıktan 1 yıl sonra görüntülemeye RA'ya bağlı UIP bulguları görülen hasta metotreksat, metilprednizolon 4 mg ve hidoksiklorokin tedavisi kullanıyormuş. Hastaya çekilen toraks BT "akciğerlerde periferik zonlarda ve alt yarılarda daha fazla olmak üzere yaygın interstisyel septal kalınlaşmalar, retikülasyon, traksiyon bronşiektazileri, bal peteği bölgeleri dikkati çekmektedir.İleri dönem kronik interstisyel fibrotik akciğer tutulumuna uymaktadır. Bilateral belirsiz sınırlı buzlu cam vasfında infiltrasyon bölgeleri görülmekte olup fibrotik süreçte alevlenmeyi ve yaygın pnömonik enfeksiyöz infiltrasyonu desteklemekte" şeklindedir. (resim-1) Hasta pnömosepsis tanısıyla YBÜ'ne yatırıldı. Hastanın ilk tetkiklerinde wbc:18,4 10⁹/l neut:17,5 10⁹/l BUN:29 mg/dl kre:1,15 mg/dl CRP:326 mg/l prokalsitonin:1,97 ug/l 15lt/dk oksijen desteği ile ph:7,48 pco2:34 mmhg po2:53 mmhg laktat:3,9 sao2:%83,5 saptandı. Hipoksi nedeniyle hasta elektif entübe edildi. Entübasyon sonrası muayenede ve PA akciğer grafide (PAAG) komplikasyon izlenmedi. Hastanın kültürleri alınması sonrası meropenem, immunsupresyon nedeniyle TMP-SMX tedavisi başlandı. Alınan kan ve trakeal aspirat kültüründe üreme görülmeydi. Olası viral pnömoniler için influenza, RSV ve Covid19 PCR testleri negatif saptandı. Hastanın tedavi 2.günde akut faz reaktanlarında gerileme olması, mekanik ventilatörde (MV) FiO2 ihtiyacı azalması üzerine sedasyon kesilerek spontan mod denemeleri başlandı. T tüp denemelerinde desatüre olan hasta MV'de izlemine devam edildi. Hastanın izleminin beşinci gününde MV altında desatüre olmasıyla çekilen kontrol PAAG açıklayacak bulgu görülmeydi. Cilt altı amfizem görülmesi üzerine çekilen toraks BT'de (resim-1) servikotorasik bölgede, alt servikal boyun yumuşak dokularında, mediastende pnömomediastinum ile uyumlu yaygın serbest hava lüsenleri izlendi. Hastada pnömotoraks gelişmemesi nedeniyle toraks tüpü takılması düşünülmeydi. Hastaya sıfır PEEP verilerek cilt altı branül yerleştirildi. Bu sırada akut faz reaktanları yeniden progrese olan ve eş zamanlı vasopressor ihtiyacı olan septik şok tablosu olan hasta, yatışının 6.gününde exitus kabul edildi.

Resim 1



7 nisan 2022 hastanın İAH takibinde çekilmiştir. 1 Mart 2023 acil servis başvurusunda çekilen toraks bt , 5 mart 2023 te pnömomediastinum gelişimi sonrası çekilmiştir.

Tartışma-Sonuç: UIP ile progrese hastalık ve pnömoni tanısıyla YBÜ’de takip edilen hastada MV’nin 5.gününde pnömomediastinum gelişmiştir. UIP, diğer pulmoner fibrozis nedenleri gibi akciğer ile ilişkili morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır. (7) Pnömomediastinum gelişen hastaların etyolojilerinin incelendiğinde çalışmada 13 hastada (%2,2) intertisyel akciğer hastalığı, 28 hastada (%5) pnömoni suçlanmış, 245 (%47) hastanın pnömomediastinum etyolojisi netleştirilememiştir (8). İntertisyel akciğer hastalığı olan hastalarda pnömomediastinum gelişimi ile ilgili yeterli çalışma yoktur. Hastamızda pnömomediastinum etyolojisinde İAH dışında bir sebep bulunamamıştır. Sunduğumuz olguda İAH olan hastaların takibinde MV ayarlarının seçiminde barotravma açısından dikkatli olunmasını, klinik olarak yakın takip edilmesi, hava yolu basınçlarının yüksekliği durumunda ileri kesitsel görüntüleme yapılmasının gerekliliğini göstermesiyle örnek teşkil etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Olağan İntertisyel Pnömoni, İntertisyel Fibrozis, Yoğun Bakım, Pnömomediastinum



PS-159 Toraks Cerrahisi Sonrası Gelişen Sevofluran İlişkili Alveolar Hemoraji

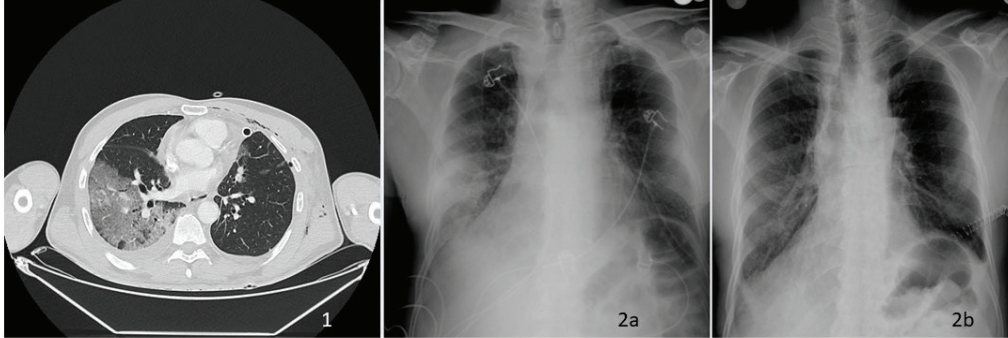
Furkan Küçük¹, Emine Afşin¹, Samet Genez¹, Osman Yakşi¹

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Giriş-Amaç: Diffüz alveolar hemoraji (DAH); alveoler kapillerlerden köken alan intraalveoler eritrositlerin birikimini tanımlayan bir sendromdur. DAH'ın en yaygın nedenleri; seropozitif sistemik vaskülitlerle birlikte görülen küçük damar vaskülit veya bir bağ dokusu hastalığı, pıhtılaşma bozuklukları, ilaçlar dahil olmak üzere yaygın alveoler hasar ve enfeksiyonlardır. Literatürde Sevofluran ilişkili alveolar hemoraji çok nadir olarak bildirilmiştir. Olgumuz lobektomiden sonra Sevofluran ilişkili unilateral tutulumlu akciğer hasarı gelişmesi ve pulse steroid tedavisi ile iyileşmesi nedeniyle sunulmaktadır.

Olgu: 53 yaşında, erkek hasta, akciğer adenokarsinomu tanısıyla sol üst lobektomi yapıldıktan 24 saat sonra gelişen akut dispne nedeniyle değerlendirildi. Hastanın preoperatif değerlendirilmesinde solunumsal yakınması yoktu ve fizik muayenesi de olağan idi. 40 paket/yıl sigara öyküsü olan hastanın ek hastalıkları da yoktu. Operasyon sırasında anestezi olarak inhale sevofluran kullanılmıştı. Postoperatif takiplerinde sol akciğerde hematoma geliştiği saptanarak tekrar sevofluran verilerek operasyona alındı ve hematoma drene edildi. Takiplerinde dispneik olan hastanın ciddi hipoksemisi (15 lt/dk Oksijen ile oksijen saturasyonu: %88) saptandı. Hemoptizi yakınması olmayan hastanın çekilen Toraks BT anjiyografisinde; pulmoner tromboemboli saptanmadı, sağ akciğer alt lobda interlobüler septal kalınlaşma ve yamalı buzlu cam opasiteleri (crazy-paving pattern) izlendi (Resim 1). Hemoglobin değerleri 11.4 'den 7.7 g/dl'e düşen hastanın CRP artışı, ateşi, pürülan balgamı olmayıp alınan kan ve balgam kültürlerinde de üreme olmadı. ANA bir pozitif olan hastada MPO ve PR3 ANCA negatifti, vaskülit ve bağ doku hastalığını düşündürecek sistemik bulgular da saptanmadı. Derin hipoksemisi nedeniyle bronkoalveolar lavaj yapılamadı. Yüksek akımlı nazal kanül oksijenasyon ile takip edilen hasta 'Sevofluran ilişkili alveolar hemoraji' olarak değerlendirildi. 3 gün 500 mg/gün metilprednizolon tedavisi uygulandı. Tedavi başlangıcından yaklaşık 48 saat sonra hastanın nefes darlığı geriledi. 6.günün sonunda hipoksemisi düzelen ve radyolojik regresyon (Resim 2) izlenen hasta taburcu edildi.

Resim 1, 2



Resim 1. Toraks BT' anjiyografide; sağ akciğer alt lobda interlobüler septal kalınlaşma ve yamalı buzlu cam opasiteleri (crazy-paving pattern) izlenmekte, Resim 2a. Akciğer grafisinde sağ alt zonda yamalı alveoler opasifikasyon görülmekte Resim 2b. steroid tedavisi sonrası regresyon izlenmekte.

Tartışma-Sonuç: Patofizyoloji net bilinmemekle beraber Sevofluranın bir metabolitinin pulmoner endotelial toksiteye neden olabileceği varsayılmaktadır. Literatürde Sevofluran ile ilişkili akut akciğer hasarı olguları ortopedik, ürolojik ve plastik cerrahi sonrasında ve genç yetişkinlerde olduğu bildirilmiştir. Literatürde pulse steroid tedavisi yanısıra, solunum yetmezliği tablosunda olmayan vakalarda medikal tedavi verilmeden takip edildiği bildirilmiştir. Olgumuz; toraks cerrahisi sonrası gelişmesi, tek taraflı tutulum izlenmesi, pulse steroid ile tedaviye yanıt alınması nedeniyle sunulmuştur. Postoperatif gelişen akut solunum yetmezliğinde ayırıcı tanımlar arasında Sevofluran ilişkili akciğer hasarı da düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sevofluran, Alveolar Hemoraji, Hipoksemi

PS-160 Nadir Görülen Hastalıklarda Uyku Apne Sendromu

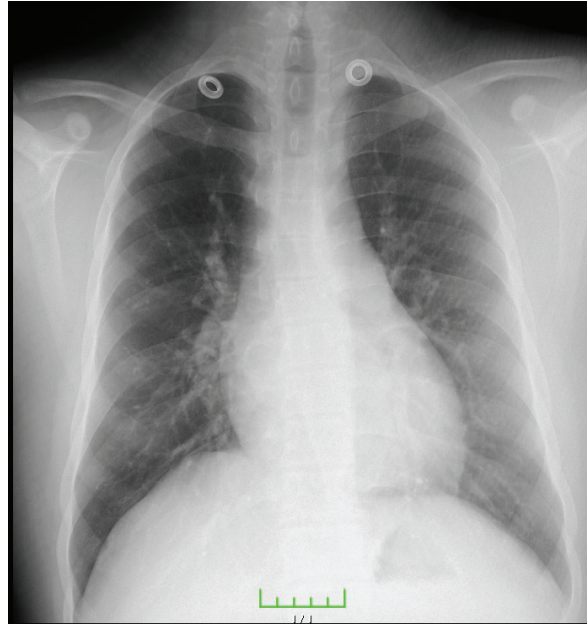
Feyaz Kavak¹

¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi

Giriş-Amaç: Leigh sendromu genellikle yaşamın ilk yıllarında belirginleşen şiddetli bir nörolojik hastalıktır. şiddetli nefes darlığı problemleri ve akut solunum yetmezliği oluşturan kadar ilerleyebilir. Leigh sendromu kırk bin doğumdan birini etkiler. leigh sendromuna sahip olan çoğu kişinin çekirdek dna'sında mutasyon bulunurken %20 sinde mtdna'da mutasyon bulunur. Bu çalışmada 2 yaşında leigh sendromu tanısı alan, 19 yaşında uyku apne sendromu tanısı alan olguyu sunacağız.

Olgu: 19 yaşında Leigh sendromu, ADEM sekelli tanıları mevcut erkek hasta, polikliniğimize nefes darlığı, gündüz aşırı uyku hali, geceleri horlama ve sık uykudan uyanma şikayetleriyle başvurdu. Yapılan muayenesinde oda havasında spo2=70, oksijen desteğiyle spo2 96-97, solunum sayısı 13-14 soluk/dk solunum sesleri doğal, bilateral pretibial ödem ve homans bulgusu negatif, vücut kitle indeksi:25,5 cm²/kg. Kan gazı sonuçlarında ph=7,25, pco2=74,7 mmhg, hco3=32,4 mmol/l, d-dimer normal aralıkta, PAAC grafisinde belirgin bir akut patoloji izlenmedi (Resim 1), hastaya mental durumundan ötürü toraks BT çekilemedi. Uyku ünitemize yatırılan hastanın gece boyunca ortalama saturasyon %79,7, en düşük saturasyon %61 ölçüldü, apne-hipopne indeksi(AHI) 45 olarak belirlendi. Hastada ağır derecede OSAS saptandı.

RESİM 1



11.10.2023 TARİHLİ PA AC

Tartışma-Sonuç: Leigh sendromu mitokondriyal respiratuvar enzim zincirindeki kusur veya pirüvat dehidrogenaz kompleksindeki yetersizlik sonucu beyin, beyin sapı ve omurilikte demiyelizasyon, glikozis, nekroz ve kapiller proliferasyonla karakterize bir subakut nekrotizan ensefalomiyopati tablosudur. Leigh sendromu ve benzeri nadir görülen demiyelizan hastalıklara sahip, solunum sıkıntısı yaşayan hastalarda uyku-apne sendromu olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır

Anahtar Kelimeler: Leigh Sendromu, Uyku Apne Sendromu, OSAS



PS-161 Asrın Felaketi: Toraks Travma Profili

Naim Şüküroğlu¹, Gökhan Öztürk¹, Nagihan Yağın Türkmen¹

¹Pamukkale Üniversitesi

Giriş-Amaç: Ülkemizde yaşanan 20 Şubat 2023 Kahramanmaraş merkezli deprem ve sonrasındaki arççı depremlerden dolayı toplamda 11 ilde büyük yıkımlara yol açmıştır. Bu depremler şiddeti ve kapsadığı alan açısından yakın tarihte eşi benzeri olmayan bir felakettir. Resmi kayıtlara göre 48 binden fazla insan hayatını kaybetmiş, yaklaşık 16 milyon insan, depremden değişik düzeylerde etkilenmiştir. Sunumunuzdaki temel amaç deprem ile ilişki torasik travmaların istatistiksel analizi ve sonuçlar ışığında karşılaşılabilecek klinik tablolara hazırlıklı olunmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Pamukkale üniversitesi göğüs cerrahisi ekibi olarak Hatay'da bulunan 2 büyük ilk müdahale alanından birinde elde ettiğimiz deprem ile ilişkili göğüs travma profilini sunacağız.

Bulgular: Göğüs travmaları tüm travmaların %10-15'ini oluştururken deprem ilişkili travmaların 7,6-15,9'unu oluşturur (1). Göğüs travmalarına bağlı ölüm oranı %8,2-33,3'tür (2). Depreme bağlı ezilme yaralanmaları çok yüksek oranlarda görülmektedir (3). Pulmoner kontüzyon künt göğüs travmalı hastalardaki insidansı %17 ila %75 arasında değişmektedir. Pulmoner kontüzyon özellikle yetişkin grubunda en sık kaburga kırıkları ile ilişkilidir. Kaburga kırıklarının dörtte üçünde pulmoner kontüzyon eşlik etmektedir. Ancak özellikle pediatrik grupta kaburga kırığı olmaksızın pulmoner kontüzyon gelişebilir. Deprem sonrası merkezimize getirilen hastalarda pulmoner kontüzyon %26,1 görülmüştür. Kaburga kırıkları hem toraks travmalarının hem de deprem ilişkili travmaların ana unsurudur (1). Mortalitesi %5,7 ile %10 arasında değişmektedir. En şiddetli türlerinden biri olan yelken göğüs %10-20 mortalite oranlarına sahiptir (4). 844 hastada (%42,3) kot fraktürü bulmaktaydı ve en sık görülen patolojiydi. Pnömotoraks künt göğüs travmaları içinde hayatı tehdit eden en sık patolojidir. Hafif göğüs ağrısından kardiyovasküler kollaps ve ölüme kadar geniş bir yelpazede semptomlara neden olabilir (5). Tüm toraks travmalarının %40-50'sinde pnömotoraks görülür (6). Hastaların %21,1 'inde p pnömotoraks bulunmaktaydı. Hastaların büyük bir çoğunluğunda tüp torakostomi ihtiyacı bulunmaktaydı. Hemotoraks birçok nedenle olabilir ancak en sık neden travmalardır. Künt travmalarda hemotoraks kaburga kırıkları veya omurga kırıklarına bağlı gelişir, interkostal damarların yada intraparakimal damarlardan kaynaklanır (7). 115 hasta hemotoraks, 102 hasta da pnömomediastinumdan muzdaripti.

Tartışma-Sonuç: Hatay'da Richter ölçeğine göre 6.4 ve 5.8 büyüklüğündeki depremler meydana geldi. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi hastanesinde binanın yatarak hasta bakıma uygun olmaması nedeni ile hastaların hızlı sevk ve depremin ilk günlerinde sistemsel kayıt sisteminin uygulanamamasına nedeni ile sunulan hasta sayıları kendi klinik verilerimizdir. Literatür verileri ile karşılaştırıldığında klinik verilerimiz ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hatay, Deprem, Toraks, Travma, Künt

PS-162 Langerhans Hücreli Histiositoz Olgusunda Pulmoner Rehabilitasyonun Etkinliği

Nisanur Tutuş¹, İpek Özmen², Elif Yıldırım²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pulmoner Rehabilitasyon Ünitesi, İstanbul, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş-Amaç: Langerhans hücreli histiositoz akciğerlerde Langerhans hücrelerinin infiltrasyonu sonucu gelişen ve interstisyel akciğer hastalığı neden olan bir hastalıktır. Sıklıkla genç erişkinleri, özellikle de sigara içenleri etkileyen nadir bir hastalıktır. Akciğerlerde kistik lezyonlar, fibrozis alanları ve ileri dönemde bal peteği görünümüne kadar ulaşabilen interstiyel patoloji yaratır. LGH tanılı hastalarda pulmoner rehabilitasyonun (PR) kas gücü, fonksiyonel kapasite, fiziksel aktivite ve duygu durumu üzerine etkinliğinin bir vaka üzerinden değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Olgu: 53 yaşındaki kadın LGH tanılı ve akciğer nakil adayı olan hasta, 8 haftalık pulmoner rehabilitasyon programına alındı. Program içeriği; aerobik egzersiz eğitimi, periferik kas kuvvetlendirme, solunum egzersizleri, enerji koruma teknikleri, hastalık eğitimi, beslenme desteği olarak planlandı. Hasta haftada bir gün hastanede PR programına dahil edilirken, haftada 2 gün uzaktan denetimli olarak takip edildi. PR programı öncesi ve sonrası hastanın egzersiz kapasitesi 6 dakika yürüyüş testi, dispne seviyesi modifiye Medikal Research Council dispne skoru (Mmrc), fiziksel aktivite seviyesi uluslararası fiziksel aktivite anketi, yaşam kalitesi Saint George Yaşama kalitesi anketi (SGRQ), psikolojik durumu Hastane anksiyete depresyon ölçeği (HADS) ile değerlendirildi. Program sonunda hastanın yürüme mesafesinin 400 m'den, 452 m'ye çıktığı, Mmrc skorunun 4 'den 2'ye düştüğü, HADS anksiyete skoru sabit kalırken, depresyon skorunun 6'dan 3'e, el kavrama kuvvetinin sağ el için 23,4kg'dan 28kg'a, sol el için 24kg'dan 28.3kg'e değiştiği saptandı. SGRQ skorlarında ve fiziksel aktivite seviyesinde anlamlı gelişmeler gözlemlendi.



Tablo 1

Pumoner rehabilitasyon Öncesi			Pulmoner rehabilitasyon Sonrası		
Dirsek ekstansiyonu	Dirsek fleksiyonu		Dirsek ekstansiyonu	Dirsek fleksiyonu	
106,3/137,3	95,8/83,9		130,5/137,4	107,5/107,9	
Kalça fleksiyonu	Diz ekstansiyonu		Kalça fleksiyonu	Diz ekstansiyonu	
144,4/158,6	147,3/158,5		180,3/160,9	209,8/182	
Kavrama kuvveti	mMRC		Kavrama kuvveti	mMRC	
23/23,4	4		28/28,3	2	
MIP	MEP		MIP	MEP	
94	90		85	113	
HADS Depresyon	6		HADS Depresyon	3	
HADS Anksiyete	5		HADS Anksiyete	5	
Semptom Skoru-SGRQ	Aktivite Skoru-SGRQ	Total Skor-SGRQ	Semptom Skoru- SGRQ	Aktivite Skoru- SGRQ	Total Skor-SGRQ
61,1	85,8	61,63	51,6	79,67	53,86
IPAQ	1		IPAQ	3	

Tartışma-Sonuç: LGH'li hastalarda PR'nin hastaların duyu durumunu iyileştirdiği, kavrama kuvveti ve kas gücünü artırdığı, dispneyi azalttığı gözlenmiştir, hastaların semptomlarında ve yaşam kalitelerinde iyileşmeye katkıda bulunduğu gözlenmiştir. Bu hasta grubundaki hastalar da diğer kronik akciğer hastaları gibi PR'den kazanım sağlayabilirler.

Anahtar Kelimeler: Langerhans Hücreli Histiyoitoz, Pulmoner Rehabilitasyon

8 Mart 2024, Cuma

Poster Bildiri Oturumu 9: Akciğer Enfeksiyonları ve Tüberküloz

PS-163 Maligniteyi Taklit Eden Tüberküloz

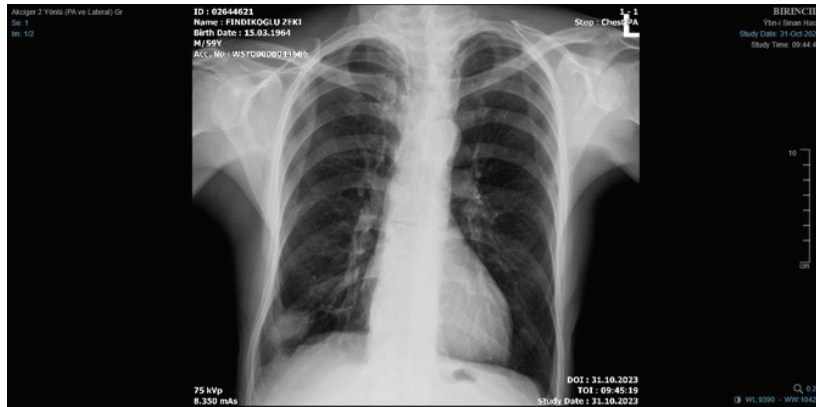
Gizem Aydın¹, Fatma Arslan¹, Aslıhan Gürün Kaya¹, Miraç Öz¹, Deniz Doğan Mülazımoğlu¹, Akın Kaya¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Akciğer tüberkülozu, farklı klinik ve radyolojik görünümü ile birçok hastalıkla karışabilmektedir. Maligniteler ve enfeksiyonlar dışında ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar; bağ dokusu hastalıkları, vaskülitler, idiopatik interstisyel pnömoniler, mesleki hastalıklar ve sarkoidozdur. Akciğer kanserinin ayırıcı tanısında tüberküloz önemli bir yer tutar. Bu olgu sunumunda da yaşı öyküsü kliniği ve radyolojik bulguları ile malignite düşündüren bir tüberküloz vakasından bahsedilmektedir.

Olgu: Elli dokuz yaş romatoid artrit ve hipertansiyon tanıları olan hasta 2 haftadan fazla süren öksürük ateş üşüme, titreme, mmrc1 düzeyinde nefes darlığı şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş pnömoni olarak değerlendirilip tedavi başlanmış. Şikayetlerinin geçmemesi üzerine tarafımıza başvurdu gelişinde plöretik vasıflı göğüs ağrısı vardı öksürüğü devam etmekteydi hemoptizi kilo kaybı yoktu seronegatif romatoid artrit sebebiyle salazopyrin 500 mg ve prednizolon 5mg kullanmaktaydı çekilen akciğer grafisinde sağ bazalde kitle lezyonu izlenmesi üzerine toraks bt çekildi. Sağ akciğer alt lob anterobazalde lateralde, yaklaşık 4.5x3 cm boyutlarında, plevra ile devamlılık göstererek plevrada kalınlaşmaya neden olan kitle görüldü tanı ve evreleme için pozisyon emisyon tomografi planlandı. Çekilen petde Sağ akciğer alt lob lateral bazal segmentte yerleşimli, 8.interkostal aralık düzeyinde toraks duvarına uzanım gösteren, 7.ve 8.kostalar ile ayırımı net yapılamayan düzensiz kitle lezyonunda yoğun patolojik aktivite artışı (SUV-max:16.3) izlendi .Lenf nodu tutulumu yoktu. Fiberoptik bronkoskopi işlemi ile bronş lavajı alındı.Balgam ARB gönderildi. Balgam ARB negatif geldi. Sağ akciğer alt lob lateral bazal segmentte izlenen kitleye ultrasound(US) rehberliğinde transtorasik biyopsi işlemi gerçekleştirildi. Patoloji sonucu nekrotizan granüloma ile uyumlu geldi. Gönderilen bronş lavajı kültüründe mikobakterium tüberkülozis kompleks üredi. Hasta verem savaş dispanserine yönlendirildi.

Akciğer filmi



Sağ bazalde kitle lezyonu

Tartışma-Sonuç: Tüberküloz en sık üst zonlarda infiltrasyon, kavite ve fibroze sebep olur. Atipik tutulumlar olabilir: Alt lob tutulumlar, plevra efüzyonu, miliyer gölgeler, kitle lezyonlar, mediastende büyümüş lenf bezleri ve pnömotoraks görülebilir. Atipik tutulumlar; diabetes mellitus, böbrek yetmezliği, HIV pozitifliği ve bağışıklığın baskılandığı durumlarda görülür. Bu vakada olduğu gibi uzun süredir geçmeyen öksürük ateş halsizlik ve bağ dokusu hastalığı sebebiyle uzun dönem düşük doz immünsüprese tedavi kullanan hastalarda tüberkülozun atipik radyolojik görünümüye sebep olabileceği akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz Malignite Enfeksiyon



PS-164 Takipsizlikten Yayılsa Hastane Kaçınılmaz Olur

İlknur Kaya¹, Zeynep Yaren Yılmaz¹, Mehmet Doğan¹, Canan Balcı², Ümran Erbay¹

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

Giriş-Amaç: Miliyer tüberküloz, tüberküloz (TB) basillerinin lenfo-hematojen yayılımı sonucu oluşan ve potansiyel olarak ölümcül bir TB formudur. Miliyer TB, özellikle immün sistemi baskılanmış kişilerde görülen bir tüberküloz formudur. Tedaviye karşın mortalite oranı yaklaşık %25'tir. Mortaliteyi artıran en önemli bağımsız risk faktörü tanı ve dolayısıyla tedavide gecikmedir. Bu nedenle erken tanı koymak son derece önemlidir. Miliyer tüberkülozun tanısında radyolojik bulgular önemlidir, diffüz miliyer nodüler ve/veya asiner opasiteler görünür. Biz de burada daha önceden akciğer dışı TB tanısı patolojik olarak koyulan ancak tedavi almayan ve sonrasında miliyer TB şeklinde prezente olan bir hastamızı sunmak istedik.

Olgu: 25 yaş komorbid hastalığı olmayan yabancı uyruklu erkek hasta nefes darlığı ve oral alımda bozulma şikayetiyle hastanemiz acil servisine başvurdu. Başvuru anında yüksek oksijen altında saturasyonu %80, solunum sayısı 50/dk, nabız 135/dk idi. Alınan biyokimyasal parametrelerinde sodyum: 123 mmol/L dışında anlamlı değişiklik saptanmadı. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde (PA AG) yaygın nodüler dansite artışı, bilgisayarlı toraks tomografisinde (Toraks BT) yaygın bilateral dağınık yerleşimli mikronodüller görünüm mevcut idi (Resim 1). Mevcut klinik bulguları ile ilk etapta yoğun bakımda izole takip edildi. Takipte alınan ayrıntılı anamnezde son 3 ay içinde 25 kg kayıp ve belirli aralıklarla yurt dışına seyahat öyküsü olduğu tespit edildi. Ayrıca daha öncesinde ileus nedeni ile batin operasyonu olduğu öğrenildi. Geçmişe yönelik tıbbi kayıtları incelendiğinde yaklaşık 1 ay önce ileus operasyonu sırasında TB peritonit düşünülerek periton biyopsisi yapıldığı, hastanın verem savaş dispanserine (VSD) yönlendirildiği, burada yapılan Safılaştırılmış Protein Türevi (PPD) testinin 6 mm saptandığı ve balgam örneği veremediği öğrenildi. Ayrıca akabinde hastanın patoloji sonucunu öğrenmek için hekim başvurusu yapmadığı bu şekilde takipsiz ve tedavisiz kaldığı öğrenildi. Tarafımızca ulaşılan patoloji sonucunun "kronik granümatöz nekrotizan hastalık" olarak raporlandığının görülmesi ve tipik radyolojik patern nedeni ile hastaya miliyer TB tanısı ile standart TB tedavisi başlandı. Yapılan diğer sistem taramalarında periton ve akciğerdeki miliyer görünüm haricinde ek organ tutulumu saptanmamıştır.



Resim 1 Akciğerdeki yaygın mikronodüler görünüm

Tartışma-Sonuç: Miliyer TB'de endemik bölgelerde yaşama ve seyahat öyküsü önem taşımaktadır. Bu anlamda hastadan ayrıntılı anamnez alınması gerekmektedir. Başlangıç döneminde non spesifik belirtilerle seyredebilen ve ölümcül olabilen bu hastalıkta erken tanı ve tedavi oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Endemik Bölge, Takipsizlik, Lenfo-Hematojen, Tüberküloz, Miliyer Tüberküloz

PS-165 Tüberküloz Tedavisi Sırasında Gelişen Toksik Epidermal Nekrolizis

Göksu Şahin Kalkan¹, Şeyma Nur Uryan¹, Mehmet Kuruş¹, Şeref Özkara¹

¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Tüberküloz hastalığı Mycobacterium tuberculosis grubu basilleri tarafından oluşturulan ve hava yolu ile bulaşan bir hastalıktır. Etkili tedavi ile hastaların bulaştırıcılığı 2-3 haftada sona erer. Tüberküloz hastalığı en çok akciğerleri tutmakla birlikte tüm organ ve sistemleri tutabilir. Hastalar tutulan sisteme göre çeşitli semptomlarla başvurabilir. Başlanan tedavinin de çeşitli yan etkileri olabilir. Yan etkiler ciddi tıbbi sonuçlar doğurabildiği için ve tedavi uyumsuzluğu yaratabildiği için yakından izlenip çözümlenmelidir.

Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan 64 yaşında erkek hasta, yeni olgu yayma pozitif akciğer tüberkülozu tanısıyla HRZE başlanmış, tedavi başlanmasından 2 ay sonra karaciğer fonksiyonlarının bozulması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. (Şekil 1. Akciğer grafisi) Hastanın rutin kan tetkiklerinde bilirubin değerleri total bilirubin:4,6 mg/dL direkt bilirubin:3,8 mg/dL ALT:566 AST:620 GGT:570 ALP:427 bulundu. Hepatotoksik olmayan rejim streptomisin, etambutol, moksifloksasin, sikloserin, yüksek doz pridoksim başladı. Hepatobilier USG’de grade 2 hepatosteatoz dışında patoloji saptanmadı. 28 gün sonra hastanın bilirubin değerleri 1,5 mg/dL’nin altına inmesi sonucu mevcut tedaviye INH eklendi. INH eklendikten 1 gün sonra ayak ve bacaklar üzerinde hiperemik döküntülü lezyonlar izlendi. Tüm tedavi rejimi durduruldu. Metilprednizolon 40 mg (1 mg/kg/gün) ve antihistaminik verildi. Tedavi altında hastanın 3. günde lezyonları tüm vücuda yayıldı: hareketleri ağırlı ve kısıtlı. El ve ayak altlarında deskuamatif lezyonlar mevcuttu. 5. gününde lezyonları bülöz forma geçmiş olup soyulmaları başlamıştı. Eozinofilisi başlangıçta 120 iken alerji gelişmesiyle 1150ye, bülöz lezyonlar gelişmesiyle 3700e yükseldi. Antihistaminik (setirizin, CETRYN) 2x20 mg dozuna çıkarıldı. Lezyonları kötüleşti ve toksik epidermal nekrolizis gelişti.(Şekil 2,3). Metilprednizolon 300 mg, hidrasyon, antihistaminik verildi, günlük hemogram-biyokimya takipleri yapıldı. Tedavi altında lezyonların kötüleşmesinin devamı ve yutma gücünün gelişmesi üzerine yanık ünitesi bulunan bir merkeze sevk edildi.

Şekil 3



TEN

Tartışma-Sonuç: Tüberküloz tedavisinde yan etkiler az görülür. Ancak hastanın yan etki geliştiğinde başvurabileceği bir telefon numarası mutlaka bulunmalıdır. Minör yan etkiler tedavi uyumunu etkilediği için önemlidir. Ciddi yan etkiler ise bizim hastamızda görüldüğü gibi hayatı tehdit edebilir, organ bozukluğuna yol açabilir. Bütün yan etkilerin uygun şekilde yönetilmesi gerekir. Tüberküloz tedavisinin de gerekirse yeni ilaç rejimleriyle mutlaka tamamlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz Hastalığı, Hepatotoksiste, TEN



PS-167 Antitüberküloz İlaç Desensitizasyonu Uygulanan Larenks Tüberkülozu: Olgu Sunumu

Belma Altınok¹, Müge Erbay², Tevfik Özlü¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, Trabzon

Giriş-Amaç: Tüberküloz, yılda yaklaşık 8 milyon yeni vaka olarak görülen mycobacterium tuberculosis basilinin yol açtığı enfeksiyon hastalığıdır. Tüberküloz basili akciğer dışında ağız, tonsiller, dil, burun, epiglot, larinks ve farinkste yerleşebilir. Larinks tüberkülozu, tüm tüberküloz olgularının %1'inden azında görülür. Tüberküloz tedavisi, düzenli ve çoklu ilaç kullanımı temeline dayanır. Tüberküloz ilaçlarına bağlı birçok yan etki oldukça iyi tanımlanmışken aşırı duyarlılık reaksiyonları ve bunların tedavilerine yönelik veriler oldukça kısıtlıdır. Hastanın alerjisi olan ilacın alternatifi yoksa ya da alternatif ilaçlar sorumlu ilaç kadar etkili değilse, alerjik olduğu ilacı kullanabilir duruma getirmek için ilaç desensitizasyonu uygulanır. Tüberküloz geçirme öyküsü olan, ses kısıklığı ve öksürük şikayetiyle larenks tüberkülozu tanısı alan, antitüberküloz ilaç alerjisi gelişmesi üzerine desensitizasyon ile tedavi devamlılığı sağlanan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: 58 yaşında kadın hasta, antitüberküloz ilaç tedavisi sırasında aşırı duyarlılık reaksiyonu gelişmesi nedeniyle dış merkezden polikliniğimize yönlendirildi. Özgeçmişinde 40 yıl önce akciğer tüberkülozu geçirme öyküsü ve tüberküloz (ilaçlar ve süresi bilinmiyor) tedavi alımı mevcuttu. Fizik muayenesi doğaldı. Bir aydır ses kısıklığı, öksürük ve balgamı olan hastadan alınan balgam kültüründe mycobacterium tuberculosis basili üremesi, bronkoskopide nazofarenks posterior duvarda nodüler lezyonlar görülmesi ve Toraks BT'sinde patoloji saptanmaması nedeniyle larenks tüberkülozu tanısı almıştı. Dörtlü antitüberküloz tedavisi (İzoniazid (INH) 300 mg, Rifampisin 600 mg, Etambutol 1500 mg, Pirazinamid 2000 mg/ günde) başlanan hastanın, tedavinin birinci gününde ilaçlarının tümünü içtikten yarım saat sonra tüm vücudunda kaşıntılı kızarıklık ve dudakta şişlik şikayeti gelişmesi üzerine antihistaminik tedavisi verilmiş, 2-3 saatte şikayetleri gerilemiş ve tüm antitüberküloz ilaçları kesilmişti. Laboratuvar bulguları normaldi. İmmünoloji ve Alerji polikliniğine başvuran hastaya ilaç reaksiyonuna en sık neden olduğu bilinen rifampisin sona bırakılarak, sırasıyla INH, Etambutol, Pirazinamid ile graded challenge (aşamalı ilaç yükleme) yapıldı ve reaksiyon görülmedi. Suçlu ilacın Rifampisin olduğunun anlaşılması üzerine hastaya rifampisin desensitizasyon şeklinde uygulandı (Tablo 1). İlaç reaksiyonu izlenmemesi üzerine hastanın tedavisine günlük INH 300 mg, Rifampisin 600 mg, Etambutol 1500 mg, Pirazinamid 2000 mg olarak devam edildi. İki aylık 4'lü tedavisini sorunsuz alan hastanın tedavisi, ara verilmeksizin INH 300 mg ve rifampisin 600 mg ile reaksiyonsuz devam etmektedir.

Tablo 1



Tablo 1. Rifampisin ile hızlı desensitizasyon protokolü

SAAT	İLAÇ (Rifampisin)	DOZ	
		ml	mg
09:30	B solüsyonu	1	10
10:00	B solüsyonu	2	20
10:30	B solüsyonu	5	50
11:00	A solüsyonu	5	100
11:30	A solüsyonu	10	200
12:30	A solüsyonu	11	220
Toplam		600	
* Bir kapsül (600mg) rifampisinin içeriği 30 ml %0.09 NaCl ile karıştırılarak A solüsyonu (20 mg/ml'lik) hazırlandı			
* A solüsyonundan 1/2'lik dilüsyon yapılarak B solüsyonu (10mg/ml'lik) hazırlandı			

Tartışma-Sonuç: Tanısı ve tedavisi gecikmiş akciğer ve larinks tüberkülozu, yüksek bulaşma riski nedeniyle toplum sağlığı açısından telafisi güç sorunlar oluşturabilir. Kanseri, tüberküloz gibi hastalıkların tedavisinde, kullanılması elzem ilaçlarla oluşan alerjik reaksiyonlarda desensitizasyon yöntemiyle reaksiyonsuz tedavi devamlılığı sağlanabilir. Çalışmamız, akciğer dışı tüberküloz ile ilgili klinik farkındalık oluşması ve elzem ilaçların alerjisi durumunda yapılabilecekler konusunda bilgi sahibi olunmasının, hasta ve toplum sağlığı açısından önemini vurgulamayı amaçlamıştır.

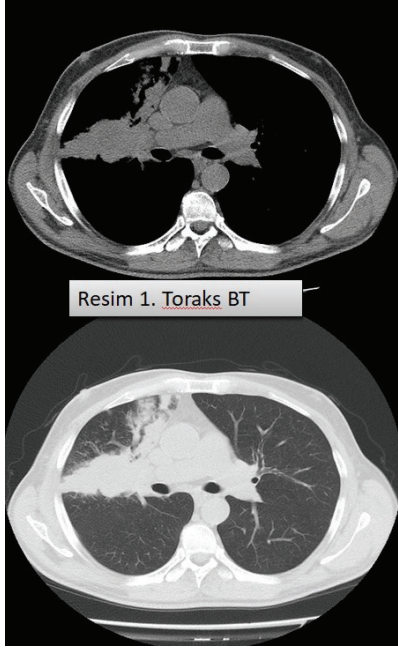
Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, İlaç Alerjisi, İlaç Desensitizasyonu

**PS-168 Eşzamanlı Tüberküloz ve Malignite Birlikteliği: İki Olgunun Sunumu**Melike Demir¹, Fatıma Yıldız¹¹İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

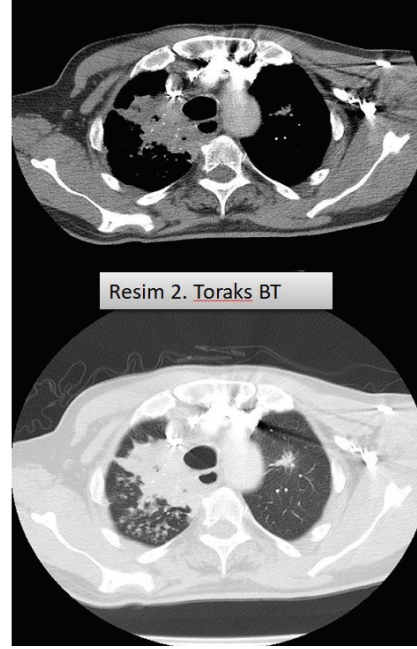
Giriş-Amaç: Akciğer kanseri ve Tüberküloz (TB) dünya çapında önemli morbidite ve mortaliteye neden olan yaygın hastalıklardır. Bu iki hastalık nadiren bir arada bulunabilmektedir. Yapılan çalışmalarda akciğer TB'nun akciğer kanseri gelişme riskini arttırabildiği gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda ise akciğer kanserinin gerek kendisinin gerekse tedavisinin, bağışıklığı baskılayarak TB riskini arttırabileceği de belirtilmektedir. TB ve akciğer kanserinin birlikteliğinin yaklaşık olarak yüzde bir ila iki arasında olduğu tahmin edilmektedir. Burada aynı anda akciğer TB ve akciğer kanseri tanısı koyulan iki olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgular: İlk hasta elli dört yaşında erkek idi ve antibiyotik kullanmasına rağmen geçmeyen nefes darlığı, öksürük, balgam şikayetleri mevcuttu. Özgeçmişinde Tip 2 diyabet, hipertansiyon ve otuz yıl önce TB geçirme öyküsü mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde; mediastinal ve hiler alanda en büyüğü on üç milimetre lenfadenopatiler (LAP), sağ akciğer üst lobda uzun aksı sekiz santimetre olan nodüler dansite ve çevresinde peribronşial buzlu cam infiltrasyonları görülmüştü (Resim.1). Hastanın bronkoskopisinde sağ üst lob anterior, posterior ve apikal segmentlerde invaze kitle görünümüne biyopsi alındı ve bronş lavajından ARB, kültür ve mikobakteri PCR istendi. Bronş lavaj mikobakteri PCR pozitif gelen hasta tüberküloz servisine nakledildi tedaviye başlandı bu esnada biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak sonuçlandı ve tüberküloz tedavisinin birinci ayı tamamlandıktan sonra malignite tedavisine başlandı. İkinci hasta yetmiş sekiz yaşında erkek idi. İki aydır yavaş yavaş artan nefes darlığı şikayeti mevcuttu. Hastanın ailesinde elli sene önce TB öyküsü mevcuttu, kendisi TB geçirmemiş ve profilaksi almamıştı. Toraks BT'sinde sol üst lob apikalde yirmi beş milimetre çaplı spiküle kenarlı solid nodüler lezyon ve sağ akciğer üst lobda santral suprahilar alandan plevraya dek uzanımı izlenen yedi santimetre uzun akslı kitle konsolidasyon paterni görüldü. (Resim.2) Üst batın kesitlerinde pankreas kuyruk lokalizasyonunda hipodens kitlesel lezyon olarak raporlanmıştı. Hastaya bronkoskopi ve PET-BT planlandı. Bronkoskopide sağ üst lob lateral segment tama yakın kapalı idi, biyopsi alındı. Lavaj sıvısında ARB ve mikobakteri PCR pozitif gelmesi üzerine hastaya tüberküloz tedavisi başlandı, biyopsi sonucu ise küçük hücreli dışı karsinom olarak raporlandı. Tüberküloz tedavisinin ilk ayından sonra malignite açısından tedavi planı yapıldı, hastanın kemoterapisi halen devam etmektedir.

İki olgunun Toraks BT görüntüleri



Resim 1. Toraks BT



Resim 2. Toraks BT

Tartışma-Sonuç: Eşzamanlı TB ve akciğer kanserinin tanı konulması zor ve gecikmeli olabilmektedir. Her ikisinin de radyolojik görünüşleri birbirini maskeleyebilir ve tanıyı geciktirebilmektedir. Başlangıçta aktif TB ve akciğer kanseri ile başvuran hastaların hayatta kalma oranları, TB olmayan akciğer kanseri olan hastalara göre daha düşüktür. Akciğer kanserinin gerek cerrahi gerekse medikal tedavisine başlamadan önce en az bir ay anti-TB tedavi verilmesi önerilmektedir. Az da olsa birlikte görülen bu iki hastalığın birlikteliğine dikkat çekerek, özgeçmişinde ya da ailesinde TB geçirme öyküsü olan hastalarda, daha detaylı laboratuvar taramalarının yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Böylece erken tanı ve tedavi ile mortalite ve morbidite azaltılabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Akciğer Kanseri, PCR

**PS-169 Anti-Tnf Kullanan Hastada Gelişen İnvaziv Pulmoner Aspergilloz Vakamız**

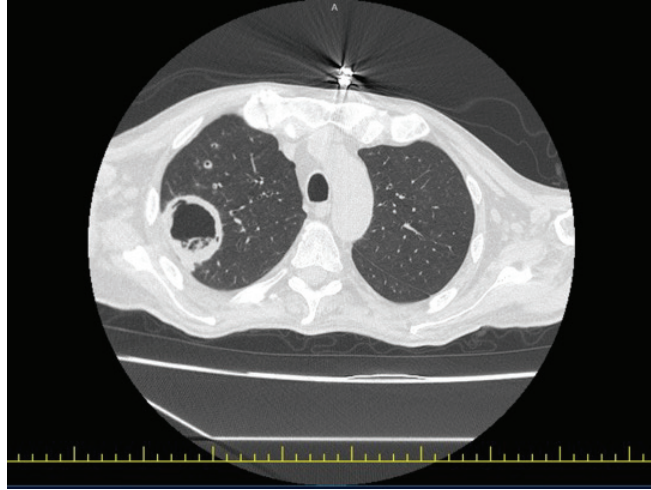
Eslem Gül¹, Sibel Yurt¹, Ayşe Bahadır¹, Aygül Güzel¹, Mehmet Akif Özgül¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Aspergillus, immunsuprese hastalarda ciddi enfeksiyonlara neden olan ve bağışıklık sistemini baskılayan ilaçların ve antibiyotiklerin yaygın olarak kullanılması ile önemi artan enfeksiyonlara sebep olan mantarlardır. Aspergillus, 900'den fazla türü olan, dünyada yaygın olan saprofit mantar ailesidir. Aspergillus türleri arasında A. fumigatus, kısmen spesifik virülans faktörleri nedeniyle en yaygın patojendir. İnvaziv pulmoner aspergillozis (İPA)'nın klinik bulguları öksürük, dispne, plevral göğüs ağrısı, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine yanıtız ateş ve pulmoner infiltrasyonlardır. Balgam veya BAL'ın direkt mikroskopisi duyarlılık ve özgüllükten yoksundur. Standart hematoksilen ve eozin, pas ve/veya GMS boyaması kullanılarak histopatolojik değerlendirilmesi ve karakteristik hiflerin gösterilmesi İPA tanısını destekler.

Olgu: 59 yaş erkek hasta, acile başvurusunda 15 kilo kayıp, 4 aydır öksürük, balgam şikayetleri mevcut. Hastanın toraks bt'sinde kaviter lezyon görülmesi üzerine tetkik amaçlı servisimize interne edildi. Bilinen 4 aydır ülseratif kolit, 1,5 yıl önce nazofareks ca öykülü hasta. Hastanın quantiferon testi negatif, tüberküloz maruziyeti olmayıp INH profilaksisi almamış. Toraks BT'de sağ akciğerde büyüğü üst lob apikalde kavitasyon gösteren kalın ve düzensiz sınırlı, yaklaşık 4.5 cm çaplı kitle saptandı. (Resim 1) Hastanın tetkiklerinde Temmuz'da lezyonun olmadığı ancak eylül ve ekim aylarında çekilen dört BT'sinde lezyonun progresse olduğu saptandı. Yapılan FOB'da; sağ üst lob apikal segmentte, sol ana bronş distali posteriorda, sol üst division anterior ve apikoposterior segmentde üzeri beyaz nekrotik mukozal lezyonlar izlendi. Sol ana bronş distali ve üst divisiondaki lezyonlardan multiple biyopsiler alındı. Patoloji sonucunda; epitelyal hiperplazi, nötrofilleri ve eozinofilleri içeren yoğun mikst tip iltihabi hücre invazyonu ve fungal hif ve spor yapıları izlenmiş olup histokimyasal çalışmalarda PAS ve GMS ile dar açılı dallanma yapan fungal hif ve spor yapıları izlenmiştir. Hastaya İPA tanısı ile Vorikonazol tedavisi başlandı.

Resim 1



Tartışma-Sonuç: İPA, immunsuprese hastalarda ciddi enfeksiyonlara ve dissemine hastalığa ve haftalar içerisinde ölüme neden olabilir. Direkt mikroskopi tanıda yeterli değilken, histopatolojik değerlendirme ve karakteristik hiflerin gösterilmesi İPA tanısını destekler. Hastamızda patolojisinde fungal hif yapılarının görülmesi tanıyı desteklemiştir. İPA, kemoterapi alan, kemik iliği-solid organ aktarımı yapılan, nötropenik/nötrofil işlev bozukluğu olanlarda görülür. Vorikonazol, İPA tedavisinde ilk seçenek kabul edilmiştir. Bizim hastamızda vorikonazol tedavisine devam etmişti. Sonuç olarak; immunsuprese hastalarda, antibakteriyel tedaviye cevap vermeyen akciğer enfeksiyonu olanlarda, aspergillusun düşünülmesi, erken tanı konulması ve uygun tedavi olumlu sonuçlara olanak sağlar.

Anahtar Kelimeler: Aspergillus, İnvaziv Pulmoner Aspergillus, Ülseratif Kolit, Anti-Tnf

PS-170 Tüberküloz Sanılan Mycobacterium Mageritense Olgusu

Mustafa Düğer¹, Kübra Karaca¹

¹İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi

Giriş-Amaç: Mycobacterium mageritense, 1997 yılında İspanya’da yeni bir tür olarak tanımlanan, pigmentsiz, hızlı büyüyen bir mikroorganizmadır. 2002’den bu yana, M. mageritense’nin neden olduğu klinik enfeksiyonlara (örn. sinüzit, zatürre, deri ve yumuşak doku enfeksiyonları ve kateterle ilişkili bakteriyemi) ilişkin yayınlanmış birkaç makale bulunmaktadır. Bu enfeksiyonların tedavisinde farklı antimikrobikler (doksisisiklin, siprofloksasin, amikasin, imipenem, linezolid ve trimetoprim/sülfametoksazol) kullanılmaktadır. Burada tüberküloz düşünülen bronş lavajında m.mageritense üreyen, bağışıklık sistemi yeterli bir hastayla ilgili deneyimimizi sunmak istedik.

Olgu: 58 yaşında erkek hasta, uzun süredir devam eden öksürük, hırıltı, sarı balgam şikayeti ile başvurdu. Bilinen kronik hastalığı ve sigara öyküsü yoktu. Oskültasyonda bilateral ral ve ronküs duruldu.Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide Sağ akciğer orta lobda lateral segmentte ve alt lobda ve üst lob posterior segmentte yamasal tarzda nodüler buzlu cam dansiteleri mevcuttu, hastaya antibiyoterapi başlandı birkaç hafta sonra kontrole çağırıldı. Kontrolde şikayetlerinin devam ettiği öğrenildi, BT planlandı. Tomografide her iki akciğerde önceki tetkik ile karşılaştırıldığında sentrasiner nodüler infiltrasyonlar stabil izlendi.Hastaya bronkoskopi yapıldı. Endobronşiyal lezyon ve kanama odağı izlenmedi. Sağ akciğer üst lobtan bronş lavajı alındı. Örnekler sitoloji ve moleküler mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi. Sitoloji benign olarak raporlandı. Alınan lavaj örneğinde ARB ve tüberküloz PCR negatif olarak raporlandı. Tüberküloz kültürü pozitif olarak raporlanan hastanın tiplendirme sonucu mycobacterium mageritense olarak raporlandı. Hastaya moksifloksasin başlandı. Hasta tedavisinin henüz birinci ayında olup izlemi devam etmektedir.

Tartışma-Sonuç: Mycobacterium mageritense (M. mageritense) hızla çoğalan mikobakteriler arasında nadir bir tür olup, M. mageritense pnömonisi ise oldukça nadirdir. Burada literatürde ilk kez immün sistemi sağlam bir hastada M. mageritense’nin neden olduğu pnömoni olgusunu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Mycobacterium, Tüberküloz, Atipik Mikobakteri, Non Tüberküloz Mikobakteri



PS-171 Trakeal Aktinomikoz

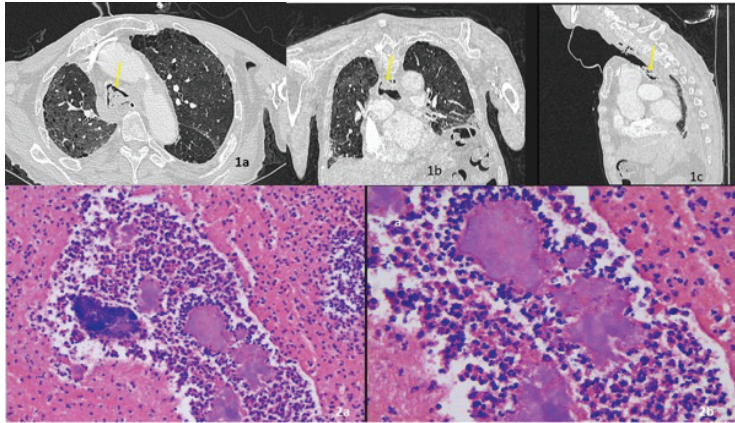
Sena Melis Sert¹, Orhan Kayakıran¹, Emine Afşin¹, Songül Peltek Özer¹

¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Giriş-Amaç: Actinomyces, ağız içi florada bulunan ve nadiren granülomatoz süpüratif enfeksiyona yol açan gram pozitif, anaerob bir basildir. Servikofasiyal enfeksiyon, genellikle kötü ağız hijyeni veya immunsupresif hastalığı bulunan kişilerde, etkenin daha derine ulaşmasına olanak sağlayan durumlarda ortaya çıkar. Genellikle servikofasiyal enfeksiyonlara neden olmakla birlikte, akciğer parankimini, santral hava yollarını, plevra, mediasteni ve göğüs duvarını etkileyen %15 oranında toraks tutulumu da görülebilmektedir. Radyolojik ve klinik olarak malignitelerle ayırıcı tanısı önemlidir. Olgumuz nadir görülen trakeal lokalizasyonlu Aktinomikoz olması nedeniyle sunulmaktadır.

Olgu: 81 yaşında erkek, nüks larenks karsinomu nedeniyle 1 ay önce opere edilen, son 3 ay süresince kemoterapi ve radyoterapi uygulanan trakeostomili hastanın Romatoid Artrit tanısıyla da tofacitinib, leflunomid ve 5 mg /gün prednisolon kullanımı mevcuttu. 15 gündür nefes darlığı ve öksürük yakınması olan hastanın vital bulguları stabil, muayenesinde bilateral solunum seslerinde kabalaşma ve bazalarda raller duyulması dışında özellik yoktu. C- reaktif protein (CRP): 142 mg/l ,prokalsitonin: 2,7 µg/l idi. Toraks BT'de: ana karinada 2x2,5 cm boyutlarında kitlesel lezyon, bilateral pleural effüzyon, bilateral subpleural retikülasyon artışı ve bilateral pulmoner arter segmentlerinde pulmoner emboli izlendi (Resim 1). Nonspesifik antibiyoterapi ve antikoagülan tedavi başlanan hastanın Asidorezistan bakteri (ARB) sonucu negatif ancak balgam kültüründe Pseudomonas aeruginosa üremesi olması üzerine piperasilin-tazobaktam tedavisine geçildi. Ana karinadaki lezyona yönelik yapılan rijit bronkoskopide; karinada görülen lezyon yabancı cisim olarak değerlendirilerek eksiye edildi. Patolojisinde ise; yoğun nötrofil infiltrasyonu ile birlikte Aktinomiçes ile uyumlu sülfür granülleri saptandı (Resim 2). Mevcut antibiyoterapi altında klinik, laboratuvar ve radyolojik yanıt alınan hastanın oral tedavisi olarak Amoksisilin klavulonik asite geçildi, 6 aya tamamlanması planlanarak taburcu edildi.

Resim 1



Resim 1. a,b,c. aksial, koronal ve sagittal Toraks BT kesitlerinde ana karina hizasında lezyon izlenmekte, Resim 2.a (H&Ex200) ve b (H&Ex 400). Nötrofil kümelerinin çevrelediği Aktinomiçes filamentleri izlenmekte

Tartışma-Sonuç: Aktinomikoza zemin hazırlayan, sık bilinen faktörler; alkolizm, kötü ağız hijyeni, diş eti hastalıkları ve cerrahisi, yüz travması, diabetes mellitus ve kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır. Hastamızın altta yatan malignite ve Romatoid Artrite bağlı immunsupresif durumunun, polimikrobiyal enfeksiyonunun olması, 1 ay önce larenks karsinomu nedeniyle yinelenen operasyonunun ve hava yollarını korunmasını azaltan trakeostomi varlığının olmasının Aktinomikoz için risk faktörü olduğunu düşünüyoruz. Aktinomikozun teşhis edilmesi zordur. Klinik ve radyolojik olarak tüberküloz, akciğer apsesi veya akciğer kanserine benzer ve bu nedenle sıklıkla yanlış tanıya veya tanıda gecikmeye neden olmaktadır. Aktinomikozun nadir de olsa trakeada yerleşebileceği ve kitle/yabancı cisim ile ayırıcı tanısında da yer alabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aktinomikoz, Trakea, Sülfür Granülleri

PS-172 Rüptüre Kist Hidatik

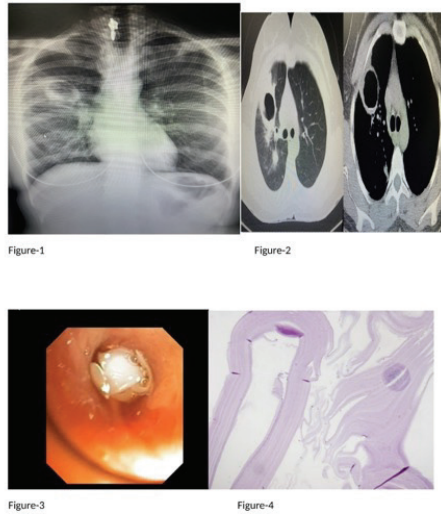
Efekan Haskan¹, G l  h G nl  o lu¹, Nurdan   m  ek Veske¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş ve Amaç: Hidatik kist (HK), etiyolojik etkeni Echinococcus granulosus olan paraziter bir hastalıktır. Kistler vücudun herhangi bir yerinde bulunabilir, ancak en sık karaciğer ve akciğerleri tutarlar. Klinik bulgular kistin yeri ve çapı ile ilişkilidir. Genellikle semptomatiktir ve perforasyon, süperenfeksiyon gibi kist komplikasyonlarının varlığında tespit edilir. Antibiyotik tedavisine rağmen sa  üstte devam eden kaviter lezyon nedeniyle fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapılan ve kist hidatik tanısı konulan olgumuzu videobronkoskopik görüntüler eşliğinde sunuyoruz.

Olgu: 40 yaşında kadın hasta, 1 aydır devam eden sa  göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetlerine ateşin de eklenmesi üzerine başvurduğu merkez tarafından ileri tetkik amacıyla hastanemize yönlendirildi. Geçmişinde, aile geçmişinde ya da alışkanlıklarında özel bir şey yoktu. Hemogram ve biyokimyasal parametrelerde CRP yüksekliliği dışında olağan-dışı bir durum görülmedi. Akciğer grafisinde sağ üst zonda seviye veren kaviter görünüm izlendi (Resim 1). Bilgisayarlı toraks tomografisi çekildi. Tomografide sağ üst lob  n segmentte 37x36 mm boyutlarında ortasında kavitasyon bulunan kitle lezyonu mevcuttu (Resim 2). Akciğer tüberkülozu, akciğer apsesi ve malignite  n tanıları kapsamında bronkoskopi yapılarak endobron yal değerlendirmenin yanı sıra asit dirençli basil (AFB) ve Mycobacterium Tuberculosis polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) lavajı da yapıldı. Sağ  st lob bronşunun  n segmentinde bir alt segmentte kirli beyaz, katlanmış, kağıt benzeri lezyon gözlendi (Resim 3). Soğan kabuğu görünümündeki biyopsi materyalinin kist hidatiğin membran yapısı olabileceği düşünülerek lavaj alındı. Patoloji sonucu kist hidatik'e ait germinal membran olarak rapor edildi. ( ekil 4).

Resimler



Tarışma ve Sonuç: Türkiye HK'nin endemik olduğu ülkeler arasındadır. Kistin akciğer rüptürü nedeniyle; komşu bronşlara basıya bağlı olarak öksürük, dispne, ateş, hemoptizi, yan ağrısı, göğüs ağrısı ve sekonder pnömoni gelişebilir (4). Rüptür sonrası sekonder enfeksiyona bağlı akciğer apsesi ve intraplevral rüptür nedeniyle hidropnömotoraks veya ampiyem oluşabilir. HC tanısı uygun seroloji ve direkt radyografi veya BT görüntüleri ile kolaylıkla konulabilir. Pulmoner HK'nin bronkoskopik görünümü daha önceleri beyazımsı, katlanmış ve lamine membranlar olarak tanımlanmıştı (5,6). Bronkoskopinin kist rüptürü ve kist rüptürü gibi komplikasyon riskleri olmasına rağmen anafilaksi nedeniyle hastamızın muayenesinin de deneyimli merkezlerde güvenle yapılabileceğini düşünüyoruz. Kist ister semptomatik ister asemptomatik olsun, akciğer parankimini maksimum ölçüde koruyacak cerrahi eksizyon temel tedavi yöntemidir. Hastamızın sık sık endemik bölgelere seyahat öyküsü olması, akciğer görüntülemesinde kistik-kaviter infiltrasyon ve FOB'da membranöz endobron yal lezyon saptanması gibi olgularda pulmoner kist hidatik mutlaka ayırıcı tanıda yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Öksürük, Hidatik Kist, Kopma



PS-173 Tekrarlayan Septik Emboli

Cemre Abacı¹, Betül Okçular Arslan¹, Şeyma Başlılar¹, Bengü Şaylan²

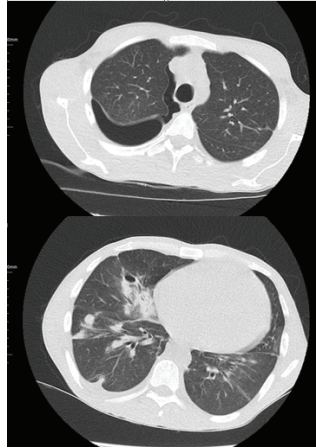
¹Sultan 2.Abdülhamid Han EAH

²Süreyyapaşa EAH

Giriş-Amaç: Septik pulmoner emboli enfekte trombus materyalinin pulmoner damarlar yoluyla akciğerlere ulaşmasıyla oluşan hayatı tehdit edici bir durumdur. Olguların yaklaşık %58'inin intravenöz ilaç kullanımına bağlı olduğu bildirilmiştir. Kalp kapak patolojileri, intrakardiyak cihazlar ve intravenöz madde kullanımı hastalığın tekrarlamasına neden olabilir. Madde bağımlılığı nedeni ile tekrarlayan septik emboli, pnömotoraks ve intrakardiyak trombus gelişen olguyu hastalığa zemin hazırlayan bağımlılığın tedavi edilmesinin önemini vurgulamak amacı ile sunuyoruz.

Olgu: 26 yaş erkek hasta; acil servise nefes darlığı ve göğüs ağrısı ile başvurdu. 3 gün önce halsizlik, ateş, bilateral alt ekstremitelerde şişlik şikayetiyle kalp damar cerrahisi polikliniğine hasta taburcu olarak istediği için enoksaparin tedavisi verilerek gönderilmiş. 1,5 yıldır metamfetamin bağımlılığı, 5 ay önce enfektif endokardit, ileri triküspit yetmezliği ve septik pulmoner emboli ve pnömotoraks geçirme öyküsü mevcuttu. Hipotansif, taşikardik ve taşipneik olan hastanın acilde yapılan ekokardiyografisinde EF%50-55. İleri TY, sağ kalp boşlukları dilate. D-SHAPE bulgusu mevcut. Triküspit kapakta hareketli 26*12 MM boyutlarında trombus? vejetasyon? Benzeri görünüm olan kitle izlendi. Alt ekstremitelerde doppler ultrasonunda Sol vena safena magna (VSM) lümeni %50 daraltan trombus izlendi. Sağ VSM tüm seyir boyunca total oklüdeydi. Toraks bt-anjiyografisinde sol ana pulmoner arter distalinden, alt lob pulmoner arter dallarına uzanan emboli ile uyumlu dolum defekti izlendi. Sağda pulmoner arter subsegment dalları artefakt nedeniyle optimal değerlendirilemedi. Hastaya nativ kapak enfektif endokardit tanısı ile 3 gün boyunca seftriakson 1x2g ve vankomisin 1x1 g iv başlandı. Kan kültüründe metisilin duyarlı staphylococcus aureus üredi. 3. günde sefazol 3x2gr.'a geçildi. Klinik ve laboratuvar bulgularında düzelme olan ve oksijen ihtiyacı azalan hasta pulmoner endarterektomi ve intrakardiyak kitle çıkarılması amacıyla göğüs ve kalp damar cerrahisi merkezine sevk edildi. transözofageal eko raporunda ileri derecede hareketli 4*1*1.7 MM miyokard kitlesi,sağ kalp boşlukları ileri derece dilate izlendi. Perikardiyal effüzyon izlendi.

Tekrarlayan septik emboli



Tekrarlayan septik emboli (tarafımıza başvuru günü toraks bt kesitleri)

Tartışma-Sonuç: SPE nadir görülen klinik bir durumdur. Hastanın yönetiminde erken tanı, antibiyotik tedavisinin erken başlanması yanısıra ekstrapulmoner enfeksiyon kaynağının da tedavisi önemlidir. Pnömotoraks özellikle S.aureusa bağlı SPE'de sık görülen ciddi bir komplikasyondur. Hastamızda uygun antibiyotik tedavisi ile septik emboli düzeldikten 5 ay sonra kardiyak komplikasyonların da eklendiği rekürrens görüldü. İntravenöz madde kullanımına devam etmesinin hastamızda nüks nedeni olduğunu düşünüyoruz. Madde kullanımına bağlı gelişen septik embolide psikiyatri desteği ve bağımlılık tedavisinin hastanın ciddi komplikasyonlar ve hayati riske neden olacak rekürrens septik emboliden korunmasında önemli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Septik Emboli, Madde Bağımlılığı, Enfektif Endokardit

PS-174 Masif Hemoptizi ile Seyreden Akciğer ve Kemik İliği Tüberkülozu

Kübra Işık¹, Sibel Günay¹, Esra Betül Akkoç¹, Ferda Can², Hatice Canan Hasanoğlu³

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

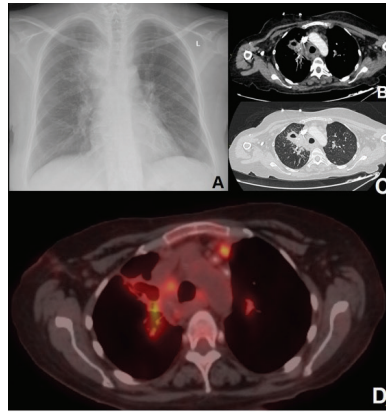
²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Hematoloji Bölümü, Ankara

³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş-Amaç: Tüberküloz, başta akciğer olmak üzere hemen her organı tutabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Akciğer dışında, lenf nodu, plevra, beyin, genitoüriner sistem, kemik-eklem tutulumu veya miliyer tutulum olabilir. Etkeni *M. tuberculosis*'tir. Kanser, HIV enfeksiyonu, DM, KBY, immün yetmezlik, immün süpresif ilaç kullanımı risk faktörleridir. Yetişkinlerde genellikle primer enfeksiyondan aylar veya yıllar sonra latent enfeksiyonun aktivasyonu ile postprimer tüberküloz gelişir. Akciğer dışı organ tüberkülozlarında tutulan organa göre semptom ve bulgular görülebilir. Tanısı etkenin kültürde üretilmesiyle konur. Ayrıca histopatolojik olarak kazeifikasyon nekrozu içeren granülomlar da patognomoniktir. Kemik iliği biyopsisi ile tüberküloz tanısı konulan olgumuz nadir olduğu için sunuldu.

Olgu: Kilo kaybı (10 kg/6 ay), halsizlik ve 2 aydır öksürük, sarı-yeşil renkli balgam ve öksürükle beraber tek seferde 200 ml hemoptizi yakınması ile 55 yaşında kadın hasta acil servise başvurdu. Tüberküloz temas öyküsü olmayan ve PPD(-) olan hastanın 1 yıl önce ampulla wateri tümörü nedeniyle Whipple operasyonu öyküsü mevcuttu. Patoloji sonucu adenokarsinom gelen hastaya kemoterapi uygulanmıştı. Son kemoterapiyi 3 ay önce almıştı. Fizik muayene bulguları normaldi. Akut faz reaktanları yüksekti. Toraks BT'de boyun ve mediastende büyüğü 35x26 mm boyutunda olmak üzere multiple lenfadenopatiler ve sağ üst lobda 53x33 mm çaplı kaviter kitle lezyonu izlendi. Masif hemoptizi için sağ bronşial artere embolizasyon uygulandı. Tam kan sayımında bisitopeni (lökopeni ve anemi) mevcuttu. Balgam ARB incelemesi 3 kez negatif bulundu. Serum ACE düzeyi normal sınırlardaydı. 1 yıl önce geçirdiği Whipple operasyonu sırasında eksize edilen multiple batın içi ve aksiller lenf nodlarının sitolojik incelemesinin granülomatöz inflamasyon olarak raporlandığı öğrenildi. Yeni gelişen malignite veya metastaz şüphesi ile PET-BT çekildi. Boyunda, mediastende ve abdomende lenf nodlarında ve kemik iliğinde artmış FDG tutulumu izlendi. Bisitopenisi olan hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı. Sitoloji sonucu kazeifiye granülomatöz iltihap olarak sonuçlandı. Akciğer ve kemik iliği tüberkülozu tanısıyla izoniazid, rifampisin, etambutol, pirazinamid başlandı. 1. ay kontrolünde enfektif markerlarda gerileme, akciğer grafisinde kısmi düzelme izlendi. Kliniğimizde takibi devam etmektedir.

Resim 1



Hastanın akciğer grafisi (A), tomografi kesitleri (B-C) ve PET BT görüntüsü verilmiştir (D)

Tartışma-Sonuç: Tüberküloz hemen hemen her organ ve dokuyu tutabilir. Akciğer ve lenf nodu tutulumu sık görülmesine rağmen kemik iliği tutulumu oldukça nadirdir. Kemik iliği yapısının granülomatöz inflamasyonuna bağlı olarak değişen düzeylerde pansitopeni veya bisitopeni görülebilir. Bizim vakamızda bisitopeni mevcuttu. Tanı kemik iliği biyopsisi ile konulabilir. Malignitesi de olan vakalarda kemik iliğinin metastatik infiltrasyonu çoğu zaman ön planda düşünüldüğü için gözden kaçabilir. Yaygın granülomatöz lezyonları olan hastalarda PET'de kemik iliği tutulumu varsa kemik iliği biyopsisi de göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Kemik iliği, Hemoptizi



PS-175 Non-Tüberküloz Mikobakteri İnfeksiyonlu Hastada Akciğer Kanseri

Serir Özkan¹, Dijvar Alpaslan¹

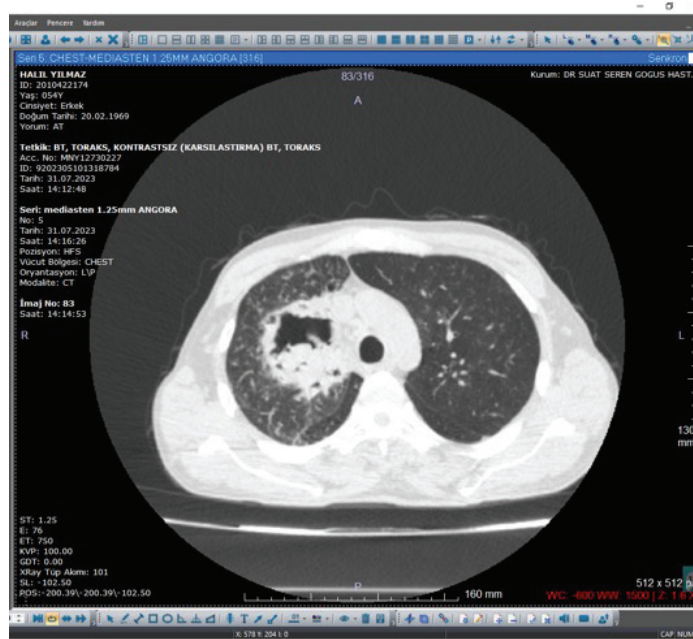
¹İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Hastanesi

Giriş-Amaç: Tüberküloz dışı mikobakteriler (TDM), insanlarda hastalığa neden olabilen virülan organizmaların da içinde bulunduğu geniş bir yelpazeye sahiptir ve 140'tan fazla bilinen türleri mevcuttur [1]. Tüberküloz dışı mikobakteri türlerinde son 10 yıl içinde görülen bu artış, doğada bu türdeki organizmaların hızla yaygınlaşmasından kaynaklanmaktadır. Bunun en temel sebebi, TDM türlerinin ayırımı sağlayan moleküler tekniklerdeki gelişmelerdir. Olgumuzda akciğerde tdm infeksiyonu nedeni ile takip edilen ancak şikayetlerinin geçmemesi üzerine tarafımıza başvuran ve akciğer adenokarsinomu tanısı alan olgu sunulmuştur.

Olgu: 35 paket/yıl sigara içme öyküsü olan 54 yaşında erkek hasta 2 aydır olan öksürük sağ kol ve sırt ağrısı son birkaç gündür devam eden sarı renkli balgam şikayetleri ile başvurdu. Hatanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Periferik kan analizinde, lökosit 7570/UL, nötrofil:5260/uL, trombosit: 430.000/UL CRP:26 mg/L saptandı. Geliş posterior-anterior grafisinde(paag) sol üst zonda dansite artışı görüldü toraks bilgisayarlı tomografisinde: sağ üst lobda 10cm boyutunda kaviter kitlesel lezyon, lezyon çevresinde ve her iki akciğerde yaygın sentriasiner milimetrik boyutlu düşük dansiteli nodüler opasite artımları izlenmiştir. Küçük havayolu enflamasyonu ile uyumludur. Sağ alt paratrakeal hiler subkarinal 1.5cm kısa aks boyutuna ulaşan lenf nodları izlenmektedir. 28.02.2023 tarihli bronkoskopisindeki bronş aspirasyon kültüründe M. Avium Kompleks identifiye edildi. Moleküler direnç testinde makrolid ve aminoglikozid direnci saptanmadı. 28.03.2023 balgam kültüründe de M. Avium Kompleks üremesi üzerine 16/05/2023 tarihinde hastaya 600 mg Rifampisin, 1000 mg Etambutol, 500 mg Azitromisin, 500 mg Amikasin tedavisi başlandı. Hastanın şikayetlerinin devam etmesi üzerine 23/08/2023 tarihinde hastaya bronkoskopi tekrarlandı bronkoskopide mukoza hiperemik ve düzensiz görülmesi üzerine mukoza biyopsisi alındı patoloji sonucu küçük hücreli dışı akciğer karsinomu geldi. Hastaya gemsitabin-sisplatin verildi ve onkoloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi

Tartışma-Sonuç: Olgumuz tüberküloz dışı mikobakterili bireylerde bilgisayarlı tomografide görülen kaviter kitlesel lezyonlarda altta yatan maligniteler unutulmamalıdır ve bunlara yönelik gerekli araştırmaların yapılması önemlidir

BT



Anahtar Kelimeler: Tüberküloz Dışı Mikobakteri, Akciğer Karsinomu

PS-176 Uygun Profilaksiye Rağmen Adalimumab Tedavisi Altında Gelişen Bir Aktif Tüberküloz Olgusu

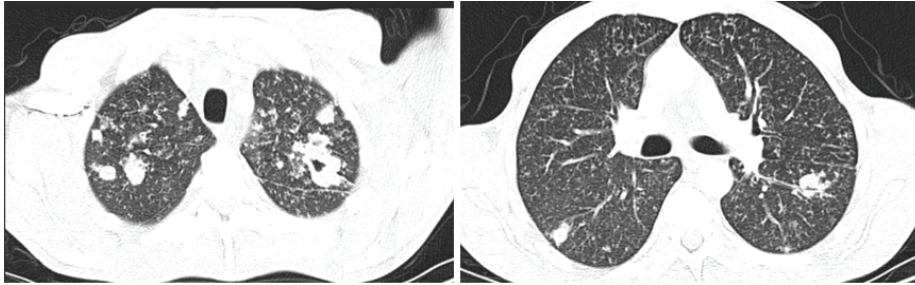
Serdanur Özdemir¹

¹Kula Devlet Hastanesi

Giriş-Amaç: Otoimmünite ile tetiklenen romatizmal hastalıklar, inflamatuvar bağırsak hastalıkları gibi geniş bir hastalık grubu günümüzde biyolojik ajanlarla tedavi edilmektedir. Biyolojik ajanlarla immunsupresif tedaviye başlanmadan önce reaktivasyon riski olan enfeksiyon hastalıkları yönünden hastalar taranmaktadır. Ülkemizdeki yüksek latent tüberküloz insidansı nedeniyle tedavi öncesi tüberkülin cilt testi veya quantiferon gama salınım testleri (IGRA) ile tarama yapılmaktadır. Bu testlerde pozitiflik saptanan veya yüksek riskli, temaslı olgularda aktif tüberküloz ekarte edildikten sonra 9 ay koruyucu izoniyazid (INH) tedavisi verilmektedir. Olgumuzda uygun profilaksiye rağmen immunsupresif tedavi altında tüberküloz gelişen bir hasta literatür eşliğinde sunulmuştur.

Olgu: 51 yaşında erkek hasta yaklaşık 10 yıldır ankilozan spondilit tanısı ile takip edilmekteydi. Özgeçmişinde koroner arter hastalığı ve hipertansiyon mevcuttu. Asetil salisilik asit, klopidoğrel, ramipril ve izosorbid mononitrat kullanmakta idi. Hastaya immunsupresif tedavi öncesi PPD testi uygulanmıştı. 6 mm olarak ölçülen PPD testi sonrasında tüberküloz profilaksisi başlanmış ve iki aylık profilaksi tedavisi sonrasında immunsupresif tedaviye geçilmişti. Toplamda 9 ay INH tedavisi alan hasta Adalimumab tedavisinin 8. ayında iştahsızlık kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Semptomları INH profilaksi tedavisi bittikten bir ay sonra başlamıştı. Çekilen akciğer grafisinde bilateral apekslerde nodüler konsolidasyonlar, parankimde ise asiner infiltrasyonları mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral apekslerde multiple kaviter lezyonlar, her iki akciğer parankiminde yaygın tomurcuklanmış ağaç manzaraları izlendi. Balgam ARB sonucu iki kez negatif saptanması üzerine alınan bronş lavajında ARB pozitif izlendi. Antitüberküloz tedavi başlandı. Takiplerinde kültürde m. Tuberculosis complex üremesi olan hastanın tedavisi 6 aya tamamlanarak kesildi.

Tedavi öncesi Toraks BT



Bilateral apekslerde kaviter lezyonlar, tomurcuklanmış ağaç manzarası

Tartışma-Sonuç: Immunsüpresif ajanlarla tedavi edilen hastalar her ay enjeksiyon öncesi göğüs hastalıkları veya enfeksiyon hastalıkları polikliniklerine onay için başvurmaktadır. Literatürde uygun profilaksiye rağmen adalimumab altında gelişmiş tüberküloz olguları vaka serileri şeklinde bildirilmiştir. Adalimumab tedavisi altında pulmoner veya ekstrapulmoner (tonsiller) tüberküloz vakaları mevcuttur. Biyolojik ajanlarla tedavi edilen 48,100 romatoid artrit hastasıyla yapılan bir çalışmada en sık tüberküloz insidansının adalimumab, en az ise ritüksimab kullanan hastalarda görüldüğü bildirilmiştir. Risk altındaki bu hastalarda tüberküloz tespit edildiğinde anti-TNF tedavi derhal sonlandırılmalı ve tedavi tamamlanıncaya dek verilmemelidir. Anti-TNF öncesi immunsupresif tedavi alan hastaların PPD sonuçlarının immunsupresyondan etkilebileceği bilinmektedir. Uygun profilaksiye rağmen gelişen tüberküloz olgularında geçersiz PPD sonuçları, INH direnci, yeni dirençli basil ile karşılaşma gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir. Göğüs hastalıkları klinik pratiğinde anti-TNF ilaç kullanan hastalara her kontrolde semptom sorgusu mutlaka yapılmalı, gerekirse akciğer grafisi görülmelidir. Özellikle adalimumab tedavisi alan hastalarda yüksek tüberküloz reaktivasyon riski olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Adalimumab, Profilaksi, INH



PS-177 İleri Yaşta Görülen Kronik Eozinofilik Pnömoni Olgusu

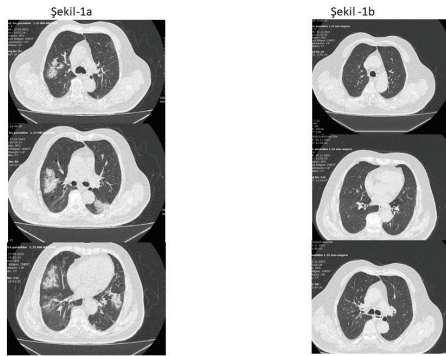
Sibel Ayık¹, Melike Gökbel¹, Filiz Karapınar¹, Melih Büyükkşirin¹, Turgut Mert Özgür¹

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

Giriş-Amaç: Kronik eozinofilik pnömoni (KEP), etiyolojisi bilinmeyen nadir görülen idiyopatik interstisiyel pnömoni-dir. Daha çok 30-40 yaşlarda görülür. Kadınlarda daha sık bildirilmiştir. Başlangıç semptomlarla tanı konulmasına kadar geçen süre 1-6 aylık bir dönemde olmaktadır. Astım ve atopi eşik edebildiği gibi hastalığın seyri sırasında da ortaya çıkabilir. Hastalar prodüktif öksürük, nefes darlığı, ateş, gece terlemesi, halsizlik yakınmaları ile genellikle doktora başvurur. Bu vaka ileri yaşta başlayan KEP tanısıyla nadir görülen bir olgu olması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: 70 yaşında bilinen akciğer hastalığı olmayan erkek hasta; 1.5 aydır devam eden nefes darlığı, kuru öksürük şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Sigara 50 P/Y kullanmış fakat son 2 yıldır içmiyordu. Hipertansiyon nedeniyle yaklaşık 5 yıldır düzenli irbesartan, amlodipin etken maddeli antihipertansif kullanıyordu. Soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede bazallerde ral ve yer yer ronküsler mevcuttu. Oksijensiz satürasyon %88 olması nedeniyle 1-2 lt'den oksijen verildi. Hastaneye yatış akciğer grafisinde bilateral orta zonlarda dağınık infiltrasyonlar saptandı. Toraks Bilgisayarlı Tomografide (BT) her iki akciğerde dağınık yerleşimli yaygın buzlu cam dansitesinde opasiteler izlendi (Şekil 1a). Laboratuvar bulguları CRP: 149.7 mg/L, eozinofil 0,42x10³/uL, wbc 8.6 x10³/uL, sedim 30 27 mm, sedim 60 66mm idi. Biyokimyasal testlerde belirgin patoloji saptanmadı. Covid hızlı PCR testi negatif idi. Hastaya Fiberoptik bronkoskopi ile sol linguladan bronkoalveolar lavaj (BAL) ve sol alt lob anterior segmentten parankim biyopsisi yapıldı. Bronkoskopide endobronşial patoloji izlenmedi. Alınan kültürlerde mantar, bakteri, tüberküloz saptanmadı. BAL yaymalarında hücre dağılımı % 45 alveoler makrofaj, %3 lenfosit, % 17 nötrofil lökosit ve % 35 eozinofil izlendi. Transbronşial biyopside alveol septumlarında kalınlaşma, alveollerde tip 2 pnömosit hiperplazisi, fibroblastik tıkaç ve interstisiyel alanda eozinofil ve lenfosit izlendi. Paraziter akciğer hastalıklar açısından gaitada parazit bakıldı, negatif bulundu. Kollojen bağdoku hastalığı açısından romatolojik testler normal idi. Yapılan solunum fonksiyon testinde FVC:%64, FEV1:%61, FEV1/FVC:%71, MEF25-75:%66, TLCO:%64 saptandı. Hastaya formaterol budesonid içeren inhale kortikosteroid verildi. Klinik, laboratuvar, radyolojik ve patolojik bulgular ile kronik eozinofilik pnömoni tanısı ile hastaya metilprednizolon 40 mg iv başlandı. Hasta 2 gün sonra genel durumunun ve oksijen satürasyonunun daha iyi olması nedeniyle metilprednizolon 32 mg P.O. ile taburcu edildi. Altı aylık dönemde kortikosteroid dozu tedrici olarak azaltılarak kesildi. Tedavi sonrası Toraks BT de parankimal infiltrasyonların tam olarak regrese olduğu görüldü (Şekil 1b).

TORAKS BT



Şekil-1a her iki akciğerde dağınık yerleşimli yaygın buzlu cam dansitesinde opasite artımları Şekil -1b tedavi sonrası görünüm

Tartışma-Sonuç: KEP tanısı; tipik olarak klinik tablonun kombinasyonuna, ağırlıklı olarak orta- üst akciğer zon tutulumu gösteren akciğer grafi /toraks BT bulguları ve eozinofili gösteren bronkoalveolar lavajın (≥ yüzde 25) kombinasyonuna dayanır. Olgumuzda diğer eozinofilik akciğer hastalıkları ekarte edilmiştir. İleri yaşta başlamış olmasına rağmen klinik, radyolojik ve BAL bulguları ile KEP olarak değerlendirilmiş, 6 aylık metilprednizolon tedavisi ile tam remisyon sağlanmıştır. Nadir görülen bir olgu olması nedeniyle de sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Pnömoni, Kortikosteroid, Eozinofilik Akciğer, Bronkoalveolar Lavaj, Tedavi

PS-178 Metastatik Akciğer Adenokarsinom Tanılı Hastada Afatinib Tedavisi Altında Gelişen Tüberküloz Enfeksiyonu

Meltem Biçen¹, Merve İşçi¹, Ceyda Anar¹, Muzafer Onur Turan¹, Bünyamin Sertoğullarından¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Burada, tirozin kinaz inhibitörünün (TKI) tedavisi sırasında enfeksiyon kliniği ile gelen, akciğer tüberkülozu tanısını koyduğumuz ve hem akciğer kanseri hem de tüberküloz tedavisini yönettiğimiz hastayı sunuyoruz.

Olgu: 55 yaşında erkek hasta 6 aydır öksürüğünün artması ve sonrasında hemoptizisi olması üzerine dış merkezde çekilen Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol akciğerde suprahiler düzeyde üst loba giden bronş dalını oblitere eden, sol ana pulmoner arteri invaze edip mediastene doğrudan uzanımı olan en geniş aksiyel boyutu 6x4 cm ölçülen kitle izlendi (Resim 1). Karaciğer MR sonucunda karaciğerde 5,5x6,7 mm boyutta nodüler lezyon izlendi ve metastaz olarak kabul edildi. Çekilen PET BT’de sol akciğer üst lob santralinde yerleşimli, sol pulmoner artere invaze görümlü, muhtemelen sol hiler alanda eşlik eden hipermetabolik lenf nodları izlendi (Resim 2a, 2b) bronkoskopi ile sol akciğer üst lobta endobronşiyal lezyon izlendi ve patoloji sonucu adenokarsinom olarak geldi. Evre 4 akciğer adenokarsinom olan hastada mutasyon analizi sonucunda Exon 21 mutasyonu pozitif saptandı. Hastaya afatinib 40 mg tedavi başlandı. Afatinib tedavisinin 2. ayında hastanın ateş, gittikçe artan öksürük yakınması ortaya çıktı. Hastanın PA akciğer grafisinde yeni ortaya çıkan konsolidasyonun olması üzerine pnömoni tanısı ile yaklaşık 2 hafta 2. Kuşak sefalosporin, 1 hafta moksifloksasin kullanımı da mevcuttu. Hastaya geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi verildi ve hastaya toraks bt çekildi. Bu arada balgam kültürü, balgam asido rezistans basil (ARB) gönderildi. Toraks BT’sinde Sol akciğerde suprahiler düzeyde üst loba giden bronş dalını oblitere eden, sol ana pulmoner arteri invaze edip mediastene doğrudan uzanımı olan en geniş aksiyel boyutu 6x4 cm ölçülen kitle atelektazi kompleksi mevcuttur. Üst lob apikalinde lateralde parankimal konsolidasyon eşlik etmektedir (posobstrüktif pnömonik konsolidasyon?) Sağ akciğer lateral bazalde 3 mm boyutlu, alt lob superior segmentte 3 mm boyutlu, sol akciğer alt lob superior segmentinde de birkaç adet büyüğü 2-3 mm ölçülen nonspesifik pulmoner nodüller izlendi. (Resim 3) Fırsatçı enfeksiyonlar açısından Bronkoalveoler lavaj (BAL) alındı. BAL, balgam kültüründe üreme saptanmadı. Balgam ARB negatif BAL ARB PCR yüksek düzeyde pozitif saptanan hastadan 3 gün balgam ARB gönderildi. Balgamda da ARB pozitif saptanan hastaya dördü antitüberküloz tedavi başlandı. 1 ay sonra kültüründe mycobacterium tuberculosis kompleksi üretti. afatinibin rifampisin ile etkileşim yaptığı da göz önüne alındığında hasta aynı zamanda evre 4 akciğer adenokarsinom olduğu için afatinib tedavisine 1 ay sonra başlanması planlandı. Hastanın antitüberküloz tedavisinin 1.haftasında ateşi düştü ve öksürük semptomunda azalma oldu. Bu arada doku mutasyon analizinde EGFR, ALK mutasyonu negatif olarak geldi. T790M mutasyonu da negatif idi. Hastanın akciğer adenokarsinom tedavisine standart kemoterapi tedavisi ile devam edilmesi planlandı.

Tartışma-Sonuç: Tüberküloz veya akciğer kanseri tanısını doğrulamak için klinik ve radyolojik özellikleri patolojik ve mikrobiyolojik testlerle birleştirmek çok önemlidir. Tüberkülozun akciğer kanseriyle birlikte olma ihtimalini göz ardı etmemeliyiz. Rifampisin gibi anti-TB ilaçlar EGFR-TKI’lerin etkinliğini etkileyebilse de, aktif TB’li EGFR mutant akciğer kanseri hastalarını anti-TB ilaçlar ve TKI’lerle aynı anda tedavi etmek güvenli ve seçilebilir bir terapötik stratejidir. Ancak radyolojik olarak yanıt alınamayan hastalarda EGFR mutasyonun negatif olabileceği de akılda tutulmalı ve T790M mutasyonuna bakılıp mutasyon var ise hedefe yönelik tedavi ile, mutasyon yok ise sistemik kemoterapi ile tedaviye devam etmek uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Tüberküloz, EGFR, Mutasyon



PS-179 Viral Pnömoniye Taklit Eden Bir Olgu: Kriptojenik Organize Pnömoni

Batuhan Alp Zor¹, Mehmet Atilla Uysal¹, Elif Yelda Niksarlıoğlu¹, Kadir Atakır², Nihan Kurt Güner¹, Neval Alagöz¹, Sena Tunç¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

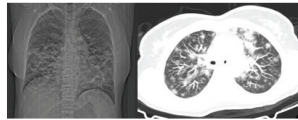
²Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Kriptojenik organize pnömoni (KOP), respiratuar bronşiyoller, alveoler kanallar ve alveoller içerisinde fibroblastik tıkaçların oluşturduğu polipoid yapılarla karakterize, histolojik bir bozukluktur. KOP idyopatik olabileceği gibi infeksiyon, kemik iliği transplantasyonu, kalp-akciğer transplantasyonu, akut solunum sıkıntısı sendromu, kollajen doku hastalığı, hipersensitivite pnömonisi, toksik gaz inhalasyonu ve aspirasyon pnömonisi gibi ikincil sebeplere bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Etiyolojik faktör bilinmiyorsa kriptojenik organize pnömoni (KOP) olarak adlandırılır. Farklı radyolojik görüntüleri olması bakımından spesifik neden saptanamayan, viral pnömoniyle karışan ve invaziv yöntemlerle histopatolojik tanı alan KOP olgumuzu sunmayı amaçladık.

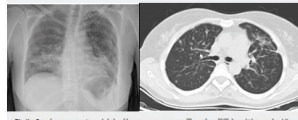
Olgu: Kırk üç yaşında kadın hasta nefes darlığı ve öksürük şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Bilinen kronik hastalık öyküsü ve sigara kullanım öyküsü yoktu. Solunum sistemi oskültasyonunda bilateral akciğer sesleri azalmış duyuldu. Posteroanterior akciğer grafisinde her iki akciğer orta ve alt zonlarda yaygın diffüz nodüler opasite artışı olan hastanın toraks bilgisayarlı tomografide (BT) her iki akciğerde diffüz, yer yer nodüler, birbiriyle birleşme eğiliminde yaygın buzlu cam-konsolidasyon alanları özellikle santral kesimlerde daha belirgin olacak şekilde izlendi. Laboratuvar incelemesinde lökosit 9500/mm³, CRP 34 mg/L idi. Radyolojik görünüm nedeniyle hastada öncelikle viral pnömoni düşünülüp göğüs hastalıkları servisimize interne edildi. Romatolojik hastalıklar yönünden yapılan incelemeleri negatif bulundu. Özellikle bir temas ya da ilaç öyküsü yoktu. Yatışının 3. gününde efor dispnesinde artış, antibiyoterapiye yanıtızsızlık, klinik kötüleşme izlenen hastaya ileri tetkik planlandı. Hastanın kontrol toraks bt'sinde başlangıca göre regrese olan ancak bazallerde artış gösteren yer değiştiren konsolidasyon sebat etti. Hastanın tedavisine 0,5 mg/kg/gün dozunda intravenöz metilprednisolon eklendi. Klinik ve radyolojik olarak iyileşme sağlayan hastada KOP düşünüldü. Hastaya fiberoptik bronkoskopi (FOB) planlandı. FOB incelemesinde endobronşiyal lezyon izlenmedi. Sol üst lobdan bronkoskopik lavaj alındı. Bronkoskopik lavaj sıvısının mikrobiyolojik incelemesinde herhangi bir patojen mikroorganizma görülmedi. Asidorezistan basil (ARB) negatif, sitolojik inceleme nondiagnostik yayma şeklindeydi. KOP ön tanısıyla göğüs cerrahisine konsülte edildi. Hastaya VATS (Video Assisted Thoracic Surgery) planlandı, sol üst ve alt lob wedge rezeksiyon yapıldı. Histopatolojik bulgular organize pnömoni paterni ile uyumlu geldi. KOP tanısı konan hasta 20 mg/gün dozunda oral metilprednisolon tedavisiyle taburcu edildi. Kortikosteroid tedavisinin azaltılarak devam edilmesi planlandı. Hasta göğüs hastalıkları takibine alındı.

Tartışma-Sonuç: KOP farklı radyolojik görünümlerle karşımıza çıkabildiği için çok farklı tabloların ayırıcı tanı listesinde yer alması söz konusudur. Hemen her zaman invazif yöntemlerle histopatolojik tanıya gerek duyulur. Tedavide genellikle kortikosteroid uzun süre kullanılır ve yanıt sıklıkla çok iyidir. Sonuç olarak; viral pnömoni düşünülüp verilen nonspesifik antibiyoterapiye cevap alınamayan, radyolojik olarak yer değiştiren infiltrasyonları veya multiple nodülleri olan hastalarda ayırıcı tanıda kriptojenik organize pnömoni akılda tutulmalıdır. Tedavi ile hastalığın seyrinin yakından izlenmesi, beklenen biçimde gerileme göstermeyen olgularda akciğerin VATS ya da torakotomi ile örneklenmesi önerilir.

Bilgisayarlı Toraks Tomografisi ve Posteroanterior Akciğer Grafisi



Figür 1: olgunun steroid kullanımı öncesi Toraks BT kesiti ve akciğer grafisi



Figür 2: olgunun steroid kullanımı sonrası Toraks BT kesiti ve akciğer grafisi

Anahtar Kelimeler: Kortikosteroid Tedavi, Kriptojenik Organize Pnömoni, VATS

PS-180 Akciğerde Uzun Süredir Sebat Eden Nodül, Bronşiektazi ve Konsolüde Alanlar: Nadir Olgu Nokardiya Enfeksiyonu

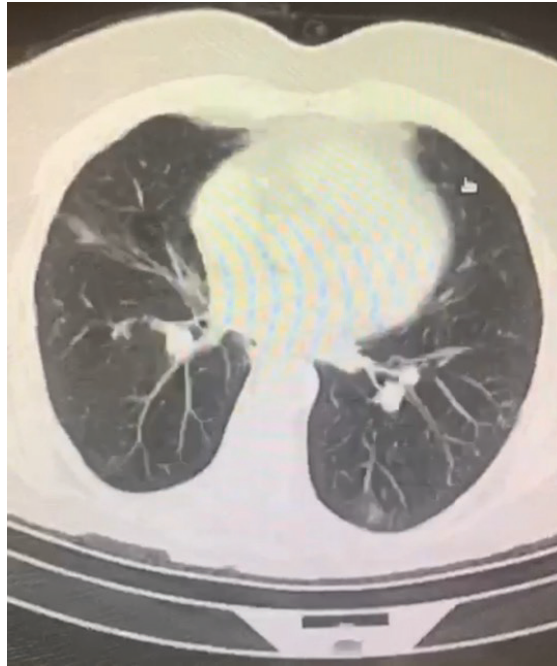
Şehriban Çağlak Kardaş¹

¹Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Nokardiyoz, Nocardia cinsi bakterilerin neden olduğu ve nadiren hayatı tehdit edebilen fırsatçı bir enfeksiyondur. Genel özellikleri bakımından Nocardia'lar, dallanan, filamanlı mikroorganizmalar olup, bazı türleri çomak veya kok görünümünü veren parçalara ayrılırlar. Gram pozitiflerdir. Bazı türleri belirli üreme evrelerinde aside dirençli (Nocardia asteroides) boyanır. Mikroorganizmanın inhalasyonu ve primer olarak akciğerlerde üremesi ya da deriye inokülasyonu sonucu insanda enfeksiyon gelişir. Enfeksiyon genelde kronik iken, fulminan da olabilir

Olgu: 74 yaş kadın nefes darlığı yakınması ile polikliniğimize başvurdu, daha önce çok defa pnömoni ile göğüs hastalıkları servisinde takip edilmiş çok defa antibiyotik tedavisi almıştı. Başka pulmoner yakınması yoktu, bilinen diyabetes mellitus hastalığı vardı, sigara kullanmıyor, allerjisi yok geçirilmiş tüberküloz öyküsü yoktu. Fizik muayene de yer yer ral duyuldu, satürasyonu normaldi. Çekilen paag de yer yer silik nodüler görünüm izlendi. Çekilen tomografisinde her iki akciğerde dağınık nodüller, bronşiektazi ve konsolüde alanlar izlendi bu görüntünün 1,5 yıl önce de olduğu yer yer antibiyotik tedavisi ile kısmen düzeliş tekrar arttığı izlendi. Hastadan balgam kültürü ve sabah ilk balgamdan tüberküloz kültürü arb istendi. Tüberküloz kültüründe dallı asidorezistan basil (nokardia sp.) üredi tedavisi düzenlendi. Takibe alındı

Fotoğraf (1)



Nodüler görünüm

Tartışma-Sonuç: Nokardiyoz, oldukça nadir görülen ve özellikle immünsüpresif olgularda ortaya çıkan fırsatçı bir enfeksiyondur. Ancak enfekte olan olguların yaklaşık üçte birinin immün sisteminin normal olduğu bilinmektedir. Nokardiyozun klinik tablosu çok geniş bir yelpazede oluşmakta ve bu nedenle diğer enfeksiyonlar hatta maligniteler ile bile karışabilmektedir. Patognomonik bulgusu, semptom ve radyolojik özellikleri olmayan bu hastalığın tanısı bazen güç olabilmektedir. Pulmoner nokardiyoz nadir görülmesi ve tanı koymadaki zorluklar nedeni ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Nokardiyoz, Pulmoner Nodül, Bronşiektazi



PS-181 Hızlı Progrese ve Mortal Seyreden Bir Pulmoner Nokardiyoz

Salih Bilen¹, Abidin Şehitoğulları², Yunus Aksoy², Ahmet Nasır²

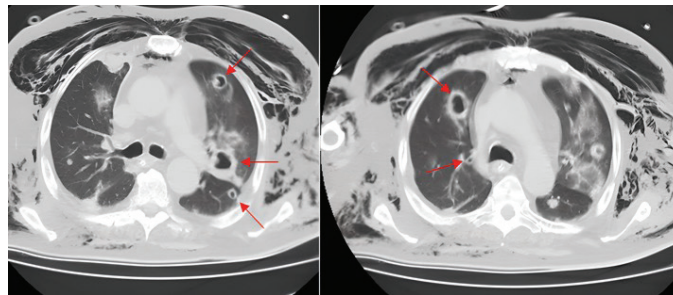
¹Bursa Şehir Hastanesi

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Introduction-Purpose: Nocardia species is a gram-positive, partially acid-fast, aerobic, filamentous genus of Actinomycetes that is commonly found in decaying matter, soil, and water worldwide. The most common clinical picture of pulmonary nocardiosis is observed, and the most common symptoms are shortness of breath and cough. It mostly causes infections in immunocompromised patients with risk factors such as long-term corticosteroid therapy, use of immunosuppressive drugs, malignancy, HIV, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) or alcoholism. In this case report, pleural empyema and pulmonary nocardiosis caused by N.farcinica, which developed in a patient with long-term corticosteroid use, COPD are discussed.

Case: A 70-year-old male patient applied to the emergency department with complaints of shortness of breath. The patient was diagnosed with hypertension, COPD, ischemic heart disease and diabetes mellitus. Right total pneumothorax was detected on posteroanterior chest radiography and thorax computed tomography (thoracic CT). A tube thoracostomy was performed and he was taken to intensive care. The patient was discharged with full recovery on the 10th day after admission. One month later, the patient came to the emergency room again with complaints of shortness of breath, subcutaneous emphysema, Radiological examinations revealed minimal expansion defect of the right lung, atelectasis at the base of the right hemithorax and secondary minimal pleural effusion and bilateral cavitory lesions. Considering the patient's newly developing cavitory lesions, positron emission tomography (PET/CT) was planned, thoracentesis was performed from the right hemithorax, and culture was performed from the purulent fluid. The growing bacteria were identified as N.farcinica. As a result of Antimicrobial susceptibility tests (AST); sensitive to imipenem and amikacin; sensitive to high doses of ciprofloxacin and gentamicin; amoxicillin and clavulonic acid were found to be resistant. The patient received ampicillin/sulbactam treatment for five days and his treatment was revised after the culture result was obtained. Trimethoprim-sulfamethoxazole (4X3 400/80 mg I.V.) and linezolid (2X600 mg I.V.) treatment was started. While the patient's follow-up and treatment continued in the ward, he was intubated and monitored in the intensive care unit due to sudden low saturation in the 2nd week of his hospitalization (Figure). The patient, who developed sepsis in the intensive care unit, died on the 5th day of his admission to the intensive care unit.

Figure



Rapidly progressing cavitory lesions

Discussion-Conclusion: Pulmonary and pleural infections, brain abscesses and skin infections are the main clinical manifestations seen in N.farcinica infection. Although the onset of symptoms is subacute or chronic, it is difficult to recognize clinically because it occurs with nonspecific symptoms. As a result, in patients using immunosuppressive drugs and having comorbid diseases, in the presence of nonspecific physical examination findings and lung imaging findings, nocardia infection should be kept in mind in the differential diagnosis in cooperation with the clinical laboratory. Rapid identification of the agent can be life-saving, as identification at the species level is important in regulating antimicrobial therapy. Considering the increasing resistance rates, AST should be performed as soon as possible and a treatment plan should be created quickly.

Keywords: Nocardiosis, Nocardia farcinica, pleural effusion, antibiotic susceptibility test, pneumothorax

PS-182 Metastaz Düşündüren Multipl Nodülde Tanı: Tüberküloz

Dildar Duman¹, Ömer Faruk Taştı¹, Aylin Babalık¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Tüberküloz (TB) gelişmekte olan ülkelerde görülen yaygın enfeksiyon sebeplerinden biridir. Tüberküloz akciğerde alışlagelmiş kaviter lezyonlar ve tomurcuklanan ağaç görünümü dışında atipik formlarıyla da prezente olabilir. Tüberküloz radyolojisi akciğerde birçok hastalıkla karıştığı gibi akciğer metastazlarını da taklit edebilir. Hastaların yönetiminde alışıldık hastalıkların dışında hastanın tüberküloz olabileceğini de ayırıcı tanılara eklemekte fayda vardır.

Olgu: 39 yaş bilinen DM, OSAS, KOAH, hiperlipidemi tanılı erkek hasta tarafımıza sırt ağrısı şikayetiyle başvurdu. Hastanın 25 p/y sigara öyküsü mevcuttu. Hastanın çekilen Toraks BT görüntülerinde her iki akciğerde en büyüğü 15mm olan dağınık yerleşimli, orta ve üst zonlarda sayıca daha fazla olan çok sayıda yer kaplayıcı lezyon izlendi ve PET önerildi. Hastaya PET ve FOB planlandı. PET’de FDG tutulumu izlenmeyen hastanın FOB’da endobronşial sistem normal izlendi. Hastanın bronkoalveoler lavajından gönderilen mikobakteri pcr sonucu pozitif olarak sonuçlandı. Hasta tüberküloz servisine takip ve tedavi devamı için nakil edildi.

Tartışma-Sonuç: Tüberküloz ülkemizde sık olarak görülen hastalıklardan birisidir. Prezantasyonunda diğer hastalıkları taklit edebilir. Vakamızda olduğu gibi ilk bakıda akla akciğer metastazını akla getirecek şekilde multipl pulmoner nodüller şeklinde prezente olabilir. Bu ve benzeri durumlarda akciğer tüberkülozunu akılda kalmalıdır

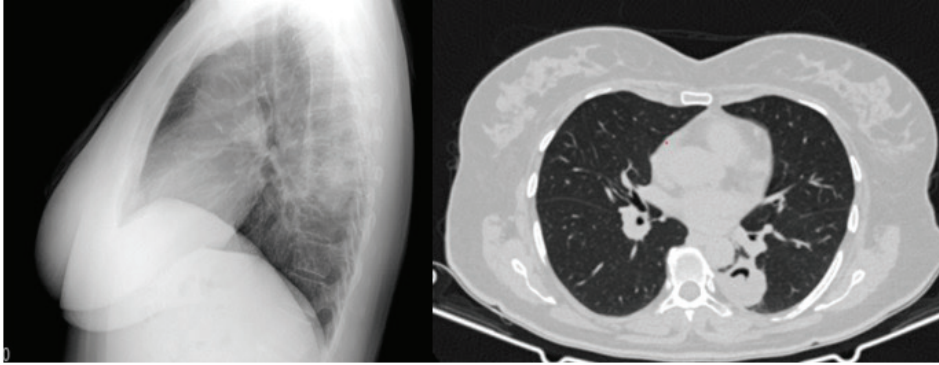
Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Kanser, Nodül

**PS-316 Anti-Tnf Alan Hastada Profilaksiye Rağmen Gelişen Tüberküloz Olgusu**Melike Demir¹, Fatıma Yıldız¹¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Ankilozan Spondilit (AS), etiyolojisi bilinmeyen kronik inflamatuvar bir hastalık olup, tedavisinde anti tümör nekroz faktörü (Anti-TNF) de kullanılmaktadır. Bu ajanların uzun süre kullanımı; mikobakteriyel akciğer enfeksiyonları, fungal akciğer enfeksiyonları ve latent tüberküloz enfeksiyonunun reaktivasyonu gibi ciddi yan etkilere neden olabilmektedir. Bizim olgumuzun sunulmasındaki amaç; izoniazid profilaksisinin rehberine uygun şekilde uygulamasının önemini vurgulamak ve hastalar profilaksi almış olsalar dahi ayırıcı tanıda tüberküloz enfeksiyonunu akıllara getirmektir.

Olgu: Elli altı yaşında ankilozan spondilit tanılı kadın hasta öksürük ve nefes darlığı şikayeti servise yatırıldı. Akciğer yan grafisinde sol orta zonda prevertebral kaviter lezyon görüldü. Hastaya bir hafta önce başka bir merkezde Bilgisayarlı tomografi çekilmiş 34x33x31 mm kaviter lezyon (Resim 1) saptanmış, PET-BT istenmiş ve lezyonun SUDmax= 3.8 olduğu görülmüştü. Aynı merkezde bronkoskopi yapıldığı, sadece ARB bakıldığı ve negatif olduğu öğrenildi. Merkezimize ileri tetkik için sevk edilen hastaya, sekiz ay önce ankilozan spondilit tanısı ile anti-TNF başlanmış tedaviye başlanmadan önce PPD testi pozitif saptanarak, INH profilaksisi altı ay boyunca verilmişti. Profilaksinin birinci ayı tamamlandıktan sonra antiinflamatuvar bir ajan olan Sulfasalazin başlanmış, üç ay sonra da tedaviye anti-TNF olan Secukinumab eklenmişti. Hasta dokuz aydır anti-TNF tedavisi almaktaydı. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde kaviter lezyonu periferik yerleşimli olması nedeniyle TTİAB ve detaylı laboratuvar inceleme yapılması için merkezimizde bronkoskopi planlandı. Endobronşiyal lezyon izlenmedi, bronş lavajından sitoloji ve mikrobiyoloji istendi. Lavaj sıvısında ARB negatif, mikobakteri PCR pozitif görüldü. TTİAB patolojisinde neoplazma rastlanmadı. Hasta tüberküloz tedavisine başlandı. Tarafımıza kontrole gelen hastanın yan grafisinde kaviter lezyonun regrese olduğu görüldü

Tüberküloz tedavisi öncesi PA grafi ve Toraks BT



Tartışma-Sonuç: Anti-TNF alan hastaların mikobakterium tüberkülozis enfeksiyonuna yakalanma oranı daha yüksektir bu nedenle tüberküloz profilaksinin dokuz ay boyunca anti-TNF kesilse dahi devam edilmesi önerilmektedir. Tüberküloz düşünülen hastalarda ARB ile birlikte tüberküloz kültürü ve PCR gönderilmesi tanının erken konulmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Secukinumab, Tüberküloz, PCR

PS-024 İmmunkompetan Bireyde Gelişen Fatal Seyirli Ebstein-Barr Viremisi

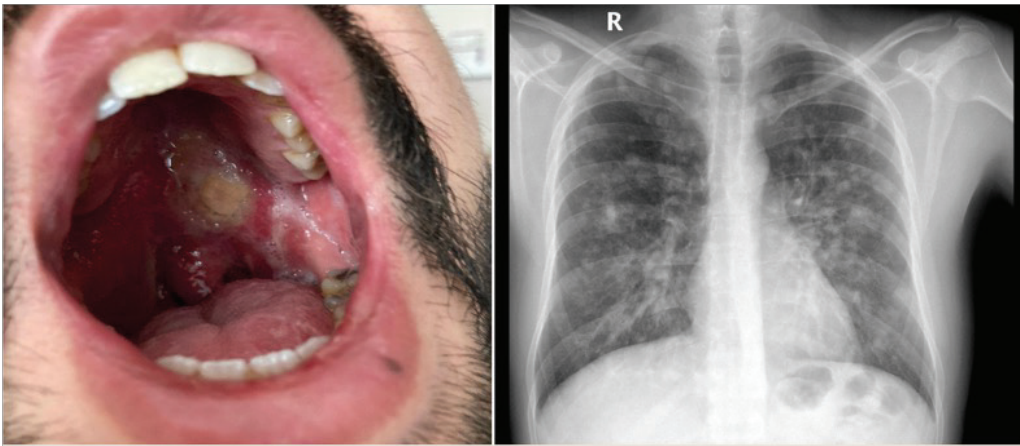
Kübra Güngör¹, Merve Toprakoğlu¹, Ayşegül Karalezli¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Ebstein-Barr, erişkinlerin %95'ini enfekte eden bir herpes virüsüdür. Primer enfeksiyonu, çocuk-adölesanlarda subklinik seyreder. EBV enfeksiyonu, kendini sınırlandırırken B lenfositlerde latent kalarak immunsupresyon durumunda reaktif olabilir. Non-spesifik semptomlarla başvuran, takibinde EBV viremisi tespit edilen immunkompetan olgumuzu paylaşıyoruz.

Olgu: Yirmisekiz yaşında erkek hasta COVID sonrası başlayan dispne yakınmasıyla başvurdu. Çekilen PAAG'de yaygın nodüler opasiteler görülmesi ve febril ateşinin olması üzerine hasta hospitalize edildi. Fizik muayenesinde yumuşak damak-tonsil üzerinde beyaz plaklı aftöz lezyonlar mevcuttu. Özgeçmişinde çocukluğundan beri sık ateşlenme ve boğaz enfeksiyonu öyküsü vardı. Hastanın Bilgisayarlı Toraks Tomografisi (BTT)'nde yaygın nodüler infiltrasyon ve buzlu cam alanları izlendi. Tüm kültürleri alınarak geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı. Ateş ve nodüler infiltrasyonları olan hastada septik emboli, bağ doku hastalıkları (BDH), metastaz, sarkoidozis, viral pnömoni ön tanılarına yönelik tetkikler yapıldı. Kültürlerinde üreme olmazken serum ACE düzeyi düşük, BDH markerları negatif; nadir etkenlerden Bartonella, Brusella, Borrelia IgG-IgM değerleri normal görüldü. İmmünglobulin alt tipleri, immunfenotiplemede patoloji saptanmadı. Kan ve BAL 'da CMV ve P.jiroveci DNA negatifken, kanda EBV-DNA 121.746 kopya/ml saptandı. Metastaz şüphesine yönelik Pozitif Emisyon Tomografisi (PET-CT) çekildi. Nazofarenkste ve retrofarengeal alanda, akciğerde ve iskelet medüller alanda FDG tutulumu görüldü. Lenfoproliferatif hastalık ön tanısıyla boyun, abdomen, axiller USG çekildi; anlamlı patoloji saptanmadı. Akciğerdeki nodüler infiltrasyon alanından BT eşliğinde alınan transtorasik biyopsi; kronik inflamasyon olarak raporlanırken akciğer dokusunda EBV DNA; 665.440 kopya/ml olarak sonuçlandı. Yumuşak damaktaki aftöz lezyondan alınan biyopsi; reaktif lenfoid doku olarak sonuçlandı. Takibinde sağ gözünde ağrı-kızarıklık tarifleyen hastada anterior üveit tespit edildi. Klinik olarak kötüleşmesi ve PAAG'de infiltrasyonların artması üzerine hasta multidisipliner konseyde değerlendirildi; biyopsilerin tekrarlanması kararlaştırıldı. Akciğer ve nazofarenks biyopsileri kronik inflamasyon ile uyumlu; kemik iliği biyopsisi normosellüler sonuçlanırken kanda EBV DNA 885.461 kopya/ml'ye yükseldi. Yatışının 45. gününde genel durumda bozulma ve solunum yetmezliği gelişmesiyle YBÜ'ye devredildi. Hastaya pulse steroid, geniş antimikrobiyal tedavi, gansiklovir, sitokin filtresi, CRRT ve ECMO uygulandı. Ancak YBÜ yatışının 7. Gününde exitus oldu. Hastanın en çarpıcı sonucu ise; gözün ön kamarasından alınan sıvı örneğinde EBV DNA; 29.955.025 kopya/ml olarak sonuçlanmasıydı. Hasta tüm bulgularla EBV viremisi kabul edildi.

Başvuru anındaki PAAG ve yumuşak damaktaki lezyonlar



Tartışma-Sonuç: Ebstein-Barr enfeksiyonu genellikle kendini sınırlandıran; immunsuprese bireylerde ise reaktif olabilen bir virüs enfeksiyonudur. İmmunkompetan olgumuzda görülen fatal seyirli EBV viremisini nadir görülmesi nedeniyle paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Ebstein-Barr Viremisi, Fatal, İmmunkompetan Birey



Poster Bildiri Oturumu 10: Astım ve Allerji-İmmunoloji

PS-183 Astım Atağı Sırasında Görülen Nadir Bir Komplikasyon: Pnömomediastinum

Şebnem Emine Parspur¹, Beyza Tas¹, Feride Marım¹, Ali Halıcı², İlknur Kaya¹, Mehmet Doğan¹, Ümran Erbay¹

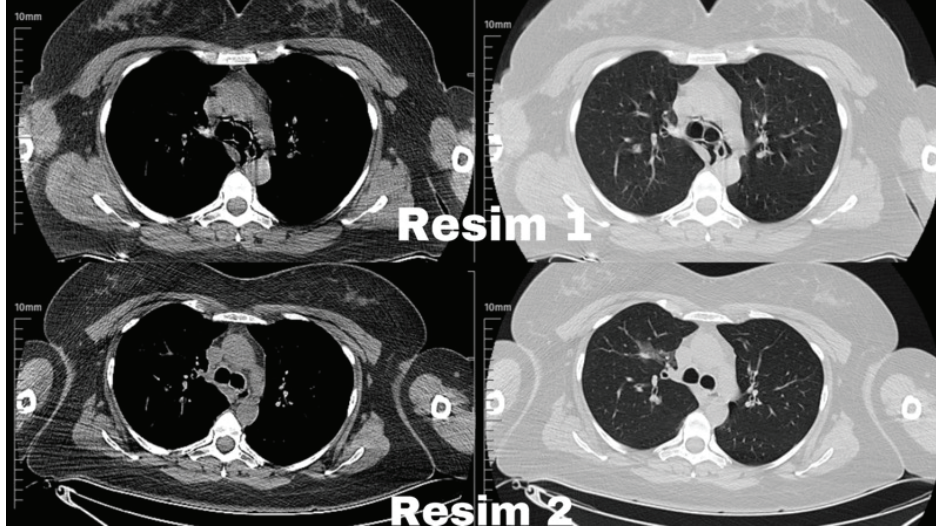
¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Pnömomediastinum genellikle akut ve kronik akciğer hastalıkları sırasında alveollerin rüptürü ile mediastende hava bulunmasıdır. Spontan pnömomediastinumda (SPM) en sık medikal neden astım olmakla birlikte alt solunum yolu enfeksiyonu gibi nedenlere bağlı olarak da görülebilmektedir. Astım atağı sırasında %0.2-0.3 oranında pnömomediastinum görüldüğü bildirilmektedir. Genellikle selim seyirli olup kendiliğinden iyileşmekle beraber erken tanı konulup uygun tedavi planlanmayan ciddi vakalarda hayatı tehdit edici olabilmektedir. Biz burada astım atak ile acil servise başvuran ve pnömomediastinum tanısı alan olgumuzu sunduk.

Olgu: 41 yaş bilinen astım tanısı olan kadın hasta, son 15 gündür gribal enfeksiyon sonrası artan nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Acil serviste tarafımıza danışılan hastanın muayenesinde bilateral sibilan ronküs saptandı ve vitalleri stabildi. Acil serviste çekilen Toraks BT'de pnömomediastinum ile uyumlu hava varlığı ve ayrıca paraözofagial ve paratrakeal alanda da hava varlığı saptandı (Resim 1). Hastanın pnömomediastinumunu açıklayacak sekonder durum saptanmaması üzerine göğüs cerrahi tarafından göğüs cerrahi servisine yatış yapıldı. Takiplerinde takipnesi artan, şuur bulanıklığı gelişen hastanın arter kan gazının dekompanse respiratuar asidozla uyumlu olması üzerine ile yoğun bakıma devredilmiş. Göğüs hastalıkları olarak tarafımızca yoğun bakımda değerlendirilen hastaya astım atak, tip 2 solunum yetmezliği nedeniyle entübe edilmesi önerilerek atak tedavisi düzenlendi. Entübe edilerek altı gün boyu mekanik ventilatör desteğiyle yoğun bakımda takip edilen hasta, genel durumunun düzelmesi, hiperkapnisinin gerilemesi üzerine extübe edilerek nazal oksijen desteğiyle takip edilmiş. Kontrol Toraks BT'de pnömomediastinumun görülmemesi (Resim 2) ve yoğun bakım ihtiyacı kalmaması üzerine göğüs hastalıkları servisimize astım atak nedeniyle devir alındı. Servis takiplerinde yoğun bakımda başlanılan piperasilin-tazobaktam, moksifloksasin, ipratropium, salbutamol, budesonid, 0,5 mg/kg metilprednisolon, ppi ve oksijen desteği devam edildi. Hasta astım açısından stabil olması üzerine dokuz günlük servis takibinin sonunda astım tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Hastanın aralıklı olarak rutin poliklinik takipleri devam etmektedir.

Resim 1 ve 2



Resim 1: Hastanın acile geliş Toraks BT kesitleri Resim 2: Hastanın kontrol Toraks BT kesitleri

Tartışma-Sonuç: Pnömomediastinum; spontan ve sekonder pnömomediastinum olarak iki gruba ayrılır. Spontan pnömomediastinum genellikle astım, göğüs içi basıncını arttıran fiziksel aktiviteler, öksürük, hapşıрма, kusma, valsalva manevrası ve inhaler ilaç kullanımına bağlı oluşurken, sekonder pnömomediastinum travma, enfeksiyonlar, özofagus perforasyonu, yabancı cisim aspirasyonu gibi gösterilebilir nedenlere bağlı gelişmektedir. Spontan pnömomediastinum olgularında başvuru şikayetleri genellikle ani başlayan nefes darlığı, boyunda şişme, göğüs, sırt ve boyun ağrısıdır. Bu vakayı bildirmemizin sebebi, bu klinik durumun nadir görülmesi ve seyri sırasında ciddi komplikasyonların gelişebilmesidir. Astım atağı veya şiddetli öksürük gibi presipitan faktörlerin varlığında, göğüs veya boyun ağrısı olan hastalarda tanıda SPM akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Astım, Spontan Pnömomediastinum



PS-184 Eksüda Niteliğinde Plevra Sıvısıyla Ortaya Çıkan Hipereozinofilik Sendrom Olgusu

Beyza Tas¹, Şebnem Emine Parspur¹, Feride Marım¹, İlknur Kaya¹, Mehmet Doğan¹, Aysun Gönderen²

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

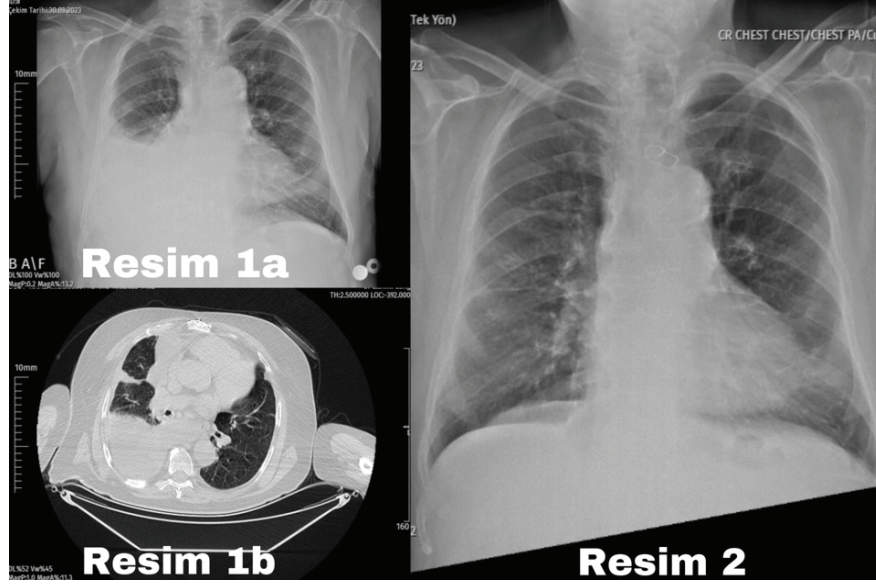
²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Anabilim Dalı

³Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: İdiyopatik hipereozinofilik sendrom (HES) altı aydan uzun süreli hipereozinofili ve eozinofiliye bağlı organ tutulumu ile karakterli etyolojisi bilinmeyen nadir bir hastalıktır. HES'a bağlı olarak oluşan plevra sıvıları çoğunlukla transüda niteliğinde olup kalp tutulumu ve yetmezliğine bağlıdır. Biz burada eksüda niteliğinde plevral sıvıyla ortaya çıkan olgumuzu nadir görülen bir vaka olması nedeniyle sunduk.

Olgu: 73 yaş bilinen diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı tanıları olan erkek hasta, nefes darlığı şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Alerjik hastalıklar açısından ayrıntılı anamnez alınan hastada hastada alerjik semptomlar yoktu. Hastada unilateral plevral efüzyon ve kanda eosinofil değeri 25000 saptanması üzerine tanı ve tedavi amaçlı hastanın servise yatırışı yapıldı. Hastaya yapılan torasentezde sıvı seröz eksüda karakterinde saptandı ve sitolojisi PMNL eozinofil ağırlıkta benign olarak yorumlandı. Hastadan romatoloji konsültasyonu istendi. Tüm romatolojik markerları negatif olan hastada romatolojik hastalık düşünülmedi. Hastada eozinofili nedeni araştırılmak üzere hematoloji konsültasyonu yapıldı. Hematoloji tarafından JAK2 ,BCR-ABL,CALR,EXON12,MPL genleri ,PDGFR-A ve B proteinleri çalışıldı.Negatif sonuçlandı. Periferik yaymasında eosinofilisi olan hastada blast görülmedi ve hematolojik malignite düşünülmedi. Hematoloji tarafından hastaya kademeli azaltılarak 60 mg iv metilprednisolon başlanması önerildi. Takiplerinde hastanın plevral sıvı ve eozinofili geriledi. Hastanın malignite araştırmasında lenfadenopati açısından yapılan USC'de tiroide sol parotis parankimi içinde 6,5*4,5 mm boyutlarında hilusu oblitere LAP ile uyumlu düzgün konturlu hipoeoik lezyon saptanması üzerine hastaya girişimsel radyoloji eşliğinde İİAB yapıldı. Sonuç nondiagnostik geldi. Hasta, hipereozinofilik sendromun kardiyak tutulumu olup olmadığı açısından kardiyojijiye danışıldı. EKO bulgularında EF %55, sağ kalp boşlukları dilate, çıkan aort 40 mm, aort kapak kalsifik, AY hafif, TY hafif, PAB 40 mmHg ve diğer EKO bulguları normal olan hastada ek tutulum görülmedi. KAH olan hastada kardiyolojik açıdan ilaçlarına devam etmesi önerildi. Takiplerinde kliniği stabil seyreden ve PET-BT'de de plevral sıvıda malignite bulgusu saptanmayan hasta 15 gün 48 mg ,15 gün 32 mg oral metilprednisolon kullanması önerilerek taburcu edildi. Bir ay sonraki poliklinik kontrolünde eosinofil sayısı 1380 ve PA grafisinde sıvı regreseydi. 3 ay sonraki kontrolde ise eosinofil sayısı normale dönen hastanın plevral efüzyonunun tamamen resorbe olduğu gözlemlendi. Hastanın takip ve tedavisi halen devam etmektedir.

Resim 1a-b ve Resim 2



Resim 1a ve 1b: Hastanın başvuru PA grafi ve Toraks BT kesitleri. Resim 2: 1 aylık prednol kullanımı sonrası hastanın PA grafisi.

Tartışma-Sonuç: seHES akciğer tutulumu da yapabilen nadir bir hastalıktır. Hastalıkta çoğunlukla konjestif kalp yetmezliğine bağlı transudatif plevra sıvısı görülür. Çok nadiren eksuda niteliğinde plevra sıvısıyla da ortaya çıkabilir. Plevra sıvısında eozinofili ve plevra biyopsisinin histopatolojik incelemesinde eozinofil infiltrasyonu oluşu HES'a bağlı direk plevra tutulumunun kanıtları olarak kabul edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hipereosinofilik Sendrom, Eksüda, Transüda



PS-185 Her Eozinofili Üst veya Alt Solunum Yolu Alerjik Hastalıklarına mı Bağlıdır? Eozinofili Nedeni Bir Blastocystis Olgusu

Nihal Yıldırım¹, İsmet Bulut¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, İmmünoloji ve Alerji Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Eozinofiller nötrofillere benzer şekilde fagositoz ve bakteri öldürme yeteneğine sahip olan lökositlerdir. Eozinofili sebepleri arasında en sık atopik ve alerjik hastalıklarla ilaç yan etkileri düşünülmekte olup parazitoza da sıkça rastlanmaktadır. Biz kliniğimizde eozinofili nedeniyle tetkik edilen ve parazitoz saptanan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: 19 yaşında kadın hasta bir aydır aralıklı olarak olan nefes darlığı şikayetiyle göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Alerjik rinit dışında bilinen hastalığı olmayıp göğüs hastalıkları patolojisi düşünülmeyen hasta tetkiklerinde eozinofili saptanması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Özgeçmişinde 4 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. İlaç kullanım öyküsü olmayan hastanın soygeçmişinde de özellik yoktu. Mesleki maruziyet öyküsü olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Kan tetkiklerinde eozinofil değeri $1490 / \text{mm}^3$, total IgE değeri 965 IU / mL olarak saptandı. Hepatit ve HIV'e yönelik serolojik testleri negatif olarak sonuçlandı. Yapılan deri prick testinde kedi ve ev tozu akarı duyarlı olduğu görüldü. Eozinofil etiyolojisine yönelik istenen tetkiklerinde aspergillus fumigatus ve küf mantarı spesifik IgE negatif olarak saptandı. Küf paneli deri prick testinde alternaria pozitifliği izlendi fakat klinik anlamlılık düşünülmedi. Tüm batın ultrasonografisi ve toraks bilgisayarlı tomografisi normal olarak izlendi. Paranasal sinüs tomografisinde nazal septumda sağa deviasyon ve konkalarda hafif hipertrofi dışında özellik yoktu. Gaitada parazit taraması yapılan hastada iki kez blastocystis spp görüldü. Hasta tedavisi için enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi.

Tartışma-Sonuç: Göğüs hastalıkları pratiğinde eozinofili sıkça karşılaşılan bir durum olup etiyolojide üst ve alt solunum yolu alerjik hastalıklarıyla beraber paraziter enfeksiyonların da öncelikli olarak akla gelmesi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Eozinofili, Parazitoz, Blastocystis

PS-186 Mepolizumab ile Takip Edilen EGPA Olgusu

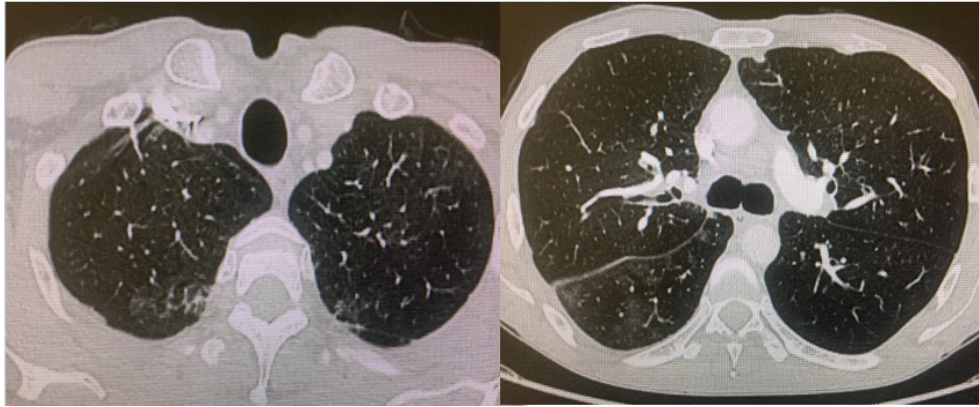
Nagihan Orhan Özer¹, Şadan Soyyiğit¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Eozinofilik granülomatöz polianjitis (EGPA), astım ve periferik kan eozinofilisi ile seyreden multisistemik bir hastalıktır. En sık tutulan organ akciğerdir. Kardiyovasküler, renal ve merkezi sinir sistemi dahil herhangi bir organ sistemini etkileyebilir. Ekstrapulmoner organların vaskülit morbidite ve mortaliteden büyük ölçüde sorumludur. Antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) negatif EGPA olgularının eozinofilik doku infiltrasyonu ve özellikle kardiyopulmoner tutulumlara neden olduğu düşünülmektedir. Tedavide kortikosteroid, immunsupresifler ve biyolojik ajanlar kullanılmaktadır. Biz de ağır eozinofilik astım ve kardiyak tutulumu olan EGPA tanılı ve mepolizumab ile takip edilen olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 52 yaşında erkek hasta. 1 haftadır artan nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. 5 yıl önce astım tanısı alan hastanın son 1 yılda astım atağı ile 5-6 kez acil başvurusu ve steroid kullanımı, 1 kez de hastane yatışı mevcuttu. Özgeçmişinde kardiyak trombüs, femoral embolektomi öyküsü mevcuttu. Warfarin sodyum, asetil salisilik asit, ramipril, karvedilol, salmeterol-flutikazon inhaler olarak kullanıyordu. Solunum sistemi muayenesinde solunum sesleri bilateral azalmıştı ve SpO₂:%98 idi. Tetkiklerinde eozinofil 4110 hücre/mcL (%31,5), total IgE:657,3 ıu/l idi. Hastada EGPA ön tanısıyla istenen ANCA negatif idi. Toraks Bt'de sağ akciğer üst, orta ve alt lobda subplevral yerleşimli yamasal buzlu cam tarzında infiltrasyonlar saptandı. Sol elde güçsüzlük olan hastanın EMG'de sol median sinirin ağır derecede lezyonu yanı sıra C8-T1 radikülopati görüldü. Femoral embolektomi ve kardiyak trombüs olan hastanın kardiyak MR'da sol ventrikülün sistolik fonksiyon bozukluğu, sol ventrikülde restriktif doluş paterni, apikal düzeyde trabeküler belirginleşme ve trombüs formasyonu, apeksde ileri derecede hipokinetik duvar hareketleri, sol ventrikül dilatasyonu, apikal segment ve apeksde yoğun subendokardial geç kontrast tutulumu eozinofilik kardiyomyopati ile uyumlu olarak bulundu. Hastaya mevcut bulgular eşliğinde ANCA negatif EGPA tanısı kondu. Metilprednizolon 40 mg ve mepolizumab 300 mg/4hf tedavisi başlandı. Hastanın takiplerinde nefes darlığı, eozinofilisi, toraks bt'deki infiltrasyonu ve kardiyak trombüsü geriledi. Mepolizumab tedavisinin 2. yılında 100 mg/4 hf ve metilprednizolon 4 mg'a kadar düşüldü. Kalp tutulumu da olan hastanın takibinde kardiyoloji ve romatolojinin de önerileri ile prednol 4 mg olarak devam edilmesi planlandı. Hasta takibinin 4. yılında klinik ve laboratuvar olarak stabil seyretmektedir.

Toraks Bilgisayarlı Tomografi



Sağ akciğer üst, orta ve alt lobda subplevral yerleşimli yamasal tarzda buzlu cam infiltrasyonlar

Tartışma-Sonuç: EGPA tedavisinde amaç remisyonu sağlamak ve sürdürmektir. Kortikosteroidlere yanıt alınamazsa immunsupresif tedaviler önerilir. Ancak son yıllarda EGPA patogenezinin yola çıkarak eozinofiller hedef alınmış ve mepolizumab tedavisi kabul görmüştür. 2010 yılında ilk kez, dirençli ANCA negatif EGPA hastasının mepolizumab ile tedaviye olumlu yanıt verdiği bir vaka bildirilmiştir. Bizim vakamızda da mepolizumab tedavisi ile kardiyak tutulum kontrol altına alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: EGPA, ANCA Negatif, Kardiyak Trombüs



PS-187 Vena Cava Superior Kateteri Sonrası Astım Atağıyla Karışan Pnömomediastinum Olgusu

Hasan Hüseyin Bozkuş¹, Ayşe Baççioğlu¹, Ayşe Füsün Kalpaklıoğlu¹, Ümit Can Acar¹

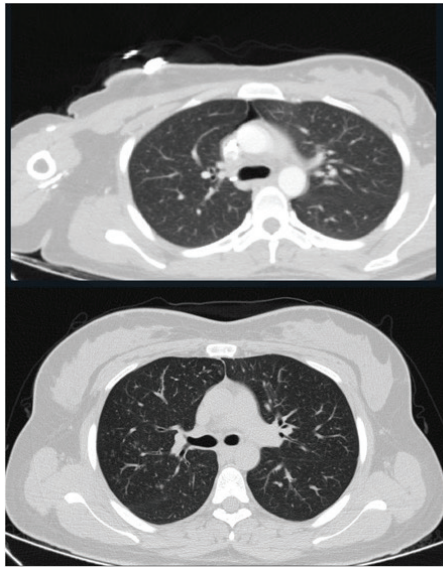
¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kırıkkale

Giriş-Amaç: Astım semptomlarının ortaya çıkması veya artması atak olarak kabul edilir ve tedavinin temelinde kortikosteroid (KS) ve bronkodilatör ilaçlar yer alır. Myastenia Gravis (MG), değişken kas zayıflığı ve yorgunluk ile sonuçlanan kronik nöromusküler otoimmün bir hastalıktır. Pnömomediastinum (PM) ise mediasten içerisinde serbest hava toplanmasıyla karakterize nadir bir hastalık olup en sık gençlerde ve erkeklerde görülmektedir. Burada, MG tanılı genç kadın hastada gelişen semptomların astımla karışması ve sonrasında PM tanısı konması süreci sunulmuştur.

Olgu: Otuz-bir yaşındaki kadın hastanın 7 yıldır astım tanısı vardı ve lüzumlu halde inhaler KS ve bronkodilatör kombinasyonu kullanıyordu. MG tanısı 8 yıldır vardı ve son 2 yıldır idame dozda KS, mikofenolik asit, immünoglobulin ve piridostigmin kullanıyor olmasına rağmen semptomları kontrol edilememesi üzerine subclavian vene kateter takılıp ve plazmaferez uygulandı. İşlemden sonra metil-prednizolon 64mg/gün ve pridostigmin ile taburcu edilen hasta evde başlayan nefes darlığı, batıcı tarzda göğüs ağrısı, öksürük şikayetleriyle acile işlem sonrası 2. günde başvurdu. Acilde takipne, taşikardi ve ronküs duyulması üzerine iv sistemik kortikosteroid, nebül bronkodilatör ve nazal O₂ içeren astım atak tedavisi ile semptomların azalması üzerine taburcu edildi. Ancak, evde batıcı tarzda göğüs ağrısı devam edip, nefes darlığının günler içinde şiddetlenmesi üzerine işlemden yaklaşık 15 gün sonra tekrar acile başvurdu. P-A grafide saydamlık artışı üzerine çekilen toraks BT'de sağ akciğer üst lob mediasten komşuluğunda PM izlendi. Miktarı küçük olması üzerine cerrahi işlem düşünülmeyen hastaya O₂ inhalasyonu, ağrı kesici ve astım rutin tedavisi uygulanarak ayaktan takip önerildi. Bir ay içinde PM'ü gerileyen hasta MG için metil-prednizolon 64mg/gün ve astım için inhaler olarak salmeterol +flutikazon ve tiotropium bromür ile halen takip edilmektedir.

Tartışma-Sonuç: Katater takılması sonrası PM gelişme riski vardır, ancak bu olguda PM semptomlarının astım atağıyla karışması ve 15 gün sonra tanı konabilmesi dikkat çekicidir. Ayrıca, PM'un da astım kontrolünde bozulmaya yol açabileceği söz konusudur ve cerrahi müdahale olmaksızın oral KS kullanılması hem PM hem de astım kontrolünü sağlamıştır. Sonuç olarak bu olgu astım tanılı hastalarda semptomlar kontrol edilemezse ileri tetkik ve tedavinin gerekliliğini göstermesi açısından önemlidir.

Pnömomediastinum



Anahtar Kelimeler: Pnömomediastinum, Myastenia Gravis, Astım, Dispne



PS-188 Nazal Polipte Mepolizumab Tedavisi Klinik Deneyimimiz

Esra İnan¹, Şadan Soyyiğit²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Astım ve nazal polipli kronik rinosinüzit (npKRS) sıklıkla birarada bulunan hastalıklar olup benzer inflamasyon ve remodeling paterni göstermektedir. Astımın tipik histopatolojik bulguları; npKRS ile benzerlik göstermektedir. Nazal polip tedavisinde kullanılmak üzere ilk FDA onayı alan biyolojik ajan olan dupilumab (Anti IL-4R α) ülkemizde temin edilememektedir. Bu nedenle nazal polip nedeni ile takip ettiğimiz sık tekrarlayan nöksleri olan ve cerrahi müdahale durumunda yüksek komplikasyon riski olan 3 hastamıza hipereozinofilik ağır astım tedavisinde kullanılan mepolizumabın nazal polip nöksü ve progresyonunun önlenmesinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar doğrultusunda endikasyon dışı ilaç kullanım onayı olarak mepolizumab tedavisi başladık.

Olgu: Olgu 1: 55y erkek hasta; Bilinen Astımı, nazal polip, NSAİİ duyarlılığı olan hasta 4 kez nazal polip nedeni ile opere olmuş, Kbb değerlendirmesine göre hastanın endoskopik muayenesinde Meltzer sınıflamasına göre bilateral grade 4 nazal polipi mevcuttu. Komplikasyon riski yüksek olması nedeni ile hastaya Kbb tarafından operasyon düşünlmemiştir. Hastaya konsey kararı ile endikasyon dışı anti IL-5 tedavisi (mepolizumab) kullanımı için başvuru yapılmıştır, onayı alınan hastaya 3 doz mepolizumab 100mg/4hafta sc uygulanmıştır. Tedavi sonrası Kbb görüşü " Meltzer sınıflamasına göre bilateral grade 2 nazal polipi mevcut. Hasta 3 aylık mepolizumab tedavisinden fayda görmüştür. Snot 22 skoru 16." şeklinde belirtilmiştir. Hastanın tedavisine devam edilmektedir.

Olgu 2: 35 yaşında kadın hasta NSAİİ duyarlılık öyküsü olan, başarısız bir ASA desensitizasyonu öyküsü olan hasta daha önce 4 kez nazal polip nedeni ile opere olmuş. Son operasyonda nazal polipin orbitaya kadar uzanımı olması nedeni ile göz komplikasyonu gelişmiş, hastanın optimum tedaviye rağmen nazal polipi nöks etmiş. Anti IL-5 tedavisi(mepolizumab) başlanmak üzere endikasyon dışı ilaç kullanımı başvurusu yapılan ve onay alınan hastaya mepolizumab 100mg/4hafta sc tedavisi başlandı. Tedavi ile hastanın kliniğinde anlamlı düzelme ve nazal poliplerinde anlamlı regresyon saptandı. Tedavi öncesi Snot22 skoru:62 olan hastanın tedavi sonrası Snot22 skoru:8 olarak değerlendirildi. Hastanın halen mepolizumab 100mg/4 hafta sc tedavisi devam etmektedir. Olgu 3:62 yaşında erkek hasta; 1.5 yıl önce burunda tıkanıklık, nefes darlığı, öksürük, hırıltı, yorgunluk yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Hasta 2 kez nazal polip nedeni ile opere olmuş. Paranasal Sinüs Bt de "Tüm paranasal sinüsler ve nazal kavitede total-totale yakın havalanma kaybına neden olan, paranasal sinüs ostiumlarını oblitere eden, anteriorda vestibüller, posteriorda koanalara uzanım gösteren sinonazal polipozis ile uyumlu lobüle konturlu yumuşak doku değerleri mevcuttur. " Preoperatif SNOT-22 skoru 55 olan hastaya KBB tarafından operasyon önerildi. 3. Operasyonu tamamlayan hastaya 4. bir operasyon gerekmesi halinde gelişebilecek komplikasyonlar nedeni ile operasyonda navigasyon sistemi kullanılması gerektiği söylendi. Hastaya anti IL-5 tedavisi(mepolizumab) başlanması için endikasyon dışı ilaç kullanımı başvurusu yapıldı. Onayı alınan hastaya mepolizumab 100mg/4hft uygulanmaya başlandı. Mepolizumab tedavisi sonrası KBB görüşü " SNOT-22 skoru 14'dür. Hastanın olası nöks durumunda yüksek komplikasyon riski olması nedeni ile medikal tedavinin devamının önemli olduğu kanaatindeyim. " 16 doz mepolizumab tedavisi alan hastanın semptomları geriledi. Hastanın takipte nazal polip nöksü gelişmedi, takip ve tedavisi devam etmektedir.

Tartışma-Sonuç: Nazal polipli hastalar ile yapılan randomize kontrollü çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde, astımın eşlik ettiği ya da etmediği refrakter nazal polipli kronik rinosinüzit hastalığının yönetiminde, biyolojik tedavilerin önümüzdeki günlerde daha da önem kazanacağı aşikar görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Nazal Polip, Mepolizumab



PS-189 Yaygın Değişken İmmün Yetmezlikte (CVID) Granülomatöz-Lenfositik İnterstisyel Akciğer Hastalığı (GLILD)

Şeyma Özden¹, Fatma Merve Tepetam¹, Erdoğan Çetinkaya², Umut İlhan², Barış Demirkol³, Özge Atik¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İmmünoloji ve Alerji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Yaygın değişken immün yetmezlik (CVID), düşük immünoglobulin (Ig)G seviyeleri, enfeksiyon veya aşılama yanıt olarak spesifik antikorların üretilmemesi ve değişken T-hücre anormallikleri ile karakterize, etiyo-lojisi bilinmeyen primer bir immün yetmezliktir. Multisistemik granülomatöz hastalık CVID'nin iyi belgelenmiş bir komplikasyonudur ve önemli morbiditeler ve erken mortalite ile ilişkilidir. Akciğer en sık etkilenen organ olmasına rağmen; granülomlar deri, karaciğer, dalak ve gastrointestinal sistem gibi diğer organlarda da sıklıkla görülür. CVID ve granülomatöz hastalığı olan hastalarda sık görülen fiziksel, radyografik ve laboratuvar anormallikleri arasında splenomegali, hiler ve mediastinal lenfadenopati ile akciğer parankiminde buzlu cam veya nodüler opasiteler ve azalmış T-hücresi sayıları ve fonksiyonu yer alır. Granülomatöz lenfositik interstisyel akciğer hastalığı (GLILD), CVID'de önemli ve yaygın bir komplikasyondur ve genel olarak CVID'li hastaların %20'sinde görülür. Biz de bu olguda granülomatöz hastalık nedeni ile uzun süre tetkik ve tedavi edilmiş, sonrasında CVID tanısı almış GLILD vakası ile ilgili tecrübemizi paylaşmak istedik.

Olgu: 44 yaşında kadın hasta ilk olarak Mayıs 2008'de öksürük, halsizlik, gece terlemesi nedeni ile dış merkez göğüs hastalıkları polikliniğine başvurmuş. Çocukluk çağından itibaren belirli periyotlarda özellikle mevsimsel geçişlerde artan kuru öksürük, halsizlik, yorgunluk yakınmasıyla sık hastane başvurusu oluyormuş. Özgeçmişinde Haziran 2008'de abdomen BT'de kolelitiyasiz, abdominal LAM ve splenomegali saptanması üzerine hematolojik maligniteden şüphelenilip splenektomi önerilmiş. Patoloji sonucu kazeifiye granülomatöz splenit raporlanmış ve 9 ay Anti Tbc tedavi verilmiş. Aralık 2008'de tarafımıza başvuran hastanın fizik muayenesi doğal; hemogram, biyokimya ve sedimentasyon normal sınırdıydı. Balgam ARB 3 kez (-) balgam kültürü ve Quantiferon testi (-)di. Ocak 2009'da çekilen toraks BT'de subkarinal bölgede en büyüğü 2.5 cm olarak ölçülen konglomere lenf nodları vardı. Aynın tarihlerdeki PET-CT'de boyunda mediastende, her iki aksillada batında ve pelviste artmış FDG tutulumu gösteren lenf nodları aktif granülomatöz hastalığa sekonder olarak yorumlanmıştı. Hastaya Mart 2009'da klinik ve radyolojik olarak sarkoidoz tanısı ile sistemik steroid başlanmış. 9 aylık tedavinin sonunda steroid dozu azaltılarak kesilmiş, ilaçsız takip edildiği 2 aylık dönemde tekrar şikayeti artması üzerine haziran 2010'da toraks BT tekrarlanmış. Toraks BT'de progresyon kabule dilen hastaya tekrar sistemik steroid başlanıp 2019 yılına kadar nüks ve düzensiz ilaç kullanımı nedeniyle steroid dozu titre edilerek medikal tedavisi devam edilmiş. 2019-2022 yıllarında hastane başvurusu olmayan hastaya 2022 yılında sırt ağrısı nedeni ile dış merkeze başvurmuş. O dönem tekrarlanan toraks BT'de subkarinalde en büyüğü yaklaşık 2.5 cm olan lenf nodları görülmüş. Temmuz 2022 de subkarinal bölgeden yapılan EBUS patoloji sonucu benign lenfoid aspirat olarak raporlanmış. Soygeçmişinde teyzesinde TBC öyküsü mevcut ve kızkardeşi de benzer şikayetleri olması nedeni ile sarkoidoz tanısı ile takip ediliyormuş. Tekrarlayan enfeksiyonları nedeni ile kız kardeşine immün panel bakılmış ve CVID tanısı konulmuş. Bunun üzerine hastanın immün yetmezlik açısından tarafımızdan değerlendirildi. Lenfopenisi olan (lenfosit 1090 hücre/ μ L) hastanın immün panelinde IgG<3,2 g/L, IgA< 0,25g/L, IgM<0.82 g/L olarak düşük tesbit edildi ve CVID tanısı ile IVIG tedavisi başlandı. Klinik olarak daha stabil olan hasta takibe alındı.

Granulamatöz Lenfositik İntertisyel Akciğer Hastalığı (GLILD) tanısı alan hastanın Toraks BT kesiti



Tartışma-Sonuç: GLILD, CVID'nin önemli bir komplikasyonudur. Generalize LAP, splenomegalisi olan ve toraks BT'de hiler, mediastinal LAP, nodüler, buzlu cam dansiteleri, bronşektazi, retiküler opasiteleri olan hastalarda immunglobulin IgG düşüklüğüne IgA ve/veya IgM düşüklüğü eşlik ediyorsa CVID akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Yaygın Değişken İmmün Yetmezlik, Granülomatöz Hastalık



PS-190 Alerjik Bronkopulmoner Aspergillozis

Gülşah Kübra Elçin Sendeli¹, Mutlu Onur Güçsav¹, Ahmet Emin Erbaycu¹

¹İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Giriş-Amaç: Alerjik bronkopulmoner aspergillozis (ABPA), havayollarında kolonize olan *Aspergillus fumigatus* antijenlerine karşı gelişen tip 1 aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Klinikte; astım, santral bronşektazi ve tekrarlayan pulmoner infiltrasyonlarla seyreder. Özellikle inhale-sistemik kortikosteroidlerle kontrol altına alınamayan ve bronşektazinin eşlik ettiği astım hastalarında ABPA akla gelmelidir. Hastalığın erken dönemde tanınması progresyonunun önüne geçmek ve astım semptomlarını kontrol altına almak açısından önemlidir. Zor astım tanısı ile takip edilen ve yapılan ileri incelemede ABPA tanısı koyularak tedavisine başladığımız vakamızı literatüre katkı sağlamak amacıyla sunuyoruz.

Olgu: 54 yaşında kadın hasta, nefes darlığı yakınması ile polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde 30 paket yıl sigara öyküsü mevcut olup aktif sigara içicisi idi. Hasta 20 yıldır çeşitli hastanelerde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astım tanıları ile takip edilmisti. Başvuru esnasında tiotropium 18mcg + formeterol 12mcg inhaler 1x1 ve montelukast 10 mg PO 1x1 kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde belirgin özellik yoktu. Başvuru anı posteroanterior akciğer grafisinde (PAAG) sol akciğer alt zon parakardiyak alanda lineer opasite artışı görüldü. Hemogramda eozinofil 990 ul, lenfosit 5010 ul, lökosit 11730 ul idi. Biyokimya da anlamlı özellik yoktu. Hasta ileri tetkik amacıyla yatırıldı. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide (YÇBT) bilateral santral bronşektazi alanları, sağ akciğer orta lobda ve sol akciğer alt lobda peribronkovasküler buzlu cam dansiteleri izlendi (Şekil-1). Total IgE 21400 IU/mL olarak sonuçlandı. Romatolojik markerlar negatifti. Gaitada parazit saptanmadı. Periferik yaymada patoloji izlenmedi. Reversibiliteli solunum fonksiyon testinde FEV1:1420ml, FVC:1920ml, FEV1/FVC:%79, reversibilitate 500ml saptandı. Astım tanısı konfirme edilen YÇBT’de santral bronşektazi alanları olan, periferik kanda eozinofili ve total IgE yüksekliği izlenen hastada ön tanıda ABPA düşünüldü. Tanısal amaçlı fiberoptik bronkoskopi (FOB) ve aspergillus prick testi yapıldı. FOB’dan gönderilen bronkoalveolar lavaj ve fırçalama sitolojisinde eozinofil %1-2 izlendi, kültürde üreme olmadı. Aspergillus prick testi 3*3 mm pozitif sonuçlandı. Hastaya ABPA tanısı konularak 0,5 mg/kg/gün oral prednizolon tedavisi başlandı. Tedaviye itrakanazol eklendi. Hasta taburculuk sonrası takibe alındı.

Şekil-1



Bilateral santral bronşektazi alanları, sağ akciğer orta lobda ve sol akciğer alt lobda peribronkovasküler buzlu cam dansiteleri mevcut.

Tartışma-Sonuç: Zor astım ile takip edilen hastalarda ABPA altta yatan nedenlerden biri olabilmektedir. Sistemik kortikosteroid ve itrakonazol tedavisi aspergillus antijeninin neden olduğu immunolojik aktiviteyi baskılamaktadır. Tanıda gecikme immunolojik aktivitenin devamlılığına ve hastalığın pulmoner fibrozise kadar ilerlemesine neden olabilmektedir. Bu nedenle astım ile takip edilen hastalarda santral bronşektazi ve tekrarlayan pulmoner infiltrasyonlar varlığında ABPA akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Alerjik Bronkopulmoner Aspergillozis, Astım, Bronşektazi

PS-191 Her Şişlik Anjioödem Midir? Pnömotoraks ile Takip Edilen Bir Olgu

Türkan Zeynep Fendoğlu¹, Dilek Öksüzer Çimşir¹, Şadan Soyyiğit²

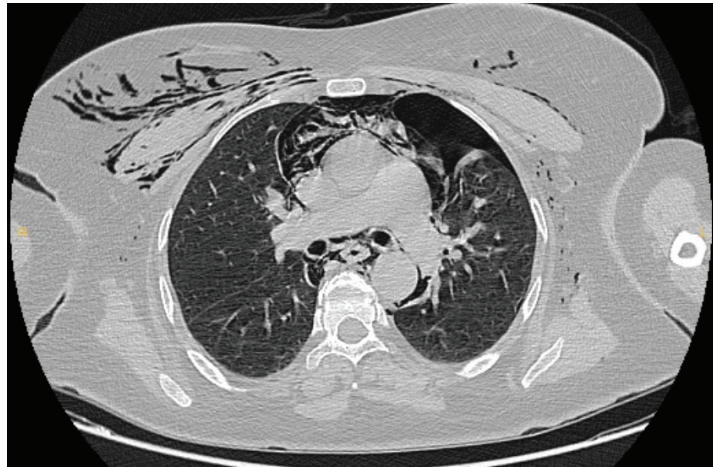
¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları, Ankara

²Ankara Yıldırım Beyazıt Tıp Fakültesi, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş-Amaç: Anjioödem, derinin subkutan tabakasının, solunum veya gastrointestinal sistemin submukozal tabakalarının lokal olarak şişmesidir. Her biri farklı etiyolojilere, klinik seyirlere ve tedavilere sahip birçok anjioödem türü vardır. Anjioödem histamin, bradikinin ve lökotrien ilişkili görülebilir. Ayırıcı tanısında vücutta şişlik ile giden diğer hastalıklar mutlaka düşünülmelidir.

Olgu: Bilinen Diabetes Mellitus ve hipertansiyon tanıları mevcut olan 61 yaşındaki kadın hastaya postmenopozal kanama, adenomyozis, kompleks atipisiz endometrial hiperplazi tanıları ile laparoskopik total abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi operasyonu yapılmış. Postoperatif 4. günde kısa etkili actrapid insulin uygulandıktan sonra yüzde ve boyunda şişlik gelişmiş. Hastada insüline bağlı anjioödem düşünülmüş. Kısa etkili insülinin değiştirilmesine rağmen (actrapid >> novarapid) anjioödem tekrarlaması üzerine insulin alerjisi ön tanısı ile alerji ve immünoloji bölümüne konsülte edildi. Anjioödem (pozisyon ile değişen) antihistaminik tedaviye rağmen tekrarladığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde her iki göзде anjioödem ve boyunda diffüz şişliği mevcuttu. Boyunda cilt altında krepitasyon saptandı. 3 lt/dk nazal oksijen ile SpO2: 95 saptandı. Hastanın postoperative 4. gününde çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde yaygın amfizem, pnömomediastinum ve sol akciğerde pnömotoraks saptandı. Hastaya göğüs cerrahisi tarafından pretrakeal fasya açılması ve tüp torakostomi uygulandı. Şikayetleri tekrarlamayan ve gerileyen hasta torakostomisi kapatılarak taburcu edildi

Resim 1



Toraks tomografide izlenen cilt altı amfizem, pnömomediastinum ve pnömotoraks görünümü

Tartışma-Sonuç: Anjioödem ayırıcı tanısında otoimmün hastalıklar, tiroid hastalıkları, hidrostatik ödem, Gleich sendromu (Eozinofilinin eşlik ettiği epizodik anjioödem), Clarkson sendromu (Kapiller kaçış sendromu), Melkersson-Rosenthal sendromu, protein eksikliği, akut kontakt dermatit, DRESS Sendromu (ilaçla ilişkili döküntü, eozinofili ve sistemik semptomlar), dermatomiyozit, Vena kava superior sendromu, Morbus Morbihan (Rozaseaya bağlı kronik lenfödem), Hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit, orofasiyal granülo-matozis, subkutanöz amfizem, idiyopatik ödem, akut karın sendromu (karın ağrısı atakları için), Ailevi akdeniz ateşi (Karın ağrısı atakları için) düşünülmelidir. Tedaviye yanıtız anjioödem olarak değerlendirilen hastalarda anamnez derinleştirilerek fizik muayenesi dikkatlice yapılmalı ve ayırıcı tanıdaki hastalıklar mutlaka gözden geçirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Anjioödem, Alerji, Pnömotoraks

**PS-192 Anjioödemle Karışan Astım Atak: Olgu Sunumu**

İlayda Sürmen¹, Müge Erbay², Tevfik Özlü¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs hastalıkları Anabilim Dalı, İmmunoloji ve Alerji Bilim Dalı, Trabzon

Giriş-Amaç: Astım atağı; ilerleyen nefes darlığı, öksürük, hırıltı veya göğüste baskı hissinin ortaya çıkmasıdır. Fakat bu semptomlar yabancı cisim aspirasyonu, konjestif kalp yetmezliği, anafilaksi, larenks ödemi gibi benzer klinik tablolarla karışabilir. Yanlış tanı, yanlış tedavi yönetimine yol açabilir. Astım atağı, anjioödem sanılarak takip edilen olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 39 yaş erkek hasta, 3 yıldır olan ürtiker/anjioödem şikayeti ile İmmunoloji ve Alerji polikliniğimize başvurdu. Ürtikeri antihistamin tedavisi ile kontrol alındıydı. Ancak haftada 2-3 kez ürtikersiz nefes darlığı atakları olunca boğaz şişliği olduğunu düşünerek kendisine bazen prednol ampul bazen adrenalin ampul uygulamaktaydı. Yaklaşık 3-5 yıldır, yıl boyu olan, ev tozu ile şiddetlenen riniti mevcuttu. Tozlu ortamlarda ve kokuyla nefes darlığı, öksürüğü ve bazen hırıltısı olmaktaydı. 10 paket/yıl sigara kullanımı vardı. Dinlemekle yaygın ronküs vardı. Solunum fonksiyon testinde (SFT); FEV1/FVC:%52, FEV1:%67 (3.23 L), FVC:%100 (6.18 L), reversibilite pozitif. Laboratuvarında; eozinofil 530 hücre/ μ L (%7.2), T. IgE 829 kU/L, ev tozu akar sIgE 3.57 kU/L (Class 3 pozitif), triptaz normal idi. Astım tedavisi hiç almamış olan hastaya yüksek doz IKS+ LABA, montelukast, nazal steroid ve 5 günlük sistemik steroid tedavisi verildi. Sigara kullanmayı bıraktı. Takibinde; ronküsü düzeldi, kontrol SFT'de FEV1/FVC:%90, FEV1:%112 (4.22 L), FVC:%96 (4.70 L) idi, adrenalin veya prednol yapmasını gerektirecek nefes darlığı atağı olmadı, düşük doz IKS'ye kadar basamak inildi. Hasta ataksız, semptom kontrollü olarak stabil takip edilmektedir.

Tartışma-Sonuç: Anjioödem ve astım atak hastaları ile acil serviste sık karşılaşılmakta ve hastaların klinikleri hızla kötüleşip ölümcül seyredebilmektedir. Ürtiker/anjioödem, astım, alerjik rinit gibi hastalıkların birlikte olabileceği akılda bulundurulmalıdır. Bu tür olgularda iyi bir anamnez ve tetkikler ile ayırıcı tanıların oluşturulması hayat kurtarıcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anjioödem, Astım, Astım Atak

PS-193 Solunum Sesleri Bize Ne Anlatıyor? Astım Atağını Taklit Eden Bir Guatr Olgusu

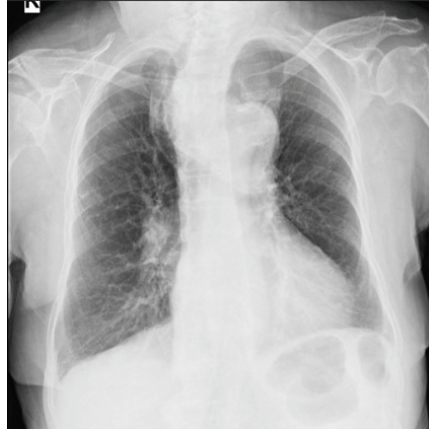
Serdanur Özdemir¹

¹Kula Devlet Hastanesi

Giriş-Amaç: Nefes darlığı şikayeti, acil servis başvurularının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Fizik muayenesinde wheezing olan hastalar acil servislere genellikle astım veya kronik obstruktif akciğer hastalığı atağı olarak değerlendirilmekte ve bronkodilatör tedavi almaktadır. Wheezing, stridor, ronküs ayrımı iyi yapılmalı, ayırıcı tanıda üst hava yolu patolojileri de akılda tutulmalıdır. Yabancı cisim aspirasyonu, tümör basısı, endotrakeal lezyonlar açısından hasta değerlendirilmelidir. Bu olguda acil servise mükerrer başvurularında astım atak olarak değerlendirilen, stridoru nedeniyle yapılan görüntülemesinde trakeal stenozu saptanan hasta bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Bilinen esansiyel hipertansiyon ve osteoporoz tanıları olan 83 yaşında kadın hasta nefes darlığı, boğulma hissi şikayeti ile acil servise başvurdu. Göğüs hastalıkları polikliniğine konsulte edildiğinde uzun süredir var olan nefes darlığı ve boğulma hissi şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Hastanın son üç ayda yakınmalarının arttığı, son bir hafta içinde ise 3 kez hastane başvurusu olduğu görüldü. Bilinen astım tanısı yoktu. Fizik muayenesinde hasta ajite ve takipneik idi. Bifazik stridoru olan hastanın boyun sol yanında diffüz şişlik görüldü. Oskültasyonda bilateral yaygın ronküs duyulurken, stirodor solunum seslerini domine ediyordu. Oda havasında oksijen saturasyonu %94 olarak ölçüldü. Akciğer grafisinde trakea sağa deviye ve mediasten geniş izlendi (Resim-1). Stridor ve trakea deviasyonu nedeniyle hastaya boyun ve toraks bilgisayarlı tomografi çekildi. Tiroid bezinde 8 cm kitle lezyonu görüldü. Kitle basısına bağlı trakea lümeni en dar yerinde 5mm olarak ölçüldü (Resim-2). Hasta acil cerrahi müdahale için cerrahi branşlara konsulte edildi.

Posteroanterior Akciğer Grafisinde Trakeal Deviasyon



Tartışma-Sonuç: Literatürde astımı taklit eden trakeal darlık olguları bildirilmiştir. Tiroid dokusunun hipertrofi ile trakeal bası olabileceği gibi intratrakeal ektopik tiroid dokusu gelişimi de literatürde bildirilmiştir. Vokal kord paralizileri astımı taklit edebilmekte, var olan astımı kötüleştirebilmektedir. Entubasyon sonrası gelişen stenoz yoğun bakım yatış anamnezi olan hastalarda düşünülmelidir. Pediatrik hasta grubunda yabancı cisim aspirasyonları akılda tutulmalıdır. Dispne başlangıç zamanı, hastanın medikal geçmişi, bronkodilatör tedaviye yanıt olup olmaması, tetikleyicilerin varlığı sorgulanmalı ve ayırıcı tanı geniş tutulmalıdır. Baş boyun muayenesi yapılmalıdır. Uzamış veya tedavi yanıtı olmayan olgularda ileri görüntüleme yöntemleri düşünülmelidir. Havayolu basıları, endobronşiyal lezyonlar gözden geçirilmeli, gerekirse endobronşiyal inceleme yapılmalıdır. Bu olguda, hastanın nefes darlığı ve boğulma hissi ile acil servislere çok sayıda başvurusu olmuştur. Son başvurusunda astım tedavisi düzenlenmesi açısından göğüs hastalıklarına konsülte edilen hastaya fizik muayene bulguları ile trakeal stenoz ön tanısı düşünülerek tanı konulmuştur. Günümüzde her ne kadar ileri tetkik incelemeleri ve teknolojik imkanlar artmış olsa da fizik muayene ve ayrıntılı anamnez hekimlik mesleğinde önemini asla kaybetmeyecektir.

Anahtar Kelimeler: Stridor, Wheezing, Trakeal Stenoz, Astım

**PS-194 Kronik Öksürüğün Nadir Bir Nedeni: Akalazya**

Gülçehre Oğuztürk¹, Hilmi Keskin²

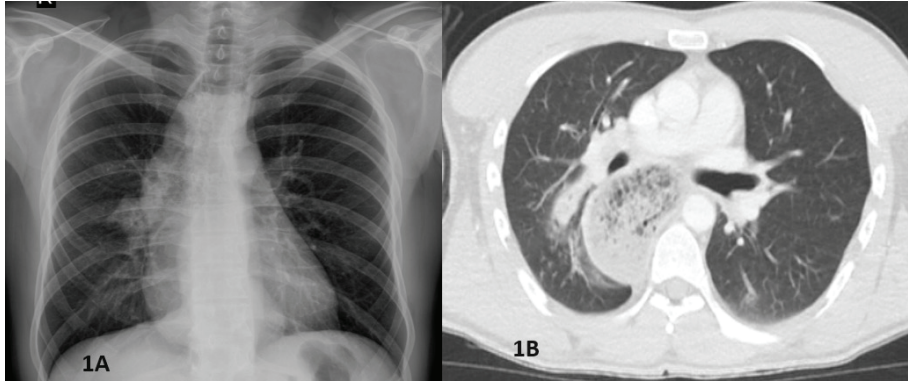
¹Kelkit Devlet Hastanesi

²Gümüşhane Devlet Hastanesi

Giriş-Amaç: Akalazya, özefagusun ender görülen bir motilite bozukluğudur. Hastalığın en sık görülen semptomları disfaji, sindirilemeyen gıdaların rejürjitasyonu ve kilo kaybı olmakla beraber nadir de olsa öksürük, dispne gibi solunumsal semptomlar da eşlik edebilmektedir. Burada kronik öksürük sonrasında akalazya tanısı alan bir vakayı sunduk.

Olgu: 33 yaşında bilinen kronik hastalığı olmayan, 10 yıldır aktif sigara kullanan erkek hasta polikliniğe 9 haftadır devam eden balgamsız kuru öksürük şikayetiyle başvurdu. Vital bulguları stabildi, fizik muayenesi normaldi. Laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Çekilen postero-anterior (PA) akciğer grafisinde sağ hiler bölgede opasite artışı izlendi. Bunun üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) proksimal özefagusta gıda birikime bağlı dilatasyon görüldü. Anamnez derinleştirildiğinde hastanın yaklaşık 5 yıldır devam eden disfaji şikayetinin olduğu ve 3 yıl önce dış merkezde üst gastrointestinal endoskopi uygulandığı öğrenildi. Endoskopi sonucunda anormal bir bulgu görülmemiş. Hasta akalazya ön tanısı ile genel cerrahiye yönlendirildi. Dış merkezde yapılan özefagogastroskopi altında hastaya pnömotik balon dilatasyonu uygulandı. Yapılan işlem sonrasında hastanın disfaji ve öksürük şikayetleri geriledi.

Şekil 1



1A) PAAC grafide sağ hiler opasite artışı izlendi 1B) Toraks BT'de gıda artıklarına bağlı düşünülen proksimal özefagusta genişleme

Tartışma-Sonuç: Alt özefagus sfinkter kasının yetersiz gevşemesi sonucu oluşan akalazya; erişkinlerde en sık 25-60 yaş grubunda, 10/10.000 sıklığında görülür. En sık semptomları disfaji, kilo kaybı, dispepsi olsa da eşlik eden nefes darlığı ve öksürük gibi semptomlar nadir olarak bildirilmiştir. Öksürüğün esas semptom olduğu akalazya vakaları bugüne dek yalnızca pediatrik popülasyonda gösterilmiştir. Yetişkin hastalarda kronik öksürüğün ayırıcı tanıları arasında gastaözefageal reflü (GÖR), astım, sinüzit, malignite gibi nedenler ilk akla gelse de akalazyanın da kronik öksürüğün bir nedeni olabileceği akılda tutulmalı; detaylı bir anamnezin yanında radyolojik görüntüleme de mutlaka yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akalazya, Kronik Öksürük, Özefagus

PS-195 Ağır Astım Tedavisinde Benralizumab: 2 Olgu Nedeni ile

Şeyma Özden¹, Fatma Şahin Terzioğlu¹, İsmet Bulut¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Astım; hava yolu aşırı duyarlılığı ile karakterize, dünya çapında yaklaşık 300 milyon insanı etkileyen kronik bir hava yolu hastalığıdır. Ağır astım, yaşam kalitesinde önemli bir bozulma ve astım alevlenmelerinde ve hastaneye yatışlarda artan prevalans ile ilişkilidir. Uzun süreli astım yönetiminin hedefleri iyi bir semptom kontrolü sağlamak, hastalıkla ilişkili ölüm, alevlenme, kalıcı hava akımı kısıtlaması ve advers olay riskini en aza indirmek ve oral kortikosteroid (OKS) kullanımını azaltmaktır. Benralizumab, anti-interlökin 5 α reseptör (IL-5R α) inhibitörüdür. Ülkemizde ağır astım tedavisinde kısa süre önce SGK tarafından ruhsatlandırılan Benralizumab ile tedavi uyguladığımız 2 hasta ile ilgili tecrübemizi paylaşmak istedik.

Olgu: Olgu 1 62 yaşında kadın hasta; yaklaşık 10 senedir astım tanısı var. Son 6 aydır artan hırıltılı solunum, öksürük ve nefes darlığı şikayeti var. Son 1 yılda 5 defa en az 3 gün sistemik steroid (SS) kullanımını gerektiren astım atağı ve 1 defada astım atak nedeni ile hastane yatış öyküsü mevcut. FM'de yaygın bilateral ronküsü olan hastanın laboratuvar değerlerinde periferik kan eozinofil değeri 1320 hücre/ μ L, serum total IgE:92 IU, ANA-ENA-ANCA profili negatifti. Solunum fonksiyon testinde FEV1:1180 mL (%54) FVC :1670 mL (%65) FEV1/FVC:% 70,7di.Deri prick testi (DPT)negatif saptanan hastanın toraks ve paranasal sinüs BT'si normal sınırlarda olarak raporlandı. Hastanın aldığı tedavi: Montelukast 1*1, Tiotropiyum 1*1, beklometazon+formeterol 3*2 olup Astım kontrol testi (AKT): 7ydi. Hastaya benralizumab 30 mg /4 haftada bir (ilk 3 doz) uygulandı. İlk uygulamadan 28 gün sonra tekrar değerlendirilen hastanın fizik muayenesinde solunum sesleri bilateral doğal periferik kan eozinofil düzeyi:0 hücre/ μ L, AKT: 21 olarak görüldü.Olgu 2:62 yaşında kadın hasta 30 senedir astım tanısı var. Aile öyküsünde anne ve babada astım tanısı var. Tıbbi geçmişinde2015 yılında kliniğimize başvuran hasta o dönem ağır astım olarak değerlendirilmiş. O dönemki tetkiklerinde serum total IgE: 1171 IU, DPTde Der. Farinea 8*12 mm ve Der. Pteronyssinus 15*18 mm pozitif AKT: 11 olan hastanın 1 yıl içerisinde 5-6 defa en az 3 gün SS kullanımını gerektiren astım atak öyküsü ve son 1 yılda 3 defa hastane yatış öyküsü olması nedeni ile hasta ağır astım olarak değerlendirilip omalizumab 375 mg /14 günde bir olacak şekilde uygulanmaya başlanmıştı. Omalizumab başladıktan sonra 1 sene öncesine kadar astım atak öyküsü olamayan hastanın son 1 yılda 1 defa SSkullandığı astım atak öyküsü ve son 4 ayda sık sık nebulizatör ile inhaler tedavi gereksinimi olması nedeni ile hasta yeniden değerlendirildi.FM'de bilateral bazallerde yaygın ronküs olan hastanın serum totalIgE düzeyi: 1175, periferik kan eozinofil düzeyi: 820 hücre/ μ L di. Toraks BT si normal sınırlardaydı.Aldığı tedavi Montelukast+ desloratadin 1*1, Tiotropiyum 1*1, beklometazon+formeterol 3*2 olup AKT:17ydi. Hastanın omalizumab sonlandırılarak benralizumab 30 mg /4 haftada 1başlandı. Benralizumab ilk doz uygulandıktan 15 gün sonra tekrar değerlendirilen hastanın fizik muayenesinde ronküsleri belirgin ölçüde azalmış olup periferik kan eozinofil düzeyi:0 hücre/ μ L, AKT: 20 olarak kaydedildi.

Tartışma-Sonuç: Her iki hastanın da ilk 3 dozu 30 mg 1*1 /4 haftada bir şeklinde olup takip eden dozlar 30 mg 1*1/ 8 haftada bir olacak şekilde planlandı. Bu 2 hastada henüz tedavinin başlangıç dozlarında olup 4 haftada bir 30 mg benralizumab uygulanmış olan hastalardır. Ancak erken dönemde dahi hastaların klinik ve laboratuvar iyileşmeleri oldukça umut vaat etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağır Astım, Benralizumab, Biyolojik Ajan



PS-196 Ağır Astım Nedeni ile Yönlendirilen Kronik Eozinofilik Pnömoni Olgusu

Bengü Altınok¹, Müge Erbay¹, Tevfik Özlü²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmunoloji ve Alerji Bilim Dalı, Trabzon

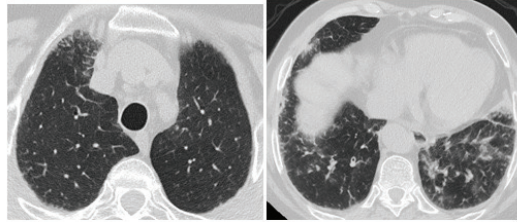
²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

Giriş-Amaç: Kronik eozinofilik pnömoni (KEP) enfeksiyöz, ilaç veya toksik etiyolojisi olmayan idiyopatik nadir bir hastalıktır. Akciğerlerin interstisyum ve alveolar boşluklarında anormal ve belirgin eozinofil birikimi ile karakterizedir. En az bir aydır olan öksürük, nefes darlığı, ateş, gece terlemesi, kilo kaybı gibi semptomlarla başvurabilirler. Vaka-ların yaklaşık yarısında total serum immünoglobulin E düzeyleri yükselmiştir. KEP'in karakteristik akciğer tomografi bulguları bilateral periferik segmental olmayan konsolidasyon ve üst loblarda buzlu cam opasiteleridir. Ağır astım düşünülerek alerji polikliniğimize sevk edilen hastada kronik eozinofilik pnömoni saptadık ve ağır astımla karışabi-len kliniği olması nedeniyle sunmayı amaçladık.

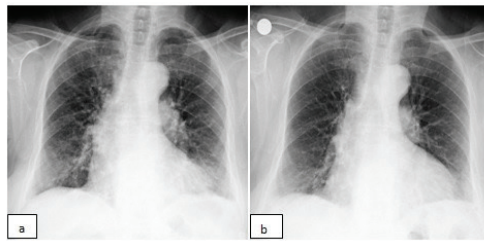
Olgu: Yetmiş beş yaşında kadın, yirmi beş yıldır astımla takipli olup ağır astım açısından ileri tetkik için dış mer-kezden polikliniğimize yönlendirilmişti. Öksürük, nefes darlığı, hırıltılı solunum, sarı renkli balgam şikayeti ve rinit semptomları mevcuttu. Hipertansiyon için amlodipin, valsartan/hidroklorotiyazid kullanıyordu. Sigara hiç içmemişti. Son bir yıldır düzenli astım tedavisine rağmen şikayetleri düzelmiyordu. Son bir yılda üç kez steroid gerektiren astım atak, iki kez pnömoni geçirmişti. Tetkiklerinde; deri prik testi ve ev akar, aspergillus splgE negatif, total IgE:317 kU/L, eozinofil 2140 c/μl (%20) saptandı. Hipereozinofili için bakılan p-ANCA, IgG-A-M, vitamin B12, troponin normaldi. SFT; FEV1/FVC: % 93, FEV1: %87 (1.26 litre), FVC: %63 (1.35 litre), DLCO: %47 saptandı. HRCT 'de her iki akciğerde alt loblarda ve subplevral akciğer parankiminde daha belirgin retiküler dansiteler ve traksiyon bronşiektazileri, bronş duvarla-rında kalınlaşma izlendi (Resim 1). Hematoloji hastada hipereozinofilik sendrom düşünmedi. Hastaya KEP tanısı ile metilprednizolon 32 mg başlandı ve 2 hafta sonrası infiltrasyonlarda gerileme (Resim 2), SFT'de artış (FVC: %83 (1.78 litre)), klinik bulgulara iyileşme görüldü.

Resim 1 ve 2

Resim 1. Tedavi öncesi HRCT görünümü



Resim 2. Tedavi öncesi (a) ve 2 hafta sonrası (b) akciğer grafisi



Tartışma-Sonuç: Hava yolunda eozinofilik infiltrasyon ve periferik eozinofili astımda beklenir. Ancak astım tedavisi ile semptom kontrolsüzlüğü olan, atak geçiren hastalarda ağır astım tanısından önce astımın kontrolsüzlüğüne yol açabilecek alerjik rinit, alerjik bronkopulmoner aspergillozis (ABPA), eozinofilik granülomatöz polianjitis (EGPA), immün yetmezlik, eozinofilik pulmoner hastalıklar gibi eozinofiliye yol açabilecek ek hastalıkların dışlanması gere-kebilir. KEP hastalarının bazılarında astım öyküsü varken bazılarında sonradan oluşabilir ve sıklıkla şiddetli astımla ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: Astım, Hipereozinofili, Eozinofilik Pnömoni

PS-197 Thaumetopoea Pityocampa (Çam Kese Tırtılı) Isırması Sonrası Gelişen Anafilaksi Benzeri Tablo

Olcay Ayçiçek¹, Serra Keskin¹, Mehtap Pehlivanlar Küçük²

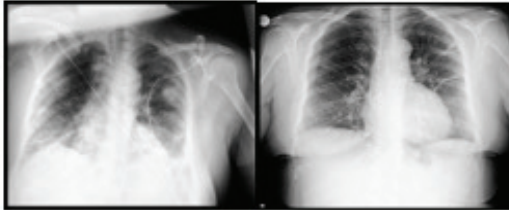
¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Anabilim Dalı, Trabzon

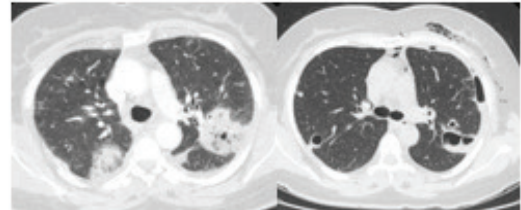
Giriş-Amaç: Çam kese tırtılına yurdumuzda daha çok Akdeniz, Ege, Marmara ile Karadeniz Bölgesi sahil kesimi ve Orta Anadolu'da rastlanmaktadır. Tırtılın üzerindeki tüyler dökülerek havaya savrulabilir ve bu tüyler temas eden ciltte ürtiker veya papüler döküntülere neden olabilirler. Literatürde bu tırtıla maruziyet sonucu daha çok cilt lezyonları ile ilgili vakalar bildirilmiştir. Bizim vakamızda tırtılın hastanın boynunu ısırması sonucu önce boyun bölgesinde apse meydana gelmiş ve sonrasında o bölgedeki mikroorganizma kan yolu ile akciğere yayılarak akciğerde çok sayıda apse lezyonu meydana getirmiştir.

Olgu: 44 yaş kadın hasta yaklaşık 1 hafta önce boynundan tırtıl ısırmasından 2-3 gün sonra boyunda tutulma, boyundan kola yansıyan ağrı ile hastaneye başvurmuş. Ağrı kesici tedavi başlanmış. Birkaç gün sonra ateşi yükselen hastada boyunda apse saptanarak yatırılmış. Ancak takibinde hastada önce nefes darlığı sonrasında şok tablosu gelişmesi üzerine hastanemize sevk edildi. Genel durumu kötü olan septik şok tablosunda olan hasta yoğun bakım 3 ünitemize kabul edildi. Yapılan tetkiklerde iki taraflı akciğerlerde yaygın, çok sayıda irili ufaklı apse ile uyumlu lezyonlar saptandı. Hastada invaziv mantar enfeksiyonu, septik emboli, vaskülit ön tanıları düşünülerek bu hastalıklara yönelik ampirik tedaviler başlandı. Yoğun bakım yatışı sırasında bronkoskopi yapılarak alınan materyaller mikrobiyolojik olarak incelendi ve tüm materyallerde metilin dirençli stafilokokkus aureus üremesi oldu. Antibiyoterapiye uygun tedavi başlandı. Balgamda PCP PCR pozitif gelen hastaya bactrim 4x4 başlandı. Takibinde radyolojik bulguları gerileyen ve kliniğinde iyileşme saptanan hasta göğüs hastalıkları servisine alındı. Servis takibinde 2 kez göğüs ağrısı ve oksijen ihtiyacında artma olması üzerine çekilen PA AC grafisinde spontan pnömotoraks saptanan hastaya göğüs tüpü takıldı. Takiplerinde akciğeri açılan ve hem radyolojik hem de klinik bulguları düzelen hasta ayaktan takibi devam etmek üzere taburcu edildi. Ayaktan takiplerinde hastanın genel durumu iyi ve radyolojik bulgularında daha da düzelme saptandı. Şu an sorunsuz takip edilmekte

Hastanın Tedavi Öncesi ve Sonrası Kontrol Görüntülemeleri



RESİM 1: Tedavi öncesi PA Grafi RESİM 2: Tedavi sonrası PA Grafi



RESİM 3: Tedavi öncesi Toraks BT RESİM 4: Tedavi sonrası kontrol Toraks BT

Tartışma-Sonuç: Anafilaksi benzeri tablo ile gelen hastalarda ayrıntılı öykü sorgulanmalı ve Thaumetopoea Pityocampa (çam kese tırtılı) ısırması akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Thaumetopoea Pityocampa, Anafilaksi, Septik Emboli

**PS-198 Spontan Hemopnömotoraks: Nadir Bir Olgu Sunumu**

Hasan Doğan¹, Seliman Çetinbulut²

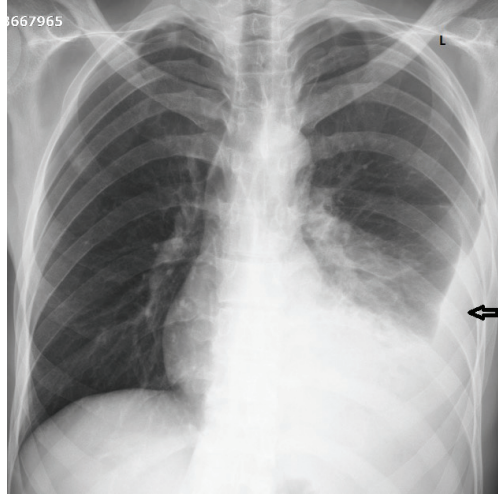
¹Muş Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

²Muş Devlet Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Giriş-Amaç: Spontan hemopnömotoraks; nadir görülen ancak hayatı tehdit edebilen bir durum olup spontan pnömotoraksa sekonder bir komplikasyon olarak karşımıza çıkabilir. Spontan pnömotoraksa %1-12 civarında eşlik edebilir. Hastaların bir kısmı sadece tüp torakostomi ile şifa bulurken; bir kısmında acil torakotomi gerekebilir. Biz bu olguda nadir görülen bir komplikasyon olan spontan hemopnömotoraks hastasında uyguladığımız cerrahi tedaviden bahsedeceğiz.

Olgu: 31 yaşında 10 paket yıl sigara öyküsü olan erkek hasta göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetiyle acil servise başvurdu. Sol parsiyel pnömotoraksı olan hasta takip ve tedavi amaçlı servise yatırıldı. Ertesi gün sabah vizitinde hasta soluk görünümde olup nefes darlığında artış ve ciddi baş dönmesi şikayeti vardı. Hastaya çekilen akciğer grafisinde sol hemitoraksta; pnömotoraksa eşlik eden effüzyon görüldü. Hastaya tüp torakostomi işlemi uygulanmasından sonra yaklaşık 1700 cc hemorajik drenajı oldu. Hastanın takiplerinde hipotansiyon (80/50), taşikardi (136) ve genel durumunda kötüleşme olması üzerine hastaya acil torakotomi planlandı. Operasyon sırasında masif bir kanama alanı görülmeyip; sol akciğer apeksinde büllöz yapılar ve hemorajik görünümde bir alan görülmesi üzerine 2 adet stapler ile bu alan divize edildi. Tekrar tekrar yapılan hava kaçağı ve kanama kontrollerinde aktif bir kanama ve hava kaçağı tespit edilemedi. Toraksa 1 adet dren takılarak toraks kapatıldı. Postop takiplerinde hava kaçağı hiç olmadı. Postop 1. gün 100 cc kadar hemorajik drenajı olup 2. ve 3. günlerde hiç drenaj olmadı. Postop 3. gün hastanın dreni çekildikten sonra 4. gün taburcu edildi. Hastanın taburculuk akabinde 10 gün sonraki kontrolünde herhangi bir semptomu olmadığı ve çekilen kontrol akciğer grafisinin de olağan görünümde olduğu görüldü.

Hastanın 16 saat sonraki takibinde akciğer grafisinde spontan hemopnömotoraks görüntüsü



Tartışma-Sonuç: Hemotoraks genel olarak travma ile ilişkili olmasına rağmen spontan hemopnömotoraksta hastaların anamnezlerinde travma öyküsü yoktur. Yaşamı tehdit eden kanamalara sebep olabilen bu komplikasyondan; vaskülarizasyonu fazla olan büllerin rüptürü, paryetal plevra ve visseral plevra arasındaki yapışıklıkların açılması veya paryetal plevra ile bül arasındaki anormal vaskülerize damarların rüptürü sonucu olabileceği söylenmiştir. Bu hastalarda ilk tedavi seçeneği tüp torakostomi olmalıdır. Seçili hastalarda; uygulanan konservatif tedavi ve sadece tüp torakostomi ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Hastanın hemodinamisi yakından takip edilmeli; gerekli kan ve sıvı replasmanı yapılmalıdır. Ancak hemodinamik stabilizasyon sağlanamayan hastalara acil cerrahi girişim gerekebileceği akılda tutulmalıdır. Cerrahi planlanan hastalarda torakotomi tercih edilebileceği gibi, video torakoskopik girişimler de uygulanabilir. Nitekim bizim hastamızda da hipotansiyon, taşikardi ve aynı zamanda hastanın tüp torakostomi sonrası masif drenaj olması üzerine acil torakotomi yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Pnömotoraks, Hemopnömotoraks

Poster Bildiri Oturumu 11: İnterstisyel Akciğer Hastalıkları

PS-199 Amiodaron Toksikitesi

Melike Erdoğan¹, Hande Ekinci Adıgüzel¹, Aykut Çilli¹

¹Akdeniz Üniversitesi

Giriş-Amaç: Amiodaron, pulmoner toksisiteye neden olduğu bilinen antiaritmik bir ilaçtır. Amiodaronun düşük dozda kullanımında dahi pulmoner toksisite gelişimi bildirilmiştir. Amiodaron iyotlu benzofuran türevidir ve “sitokrom P450 sistemi” ile karaciğerde desetil- amiodaron olarak metabolize olmaktadır. Hem ilacın hem kendisi hem de metaboliti yüksek lipid solubilitesi olan maddelerdir.

Gereç ve Yöntem: Bundan dolayı lipid içeren dokularda yani karaciğer, dalak, akciğerler ve yağ dokusunda birikirler. Amiodaronun pulmoner toksitesi en sık subakut veya kronik olarak görülen dispne, kuru öksürük, hafif yüksek ateş, halsizlik ve pulmoner yaygın infiltrasyonlardır. Hastalarda akciğerde karbonmonoksit diffüzyon kapasitesi düşer, total akciğer kapasitesi azalır ve akciğerde fibrozis gelişir. Daha nadir olarak ise ani solunum yetmezliği ve diffüz pulmoner infiltrasyonlar ile ARDS tablosu gelişir. Amiodaron kullanımı sonrasında pulmoner şikayetleri başlayan hastayı sunmayı planladık.

Bulgular: 52 yaş kadın hasta, öksürük sarı renkli balgam ile oral antibiyotik kullanımı sonrasında şikayetlerinin devam etmesi ve hemoptizi gelişmesi üzerine acil servise başvurmuş. Anamnezinde hemoptizinin bir kez geliştiği, covid öyküsünün olmadığı görülmüştür. Özgeçmişinde marfan sendromu, aort anevrizması kaynaklı operasyon, mekanik mitral valv replasmanı, ritm bozukluğu öyküleri bulunmaktadır. Hasta pnömoni olarak değerlendirilerek göğüs hastalıkları servisinde yatırılı verilmiştir. Oral antibiyoterapiye yanıt alınamayan hastaya intravenöz moksifloksasin tedavisi başlanmıştır. Tedavinin 8. gününde çekilen kontrastlı toraks bt’de alveolar hemoroji, nekrotizan pnömoni, interstisyel ödem, ön tanıları düşünülmüştür. Antibiyoterapi değiştirilerek sefepime geçilmiş, diüretik vebsteroid tedavisi düzenlenmiştir. Sefepim tedavisinin 3. gününde yüksek rezolusyonlu pulmoner bt çekilmiştir. HRCT’de her iki akciğerde peribronkovasküler ve periferik alanları tutan içlerinde hava bronkogramları seçilen düzensiz şekilli dansiteler ve eşlik eden buzlu cam atenüasyon artışları görülmüştür. Klinik ile değerlendirildiğinde COP paterni düşünülmüştür. 8 aydır ritm bozukluğu sebebiyle cordarone kullanan hastada amiodaron toksititesi düşünülerek kardiyolojiye konsulte edilmiş ve amiodaron kesilmiştir. Hastanın vitalleri stabil saturasyonu 2 lt/dk ile 97 olarak izlenmektedir. Romatoloji tarafından romatolojik hastalık düşünülmemiştir. Hastaya BAL yapılmıştır ancak BAL sonucu tanısal gelmemiştir. İşlem sonrasında oksijensiz takip edilen hasta prednol 32 mg ile taburcu edilerek poliklinikte takip edilmiştir. Poliklinik kontrolünde genel durumu ve fizik muayene bulguları daha iyi, oda havasında saturasyonu 93, solunum sesleri bilateral hafif azalmıştır. Hasta 1 ay steroid tedavisi almıştır. 26. günde kontrolde şikayetleri gerilemiş, 6 dk yürüme testinde 390 m yürüyebilmiş ve minimum saturasyonu 89 ölçülmüş. 3. ay kontrolünde saturasyonu oda havasında 98’ miş, bilateral ince ralleri mevcuttur ve 6 dk yürüme testinde 510m yürüyebilmişti minimum saturasyonu ise 97.6. ay kontrolünde ise oda havasında saturasyonu 99’du ve seyrek ince ralleri mevcuttu.

Tartışma-Sonuç: Amiodaron toksisitenin semptomları sıklıkla dispne, nonprodüktif öksürük, kilo kaybı, subfebril ateştir. Radyolojik olarak bilateral yamalı asiner dansite artımları ve buzlu cam görünümü ile karşımıza çıkmaktadır. Hastamızda da öksürük ve nefes darlığı şikâyeti mevcuttu. Uzun süreli (ortalama 5 yıl) amiodaron kullanımında pulmoner toksisite riski artmaktadır. Düşük dozlarda risk az görülmektedir. Ancak, Ott ve ark. yaptıkları retrospektif bir çalışmada düşük doz amiodaron kullanımının da pulmoner toksisiteye sebep olabileceğini göstermişlerdir. İlaç kullanım öyküsü ile birlikte klinik, radyolojik bulgular ve akciğer örnekleme tanı koydurucudur. Hastamızda BAL tanısal fayda sağlamamış olup ilaç kullanım öyküsü olması, radyolojik değerlendirme ve klinik özellikler ilaç toksisitesi ile uyumlu izlenmiştir. Tedavide ilacın kesilmesi ve steroid kullanımı önerilmektedir. Hastamızda amiodaron tedavisini kesilerek steroid tedavisi başlanmıştır. Tedavinin 20. gününde klinik olarak belirgin düzelme sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Amiodaron, Toksikite, Buzlu Cam



PS-200 Nadir Görülen Kistik Akciğer Hastalığı, Birt-Hogg-Dube Sendromu

Gül Mercan¹, Başak Gönen¹, İlker Yılmaz¹, Ebru Çakır Edis¹, Derya Karabulut², Meltem Ayyıldız³

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

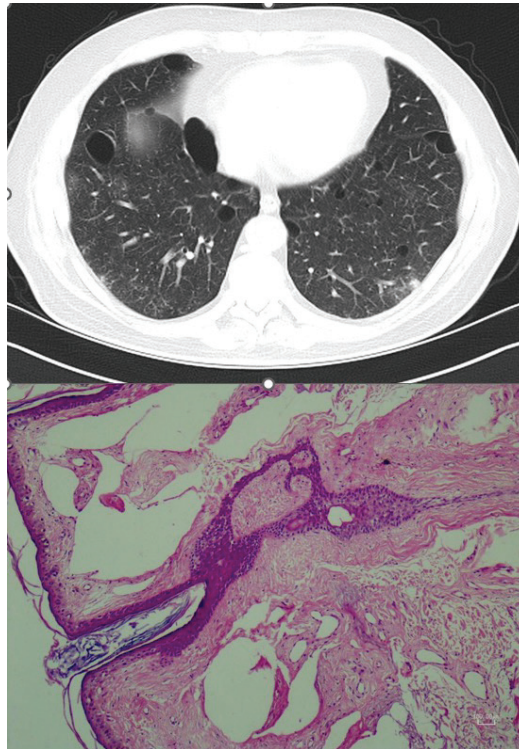
²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Birt-Hogg-Dube sendromu (BHDS) multipl akciğer kistleri, spontan pnömotoraks, trikodiskoma, fibrofoliküloma ve renal tümörler ile karakterize otozomal dominant geçişli bir sendromdur. Bu sendroma follikülin (FLCN) genindeki mutasyonlar neden olur. Bu sunumumuzda efor dispnesi ve öksürük şikayetiyle kliniğimize başvuran ve BHDS tanısı konulan 58 yaşındaki erkek hasta, nadir görülen bir vaka olması nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: 58 yaşındaki erkek hastanın son 2 aydır mevcut efor dispnesi, öksürük şikayeti ve kuş besleme öyküsü olması üzerine Hipersensitivite Pnömonisi (HP) düşünülüp prednol başlanmış. Yakınmalarının artması üzerine çekilen toraks BT'de sağ üst lob pnömoni ve her iki akciğerde izlenen multipl kist görünümüleri (Şekil 1) nedeniyle yaygın kistik akciğer hastalığı tanısı ileri tetkik ve tedavi amaçlı kliniğimize yatırıldı. Hastada etiyolojik nedene yönelik batin BT ve MR tetkiki yapıldı. Batin BT'de sol renal ven trombozu ve sol böbrekte kontrastlanma kaybı, sol böbrek boyutunda artma izlendi ve malignite şüpheli olarak değerlendirildi. Yapılan bronkoskopik tetkikinde bronş lavajında pseudomonas üremesi saptandı ve uygun antibiyotik tedavisi düzenlendi. Hastanın sol malar bölgesinde izlenen papüler lezyondan alınan punch biyopsi sonucu fibrofoliküloma (Şekil 2), alınan böbrek biyopsisi sonucu Renal Hücreli Karsinom uyumlu olarak raporlandı. Kardeşinde de renal karsinom öyküsü olan hasta yaygın kistik akciğer hastalığı, eşlik eden renal hücreli karsinom ve fibrofolikülomları ile Birt-Hogg-Dube sendromu olarak değerlendirildi.

Şekil 1 ve 2



Tartışma-Sonuç: Akciğerde lentiform görünümde yaygın kistik lezyonlar, cilt lezyonları ve böbrekte şüpheli lezyonlar olan hastalarda aile öyküsü ile birlikte değerlendirildiğinde yaygın kistik akciğer hastalıklarının bir nedeni olarak Birt-Hogg-Dube Sendromunun düşünülmesi gerektiğini vurgulamak için vakamızı sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: Birt-Hogg-Dube Sendromu, Fibrofoliküloma, Kistik Akciğer Hastalığı, Renal Hücreli Karsinom

PS-201 Bir Diskeratozis Konjenita Olgusunda Hipoksemi: Olgu Sunumu

Esra Açikel¹, Serhat Erol¹, Fatma Nazan Çobanoğlu², Özlem Özdemir Kumbasar¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Diskeratozis Konjenita (DK), kemik iliği yetmezliği, kansere yatkınlık, deride atrofi ve pigmentasyon, tırnak distrofisi, muköz membranlarda lökoplaki, hematolojik ve gastroenterolojik bulgular gibi somatik anormalliklerle karakterize X'e bağlı resesif, ancak otozomal dominant ve resesif geçiş de gösterebilen multisistemik bir hastalıktır. Hastalığın ileri evrelerinde pulmoner fibrozis gelişebileceği bilinmektedir.

Olgu: Kliniğimize son 2 aydır artan nefes darlığı ile başvuran 28 yaşında erkek hastanın, 15 yaşında büyüme geriliği şikayeti ile başvurduğu dış merkezde cilt bulguları, oral mukozal lökoplaki ve trombositopeni bulunması üzerine DK tanısı aldığı öğrenildi. Tanı sırasında DK'ya bağlı karaciğer fibrozisi de saptanmış. Kemik iliği yetmezliği nedeniyle 2012 yılında 11 yaşındaki erkek kardeşinden Kemik İliği Transplantasyonu (KİT) yapılmış. KİT sonrası 20. ayda giderek artan nefes darlığı ve öksürük şikayetleri başlamış, takiplerde karbonmonoksit difüzyon testinin (DLCO) giderek düştüğü gözlenmiş (DLCO %20 ye kadar inmiş). Kontrastlı ekokardiyografide pulmoner arteriovenöz malformasyon saptanmış. Karaciğer nakli açısından değerlendirme sonrasında uygun olmadığına karar verilmiş. Hasta hipoksemik solunum yetmezliği ile kliniğimize kabul edildi. Platipnesi ve efor dispnesi vardı. Oda havasında yatarken saturasyon %85 otururken %70 ölçüldü (ortodeoksi) diğer vital bulguları stabildi. Dinlemekle bazallerde ince raller duyuldu. Toraks BT de mediastinal geniş, belirginleşmiş vasküler yapılar, her iki akciğerde bazallerde ve üst loblarda lineer dansiteler ve milimetrik nodüller izlendi. Platipnesi ve ortodeoksi bulgusu olan hastada Hepatopulmoner Sendrom'a bağlı solunum yetmezliği düşünüldü.

Tartışma-Sonuç: DK tanılı hastalarda gelişen solunum yetmezliğinde etyolojide DK'ya sekonder pulmoner fibrozis, kronik karaciğer hastalığına sekonder HPS, KİT yapılan hastalarda Post KİT akciğer komplikasyonları akla gelmelidir. HPS'da karaciğer transplantasyonu ile solunumsal semptomların gerileyeceği öngörülmesine rağmen bazen yanıtsız olabileceği de bildirilmiştir.

Görsel 1. Tırnaklarda distrofi



Anahtar Kelimeler: Hepatopulmoner Sendrom, Diskeratozis Konjenita, Solunum Yetmezliği

**PS-203 İmmünsüpresif Hastada Pulmoner Langerhans Hücreli Histiyoitoz**

Zeynep Eğri Kansu¹, Kübra Karaca¹, Abdullah Kansu¹, Hüseyin Saffet Beköz¹

¹İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi

Giriş-Amaç: Langerhans hücreli histiyoitoz (LHH), etiyolojisi ve patogenezi net bilinmeyen, Langerhans hücrelerinin çeşitli organ ve dokularda proliferasyonu ve birikimi ile karakterize; en sık kemik, deri, lenf bezleri, kemik iliği, akciğer, hipotalamus, dalak ve karaciğeri tutan nadir görülen bir hastalıktır. İlk yayınlarında hastalığın prevalansının erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir ancak; kadınlarda sigara içme sıklığının artması nedeniyle günümüzde her iki cinsiyette eşit oranda görülmektedir. Pulmoner LHH Diffüz parankimal akciğer hastalığı olanların %3-5'ini oluşturmaktadır.

Olgu: 44 yaşında Foliküler Lenfoma tanılı kadın hasta dispne, öksürük şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. 20 paket-yıl sigara öyküsü vardı. Hastanın yıllar önce tüp mide ameliyatı geçirdiği, özgeçmişinde astım olduğu ve evinde kedi, köpek ve papağan beslediği öğrenildi. Başvuru tarihinden 1 sene önce rituksimab ve bendamustin tedavisi almıştı. Solunum sesleri olağandı. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de her iki akciğerde peribronşial kalınlık artışlarına eşlik eden peribronkovasküler ağırlıklı yerleşim gösteren solid, buzlu cam, kaviter nodüler dansite artışları izlendi. Tariflenen bulgular öncelikle lenfoma tanısı bulunan olguda lenfomanın pulmoner tutulumu lehine değerlendirildi. Fırsatçı enfeksiyonlar, tüberküloz, hipersensivite pnömonisi ayırıcı tanıda düşünüldü. Hastaya orta lob medial segmentten bronkoalveolar lavaj (BAL) yapıldı. BAL ve mantar kültüründe üreme olmadı, tüberküloz pcr negatif sonuçlandı. Patolojide bol makrofaj ve bronş epitel hücresi görüldü. Hastaya açık akciğer biyopsisi yapıldı ve Langerhans hücreli histiyoitoz tanısı konuldu. Hasta hematoloji ve sigara bırakma polikliniğine yönlendirildi. Hastaya sitarabin tedavisi başlandı.

Tartışma-Sonuç: PLHH nadir görülen bir hastalık olup genellikle genç yaşlarda ve sigara içenlerde görülür. Radyolojik olarak üst ve orta alanlarda daha yaygın retiküler, retikülonodüler ve kaviteleşmiş nodüler infiltrasyon görülen ve spontan pnömotoraks nedeniyle başvuran genç, sigara içen hastalarda ön planda PLHH akla gelmelidir. Kesin tanı akciğer biyopsisidir. Hastalığın tedavisinde ilk basamak sigaranın bırakılmasıdır. Progresif ve sistemik semptomu olan hastalarda steroidler 0,5-1 mg/kg/gün dozunda 6-12 ay kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: LHH, Langerhans Hücreli Histiyoitoz

PS-204 IgG4 ilişkili Nadir Bir Olgu: İzole Akciğer Tutulumu

Cansu Gökrem Yahşi¹, Yasemin Çam¹, H. Canan Hasanoğlu², Hayriye Tatlı Doğan³

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

³Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: İmmünoglobulin G4 ile ilişkili hastalık (IgG4-İH) birden fazla organı etkileyebilen, immün aracılı fibroinflatuar bir durumdur. Etkilenen organlarda IgG4 pozitif plazma hücrelerinin infiltrasyonu, storiform paternde fibrozis, obliteratif flebit ve orta düzeyde doku eozinofilisi ile karakterizedir. Serum IgG4 düzeyleri hastaların 2/3'ünde yüksektir. Dokuda tipik histopatolojik bulgular görülmesine rağmen hastaların bir kısmında serum IgG4 düzeyleri normal bulunabilir. IgG4 düzeyi normal olan, akciğer lezyonlarından yapılan biyopsinin histopatolojisi IgG4 ilişkili hastalık ile uyumlu izlenen ve IgG4 ilişkili akciğer hastalığı (IgG4-AH) kabul edilen hastamız; izole akciğer tutulumunun oldukça nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: Bilinen kronik hastalığı, ilaç kullanım öyküsü bulunmayan 29 yaşında erkek hasta; 1 aydır olan öksürük, az miktarda beyaz renkli balgam ve 1 kez olan hemoptizi ile polikliniğe başvurmuş. Akciğer grafisinde yaygın nodüler gölge artışları izlenmiş; Toraks BT'de: "Her iki akciğer parankim alanlarında dağınık yerleşim gösteren periferik parankimal ve subplevral yerleşimli, düzensiz konturlu, bazılarında kaviter görünümün eşlik ettiği multiple nodüler lezyonlar ve bu lezyonlar komşuluğunda yer yer şüpheli buzlu cam tarzında dansite artımları" (Resim-1) bulguları saptanan hasta akciğerde multinodüler lezyonların etyolojisine yönelik tetkik edilmek üzere servise yatırıldı. Laboratuvarında tam kan ve kan biyokimyası normal izlendi. Tümör belirteçleri negatif, p-ANCA ve c-ANCA negatif izlendi. PET-BT'de: "Her iki akciğerde dağınık yerleşimli parankimal ve subplevral alanda multiple subsantimetrik nodüllerde artmış F-18 FDG tutulumu izlendi, diğer vücut alanlarında patolojik hipermetabolizma görülmedi, akciğerdeki lezyonların primer odak açısından histopatolojik korelasyonu önerilir" şeklinde yorumlandı. Sağ alt lobtan alınan wedge biyopsi: "İrregüler storiform özellikte fibröz doku proliferasyonu, hyalene yoğun kollajenozis ve bu alanların çevresinde lenfoplazmositer infiltrasyon, birkaç alanda obliteratif arterit açısından şüpheli görünüm ve immunhistokimyasal çalışmada IgG ile plazma hücrelerinde yoğun boyanma ve bir alanda IgG4 pozitif plazma hücre sayısı 30-35 olarak görülmüş; bulgular IgG4 ilişkili skerozan hastalığı düşündürmüştür" şeklinde sonuçlandı. Serum IgG: 12 g/L (normal) ve IgG4: 1,4 g/L (normal) olarak saptanan; kolajen doku hastalıkları ve malignite dışlanan hastaya mevcut bulgular ile histopatolojik olarak IgG4-AH tanısı konuldu ve 32 mg/gün dozunda metilprednizolon tedavisi başlandı.

Resim-1



BT kesitinde izlenen dağınık yerleşimli düzensiz konturlu multiple nodüler lezyonlar ve komşuluklarında buzlu cam dansite artımları

Tartışma-Sonuç: IgG4-AH malignite dahil birçok tabloyu taklit edebilir ve tanısı zor bir hastalıktır. Asemptomatik olabileceği gibi non spesifik bir solunumsal yakınma ile de prezente olabilir. Hastalığın pulmoner tutulumunun birkaç şekli tanımlanmıştır: Solid nodüler görünüm, buzlu cam opasiteleri, bronkovasküler dallanma, interlobuler septal kalınlaşmalar, bal peteği oluşumu, bronşektazi ve yaygın buzlu cam opasiteleri. Bizim olgumuzda da radyolojide yaygın solid nodüller ve yer yer buzlu cam opasiteleri tanımlanmıştı ve histopatoloji ile hastaya IgG4-AH tanısı konuldu. Yaygın nodüler tutulumu olan hastalarda granümatöz polianjitis, metastatik malign hastalıklar, mantar enfeksiyonları ve pnömokonyozların yanı sıra IgG4-İH da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: IgG4 ilişkili Hastalık, IgG4 Akciğer Tutulumu, IgG4 Tedavi



PS-205 Solunum Semptomlarıyla Granümatöz Polianjitis

Şeyma Aydın¹, Gülfıdan Aras¹, Tuğba Mandal Zirek¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

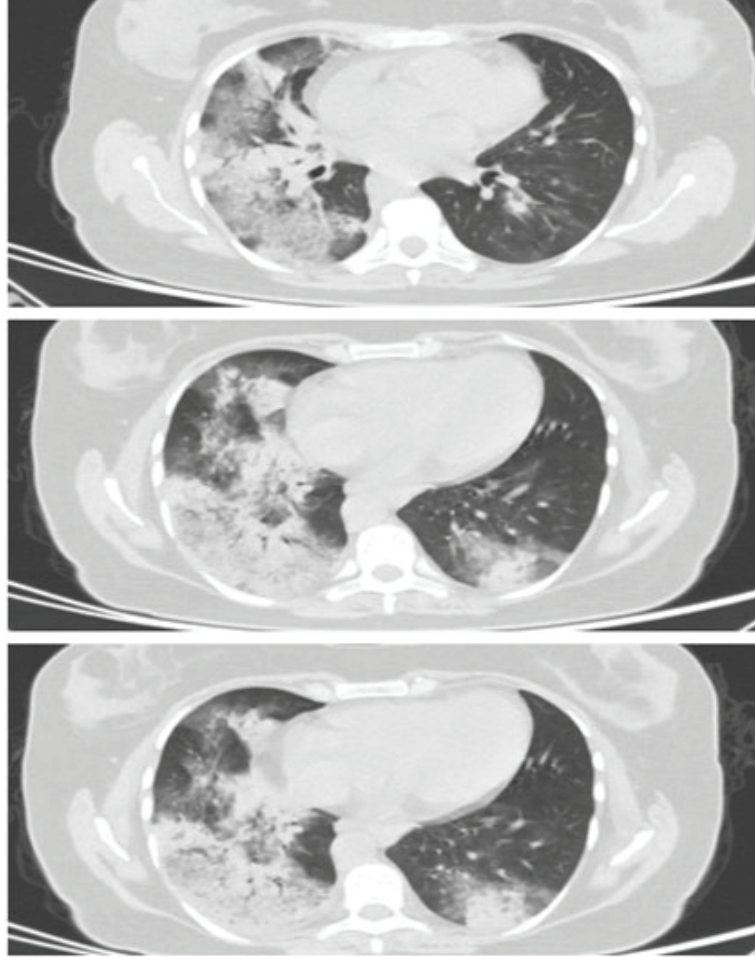
²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Granümatöz polianjitis (GPA) en sık görülen küçük damar vaskülit olup ANCA ile ilişkilidir. En sık solunum yolları ve böbrekleri tutar. Akciğer tutulumunun görüldüğü en sık granümatöz vaskülit formudur. Tanısında ANCA testi pozitifliğine eşlik eden uygun klinik ve radyolojik tutulum önemlidir. Alveoler hemoraji ve hızlı gelişen böbrek yetmezliğinde acil tedavi gerektirir. Nadir görülen bir hastalık olması nedeniyle kliniğimize akciğer bulgularıyla interne edilen olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 36 yaşında kadın hasta dış merkeze eklem ağrıları, nefes darlığı, öksürük ve hemoptizi şikayetleri ile başvurmuş. PA Akciğer Grafisinde ve toraks BT de yaygın bilateral infiltrasyonlar görülerek Covid 19 Pnömonisi düşünülmüş, yapılan PCR testi negatif sonuçlanmış, ampirik antibiyotapi başlanmış. Ancak dispnesi giderek artınca ve hemoptizi devam edince ve Toraks BT de infiltrasyonlarda progresyon gözlenince tarafımıza yönlendirildi. Hasta kliniğe interne edildi. Yapılan tetkiklerde CRP:42, Procalsitonin:0.09, WBC:13, Kreatin:0.62, GFR:116, idrarda eser miktarda protein ve +3 eritrosit vardı. Hastadan Kolajen doku belirteçleri ve vaskülit belirteçleri istendi. Ampirik antibiyoterapi başlandı. Hemotizisi kreşe devam eden hastaya bronkoskopi planladı. Bronkoskop ile kanama odağı gözlenmedi, sağ akciğer orta lobdan yapılan Bronko Alveolar Lavaj (BAL) ile hemorajik sıvı alındı, bu durum alveolar hemoraji olarak yorumlandı. Hastaya 40 mg prednisolon başlandı. BAL da %83 Makrofaj, %15 Polimorf nüveli lökosit, %2 Lenfosit vardı. Takipleri sırasında dispnesi düzelen ve kliniği iyiye giden hastanın kontrol PA Akciğer Grafisinde infiltrasyonlarda regresyon gözlendi. Kontrol kan tetkiklerinde CRP:77, Procalsitonin:0.09, Kreatin:0.74, GFR:105'ti. 24 saatlik idrarında mikroalbumin yüksekti. Balgam örneklerinde mikroorganizma üremedi. Takiplerinde idrarındaki +3 eritrosit devam ediyordu. 15 gündür 40 mg prednisolon alan hastanın, PR3 ANCA >200 (Pozitif) sonuçlandı. Diğer kolajen doku belirteçleri ve vaskülit belirteçleri negatifti. Granümatöz Polianjitis olduğu düşünülen hasta Romatoloji Kliniğine danışıldı ve devredildi. Romatoloji kliniğinde 3 gün PULSE steroid tedavisi verildikten sonra 60 mg prednisolon ile devam edildi. Uzun süredir sebat eden bilateral akciğerlerdeki infiltrasyon alanlarının kontrol Toraks BT de büyük oranda regrese olduğu gözlendi. Hemoptizi yok. Böbrek biyopsisi yapılan hastaya hem indüksiyon hem de idame tedavi olarak Ritüksimab verilmesi planlanıyor.

Tartışma-Sonuç: Hemoptizi şikayeti ile başvuran hastalarda Granümatöz Polianjitis mutlaka hatırlanmalıdır. Yaşamı tehdit edici ciddi bir hastalıktır, olası yıllık insidansı 10/milyon/yıl dır. Hastalığın erken tanı ve tedavi prognoz bakımından önemlidir. Klinik seyrinde üst hava yolları ve akciğerin nekrotizan granümatöz lezyonları, genellikle fokal segmental nekrotizan glomerülonefrit ve diğer organ patolojilerine de neden olan yaygın bir vaskülit ile karakterizedir. Prognosu böbrek tutulumunun düzeyi belirler; glomerulonefrit bulguları belirgin olan hastaların %40'ının yaşam süresi 10 yıldan azdır. Tedavi görmeyen hastaların %80'inden fazlasının yaşam süresi 1 yılı aşmamaktadır. Tüm çabalara karşın, alevlenmeler sık görülmekte, özellikle ileri düzeyde böbrek tutulması olan hastalarda başarı oranı çok düşüktür.

Yaygın infiltrasyonlar



Anahtar Kelimeler: Granülomatöz Polianjitis, Hemoptizi



PS-206 Karsinoid Tümörlet ve Sarkoidoz

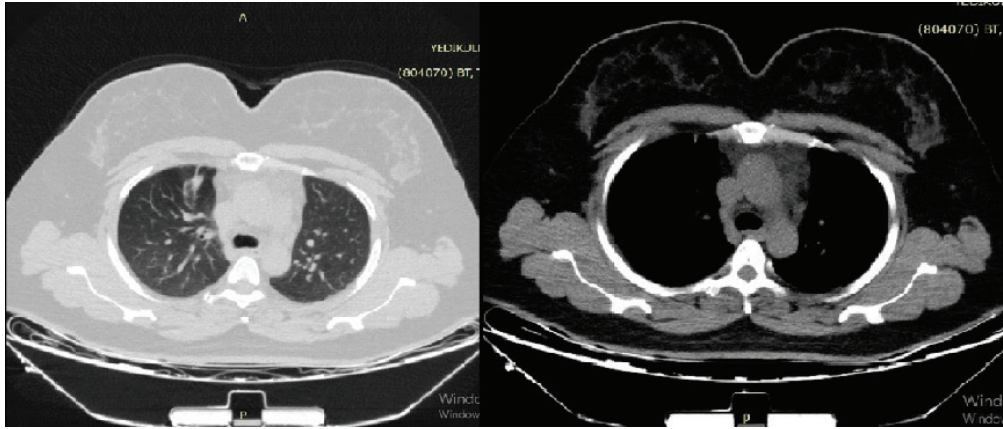
Gülbahar Şahbaz¹, Sümeyya Pehlivan¹, Hanife Şahin¹, Gülfıdan Aras¹, Tuğba Mandal Zirek¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğer karsinoid tümörleri, pulmoner diffüz nöroendokrin sistemin matür hücrelerinden kaynaklanan malign tümörlerdir. Karsinoid tümörler 5 mm'nin altındaysa tümörlet olarak sınıflanır. Genellikle insidental olarak saptanır. Sarkoidoz ise nedeni bilinmeyen kronik, multisistemik ve granümatöz bir hastalıktır. Ön planda akciğerler ve lenf nodları etkilenmektedir. Hastalığın başlama yaşı genellikle 20-40 yaşlar arasındır ve kadınlarda daha sıktır. Yıllık insidans 100.000'de 0.1 ile 81, prevalans 100.000'de 0.1 ile 640 arasında bildirilmiştir. Biz sağ üst lobektomi sonrası pulmoner tümörlet bulgusu ve intraparanimal lenf nodu örneklerinde non nekrotizan granümatöz iltihap görülen bir olguyu sunuyoruz.

Olgu: Bilinen romatoid artrit, diyabetes mellitus tanıları olan otuz yedi yaş kadın hasta uzun zamandır devam eden öksürük şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde; genel durumu iyi, vitalleri stabil, solunum sesleri doğaldı. Rutin kan ve kan biyokimya analizleri, ekgleri normal olarak tespit edildi. Dış merkezde toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer üst lob anterior segmentte 29*15*15 mm sıvı dansiteli lezyon görülmüş ve karsinoid tümör şüphesi olması üzerine hastadan Pet/Bt Ga-68 istenmiş. Görüntülemesinde FDG tutululumu saptanan hastaya hastanemizde cerrahi operasyon öncesi bronkoskopi yapıldı. Solunum fonksiyon testleri uygun bulunan hastaya sağ üst lobektomi planlandı. Operasyon materyallerinin incelemesinde bir odakta içi sekresyonla dolu dilate bronş yapısı izlendi. Dilate bronş etrafında karsinoid tümörlet(0.2 cm çapında) ve iki adet intraparanimal lenf nodunda non nekrotizan granümatöz lenfadenit tespit edildi. Hasta karsinoid tümörlet ve sarkoidoz tanıları ile takibe alındı. Sarkoidoz için ek tetkikler istendi. Serum ace düzeyi artmış olup 75 U/L izlendi. Kan ve 24 saatlik idrar kalsiyumu normal izlendi. Hastanın radyolojik evrelemesi 0 olması nedeniyle sistemik tedavi verilmedi. Nefes darlığı için inhaler tedavi başlanarak hasta takibe alındı. Kontrol muayenesinde şikayetleri azalmıştı.

Şekil 1- Hastanın Başvuru Anındaki Toraks Bilgisayarlı Tomografisi



Tartışma-Sonuç: Olgumuzda iki nadir görülen hastalığın insidental birlikte görüldüğü sunulmaktadır. Akciğer, sarkoidozun en sık gözlemlendiği ve klinik belirtilerin en fazla olduğu organdır. Tanı için spesifik bir laboratuvar testi bulunmamaktadır. Kesin tanı, diğer nedenler dışlandıktan sonra, biyopsi materyalinde kazeifiye olmayan granümatöz lezyonların gösterilmesi ile konur. Karsinoid tümörletler genellikle tek bazen ise çok sayıda olabilen patolojilerdir. Bronşektazi ve fibrozis ile ilişkili olmalarına rağmen asemptomatik olma eğilimindedirler ve benign kabul edilirler. Benign olarak kabul edilmelerine karşın metastaz yapma özellikleri bildirilmiştir. Bu nedenle tümörlet saptanan olguların primer neden benign olsa da lenfatik metastaz açısından yakın takibi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karsinoid Tümörlet, Sarkoidoz, Karsinoid Tümör

PS-207 Malignite Değil; Sarkoidoz

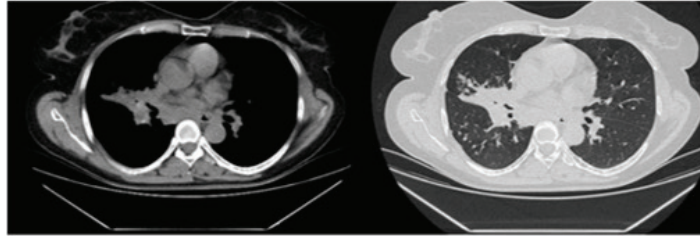
Deniz Doğan¹, Nesrin Öcal¹, Deniz Doğan¹

¹Gülhane EAH, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

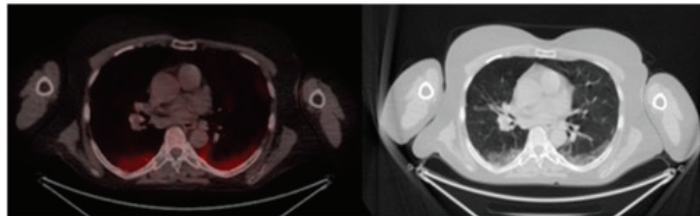
Giriş-Amaç: Sarkoidoz etyolojisi bilinmeyen, multisistemik tutulumla seyreden ve nonkazeifiye granülomlarla karakterize bir hastalıktır. Sıklıkla kadınlarda ve genç erişkin yaşlarda görülür. Hastalığın en çok etkilediği organ akciğer olmakla birlikte tüm organları tutabilmektedir. Cilt tutulumu yaklaşık %25 oranında olan hastalık dermatologlar arasında büyük taklitçi olarak tanımlanmakta ve bazı olgularda akciğer malignitelerini bile taklit edebilmektedir. Biz bu olgu ile akciğer malignitesini taklit eden nüks bir sarkoidoz olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli sekiz yaşında kadın hasta nefes darlığı şikayeti mevcut olup dış merkezde yapılan tetkikleri ile tarafımıza malignite ön tanısı ileri tetkik inceleme açısından yönlendirilmiş. Bilinen astım tanılı olup inhaler (inhaler kortikosteroid- uzun etkili beta agonist) tedavi kullanımı varmış. Hasta sigara kullanmamış, mesleği ev hanımı, bilinen alerji öyküsü yokmuş. 6 yıl önce sarkoidoz tanısı konulmuş. Medikal tedavisi sonrası remisyonda takip edilmiş. Semptomları ile başvurduğu dış merkezde hastaya toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) planlanmış. (resim -1) Yeni pulmoner kitle tespit edilmiş olup hastaya PET/BT (pozitron emisyon tomografisi/ bilgisayarlı tomografisi) planlanmış. Tüm vücut yaygın lenfadenopati, kemiklerde lezyonlar saptanıp malignite lehine değerlendirilmiş. Hastanemize başvuru anı tetkiklerinde tam kan sayımı, biyokimya tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Hastaya sarkoidoz nüks/malignite ön tanıları ile endobronşiyal ultrasonografisi (EBUS) işlemi yapıldı. Yapılan lenf nodu örneklemesinde patoloji raporu granülomatöz lenfadenopati ile uyumlu bulgular ve kazeifikasyon nekrozu saptanmamış şeklinde raporlandı. Kemiklerdeki lezyonlar sarkoidoz tutulumu lehine değerlendirildi. Steroid tedavisi başlanmasına karar verildi. 3 ay sonra PET/BT ile kontrolü uygun görüldü. Planlanan PET/BT tetkiki eski tetkikler ile karşılaştırıldığında mediastinal, aksiller, abdominal hipermetabolik lenf nodları güncel tetkikte izlenmemiş olup bulgular sarkoidoz tedavisine metabolik yanıt ile uyumlu olarak değerlendirildi. (Resim -2) Tedavi ile klinik/radyolojik regresyon saptanıp hasta nüks sarkoidoz olarak değerlendirildi. Başlanan oral steroid tedavisine devam edildi.

Tedavi öncesi ve sonrası



(RESİM - 1)



(RESİM - 2)

Tedavi öncesi ve sonrası

Tartışma-Sonuç: Öncesinde sarkoidoz tanısı almış tedavisini tamamlamış bir hastada semptomların tekrarlaması durumunda yapılan tetkikler malignite lehine bile değerlendirilmiş olsa özellikle sarkoidoz tedavisi alanlarda nüks oranının daha fazla olabileceği unutulmamalı ve ona yönelik tetkikler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, Malignite, Nüks



PS-208 Akciğer Tutulumu ile Giden Nörofibromatozis Olgusu

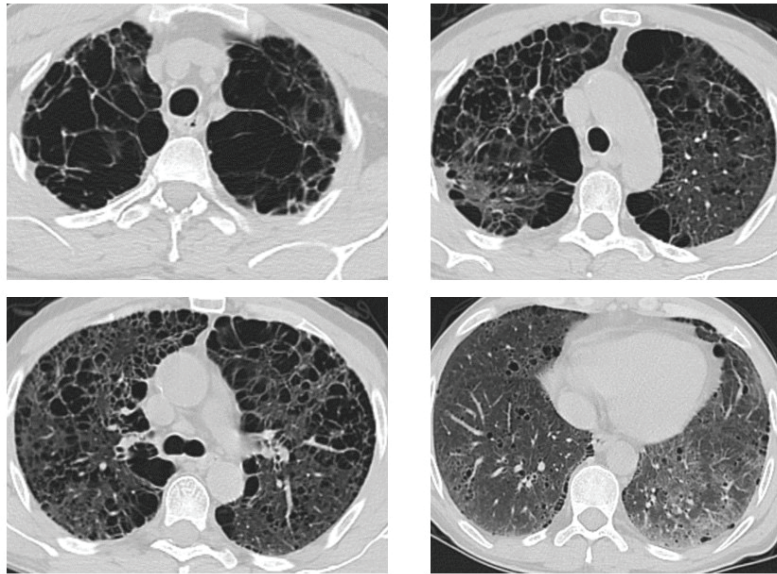
Sibel Dođru¹, Cengizhan Sezgi¹, Mahsuk Taylan¹

¹Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakóltesi

Giriş-Amaç: Tip1 Nörofibromatozis (NF1), otozomal dominant kalıtmımlı, 1/2500-3000 insidansa sahip, genetik, multisistemik bir hastalıktır. Cafe-au-laitmakülleri genellikle hastalığın ilk ortaya çıkan özelliğidir. Hastalık ilerledikçe iskelet, nörolojik ve pulmoner organ sistemlerinde değışen derecelerde tutulum olabilir. Vaka, nadir görölmesi ve kistik akciğer hastalıklarının ayırıcı tanısında düşünölmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla sunuldu.

Olgu: 48 yaşında erkek hasta, son bir yıldır olan, iki kat merdiven çıkmakla artan nefes darlığı, bir haftadır olan yaygın göğüs ağrısı şikayetiyle polikliniğe başvurdu. 80 paket/yılı sigara kullanmıştı. Fizik muayenesinde takipne, taşikardi, yaygın Cafe-au-laitmakülleri mevcuttu. Oda havasında satürasyonu %98'di. Rutin biyokimya ve hemogram değeri normaldi. Solunum fonksiyon testine koöpe olamadı. EKG ve Ekokardiyografik incelemesi normaldi. Akciğer grafisinde iki taraflı yaygın kistik lezyonları mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT), bilateral üst zonlarda daha belirgin olmak üzere yaygın ince duvarlı kistleri mevcuttu (Resim 1,2,3,4). Bronkoskopik incelemede bronkoalveolar lavajda bakılan CD1a düzeyi ve serumda Alfa-1 antitripsin düzeyi normal ölçüldü. Nörofibromatozis 1 geninde heterozigot mutasyon saptandı. Hasta NF-1'in akciğer tutulumu olarak kabul edildi.

Resim 1. Toraks BT



Tartışma-Sonuç: Sonuç:NF-1'in akciğer tutulumu bu vakada da olduğu gibi spesifik olmayan solunum semptomları, üst lob kistik ve alt loblarda interstisyel tutulumla karakterizdir. Dördüncü veya beşinci dekatta, tütün kullananlarda daha erken ortaya çıkabilir. NF-1'in akciğer tutulumu nefes darlığı, göğüs ağrısı, kronik öksürük, hemoptizi veya asemptomatik olgularda BT'de rastlantısal bir bulgu şeklinde olabilir. Spontan pnömotoraks, pulmoner hipertansiyon ve kronik solunum yetmezliği gibi komplikasyonlar gelişebilir. NF-1'in akciğer tutulumu sigaranın bırakılmasıyla önlenabilir ancak bilinen bir tedavisi yoktur. Solunum semptomlarıyla başvuran kistik akciğer lezyonu olan hastalarda NF-1'in akciğer tutulumu da düşünölmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kistik Akciğer Hastalıkları, Nörofibromatoz ile ilişkili Akciğer Hastalığı, NF-1

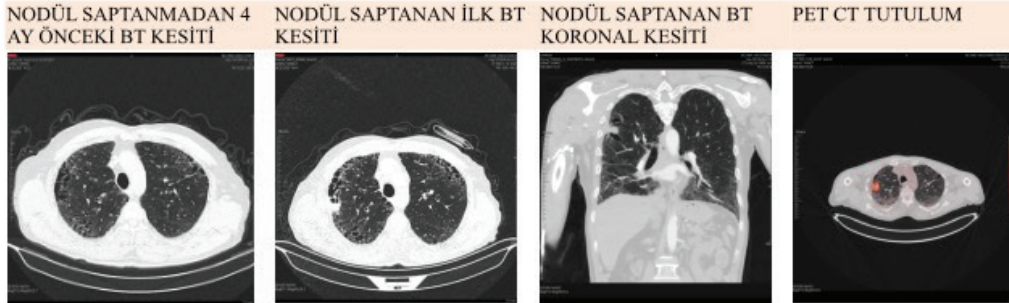
PS-209 İdiyopatik Pulmoner Fibrozis Zemininde Gelişen Pulmoner Neoplazi Olgusu

Bilgenur Yıldırım¹, Merve Meryem Varol¹, Ercan Kurtipek¹

¹Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: İdiyopatik pulmoner fibrozis (İPF); nedeni bilinmeyen progresif fibrozisle seyreden, akciğerlerle sınırlı, sıklıkla ileri yaşta görülen, histopatolojik ve radyolojik olarak olağan interstisyel pnömoni (UIP) ile karakterize kronik ve ilerleyici bir akciğer hastalığıdır. Dispne ve kuru öksürük gibi progresif semptomlarla kendini gösterirken, sigara önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. İdiyopatik pulmoner fibrozis ilerleyici bir hastalık olup, komorbidite ve alevlenmeler hastalığın gidişatında önemli rol oynamaktadır. Bu komorbiditeler arasında pulmoner karsinom da bulunmaktadır. Akciğer kanseri İPF'li hastalarda normal popülasyondan 5-7 kat fazla görülürken, prevalans %1-48 arasında gösterilmiştir, en sık rastlanan histolojik tipler skuamöz hücreli karsinom sonra adenokarsinomdur. Bu olguda, İPF tanılı bir hastada takip sırasında tespit ettiğimiz pulmoner neoplazi olgusunu sunmayı amaçlıyoruz.

Olgu: Altmış yedi yaşında erkek hasta polikliniğimize nefes darlığı, öksürük, balgam şikayetlerine son dönemde artan kilo kaybı şikayetiyle başvurdu. 50 paket/yıl sigara kullanımı öyküsü bulunan ve KOAH tanısı ile inhaler tedavi alan hastanın fizik muayenesinde bilateral bazallerde nadir ralleri mevcuttu. HRCT sinde OIP ile uyumlu bulgular saptandı. Multidisipliner konsey kararı tanısız amaçlı wedge rezeksiyon yapıldı ve patolojisi OIP olarak sonuçlandı. Nintedanip başlanan hasta, takiplerinin dördüncü yılında yapılan HRCT de sağ akciğer üst lob posterior da şüpheli nodüler lezyon saptandı. PET-CT de ise sağ akciğer üst lob posterordaki nodüler lezyonda, etrafındaki plevral kalınlıkta, mediastinal ve hiler lenf nodlarında artmış FDG tutulumları izlendi. Multidisipliner konseyde hastaya sağ üst lobektomi ve mediastinel, hiler lenf nodlarındaki tutulum nedeniyle EBUS ile örneklemeye kararı verildi. Postoperatif patolojide hiler bölgede antrakotik değişiklikler ve sağ üst lobda skuamöz hücreli karsinom saptandı. Hasta onkoloji birimine devir edildi.



Tartışma-Sonuç: İPF tanılı hastalarda ileri yaş, erkek cinsiyet ve sigara, pulmoner neoplazi riskini artırırken; İPF, bağımsız bir risk faktörü olarak da karşımıza çıkmaktadır. İPF tanılı hastalarda pulmoner karsinom insidensinde ve ilişkili mortalitede bir artış gözlemlenmektedir. Bu bağlamda, İPF tanısı almış bireyler, pulmoner maligniteler açısından sistematik ve düzenli bir takip ve tarama programına dahil edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İPF, Pulmoner Neoplazm, Sigara

**PS-210 Nadir Bir Olgu Olarak Soliter Pulmoner Nodül Vakamız: Tuberoskleroz**

Oğuz Kitapçı¹, Özlem Oruç¹, İpek Erdem¹, Melike Demir¹

¹SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Tuberoskleroz renal anjiomyolipomlar, deri lezyonları ve nörolojik bulgular ile karakterize nadir görülen sporadik veya otozomal dominant geçişli bir hastalıktır. Tuberosklerozlu hastalarda nadir olarak pulmoner lezyon izlenmektedir. Pulmoner tutulumu bağlı semptomlar genellikle pnömotoraks kliniği ile ortaya çıkmaktadır. Tuberosklerozun akciğer tutulumuna bağlı olarak genellikle yaygın, aralarında normal görünümlü parankim izlenen, ince cidarlı kistler görülmektedir. Nadir olarak da akciğer parankiminde Tuberoskleroza bağlı nodüller izlenebilir. Tuberoskleroz hastalarında soliter pulmoner nodülün nadir olarak görülmesi sebebiyle olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: 49 yaş erkek hasta dış merkezde akciğer tomografisinde nodül görülmesi üzerine polikliniğimize yönlendirilmiş. Zaman zaman göğüs ağrısı ve öksürük tarifleyen hastanın 30 paket/yılnaktif sigara öyküsü vardı. Toraks BT'sinde Akciğer parankiminde apikallerde belirgin olmak üzere paraseptal amfizem alanları mevcuttu. Parankimde heterojen yamasal mozaik perfüzyon görünümüne izlendi. Her iki akciğerde dağınık yerleşimli randomize dağılım gösteren büyüğü 1 cm çapa ulaşan (Şekil-1) düşük-orta yoğunluklu sınırları yer yer silik olarak izlenen multipl solid nodüller dansiteler mevcuttur. Toraks BT raporunda olası patolojiler açısından klinik ile değerlendirilmesi ileri-ek tetkikler önerilir şeklinde raporlanması üzerine hastaya PET-BT çekildi, Toraks kesitlerinde sağ akciğer orta lob lateral ve üst lob anterior segment ile sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte izlenen birkaç adet milimetrik nonspesifik parankim nodülüne ait patolojik FDG tutulumu izlenmedi. Mediastende patolojik boyut veya metabolik aktiviteli lenf nodu izlenmedi. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde askerlik döneminde nörolojik muayene sırasında patoloji saptanarak beyin MR çekildiği ve sonuç olarak Tuberoskleroz tanısı aldığı öğrenildi. Bir erkek çocuğunun olduğu ve bebekken epileptik atakları nedeniyle çekilen beyin MR'ında bilateral serebral hemisferde kortikal subkortikal yerleşimli multiple tuberler izlendiği ve Tuberoskleroz tanısı ile çocuk nörolojisi tarafından takip edildiği ifade edildi. Hastanın BT görüntülerinde saptanan nodüllerin de Tuberoskleroza bağlı olduğu düşünülerek BT kontrolüne alındı. Üçüncü ay kontrollerinde değişiklik saptanmadı. Sigara kullanımı bırakması da önerilen hasta takibe alındı.

Şekil-1



Tuberoskleroz Tanılı Hastada Toraks Bilgisayarlı Tomografide Soliter Pulmoner Nodül

Tartışma-Sonuç: Tuberoskleroz oldukça nadir ve genelde akciğerlerde kistik lezyonlarla seyreden genetik bir hastalıktır. Bizim vakamızda ise silik nodüller izlenmiştir. Aile anamnezinin derinleştirilmesi tanıda değerlidir. Nadir bir soliter pulmoner nodül sebebi olması nedeni ile tuberosklerozun da ayırıcı tanıda akla gelmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Tuberoskleroz, Soliter Pulmoner Nodül

PS-211 Guillan-Barre Sendromu Sanılan Nörosarkoidoz Olgusu

Zeynep Hande Kocaer¹, Asiye Şafak Bulut², Ayşegül Karalezli³

¹Ankara Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

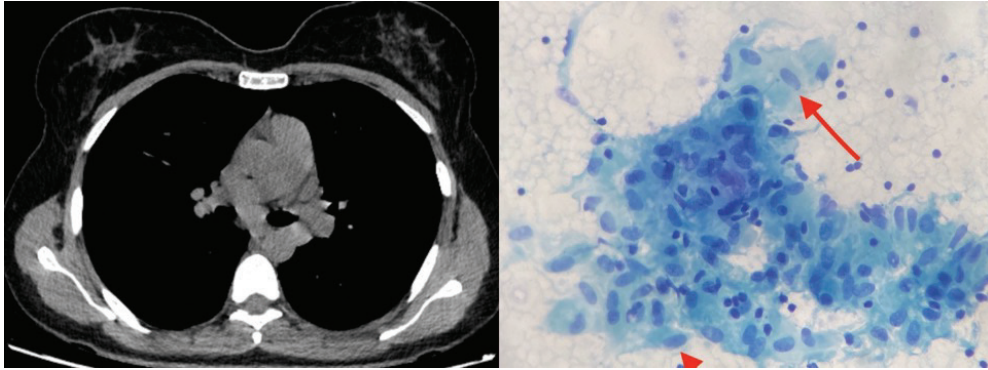
²Ankara Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş-Amaç: Sarkoidoz hastalarının %5'inden fazlasında nörolojik bulgular görülür. Etiyolojisi bilinmediğinden, nörolojik belirtileri çok çeşitlidir ve tanısı laboratuvar testleriyle kolayca doğrulanamadığı için nörosarkoidoz tanısı genellikle klinik, görüntüleme veya histolojik bulgularla belirlenen sistemik sarkoidozu kanıtlanmış bir bireyde karakteristik nörolojik bulguların tanımlanmasına dayanır. Merkezi veya periferik sinir sisteminden doku biyopsisi tanı için altın standarttır, ancak invaziv bir yöntem olması ve morbidite göz önüne alındığında bunu gerçekleştirmek zor olmaktadır. Nörosarkoidoz büyük taklitçi olarak bilinir; kranial nöropati, aseptik menenjit, vaskülopati, periferik nöropati, lenfoma, multiple skleroz, GBS (Guillan Barre Sendromu) ve sinir sistemini etkileyen diğer hastalıklara benzer görünebilir. Olgumuz Guillan Barre Sendromu sanılan nörosarkoidoz olması nedeniyle sunuldu.

Olgu: Otuz beş yaşında, kadın hasta, her iki ayağında güç kaybı ve uyuşma şikayeti ile nöroloji polikliniğine başvuruyor. Hastanın alt ekstremitelerde güç muayenesinde sol proksimal 4/5, distal 3/5 sağ proksimal 4/5 distal 2/5 olarak görülüyor. Kontrastlı kranial, servikal, trokal, lomber mr görüntülemelerinde patoloji saptanmıyor. EMG'si alt ekstremitelerde asimetrik tutulumlu sensorimotor polinöropatisi olarak sonuçlanıyor. Yapılan BOS incelemesinde düşük albümin seviyesi olması nedeniyle atipik GBS? Tanısı ile hastaya 5 gün IVIG tedavisi ve plazmaferez tedavisi uygulanıyor. Plazmaferez ve IVIG tedavisi sonrasında kas gücü muayenesinde düzelme izlenmiyor. Hastanın beyin BT'sinde kesite giren alanda en büyüğü subkarinal 28X19 mm (Resim-1) boyutunda olmak üzere multiple LAP izlenmesi üzerine hastaya toraks bilgisayarlı tomografi çekiliyor. Toraks BT 'de paraaortik, paratrakeal, bilateral hiler subkarinal LAP olması nedeni hasta tarafımıza danışılan hastaya EBUS yapıldı. 7 ve 11 nolu lenf nodu biyopsi patolojisi (Resim-2) "epiteloid histiositler ve az sayıda lenfositlerin oluşturduğu, yer yer birbiriyle birleşen geniş granülom yapıları ve granülomların santral nekroz içermediği" şeklinde raporlandı. BAL örneğinde CD4/CD8 :2.97 , Serum ACE düzeyi 116 U/L, 24 saatlik idrar Ca 333 mg / 24 Saat olarak sonuçlandı. Hastaya klinik ve histopatolojik olarak nörosarkoidoz tanısı konuldu. İvedilikle 3 gün 1 gr metilprednizolan tedavisi başlandı ve tedricen azaltılması planlandı. Hastanın takiplerinde kas gücü muayenesinde aşikar düzelme izlendi.

Resim-1 Resim-2



Subkarinal lenf nodu Eiteloid histiositler

Tartışma-Sonuç: Nörosarkoidoz nadir görülen taklitçi bir hastalıktır. Tanı; klinisyenin hastanın geçmişine, klinik bulgularına nörogörüntülemelerine, sistemik sarkoidoz varlığına BOS ve serum analizlerine dayanarak ayırıcı tanıları ne kadar iyi yorumladığına dayanır. Olgumuzda GBS tedavisine rağmen klinik olarak düzelme görülmemesi, histopatolojik olarak akciğer sarkoidozu tespit edilmesi ve klinik olarak nörosarkoidoz ile uyumlu olması üzerine ayırıcı tanıda nörosarkoidoz düşünüldü. Erken dönemde tanısı koyuldu ve tedavisi başlandı.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz GBS Nörosarkoidoz

**PS-212 Asemptomatik Lenfanjiioleiomyomatozis: Olgu Sunumu**

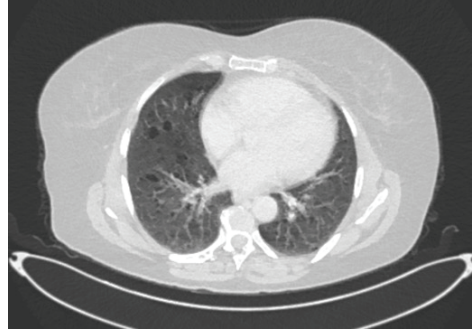
Rupel Ezgi Yıldırım¹, Veysi Tekin¹, Özge Yersel Karaoğlu¹, Erol Başaranoğlu¹, Nuriye Gökçe Erkan¹, Hadice Selimoğlu Şen¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Lenfanjiioleiomyomatozis (LAM) ağırlıklı olarak doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen ve nadir görülen idiopatik, diffüz, ilerleyici bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Hastalık, LAM hücreleri olarak da tanımlanan düz kas benzeri hücrelerin perivasküler, peribronşial ve perilenfatik alanda progresif proliferasyonu ve infiltrasyonu ile karakterizedir. Bu proliferasyon bronşiolerin progresif obstrüksiyonu, air trapping ve bül formasyonu oluşumu ile sonuçlanır. Lenfatik sistemde obstrüksiyon şilotoraks ve şilöz asite sebep olabilir. Venüllerin obstrüksiyonu hemoptizi ve hemosiderozisle sonuçlanabilir. Renal anjiomyolipoma (AML) ve meningiom riski LAM'lı hastalarda artmıştır. Renal AML sebebiyle tetkik sırasında insidental saptanan LAM olgusu, hastanın asemptomatik olması, nadir görülmesi, etyoloji, klinik bulguları ve ayırıcı tanıya dikkat çekme amaçları ile sunuldu

Olgu: Yan ağrısı şikayetiyle, üroloji polikliniğine başvuran 41 yaşında kadın hastada çekilen abdominal bilgisayarlı tomografide (BT) bilateral her iki böbrekte heterojen iç yapıda yağ içeren hipodens lezyonlar izlenmişti. Renal biyopsi patoloji sonucu anjiomyolipom olarak raporlanmıştı. Abdominal BT kesitlerine giren akciğer alanlarında ince cidarlı çok sayıda kistik lezyon görülmesi üzerine hasta polikliniğimize konsülte edildi. Anamnezde ve solunum sistemi semptom sorgusunda aktif solunumsal şikayet yoktu. Oda havasında oksijen satürasyonu % 94 idi. Laboratuvarında hafif anemi dışında anormal bulgu saptanmadı. Fizik muayenede, oskültasyonda bilateral solunum sesleri normal duyuldu. Özgeçmişinde bilinen ek kronik hastalık olmayan hastanın 30 paket yıl sigara öyküsü mevcuttu. Hastaya yüksek çözünürlü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) ile görüntüleme yapıldı. YÇBT'de bilateral her iki akciğerde diffüz yayımlı çapları birbirinden farklı büyüklükte 10'dan fazla sayıda ince duvarlı yuvarlak düzgün sınırlı kistler görüldü. Laboratuvarında kollajen doku paneli negatif idi. Hastanın açık akciğer biyopsisini kabul etmemesi nedeni ile hastaya transbronşial biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu yer yer alveollerde hafif dilatasyon lokal minimal interstisyel fibröz kalınlaşma olarak geldi. Solunum fonksiyon testinde zorlu vital kapasite (FVC) % 84, birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim (FEV1) %82, FEV1/FVC % 80, difüzyon kapasitesi (DLCO) %98 olarak ölçüldü. Anjiomyolipomu ve akciğerde kistik lezyonları olan hastaya tuberoskleroz için genetik panel gönderildi. Tuberoskleroz gen mutasyonu ve aile öyküsü olmayan hastaya klinik ve radyolojik olarak sporadik LAM (LAM-S) tanısı kondu.

Resim 1



Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide, bilateral kistik lezyonlar

Tartışma-Sonuç: LAM etiyolojisi bilinmeyen, multisistemik bir hastalıktır. Tanı için altın standart LAM ile uyumlu patolojik bulgulardır. Ancak progresif dispne, karakteristik YÇBT bulguları ve AML birlikteliği biyopsi gereksinimini ortadan kaldırabilir. Açık akciğer biyopsisi tavsiye edile de transbronşial biyopsi ile de %60'a veren oranlarda tanı bildirilmiştir. Histopatolojide hava yollarında, kan damarlarında ve lenfatik damarlarda atipik düz kas benzeri hücrelerin anormal proliferasyonu mevcuttur. Erken lezyonlara ait biyopsi materyallerinde patolojik değişiklikler çok belirgin olmayabilir ve parankim “normal” bir görünüme sahip olabilir. YÇBT’de en karakteristik bulgu; daha çok akciğer tabanında olmak üzere her iki akciğere dağılmış ince duvarlı uniform kistlerdir. LAM hücreleri aynı zamanda östrojen ve progesteron reseptörleri de içerir. Hormon tedavileri verilen LAM hastalarında tedavi başarısı ile ilgili çelişkili sonuçlar mevcuttur. Ciddi semptomları olmayan hastalarda destek tedavisi (oksijen inhalasyon tedavisi, bronkodilatör tedavi, pulmoner rehabilitasyon) ve hastalık komplikasyonlarını engellemek için östrojen tedavisinden kaçınmak ve kontrasepsiyon en uygun yaklaşımlardır. İlerleyici ve hızlı solunum fonksiyon kaybı ve tekrarlayan pnömotoraks durumlarında anormal mTOR aktivasyonunu inhibe eden sirolimus (veya rapamisin) tedavisi kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Kistik Akciğer Hastalığı, Lenfanjiioleiyomiyomatozis, Anjiomiyolipom, Spontan Pnömotoraks, Sirolimus



PS-213 Elektronik Sigara İlişkili Akciğer Hasarı Olgusu

Amine Söylemez¹, Simay Tankut Doğan¹, Mertcan Tağı¹, Zehra Dilek Kanmaz¹

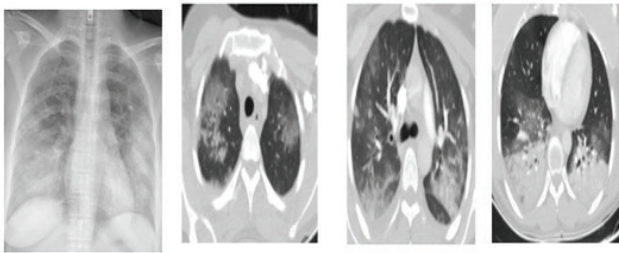
¹SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Elektronik sigara ilişkili akciğer hasarı (EVALI) elektronik sigaranın neden olduğu akciğer hasarına denilmektedir. Hasar mekanizması hala tam açıklanamamış olmakla beraber elektronik sigaranın zararlarının Vitamin E Asetat ve Tetrahidrokannabinol'e bağlı olduğu düşünülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu öksürük, göğüs ağrısı ve nefes darlığı gibi solunum semptomlarıyla başvurur. Ateş, titreme ve kilo kaybı gibi konstitüsyonel semptomlar görülebilir. Gastrointestinal semptomlar görülebilir ve solunum semptomlarından önceki ilk semptomlar olabilir. Semptomlar genellikle bir ila iki hafta içinde şiddetli bir şekilde ilerler. Akciğer muayenesinde oskültasyon sıklıkla normaldir. Spesifik olmayan lökositoz bulguları, yüksek eritrosit sedimentasyon hızı ve yüksek karaciğer transaminazları rapor edilmiştir. Radyolojik olarak akciğer grafisinde yama şeklinde infiltrasyonlar, Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) konsolidasyon ve buzlu cam opasiteleri birlikte görülür. EVALI için spesifik bir tanı yöntemi yoktur, olası teşhisler dışlanarak tanısı konulur.

Olgu: Olgumuz 31 yaş kadın hasta. Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan ve özgeçmişinde 1 yıldır olan elektronik sigara içiciliği haricinde anlamlı bulgu olmayan hasta 4 gündür olan ve giderek artan nefes darlığı şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Yapılan tahlillerinde arter kan gazında hipoksemisi (po2:49) olan , biyokimyada hafif akut faz reaktanları yüksek olan ve anlamlı başka patolojik değeri olmayan hastaya akciğer grafide (Resim 1) bilateral yaygın konsolide alanlar ve infiltrasyonlar görülmesi üzerine Toraks BT çekildi(Resim 1).BT de bilateral dağınık yerleşimli buzlu cam ve konsolide alanları olan hasta EVALI ön tanısı ile göğüs hastalıkları servisine interne edildi. Balgam kültürü ve solunum yolu viral paneli gönderildi. Tedavisi nazal oksijen, moksifloksasin, oseltamivir ve metilprednizolon 80 mg şeklinde düzenlenen hasta takiplerde klinik olarak belirgin şekilde rahatladı, oksijen ihtiyacı giderek azaldı.5.günde çekilen kontrol akciğer grafisinde (Resim 2) infiltrasyon alanlarında belirgin regresyon saptandı. Balgam kültüründe ve viral panelde etken saptanmadı. Hasta yatışının 10. gününde kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Radyolojik Görüntülemeler

Resim 1



Resim 2



Tartışma-Sonuç: Olgumuzda ele aldığımız EVALI sigara içicilerin özellikle de gençlerin arasında son zamanlarda yaygın olması ve mortal seyretmesi açısından dikkatli olunması gereken, klinik ve radyolojik olarak pnömoniler ve akut akciğer hasarı yapan diğer nedenler ile net ayrımının yapılamaması nedeni ile acil serviste ve kliniklerde akla gelmesi gereken önemli bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Elektronik Sigara, Akut Akciğer Hasarı

PS-214 Malignite ile Karışan Sarkoidoz Olgusu

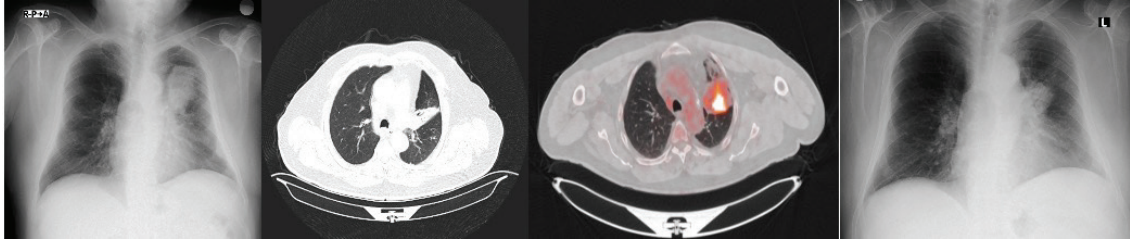
Merve Meryem Varol¹, Bilgenur Yıldırım¹, Ercan Kurtipek¹

¹SBÜ Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Sarkoidoz nedeni bilinmeyen sistemik, granümatöz bir hastalıktır. En sık solunum sistemi etkilense de her organ tutabilir. Tutulan organlarda kazeifikasyon nekrozu içermeyen granülomlar bulunur. Tüm dünyada her iki cinsten, her yaş grubunda görülebilir. Sarkoidozun klinik bulguları değişkendir. Hastalar nefes darlığı, öksürük, yorgunluk, kilo kaybı, eritema nodozum gibi semptomlarla başvurabilir ya da asemptomatik olabilir ve başka bir nedenle çekilen toraks görüntülemesinde saptanabilir. Radyolojik görüntüsü tüberküloz, mantar, pnömokonyoz ve malignite gibi birçok hastalıkla karışabilir. Biz de ön tanı olarak malignite düşündüğümüz ancak patolojik tanısı sarkoidoz ile uyumlu gelen olgumuzu sizlere sunmayı amaçladık.

Olgu: 72 yaşında erkek hasta yaklaşık 3 ay önce başlayan öksürük, eforla nefes darlığı, göğüs ve sırt ağrısı şikayeti ile başvurdu. Bilinen OSAS tanısı mevcuttu CPAP kullanmaktaydı. 15 paket yıl sigara öyküsü vardı. Solunum sistemi muayenesi doğal, oda havasında oksijen saturasyonu %96 idi. Solunum fonksiyon testinde FEV1: 1,92 lt(%82) FEV1/FVC: %89,2 saptandı. Çekilen PA akciğer grafisinde sol üst-orta zonda santral opasite tespit edildi. Daha önce başka merkezlerde benzer akciğer grafisi görüntüsü nedeniyle medikal tedavi verilmiş olan hastaya toraks BT çekildi. Sol akciğer üst lob bronşu daralmış olarak görüldü, hilustan üst loba ve lingular segmente doğru uzanan atalektatik volüm kaybı gösteren parankim alanı görüldü. Bulgular santral kitle lezyonunu desteklemekteydi. Hastaya PET-CT çekildi, kitle lezyonunda artmış FDG tutulumu saptandı. Multidisipliner konsey kararı ile transtorasik biyopsi için girişimsel radyolojiye yönlendirildi. Sol akciğer üst lob apikoposterior segmentten yapılan ttiab sonucu nekroz içermeyen granümatöz iltihap olarak yorumlandı. Sarkoidoz tanısı koyulan hastaya günde 1 kez prednol 32 mg başlandı ve azaltılarak uzun süre kullandırıldı. Takiplerinde klinik ve radyolojik olarak belirgin düzelme saptandı. Hasta halen takibimiz altındadır.

İlk PAAG, BT Toraks, PET CT - Tedavi sonrası PAAG



Tartışma-Sonuç: Sarkoidoz, kanser, tüberküloz, lenfoma, mantar hastalıkları ile çok karışan bir hastalık. Birçok kişi bu hastalık nedeniyle gereksiz tedaviler görebiliyor. Sarkoidozun tanısı klinik ve radyolojik bulguların varlığıyla beraber, bu bulguların histopatolojik kanıtlarla desteklenmesiyle konulur. Olgumuzda klinik, radyolojik bulgular, hastanın yaşı ve sigara öyküsünün olması nedeniyle öncelikli olarak malignite düşündük ancak biyopsi ile sarkoidoz tanısını geç de olsa koyduk. Tedaviyle klinik ve radyolojik olarak düzelmeyi tespit ettik.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, Malignite, Granülom

**PS-215 Respiratuar Bronşiolitis (RB-ILD) Tanılı Hasta Sigara Bırakırsa Ne Olur?**

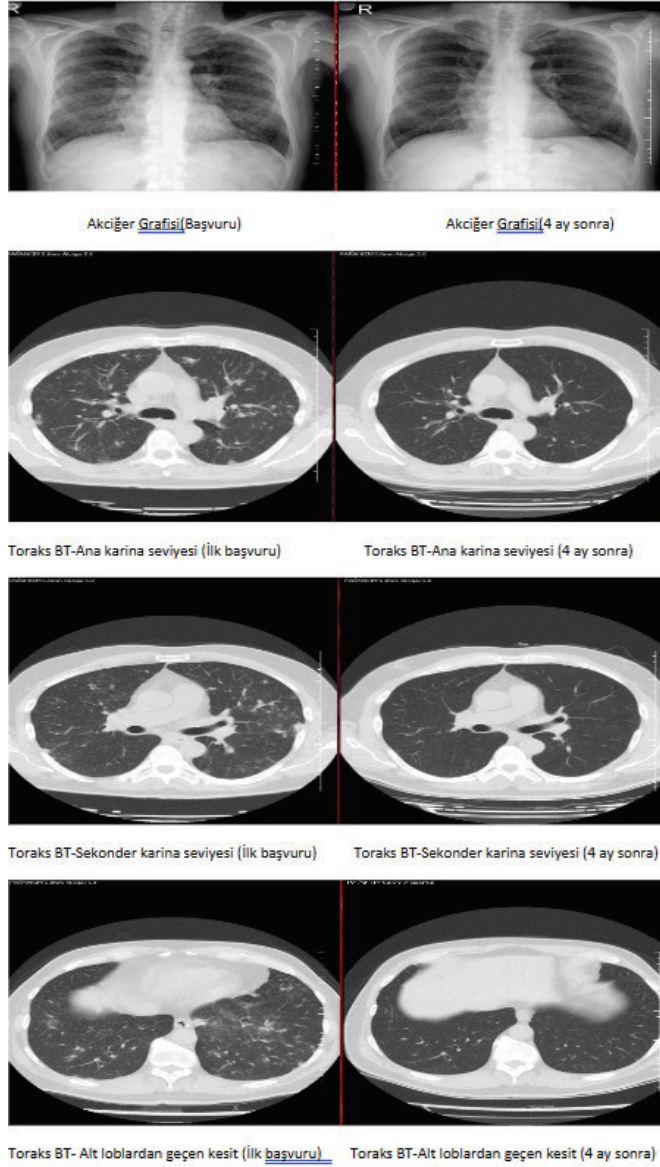
Abdurrahman Koç¹

¹Kulu Devlet Hastanesi

Giriş-Amaç: İnterstisyel akciğer hastalıklarının hafif bir formu olan Respiratuar Bronşiolitis -İnterstisyel Akciğer Hastalığının (RB-ILD) nedeni ve patogenezi bilinmemektedir. Hastalığın yoğun sigara içimiyle bağlantılı olduğu bilinmektedir. İnsidans ve prevalansı net olarak bilinmemekle birlikte sıklık açısından kadın - erkek arasında fark yoktur. Başlıca semptomları öksürük, dispne ve ağırlıkla bazallerde inspiyum sonunda duyulan krepitasyondur. Bu olgu sunumunda kliniğimize dispne şikayeti ile başvuran hastanın sigara bırakması sonrası klinik ve radyolojik olarak gerçekleşen çarpıcı değişimi sizlere sunuyoruz.

Olgu: 61 yaşında erkek hasta nefes darlığı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Son 1-2 aydır eforla artan şikayetleri olan hasta mmrc-1 tarifliyor, diğer solunumsal şikayetleri olmayan hastanın fizik muayenesinde solunum sesleri doğal, çomak parmak yok, oda havasında spO2:97 olarak ölçüldü, özgeçmişinde 6 yıl önce geçirilmiş venöz tromboemboli öyküsü mevcut, uzun süreli antikoagülan tedavisi almış ancak son 2 yıldır kesmiş, geçirilmiş pnömoni, tüberküloz öyküsü yok, emekli polis memuru, sigara: 44 paket-yıl sigara öyküsü olan hasta aktif smoker, rutin biyokimyasal parametrelerinde hemogram, bft, kcft değerleri normal aralıkta, CRP:31 olarak ölçüldü. Akciğer grafisi istenen hastanın her iki hemitoraksta düzensiz retiküler tarzda dansite artışı izlenmesi üzerine toraks bt istendi. Parankim penceresinde her iki akciğerde dağınık yerleşimli yaygın fokal buzlu cam dansiteleri ve nodüler görünüm izlenen hastaya bu bulguların sigara ile ilişkili olabileceği ve sigara bırakması önerildi. Atipik pnömoniye yönelik olarak kinolon tedavisi verilen hastaya 2 hafta sonra poliklinik kontrolü önerildi. Kliniğe özel sebeplerinden ötürü istenilen tarihte gelemeyen ancak 4 ay sonra yeniden gelen hasta şikayetlerinin tamamen gerilediğini bu süreçte sigarayı bıraktığını söyledi, kontrol akciğer grafisi ve toraks bt istenen hastada bulguların tama yakın düzeldiği izlendi. Hastanın geçen 4 ay içerisinde sigarayı bırakması ve klinik ve radyolojik olarak tam iyileşme hali izlenmesi üzerine bir ekartasyon tanısı olan RB-ILD düşünülmüş ve hastaya önerilerde bulunulmuştur.

Resim1



Başvuru ve 4 ay sonraki görüntülemelerinin karşılaştırılması

Tartışma-Sonuç: Respiratuar Bronşiolitis -İnterstisyel Akciğer Hastalığı tanısı sigara içme öyküsü, uygun klinik bulgular ve patolojik tanı ile ayrıca diğer diffüz interstisyel akciğer hastalıklarının dışlanması ile konur. Hastaların sigaranın zararları ve kesilmesi halinde iyileşme konusunda ikna edilmesi bu vakada olduğu gibi tedavi ve kür sağlanmasında kritik rol oynadığına dikkat çekilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Respiratuar Bronşiolit, Sigara, İnterstisyel Akciğer Hastalığı



PS-216 Sarkoidoz ve Bilateral Popliteal Arter Anevrizması: Sadece Bir Tesadüf mü?

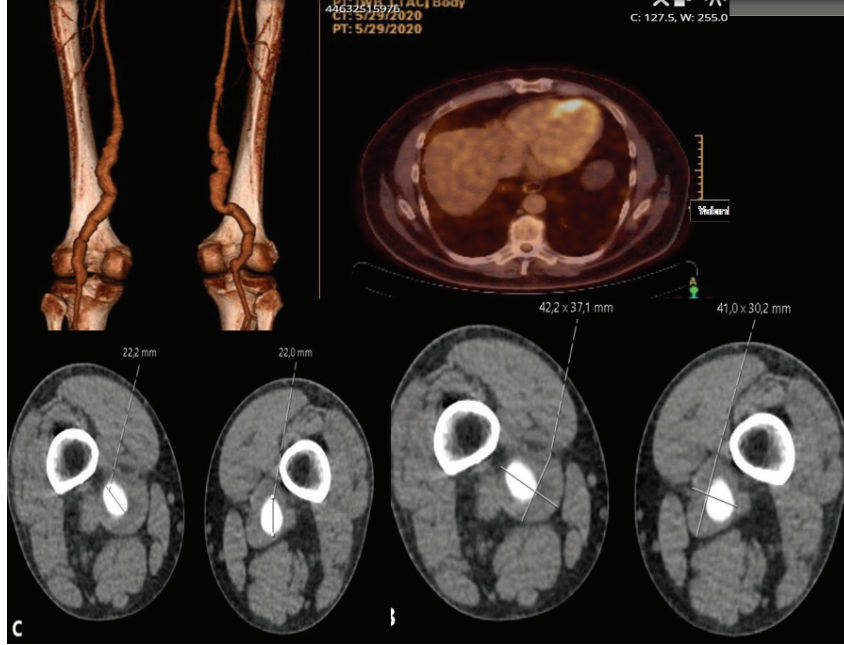
Nur Aleyna Yetkin¹, Özgür Karabıyık¹, Burcu Baran¹, İnci Gülmez¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Sarkoidoz, özellikle akciğerler ve deride olmak üzere yaygın bir şekilde etkilenen, kazeifiye olmayan granülomlarla karakterize çok sistemli inflamatuvar bir hastalıktır. Granülatöz inflamasyonun arterin medial nekrozunu indüklemesi, elastik laminayı etkileyerek anevrizma oluşumuna neden olabilir. Sarkoidoz ile ilişkili arter anevrizması nadiren bildirilmiştir. Sarkoidoz ve büyük damar vaskülitisi olan Takayasu arteritinin bir arada bulunması da nadiren tanımlanmıştır ve aortit ile sarkoidozun ilişkili olabileceği ihtimali belirsizdir. Subklavyen arter, abdominal aorta veya ventriküler anevrizmaların sarkoidoz ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, nadiren sarkoidoz ile ilişkili asendan aorta, bronşial arter ve pulmoner arter anevrizmaları da rapor edilmiştir. Literatürde sarkoidoz ile ilişkili kardiyak, aort veya pulmoner arter tutulumu daha önce tanımlanmıştır; ancak, bildiğimiz kadarıyla sarkoidoz ile ilişkili periferik arter anevrizmaları rapor edilmemiştir. Burada, bilateral popliteal arter anevrizması teşhisi konmuş 49 yaşında erkek bir hasta sunuyoruz.

Olgu: Sigara içmeyen 49 yaşında erkek hasta, her iki dizinin arkasında bir şişlik şikayetiyle başvurdu. Hastanın öyküsünde, 14 ay önce servikal lenf nodu biyopsisi sonrası sarkoidoz teşhisi aldığı öğrenildi. Hiperkalsemi nedeniyle sekiz ay steroid tedavisi almış olan hasta dört aydır tedavi almıyordu. Sarkoidoz teşhisinden dokuz ay sonra hasta dizin arkasında ağrısı nedeniyle başvurdu. Bacak ağrısı için yapılan BT anjiyografi, her iki ortak femoral arterde ektazi ve her iki yüzeysel femoral arterde, popliteal arterleri de içerecek şekilde kısmen tromboze anevrizmatik dilatasyonlar izlendi (Resim). Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesi, mediastende 1 cm'den küçük çoklu lenf nodları, sağ üst lob posteriorunda 4 mm nodüller, sağ orta lobda traksiyon bronşiektazi ve eşlik eden lineer retiküler yoğunluk artışları tespit edilen hastanın bulguları, bir önceki yıl elde edilen BT görüntülemesiyle karşılaştırıldığında gerileme ile uyumluydu. Ayrıca, pulmoner arter ve aortik arkın BT anjiyografik taraması, herhangi bir ek anevrizma saptamadı. Hastaya çekine PET/BT' de sol ventrikülün apikoposteriorunda ve inferoseptal alanda sarkoidoz tutulumu ile uyumlu görünüm, sağ sevikalde ve mediastende FDG tutulumu (SUV:10.4) gösteren yaygın lenfnodları; sarkoidoz akciğer tutulumu ile raporlandı. Venöz tromboz için düşük moleküler ağırlıklı heparin tedavisi yanına ek olarak, oral steroid dozu azaltma hedefli metotreksat tedavisi başlandı. Hastanın gönderilen lupus antikolları, genetik trombofili düzeyleri ile protein S ve protein C düzeyleri normal geldi. İmmünsüprese tedavi ve DMAH ile tedavi edilen hastanın 1 yıl sonraki PET/BT'sinde hastanın kardiyak tutulumu düzelmiş yaygın kemik iliği tutulumu ve orta düzeyde karaciğerde FDG tutulumu saptandı. Hastaya metotreksat 20 mg/hafta yanına leflunomid tedavisi eklendi.

Resim



PET/BT’de kardiyak tutulum ve Arteriyel fazda kontrastlı BT görüntülemeye Bilateral, parsiyel tromboz içeren popliteal arter anevrizması.

Tartışma-Sonuç: Sarkoidoz, venöz tromboembolik olaylar (VTE) için artmış bir risk ile ilişkilendirilmiştir. Artan kanıtlar, kronik inflamasyonun, VTE gelişimi için bağımsız bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir. Sarkoidoz, büyük damarların nadiren tutulmasına ve buna bağlı olarak obstruksiyon ve dilatasyona yol açabilen sistemik bir hastalıktır. Abdominal aorta, pulmoner arter ve bronşial arter gibi büyük damarlarda anevrizmatik genişlemeler, sarkoidoz vakalarında nadiren rapor edilmiştir (1, 2). Vakamızdaki popliteal arter anevrizması, sarkoid damar infiltrasyonu ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Sarkoidoz ile ilişkili anevrizmaların immünsupresiflerle iyileştiği bildirilmiştir(2, 4).Bu çalışma, orta boy bir arteri etkileyen sarkoidoz ile ilişkili bir anevrizmayı ilk kez sunmaktadır. Kardiyak ve büyük damar anevrizmalarına ek olarak, sarkoidoz tanısı almış bireylerde orta boy arterlerde de anevrizmalar görülebilir. Klinik şüphe varlığında, sarkoidoz ile ilişkili anevrizmalar akılda tutulmalıdır. Sarkoidoz ile anevrizma arasındaki ilişkiyi araştıran daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Anevrizma, Sarkoidoz, Virchow



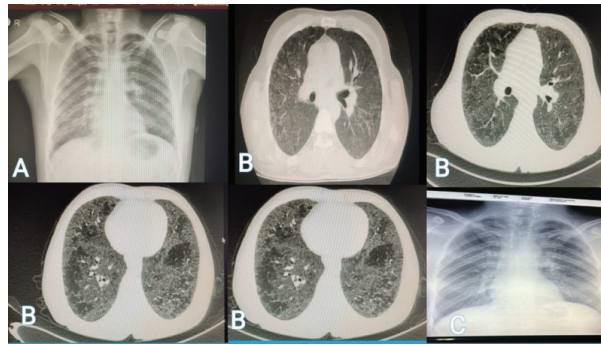
PS-217 Hipersensitivite Pnömonisinde Nadir Bir Meslek: Termik Santralde Saha Operatörlüğü

Esra Kada¹, Abdurrahman Şenyiğit¹, Hadice Selimoğlu Şen¹, Veysi Tekin¹, Erol Başaranoğlu¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Hipersensitivite pnömonisi (HP); solunan, genellikle organik, bir antijene karşı gelişen immunolojik yanıt ve akciğerde parankimal değişikliklerle karakterize bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. “Ekstremsel Allerjik Alveolit” ve “Aşırı Duyarlılık Pnömonisi” olarak da bilinmektedir. Çiftçi akciğeri ve kuş besleyicileri akciğeri HP etyolojisinde en bilinen çeşitler olup, 300’den fazla etiyolojik ajan hastalığın nedeni olarak tanımlanmıştır. Mesleksel HP’nin prevalansı farklı meslek grupları, ülke, bölge, iklim şartları, kişisel özelliklere göre değişebilmektedir. Hipersensitivite pnömonisinden şüphelenilen olgularda ayrıntılı meslek öyküsü ve maruziyetlerin sorgulanması önemlidir. Termik santralde yakıt olarak kullanılan tavuk altları, tavuk gübresi ve pamuk balyaları maruziyeti sonrası gelişen HP olgusu etyolojide nadir bir meslek olması nedeni ile sunuldu.

Olgu: 37 yaşında erkek hasta nefes darlığı, öksürük, balgam şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Hasta benzer şikayetlerle 1 ay önce dış merkezde yatarak tedavi görmüştü. Antibiyotik, inhale steroid+beta2 agonist tedavisine yanıt almayan hasta işe başladıktan sonra şikayetleri. nüks etmişti. Bilinen kronik hastalığı olmayan hastanın meslek öyküsünde termik santralde saha operatörü olarak çalıştığı ve santrale yakıt sağlamak için çiftliklerden tavuk gübreleri, mısır sapları, pamuk balyası teminini sağladığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde oskultasiyonda bilateral orta ve alt alanlarda ral duyuluyordu. Oda havasında oksijen satürasyonu %92, nabız:129/dk idi. Laboratuvarında beyaz küre:12.000, CRP:22 mg /dL ve diğer değerler normaldi. Akciğer grafiğinde sağ orta ve alt zonda minimal opasiter alanlar ve sol orta zonda opasiter görünüm mevcuttu (Resim 1-A), Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide; bilateral sentrilobular nodüller, hava hapsi alanları ve retiküler görünüm mevcuttu (Resim 1-B). Transtorasik ekokardiografi normal sınırlarda idi. Kollajen doku paneli negatif olarak sonuçlandı. Bronkoskopide, sağ akciğer orta lob medial segmente bronkoalveoler lavaj (BAL) ve sağ alt lobdan transbronşial biyopsi yapıldı. BAL sitolojisi; bening sitolojik bulgular ve yaymalarda spesifik bulgu görülmedi şeklinde raporlandı. BAL hücre sayımında CD4/CD8 oranı 0,5 ve Lenfosit yüzdesi: %40 ölçüldü. Transbronşial biyopsi patoloji sonucu granülomatöz inflamasyon olarak raporlandı. Hastaya metilprednizolon tedavisi başlandı. Klinik iyileşme sağlanan ve semptomları düzelen hasta, idame metilprednizolon tedavisi ile taburcu edildi. Kontrol akciğer grafisinde radyolojik düzelme görüldü. (Resim 1-C).



Resim 1 A-Başvurudaki akciğer grafisi B-Başvurudaki yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi C-Tedavi sonrası akciğer grafisi

Tartışma-Sonuç: Meslek hastalıkları önlenabilir hastalıklardır ve bu yüzden risk altındaki çalışanların sağlık gözetimi ile bu hastalıkların önüne geçilebilir. Hipersensitivite pnömonisi mesleksel maruziyetlere bağlı gelişebilen ve maruziyet devam ettiği sürece ilerleyici olabilen önemli bir mesleksel solunum sistemi hastalığıdır. Dünyada ve ülkemizde HP, mesleksel solunum sistemi hastalıkları içinde daha az ilgilenilen bir hastalık olarak görülmektedir. Mesleksel HP’nin prevalansı farklı meslek grupları, ülke, bölge, iklim şartları, kişisel özelliklere göre değişebilmektedir. HP tanısından şüphelenilen bir olguda diğer anamnez bilgilerinin yanısıra ayrıntılı meslek öyküsü ve maruziyetlerinin sorgulanması tanı sürecinin doğru yönetilmesi ve erken dönemde maruziyetin engellenmesi açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipersensitivite Pnömonisi, Termik Santral, Pamuk Balyası, Tavuk Gübresi, Meslek Hastalığı

PS-218 Abortus Sonrası Tanı Konulan Nadir Bir Kistik Akciğer Hastalığı: Lenfanjiyoleiomyomatozis

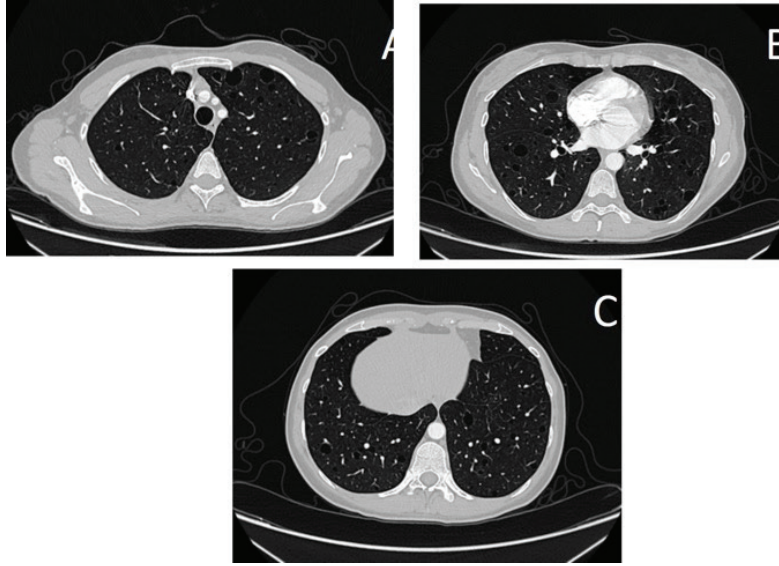
Sibel Günay¹, Ayşegül Karalezli¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş-Amaç: Lenfanjiyoleiomyomatozis (LAM) genelde doğurganlık çağında kadınlarda görülen ve akciğerde kistik lezyonlarla seyreden nadir bir hastalıktır. Nefes darlığı en sık semptomdur. Semptomlar bazen östrojen replasman tedavisi (oral kontraseptif kullanımı/ovulasyon indüksiyonu) alırken veya gebelikte ortaya çıkabilir. Biz de 37 yaşında artan efor dispnesi yakınması ile kliniğimize başvuran ve LAM tanısı konulan hastayı sunduk.

Olgu: 37 yaşında kadın hasta 4 aydır hızlı yürürken ve merdiven çıkarken artan nefes darlığı yakınması ile başvurdu. Hastanın bir yaşayan çocuğu vardı ve 3 ay önce de bir kez 10 haftalık abortus öyküsü mevcuttu. Sigara kullanımı mevcut değildi. Bağ dokusu parametreleri negatif idi. Akut faz reaktanları normal sınırlarda idi Toraks BT görüntülemesinde emboli mevcut değildi. Bilateral akciğer parankiminde büyüğü 2 cm boyutlu çok sayıda dağınık yerleşimli ince cidarlı hava kistleri izlendi. Abdomen ultrasonunda sağ böbrek orta düzeyinde anjiyomiyolipom (AML) mevcuttu. Solunum fonksiyon testi normal sınırlarda idi. Hasta interstisyel akciğer hastalığı konseyinde LAM olarak değerlendirildi. Hasta takibe alındı.

Resim 1



Hastanın toraks tomografisi kesitlerinde yaygın kistik lezyonlar izlenmektedir

Tartışma-Sonuç: LAM kadınlarda, doğurganlık çağında sık görülen ve özellikle östrojen replasman tedavisi veya gebelik ile tetiklenebilen nadir kistik akciğer hastalığıdır. Toraks BT'de tipik kistik bulgular ve AML düşündürülen renal lezyonları olan hastalarda ileri inceleme olmadan LAM tanısı konulabilir. Biz de abortus sonrası nefes darlığı yakınması olan bu hastayı literatür eşliğinde sunduk.

Anahtar Kelimeler: Lenfanjiyoleiomyomatozis, İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Gebelik, Kistik Akciğer



PS-219 Tüberküloz'u veya Pnömoni'yi Taklit Eden Kronik Eozinofilik Pnömoni Olgusu

Sena Tunc¹, Mehmet Atilla Uysal¹, Elif Yelda Niksarlıoğlu¹, Nihan Kurt Gürer¹, Neval Alagöz¹, Batuhan Alp Zor¹, Ayşe Nur Yılmaz¹

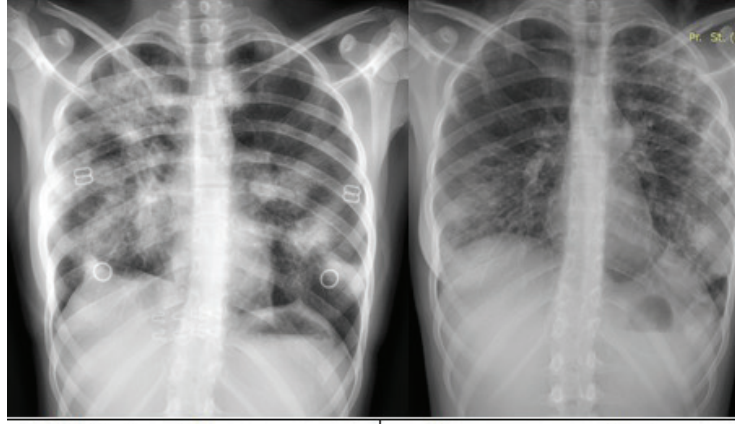
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Kronik Eozinofilik Pnömoni (KEP), etiyolojisi bilinmeyen nadir bir interstisyel pnömoni olup, alveol duvarında kalınlaşma ile alveoller ve interstisyumun her ikisinde de eozinofil ve lenfositlerin infiltrasyonu ile karakterizedir. KEP, idiopatik eozinofilik akciğer hastalıkları içinde yer alan, nadir görülen bir hastalıktır. Genellikle iki haftadan uzun süren solunumsal semptomların varlığı, BAL ve/veya periferik kan eozinofilisi, radyolojik olarak periferik domans gösteren akciğer infiltratları ve sebebi bilinen eozinofilik akciğer hastalıklarının dışlanması ile tanı konulur. Bu olgumuzda invaziv yöntemlerle KEP tanısı alan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: On sekiz yaş kadın hasta dört hafta süren öksürük, ateş, %10 kilo kaybı ile dış merkeze başvurmuş. Bakılan C-reaktif protein (CRP) değeri 206 mg/L nötrofil:8.66 e3/uL lökosit:12.13 e3/uL eozinofil:0.99 e3/uL saptanan hastanın çekilen posteroanterior akciğer grafisinde (PAAG) bilateral yaygın dağınık infiltrasyon ve konsolidasyon alanları gözlenmesi üzerine makrolid tablet 500mg 2*1 başlanmış. Antibiyoterapi altında semptomlarında artış gözlenen hasta tarafımıza başvurduğunda vitallerinde saturasyonu %95, ateş: 37.8 kan basıncı 112/60 mm/Hg olarak değerlendirildi. Solunum sistemi muayenesinde bilateral yaygın ince raller oskulte edildi. Hastanın ayrıntılı anamnezi sorgulandığında bilinen kronik hastalık öyküsü ve sigara kullanımı olmadığı öğrenildi. Özellikle bir temas ve ilaç öyküsü yoktu. Anamnezinde astım aile öyküsü, alerji yakınmaları yoktu. Başvuru anında alınan kanlarında CRP: 138 mg/L nötrofil:14,33 e3/uL lökosit:16.17 e3/uL eozinofil:0.97 e3/uL Total Ige:132 kU/L olarak saptandı. Çekilen toraks bilgisayar tomografisinde her iki akciğerde dağınık yerleşimli kollaps konsolidasyon alanları, buzlu cam opasiteleri ve parankim distorsiyonu oluşturan bant yapıları mevcut olan hasta tüberküloz ön tanısıyla interne edildi. Hastaya klinik radyolojik olarak tam doz antitüberküloz tedavi başlandı. Takiplerinde alınan 3 balgam örneğinde arb negatif sonuçlanması üzerine interstisyel akciğer hastalıkları ön tanısıyla romatolojik markerları istendi, negatif sonuçlandı. Total Ige yüksekliği olan hastanın gaita mikroskopik incelemesinde mikroorganizma saptanmadı. Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı, endobronşial lezyon izlenmedi. Hastanın sağ akciğer üst lob posterior ve alt lob superior segmentinden brons lavajı alındı. Hastanın alınan bronş lavajında tbc PCR, asidorezistans basil (ARB) ve nonspesifik kültür negatif olarak saptandı. Sitolojik inceleme nondiagnostik yayma şeklindeydi. Tedavi altında klinik, radyolojik ve laboratuvar olarak progresyon gözlenen hastanın antitüberküloz tedavisi sonlandırıldı. Hastaya vats (video assisted thoracic surgery) yapıldı. Alt lob ve lingula wedge rezeksiyonu patoloji sonucu "kronik eozinofilik pnömoni" ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın patolojik tanısı kesinleştikten sonra metil prednizolon 1mg/kg/gün iv (50mg/gün) dozundan tedavisi başlandı. Takibinin 45. gününde çekilen PAAG de regresyon gözlenen hastanın takip ve tedavisi göğüs hastalıkları servisimizde devam etmektedir.

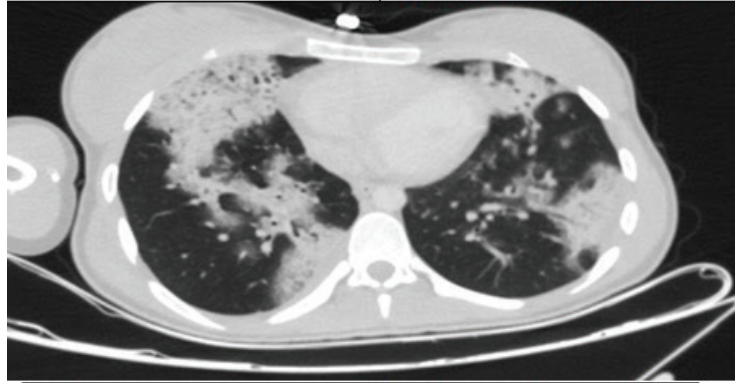
Tartışma-Sonuç: KEP sıklıkla orta yaş kadınlarda görülen, düzelmeyen astım benzeri uzun süreli solunum sistemi semptomları ve bilateral periferik pulmoner infiltrasyon varlığında, periferik kan veya BAL sıvısında eozinofili olmasa bile akla gelmesi gereken bir hastalıktır. KEP'in kortikosteroid tedavisine cevabı çok iyidir. Tedavi başlangıcı ile 24-48 saat içinde semptomlarda düzelme, 10 gün içinde pulmoner opasitelerde dramatik düzelme izlenmektedir. 0.5-1 mg/kg/gün dozunda metilprednizolon ile başlanarak, klinik yanıt ve eozinofildeki düşüşe göre 6-12 ay içinde dozun azaltılması önerilmektedir. Sonuç olarak tüberküloz düşünülen, anti tüberküloz tedaviden yanıt alınamayan klinik ve radyolojik progresyon izlenen hastalarda ayırıcı tanı yapılmalıdır. Tedavi ile hastalığın seyrinin yakından izlenmesi beklenen biçimde gerileme göstermeyen olgularda akciğerin VATS ile örneklenmesi önerilir.

Posteroanterior akciğer grafisi ve toraks bilgisayarlı tomografisi



Şekil 1: Hastanın ilk başvuru posteroanterior akciğer grafisi

Şekil 2: Hastanın 1 mg/kg/gün iv metil prednizolon tedavisi sonrası posteroanterior akciğer grafisi



Şekil 3: Hastanın başvuru anındaki toraks bilgisayarlı tomografisi

Anahtar Kelimeler: Kronik Eozinofilik Pnömoni, VATS (Video Assisted Thoracic Surgery), Metil Prednizolon



PS-220 Plevral Efüzyonla Prezente Olan Eozinofilik Akciğer Hastalığı Bir Olgu Sunumu

Ozan Abuzer Biçen¹, Aslı Biçen², Betül Kınık², Kaan Kara², Seda Tural Önür²

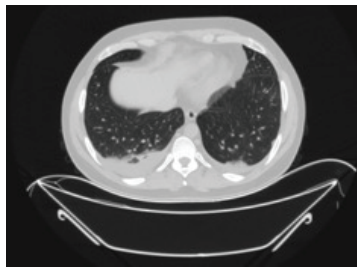
¹Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Kronik eozinofilik pnömoni, birkaç hafta süren öksürük, nefes darlığı, halsizlik ve yaygın pulmoner infiltrasyonlarla birlikte kilo kaybı ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. İnsidans (kişi başına yıllık 0.23-7/100.000) ve prevalans (kişi başına yıllık 1-42/100.000) geniş bir dağılım göstermektedir. Genetik bir risk faktörü bilinmeyen ve orta yaşlarda çoğunlukla kadınlarda görülen hastalığın seyri boyunca altta yatan astım ve atopi öyküsüne saptanabilir. Tipik klinik özellik astımlı bir hastada enfeksiyonu taklit eden tablo olmasıdır. Antibiyotik tedavisi ile düzelme bilateral periferik infiltrasyon varlığında kanda eozinofili saptanması ile akla gelmelidir. Daha tipik özellik ise steroid tedavisine alınan dramatik yanıttır. Hastaların %60-90'ında gözlenen, en belirgin klinik prezentasyon orta derecede nefes darlığıdır.

Olgu: Otuz beş yaşında erkek hasta beş gündür devam eden öksürük, ateş, nefes darlığı, kilo kaybı şikayetleriyle acil birimimize başvurdu. Anamnezinde 15 paket/yıl aktif sigara içicisi, ilaç ve madde kullanım öyküsü yok. Kronik hastalık öyküsü olmayan hasta taksi şoförlüğü yapmaktaydı ve İstanbul'da yaşamaktaydı, hobilerinde özellik bulunmamaktaydı. Tarafımıza başvurmadan üç gün önce de nefes darlığı ile acil birimine başvurmuş ve oral antibiyoterapi tedavisine (siprofloksasin) başlamış. Ancak şikayetlerinde düzelme gözlenmeyen hastanın acilimizde istenen kan tetkiklerinde eozinofilik lökositoz ve akut faz reaktanlarında artış saptandı: CRP=64.6 mg/l fibrinojen=603 mg/dl, eozinofil#=13520 hücre/mcl, WBC=19.55 hücre/mcl. Hastanın toraks BT'sinde sağ akciğerde derinliği 26 mm, solda ise derinliği 22 mm çapında ölçülen plevral efüzyonlar ve efüzyona komşu parankim alanlarında lenfatik formda retiküler dansiteler ve peribronşiyal kalınlaşmalar eşlik etmekteydi (Figür 1). Balgam ARB ve kültür tahlillerinde patoloji saptanmadı. PPD anerjik bulundu. TİT ve gaitada özellik saptanmadı. Solunum fonksiyon testinde; FVC: 3,19 lt (%73,52), FEV1: 2,44 lt (%66,93), FEV1/FVC: %94,69. Plevral mayiiden eksüda vafında, %100 lenfosit karakterinde, sitolojide atipik hücre ve mikroorganizma görülmedi. Ancak anlamlı patoloji saptanmaması üzerine hastaya bronkoalveolar lavaj (BAL) işlemi uygulandı; eozinofil: %36, lenfosit: %14, nötrofil: %1, makrofaj: %43 saptandı. CD4/CD8 oranı:6.08 saptandı. Transbronşiyal biyopsi patoloji sonucunda; doku eozinofilisi dışında kayda değer özellik görülmedi. Hastanın romatolojik kan tahlillerinde anlamlı değer saptanmadı. Hastaya oral kortikosteroid tedavisi başlandı. Bir hafta sonra hastanın eozinofil sayısı 13520 hücre/mcl'den 420 hücre/mcl'ye geriledi. Şikayetlerinde düzelme gözlemlendi. BAL'da doku eozinofilisi bulunan ve diğer klinik tanıların ekartasyonu yapılan hastada oral kortikosteroid tedavisi sonrası klinik düzelme ile eozinofilide gerileme saptandı. Kronik eozinofilik akciğer hastalığı tanısıyla hasta kliniğimizce aralıklı takip edilmektedir.

Figür 1



Toraks BT'de sağ akciğerde derinliği 26 mm, solda ise derinliği 22 mm çapında ölçülen plevral efüzyonlar

Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak, kronik eozinofilik akciğer hastalığı çeşitli klinik prezentasyonlar ile karşımıza gelebileceği gibi radyolojik olarak sıklıkla yamalı infiltrasyon olarak karşımıza çıkmaktayken plevral efüzyonla prezente olan hastalarda tam kan tahlilindeki eozinofilinin dikkatli incelenmesi gerekmektedir. Klinik düzelme gözlenmeyen hastalarda plöropnömoni hastalarının ayırıcı tanısında diğer ön tanımlar (Kronik eozinofilik akciğer hastalığı vb) göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik Akciğer Hastalıkları, Plevral Effüzyon

Poster Bildiri Oturumu 12: İnterstisyel Akciğer Hastalıkları

PS-221 Birt Hogg Dube Sendromu Olgusu

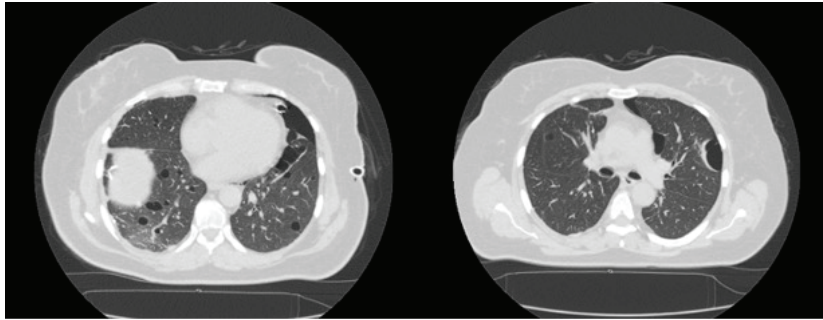
Azime Demirel Aydın¹, Nilgün Yılmaz Demirci¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Birt-Hogg-Dube sendromu (BHDS) klinik olarak fibrofoliküloma, trikodiskoma, akciğerde kistler, spontan pnömotoraks ve böbrek tümörleri ile karakterize otozomal dominant bir sendromdur. Bu sendroma follikülün (FLCN) genindeki mutasyonlar neden olur. Spontan pnömotoraks ve kistik akciğer hastalıkları etyolojilerinin değerlendirilmesinde BHDS'nun ayırıcı tanılarda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: Kırk altı yaşında sigara kullanımı olmayan kadın hasta kontrol amaçlı polikliniğimize başvurdu. Hikayesinde 10 yıl önce sağ akciğer üst lobda büllektomi operasyonu öyküsü olduğu, bir ay önce nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurduğu, pnömotoraks saptandığı, tüp torakostomi uygulandığı öğrenildi. Acil başvurusunda çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde; sağ alt zonda hafif düzeyde buzlu cam dansiteleri, yer yer plevral çekinti ve parankim distorsiyonu oluşturan dansiteler ile bronşial genişlemeler, alt loblarda daha belirgin olmak üzere her iki akciğerde çok sayıda hava kistleri sol hemotoraksta pnömotoraks hattı izlendi (Resim-1 Resim-2). Romatolojik hastalık düşündürülen semptom ve bulguları olmayan hastada bağ doku belirteçleri negatif saptandı. Birt Hogg Dube Sendromu ön tanısı olan hasta fibrofolliküloma açısından araştırılmak üzere dermatolojiye konsülte edildi. Hastanın yüzünde ve boynunda deri rengi papülleri görülmüş olup deri biyopsisi yapıldı ve biyopsi sonucunda fibrofolliküloma ile uyumlu raporlandı.

RESİM-1 RESİM-2



Resim-1

Resim-2

Tartışma-Sonuç: BHDS insidansı bilinmemektedir. Etiyolojide tümör baskılayıcı gen olan folikülün proteinini kodlayan folikülün genindeki (FLCN) germline varyantları neden olur. BHDS tanısı aşağıdaki kriterlerden bir veya daha fazlasının varlığına göre yapılır; Klinik ve histolojik olarak konfirme edilmiş fibrofolikülom ve/veya trikodiskom varlığı-FLCN gen mutasyonunun saptanması-Kırk yaşın altında spontan pnömotoraks öyküsü olan veya olmayan, öncelikle akciğerin bazal bölgelerinde bulunan çoklu bilateral pulmoner kistler, ailede benzer pulmoner belirtiler olması-Ailede <50 yaş bilateral renal karsinomlar veya hibrit onkositik tümörler olması-Hastada veya aile üyelerinde kutanöz, pulmoner veya böbrek bulgularının bir kombinasyonu olması. Hastamızda histolojik konfirme edilen fibrofollikülom olması, spontan pnömotoraks öyküsü olması ve akciğerde multipl kistler olması nedeniyle BHDS tanısı konuldu. BHDS hastalarında ve birinci derece akrabalara genetik test ve danışmanlık önerilmeli, renal kanserler açısından takip edilmelidir. Hastamızın genetik süreci devam etmekte olup yaşam tarzı değişiklikler ile gerekli bilgilendirmeler yapıp takip edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Spontan Pnömotoraks, Fibrofolliküloma, Pulmoner Kistler, Renal Karsinomlar



PS-222 Nadir Bir Hastalık: Eozinofilik Granülomatöz Polianjitis Olgusu

Dilan Yaşar¹, Fatma Demirci Üçsular¹

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

Giriş-Amaç: Eskiden Churg-Strauss sendromu olarak bilinen polianjiitli eozinofilik granülomatosis (EGPA), nadir görülen, multisistemik, immün aracılı inflamatuvar hastalıktır. Geç başlangıçlı astım, kan ve doku eozinofilisi ve küçük-orta damar vaskülitisiyle karakterizedir. EGPA'da astım, nazal ve sinüs semptomları ve periferik nöropati yaygındır. Kilo kaybı, ateş, miyalji, artralji, cilt tutulumu, pulmoner opasiteler, kardiyomiyopati, böbrek hastalığı ve gastrointestinal tutulum başlangıçta olabilir veya sonrasında gelişebilir. EGPA'nın %40-70'inde pulmoner infiltrasyon en tipik bulgudur. Bilgisayarlı tomografide (BT) buzlu cam opasifikasyonu, sentrilobüler nodüller, bronşiyal duvar kalınlaşması görülebilir. Bilateral pulmoner opasite görülen ve Covid pnömonisi şüphesiyle takip edilen ve EGPA tanısı alan hastamızı sunacağız.

Olgu: 49 yaş erkek nefes darlığı, öksürük ateş yüksekliğiyle başvurusunda ateş:38°C, SpO2:%96 ölçüldü. Diğer vitalleri olağandı. Astım ve kronik sinüzit tanıları vardı.20 paket/yıl sigara öyküsü olup exsmokerdı. Toraks BT'de her iki akciğerde yaygın, orta ve alt zonlarda yoğun izlenen fokal konsolidatif lezyonlar ve buzlu cam infiltrasyonları görüldü ve hasta Covid pnömonisi ön tanısıyla interne edildi.3 adet Covid PCR testi negatifti.Kre:1,04 mg/dl,CRP:160 mg/L ,Hgb:15,9,Eosinofil:3600 idi. Total IgE:1250 IU/ml ve TİT'te proteinüri saptandı. Batın USG(ultrasonografi) ve renal USG'de patoloji saptanmadı. P-ANCA pozitif. Fiberoptik bronkoskopi ile bronkoalveoler lavaj'da %50 makrofaj, %35 eozinofil,%3 lenfosit,%12 nötrofil lökosit görüldü. Kültürlerde üreme olmadı. Sağ akciğerde üst lobdaki konsolidasyondan TTİİAB (transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi) ile hemorajik zeminde nekroz, belirgin eozinofil, granülom benzeri yapı oluşturan histosit grubu, pnömosit, lenfosit ve fibroblast izlendi. Batın ve boyun BT'de patoloji görülmeydi. Romatoloji ve hematoloji konsültasyonunda ek öneri olmadı. Kardiyoloji bakımında LVEF %33,sol ventrikül duvar hareketleri hipokinetik görüldü. Hastada astım, kronik sinüzit öyküleri olması, bilateral pulmoner konsolidasyon, periferik eozinofili ve BAL'da eozinofil hakimiyeti ve biyopside eozinofil içeren nekrotizan granülatöz enflamasyon olması sebebiyle EGPA tanısıyla hastaya 1 mg/kg/gün metilprednizolon başlandı. Hastanın steroid tedavisi sonrası şikayetlerinde ve radyolojisinde regresyon görüldü. Hasta tedavisinin 3.yılında 4 mg metilprednizolon ile takip edilmektedir.

Hastanın başvurusundaki BT toraks görüntüsü



Tartışma-Sonuç: EGPA'nın klinik özellikleri birkaç evrede gelişir, ancak bu evreler her zaman açıkça ayırt edilemez. Astım, alerjik rinit ve sinüzitin görüldüğü prodromal aşamayı takiben eozinofilik ve vaskülitik faz görülür. EGPA'lı hastaların %40'ı sistemik vaskülit gelişmesinden önce pulmoner opasiteler, astım ve periferik eozinofili ile başvurur. Özellikle astım tanılı, pulmoner infiltrasyonu ve periferik eozinofilisi olan hastalarda EGPA tanısını düşünmeliyiz.

Anahtar Kelimeler: Eozinofili, Astım, Eozinofilik Granülomatöz Polianjitis, Pnömoni, Churg Strauss Sendromu



PS-223 Ankilozan Spondilite Bağlı Akciğer Tutulumu: Olgu Sunumu

Sait Akgüç¹, Veysi Tekin¹, Rupel Ezgi Yıldırım¹, Esra Kada¹, Reşit Emre Duruk¹, Avesta Yakut Çağlın¹, Hadice Selimoğlu Şen¹

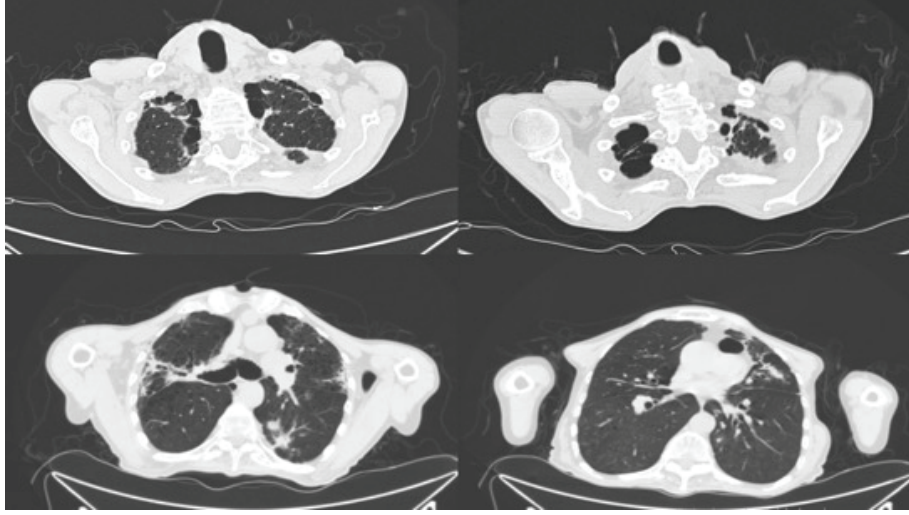
¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Ankilozan spondilit (AS) etiyolojisi bilinmeyen çoğunlukla sakroiliak eklemleri, aksiyal iskeleti ve büyük periferik eklemleri etkileyen inflamatuvar bir hastalıktır. Özellikle hastalığın ilerleyici seyrettiği ve periferik eklem tutulumunun erken yaşta gözlemlendiği hastalarda ekstraartiküler tutulum daha sık olarak görülmektedir. Ankilozan spondilitin ekstraartiküler bulguları olarak oküler, renal, kardiyak, nörolojik ve pulmoner tutulum sayılabilir. Apikal fibrobüllöz hastalık, miçetom formasyonu, plevra kalınlaşması, plevra effüzyonu, ampiyem, pnömotoraks, kor pulmonale bugüne dek tanımlanmış olan akciğer patolojileridir. Kostovertebral ve kostosternal eklemlerin ankilozu sonucunda oluşan göğüs ekspansiyonunun sınırlanması, diğer bir akciğer tutulumu şeklidir. Göğüs ekspansiyonunda oluşan bu kısıtlanma ise restriktif tipte solunum bozukluğuna ait bulguları ortaya çıkarmaktadır. Apikal fibrobüllöz hastalık, her iki apekte yamalı konsolidasyon şeklinde başladıktan sonra apikal plevra kalınlaşması ve bilateral fibrozis gelişir. Histolojik olarak nonspesifik kronik inflamasyon ve fibrozis izlenir. Radyolojik olarak lezyonlar sıklıkla tüberküloz taklit eder. Apikal fibrobüllöz hastalık şeklinde pulmoner tutulum gösteren ankilozan spondilit olgusu, pulmoner tutulum bulgularına ve ayırıcı tanıya dikkat çekmek amacıyla sunuldu.

Olgu: Ankilozan spondilit kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) ve bronşektazi tanıları ile takipli 67 yaşında erkek hasta 5-6 yıldır devam eden ve 15 gündür artan eforla nefes darlığı, göğüs kafesinde yaygın ağrı, öksürük ve balgam yakınmaları ile başvurdu. Hastanın 30 paket/yıl sigara öyküsü olup, öz ve soy geçmişi herhangi bir özellik ve tüberküloz geçirme öyküsü yoktu. Yaklaşık bir yıldır inhaler bronkodilatör +steroid tedavisi kullanıyordu. Solunum muayenesinde oskültasyonda bibaziller kaba raller mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT (2023 tarihli)); sol akciğer üst lobda ve en büyüğü sağ akciğer üst lobda yaklaşık 18 x 16 mm boyutunda düzensiz spiküle konturlu nodüler yumuşak doku dansiteleri izlenmekte olup bu düzeyde plevraya uzanan lineer dansiteler mevcuttur. Her iki akciğer üst loblarda daha belirgin olmak üzere amfizematöz alanlar ve bül -blep formasyonları, retiküler dansite artışları izlenmektedir. Sağ akciğer alt lobda, sol akciğer üst lobda yer yer yamasal tarzda düzensiz konturlu nodüler yumuşak doku -konsolide alanlar izlenmektedir. 2015 yılına ait toraks BT ile karşılaştırmalı incelemede lezyonlarda belirgin farklılık ve progresyon izlenmemiştir. Ankilozan spondilit tanısı olan hastada, tüberküloz geçirme öyküsü de olmadığından görünüm akciğer tutulumu lehine değerlendirilmiştir, şeklinde raporlandı (Resim1). Rutin laboratuvarında sedimentasyon ve CRP yüksekliği mevcuttu. Tekrarlayan balgamda aside rezistans basil (ARB) incelemesi negatif geldi. Bronkoskopi ile bronkoalveoler lavaj (BAL) yapılan hastanın lavaj örneklerinde ARB negatif raporlandı. Balgam ve BAL nonspesik ve tüberküloz kültür sonuçları negatif sonuçlandı. Radyolojik lezyonlarının 7 yıldır aynı şekilde sebat ettiği görülen hasta takibe alındı.



Resim 1



Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral, fibrotik değişiklikler

Tartışma-Sonuç: Bağ dokusu hastalıkları heterojen bir hastalık grubudur ve akciğerler sıklıkla etkilenir. Akciğerin tüm sahaları tutulabilir ve çoğunlukla bunların değişik derecelerde kombinasyonları söz konusudur. Ankilozan spondilitte; sigara öyküsü, erkek cinsiyet, eklem dışı başka tutulum varlığı, uzun hastalık süresi ve şiddetli hastalık interstisyel tutulum için risk faktörleridir. Apikal fibrobüllöz hastalık en sık görülen pulmoner tutulum şeklidir. Çoğunlukla ilerlemiş hastalıkta ve genellikle bilateral görülür. Hastalar asemptomatik olabileceği gibi öksürük, balgam ve dispne şikayetleri olabilir. Klinik, radyolojik ve fonksiyonel bulgular tanı koymada çoğunlukla yeterli olduğundan biyopsiye gerek görülmez, ancak yapılan az sayıda çalışmada UIP, NSIP, LIP, organize pnömoni paternleri saptanmıştır. Yaşam kalitesini ve hastalığın prognozunu etkileyen, solunum sistemi tutulumuna etki eden faktörlerin bilinmesi ve pulmoner tutulumun erken tanınması önem arz eder.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan Spondilit, İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Apikal Fibrozis

PS-224 İPF Ön Tanısı ile Yönlendirilen Hastada Yeni Tanı: Skleroderma

Dildar Duman¹, Rabia Yurt¹, Fatih Sarıtaş²

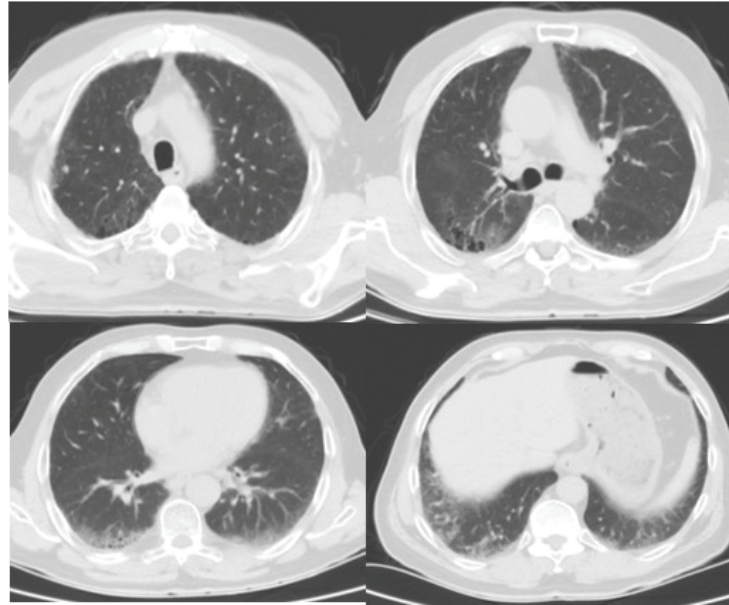
¹SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Haydarpaşa Numune EAH Romatoloji Kliniği

Giriş-Amaç: Skleroderma, çoğunlukla genç ve orta yaşlı kadınları etkileyen immün düzensizlik ve ilerleyici fibrozis ile karakterize, tipik olarak cildi etkileyen, değişken iç organ tutulumu olan otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Günümüzde interstisyel akciğer hastalığı, sistemik skleroz hastaları arasında %30'a varan prevalans ve %40'a varan 10 yıllık mortalite ile en yaygın ölüm nedenidir. Olgumuz ileri yaş erkek olması, sistemik bulgusunun olmaması ilk prezantasyonunun akciğer tutulumu olması nedeniyle sunuldu.

Olgu: 63 yaşında aktif smoker erkek hasta nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile başvurdu. Dış merkezde çekilen toraks bt si üzerine ipf ön tanısı ile tarafımıza yönlendirdi. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde son 1 yıldır öksürük ve nefes darlığı şikayetinin arttığı, bunun dışında herhangi bir halsizlik, kilo kaybı ya da eklem ağrısı gibi sistemik şikayetlerinin olmadığı öğrenildi. Hastanın toraks HRCT si incelendiğinde: Özellikle alt alanlarda bazallerde belirgin olan buzlu cam ve buzlu cama eşlik eden interlobüler septal kalınlaşmalar, üst alanlarda ise paraseptal amfizematöz değişiklikler ve bilateral akciğerde milimetrik birkaç adet nodül izlendi. (Şekil 1) Hasta fonksiyonel açıdan değerlendirildiğinde FVC:3,54 %87 DLCO:5,02 %55 bulundu. Buzlu cam hakimiyeti ve inflamasyonun ön planda olduğu hastadan RF, ANA, ANCA ve ENA profili istendi. RF:38, anti SCL 70: pozitif saptandı. Hasta romatolojiye yönlendirildi. Romatoloji tarafından değerlendirilen hastaya skleroderma tanısı konularak hastaya mikofenolat mofetil tedavisi başlandı. Hasta immunsupresif tedavi ile takip altına alındı.

Şekil 1



Buzlu cam alanları ve nodüler görünüm

Tartışma-Sonuç: Bağ dokusu hastalıklarının ilk bulgusu akciğer tutulumu olabilir. Radyolojik olarak buzlu cam hakimiyeti ve NSIP öncelikli olmak üzere UIP varlığında da romatolojik hastalıkların dışlanması gerekir. İnterstisyel akciğer hastalığı tablosu ile başvuran olgularda sistemik bir bulgusu ve bilinen bir romatolojik hastalığı olmasa da kolajen doku hastalığı akciğer tutulumu olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Skleroderma, İAH, Anti SCL-70



PS-225 Pulmoner Alveoler Proteinozis

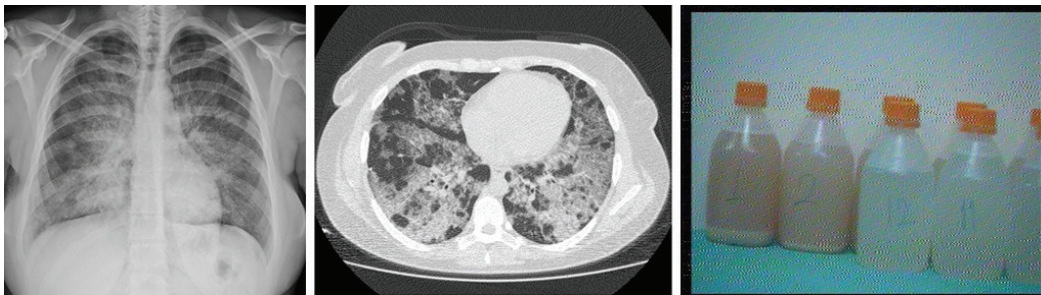
Ömer Kağan Gül¹, Zehra Dilek Kanmaz¹, Tuğba Mandal Zirek¹, Amine Söylemez¹, Merve Bayrak¹, Mertcan Tağı¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner alveoler proteinozis (PAP) alveollerde periodic acid-Schiff (PAS) (+) boyanan fosfolipoproteinöz materyalin birikimi ile karakterize, etyolojisi bilinmeyen, nadir görülen diffüz bir akciğer hastalığıdır. Primer (konjenital), idiopatik ve sekonder tip olmak üzere üç formu tanımlanmıştır. İlk olarak Rosen, Castleman ve Liebow tarafından tanımlanmıştır. Hastalığın tahmini prevalansı 100.000'de 1'dir. Etiyopatogeneizde ilaçlar, mikobakteri ve mantar infeksiyonları, toz maruziyeti ve malign hastalıklar gibi birtakım faktörler sorumlu tutulmakla birlikte çoğu zaman altta yatan bir neden bulunamaz. Tanıya sıklıkla biyopsi örneği veya segmental lavaj ile alınan intraalveoler materyalin PAS (+) boyanması ile ulaşılır ve açık akciğer biyopsisi kesin tanı için en emin yoldur. Tedavi masif akciğer lavajıdır. GM-CSF tedavisi günümüzde uygulanmakla birlikte, hastalığın konjenital formunda yeri yoktur. Nadir görülen bir hastalık olan PAP ile ilgili farkındalığı arttırmak. Hastalığın uzun dönem prognozu ve seyri açısından somut bir örneği paylaşmak.

Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan nefes darlığı şikayetiyle 9 yıl önce polikliniğimize başvuran 40 yaşındaki kadın hasta, çekilen akciğer grafisinde (Şekil: 1) bilateral yaygın dansite artışları saptanması üzerine hastadan istenen Yüksek Çözünürlüklü Bilgisayarlı Tomografi (YÇBT)'de (Şekil: 2) iki akciğerde yaygın yama tarzında, yer yer birleşme eğiliminde buzlu cam görünümü izlenmiştir. Alınan arteriyel kan gazı normal saptandı, akciğer karbon monoksit difüzyon testi (DLCO) %45, spirometri ölçümleri FVC:2.73 %66 FEV1:1.87 %51 olarak saptandı. Hastaya tanısıl amaçlı bronkoskopi yapıldı. Endobronşiyal lezyon saptanmadı. Bronkoalveoler lavaj ve transbronşiyal biyopsi yapıldı. BAL sıvısının histopatolojik incelenmesinde, yaymalarda hemosiderin yüklü makrofajlar ile lenfositler ve nadir polimorfonükleer lökositler izlendi. Bronş mukozasında neoplazi saptanmadı. Kesin tanı elde edilmesi amacıyla hastaya tanısıl amaçlı açık akciğer biyopsisi yapıldı. Sağ akciğer alt lob laterobazal segmentten wedge rezeksiyon yapıldı. Biyopsi materyallerinin histopatolojik incelemelerinde plevrada vasküler konjesyon izlendiği, lenf nodunda reaktif antroktik değişiklikler olduğu, akciğer rezeksiyon materyalinde de pulmoner alveoler proteinozis uyumlu bulgular bulunduğu görüldü. 2015'te tanı alan hasta 9 yıldır polikliniğimizde takip ediliyor. Hastaya bu dönemde hastaya 6 defa hastane yatışı önerildi 2'si hastanın kaçması sebebiyle gerçekleşmedi. Daha önce de önerilmesine rağmen hastaya terapötik amaçlı ilk lavaj 2018 yılında yapıldı (Şekil: 3). Hastaya 2018 yılında 2, 2019 yılında 2 defa terapötik amaçlı lavaj yapıldı. 2019 Temmuz ayından itibaren 6 ayda bir kontrole gelen hastaya son kontrolünde endikasyon dışı GM-CSF ilaç başvurusunda bulunuldu.

Şekil 1



Tartışma-Sonuç: PAP hastalarında terapötik lavajın endikasyonları nelerdir? GM-CSF tedavisinin endikasyonları nelerdir? PAP hastalarının rutin kontrolleri hangi sıklıkla ve hangi tetkiklerle yapılmalıdır? PAP nadir görülen, ataklarla seyreden ve uzun süreli takip gerektiren bir hastalıktır. PAP takibi yeterli yetkinlikteki kişiler ve merkezlerde yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Alveoler Proteinozis (PAP), GM-CSF, Terapötik Masif Akciğer Lavajı

PS-226 Akciğer Nodülleri ile Prezentre olan Olguda Tanı: IPF

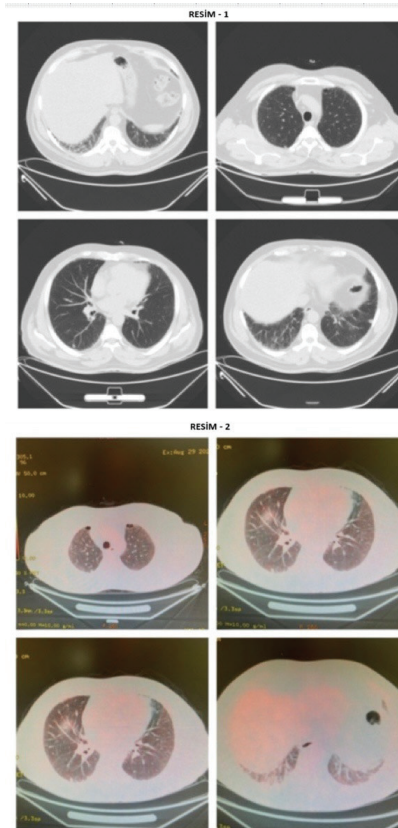
Gülizar Yumru¹, Dildar Duman¹, Mustafa Akyl¹, Hamide Gül Şekerbay¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğerde multipl nodüllerin etyolojisinde maligniteler öncelikle akla gelmekle birlikte, nodüllerin çok geniş bir ayırıcı tanısı vardır. NSIP bu ayırıcı tanıların arasında özellikle eşlik eden buzlu cam ve retikülasyon varlığında yer alır. Ancak IPF'nin akciğer nodülleri ile prezentasyonu beklenen bir durum değildir.

Olgu: 50 yaşında, bilinen bir hastalığı olmayan erkek hasta 8 aydır süren öksürük şikayeti ile başvurdu. Servis şoförü yapan hasta daha önce 13 yıl kadar boyacılık yapmış. Hastanın özgeçmişinde babasında mide CA, annesinde beyin tümörü öyküsü mevcut. Kronik öksürük nedeniyle Toraks HRCT çekilen hastanın BT'sinde her iki akciğerde en büyüğü sol alt lob laterobazalde 10 mm çapında olmak üzere birkaç adet nodül ve bilateral alt loblar ve periferde yoğunlaşan retikülasyon izlendi. (Resim 1) Solunum fonksiyon testi ve DLCO'sunda restriksiyon izlenen(FVC: %64 DLCO: %54) hastanın romatolojik belirteçleri negatif olup, romatoloji konsültasyonunda romatolojik hastalık saptanmadı. Ailede CA öyküsü olan, akciğerde nodüller izlen hastaya PET-CT çekildi ve PET-CT'de patolojik FDG tutulumu izlenmedi. (Resim 2) Hastaya NSIP? Malignite? ön tanılarıyla FOB yapıldı. FOB da normal endobronşial sistem görülen hastanın bronkoalveolar lavajında (BAL) lenfositik alveolit bulundu. Konsey kararı ile hastaya cerrahi biyopsi kararı verildi. Sol alt lob ve lingulaya VATS-wedge biyopsi yapılan hastanın patolojisi UIP olarak raporlandı. İdiopatik pulmoner fibrozis (IPF) tanısı konulan hastaya antifibrotik tedavi başlandı.

RESİM 1 - RESİM 2



Tartışma-Sonuç: Radyolojik olarak subplevral nodüllerin varlığı IPF için tipik olmamakla birlikte, retikülasyon ve fibrozis bulguları eşlik ettiğinde ayırıcı tanıda IPF akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Nodül, NSIP



PS-227 Akut İntertisyel Pnömoni ile Karışan PAP Olgusu

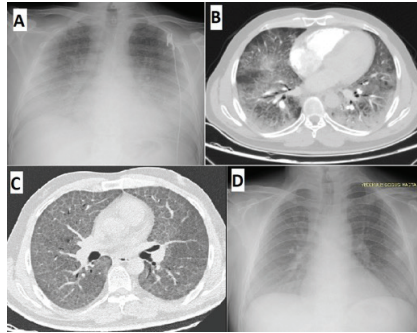
Ebru Bek¹, Demet Turan¹, Efsun Gonca Uğur Chousein¹, Celal Satıcı¹

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

Giriş-Amaç: Pulmoner alveolar proteinozis (PAP) alveollerde periodik asit-schiff (PAS) (+) boyanan fosfolipoproteinöz materyalin birikimiyle karakterize, nadir görülen diffüz bir akciğer hastalığıdır. Etiyolojisine göre idiopatik (primer), kalıtsal ve sekonder PAP olmak üzere 3 tipe ayrılmaktadır. Biz de akut intertisyel pnömoniyle karışan PAP olgumuzu nadir görülmesi sebebiyle sunmak istedik.

Olgu: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan 40 yaşında erkek hasta nefes darlığı ve öksürük şikayetiyle acilimize başvurdu. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde (PAAG) bilateral alt zonlarda infiltrasyonu olup enfeksiyon parametreleri yüksek saptanan hasta pnömoni ön tanısıyla interne edildi. Balgam kültürü, balgam ARB, viral solunum paneli ve Covid-19 PCR negatif saptandı. Takiplerinde dispnesinin artması ve desatüre olması üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografi (BT) pulmoner anjiyografide pulmoner emboli saptanmadı. Yapılan ekokardiyografide patoloji görülmedi. 3 gün 250 mg prednizolon tedavisi sonrası prednizolon dozu tedrici azaltıldı. BT'de böbrekte görülen kortikal kist nedeniyle batin ultrasonografisi yapıldı ve karaciğerde 10 cm çapında solid kitle lezyon saptandı. Bunun üzerine çekilen batin manyetik rezonans görüntülemesinde karaciğerde birkaç adet milimetrik parankimal kist ve sağ sürrenal glandda 9*8 cm lezyon saptandı. Çekilen pozitron emisyon tomografide sağ sürrenal glandda 100*88 mm kitle lezyonda heterojen yoğun artmış FDG tutulumu saptandı (SUVmax: 12.6) Girişimsel radyoloji tarafından örneklemeye yapıldı; patolojisi adenom ile uyumlu olmakla beraber eksizyonel biyopsi önerildi. Hastanın immünyetmezlik açısından testleri ve romatolojik doku markerları negatif saptandı. Hasta O2 konsantratörü raporlanıp sonuçlarla kontrole çağırılarak taburcu edildi. Taburculuktan 10 gün sonra kontrole gelen hasta PAAG'nde progresyon görülmesi üzerine tekrar interne edilip bir gün sonra yoğun bakım ünitesine alındı. Takiplerinde FiO2 ihtiyacı artan hastada akut intertisyel pnömoni düşünülerek pulse steroid başlandı. İdamesinin devam ettiği 15. günde çekilen HR-CT'de yaygın crazy paving paterni görüldü. Hastaya bronkoskopi yapıldı; alınan süt renginde materyalle makroskopik olarak PAP tanısı konuldu. Patoloji raporu da PAP ile uyumlu geldi. Önce sağ, bir hafta sonra sol total akciğer lavajı yapıldı. İşlem sonrası oda havası desatürasyonu olmayan hasta taburcu edildi.

OLGUNUN PAAG VE BT GÖRÜNTÜLERİ



A) Olgunun kötüleşen PAAG görüntüsü B) Olgunun pulmoner BT anjiyografi parankim kesiti C) Olgunun HRCT parankim kesiti D) Olgunun bilateral total akciğer lavajı sonrası PAAG görüntüsü

Tartışma-Sonuç: PAP, 20-50 yaş arasında ve erkeklerde daha fazla görülür. Etiyopatogenezinde ilaçlar, mikobakteri ve mantar enfeksiyonları, toz maruziyeti, malign hastalıklar gibi birtakım faktörler sorumlu tutulmakla beraber çoğu zaman altta yatan neden bulunamaz. Sekonder olarak gelişen PAP'ta lösemi, lenfoma, gibi altta yatan bir hematolojik hastalık veya uzun süreli kimyasal ve mineral (silikoz, alüminyum, titanyum, asbest, kadmiyum, cam fiberleri vb.) partikül maruziyeti söz konusudur. En sık semptomları giderek artan nefes darlığı ve öksürük olmakla beraber olguların 1/3'ünde semptom olmayabilir ve insidental saptanabilir. PAAG ve toraks BT'de bilateral diffüz infiltrasyon, buzlu cam görünümü ve interlobuler septumlarda kalınlaşma saptanır. Tanı bronkoskopi ile alınan bronkoalveolar lavaj sıvısının süt renginde görülmesi ve sıvının PAS pozitif boyanması ile konulur. PAP için standart tedavi total akciğer lavajıdır. GM-CSF, rituksimab, plazmaferez ve akciğer transplantasyonu diğer tedavi seçenekleridir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Alveoler Proteinozis, Pap, Pnömoni

PS-228 Múltiple Nodüllerle Seyreden ve Akciğer Metastazını Taklit Eden İki Farklı Multisistemik Hastalık: Wegener ve Multiple Myelom

Ferit Demirkıran¹, Ceyda Anar¹, Muzafer Onur Turan¹, Bünyamin Seroğullarından¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi

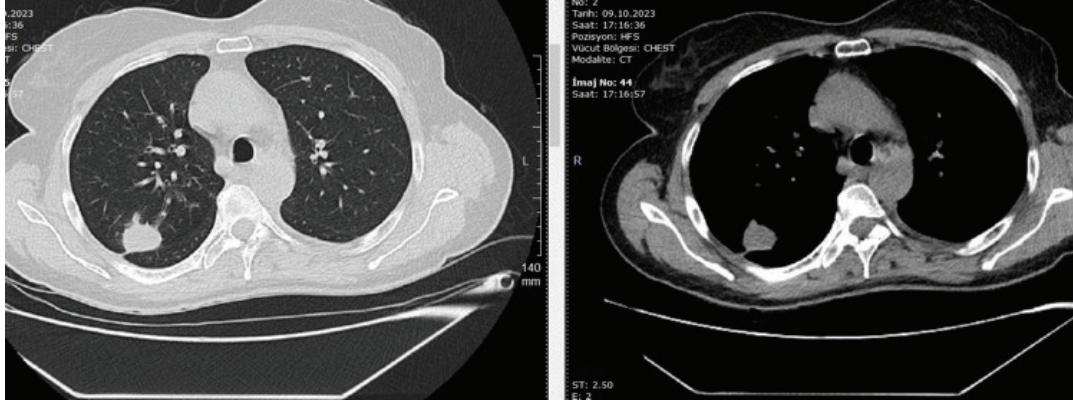
Giriş-Amaç: Multipl pulmoner nodüller, bir ya da iki akciğerde sağlam akciğer dokusuyla çevrelenmiş, iyi sınırlı, birden çok, değişik şekillerde olabilen lezyonlardır. Multipl pulmoner nodüllerin % 95'den fazlasının etyolojisini metastatik oluşumlar veya tüberküloz ve fungal enfeksiyona bağlı granülomlar oluşturur (1). Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT), bilateral parenkimde multipl nodüller saptanan, tanıya birine VATS ile diğerine böbrek ve kemik iliği biyopsisi ile gidilen granümatöz poliangitis ve multiple myelom (MM) tanısı konulan iki olgu, nadir görülmesi nedeniyle literatür eşliğinde sunulmaktadır.

Olgu: Olgu 1: 59 yaşında bayan hasta yaklaşık 3 ay önce öksürük, ara ara ateş ve halsizlik, yaygın sırt ağrıları yakınması ile hastaneye başvuruyor. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer üst zonda nodüler lezyon. Sol akciğer alt lobta kistler lezyon ve santralde bronşiektazi alanları izlendi (Resim 1). Sol akciğeden yapılan trucut doku biyopsisifokal apse formasyonu oluşturan aktif kronik inflamasyon bulguları olarak raporlanan hasta 1 ay kadar antibiyoterapi almış. Toraks BT'sinde nodüllerin regrese olmadığı izlendi. (Resim 2a,2b). Bronkoskobisinde endobronşiyal lezyon izlenmedi. Vaskülit ön tanısı ile gönderilen cANCApozitif saptanan hastanın idrarda proteinürisi yok idi. PETBT 'sinde sağ akciğer üst lobda yaklaşık 37 mm çaplı kitlesel lezyonda sağ akciğer alt lob bazal segmentlerde multipl nodüler lezyonlarda artmış F-18 FDG tutulumları mevcuttur. Sol akciğer üst lob 28 mm çaplı nodüler yumuşak doku dansitesinde yoğun F-18 FDG tutulumu seçilmektedir. Sol akciğer alt lobda, yoğun F-18 FDG tutulumu gösteren konsolidasyon alanı dikkati çekmektedir (resim 3a,3b). Sağ akciğer üst lobtan VATS ile alınan doku biyopsisi sonucu nekroz ve çevresinde granümatöz iltihabi reaksiyon ve küçük/orta boy arter ve ven duvarında granümatöz nekrotizan vaskülit formasyonları izlenmiştir (Resim 4) Hasta klinik, labratuvar, radyolojik bulgular ile Wegener olarak düşünülmüştür.

Olgu 2: 68 yaşında bayan hasta toraks btsinde multiple milimetrik nodül saptanması üzerine göğüs hastalıkları kliniğine başvurdu. Özgeçmişinde 2009 yılında endometrium kanseri nedeni ile opere ve kür sağlanmış. PET BTDE başka organlarda belirgin FDG tutulumu olmayan hastanın sağ akciğer alt lobtaki nodülde suv 3.1 olan nodül diğer nodüllerde belirgin tutumu yoktu (Resim 5). Anbiyoterapi sonrası regresyon sağlanan nodüle girişim düşünülmemiş olup o dönemde bakılan p ANCA borderline pozitif çıkan hastanın idrarda da eser miktarda proteinürisi mevcuttu. Hasta nodülleri nedeni ile takibe alınmış ancak takibe 2 yıl sonra yaklaşık 2 aydır geçmeyen öksürük yakınması ile başvurdu . PA akciğer grafisinde bilateral patenkimde nodüller izlendi (resim 6). Laboratuvar bulgularında Kreatin2.4 üre :42 k:5.6 olan hasta böbrek tutulumu açısından böbrek biyopsisi diffüz proliferatif-sklerotik glomerulonefrit olarak geldi. ANCA negatif gelen hastaya böbrek ve akciğer tutulumunun olması üzerine klinik, radyolojik bulgularla wegener düşünülüp, hayati organ tutulumunun olması üzerine pulse steroid tedavisi 3 gün boyunca verildi. hemodiyalize giren hastaya siklofosfomid tedavisi de uygulandı. Akciğer grafisinde pulse steroid sonrası belirgin regresyon izlendi (Resim 7).kemik iliği biyopsisinin patoloji sonucu CD38 pozitif, EMA negatif,CD138,CD56,CD20 pozitif plazma hücresi artışı izlenmiş olup, histopatolojik immunohistokimyasal bulgular "myelom" lehine düşündürmüştür. Mevcut intertrabeküler mesafelerde prekürsor/progenitor hücre oranı%3 dolayında olup olgunun Myelodisplastik sendrom açısından değerlendirilmesi önerilir şeklinde raporlandı. Hasta akciğer, böbrek tutulumunun da olduğu MM olarak kabul edildi ve hematolojiye devir edildi.



Resim 1



sağ akciğer üst zonda nodüler lezyon . sol akciğer alt lobta kaviter lezyon ve santralde bronşiektazi alanları izlendi

Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak, multipl ve PET-CT’de malignite düzeyinde artmış FDG tutulumu olan akciğer nodüllerinin tanısında öncelikle akciğer metastazı akla gelse de anamnez, fizik muayene ve laboratuvar bulguları (anormal idrar sedimenti) eşliğinde hasta değerlendirilmeli ve kollagen doku hastalıkları ya da hematolojik malignitelerin akciğer tutulumu da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: CANCA, Vaskülit, Nodül, PET-BT

PS-229 Tüberküloz Ön Tanılı Sarkoidoz Olgusu

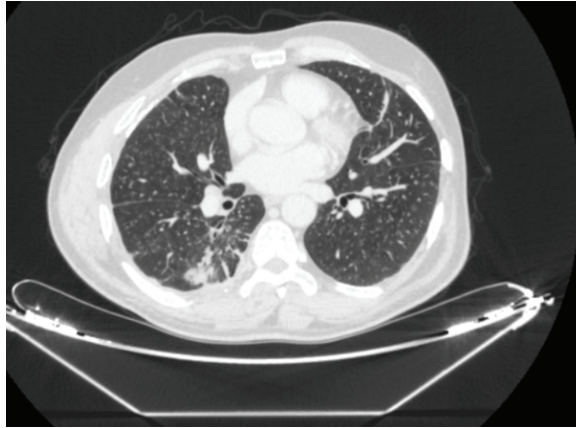
Rahime Çoşar¹, Emine Tosun¹

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş-Amaç: Sarkoidoz başlıca akciğer ve vücudun lenfatik sistemlerini tutan, nedeni bilinmeyen sistemik granümatöz bir hastalıktır. Geçmişte sarkoidozu Tüberkülozun (TB) bir varyasyonu olarak hatta tüberkülozun sarkoid fazı olarak değerlendiren görüşlerde olmuştur. Ayrıca TB infeksiyonundan sonra sarkoidozun geliştiği veya sarkoidoz ile başlayan bir hastalığın TB ile sonlandığı ya da her iki hastalığın bir arada bulunduğu olgularda bildirilmiştir.

Olgu: 44 yaşında erkek hasta nefes darlığı ve halsizlik şikayeti ile gittiği doktorda tetkik edilirken çekilen akciğer tomografisinde sol akciğer lingulada büyüğü yaklaşık 28x13 mm boyutunda spiküle konturlu 2 adet nodül dansite artımı olduğu için tarafımıza sevk edilmiş. Hasta belediyede çöp konteynerinde işçi olarak çalışıyordu. Yapılan tetkiklerinde tam kan ve biyokimya parametrelerinde anlamlı patoloji saptanmadı. Hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide endobronşial lezyon saptanmadı. Bronkoalveolar lavajda ARB bakıldı. Direkt bakı ve kültür negatif geldi. Hastadan bakılan otoantikorlar normal olup ACE (serum anjiyotensin converting enzim) düzeyi 56 IU/l (> 52 IU/l) olarak bulundu. Bakılan solunum fonksiyon testinde FVC 2,02 l (%47) FEV1 1,83 l (%51) FEV1 /FVC :91 olup restriktif solunum bozukluğu mevcuttu. Yapılan diffüzyon testinde DLCO 8,34 mmol/kPa/min (%84) idi. Hastaya hastanemizde çekilen Akciğer Tomografisinde Bilateral akciğer parankiminde milimetrik boyutlu milier multiple nodüler opasiteler dikkati çekmiştir. Sol akciğerde lingula düzeyinde periferik alanda peribronkovasküler duvar kalınlaşması ve eşlik eden parankimde konsolidasyon alanı ile milimetrik multiple nodüler opasiteler eşlik etmektedir. Ayrıca sağ akciğer alt lob superior segment posterior kesimde yoğun konsolide görünüm, peribronkovasküler duvar kalınlaşmaları ve plevraya uzanan lineer bant atelektazi formasyonları dikkati çekmiştir. Bilateral apekslerde sentrilobüler amfizematöz değişiklikler izlendi. Mediasten lojlarında büyüğünün kısa aksı 1 cm'ye ulaşan birkaç adet lenf nodu izlendi şeklide yorumlandı. Çekilen PET-CT de anlamlı tutulum saptanmadı. Hasta konseyimizde tartışıldı. Mediastinel LAP boyutları küçük olduğu için EBUS ile tanı koymak zor olacağından VATS biyopsi önerildi. VATS biyopsi patoloji sonucu granümatöz hastalık olarak raporlandı. Hasta klinik konseyde tartışıldı. Sarkoidoz nedeniyle sistem taramaları yapıldı. PPD si bakıldı. Negatif geldi. Hastaya 32 mg/gün metilprednizolon başlandı. Takiplerde cildinde kaşıntılı purpura tarzı lezyonlar oluştu. İstenen dermatoloji konsültasyonu sonucu mevcut lezyonlar metilprednizolona bağlandı. Metilprednizolon dozu 2. Ayın sonunda düşürüldü. Ancak ilaç dozu düşünce hastanın dispnesi arttığı için tedavive azotiopürin eklenerek kortizol dozu düşürüldü. 3 ay sonunda takiplerde kliniğinde iyileşme oldu.

Toraks bt parankimal nodül



Tartışma-Sonuç: Sarkoidoz ve TB ayrımı için laboratuvar testleri veya sadece radyolojik görüntüleme yeterli değildir. Klinik, histoloji, bakteriyoloji ve hatta tedaviye cevabın değerlendirilmesi tanı için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, ACE, Sarkoidoz, Metilprednizolon, İlaç Yan Etkisi



PS-231 Antifibrotik Tedavi ile Progresyon Görülen İPF'li Hastada Tedavi Değişikliği ve Küçük Hücreli Karsinom Gelişimi

Gülce Cansu Serin¹, Fatma Arslan¹, Deniz Doğan Mülazimoğlu¹, Miraç Öz¹, Aslıhan Gürün Kaya¹, Serhat Erol¹, Aydın Çiledağ¹, Akın Kaya¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: İdiyopatik pulmoner fibrozis (İPF) hastalarında antifibrotik tedaviye yeterli yanıt alınamadığında, antifibrotik ilaç değişikliği düşünülebilir. İPF'de kronik fibrozis zemininde malignite gelişim riski nedeniyle yakın takibi önerilmektedir. Bu olgularda ikinci primer malignite ise nadir bir durumdur.

Olgu: 65 yaşında aktif smoker kadın hasta kliniğimize eforla artan nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde bibaziller ince ralleri mevcuttu. Toraks BT'de bilateral subplevral retikülasyon, az miktarda buzlu cam ve alt loblarda bal peteği kistleri mevcuttu. Solunum fonksiyon testlerinde restriktif akım kısıtlanması ve orta dereceli diffüzyon kısıtlaması izlendi. Bronkoalveoler lavaj örneğinde alveoler makrofajlar baskın olarak görüldü. İmmün biyobelirteçlerinde romatolojik faktör pozitif gelmesi üzerine hasta romatolojiye danışıldı. Aktif olarak eklemlerinde yakınması olmaması ve çekilen eklem grafilerinde aşikar eroziv değişiklik olmaması üzerine hastada altta yatan romatolojik hastalık düşünülmedi. Hastaya İPF tanısı konularak antifibrotik tedavi (nintedanib) başlandı. Takiplerinde çekilen toraks BT'sinde önceki incelemelerine göre progresyon ve sol üst lob apikoposteriorda yaklaşık 2 cm çapında yeni gelişimli lezyon izlendi. Antifibrotik tedavisine rağmen toraks BT'sinde progresyon ve fonksiyonel kayıp olması nedeniyle antifibrotik tedavi değişikliği yapıldı. Pet-BT'de, sol akciğer üst lob apikoposterior segmentteki kitlesinde patolojik 18F-FDG tutulumu (SUVmax:9.3) görüldü. Sol hiler bölge, sol hemitoraks alt-ön lateral (SUVmax:5.3) ve posterior plevral yüzlerde yerleşimli nodüler (SUVmax:4.3) ve sol süperior juguler lenf nodunda (SUVmax:13.7) patolojik 18F-FDG tutulumları saptandı. Hastaya transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucu küçük hücreli akciğer karsinom tanısı olan hastaya tıbbi onkoloji önerisi ile etoposid-sisplatin tedavisi başlandı. Kemoterapisinin 4. kuru sonrası çekilen kontrol TAP-BT'sinde utero-adneksiyel kitle saptanması sonrası yapılan tru-cut biyopsi ile lokal ileri evre endometrium kanseri teşhisi konuldu. Kemoterapi ve eş zamanlı radyoterapi tedavilerine rağmen hasta takibinde ex oldu.

Tartışma-Sonuç: Tedaviye bağlı şiddetli yan etkiler gelişen hastalarda veya mevcut antifibrotik tedaviye yanıt alınamadığında antifibrotik tedavi değişikliği düşünülmelidir. Fibroze bağlı atipik epitelyal değişikliklerden dolayı gelişebilecek olası maligniteler açısından İPF hastalarının yakın takip edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İPF

PS-232 Dirençli Hiperkalsemi Altından Çıkan Sarkoidoz

Ayşenur Atila¹, Talat Kılıç¹, Bahri Evren², Hacı Bayram Berktaş³

¹İnönü Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²İnönü Üniversitesi, Endokrinoloji Bilim Dalı

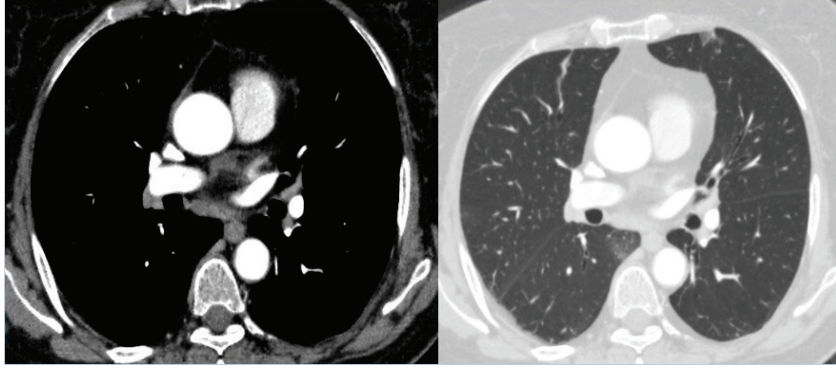
³İnönü Üniversitesi, Nefroloji Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Hiperkalseminin en sık nedeni malignite ve ikinci sık nedeni hiperparatiroididir. Hiperkalsemi sarkoidozda sık görülen bir bulgu değildir. Fakat diğer nedenlerin ekarte edildiği ve tek nedenin sarkoidoz olduğu tespit edilen durumlarda tedavi endikasyonu oluşturmaktadır. Bizim vakamızda sarkoidoz dışı tüm hiperkalsemi nedenleri ekarte edilmiş olup, yalnızca sarkoidoz tedavisi ile düzelen bir hiperkalsemi olgusudur. Bu vakamızı sunma amacımız taklitçi bir hastalık olan sarkoidozu nedeni açıklanamayan hiperkalsemi olgularında aklımızın bir köşesinde tutmak gerektiridir.

Olgu: 62 yaş kadın hasta tarafımıza ilk olarak Ocak 2021 tarihinde patolojik boyutta mediastinal lap nedeni ile yönlendirilmiş. Solunum sistemi muayenesi doğal, SFT normaldi. Göğüs cerrahi bölümü tarafından patolojik boyutta olan mediastinal lap etyoloji aydınlatmak için mediastinoskopi kararı verildi. 4R nolu lenf nodu eksizyonel biyosi sonucu: Granümatöz Lenfadenit. Hasta Mart 2021 tarihinde patoloji sonucu ile tarafımıza başvurmuş: SFT, ACE düzeyi ,24saatlik idrarda kalsiyum düzeyi, tüberkülin cilt testi, göz ve dermatoloji bilim dalları görüşü ve BT istenmiş. İstenen tüm tetkik sonuçları normal değerlerde gelmiş. Göz ve dermatoloji bilim dalları: sarkoidoz tutulumu düşünmemiş. BT raporu: Mediastende büyüğü prevasküler alanda kısa aksı 1,7 cm'ye ulaşan multiple LAP'lar vardır. Her iki akciğerde büyüğü sol akciğer alt lob laterobazal segmentte yaklaşık 4 mm boyutta birkaç adet parankimal nodül izlenmektedir. Bir önceki BT ile karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı. Göğüs hastalıkları tarafından hastaya 3-6 ay süre ile kontrol önerilmiş. Hasta takiplerinde kreatin yüksekliği ve hiperkalsemi nedenleriyle nefroloji ve endokrinoloji bölümleri tarafından takip edilmeye başlanmış. Kreatin yüksekliği (1,1-1,5 mg/dl arasında) için takip planlanmış ve takiplerinde değer artmamıştır. Endokrin bölümü tarafından yapılan tetkikler sonucunda eksploratif cerrahi açısından genel cerrahiye yönlendirilmiş. Nisan 2022 cerrahi yapılmış. Sonuç: Kolloidal tiroid dokusu, incelenen örneklerde paratiroid dokusu/ lezyonu yönünde olabilecek bulgu görülmemiştir. Ameliyat sonrası hiperkalsemisi devam eden hastaya endokrin bölümü tarafından Haziran 2022'de yeniden ayrıntılı tetkikler yapılmaya başlanmış. Paratiroid sintigrafisi tekrarlanmış: Tiroid sağ lob izlenmemektedir (Opere). Boyun ve intratorasik sahada paratiroid adenomu düşündürecek patolojik aktivite artışı izlenmeyen paratiroid bezi sintigrafik incelemesidir Aralık 2022 tarihinde opere paratiroid adenom ile takipli hasta sarkoidoz açısından yeniden değerlendirilmek üzere tarafımıza yönlendirilmiş. Solunumsal bir şikayeti yok. Solunum sistemi muayenesi doğal, SFT normal. Sarkoidoza bağlı hiperkalsemi? Renal sarkoidoz? Paratiroid bezi sarkoidozu? Ön tanıları ile hastaya konsey düzenlendi. Göğüs hastalıkları, endokrinoloji ve nefroloji bölümlerinin katıldığı konsey kararı ile sarkoidoza bağlı hiperkalsemi düşünülerek uzun süreli prednol tedavisi düzenlendi. Tedavinin 1.ayından itibaren kan kalsiyum değeri normal düzeye geriledi.



Toraks BT kesiti



Tablo

TARİH	KAN Ca(mg/dl)
Temmuz 2020	11,4
Ocak 2021	13,3
Mart 2021	11,7
Eylül 2021	12,1
Şubat 2022	12,9
Nisan 2022	11
Ekim 2022	11,4
Ocak 2023	10
Haziran 2023	9,6

Kan kalsiyum değeri

Tartışma-Sonuç: Vakamızda hastaya hiperkalsemi yapabilecek tüm nedenler açısından endokrinoloji bölümü tarafından ileri araştırma yapılarak etyoloji aydınlatılamamış. Tıbbi literatürde paratiroid bezinin sarkoid tutulumu doğrulanmış yedi vaka bulunmaktadır. Literatürdeki vakaların hepsinde paratiroid sintigrafisinde tutulumu mevcut olup, ameliyat sonrası hiperkalsemi gerilemiş. Bizim vakamızda paratiroid adenomu saptanmadığı halde hasta yine de tanı ekartasyonu için cerrahiye verilmiştir. Postoperatif kalsiyum yüksekliği devam etmiştir. Hastada sarkoidoz dışına hiperkalsemi yapacak neden bulunamamış olup sarkoidoz tedavisi düzenlenmiş ve yanıt alınmıştır. Hala takibimizde olan hastanın kan kalsiyum düzeyi normal aralıktadır. Hiçbir solunumsal şikayeti ve akciğer bulgusu olmasa da hiperkalsemi bir tedavi endikasyonudur. Hiperkalsemi etyolojisinde ilk sıralarda olmasa da ayırıcı tanılarımız arasında sarkoidoz olması gerektiğini unutmamalım

Anahtar Kelimeler: Dirençli Hiperkalsemi, Sarkoidoz, Paratiroid Adenomu



PS-233 Pulmoner Alveoler Proteinozisli İki Olguda Sargramostim İnhalasyon Tedavisinin Etkinliği

Bahar Aydoğar¹, Elif Tanrıverdi¹, Erdoğan Çetinkaya¹, Zeynep Güney¹, Umut İlhan¹, Duygu Uzunoğlu¹, Mustafa Çörtük¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Pulmoner alveoler proteinozis (PAP), alveollerde ve distal hava yollarında PAS(+) boyanan sürfaktan proteinleri ve fosfolipid içeren materyal birikmesiyle karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Olguların %90'ını oluşturan otoimmün (primer) PAP, granülosit makrofaj koloni stimulan faktöre (GM-CSF) yüksek afinite ile bağlanan GM-CSF otoantikoru sonucunda oluşur. GM-CSF, alveoler makrofajlar üzerinden sürfaktan homeostazında etkilidir. Alveoler makrofaj fonksiyonunun bozulması, alveollerden sürfaktanın temizlenmenin başarısız olmasına yol açarak semptomların, fizyolojinin ve radyolojik bulguların giderek kötüleşmesine neden olur. PAP'ın geleneksel tedavisi total akciğer lavajı (TAL) olsa da Sargramostim'in (RHUGM-CSF) inhalasyon yoluyla kullanılması da alternatif tedavidir. Bu tedavinin başarıyla uygulandığı iki olgumuzu sunduk.

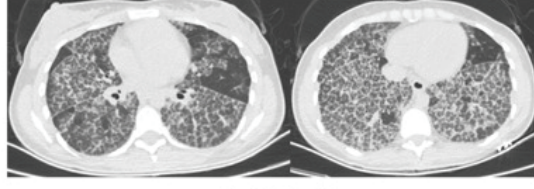
Olgu: OLGU 1) 30 yaşında kadın hasta 3 yıldır eforla artan nefes darlığı, kuru öksürük şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Sigara ve bilinen ek hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde oda havası SpO₂: %85, NDS:80/dk, solunum sesleri bilateral belirginleşmişti. Clubbing mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral orta ve alt zon dominant retikülünodüler patern izlendi (Resim 1). Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografisinde (YRBT) kaldırım taşı görünümü izlendi. (Resim 2). Solunum fonksiyon testlerinde (SFT) FVC:1,78 (%53), FEV₁:1,72 (%58), FEV₁/FVC: %96, DLCO: 5,48 (%47) idi. Bronkoalveoler lavaj süt görünümündeydi ve sonuçları PAP ile uyumluydu. Serum Anti-GM-CSF negatifti. PAP tanısı ile takibinde 8 kez Terapötik BAL yapılan hastanın şikayetlerinde artış olup ayda bir hastane başvurusu vardı. Hastaya Leukine (RHUG-CSF- Sargramostim) 250 mcg/vial 2*1/2 (1cc) inh tedavisi başlandı. 6 ay Leukine kullanımı sonrası şikayetlerinde belirgin azalma, O₂ ihtiyacında azalma izlendi. Oda havası SpO₂:%92 ölçüldü. YRBT'de lezyonlarda belirgin regresyon saptandı (Resim 3). OLGU 2) 40 yaşında erkek hasta 2 yıldır eforla artan nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Bilinen ek hastalığı yoktu. 30 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde oda havası saturasyonu %92, NDS:80/dk, solunum sesleri bilateral eşit ve doğal. Akciğer grafisinde bilateral, simetrik, orta alanlar ve perihiler bölgelerde (yarasa kanadı şeklinde) opasite artışı mevcut (Resim 4). YRBT'de kaldırım taşı görünümü izlendi (Resim 5). SFT'de FVC:4,61 (%86), FEV₁:3,69 (%84), FEV₁/FVC: %79, DLCO: 5,40 (%44) idi. Bronkoskopik BAL süt görünümündeydi. BAL sıvısının boyamasında yaymalarda yoğun protein materyal saptandı ve PAS (+) boyandı. PAP tanısı ile 4 kez terapötik BAL yapılmıştı. Son işleminden 2 ay sonra nefes darlığında artış ile başvuran hastaya Leukine (RHUG-CSF- Sargramostim) 250 mcg/vial 2*1/2 (1cc) inh tedavisi başlandı. 3 ay Leukine kullanımı sonrası şikayetlerinde belirgin azalma, O₂ ihtiyacında azalma izlendi. Oda havası SpO₂:%96 ölçüldü. YRBT'de lezyonlarda belirgin regresyon saptandı (Resim 6).



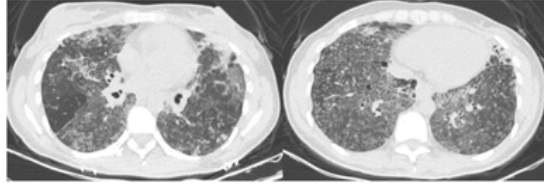
PAAG ve YRBT



Resim 1: PAAG



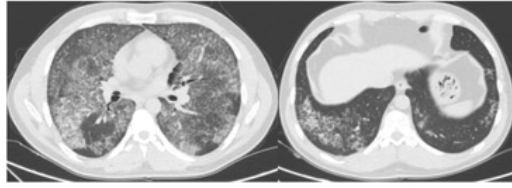
Resim 2: YRBT



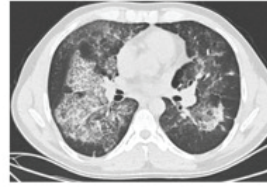
Resim 3: YRBT



Resim 4: PAAG



Resim 5: YRBT



Resim 6: YRBT

Olgu bölümünde metin içinde numaralandırılmış alanlarda açıklamalar bulunmaktadır.

Tartışma-Sonuç: PAP hastalığının geleneksel tedavisi, TAL ile mekanik olarak akciğerlerde biriken materyalin temizlenmesidir. Sargramostim (RHUG-CSF) kullanımı ile ilgili literatürde sınırlı sayıda olgu örnekleri mevcuttur. Rando-mize çalışmalar, GM-CSF'nin inhaler yolla kullanımının etkinliğini ve geleneksel tedaviye potansiyel bir alternatif olacağını öne sürmektedir. Öncesinde tekrarlayan TAL öyküsü olan iki hastamızda inhaler Sargramostim ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Sargramostim ve TAL'ın etkinlik ve cost-efektivitesini karşılaştıran çalışmalara halen ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Bronkoalveolar Lavaj, GM-CSF, Pulmoner Alveolar Proteinozis, Sargramostim, Total Akciğer Lavajı

PS-234 Otoimmün Hastalığa Sekonder Organize Pnömoni Olgusu

Ömer Seylan¹, Selvi Aşkar¹

¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları AD

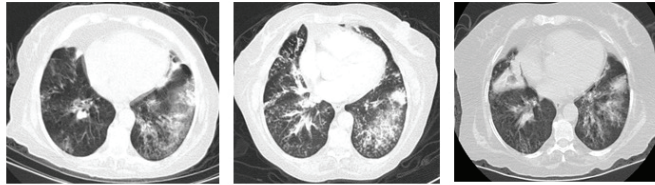
Giriş-Amaç: Organize pnömoni, küçük hava yolları ve alveolar kanallar içinde granülasyon dokusu oluşumu ile karakterize bir tür interstisyel akciğer hastalığıdır. Organize pnömoni idiopatik (nedeni bilinmeyen) veya romatolojik hastalıklar da dahil olmak üzere çeşitli durumlara sekonder olabilir. Romatolojik hastalıklar eklemleri, bağ dokuları ve bazen de diğer organları etkileyen otoimmün bozukluklardır. Bazı romatolojik hastalıklar organize pnömoni ile ilişkilendirilmiştir ancak ikisi arasındaki ilişki tam olarak anlaşılamamıştır. Organize pnömoni tanısı alan ve sonrasında sekonder nedenler araştırılırken Sjögren Sendromu ve Sistemik Lupus Eritematozus tanısı alan bir vakanın sunulması planlandı.

Olgu: 71 yaşında kadın hasta Göğüs hastalıkları polikliniğine nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile başvurdu. Hastanın Covid pandemi döneminde 2 kez hastaneye covid-19 nedeni ile yattığı ve PCR testlerinin her zaman negatif çıktığı öğrenildi. Bilgisayarlı tomografi görüntülerinde bilateral buzluca cam dansite alanları olan hastanın (Resim 1a, Resim 1b) poliklinik başvurusuna ait BT görüntüsünde buzluca cam dansitelerinin devam ettiği saptandı (Resim 1c). Oksijen saturasyonu 78 olan hastanın CRP:37, Sedim:97 geldi. Hasta klinik ve radyolojik olarak organize pnömoni kabul edilerek kortikosteroid tedavisi başlandı. Bu arada etyoloji araştırmak amaçlı romatolojik markerleri istendi. Kortikosteroid tedavisi sonrası klinik iyileşmesi olan ve radyolojik olarak kısmi regresyon (Resim 2a) saptanan hastaya Romatoloji bölümü tarafından Sjögren Sendromu ve SLE tanısı konuldu. Plaquenil ve Cellcept tedavisi sonrasında BT görüntülemesinde ve kliniğinde ciddi iyileşme kaydedildi (Resim 2b, Resim 2c). Son poliklinik kontrolünde O2 saturasyonu % 94 olarak ölçüldü.

Tartışma-Sonuç: Organize pnömoni, spesifik olmayan klinik bulgular ve radyografik görünümle ilişkili önemli bir hastalıktır. Organize Pnömoni hastalarında en sık görülen radyolojik bulgular konsolidasyon ve buzlu cam opasite-leridir. Bu lezyonlar genellikle iki taraflı ve periferiktir. Bağ doku hastalıkları da sekonder organize pnömoni yapan nedenler arsında yer alır. Organize pnömoni tanısı alan her hasta romatolojik hastalıklar açısından da tetkik edilmelidir.

Resim 1-2

Resim 1

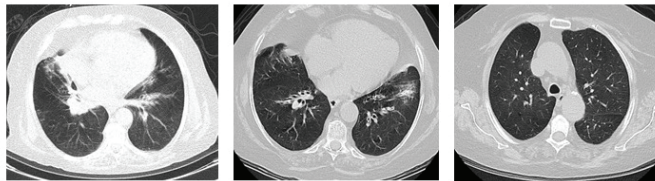


Resim 1a

Resim 1b

Resim 1c

Resim 2



Resim 2a

Resim 2b

Resim 2c

Anahtar Kelimeler: Sjögren Sendromu, Sistemik Lupus Eritematozus, Organize Pnömoni

**PS-235 Bleomisin Akciğer Toksisitesi: Steroid Yanıtı Farklı İki Olgu**

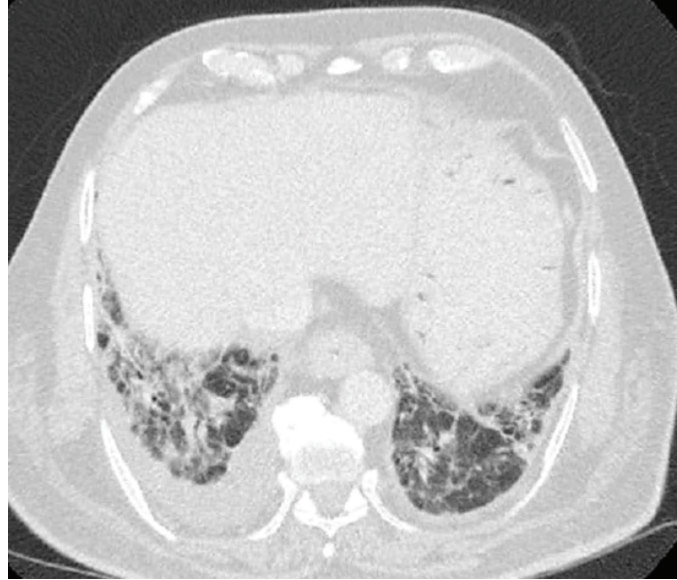
Bünyamin Sertoğullarından¹, Muzaffer Onur Turan¹, Ceyda Anar¹, Çağrı Cenk Öztürksoy¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Bleomisin germ hücreli tümörlerin tedavisinde başarıyla kullanılan bir antitümör antibiyotiktir. Bleomisin tedavisinin en önemli yan etkisi ciddi akciğer hasarıdır. Bleomisin Akciğer hasarı için kontrollü çalışmalarca belirlenmiş bir tedavi mevcut değildir. Bu amaçla en sık oral kortikosteroidler kullanılmaktadır. Kortikosteroid tedavisine farklı yanıt veren iki bleomisin akciğer hasarı olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: Olgu 1 : 47 yaşında testis tümörü tanılı Bleomisin tedavisi sonrası 2 aydır tedavisiz izleme alınan olgu 2 aydır olan ve artan nefes darlığı öksürük şikayeti ile başvurdu. FM de bazallerde raller duyuldu. SFT FVC 3.43 L % 70 FEV1 2.97 %75 FEV1/FVC 89 TLC 5.21 % 70 Tlco % 58. HRCT ; her iki akciğerde yaygın interlobuler septal kalınlaşmalar ve ince retiküler tutulumlar saptandı. Bleomisin toksisitesi olarak değerlendirildi. Hastaya kortikosteroid tedavi başlandı. 6 aylık tedavi ile semptomatik fonksiyonel radyolojik tam iyileşme saptandı. Tedavi sonrası SFT FVC 4.09 %83 FEV1 3.60 % 91 FEV1/FVC 87 TLC %87 Tlco 52. Tlco 1 yıl sonra normal düzeye geldi. Olgu 2 : 61 yaşında testis tümörü tanılı bleomisin tedavisi sonrası tedavisiz izlemde olan hasta 3 aydır olan nefes darlığı şikâyeti ile başvurdu. FM Bilateral bazal alanlarda raller duyuluyordu. SFT FVC % 41 FEV1 %52 FEV1/ FVC 93 TLC %52 Tlco %20 HRCT sağda daha belirgin olan ve süreç içerisinde ilerlemiş her iki akciğerde interlober ve interlobüler septal kalınlaşmalar izlendi. Hastaya kortikosteroid tedavisi başlandı. 6 aylık tedavi ile kısmi semptomatik fonksiyonel ve radyolojik düzelme sağlandı. Tedavi sonrası SFT FVC %59 FEV1 %64 FEV1/FVC 86 TCO 43 TLC %48 ölçüldü.

Resim



Bleomisin toksisiteli olguda yaygın intrestisyel tutulum

Tartışma-Sonuç: Testis Germ hücreli tümör tedavisi için bleomisin alan olgular akciğer hasarı için solunum fonksiyon testleri ile yakından takip edilmelidir. Akciğer hasarı gelişen olgularda ilacın kalıcı olarak kesilmesi ve gecikmeden kortikosteroid tedavi başlanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Beomisin, Akciğer Hasarı, Kortikosteroid

PS-236 Pnömomediastinum Gelişen İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF) Olgusu

Dildar Duman¹, Ayşe Ezgi Ak¹, Arzu Karasu¹

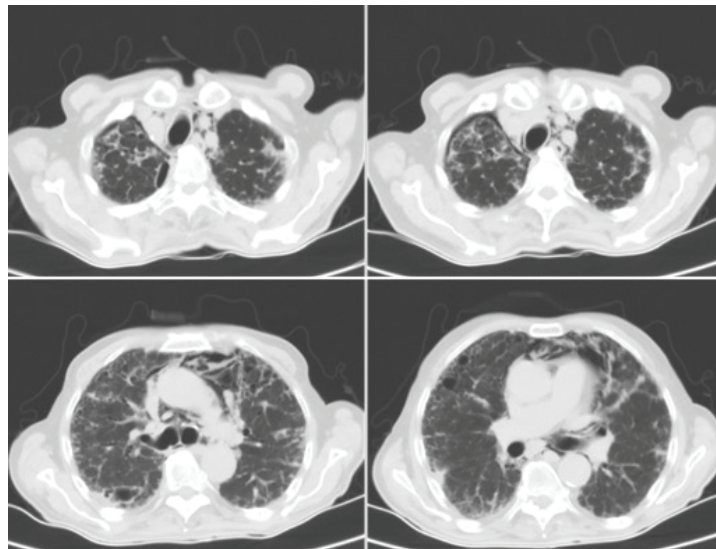
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: İdiyopatik pulmoner fibrozis (İPF); etyolojisi bilinmeyen, kronik ve progresif fibrozisle seyreden, daha çok ileri yaşta erişkinlerde görülen, radyolojik veya histopatolojik olarak olağan interstisyel pnömoni (UIP) ile karakterize, interstisyel akciğer hastalığı (İAH) formudur. Dispne ve öksürük en sık görülen semptomlardır. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde ağır solunum yetmezliği gelişebilir. yeni gelişen komplikasyonlar ve akut alevlenmeler klinik seyri kötüleştirebilir.. Pnömomediastinum (PM), mediastinal alanda serbest hava bulunmasıdır ve nadir görülür. Sekonder pnömomediastinumda iyatrojenik nedenler öncelikli düşünülürken, nontravmatik nedenlerle; ataklarla seyreden KOAH, öksürük nöbetleriyle seyreden astım gibi interstisyel akciğer hastalıklarının da sekonder pnömomediastinum nedenleri arasında olduğu unutulmamalıdır. İPF tanılı pnömomediastinum gelişen hastamızı nadir görülmesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

Olgu: 82 yaşında bilinen İPF, Hipertansiyon tanıları olan erkek hasta, öksürük, nefes darlığında artış, halsizlik şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Bir yıl önce İPF tanısını alan hasta antifibrotik tedavi kullanmaktaydı. Daha önce İPF nedeniyle hastane yatışı olmayan hastanın geçici bir dönem fotosensitivite şikayeti olmuştu. Yapılan tetkiklerde: CRP: 30, d-dimer negatif ve arter kan gazında hipoksi saptandı, Hastaya çekilen Kontrastsız Toraks CT' de Her iki akciğerde alt loblarda daha belirgin olmak üzere interlobüler septalarda kalınlaşmalar, alt loblarda subplevral buzlu camlar, fibrozis ile uyumlu retiküler bal peteği görünümüleri mevcuttu, İPF atak ile uyumlu yeni eklenen buzlu cam görüntüleri izlenmedi. Ancak yeni gelişen anterior mediastende daha yaygın olmak üzere tespit edilen hava dansiteleri ile pnömomediastinum tanısı konuldu ve servise yatışı yapıldı (Resim 1). Hasta göğüs cerrahisine konsülte edildiğinde, ileri invaziv girişime gerek duyulmadığı, hastanın anaerob etkinliği olan antibiyotik ve oksijen desteği ile serviste takibinin uygun olacağı belirtildi. Hastanın medikal tedavisi: Seftriakson 1 gr 2x1 IV, Klindamisin 600 mg 4x1 IV, DMAH 0,4 cc 1x1 SC, Prednizolon 40 mg 1x1 IV, ppi , olarak başlandı. Kullandığı antifibrotik ajan (pirfenidon 600 mg 3x1) tedavisine ve Nazal O2 desteğine tedavi süresince devam edildi. Takiplerinde oksijen ihtiyacında artış izlenmeyen hastanın taburculuk öncesi çekilen Toraks Bt 'sinde pnömomediastinum regrese izlendi. Göğüs cerrahisi ile konsülte edilen ve ve taburculuğu uygun görülen hasta USOT raporu düzenlenip eve oksijen desteği sağlanarak taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç: İPF hastalarının takibinde, hastalık seyrini kötüleştiren İPF akut alevlenmeler dışında pnömomediastinum gibi komplikasyonların da gelişebileceği akla gelmelidir.

Toraks BT Görüntüleri



Anahtar Kelimeler: Pnömomediastinum, İPF, Oksijen



PS-237 İmmunokompetan Bireyde Akciğerde Kitle Görünümlü İnvaziv Pulmoner Aspergillozis

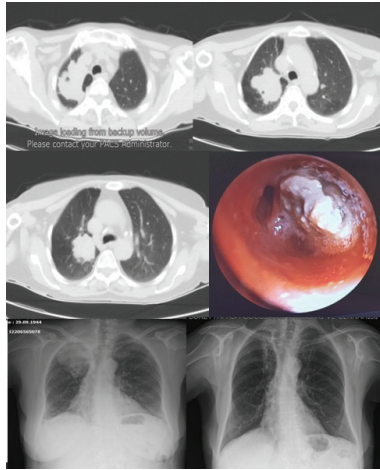
Simge Yavuz Yıldırım¹, Fırat Saydın¹, Rabia Yurt¹, Dildar Duman¹

¹SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Aspergillus türleri akciğerin fungal enfeksiyonlarından en sık görülenidir. İnvaziv pulmoner aspergillozis sıklıkla immunsuprese bireylerde görülen bir hastalıktır. Hematopoetik kök hücre transplantasyonu, solid organ transplantasyonu, immunomodülatuar ilaç kullanımı, malignite gibi immunsupresyon durumlarının yanı sıra yoğun bakım hastalarında ve KOAH gibi kronik akciğer hastalarında da görüldüğü bildirilmiştir. Aspergillus kodinialarına maruziyet sık olsa da sağlıklı bir bağışıklık sistemi ile konak immünitesinin kontrolü ile hastalık gelişmesi önlenmektedir. Bu nedenle bağışıklık baskılanması olmayan bireylerde invaziv pulmoner aspergillozis nadir görülmektedir.

Olgu: Bilinen hipertansiyon, geçirilmiş akciğer Tüberkülozu öyküsü olan 70 yaş kadın hasta öksürük, sırt ağrısı, kilo kaybı, sağ kolunu kaldırmakta güçlük şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Sağ akciğerde kitle imajı izlenen hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastanemize yönlendirilmiş. Sağ akciğer üst lob apeksini dolduran kitle lezyon görülen hasta tetkik amacıyla servise interne edildi. Toraks BT çekilen hastanın sağ akciğer üst lobda düzensiz sınırlı yumuşak doku yoğunluğunda yaklaşık 67x49 mm boyutunda yer kaplayıcı lezyon izlendi. Hastaya fiberoptik bronkoskopi işlemi uygulandı. Sağ üst lob apikal segment içerisinde sert görünümlü heterojen gri renkli düzensiz sınırlı lezyon görüldü, lezyondan biyopsiler alındı (Resim 1). Bronş lavajı alınarak, sitoloji, nonspesifik kültür, galaktomannan, mantar kültürü, ARB gönderildi. Bronş lavajında kültürleri negatif saptanan hastanın galaktomannan düzeyi 1.431 saptanarak pozitif sonuçlandı. Patoloji preparatlarında fungal hifler görüldüğü raporlandı. Hastaya intravenöz vorikonazol tedavisi başlandı. Kliniği stabil seyreden hasta vorikonazol tablet ile taburcu edildi. Kontrol randevusunda sağ akciğer üst lobdaki kitlede dramatik regresyon izlendi (resim 1). Vorikonazol tedavisine devam edildi. Birinci ay kontrolünde karaciğer fonksiyon testleri bozulan ve bulantı tarifleyen hastada vorikonazole 2 hafta ara verildi. Kontrolde karaciğer enzimlerinde artma devam eden hastada oral itraconazol tedavisi başlandı. Itraconazol tedavisi ile akciğer bulgularındaki regresyon devam eden hasta itraconazol ile takibe devam edildi, takibinde karaciğer enzimleri stabil seyretti, klinik radyolojik iyileşme izlendi.

Şekil 1



- 1) Akciğerde kitle görünümü veren fungal enfeksiyonu bt ve fob görüntüleri. 2) Antifungal tedavi ile belirgin regresyon

Tartışma-Sonuç: İnvaziv pulmoner aspergilloz her ne kadar immunsupresyon ile birliktelik gösterse de nadiren immünitesi sağlam bireylerde de görülebilmektedir. Tüberküloz geçirme öyküsü olan yaşlı hastalarda akciğerde kitle görünümü izlendiğinde de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Malignite, Fungal Enfeksiyon, Kitle



PS-238 Bilateral Milier İnfiltrasyonla Seyreden, 5.5 Aylık Ex Doğum Yapmış Hastanın Ayırıcı Tanısı: Sarkoidoz? İlaç Akciğeri?

Elif Yorgancigil¹, Selahattin Öztaş¹, Ayşem Aşkın Öztin Güven¹, Görkem Feyzullahoğlu¹

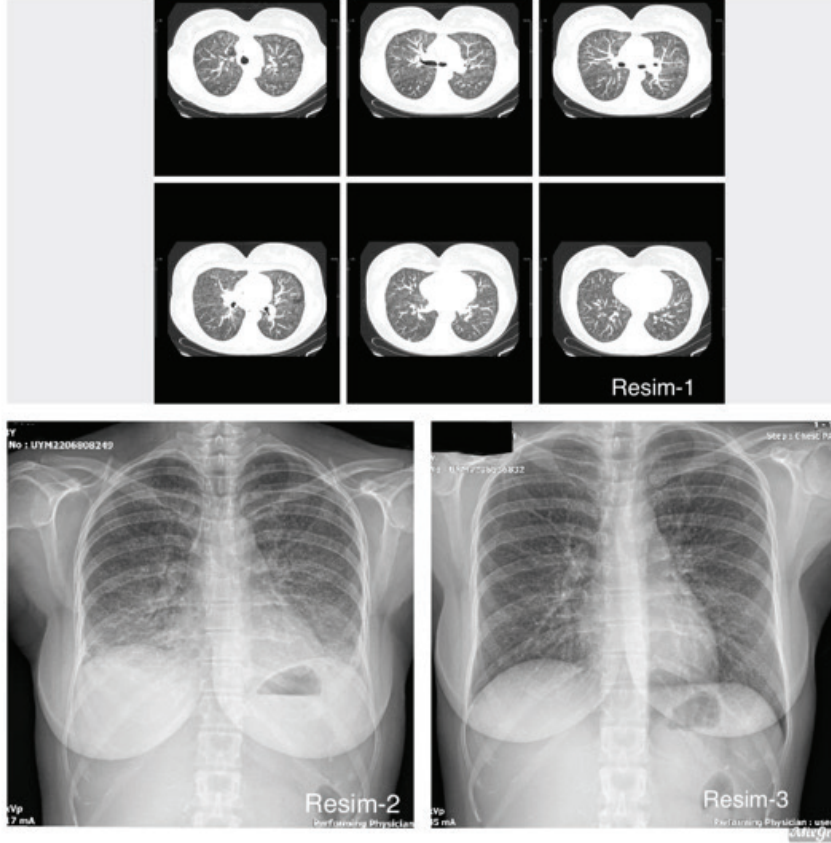
¹SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Milier görünüm; birbirinden ayrı, milimetrik boyutta, keskin veya belirsiz kenarlı, dansitesi orta veya yüksek olabilen opasitelerdir. Akciğerde milier tutulumu neden olan hastalıklar; sarkoidoz, tüberküloz, ilaca bağlı akciğer hastalığı, hipersensitivite pnömonisi, viral pnömoniler olarak söylenebilir.

Olgu: 43 yaş kadın hasta, bilinen kronik sistemik hastalık öyküsü yok. 1.5 yıldır tüp bebek tedavisi alan hastanın 5.5 aylık gebeliği exitus ile sonuçlanıyor. Sonrasında Enoksaparin 0.4 ml 1x1 sc, Kabergolin 0.5 mg 1x1/2 po (prolaktin antagonisti) ile taburcu ediliyor. Hastanın taburculuk sonrası nefes darlığı, öksürük, ateş(37.6 °C) şikayetlerinde artış oluyor. Toraks-BT’de her iki akciğerde tüm lob ve segmentlerde diffüz tutulumu neden olan milimetrik nodüler opasiteler, yaygın dansite artışı (milier görünüm) görülüyor (Resim-1). İnfluenza ve covid testileri negatif geliyor. Balgam ARB negatif saptanıyor. Anti-CMV Ig G: Pozitif, Ig M:Negatif, Toxoplazma:Negatif geliyor.Aynı şikayetlerle tarafımıza başvuran hasta servise interne edildi. Çekilen PA.AG’de bilateral alt zonlarda dansite artışı görüldü (Resim-2). Başvurusunda vitalleri: TA:140/80 Nb:80 Ateş:36.5 °C 2lt/dk O2 altında satO2:92 idi.Bilateral yaygın kaba ralleri mevcuttu, diğer sistem muayene bulguları doğal bulundu.Hastanın medikal tedavisi: Piperasilin/Tazobaktam 4.5 gr 4x1 iv, Enoksaparin 0.4 ml 1x1 sc, Lansoprazol 30 mg 1x1 po, İpratropium bromür/Salbutamol 4x1 inh olarak başlandı. Tedavisine prednol eklenmedi. Balgam, idrar, kan kültürlerinde üreme olmadı. Balgam/İdrar ARB, Balgam Mikobakteri PCR sonuçları negatif saptandı. Sigara, hayvan besleme, OKS kullanım öyküsü yok. Anhidroamniosa bağlı 22 haftalık ex doğum yapan hastaya Dopamin Antagonisti olan Kabergolin 1x1 po başlanmış. Kabergolinin ilaca bağlı akciğer hastalığı yapabileceği araştırıldı, ilaç stoplandı. Ig A,G,M,E değerleri normal sonuçlandı. Bronkoskopisinde endobronşiyal lezyon görülmedi.Bronkoalveolar lavajda Mikobakteri PCR:Negatif, Bronş ARB:negatif, Galaktomannan: negatif olarak sonuçlandı.Kültüründe üreme olmadı. FOB patoloji sonucu: inflamatuvar hücreler olarak sonuçlandı. BAL lenfosit oranı %65, CD4/CD8 oranı 7,25 geldi. Serum ACE düzeyi:101 µg/L (13-63), 24 saatlik idrarda kalsiyum düzeyi:172 mg/gün saptandı. Beyin MR’da bilateral semiovale ve korona radiata düzeyinde, korpus kallozum gövdesinde sol parasagittal lokalizasyonlu hiperintens birkaç adet beyaz cevher lezyonu (demyelinizasyon?) görüldü. Enfeksiyon parametreleri geriledi (CRP:102>26 mg/dL). PA.AG’de regresyon görüldü (Resim-3), bilateral nodüler infiltrasyonları silindi. Oksijen ihtiyacı kalmadı (satO2: 98). Nöroloji ve kardioloji konsültasyonu ve ileri tetkikleri istenerek taburcu edildi.



Radyoloji



Toraks-BT'de her iki akciğerde tüm lob ve segmentlerde diffüz tutulumu neden olan milimetrik nodüler opasiteler, yaygın dansite artışı (milier görünüm) görülüyor (Resim-1). PA.AG'de bilateral alt zonlarda dansite artışı görülüyor (Resim-2). PA.AG'de regresyon görüldü (Resim-3), bilateral nodüler infiltrasyonları silindi.

Tartışma-Sonuç: Akciğer görüntülemesinde bilateral milier görünümde infiltrasyonları olan genç hasta tarafımıza solunum yetmezliği bulguları ve enfeksiyon parametrelerinde yükseklik ile başvurdu. Kabergolin, ilaç akciğerine sebep olabilecek şüpheli ilaç kabul edilerek kesildi. BAL bulguları, ACE değeri sarkoidoz ile uyumluydu. Steroid almadığı halde antibiyoterapi ve destek tedavi ile radyolojisinde, kan değerlerinde ve kliniğinde belirgin düzelme görüldü. Hastanın sarkoidoz ve ilaca bağlı akciğer hastalığı açısından takipleri devam ediyor.

Anahtar Kelimeler: Milier infiltrasyon, Sarkoidoz, ilaç Akciğeri, Kabergolin

PS-239 Plevral ve Perikardial Efüzyon ile Prezente Erdheim-Chester Hastalığı

Aynur Mammadova¹, Ahmet Yurttaş¹, Mervenur Yıldız¹, Özge Aydın Güçlü¹, Nilüfer Aylin Acet Öztürk¹,
Ahmet Ursavaş¹, Mehmet Karadağ¹

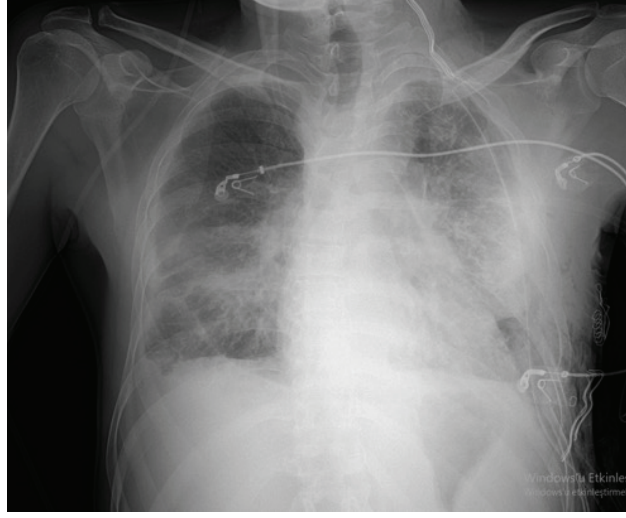
¹Uludağ Üniversitesi

Giriş-Amaç: Erdheim-Chester hastalığı, nadir görülen etyolojisi biinmeyen, non-Langerhans hücreli histiyositoz sınıfından mulistemik tutulumu olan hastalıktır. Olguların çoğu kemik ağrısı, nörolojik bulgular, diyabetes insipitus ve konstitüsyonel semptomlar ile başvurmakta olup nadir görülmesi nedeniyle plevral ve perikardiyal efüzyon ile prezente olan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk altı yaş erkek hasta 1,5 aydır devam eden nefes darlığı, kuru öksürük, gece terlemeleri ve kilo kaybı (1 ayda 10 kilo) şikayetleri olması üzerine kliniğimize ileri tetkik amacıyla interne edildi. Bilinen sistemik hastalığı, düzenli kullandığı ilaç ve sigara kullanım öyküsü bulunmamakta idi. Soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde oda havası oksijen saturasyonu %85 olarak saptanmış olup, sağda daha fazla olmak üzere bilateral solunum seslerinde azalma ve yaygın ince raller işitildi. Sol mandibula altında kulak hizasında ele gelen 1cm'lik şişlik izlendi. Hastanın başvuru anındaki laboratuvar bulguları Tablo-1'de özetlenmiştir. Akciğer grafisinde tüm zonlarda bilateral retiküler infiltrasyonlar izlendi (Resim-1). Solunum fonksiyon testlerinde FEV1: 2430 ml, %70 FVC: 2610 ml, %68 FEV1/FVC:%93 idi. DLCO adj:% 37 DLCO/VA adj: %60 olarak saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) yaygın mediastinal lenfadenopati, bilateral plevral ve perikardial efüzyon (Resim 2) saptanması üzerine hastaya göğüs cerrahisi tarafınca VATS uygulandı, patolojisi yaygın fibrinoid nekroz olgun histiyositik hücrelerin oluşturduğu infiltrasyon gösteren doku örnekleri olarak sonuçlandı. Patolojik değerlendirme "Histiositlerden zengin infiltratif patolojinin ayırıcı tanısında histiyositik neoplastik proliferasyonlar arasında Erdheim Chester hastalığı bulunmaktadır." şeklinde yorumlandı. Mediastinal ve periferik lenfadenopatisi olan hastaya kemik iliği biopsisi yapıldı, megakaryositlerde artış gösteren normosellüler kemik iliği olarak sonuçlandı. Hastaya 60 mg/gün dozunda metilprednizolon tedavisi başlandı. Azaltma şemasıyla tedavisi devam edildi. Takiplerinde tedavinin 6. ayında akciğer grafisinde belirgin regresyon (Resim 3) saptanan hastanın solunum fonksiyon testi parametrelerinde belirgin düzelme gözlemlendi. Perikardit nedeniyle tedaviye kolşisin ve non-steroid antiinflamatuvar tedavi eklendi.



İlk PAAC filmi



Hastanın ilk tedaviye başlamadan çekilen PAAC grafisi

TABLO 1

crp	41.1 mg/L
prok	0.04 ng/ml
WBC	9120 / μ L
HBG	11.2 g/dl
PLT	189.0 K/ μ L
Otoantikör	Negatif
BNP	117
TROP	3.5 ng/ml
Ck:	48 IU/L

İlk baş vuru anında olan laboratuvar değerleri

Tartışma-Sonuç: Erdheim Chester hastalığı, en yaygın olarak, ekstra-ossöz dokuların histiyositik infiltrasyonu olsun veya olmasın, biyopsi üzerinde köpüklü histiyosit tabakalarını gösteren uzun kemiklerin multifokal sklerotik lezyonları olarak kendini gösterse de %46 olguda akciğer tutulumu görülmektedir. Bu hastalık genellikle her iki akciğerin diffüz retikülo-nodüler infiltrasyonundan oluşur ve bu da ilerleyici dispne ile sonuçlanır. Olgumuz literatürde atipik bir prezentasyon olarak akciğer parankimi dışında plevra ve perikard tutulumu ile seyretmiş olup kortikosteroid tedavisine olumlu yanıt göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Erdheim Chester Hastalığı, Plevra ve Perikardial Effüzyon

PS-240 İdiyopatik İnterstisyel Pnömoni ile Takibinde Overlap Bağ Doku Hastalığı Tanısı Alan Olgu

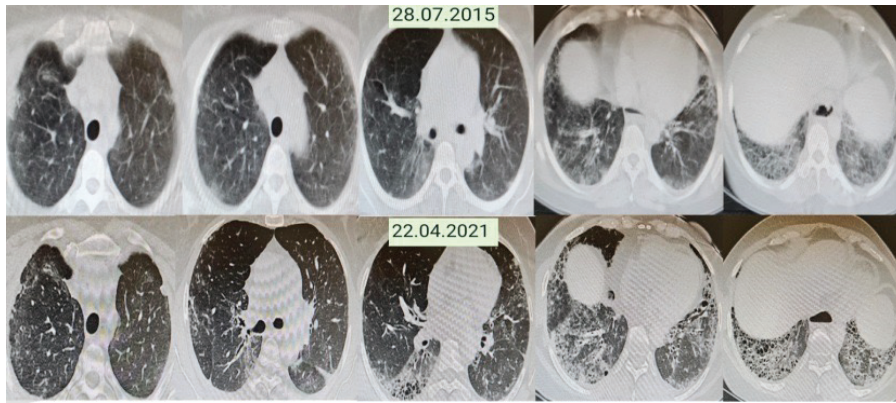
Gülgün Çerçi¹, Ersin Günay¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş-Amaç: İnterstisyel akciğer hastalığının (İAH), bağ doku hastalıklarında (BDH) genel insidansı %15 olarak tahmin edilmektedir. İAH bir BDH'nın ilk bulgusu olabilir, ekstrapulmoner semptomlar yıllar sonra ortaya çıkabilir. İdiyopatik pulmoner fibroze (İPF) benzer klinik tablo ile gelen hastada BDH için dikkatli bir öykü ve otoimmün inceleme tanıya yardımcı olmaktadır. Ayırıcı tanının tedavi seçimi ve prognoz açısından önemi fazladır. Burada 20 yıl önce idiyopatik interstisyel pnömoni (İİP) ile takip edilirken 4 yıl önce sjögren sendromu (SjS) ve seronegatif artropati tanısı almış, 3 yıl önce romatoid artrit (RA) tanısı konulmuş bir olgu sunulmuştur.

Olgu: Elli dört yaşında kadın hasta öksürük şikayeti ile 20 yıl önce hastane başvurusunda karbon monoksit difüzyon kapasitesi düşük saptanmış. Bunun üzerine çekilen akciğer tomografik görüntülemesinde bazal ve perifer kesimlerde septal kalınlaşmalar, retiküler opasiteler, bronşektazik alanlar ve buzlu cam alanları izlenmiştir. Bronkoskopik biyopsi sonucu interstisyel fibrozis şeklinde raporlanmıştır. Hastaya İİP tanısı konulduktan sonra uzun süreli steroid tedavisi ile izlenmiş. Dört yıl önce başlayan keratokonjonktivitis sikka ve küçük eklem ağrıları üzerine tetkik edilen ANA, anti-ssA/B pozitifliği olan hastaya SjS ve seronegatif artropati tanısı konulmuş. Bir yıl sonra RF değeri pozitifleşen hasta SjS zemininde RA tanısı almıştır. Tarafımıza böbrek kist aspirasyonu öncesi preoperatif değerlendirme amacıyla yönlendirilen hastanın güncel tomografisinde radyolojik paterni tipik olağan interstisyel pnömoni (UIP) görünümünde olup mevcut tedavisine ek olarak antifibrotik tedavi başlanması planlandı.

Resim



Üstte bağ dokusu hastalığı tanısı konulmadan önceki radyolojik İAH görüntüleri, altta BDH tanısı aldıktan sonraki radyolojik İAH görüntüleri izlenmektedir

Tartışma-Sonuç: İAH'nın %25 kadarı, herhangi bir BDH için spesifik belirti ve bulgularla karakterize olmayan, ancak altta yatan bir otoimmün durumu düşündürülen, undiferansiye BDH bağlamında oluşur. Bu nedenle idiyopatik interstisyel pnömonilerden (İİP) ayırımı zor olabilir. Bu olguda hasta akciğer tutulumu dışında sistemik bulgusu olmayıp İİP tanısı ile yıllarca takip edilmiş ve takibinde BDH'ye sekonder İAH olduğu saptanmıştır. Overlap BDH şeklinde birlikteliği sık görülse de olgumuz, SjS zemininde RA şeklinde prezente olması hususuyla literatürden farklılık göstermektedir. RA'ya sekonder İAH'da sıklıkla UIP paterni izlenmekte ve büyük oranda tanıdan sonraki ilk beş yıl içerisinde ortaya çıkmaktadır. Olgumuzda ise RA tanısından yıllar önce akciğer tutulumu izlenmiş ve takiplerinde radyolojik UIP paterni sonradan oturmuştur. İPF'ye göre RA'ya sekonder UIP hastalarının prognozu daha iyi olmakla birlikte SjS'e sekonder İAH'tan daha kötüdür. Bu nedenle progresif pulmoner fibrozis riskini belirleyip antifibrotik başlama kararı vermede İAH etiyolojisi önemlidir. Sonuç olarak, İAH hastalarının tedavilerini etkileyebilmesi ve prognozu öngörebilmesi açısından yıllar sonra da BDH tanısı konulabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Sjögren Sendromu, Romatoid Artrit, Antifibrotik, Progresif pulmoner Fibrozis

**PS-241 Organize Pnömoni: Radyolojik Olarak konsolidasyon Gösteren Üç Olgu**

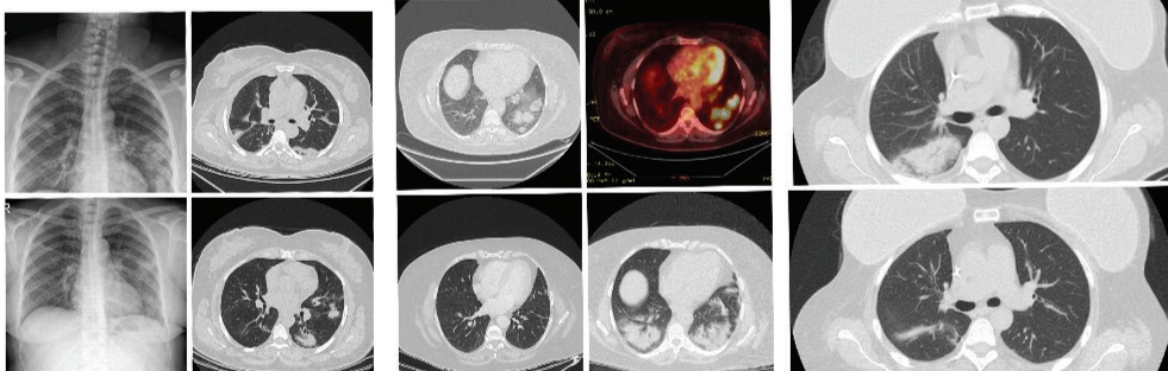
Sümeyra Kaplan¹, Ceyda Anar¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Organize pnömoni (OP) vrespiratuarbronşioler, alveoler kanallar ve alveoller içerisinde fibroblastik tıkaçların (Masson cisimcikleri) oluşturduğu polipoid yapılarla karakterize histolojik bir bozukluktur. Etiyolojide; inhalasyon maruziyetleri, ilaç reaksiyonları, viral-mikoplazmalenfeksiyonlar, organ transplantasyonları ve konnektif doku hastalıkları gibi çeşitli patolojiler rol alabilir. Altta yatan neden saptanmaz ise kriptojenik organize pnömoni olarak sınıflandırılır Burada ikisi kullanılan ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkan diğerinde de herhangi bir neden bulamadığımız OP olgularını sunuyoruz.

Olgular: OLGU 1 Bir haftadır öksürük, halsizlik yakınması olan 48 yaşında kadın hasta kullandığı 3. Kuşak sefalosporin antibiyotiklerine rağmen yakınmalarının geçmemesi üzerine polikliniğimize başvurdu. PA akciğer grafisinde bilateral alt zonlardadansite artımları görüldü (Resim 1). BT'de her iki akciğerde periferik yerleşimli, birbiri ile birleşme eğilimi gösteren konsolidasyon izlendi (Resim 2). Romatolojik hastalıkların ayırıcı tanısı açısından otoantikörler istendi ve negatif olarak geldi. Viralpnömoni sonrası organize pnömoni ön tanısı ile hastaya steroid tedavisi başlandı ve 3 ay boyunca doz azaltılarak kullanan hastada klinik ve radyolojik regresyon izlendi (Resim 3). Tedaviden 3 ay sonra kontrole gelen hastanın PA akciğer grafisinde önceki filmde olmayan farkı zonlarda, periferik yerleşimli dansite artımları görüldü. ToraksBT'sinde de her iki akciğerde yaygın, multilober; önceki bilgisayarlı tomografiden farklı lokasyonlarda ortaya çıkan multilober tutulumlu, yama tarzında infiltrasyon alanları izlendi (Resim 4). Steroide yanıtı nüks organize pnömoni düşünülen hastada enfeksiyon ekartasyonu amacı ile bronkoskopi ve BAL yapıldı. Endobronşiyal lezyon izlenmeyen BAL kültürlerinde üreme olmayan ve tekrar steroid tedavisi başlamayı planladığımız hastaya tanıdan emin olmak amacı ile VATS yapıldı. Sağ üst lob wedge rezeksiyon patoloji sonucu non-spesifik organize pnömoni ile uyumlu geldi. Nüks organize pnömoni düşünülen hastaya yaklaşık 8 ay kadar doz azaltılarak steroid tedavisi verildi. Tedavi bitimi yaklaşık 4 ay olan hastada nüks görülmeydi. OLGU 2 Bilinen opere kolon adenokarsinom tanısı konan 54 yaşında bayan hasta kemoterapi tedavisi almakta olup PET-BT'de sağ akciğer alt lob posterior bazal segmentte ve sol akciğer alt lob bazal kesimde, solda birbiriyle birleşme eğiliminde multiplenodüler lezyonlar izlendi (Resim 5,6). Metastaz ya da 2. Primer Akciğer kanseri ön tanısı ile göğüs cerrahisi tarafından VATS yapılan hastanın patoloji sonucu nonspesifik organize pnömoni ile uyumlu geldi. Hastaya steroid tedavisi başlandı. Tedavinin 1. Ayında klinik radyolojik düzelmesi mevcuttu. Tedavisinin 8. Ayında tama yakın radyolojik yanıtı olan hastanın tedavisi kesildi. (Resim 7) Hastaya 2 ay sonra nüks organize pnömoni tablosu ile yeniden steroid tedavisi başlandı. (Resim 8). Belirgin radyolojik yanıtı olan hastanın halen tedavisi devam etmektedir. OLGU 3 Metastatik meme karsinomu olan 45 yaşında bayan hasta ToraksBT'sinde sağ akciğerde izlenen konsolidasyon üzerine tarafımıza yönlendiriliyor. Hastanın öksürük dışında belirgin semptomu olmayıp antibiyotik tedavisi de aldığı öğreniliyor. Antibiyotik sonrası çekilen kontrol Toraks BT 'sinde sağ akciğer alt lob süperior segmentte izlenen konsolidasyon alanının sebat ettiği izlendi (Resim 9). Hastaya enfeksiyonu dışlamak adına bronkoskopi yapıldı. Endobronşiyal lezyon izlenmedi. Kültürlerde üreme saptanmadı. Özgeçmişinden aldığı kemoterapinin hedefe yönelik tedavi ilaçlarından olan transtuzumab olduğu öğrenildi. Steroid tedavisine başlamış olup tedavisinin 3. ayında radyolojik regresyon izlendi (Resim 10).

3 Olgunun tedavi başlanmadan ve tedavi sonrası çekilen bilgisayarlı tomografileri



Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak iki taraflı dağınık yerleşimli yer değiştiren infiltrasyonu olan, özellikle de pnömoni olduğu varsayılan antibiyotiklere yanıt vermeyen hastalarda düşünülmelidir. Klinik özelliklerle birlikte BT tarama bulguları ve steroide yanıt vermesi genellikle tanıyı düşündürse de kesin doğrulama genellikle açık akciğer biyopsisi veya transbronşiyal biyopsi gerektirir. Kortikosteroid tedavi süresi uzun soluklu olduğundan tanının histolojik olarak doğrulanması özellikle gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Organize Pnömoni, Steroid, Konsolidasyon



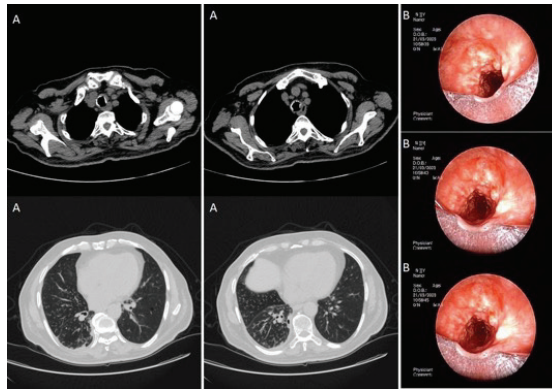
PS-317 Nadir Görülen Hemoptizi Nedeni: Trakeobronkopatia Osteokondroplastika

Ramazan Eren¹, Elif Yelda Niksarlıoğlu Özgün¹, Ayşe Nur Yılmaz¹, Gizem Nur Akbalık¹,
Batuhan Alp Zor¹, Mehmet Atilla Uysal¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Trakeobronkopati Osteokondroplastika (TO) büyük havayollarını (trakea ve ana bronşları) tutan nadir, yavaş ilerleyen ve selim bir hastalıktır. Trakea ve ana bronşlarda submukozal yerleşimli çok sayıda kemik ve kıkırdak dokusu içeren nodüllerle karakterizedir. Tipik olarak posterior membranöz trakea salımdır. Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, bağ dokuda ossifikasyonla sonuçlanan metaplazi olduğu ya da hastalığın trakeobronşiyal amiloidoz sonucu olduğu ileri sürülmüştür. Olguların çoğu orta yaşlı, asemptomatik erkeklerdir. Romatoid artrit tanımlı hemoptizisi şikayetiyle tarafımıza yönlendirilen ileri tetkikler sonucunda trakeobronkopati osteokondroplastika tanısı alan olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: Altmış yedi yaş erkek hasta öksürük ve ağızdan kan gelmesi şikayetleriyle acilimize başvurmuş. Bilinen romatoid artrit, iskemik kalp hastalığı, diabetes mellitus, hipertansiyon tanıları mevcuttu. Asetilsalisilik asit, irbesartan-amlodipin, kolşisin, leflunomid, rituximab, prednizolon, pantoprazol kullanımı mevcuttu. 20 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu, 15 yıldır ex smoker idi. Hastanın hikayesinde yaklaşık iki yıldır ağızdan gelmesi şikayetinin olduğu, gastroenterolojide değerlendirildiği, endoskopi yapıldığı ancak kanama odağı gözlenmemiş ve akciğerde infiltrasyonları olması nedeniyle hem kanama odağı açısından hem de tedavisi açısından tarafımıza yönlendirilmiş. Ayrıca romatoloji takibinde olan hastanın akciğerdeki infiltrasyonları için leflunomide bağlı interstisyel tutulum, kanama odağı açısından romatoid vaskülit şüphesiyle araştırılması önerilmiş. Hasta hemoptizi etiyolojisi açısından servimize interne edilerek ileri tetkik yapılması planlandı. Toraks BT'sinde; sağ bazalde organize plevral koleksiyon, düzensiz plevral fibrotik çekinti ve kalınlaşmalar mevcuttu. Her iki akciğerde büyüğü sol linguler segmentte 11 mm çapında olmak üzere nodüller mevcut olup her iki akciğerde yoğunlukla sağ orta lob ve sağ bazalde daha yaygın olmak üzere sol linguler segment ve sol akciğer alt lobu da içine alacak şekilde yaygın nodüler tarzda infiltrasyon alanları, tomurcuklanmış ağaç görünümüne, infiltrasyon alanları, plöroperankimal bantlar, kaba fibroretiküler patern görünümü mevcuttu. Hastanın tüberküloz şüphesiyle istenilen üç balgam aside rezistan boyama ve kültürleri negatif olması nedeniyle bronkoskopi işlemi planlandı. Bronkoskopide; Vokal kordlardan 2 cm sonra kıkırdak kartilajlar ile süperpoze yer yer sert yapıda nodüler oluşumlar, sağ ve sol ana bronş sistemi açık, ana bronş girişlerinde daha küçük benzer lezyonlar gözlemlendi ve multiple biyopsi alındı. Patoloji; kronik inflamasyon bulguları, epitelde fokal skuamöz metaplazi ve yoğun iltihaplı bronş mukoza parçacıkları olarak raporlandı. Kanama odağı gözlenmedi. Takiplerinde hemoptizisi gözlenmeyen hasta taburcu edilerek poliklinik kontrolüne çağrıldı.



Tartışma-Sonuç: Trakeobronkopatia osteokondroplastika, nadir görülen bir trakeal kalsifikasyon sebebidir. Hastalar çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte, öksürük (%66), hemoptizi (%60), dispne (%53), hırıltılı solunum (%30), boğaz kuruluğu, ses değişiklikleri ya da tekrarlayan pnömonilerle başvurabilirler.

Anahtar Kelimeler: Trakeobronkopatia Osteokondroplastika, Tracheopathia Osteoplastica, Bronkoskopi, Büyük Havayolu Obstrüksiyonu

Poster Bildiri Oturumu 13: Pulmoner Vasküler Hastalıklar

PS-242 Nadir Görülen Bir Solunum Sıkıntısı Nedeni: Çift Arkus Aorta

Abdullah Kansu¹, Kübra Karaca¹, Mehmet Bayram¹, Korhan Erkanlı¹

¹İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi

Giriş-Amaç: Çift aortik ark, oldukça nadir görülen trakea ve/veya özofagusu bası yapabilen tam bir vasküler ring anomalisidir. Çift arkus aorta en sık görülen formu olup özofagus ve trakeayı tam bir vasküler ring oluşturacak şekilde sarmalayarak dispne, stridor (infant ve çocuklarda daha sık) ve disfaji (erişkinlerde daha sık) semptomlarına neden olurlar. Sıklıkla yenidoğan ve erken bebeklik döneminde bulgu verir. Bu çalışmada ise üst solunum yolu enfeksiyonu semptomları ile başvuran ve radyolojik görüntülemeleri sırasında insidental olarak saptanan yetişkin bir hastayı sunmaktayız.

Olgu: 21 yaşında bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan kadın hasta son günlerde artan nefes darlığı öksürük, halsizlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde solunum sesleri doğal saptanan hastanın biyokimya parametrelerinde lökositoz dışında özellik saptanmadı. Alınan covid pcr pozitif sonuçlandı hastaya bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Toraks BT’de akciğer parankiminde pnömonik infiltrasyon saptanmadı, özofagus ve trakeanın sağ ve sol arkus arasında geçtiği minimal trakea basısı olan double aortik ark izlendi. Hastaya eş zamanlı bronkoskopi ve endoskopi planlandı, yapılan incelemede karinadan yaklaşık 2 cm proksimalde trakea dışbasıya bağlı eksantikrik daralmıştı, özofagus proksimalinde dıştan bası görüldü hemen altında diyafram kısılcı kasılmaktaydı. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde çocukluk çağından beri sık bronşiolit geçirdiği, erişkin çağa kadar sıklıkla efor dispnesi olduğu, son aylarda reflü şikayetlerinin arttığı ve ses kısıklığının başladığı öğrenildi. Hasta kalp damar cerrahisine yönlendirildi ve yapılan değerlendirme sonucunda hastaya cerrahi planlandı. Hastaya aksesuar arcus divizyonu, pda divizyonu ve trakea dekompresyonu yapıldı.

Tartışma-Sonuç: Vasküler ringler, tüm konjenital kardiyovasküler anomalilerin %1’inden daha azını oluşturmaktadır. Çift arkus aorta, semptomatik aortik ark varyantlarının en sık görülen tipidir. Bu anomali özofagus ve trakeaya bası yaparak yaşamın erken dönemlerinden itibaren dispne, stridor, wheezing, disfaji, beslenme ve yutma güçlüğü gibi bulgulara neden olabilir. Tekrarlayan akciğer enfeksiyonu ve bunun sonucunda gelişen obliteratif bronşiolite sebep olabilir. “Çift aortik ark” anomalisi diğer vasküler ring anomalilerine göre daha erken bulgu vermekle birlikte olgumuzda asemptomatik seyretmiştir. Tanıda en sık kullanılan yöntem baryumlu özofagogram olmakla birlikte akciğer radyogramı, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, anjiyografi gibi tanı yöntemleri de kullanılabilir. Vasküler ring tedavisinde cerrahi girişim ile halka oluşturulan yapılar ayrıştırılarak bası ortadan kaldırılır. Cerrahi sonrası yapısal bozukluk ya da uzun süreli basıya bağlı trakeomalazi nedeniyle bazı vakalarda solunum sıkıntısı devam ederken, çoğu vakada semptomlar tamamen ortadan kalkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Vasküler Ring, Çift Arkus Aorta



PS-243 Bronşial Arteriyel Embolizasyon Komplikasyonu Olarak Gelişen Dalak İnfarktı

Ayşenur İlkayaz¹, Furkan Doğan¹, Kadriye Nazlı Kara¹, Belma Akbaba Bağcı¹, Mediha Gönenç Ortaköylü¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

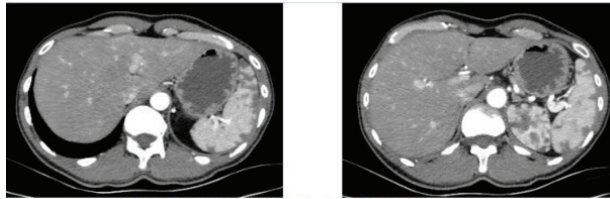
Giriş-Amaç: Bronşiyal arter embolizasyonu (BAE), hemoptizinin tekrarını önleyici tedavi seçenekleri arasındadır ve hastanın stabilizasyonu sağlandıktan sonra ilk yapılması gereken işlemdir. BAE masif hemoptizi tedavisinde uygulanan etkin ve güvenilir, önemli bir tedavi yöntemidir. Başarı oranı pulmoner, bronşiyal ve sistemik arter dolaşımının iyi tanımlandığı durumlarda artmaktadır. BAE en sık görülen komplikasyonlar göğüs ve sırt ağrısı yutma güçlüğü %1,4-%34.5 sıklıkla bildirilmiştir. Diğer komplikasyonlar arasında bronşiyal duvar nekrozu, iskemik myelopati, spinal kord infarktüsü, açıklanamayan sistemik arter embolizasyonu ve diyafragma paralizi mevcuttur. Burada BAE sonrası nadir gelişen dalak infarktli olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk yaş erkek hasta servisimize hemoptizi tetkik amaçlı interne edildi. Özgeçmişinde astım, sekel tüberküloz (20 yıl önce), 20 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Hemoptizi nedeniyle hastanemizde mükerrer yatış öyküsü olan hastaya 2014 yılında hastanemizde cerrahi tarafından sol üst lobektomi yapılmış. Hastanın akciğer grafisinde sekel lezyonları izlenmekte (Şekil.1). Hemoptizi açısından hastaya fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı, patolojisi negatif olan hastanın sekel tüberküloz öyküsü olduğu için gönderilen asido-rezistan bakteri (ARB) ve Mikobakteri PCR sonuçları negatif görüldü. Hastaya girişimsel radyoloji olan bir merkezde BAE işlemi planlandı. Hastanın takiplerinde, hemoptizisi gözlenmemesi üzerine taburcu edildi. BAE sonrası takip amaçlı servisimize tekrar interne edildi. Tekrar kanaması olması durumunda BAE işlemi tekrarlamak için yeni randevu verildi. Tekrar kanaması olan hasta ikinci kez BAE işlemi için yine dış merkeze gitti. İşlem sonrası hastanın karın ağrısı, bulantı-kusma şikayetleri oldu. Akut batın düşünülen hasta genel cerrahiye konsülte edildi. Genel cerrah acil cerrahi patoloji düşünmedi, embolizasyon komplikasyonu açısından takibi uygun olduğunu söyledi. Dış merkez girişimsel radyoloji bölümü ile sözel olarak görüşüldü, hastaya mezenter emboli açısından Batın BT çekildi. Çekilen görüntü Samatya Radyoloji Hekimi tarafından ‘splenik ve renal arter açık fakat subsantimetrik infarkt alanları ile uyumlu izlendi’ şeklinde (Şekil.2) değerlendirildi. Hastaya tedavi dozu antikoagülan (enoksaparin 0,6 2*1) tedavi başlandı.

Embolizasyon komplikasyonu



Şekil.1: Akciğer grafisinde görülen sekel lezyonlar



Şekil.2: Batın BT'de görülen subsantimetrik infarkt alanları

Tartışma-Sonuç: BAE'nin en sık komplikasyonu plöretik göğüs ağrısı, ateş, lökositoz ve disfaji ile ortaya çıkan post-embolizm sendromudur. Ayrıca akciğer parankiminde, özofagus ve trakeada infarkt, bronkoözofajiyal fistül gelişimi, spinal kord iskemisi ve buna bağlı transvers miyelit, serebral infarkt, kortikal körlük, iskemik kolit, renal infarkt gibi komplikasyonlara yol açabilir. Hastaların semptomları ve fizik muayene bulguları göz önüne alınarak BAE sonrası yakından takip edilmelidirler ve karın ağrısı olan bir hastada nadir görülebilen komplikasyonlardan dalak infarktı göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemoptizi, Embolizasyon, Dalak İnfarktı

PS-244 Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon ile Başvuran Sarkoidoz Olgusu

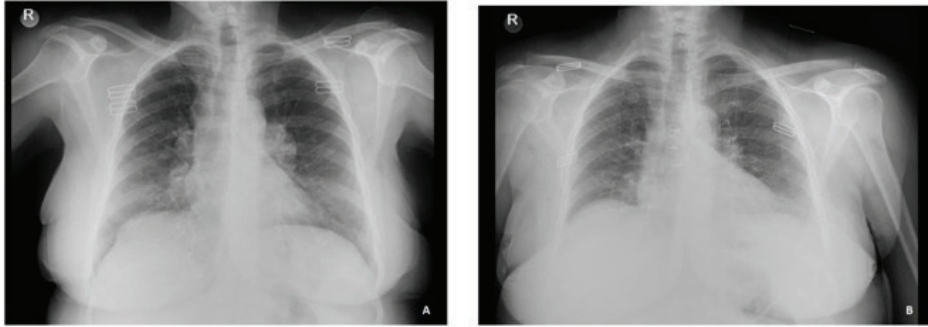
Deniz ÇELİK¹, Zehra Ökdem¹, Hüseyin Lakadamyalı¹, Özkan Yetkin¹

¹Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Alanya, Antalya

Giriş ve Amaç: PAH ön tanısıyla tarafımıza başvuran ve ileri tetkikler sonucunda Sarkoidoz tanısı konulan bir hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 53 yaşında kadın hasta, yaklaşık 3 aydır el ve ayaklarında cilt altı sert şişlik şikayeti ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Hasta eforla artan nefes darlığı, aralıklı öksürük ve tek taraflı terleme şikayetiyle başvurdu. Romatolojik hastalıklar dışlanarak kardiyoloji konsültasyonuna yönlendirilen hastanın sPAB değeri 40 mm/Hg olarak ölçüldü ve PAH ön tanısıyla tarafımıza yönlendirildi. PAAC'de iki taraflı hilusta yoğunluk artışı görüldü (Resim1A). D-dimer yüksekliği nedeniyle Akciğer BT Anjiyografisinde tromboemboli görülmeyi, ancak iki taraflı multipl konglomere mediastinal ve hiler lenfadenopatisi görüldü. Her iki akciğerde en büyüğü sağ ön lobda 12 mm olmak üzere çok sayıda parankimal nodül gözlemlendi. Pozitron Emisyon Tomografisinde (PET-BT) lenf düğümleri ve nodüllerde hafif metabolik aktivite (SUVmax 4.62) görüldü. EBUS-TBNA biyopsisinde kazeifikasyon nekrozu olmaksızın granülomatöz inflamasyon bulguları görüldü. FVC %79, DLCO/VA ise %124 olarak belirlendi. Göz muayenesi ve nörolojik değerlendirmeleri normaldi. Serum ACE düzeyi 310 IU/L olarak ölçüldü. Evre 1 olarak Sarkoidoz olarak tanı konuldu. 24 saatlik idrarda kalsiyum klirensi 732,6 mg/gün ile çok yüksek saptandı. Hastaya intravenöz metilprednizolon tedavisi başlandı. (Çok yüksek kalsiyum klirensi nedeniyle 40 mg/gün). Multipl lenf nodularının mekanik etkilerine bağlı olarak PAH oluşabileceğini düşündük. Taburculukta doz 2 hafta oral 32 mg olarak devam edildi ve daha sonra 16 mg/gün'e düşürüldü. 1 aylık oral kortikosteroid tedavisi sonrası kontrol akciğer grafisi normaldi (Resim1B). Tedavi sonrası yapılan SFT'lerde FVC %111, difüzyon testinde DLCO/VA %124 olarak görüldü. Kontrol ekokardiyografisinde sPAP 20 mm/Hg olarak saptandı. Bir aylık kortikosteroid tedavisi sonrasında serum ACE düzeyi düşerek 180 IU/L, 24 saatlik idrarda kalsiyum klirensi azalarak 12 mg/gün olarak ölçüldü.

Resim 1



Tartışma ve Sonuç: PAH ve fibrozis gibi akciğer hastalıkları sarkoidoz ile ilişkili olabilir. PAH grup 5, sarkoidozla ilişkili PAH da dahil olmak üzere birçok mekanizma nedeniyle idiyopatik PAH'a karşılık gelir. Ancak hastalık ilerlemiş sarkoidozda ilerledikçe sarkoidozla ilişkili PAH prevalansı önemli ölçüde artar. Sarkoidozla ilişkili PAH kötü prognozla ilişkilidir. Belperio ve ark. sarkoidoz nedeniyle ilerlemiş akciğer hastalığı olan hastalarda %70'e varan oranlarda PAH geliştiğini ve bu da yaklaşık %40'lık daha yüksek 5 yıllık mortalite oranıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Ancak PAH, pulmoner fibrozis yokluğunda da ortaya çıkabilir. Bu, alternatif patofizyolojik mekanizmaları düşündürmektedir. Moua ve ark. PAH'lı hastaların %25'inde mediastinal lenfadenopati bulunduğunu bildirmişlerdir. Bizim olgumuzda da PAH'ın benzer mekanizmayla geliştiğini gözlemledik. Tedavi ile bilateral lenfadenopatiler geriledi, sPAB düzeyi normale döndü. Sarkoidozdan kaynaklandığı düşünülen PAH, tedavi ile mediastinal lenfadenopatiler gerileyebilir ve sPAP normale dönebilir. Bu nadir vakalardan, evre 1-2 sarkoidoz ve PAH için tedavi gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon, Sarkoidoz



PS-245 Legionella Pnömoni Olgusunda Nadir Bir Komplikasyon: Pulmoner Tromboemboli

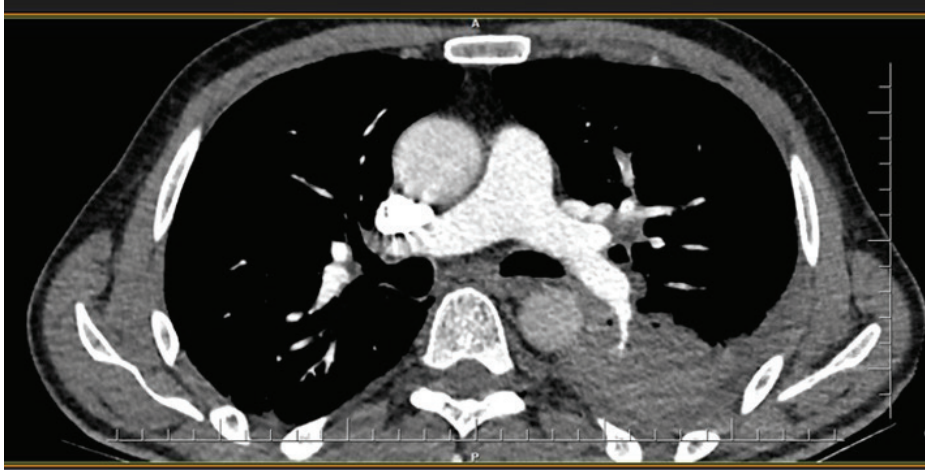
Sümeyye Sedef¹, Emine Tuncel Yatır¹, Pınar Mutlu¹, Nihal Arzu Mirici¹

¹Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi

Giriş-Amaç: Legionella pnömonisi, nispeten nadir karşılaşılan ancak oldukça ilerleyici ve mortalitesi yüksek olan bir akciğer enfeksiyonudur. Ayrıca rabdomiyoliz, akut böbrek yetmezliği ve koagülasyon bozukluğu gibi birçok komplikasyonla seyreden bir hastalıktır. Bu hastalara klinik, laboratuvar ve radyolojik tetkiklerle tanı konmaktadır. Gecikmeden tedaviye başlamak ve komplikasyonlarını yakından takip etmek önemlidir. Pulmoner tromboemboli de nadir gelişen bir komplikasyon olarak aklımızda bulunması gerekir.

Olgu: 57 yaş erkek hasta son 1 aydır olan nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile acil servise birkaç kez başvurusu mevcut olup son gelişinde acil serviste yapılan muayene ve tetkikler sonucunda pnömoni ön tanısı ile tarafımıza danışıldı. 3-4 gündür ateş, üşüme ve titreme şikayetlerinde artış olmuş. İki gün önce hastaya dış merkezde sefiksime başlanmış. 40 paket yıl sigara öyküsü mevcut. Bilinen ek hastalığı yok. İnşaat işçisi olarak çalışıyor. Hastanın klinik muayenesinde oskültasyonda bilateral yaygın ralleri mevcuttu. Hemogramda lökosit yüksekliği ve C reaktif protein yüksekliği mevcuttu. Hastanın çekilen akciğer grafisinde bibaziller konsolidasyon alanları izlendi. Hastanın çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde her iki akciğerde konsolidasyon alanları olan hasta pnömoni tanısı ile göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Servis yatışında hastaya balgam kültürü, kan kültürü, idrarda legionella antijen testi, Covid-PCR testi, rutin biyokimya ve hemogram testleri yapıldı. Tetkiklerinde idrarda legionella antijen testi pozitif gelen hastaya levofloksasin ve tazobaktam piperasilin kombinasyonu başlandı. Profilaktik olarak ise enoksaparin tedavisi verildi. Şikayetlerinde ve laboratuvar tetkiklerinde regresyon görülen hastanın oksijen desteğine ihtiyacı kalmayınca taburcu edildi. Taburculuk sonrası poliklinik kontrollerinde şikayetlerinin tamamen gerilemiş olduğunu belirtti. Taburculuktan 1 hafta sonra sırtta ağrı şikayetiyle acil servise başvuran hastanın muayenesinde oskültasyonda bilateral alt zonlarda ral mevcuttu. Bilateral alt ekstremitelerde ısı-çap farkı yoktu. Oda havasında saturasyonu %94 nabız: 86 ateş: 38.2 Lökositoz ve C reaktif protein yüksekliği mevcut olan hasta legionella pnömonisi komplikasyonları açısından enfeksiyon hastalıklarına danışıldı. Enfeksiyon hastalıkları legionella sonrası nadir görülebilecek komplikasyonlar açısından bulgu saptanmadığını belirtti. Wells skoru 0 olan hastanın d-dimer sonucu 3,5 ug/ml (immunoassay yöntemi ile normal aralık:0-0,5) çıkması nedeniyle bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiogram istendi. Bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiogramında sol akciğer üst loba giden segmenter arter dalında dolum defekti ve sol hemitoraksta plevral effüzyon izlendi. Her iki akciğer posterior kesimlerde içinde hava bronkogramları izlenen konsolidasyon alanları ve buzlu cam dansitesinde infiltrasyonlar izlendi. Hasta pulmoner emboli tanısıyla servise yatırıldı. 48 saat immobilizasyon ve tedavi dozunda enoksaparin başlandı. 24 saat sonra tedaviye warfarin eklendi. Bilateral alt venöz doppler ultrasonda sol uyluk yarısında izlenebilen distal kesime kadar kompresyona yanıt alınamayan trombüs materyali izlendi. Kardiyovasküler cerrahi kliniğine konsülte edildi ve antikoagülan tedavinin devamı önerildi. Tedavi sonrası şikayetleri azalan hasta poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Pulmoner Tromboemboli



Sol Akciğer Üst Loba Giden Segmenter Arter Dalında Dolum Defekti ve Sol Hemitoraksta Plevral Effüzyon

Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak literatür taramalarında pulmoner tromboemboli riski toplumsal kökenli pnömonilerde ortalama % 3,5-5 arasında değişmektedir. Pulmoner emboli etyolojisinde en sık neden derin ven trombüsü olsa da bizim vakamızda bacakta meydana gelen akut derin ven trombüsü bulguları pulmoner emboli tanısı konduktan 2 gün sonra ortaya çıkmıştır. Bu da bize legionella hastalarında ani gelişen nefes darlığı bulgularında, derin ven trombozu bulguları olmasa bile hastada pulmoner emboli gelişebileceğini akla getirmelidir. Pulmoner emboli ve pnömoni birlikteliği her ne kadar az görülsede bu tür legionella pnömonisi vakalarında pulmoner emboli ve koagülasyon bozukluğu açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pnömoni, Legionella, Pulmoner Tromboemboli



PS-246 Geç Tanı Alan Swyer-James-Macleod Sendromu: Olgu Sunumu

Ayşe Nur Yılmaz¹, Ramazan Eren¹, Merdiye Serdaroğlu¹, Elif Yelda Özgün Niksarlıoğlu¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

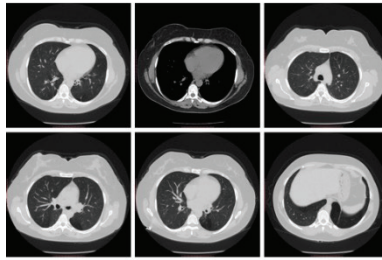
Giriş-Amaç: Swyer-James-MacLeod Sendromu (SJMS), bronşiyal hava yolu tıkanması olmadan tek akciğer lobunun havalanma fazlalığı ile hiperlüsens görünüm ve azalmış vaskülarite ile karakterize radyolojik antitedir. Çocukluk çağında geçirilen viral bronşiolit veya pnömoniler sonrası obliteratif bronşiolit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

Olgu: Kırk dört yaş kadın hasta nefes darlığı, öksürük ve balgam şikayetleriyle polikliniğimize geldi. Fizik muayenesinde dinlemekle sol hemitoraksta solunum sesleri azalmıştı. Astım tanılı hastanın 10 paket-yıl sigara öyküsü olup, 5 yıldır sigara kullanmıyordu. Öyküsünde çocukluk çağından beri sık akciğer enfeksiyonu geçirdiği, yılda en az beş kez acil başvurusu olduğu ve sıklıkla antibiyotik kullanımı mevcuttu. Tarafımıza başvurmadan önce bronşektazi nedeniyle takip edilmiş olup pnömokok aşısını yaptırmıştı. Çekilen posterior-anterior akciğer grafisinde sol alt zonda hiperlüsensi ve sol hiler bölgede küçülme izlendi (Resim-1). Yapılan biyokimyasal ve mikrobiyolojik tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı. Solunum fonksiyon testinde (SFT) hafif derecede obstrüktif tip bozukluk vardı. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) sol akciğer alt lob volümü azalmıştı ve bronşektazik görünümü mevcuttu. Her iki akciğer havalanma farklılıkları ve bazıları plevral çekintilerden ayırt edilemeyen birkaç adet milimetrik dansite artışı ile sağ akciğer alt lob superior segmentte minimal nodüler infiltrasyon alanı mevcuttu (Resim-2).Yapılan görüntülemelerle birlikte radyoloji konsültasyonu istenildi. Radyolog değerlendirmesiyle birlikte görüntülerin SJMS ile uyumlu olduğu raporlandı. SJMS teşhisi konulan hastaya mevcut şikayetlerine tedavi verildi ve her yıl ekim kasım aylarında viral influenza aşısı, beş yılda bir pnömokok aşısı yaptırması önerilip taburcu edildi.

Resim



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



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

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

Anahtar Kelimeler: Astım, Bronşektazi, Erişkin, Hiperlüsensi, Swyer-James-MacLeod Sendromu

PS-247 Kombine Pulmoner Fibrozis ve Amfizem ile Gelen, Arkus Aortada Mural Trombüs Saptanan Behçet Hastalığı

Elif Hocaoglu Diri¹, Nurhan Atilla¹, Şeyma Yaprak¹, Hatice Feyza Topal¹, Hasan Kahraman¹, Burcu Akkök¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Behçet hastalığı (BH); etyolojisi bilinmeyen kronik, multisistemik bir vaskülitir. Klasik triadı; tekrarlayan oral-genital ülserler ve üveittir. Ayrıca mukokutanöz, artiküler, nörolojik, gastrointestinal, pulmoner ve kardiyovasküler tutulum görülebilir (1,2). Behçet hastalığında vasküler tutulum sıklıkla tromboflebit şeklindedir. Arteriyel tutulum daha nadir olarak görülmektedir. Behçet Hastalığı'nın pulmoner tutulumuna ait klinik bulgular, tekrarlayan dispne atakları, öksürük, göğüs ağrısı ve hemoptizidir. BH'ye bağlı pulmoner tutulum prevalansı %1-5 arasında değişmektedir. Bizim sunmak istediğimiz hastamızda da nefes darlığı, öksürük, yaygın amfizem, pulmoner fibrozis ve arkus aortada mural trombüs mevcuttu.

Olgu: 57 yaşında erkek hasta, nefes darlığı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Ara ara olan öksürük, balgamı ve çabuk yorulması mevcuttu. Fizik muayenede, oral ve genital aftöz lezyonlar saptandı. Çomak parmak görüldü. Akciğer sesleri dinlemekle bazallerde bilateral ral duyuldu. Göz muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın biyokimya sonuçları normal değerler olarak raporlandı. Olgunun geliş akciğer grafisinde; bilateral alt zonlarda retiküler dansite artımları olması üzerine yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT) çekildi. Akciğer parankim alanlarında bazallere gidildikçe artan retiküler dansite artımları ve traksiyon bronşiektazileri ile karakterize interstisyel pulmoner fibrozis bulguları, ayrıca üst loblarda belirgin amfizem alanları görüldü. Görünümü kombine pulmoner fibrozis ve amfizem olarak radyoloji tarafından raporlandı. Hasta romatoloji ana bilim dalına konsülte edildi. Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu kriterlerine göre Behçet hastalığı tanısı konuldu. HLA-B51 negatif sonuçlandı. BH tanısı alan hastaya pulmoner arter ve aorta bilgisayarlı anjiyografi çekildi Arkus aorta alt duvarından kaynaklanan sakküler duvarı tümüyle kalisifiye görünümde, 12.5 cm' lik segmente devam eden sakküler anevrizma izlendi. Arkus aorta cidarında yer yer yüzeyi ülseri görünümde olan mural trombüsler; inen aortaya dek tanımlanan mural trombüs formasyonları devam etmekte görüldü

Görüntü 1



Hastanın pulmoner arter ve aorta bilgisayarlı tomografi anjiyoda arkus aortada mural trombüs görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Behçet hastalığı birçok sistemi etkileyebilen sistemik, uzun süreli bir hastalıktır, her hastada farklı seyredebilir. Pulmoner parankimal tutulum hastalığın aktivasyonunu gösterir. Pulmoner vaskülit ve pulmoner damarların trombozu enfarkt, fokal ya da difüz hemoraji ve fokal atelektazik alanların oluşumuna yol açar. Tekrarlayan parankimal hasarlanmalar sonuçta fibrozis, amfizem alanlarının oluşumuna yol açabilir. Bizim olgumuzda da amfizem ve fibrozis mevcuttu, kortikosteroid tedavisi sonrası hastamız klinik olarak düzelme görüldü. Hastamızda yapılan paterji ve HLA tetkikleri negatif olmakla birlikte klinik olarak BH'nin tanı kriterleri mevcuttu. Çalışmalarda paterji deri testinin olguların yaklaşık %60 oranında pozitif olduğu; ancak Türk ve Amerikalı hastalarda nadiren pozitif olduğu belirtilmektedir (3). HLA-B51 tetkiklerinde de %50 oranında negatiflikler vardır. BH'nin akciğer tutulumunun tanı ve takibinde standart akciğer grafisi bulguları değişik ve nonspesifiktir. Bundan dolayı bilgisayarlı tomografi incelemeleri bulguları gösterme açısından daha faydalıdır. Sonuç olarak Behçet hastalığında akciğer bulgularının, hastalığın ilk belirtilerinden 3-4 yıl sonra ortaya çıktığı belirtilmekle beraber, majör kriterler olmadan da ilk bulgusu olabileceği akıld tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Amfizem, Behçet Hastalığı, Mural Trombüs, Pulmoner Fibrozis, Arkus Aorta



PS-248 Nadir Bir Hemoptizi Nedeni: Pulmoner Sekestrasyon ve Pulmoner Arter Hipoplazi Birlikteliği

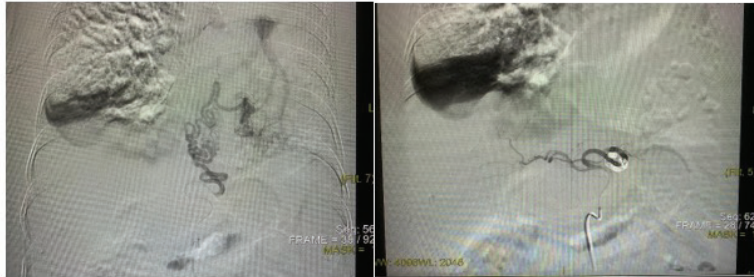
Merve Toprakoğlu¹, Oğuzhan Şen¹, Nur Sena Şen¹, Nalan Demir¹, Hatice Kılıç¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner sekestrasyon, akciğerin bir lob-segmentinin trakeobronşial ağaçla bağlantısı olmayan ve dolaşımını pulmoner arterler yerine sistemik arterlerden sağlayan akciğer dokusudur. Genellikle sol akciğer alt lobda yerleşim göstermektedir. Asemptomatik seyredebileceği gibi tekrarlayan pnömoniler, sık hastane yatışları ve nadiren masif hemoptizi gibi ciddi semptomlara yol açabilmektedir. Bronşektazi tanısı ile takip edilen ve masif hemoptizi nedeniyle tarafımıza başvuran, takibinde pulmoner hipoplazi, pulmoner sekestrasyon ve pulmoner tromboemboli birlikteliği saptanan olgumuzu paylaşmak istedik.

Olgu: Çocukluğundan beri sık pnömoni öyküsü olan bronşektazi tanılı 58 yaşındaki kadın hasta masif hemoptizi nedeniyle tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde sol hemitoraksta yaygın kaba raller işitildi. Oda havasında normoksemikti. Kronik balgamı olan hastanın ara ara balgama bulaş şeklinde kanama yakınması mevcuttu. Başvurusundan 1 yıl önce masif hemoptizi nedeniyle bronşial arter embolizasyon öyküsü olan hastanın çekilen Bilgisayarlı Tomografi - Pulmoner Anjiyografi'de (BT-PA) sol akciğerde yaygın bronşektazi, sol pulmoner arter hipoplazisi olduğu ve sol pulmoner arterden itibaren segmenter dallara kadar uzanan pulmoner tromboemboli ile uyumlu dolum defektleri izlendi. Takibinde masif hemoptizisi tekrarlayan hastaya traneksamik asit tedavisi başlandı. Günlük hemogram takibi ile ihtiyacına göre eritrosit süspanسیون replasmanı yapıldı. Mevcut tedaviye rağmen hemoptizisi devam eden hastaya girişimsel radyolog tarafından bronşial arter embolizasyonu uygulandı. İşlem sırasında çekilen çölyak arter anjiyografide çölyak dallardan ayrılan bir arter dalının sol akciğer alt bölgedeki pulmoner sekestrasyon alanını beslediği saptandı. (Resim-1). Pulmoner sekestrasyonu besleyen ve kanamanın sebebi olan çölyak arter dalı embolize edildi (Resim-2). Takiplerinde hemoptizinin gerilediği görülen hastaya düşük dozdan başlanarak düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi uygulandı. Hasta Göğüs Cerrahisi ile birlikte multidisipliner konseyde değerlendirildi. Sol akciğer ve pulmoner arter hipoplazisine eşlik eden yaygın bronşektazi ile beraberinde sekestrasyonu bulunan, hayatı tehdit eden hemoptizi kliniği ile presente olan olguda sol pnömonektomi kararı alındı. Akut emboli süreci sonrası kontrollerine göre operasyon yapılacak olan hastanın takibi devam etmektedir.

Resim 1-2



Resim-1 Pulmoner sekestrasyon görülen alanın Pulmoner venlerle ilişkisi.

Resim-2 Pulmoner sekestrasyon görülen alanda Çölyak arter ile Pulmoner ven arasındaki ilişki ve Çölyak arter'in embolizasyonu ile bu arterin oklüzyon görüntüsü.

Tartışma-Sonuç: Pulmoner sekestrasyon kolaylıkla gözden kaçabilen bir hemoptizi nedenidir. Olgumuzda olduğu gibi pulmoner arter-akciğer hipoplazisi ve bronşektazi ile birlikteliği literatürde oldukça nadir rastlanan bir durumdur. Ölümcül komplikasyonlarla sonuçlanabileceğinden, hemoptizi ile başvuran hastalarda pulmoner sekestrasyon akılda tutulmalıdır. Eşlik eden pulmoner tromboemboli varlığı olgumuzda olduğu gibi hastalık yönetimini zorlaştırır da multidisipliner yaklaşımla tedavi edilebilen bir hastalık olduğu unutulmamalıdır. Masif hemoptizi ile başvuran bir olgunun antikoagülan tedavisiyle taburculuğunun yapılması tıpta etiyolojiye yönelik yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sekestrasyon, Hipoplazi, Hemoptizi, Pulmoner Emboli

PS-249 İleri Pulmoner Hipertansiyona Neden Olan Destroyed Lung ve Bronşektazi

Zehra Ökdem¹, Deniz Çelik¹, Hüseyin Lakadamyalı¹, Özkan Yetkin¹

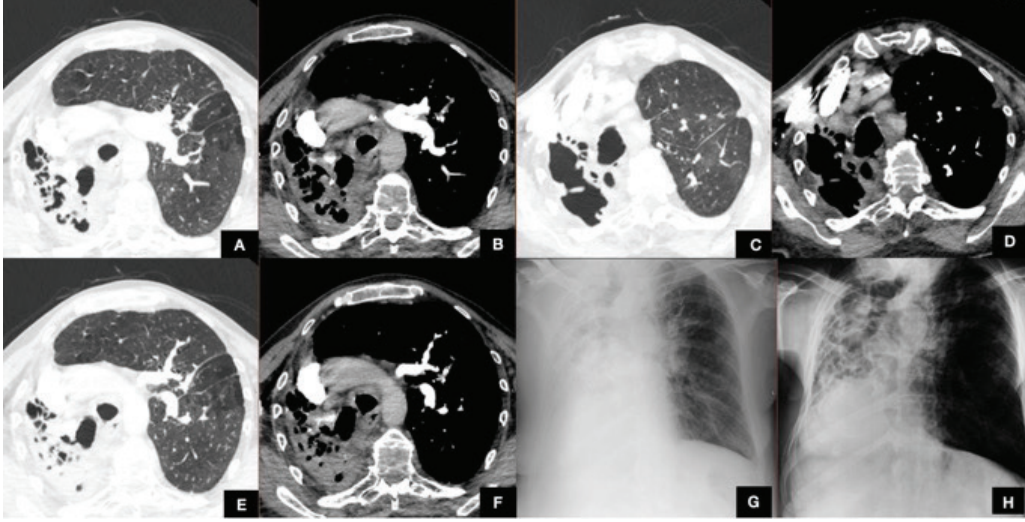
¹Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Alanya, Antalya

Giriş-Amaç: Bronşektazi bronşların geri dönülemez şekilde hasar görmesi ve genişlemesiyle karakterize heterojen bir akciğer hastalık grubudur. Tek bir lob veya akciğer segmentiyle sınırlı olabileceği gibi bir veya her iki akciğeri daha yaygın olarak etkileyebilir. Küçük havayollarının duvarları inflamatuvar hücreler tarafından infiltrate edilerek obstrüksiyona neden olur, ağırlıklı olarak nötrofiller tarafından salınan proteazlar büyük havayollarına zarar vererek bronşiyal dilatasyona neden olur. Komşu parankim inflamasyona dahil olur. Enfeksiyöz patojenler, mukosiliyer fonksiyonun bozulmasıyla enfeksiyona neden olur, sonuç olarak bakteriyel çoğalma ve daha fazla enflamasyonla sonuçlanır. Böylece ilerleyici akciğer hasarına yol açan ve kendi kendini devam ettiren bir kısır döngü oluşur. Şiddetli bronşektazi olan hastalarda, Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon (PAH), kronik solunum yetmezliği, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) gelişebilir. Şiddetli bronşektazide, altta yatan bir tüberküloz veya akciğer absesi sonrası ortaya çıkan ağır yıkımın sonucunda destroyed lung meydana gelebilir. Bronşektazi en sık enfeksiyonlara (özellikle tüberküloz) bağlı olarak gelişmektedir. Bu vakamızda yaklaşık 30 yıl önce geçirilmiş tüberküloz öyküsü ve sağ akciğerde tüberküloz sekeline bağlı kistik bronşektazik değişiklikler gelişmiş olan hastada yıllar içinde gelişen PHT, KOAH ve korpulmonale varlığını sunmayı amaçladık.

Olgu: 59 yaşında, KOAH ile takipli, üçü yoğun bakım ünitesi olmak üzere yılda dokuzdan fazla hastane yatışı gerektirecek alevlenmeler ile acil servise sık başvuruları olan erkek hasta nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurdu. 27 yıldır sigara içmeyen hastanın öncesinde 15 paket/yıl sigara öyküsü vardı. Muayenesinde sağ akciğerde solunum sesleri alınamadı, sol akciğerde ise yaygın ronküsleri izlendi. Oda havasında SpO₂: %65 olduğu, nazal kanülle verilen 8 L/dk oksijen ile SpO₂'nin %79'a yükselebildiğini izlendi. AKG'de pH:7.27 PaCO₂:116 mmHg PaO₂:45,6 mmHg izlendi. Dekompanse respiratuvar asidoz ve hiperkapnik solunum yetmezliği tanılarıyla yoğun bakıma yatırıldı. Son 1 yılda yapılmış SFT'de ciddi obstrüksiyon (FEV₁/FVC:66, FEV₁:%29, FVC:%35) izlendi. Toraks BT(Bilgisayarlı Tomografi)'de sağ akciğer parankimi kollabe görünümde olup haraplanmış akciğer görünümü ile beraber sağ infrahiler alanda, paraaortik uzanım gösteren aksiyel planda en geniş yerinde 45x24 mm boyutlu nodüller, düzgün sınırlı kitlesel lezyon, sağ hemitoraksta alt zon posterior plevral yapraklarında kalsifikasyonlar, sol akciğerde parankimal pür kalsifik nodüller, fibrotik bantlar, mozaik atenüasyon paterni ve mediastinel yapılar ile kalbin sağa doğru yer değiştirdiği ve truncus pulmonalis çapının 37 mm olarak ölçüldüğü raporlandı (Resim 1). Hastanın önceki sık hastane başvurularına ait Toraks BT görüntüleri incelendiğinde sağ akciğerde havalanan akciğer dokusu kalmamasına kadar gittikçe ilerleyen belirgin sekel kalsifik, fibrotik ve kistik bronşiektatik değişiklikler, peribronşiyal kalınlaşmalar ile sol akciğerde kompensatuvar havalanma artışları izlendi. Ekokardiyografide sağ boşluklar dilate, orta-ileri TY, sPAB 50-60 mm/Hg olarak raporlandı. Özgeçmişinde 33 yıl önce tüberküloz geçirdiği, 19 yıldır KOAH ile takip edildiğini, ev tedavisinde LABA+LAMA+IKS, teofilin, diüretik, nebülize SABA, Oksijen Konsantratörü ve BIPAP S/T cihazlarını kullanmaktaydı. Yoğun bakımda tedavisi tamamlanan hastanın stabilizasyon sonrası medikal tedavileri düzenlenerek taburcu edildi.



Radyolojik görünüm



A-F: Başvuru sırasındaki Toraks BT'de sağ destroyed lung, kistik bronşektazik değişiklikler ve mediastinal LAP görünümü mevcuttur. G: Olgunun yeni PA akciğer grafisi H: Olgunun eski PA akciğer grafisi

Tartışma-Sonuç: Artık daha az görülmekle birlikte, pulmoner hipertansiyonun nadir nedenlerinden biri de tüberküloz sekeli sonrası gelişen destroyed lung ve bronşektazidir. Bu tür olgularda gelişen korpulmonale ve tip 2 solunum yetmezliği hastaların daha sık alevlenme ve hastane yatışıyla sonuçlanmaktadır. Sekel tüberküloz zemininde gelişen destroyed lung ve bronşektazide, pulmoner hipertansiyon gelişmeden önce cerrahi ile etkilenen alanın çıkarılmasının hem bakteriyel kolonizasyonu hem de sık alevlenmeyi azaltacağı, PAH gidişi durdurabileceği bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Arteryel Hipertansiyon, Bronşektazi, Destroyed Lung, Solunum Yetmezliği

PS-250 Dispne ile Başvuran Mikroskopik Polianjitis Olgusu

Beyza Alıcıoğlu¹, Fatma Ezgi Kahveci¹, Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer², Fatma Yıldırım³, Ersin Günay¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

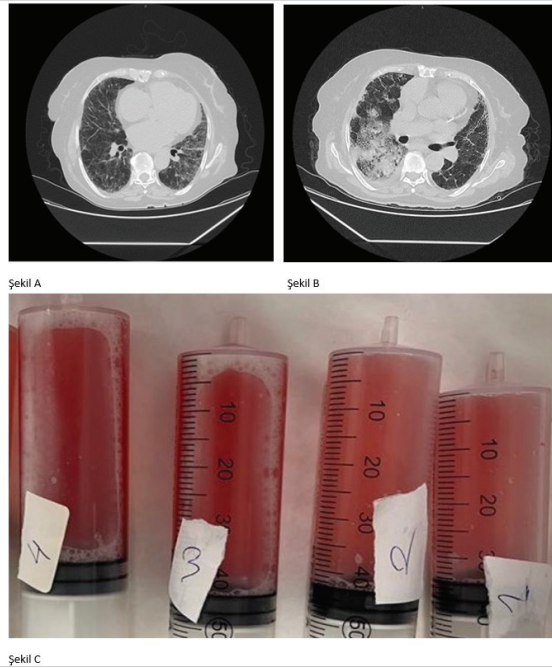
²Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

³Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Kliniği

Giriş-Amaç: Diffüz alveolar hemoraji; sıklıkla immün olmak üzere immün ve non-immün nedenlerden kaynaklanan pulmoner mikrosirkülasyonun bozulduğu alveol içerisine eritrosit birikmesi durumudur. Hemoptizi, nefes darlığı ve anemi ile karakterizedir. Diffüz alveolar hemoraji hızlı progresyon gösterebilir. Burada prednol tedavisiyle kliniği hızla düzelen olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Nefes darlığı şikayetiyle merkezimize başvuran 76 yaşındaki kadın hastanın hipertansiyon, astım ve ritim bozukluğu tanıları mevcuttu. Hasta 4 ay öncesine kadar kendi hayatını idame ettiren başvurusunda günlük işlerini yapamayacak hale geldiğini ifade etti. Fizik muayenesinde solunum sesleri kaba, bilateral ralleri mevcuttu. Kan basıncı 122/89 mmHg, kalp hızı 155/dakika, ateş 36.8 °C, 2 lt nazal oksijen desteği ile saturasyonu 91 idi. Hastanın Toraks BT incelemesinde yaygın buzlu cam dansiteleri mevcuttu (Şekil A). Hastadan alınan COVID PCR testinin negatif gelmesi üzerine test tekrarlandı. İkinci kez PCR testi negatif geldi. Hastanın idrar tetkikinde eritrosit pozitif olması üzerine hastadan otoimmün parametreler istendi. P-ANCA 1/320 titrede pozitif geldi. Bronkoskopi yapılan olguda SF verilip aspire edildiğinde BAL örneğinin hemorajik olup gittikçe koyulaşması alveolar hemoraji tanısını destekledi (Şekil B). Hastaya pulse steroid tedavisi başlandı. Tedavi sonrası hastanın nefes darlığı şikayetleri geriledi, radyolojik düzelme görüldü (Şekil C). Göğüs hastalıkları kliniğinde takibine devam ediliyor.

Karşılaştırmalı BT ve BAL



Tartışma-Sonuç: Diffüz alveolar hemoraji, alveolokapiller membran hasarı sonucu alveol içine kanaması durumudur. Nadir görülen klinik bir durum olmasına rağmen mortaliteyle seyredebilir. Alveoler hemorajide etiyolojiye yönelik tedaviye ek olarak kortikosteroid kullanımının yararlı olduğu bilinmektedir. Sonuç olarak nefes darlığı, hemoptizi, hipoksi ve direkt akciğer grafisinde infiltrasyon tespit edildiğinde DAH ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken hastalıklar arasında olmalıdır. DAH'nin tanısında gecikme olduğunda hayatı tehdit eden sonuçlar doğurabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mikroskopik Polianjitis Alveolar Hemoraji



PS-251 Pulmoner Tromboemboli Kliniği ile Acile Bavurusu Olan Hastada Dural Arterovenöz (A-V) Fistül Olgusu

Hazel Kara Günaydın¹, Hilal Boyacı¹, Bekir Tunç²

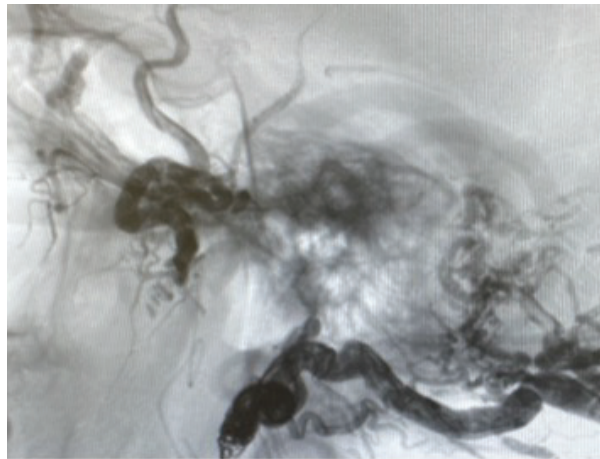
¹Hiti Üniversitesi Erol Olçok EAH, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Hiti Üniversitesi Erol Olçok EAH, Beyin Cerrahisi

Giriş-Amaç: Pulmoner tromboemboli (PTE) sık karşılaşılan, pulmoner arteriyel yatağın tıkanması sonucu yaşamı tehdit eden, erken tanı ve tedavisi hayati önem taşıyan kardiyovasküler acil durumdur. Ani başlangıçlı dispne, batıcı göğüs ağrısı, çarpıntı, siyanoz, hemoptizi, senkop, derin ven trombozu sık görülen belirtilerdir. Gebelik, majör travma, alt ekstremitte kırıkları, kanser vb. güçlü provakatör faktörlerdir. Olgumuzda fibula fraktürü sonrası PTE kliniği ile acile başvuran 49 yaşındaki erkek hastanın PTE tanısı ile takip ve tedavi edilirken dural AV fistül tanısı alışıni sunmayı amaçladık.

Olgu: 49 yaş erkek hasta, 1 hafta önce düşme sonrası sol fibula fraktürü öyküsü ile ani başlayan öksürük, nefes darlığı ve senkop ile acile getirilmiş. Kardiyopulmoner arrest sonrası resusite edilerek, yüksek olasılıkla PTE olarak değerlendirilip trombolitik tedavi uygulanmış (20 mg alteplaz iv). Stabil dönemde çekilen toraks BT anjiyografide PTE lehine dolum defekti saptanmamış. Trombolitiğe sekonder rezolusyon olup olmadığı anlaşılamamış, alt ekstremitte venöz doppler normal saptanmış. Self ekstübasyon sonrası göğüs hastalıkları tarafınca dmah tedavisi ile takibe alındı. İkinme ile artan ara ara baş ağrısı tariflemesi üzerine önerilerle beyin BT, beyin MR anjio çekilerek nöroloji ve beyin cerrahisi tarafından değerlendirilerek sağ jugüler vene kadar uzanan ven trombozu (sağ hemisferik dural av fistül) tespit edildi. Hasta, serebral anjiyografik girişim yapılabilen beyin cerrahisi ve girişimsel radyoloji merkezine sevk edildi. Sağ eksternal karotid arter ve sol vertebral arterden beslenen AVF parsiyel embolize edildi. Hasta antikoagulan tedavi olmaksızın takibe alındı. Beyin vasküler malformasyonları; arteriyo-venöz malformasyonlar (avm), venöz anjiom, kavernöz malformasyonlar, kapiller telenjiyektazi, artero-venöz fistüller olarak bilinir. Arteriyel beslenmelerini esas olarak meningeal damarlardan alır. Venöz drenaj ise dural venöz sinüsler veya kortikal venler yoluyla olur. A-V fistüller, %10-15 oranında sıklıkla dural venöz sinüs çevresinde 40-50 yaş kadınlarda görülürler. Etiyoloji genellikle idiyopatik olup sinüs trombozu, travma ve kraniyotomiye sekonder gelişebilirler. Sıklıkla tinnitus, oksipital üfürüm, baş ağrısı, görmede bozulma, papil ödem, kranial sinir tutulumuna bağlı bulgular, halsizlik, efor dispnesi, senkop, solunum durması görülebilmektedir. Kanama riski yüksektir. Tanıda dsa (anjiyografi) olup kesin tanı yöntemidir. Tedavi transarteriyel ve transvenöz yolla glue, koil, onyx kombinasyonları kullanılarak yapılan embolizasyonlardır.

A-V fistül DSA görüntüsü



A-V fistül DSA görüntüsü

Tartışma-Sonuç: PTE kliniğine benzer klinik ile kendini gösteren A-V fistül olgusu, antikoagulan tedavi yüksek riskli olduğu halde erken tanı ve tedavi ile yönetilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Av Fistül, Embolizasyon, Pulmoner Tromboembolizm, Trombolitik

PS-252 Nadir Bir Olgu: Vertebroplasti Sonrası Gelişen Sement Embolisi

Orhun Alaçam¹, İnci Gülmez¹, Fatma Sema Oymak¹, Nuri Tutar¹, Burcu Baran¹, Nur Aleyna Yetkin¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Sement kullanılarak yapılan vertebroplasti ameliyatları giderek daha yaygın olarak uygulanmaktadır. İşlem sonrası olabilecek pulmoner sement embolisi kritik bir komplikasyondur. Ameliyat sonrası pulmoner sement embolisi %6, semptomatik pulmoner sement embolisi ise %1,3 olarak rapor edilmiştir. Bazı vakalarda da ölüm rapor edilmiştir. Büyük pulmoner sement embolisinin cerrahi teknikle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle düşük hacimli, yüksek viskoziteli çimentonun düşük hız ve basınçta enjekte edilmesinin pulmoner sement embolisinin azaltılabileceği düşünülmektedir. Pulmoner sement embolisinin tedavisi için herhangi bir kılavuz bulunmamaktadır. Önceki çalışmalar yalnızca semptomatik pulmoner sement embolisinin antikoagülan veya embolektomi ile tedavi edilmesini önermektedir. Asemptomatik hastaların yakın takibi gerekir ancak tedavi gerekmez. Özellikle sement kullanılan omurga cerrahisinden sonra bazı hastalarda ciddi komplikasyonlara neden olabilen pulmoner sement embolisi oluşumuna daha fazla dikkat edilmelidir.

Olgu: Bilinen ankilozan spondilit tanısı olan 5 yıldır TNF blokörü kullanan 43 yaşında kadın hasta göğüs hastalıkları polikliniğimize TNF blokörü öncesi deperlendirme amaçlı başvurmuştur. Hastanın herhangi bir solunumsal semptomu yoktu. Vital bulguları oda havasında Spo2 değeri 95, kalp atım hızı 75/dk, kan basıncı ise 123/82 mmHG olarak saptandı. Yapılan fizik muayenede solunum sesleri doğal, ral ve ronküs duyulmadı. Hastanın radyolojik görüntüleri incelendiğinde yakın zamanda çekilmiş kontrastsız bilgisayarlı toraks tomografisi mevcuttu. Her iki akciğerde özellikle üst loblarda yaygın olmak üzere multiple hiperdens nodüler görünüm izlendi. Detaylı bakı ile bu nodüllerin bir kısmının pulmoner arter dalları içinde, bir kısmında pulmoner arter trasesine uygun seviyelerde olduğu izlendi. Hastanın hikayesi derinleştirildiğinde yaklaşık 5 ay önce dış merkezde vertebroplasti ameliyatı olduğu öğrenildi. Ameliyat sonrası da herhangi bir solunumsal semptomu olmamış. Hastanın ameliyat sonrası dönemde DVT profilaksisi olarak DMAH kullandığı bilgisine ulaşıldı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde troponin 3,28 ng/L, PRO-BNP 67,5 pg/mL, D-Dimer 330 µg/L, CRP 3,46 mg/L, WBC 9,07 10³/µL, HGB 13,7 g/dL, PLT 282 10³/µL olarak normal değerlerde saptandı. EKG'sinde özellik saptanmadı. Hasta bu bulgular ışığında vertebroplasti ameliyatında kullanılan semente bağlı olarak pulmoner sement embolisi olarak kabul edildi. Hastada pulmoner sement embolisi incidental saptanmış olup asemptomatik olduğu ve vital bulgularında bozulma olmadığı için tedavisiz izlem planlandı.

Tartışma-Sonuç: Omurga cerrahisi geçiren özellikle sement maddesi kullanılan hastalarda solunumsal semptom olması halinde klinik, radyolojik ve laboratuvar korelasyonu ile bazı hastalarda ciddi komplikasyon ve mortalite nedeni olan pulmoner sement embolisi klinisyenler tarafından akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Sement Embolisi, Vertebroplasti, Sement



PS-253 Orta Lob Sendromuna Neden Olan ve Sağ Hemitoraksta Kitle İmajı Veren Aort Anevrizması

Cebraail Azar¹, Elif Altuntaş², Gökçen Ağaoğlu Çelik², Zihni Mert Duman³, Çetin Mirzaoglu⁴, Gonca Tekin Bozkaya⁴, Tülin Öztürk⁵, Şengül Azar⁶, Tayfun Kermenli⁷

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Elazığ

²Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Elazığ

³Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Elazığ

⁴Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Kardiyoloji, Elazığ

⁵Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Radyoloji, Elazığ

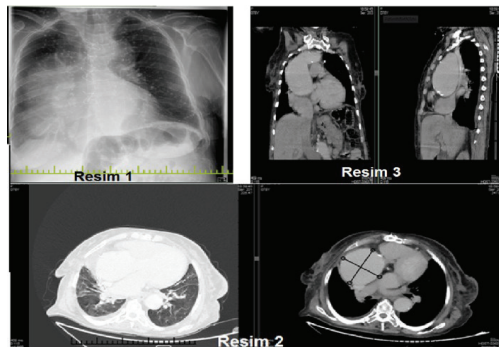
⁶Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD, Elazığ

⁷Elazığ Medikal Hospital, Göğüs Cerrahisi, Elazığ

Giriş-Amaç: Orta Lob Sendromu (OLS), akciğerin orta lobunun tekrarlayan veya kronik atelektazisi olarak tanımlanan nadir bir klinik tablodur. Sağ orta lob bronşu intraluminal çapının diğer lob bronşlarına göre daha küçük olması sebebiyle kısmen veya tam tıkanmaya karşı daha hassastır. Obstrüktif veya obstrüktif olmayan şekilde iki ana gruba ayrılmaktadır. Obstrüktif OLS'de sağ orta lob bronşunun dışarıdan bası veya içeriden endobronşiyal lezyonlar ile obstrüksiyonu söz konusu iken obstrüktif olmayanda sıklıkla Astım, KOAH ve tekrarlayan pnömoniler sebeptir. OLS'de solunumsal yakınmalar ön planda olup hastalar bazen de asemptomatik olabilir. En sık rastlanan şikayet kronik ve tekrarlayan öksürüktür. Diğer yakınmalar nefes darlığı, göğüs ağrısı ve hırıltılı solunumdur. Aort anevrizması ise aort hastalıklarının önemli bir kısmını oluşturmakta olup genellikle semptomsuz olduklarından, farklı nedenlerle yapılan görüntülemeler sırasında tanı konulur. Anevrizmanın çevre yapılara bası yapması, tromboz veya rüptürüne bağlı olarak semptomlar ortaya çıkmaktadır. Sağ hemitoraks yerleşimli ve akciğer grafisinde dev kitle imajı veren Asendan Aort Anevrizması'na bağlı Orta Lob Sendromu gelişen vakamız ender bir durum olup literatüre katkı sağlamak amacıyla paylaşmak istiyoruz.

Olgu: 78 yaşında bayan hasta nefes darlığı, dudak ve ellerde morarma şikayetleri olup son günlerde şikayetlerinin artması üzerine kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 10 yıl önce bypass olduğu ve hipertansiyon tedavisi aldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde siyanoz, sağ akciğer alt-orta alanda ronküsler ve akut solunum yetmezliği mevcuttu. PA-AC grafisinde sağ hemitoraksın neredeyse tamamını kaplayan radyoopasite ve sternotomi süturları görüldü (Resim 1). Hastaya akciğer kanseri öntanısı ile çekilen kontrastlı BT toraksta en geniş yerinde çapı 85 mm olarak ölçülen Aort anevrizması ve orta lob atelektazisi izlendi (Resim 2-3). Bunun üzerine Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi'ne konsulte edildi. EKO'da Asendan Aorta Anevrizması, Aort Yetmezliği (3°), Orta Mitral Yetmezliği, Biatrial genişleme izlendi. Hastaya operasyon önerildi. Ancak operasyonun yüksek mortalite riski nedeniyle hasta ve yakınları cerrahi işlem yaptırmadı.

Resim 1-3



Tartışma-Sonuç: Akciğer röntgeni; toraks duvarı, plevra, akciğer parankimi ve vasküler yapılar hakkında önemli bilgiler verebilir ancak bazı durumlarda benzer radyolojik bulgu veren patolojilerde yetersiz kalabilir. İyatrojenik olaylardan kaçınmak için hekimlerin, göğüs röntgeni görüntülerinde benzer şekilde bulgu veren hastalıkları ayırıcı tanıda her zaman akılda tutmalıdır. Bu vakamız özelinde akciğerde kitle imajı veren ve Orta Lob Sendromuna neden olan Aort anevrizması ender bir durum olup ileri görüntüleme yöntemlerinin önemini vurguluyoruz.

Anahtar Kelimeler: Orta Lob Sendromu, Aort Anevrizması, Akciğer Grafisi, Obstrüksiyon, Akciğer Kanseri

PS-254 Pulmoner Hipertansiyon Etyolojisinde Pulmoner Arter Agenizisi: Olgu Sunumu

Reşit Emre Duruk¹, Veysi Tekin¹, Nuriye Gökçe Erkan¹, Erol Başaranoğlu¹, Hadice Selimoğlu Şen¹

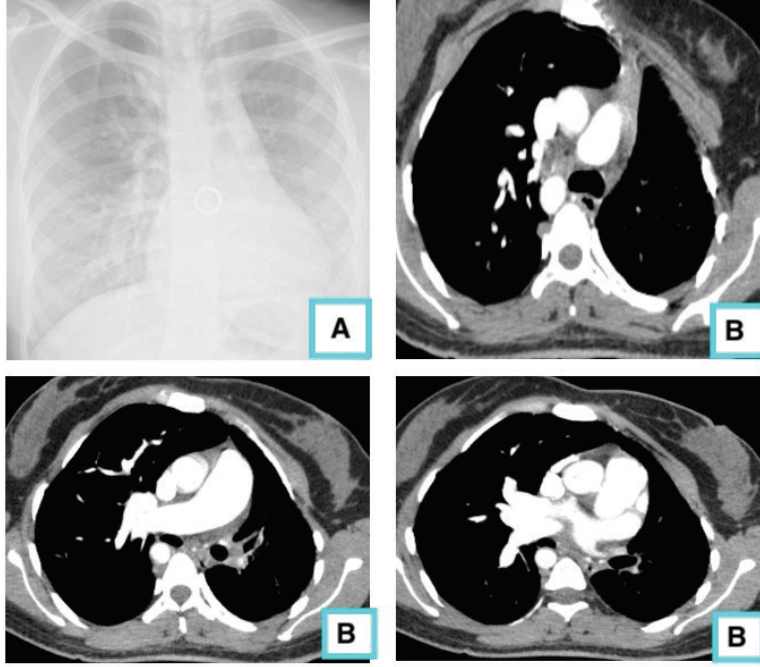
¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Tek taraflı pulmoner arter agenezisi (PAA), sağ veya sol pulmoner arterlerin proksimal kısımlarının yokluğu olup, ilk kez 1868'de Almanya'da Frantzel tarafından nekropside tanımlanmıştır. PAA etkilenen tarafın aortik ark ile bağlantısındaki rotasyon ve migrasyonundaki malformasyonlar nedeniyle oluşur. PAA'li olgular uzun yıllar asemptomatik kalabildiklerinden, gerçek prevalanslarını saptamak zordur. Tahmini prevalansı 1/200.000 civarında olan nadir bir konjenital vasküler anomalidir. Tek başına olabileceği gibi Fallot tetralojisi, septal defektler veya pulmoner stenoz gibi diğer kardiyak anomalilerle birlikte olabilir. Sıklıkla çocukluk yaşlarında tanınırlar, ancak geç yetişkin çağa kadar da semptom vermeyebilirler. PAA tanısı erişkin yaşlarda zordur. Spesifik semptomlarının olmaması, nadir görülmesi ve benign klinik gidiş sergilemesi, tanıyı geciktirir. Semptom verdiklerinde ise en sık olarak tekrarlayan enfeksiyonlar; hemoptizi, nefes darlığı, egzersiz kısıtlılığı ve göğüs ağrısı görülür. Masif hemoptizi, pulmoner hipertansiyon (PH), solunum yetmezliği, bronşektazi gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilmesi nedeniyle erken yaşlarda tanınması önemlidir. Nefes darlığı nedeni ile tetkik edilirken, PH ve PAA saptanan olgu nadir görülmesi nedeni ile, tanı ve ayırıcı tanıya dikkat çekme amacı ile sunuldu.

Olgu: 22 yaşında kadın hasta öksürük, balgam, eforla gelişen nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Dış merkezde yapılan ekokardiografide PH saptanması üzerine, ileri tetkik amaçlı refere edilmişti. Solunum sistem muayenesinde; solunum sayısı 16/dk, oskültasyon doğaldı. Hastanın akciğer grafisinde, sol akciğerde hacim kaybı, sol hemidiyafragmada elevasyon ve sol hilusta pulmoner arter gölgesinin görülmediği gözlemlendi (Resim 1A). Laboratuvarında; solunum fonksiyon testlerinde hafif restriktif tip bozukluk ve arteriyel kan gazı incelemesi normal değerlerde saptandı. Transtorasik ekokardiografide; perimembranoz ventriküler septal defekt (9 mm), hafif triküspit ve mitral yetersizlik, sol atriyal genişleme ve pulmoner arter sistolik basıncı 85 mmHg saptandı. Bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografide (BTPA) sol ana pulmoner arterde agenezi olduğu tespit edildi (Resim 1 B). Mevcut bulgular hastada pulmoner arter agenezisine sekonder grup 4 (diğer pulmoner arter obstruksiyonları)+ konjenital kalp hastalıklarıyla ilişkili grup 1 PH düşünüldü. Hasta sağ kalp kateterizasyonu yapılmak üzere kardiyoloji kliniğine refere edildi.



Resim 1



Akciğer grafisi (A) ve Bilgisayarlı Tomografi Pulmoner Anjiyografi (B) görüntüleri

Tartışma-Sonuç: PAA'de belirgin bir etyolojik faktör bulunmazken genetik faktörler ön plandadır. Olguların yaklaşık %30 kadarı yaşam boyu asemptomatik kalabildikleri gibi, ciddi PH ve konjestif kalp yetmezliği komplikasyonları ile de ortaya çıkabilirler. Yetişkinlerde hastalık çoğunlukla semptomsuz seyrettiği için tanı, başka nedenlerle çekilen akciğer grafisinden yola çıkılarak konur. Enfeksiyonlar genellikle orta derecede olmakla beraber, nekrotizan pnömoni gibi yıkıcı özellikli de olabilir. Etkilenen akciğerde azalmış olan kan akımı, inflamasyon bölgesinde uygun inflamatuvar hücrelerin salınmasını engeller ve siliyer fonksiyon kaybına neden olurlar. Aynı zamanda azalmış kan akımı, alveoler hipokapni ile sekonder bronkokonstrüksiyona yol açar. Kronik enfeksiyon zamanla bronşektazi gelişimine neden olur. Geçmişte kesin tanı konvansiyonel pulmoner anjiyografi ile konulurken, günümüzde BTPA ile kolayca tanınabilir. Sağ PAA, sola oranla daha sıktır ve genel olarak tek başına görülür. Sol PAA'de asemptomatik olgularda tedaviye gerek yoktur ancak sol pulmoner arter agenezisi olgularında kardiyak anomaliler eşlik edebilmekte ve bunlara yönelik cerrahi yapılabilmektedir. Asemptomatik olguların PH gelişimi açısından aralıklı olarak ekokardiografi ile takip edilmesi önerilmektedir. Ayırıcı tanıda, Swyer-James sendromunda, PAA olgularında görülen semptom ve radyolojik görüntüler vardır. Kesin tanı ekokardiografive V/Q sintigrafisi ile konur. Sintigrafik incelemede agenezi olgularında perfüzyon görülmezken, ventilasyon vardır. Swyer-James sendromunda ise ikisinde de azalma vardır

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Arter Agenezisi, Dispne, Pulmoner Hipertansiyon, Nadir Hastalıklar

PS-255 Katameniyal Hemoptizi: Olgu Sunumu

Ali Fidan¹, Burcu Bayrak¹, Elif Yılmaz¹, Ersin Demirer¹, Dilek Ece², Sevda Şener Cömert¹

¹SBÜ Dr. Lütfi Kırdar Kartal Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²SBÜ Dr. Lütfi Kırdar Kartal Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği

Giriş-Amaç: Ektopik endometrium, uterus dışında yer alan endometrium dolusu olup nadir yerleşim alanlarından birisi de akciğerlerdir. Menstrüel sikluslarla eş zamanlı olarak tekrarlayan hemoptizisi, torasik endometriozisin nadir görülen bir belirtisidir ve katameniyal hemoptizi adıyla anılır. Tanı öncelikle ve ağırlıklı olarak tipik öyküye dayanır. Menstrüasyon dönemindeki toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleri ve bronkoskopik bulgular tanıyı destekler ancak nadir de olsa bazı olgularda ne bronkoskopik olarak ne de radyolojik olarak herhangi bir bulguya rastlanılabılır. Olgumuz, Radyolojik ve bronkoskopik bulgu göstermeyen nadir bir katameniyal hemoptizi olması nedeniyle sunulmaktadır.

Olgu: İlk defa yaklaşık 4 ay önce olan, bir gün içinde bir-iki kez devam edip düzelen az miktarda (bir çay kaşığının yarısı kadar) öksürükle kan gelmesi nedeniyle acil servise başvuran 24 yaşında kadın hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde anlamlı bulgu yoktu. İlk hemoptiziden bu yana kan tükürmenin her zaman menstrüasyonun birinci veya ikinci günü içinde, az miktarda olup kendiliğinden düzeldiğini ve diğer zamanlarda kesinlikle olmadığını belirtti. Hastaya yapılan KBB muayenesi normal bulundu. Solunum sistemi muayenesi de normaldi. Kanama ile ilişkili olabilecek laboratuvar bulgusu izlenmedi ve Hb, PLT, INR, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlar dahilinde bulundu. Çekilen menstrüasyon dışı zamana ait olan akciğer grafi ve toraks BT’de anlamlı bulgu izlenmiyordu. Hastaya son menstrüasyon döneminde toraks BT çekildi ve yine normal bulundu. Son hemoptizi gününün hemen ertesi günde yapılan bronkoskopide endoröşiyal bulgu izlenmedi, alınan bronş lavajında endometriyuma ait hücreleri telkin eden sitopatolojik bulgu görülmedi, lavajda atipik hücre yoktu, ARB negatif bulundu. Hemoptiziye neden olabilecek diğer olası tanımlar ekarte edildikten sonra hastanın tipik öyküsü ile birlikte katameniyal hemoptizi tanısı konuldu. Evli ve çocuklu hastaya medikal tedavi ve cerrahi tedavi ile ilgili bilgi verildi.

Tartışma-Sonuç: Katameniyal hemoptizi oldukça nadir görülen bir klinik durum olup bronkoskopide bazı olgularda uyarılmış ektopik endometriyuma ait görünüm ve uygun biyopsi örneklemesi sonucu ile tanı konulabilmektedir. Daha sık olarak ise toraks BT ile menstrüasyon döneminde izlenen parenkimal buzlu cam opasitelerinin diğer zamanlarda kaybolması tanıyı destekleyen bulgular olmaktadır. Ancak bronkoskopik, patolojik ve radyolojik bulgunun eşlik etmediği katameniyal hemoptizi çok daha nadir bir durumdur. Olgumuz, bu özelliği nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemoptizi, Ektopik Endometrium



PS-256 Hemoptizi ile Prezente Olan Nadir Bir Olgu: İzole Granulomatöz Polianjitis

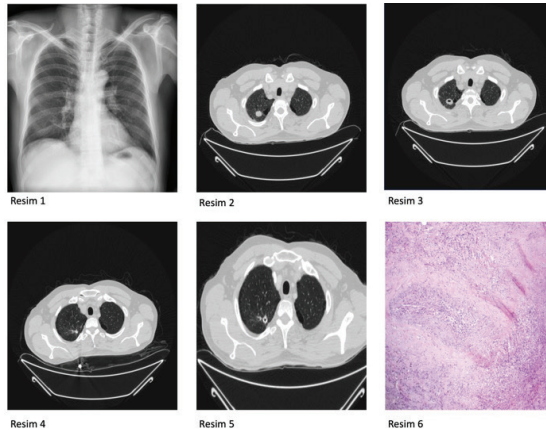
Zeynep Güney¹, Bahar Aydoğar¹, Umut İlhan¹, Duygu Uzunoğlu¹, Elif Tanrıverdi¹, Mustafa Çörtük¹, Halit Çınarka¹, Erdoğan Çetinkaya¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Granulomatöz Polianjitis (GPA), farklı klinik görünümleri olan multisistemik bir hastalıktır. En sık görülen küçük damar vaskülitlerinden olup nekrotizan granuloma, nekrotizanglomerulonefritis hastalığının özelliğidir. GPA, klasik tutulum yanında sınırlı tutulum gösterebilir. Klasik formda üst solunum yolu, akciğerler ve böbreklerde tutulum görülür. Ancak diğer organ tutulumları da görülebilmektedir. (1). Sınırlı formda, üst solunum yolları, akciğer ve böbreklerden sadece bir veya iki ayrı bölgede tutulum görülür. Hemoptizi şikayeti ile tarafımıza başvuran, etiyolojisi araştırılırken akciğere sınırlı GPA tanısı alan olgu sunulmuştur.

Olgu: Elli altı yaşında erkek hasta polikliniğimize on gündür balgamla kreşe tarzda ağızdan kan gelmesi şikayeti ile başvurdu. Gece terlemesi ve kilo kaybı yoktu. Sigara hiç içmemişti. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesi normaldi. Posteroanterior akciğer grafisinde patoloji izlenmedi (Resim 1). Toraks Bilgisayarlı Tomografide (BT) sağ akciğer üst lob apikal segmentte 22 mm spiküle konturlu nodül saptandı (Resim 2). Hastanın balgam kültürlerinde üreme olmayıp, ARB boyaması negatif izlendi. P-ANCA ve C-ANCA negatif saptandı. Bronkoskopi işleminde bronş sistemi doğal izlenip kanama odağı saptanmadı. Sitolojisinde patoloji izlenmedi. Nonspesifik tedaviden bir ay sonra kontrol Toraks BT'de nodülde kaviteleşme görüldü (Resim 3). Transtorasik ince iğne aspirasyonu ile alınan biyopsi materyalinde bol polimorf nüveli lökosit, fibrin dışında bulgu saptanmadı. Hastadan sağ üst lob kama rezeksiyonu ile alınan materyalde tümör izlenmedi. Nekrotik nodül olarak raporlandı. Hasta iki yıl takipsiz kaldıktan sonra son dört aydır yeniden başlayan hemoptizi şikayeti ile tekrar başvurusunda istenen Toraks BT'de cerrahi skar alanı ve lezyon yerinde progresyon (27 mm nodül) ve kaviteleşme görüldü (Resim 4,5). Kontrol bronkoskopide özellik saptanmayan hastaya hemoptizisi devam etmesi üzerine bronşiyal arter embolizasyonu yapıldı. Hastaya antitbc tedavisi başlanıp Quantiferon testi istenerek yakın takip kararı alındı. Quantiferon testi negatif izlenip bir ay antitbc tedavisi aldıktan sonra kontrol Toraks BT'de regresyon izlenmemesi üzerine hastadan paranazal sinüs BT, vaskülit belirteç tekrarı ve patoloji konsültasyonu istendi. Paranazal sinüs BT'de patoloji saptanmadı. Tekrar istenen vaskülit belirteçleri negatif izlendi. Patoloji konsültasyonunda tbc dışlanmış olup GPA yönünden mevcut bulguların tanı için yeterli olmadığı raporlandı. Hastanın devam eden hemoptizi ve progresse izlenen lezyonunda tüm tetkiklere rağmen tanıya ulaşamaması nedeniyle sağ üst lobektomi kararı alındı. Lobektomi ile elde edilen preparatlarının incelemesinde histopatolojik bulgular GPA ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 6). GPA tanısı alan hasta Romatoloji bölümüne yönlendirildi.

Resim



Tartışma-Sonuç: Akciğere sınırlı GPA nadiren soliter pulmoner nodül ile seyretmektedir ve bu durumda özellikle vaskülit belirteçleri de negatif olduğunda tanı koymayı zorlaştırabilmektedir. Bu hastalarda, ayırıcı tanı için serolojik testler yanında doku biyopsisi yapılması gerekliliği akılda tutulmalıdır. Hemoptizi ile başvuran hastalarda GPA'da izole akciğer tutulumunun olabileceği unutulmamalı ve GPA kuşkulu olgular dikkatle ele alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Granulomatöz Polianjitis, Wegener Granulomatözü, Hemoptizi, Kavite, Nodül

PS-257 Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon: 3 Genç Olgu

Bünyamin Sertoğullarından¹, Nihan Kahya Eren³, Ferit Demirkısan¹, Muzafer Onur Turan¹, Ceyda Anar¹, Bedrettin Yıldızeli²

¹Izmir Katip Çelebi Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları AD

²Marmara Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi AD

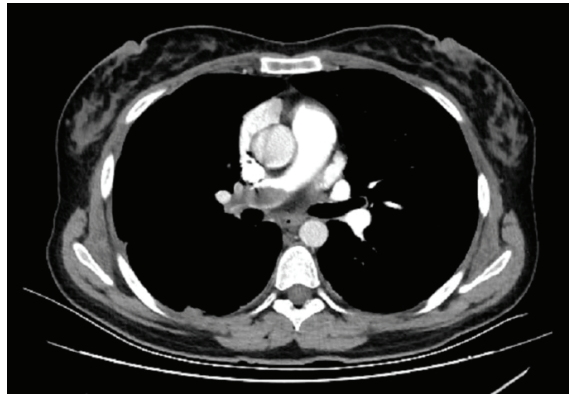
³Izmir Katip Çelebi Üniversitesi, Kardiyoloji AD

Giriş-Amaç: Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon (KTEPH) her yaşta görülebilen bir pulmoner vasküler hastalıktır. Hastalık akciğer pulmoner arterine ulaşan trombüsün erimeyip damar duvarında organize olması ile gelişir. Tanı ve tedavi geciktiğinde sağ kalp yetmezliği ile morbidite ve mortalite riski yüksektir. KTEPH risk faktörü olan genç olgularda da gelişebilir. Bunu vurgulamak için erken KTEPH tanısı ile başarılı endarterektomi yapılan 3 genç KTEPH olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: Olgu 1: 17 yaşında Klippel Trenaunay sendromlu alt ekstremitelerde varikoz venleri olan 2 kez pulmoner tromboemboli geçiren erkek hastanın nefes darlığı tedavi altında artarak devam etti. Yapılan Ekokardiyografik incelemelerinde sağ kalp yetmezlik bulguları sebat etti. BT anjio ile pulmoner arterde kronik trombozla uyumlu dolum defektleri izlendi. Sağ kalp kateterizasyonunda ortalama pulmoner arter basıncı 48 mmHg ölçüldü. Hastaya Pulmoner endarterektomi cerrahisi uygulandı.

Olgu 2: 27 yaşında Faktör V Leiden mutasyonlu bayan hasta nefes darlığı ile başvurdu. Hasta 6 ay önce doğum sonrası pulmoner emboli geçirmiş ve düzenli varfarin kullanmıştı. Hastanın yeni çekilen Toraks BT anjio görüntülemesinde sağ ana pulmoner arterinde trombüsle uyumlu görünüm saptandı. Hastanın Pulmoner emboli tanısı sırasındaki görüntülemesinde bu lezyonun oluştuğu ve rezorbe olmayıp sebat ettiğine karar verildi. Hastaya KTEPH tanısı kondu. Ekokardiyografide pulmoner arterde genişleme saptandı, sağ kalp yetmezlik bulguları yoktu. Sağ kalp kateterizasyonu ile ortalama pulmoner arter basıncı 21 mmHg saptandı. Hastaya KTEPH cerrahisi uygulandı.

Olgu 3: 10 yıldır hipotermi, dudaklarda şişme ve kanama ile seyreden sendromik şikayetleri olan olgu ileri derecede nefes darlığı ile başvurdu. Hastanın nefes darlığı yavaş şekilde artarak 2 yıl içinde bu noktaya ulaşmıştı. Hastaya ataklarını önlemek için sürekli antihistaminik ve kortizon ihtiyacı nedeniyle santral kateter açılmıştı. Hastaya pulmoner emboli ön tanısı ile Toraks BT anjio çekildi. Görünüm Kronik tromboz olarak değerlendirildi. Ekokardiyografi de sağ yapılar dilate 3-4 TY sistolik pulmoner arter basıncı 55mmHg saptandı. Hastaya endarterektomi cerrahisi uygulandı.



Sağ ana pulmoner arterde kronik trombüs görünümü

Tartışma-Sonuç: KTEPH genç hastalarda da gelişebilen pulmoner embolinin önemli bir komplikasyonudur. Pulmoner Emboli geçiren KTEPH risk faktörü olan ve uyumlu semptomları olan olgularda erken tanı ve uygun tedavisini sağlanması hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Emboli, Dispne, Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon



PS-258 Geç Tanı Almış Bir Parsiyel Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi Olgusu

Abdullah Kansu¹, Kübra Karaca¹, Mehmet Bayram¹

¹İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi

Giriş-Amaç: Parsiyel anormal pulmoner venöz dönüş (PAPVD) nadir bir konjenital anomali olup bir ya da birden çok pulmoner venin sağ atriyum ya da sistemik dolaşıma katıldığı durumdur. Bu olguda pulmoner emboli şüphesi ile BT Anjiyo çekilen hastada insidental olarak saptanarak geç tanı almış bir parsiyel venöz dönüş anomalisi olgusu sunduk.

Olgu: 46 yaşında bilinen hipotiroidi ve astımı olan kadın hasta birkaç gündür olan kullandığı antibiyotik tedavisine rağmen geçmeyen halsizlik, şiddetli sırt ağrısı, nefes darlığı yakınması üzerine kliniğimize başvurdu. Laboratuvar değerlerinde d-dimer:580ng/ml, CRP:25 mg/L saptandı. Fizik muayenesi olağan görüldü. Çekilen Pulmoner anjiyo BT görüntülerinde emboli saptanmadı. Solda superior pulmoner venin sol inoöinate vene açıldığı izlendi. Hasta kardi-yolojiye yönlendirildi. Ekokardiyografide LVEF %60, RVEF %60, sağ yapılar normal sınırdadır görüldü. Sistolik pulmoner arteriyel basıncı 22 mmHg görüldü. Hastaya kalp kateterizasyonu planlandı.Hastaya önce koroner anjiyografi yapıldı. Normal koroner anatomi izlendi. Kontrast madde enjeksiyonunda Sol alt pulmoner venlerin kalbe döndüğü fakat sol üst pulmoner venlerin İnnoöinate vene açıldığı görüldü. Daha sonra kateteter sağ atriyum ve SVC yolu ile İnnoöinate vene daha sonra Sol üst pulmoner vene retrograd girildi ve kontrast madde enjeksiyonu yapılarak pulmoner venöz dönüş anomalisi gösterildi.

Tartışma-Sonuç: PAPVD genellikle asemptomatik seyretmekle birlikte varyasyonun bilinmesi endovasküler girişimin esnasında ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesinde önemlidir. BT anjiyografi incelemeleri sırasında tesadüfen tespit edilen bu anomali ciddi kardiyovasküler patoloji yoksa tedavi edilmez. Nadir görülmesi ve tespit edilmesinin önemini vurgulamak amacıyla olguyu sunmayı uygun gördük.

Anahtar Kelimeler: PAPVD, Parsiyel Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi, Venöz Dönüş Anomalisi

Poster Bildiri Oturumu 14: Torasik Onkoloji

PS-259 Hepatoselüler Karsinom Nedeniyle Karaciğer Nakli Yapılan ve Sonrasındaki Dört Ayrı Metastazektominin Mükemmel Sonuçları

Murat Kılıç¹, Sezai Yılmaz², Volkan İnce², Muhammed Kalkan¹, Merve Bıyıklı¹, Seyhmuz Ünal¹, Oğuz Girgin¹

¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Göğüs Cerrahisi AD

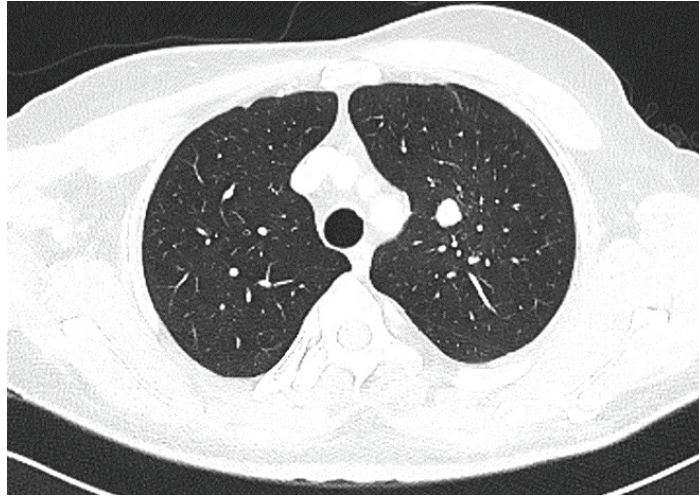
²İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Karaciğer Nakli Enstitüsü, Cerrahi AD

Giriş-Amaç: Hepatoselüler karsinom (HCC) karaciğer hücrelerinden kaynaklanan ve karaciğerin en sık görülen primer malign tümörüdür. Çoğunlukla Hepatit B ve Hepatit C viruslarına bağlı olarak gelişen siroz vakalarında HCC sıklığı her geçen gün artmaktadır. HCC agresif seyirli ve mortalitesi yüksek olan bir tümördür. Son yıllarda intrahepatik tedavi yöntemleri HCC hastalarında prognozu iyileştirse de, ekstrahepatik metastazlı olguların prognozu kötü seyretmektedir.

Gereç ve Yöntem: HCC tedavisinde uygun hastalarda karaciğer rezeksiyonu yapılırken, rezeksiyonu uygun olmayan hastalarda karaciğer nakli yapılmaktadır. HCC nedeniyle karaciğer rezeksiyonu veya karaciğer nakli yapılmış olan hastalarının takiplerinde zaman zaman metastazlar görülmektedir. Karaciğer dışındaki metastazlar sıklıkla akciğere olmaktadır. Akciğer dışında; batin, kemik ve kraniyum gibi vücudun farklı organlarında görülebilmektedir. HCC hastalarında görülen kanser metastazları, hastaların sağ kalımlarını belirgin derecede azaltmaktadır

Bulgular: Yazıda; HCC nedeniyle altı yıl önce karaciğer nakli yapılan hasta nakil sonrası takiplerinde sırasıyla sağ akciğer alt lob, sol akciğer üst lob, sağ humerus ve son olarak sol akciğer üst lobta HCC metastazları gelişti (Resim). Hastaya bu metastazlara yönelik olarak her defasında metastazektomi yapıldı. Hastanın yapılan ameliyatlardan sonrası takiplerinde herhangi bir sorun yaşanmadı. Hastanın karaciğer nakli sonrası yedi yıl geçmesine rağmen takip ve tedavisi sorunsuz bir şekilde devam etmektedir

Resim 1



HCC'nin akciğer metastazı, PET-CT görünümü

Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak HCC; karaciğer rezeksiyonu veya karaciğer nakli ile tedavisi sağlanan malign bir tümördür. Hastada HCC metastazı gelişmesi yaşam beklentisini önemli ölçüde azaltmaktadır. Ancak tekrarlayan metastazların sayısı ne kadar fazla olursa olsun, metastaz sayısına bakmaksızın eğer primer hastalık kontrol altında ve metastazlar cerrahi olarak çıkarılabiliyorsa yapılacak metastazektomilerin hastanın yaşam süresi ve yaşam kalitesi ne önemli ölçüde katkı sağlayacağı kanısındayız

Anahtar Kelimeler: Karaciğer Sirozu, Akciğer, Hepatoselüler Karsinom, Metastazektomi



PS-260 İlginç Santral Venöz Port Katater Komplikasyonlarımız

Mustafa Kuzucuoğlu¹, Zeynep Sarı¹, Mehmet Ünal¹, Kerametdin İbrahim Taylan², Serdar Şirzai²

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

²İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

Giriş-Amaç: Santral venöz port kataterler onkolojik hastaların tedavilerinde sıklıkla kullanılmaktadır. Klinik uygulamada sıklıkla lokal anestezi altında uygulanan ve komplikasyonları çok sık olmayan santral venöz kataterler perkütan olarak uygulandığından çeşitli komplikasyonlarda görülebilmektedir. Bizde kliniğimizde uyguladığımız port kataterlerin ilginç komplikasyonlarını paylaşmayı amaçladık.

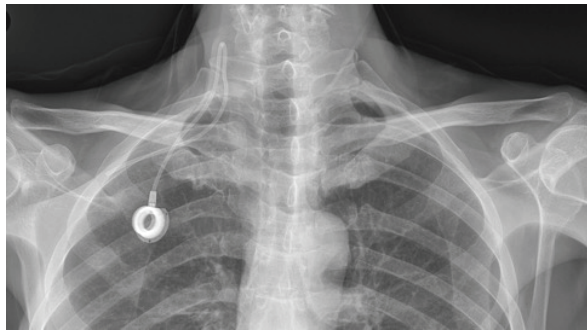
Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde 01.01.2020-01.10.2023 tarihleri arasında santral venöz port katater takılan ve ilginç komplikasyon gelişen olgular incelendi.

Bulgular: OLGU 1: Altmış bir yaşında erkek hasta pankreas duktal adenokarsinom nedeniyle takip edilmekte olup kemoterapi tedavisi için santral venöz port katater takılmak üzere kliniğimize yönlendirildi. Hastaya lokal anestezi ile sağ juguler venden 8F santral venöz port katater yerleştirildi. İşlem sonrası çekilen kontrol akciğer grafisinde kataterin juguler venden sağ subklavian vane dönüş gösterdiği izlendi. Hastaya kemoterapi tedavisi başlamadan önce port iğnesi takılarak kontrol yapıldığında kataterden kan geldiği ve paranteral sıvının rahat gittiği görüldü. Kemoterapi tedavisi halen devam etmekte olan hastanın katatere bağlı patolojisi saptanmadı (Resim 1).

OLGU 2: Elli yaşında erkek hasta mide adenokarsinomu tanısı ile santral venöz port katater takılmak üzere başvurdu. Hastaya lokal anestezi ile 8F sağ juguler venden santral venöz port katater yerleştirildi. İşlem sonrası çekilen akciğer grafisinde yerleştirilen kataterin atrium içerisini doldurduğu ve superior vena kavaya doğru geri döndüğü anlaşıldı. Cerrahi ekip ile görüşüldüğünde kataterin uzunluk ölçümü yapılmadan bütünü ile juguler venden yerleştirildiği anlaşıldı (Resim 2). Olası komplikasyonların önüne geçmek amaçlı hasta revizyona alınarak kataterin yaklaşık 39 cmlik kısmı tambur tarafından kesilerek çıkarıldı. Hasta halen port kataterini kullanmaya devam etmektedir.

OLGU 3: Otuz yedi yaşında erkek hasta kolon müsinöz adenokarsinom santral venöz port katater takılmak üzere yönlendirildi ve hastaya lokal anestezi ile 8F santral venöz port katater sağ juguler venden yerleştirildi. İşlem sonrası çekilen akciğer grafisinde katater yerinde izlenirken inferior vena cavadan sağ atriumu geçerek superior vena cavaya uzanan guide teli izlendi ve telin pozisyonu itibarı ile aşağıdan yukarıya doğru uygulandığı anlaşıldı (Resim 3). Geriye doğru yapılan incelemede hastanın bir ay önce postoperatif cerrahi yoğun bakım ünitesinde yattığı ve burada sağ femoral venden santral venöz katater takıldığı saptanadı ve tel bu işleme bağlı olarak düşünüldü. Vena kava içerisinde yerleşmiş olan tel girişimsel radyoloji tarafından çıkarıldı. Hastanın santral venöz port katateri halen kullanılmaya devam etmektedir.

Resim 1



Juguler venden uygulanan subclavian vane dönen katater

Tartışma-Sonuç: Santral venöz port kataterler halen onkolojik hastaların daha güvenli ve rahat tedavi alabilmeleri için düşük komplikasyon oranları ile güvenle uygulanabilen bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Onkolojik Tedavi, Port, Komplikasyon

PS-261 Mide Kanserinin Pulmoner Metastazektomisi: Tek Merkez 10 Yıllık Deneyim

Buse Mine Konuk Balcı¹, Şebnem Dursun¹, Yusuf Kahya¹, Serkan Enön¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Mide kanseri, dünya genelinde sık görülen bir kanser türü olmakla birlikte kansere bağlı ölümlerin önemli bir nedenidir. Mide kanserinin pulmoner metastazı nadirdir ve pulmoner metastazektominin (PM) sağkalıma katkısı yeterince bilinmemektedir. Bu çalışmada mide kanseri metastazı nedeniyle PM uygulanan olgu serisinin sunulması amaçlanmıştır. (GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünyada en sık görülen 6. kanser olmakla birlikte kansere bağlı ölümlerin 5. en sık nedenidir.)

Gereç ve Yöntem: Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda 2010-2021 yılları arasında farklı maligniteler nedeniyle PM uygulanan 147 hasta retrospektif tarandı, 5 hasta çalışmaya dahil edildi. Genel sağkalım hastanın PM sonrası ölüme kadar geçen süre ya da polikliniğe başvurduğu son tarih dikkate alınarak hesaplandı. Hastalısız sağkalım ise gastrektomi sonrası ilk nükse kadar geçen süre dikkate alınarak hesaplandı.

Bulgular: Hastaların cinsiyetleri E/K=4/1, ortalama yaş 54,8 (53-57). PM sonrası medyan takip süresi 34 aydı (3-97). Hastaların ikisine parsiyel, üçüne total gastrektomi uygulanmış olup 4 hastanın patoloji sonucu adenokarsinoma, 1 hastanın ise nöroendokrin tümör olarak sonuçlanmıştır. Hastaların 5'ine gastrektomi sonrası adjuvan kemoradyoterapi (KRT), 1'ine kemoterapi (KT) uygulanmıştır. Adjuvan kemoterapi ajanı olarak tüm hastalara docetaxel-cisplatin-fluorouracil ve fluorouracil folinic acid kullanılmıştır. Gastrektomi sonrası pulmoner metastaz nedeniyle 5 hastaya toplamda 6 kez, 1 VATS - 5 kas koruyucu mini-torakotomi olmak üzere, cerrahi uygulandı. PM sonrası tüm hastalarda R0 rezeksiyon sağlandı. PM sonrası 2 hastada nüks (1 akciğer, 1 karaciğer), 3 hastada exitus görüldü. Tablo 1'de hastalara ait tüm özellikler ve sonuçlar özetlenmiştir.



Tablo 1

No	Tümör boyutu (mm)	Pulmoner rezeksiyon tipi	PM sonrası Adjuvan KT±RT	Prognoz	Sağkalım durumu
1	16	Wedge	-	10 ay hastalıksız sağkalım, 34 ay genel sağ kalım	Sağ
2	12	Wedge	-	12 ay hastalıksız sağkalım, 14 ay genel sağ kalım	Exitus
3	5 ve 7 (Tora-kotomi x2)	Wedge	-	35 ay hastalıksız sağkalım, 47 ay genel sağkalım	Sağ
4	15	Wedge	-	60 ay hastalıksız sağ kalım, 97 ay genel sağ kalım	Exitus
5	40	Wedge	KT	11 ay hastalıksız sağ kalım, 3 ay genel sağ kalım	Exitus

Tartışma-Sonuç: Mide kanserinin intraabdominal metastazı sık görülmesine karşın pulmoner metastaz oranı <%1'dir. Bu hastaların çoğunda akciğer metastazlarının yanı sıra diğer organ metastazları da bulunmaktadır. İzole pulmoner metastazlı mide kanserli hastalarda kolorektal ve renal hücreli kanserli hastaların aksine PM'nin sağkalıma etkisi bilinmemektedir. Bu konunun aydınlatılabilmesi için daha büyük vaka serilerine ve multidisipliner çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Mide Kanseri, Pulmoner Metastazektomi, Sağkalım

PS-262 Akciğer Skuamöz Hücreli Karsinomda Tümör Tomurcuklanması ve Tümör Hücre Adacığının Değerlendirilmesi

Nurcan Ünver¹, Neslihan Akanıl Fener¹

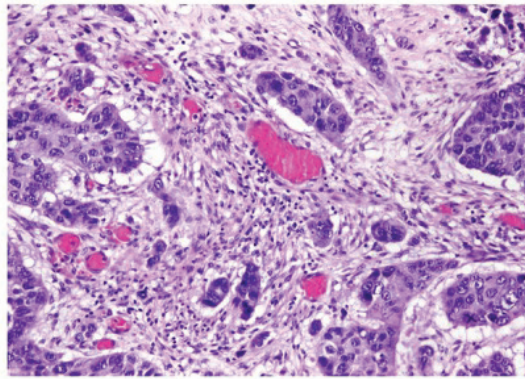
¹SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Akciğer karsinomları, erkeklerde ve kadınlarda ölüme yol açan en yaygın kanser türleridir. Son yayınlarda, tümör tomurcuklanmasının varlığı ve şiddeti ile tümör hücresi yuvalanmasının büyüklüğü, skuamöz hücreli karsinomların değerlendirilmesinde histopatolojik kriterler olarak önerilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) en son sınıflandırmasında akciğer adenokarsinomları için prognostik önemi olan alt tiplerin bir sınıflandırması olmasına rağmen, skuamöz hücreli karsinomlar için genel kabul görmüş ortakbir sistem yoktur. Bizim bu çalışmadaki amacımız histolojik gradelemede kullanabileceğimiz tümörde keratinizasyon varlığını, fibrozis derecesini, tümör tomurcuklanmasını ve şiddetini, tümör hücre yuvalarını değerlendirmek ve bu bulguları diğer çap, yaş, tümör çapı, perinöralve lenfovasküler invazyon ve lenf nodu tutlulumu (hava yolu ile yayılım) STAS varlığı gibiklinikopatolojik parametrelerle karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya göğüs cerrahisi kliniği tarafından anatomik rezeksiyon yapılan 108 olgu dahil edildi. Tümör tomurcuklanması varlığı hafif (5 hücreden az), orta (5-15 hücre), şiddetli (15üzeri) olarak sınıflandırıldı (Şekil 1). Tümör hücre adacığ; tümör stroması ile çevrili bir tümör hücresi kümesi olarak tanımlandı. En küçük invaziv tümör yuvasının büyüklüğüne göre büyük yuvalar (15> tümör hücresinden oluşan), ara yuvalar (5-15 tümör hücresi), küçük yuvalar (2-4 tümör hücresi) ve tek hücre şeklinde infiltrasyonları (Şekil 2) olarak dört grupta sınıflandırıldı. Tümör stromasında fibrozis derecesi hafif, orta, şiddetli grupta değerlendirildi. STAS (Hava yolu ile yayılım) olup olmadığı mikroskopik olarak belirlendi (Şekil 3). Klinikopatolojik parametreler olgulara ait patoloji raporlarından elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 108 olgu olguların yaşları 41-78 arasında olup ortalama yaş 61.5 idi. Olguların 105 tanesi erkekti. Rezeksiyon materyallerinde tümör çapları 1.5-12 cm olup ortalama çap 4.58 saptandı. Tümörlerin histopatolojik değerlendirilmesinde 36 olgu nonkeratinize 72 olgu keratinize tipte skuamöz hücreli karsinom olarak raporlandı. Plevrainvazyonu 20 olguda, lenfovasküler invazyon 62, perinöral invazyon 41, nekroz 70 olguda saptandı. Tümör tomurcuklanması 10 BBA'da 91 olguda saptandı. Orta ve şiddetli tümör tomurcuklanması varlığı olguların 80'ninde (%74), tümör hücre adacığı toplam 58 (%53.7)olguda küçük yuvalar ve tek hücre infiltrasyonu şeklinde gözlemlendi.

Şekil 1



Tümör tomurcuklanması (şiddetli grup), H&EX200

Tartışma-Sonuç: Son yıllarda yapılan çalışmalarda, skuamöz hücreli karsinom olgularında tümör hücresi yuvalarının büyüklüğünün, yüksek stromal içeriğin ve şiddetli tümör tomurcuklanmasının varlığının kötü prognostik faktörler olduğu gösterilmiştir. Son yıllarda prognostik parametrelere dahil olan ve patolojik raporlamada belirtilmesi önerilen tümör tomurcuklanmasının varlığı ve şiddeti hastalık izleme ve tedavi sürecinde etkin rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tümör Tomurcuklanması, Skuamöz Hücreli Karsinom, Tümör Hücre Adacığı, Fibrozis



PS-263 Mediastinal Ektopik Tiroid

Sümeyya Pehlivan¹, Gülbahar Şahbaz¹, Hanife Şahin¹, Tuğba Mandal Zirek¹, Gülfidan Aras¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

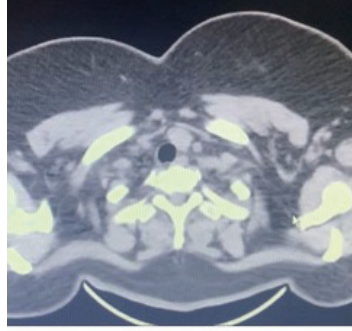
Giriş-Amaç: Ektopik tiroid dokusu, tiroid bezin primitif foramen çekum tomurcuk tabanından pretrakeal pozisyonuna giderken oluşan anormal göçünün sonucudur. Otopsi çalışmalarına göre ektopik tiroid dokusunun prevalansı % 7-10 arasındadır. Lingual tiroid dokusu tüm anomalilerin % 90'nı meydana getirir. Mediastinal tiroid genelde boyundaki tiroidin büyüyerek mediastene uzanması şeklindedir. Tüm tiroid kitlesinin yarıdan fazlası mediastende ise mediastinal guatr olarak tanımlanır. Ektopik ön mediastinal tiroid dokusu genellikle timus çevresinde uzanır.

Olgu: Olgu 1: 50 yaşında ek hastalığı olmayan kadın hasta, dış merkezde uzun zamandır olan nefes darlığı ve öksürük şikayetleriyle çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde anterior mediastende solda 16x20mm düzgün kontürlü solid nodül görülerek merkezimize yönlendirildi. Hastanın ek hiçbir şikayeti yoktu. Laboratuvar değerlerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastaya endobronşiyal ultrasonografi planlandı ve işlemde trakeaya girdikten 2 cm sonra anterior duvarda sınırları silik, hiperekojen iç yapıda, yassı şekilli lezyon iki kez örneklendi. Bunun dışında diğer istasyonlarda patolojik görünümünde lenf nodu izlenmedi. Alınan örneğin patolojik incelemesinde tiroid follikül epitelyum hücreleri, mikro follikül yapıları, kolloid materyal görüldü. Tiroid fonksiyon testleri istendi ve normal izlendi. Hasta ektopik guatr tanısıyla göğüs cerrahisine danışıldı lezyonun boyutunun küçük olması ve hastanın ötiroid olması nedeniyle hastaya ek işlem planlanmadı ve takibe alındı.

Olgu 2: 59 yaşında ek hastalığı olmayan kadın hasta, dış merkezde 2 yıl ara ile çekilen çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde büyüme izlenen üst mediasten anteriorda en belirgin yerinde yaklaşık 40.5x34 mm boyutlara ulaşan lobüle kontürlü heterojen iç yapıda ve kalsifikasyonlar içeren kitle izlenmesi üzerine merkezimize yönlendirildi. Hastanın uzun zamandır olan ara sıra nefes darlığı dışında şikayeti yoktu. Laboratuvar değerlerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın toraks bilgisayarlı tomografi görüntülenme raporunda timoma şüphesi olması dolayısıyla hastadan nöroloji konsültasyonu istendi, myastenia graves izlenmedi. Hastaya göğüs cerrahisi tarafından operasyon planlandı ve alınan materyalin incelemesinde nodüler hiperplazi bulgusu gösteren tiroid dokusu ile birlikte regrese timus dokusu görüldü. Hasta ektopik tiroid tanısıyla takibe alındı. Kontrole gelen ve dispne yakınması olan hasta inhaler tedavi verilip takip önerildi.

Olgu 3: 76 yaşında bilinen hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanıları olan kadın hastada, çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde ön mediastende içerisinde milimetrik kaba kalsifikasyonlar barındıran 98*62 mm boyutta kitle lezyonu izlendi. Hastaya transtorasik ince iğne aspirasyonu planlandı. Hastanın patoloji sonucu hiperplazik tiroid dokusu olarak raporlandı. Hastaya cerrahi operasyon önerildi. Hasta operasyonu reddetti. Hasta takibe alındı. Hastanın üçüncü yıl kontrolünde kitlenin progresyon izlenmedi.

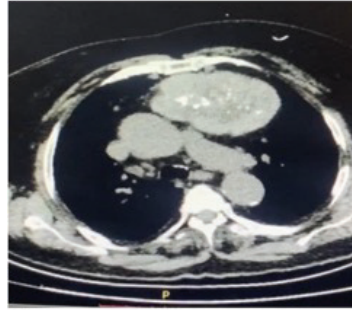
Mediastinal Ektopik Tiroid Olguları



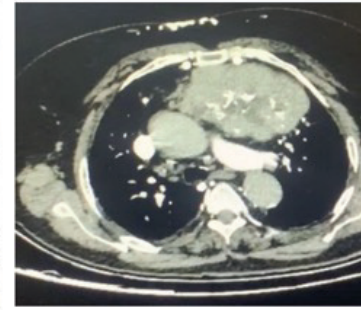
Olgü 1: Hastanın başvuru anındaki Toraks BT görüntülemesindeki lezyon.



Olgü 2: Hastanın 2023 yılına ait operasyon öncesi Toraks BT görüntülemesi.



Olgü 3: Hastanın tanı anındaki kontrastlı Toraks BT görüntülemesi.



Olgü 3: Hastanın 3 yıl sonraki kontrastlı Toraks BT görüntülemesi.

Olguların toraks bilgisayarlı tomografi görüntüleri.

Tartışma-Sonuç: Olgularımızda da izlendiği üzere ektopik guatr genellikle 45 yaş üstü kadınlarda izlenir ve 5000 hastada 1 izlenmektedir. Ektopik tiroid dokulu hastaların çoğunluğu olgu örneklerimizde görüldüğü üzere klinik ve biyokimyasal olarak ötiroiddir, ancak birkaç olguda hipertiroidizm tanımlanmıştır. Ektopik ön mediastinal tiroid dokusu genellikle timus çevresinde uzanır. Hastalarda genellikle göreceli olarak küçük ve asemptomatik kitleler olarak karşımıza çıkar ancak bazı olgularda büyük mediastinal kitleler olarak izlenebilir ve timik neoplaziler ile karışabilir. Tüm mediastinal kitleler arasında ektopik mediastinal guatrlar çok nadir olmakla birlikte ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Mediasten, Tiroid, Nodül, Kitle, Ektopik Guatr



PS-264 Akciğerde Primer Diffüz Büyük Hücreli Lenfoma Olgusu

Buse Nur Kefeli¹, Ebru Şengül Şeref Parlak²

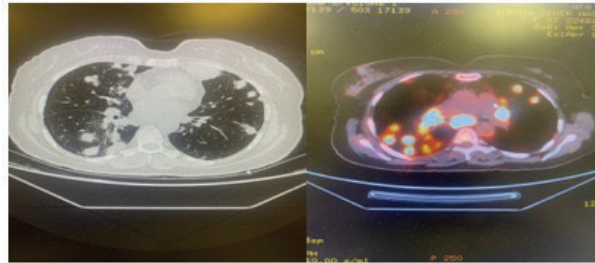
¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

²Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Giriş-Amaç: Diffüz büyük B hücreli lenfoma (DLBCL), Hodgkin dışı lenfomanın en yaygın alt tipidir. Ancak DLBCL'li hastalarda akciğer tutulumu nadirdir. Ayrıca, DLBCL'li hastalar nadiren spesifik klinik semptomlar sergilerler ve bu da kesin tanıyı geciktirebilir hızlı tanı sıklıkla zordur extranodal tutulum Hogkin hastalığının aksine (%11.6) de NHL da daha seyrek görülür (% 3..7) Lenfoid neoplazmaların % 24-40'ı ekstranodal iken, akciğer başlangıçlı ekstranodal tutulum %4 oranında görülür.

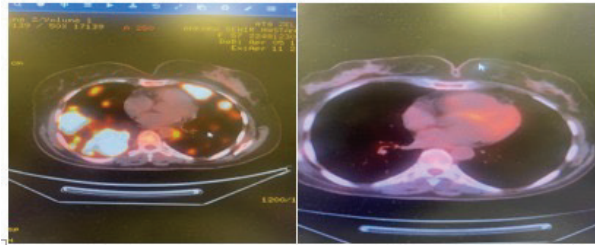
Olgu: Elli yedi yaşında yaşında kadın hasta kliniğimize 2 aydır mevcut olan öksürük, efora bağlı dispne şikayeti nedeni başvurmuş. Eşlik eden son 2 ayda 10 kilo kaybı mevcut fakat gece terlemesi ve ateş yok . Özgeçmişinde kronik hastalık öyküsü yok, smoker, oskültasyonla bilateral alt loblarda ince ralleri, sol supraklavikular bölgede 1 cm büyüklüğünde lenfadenopatisi mevcuttu. Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde her iki akciğer parankiminde dağınık yerleşimli büyüğü sağ akciğer alt lob anterobazal segmentte 42x32 mm boyutlarda plevral tabanlı irregüler spiküle konturlu kitle lezyonu olmak üzere yer yer sağ alt lobda birleşme eğiliminde multipl kitle lezyonları izlenmiştir (Resim 1). PET/BT 'de her iki akciğer de multiple nodüler-kitlesele lezyon ve infraklavikular ve mediastinel alanda multiple lenfadenopati tutulumu saptandı. (resim 2-3). Hastaya fob/ebus yapıldı istasyon 2R:18.2 mm, 4R nolu LAP:18,6 mm, 4L nolu LAP:6.4 mm ölçüldü. 4R'den 6 kez EBUS-TBNA alındı; 7 nolu LAP:33.7 mm ölçüldü, 6 kez EBUS-TBNA alındı;kronik enflamasyon lenfoproliferatif ile uyumlu sonuçlandı .Hastaya göğüs cerrahisi tarafından skalen biyopsi yapıldı . Skalen biyopsi sonucu diffüz büyük hücreli lenfoma ile uyumlu sonuçlandı, hasta tedavisinin düzenlenmesi için hematoloji bölümüne yönlendirildi.Hematoloji tarafından hastaya vinkristin tedavisi verildi 1.kürün ardından PET/BT akciğer tutulumunda belirgin regresyon saptandı (resim4)

Diffüz Büyük B Hücreli Lenfoma



Resim -1

Resim-2



Resim-3

Resim-4

Tartışma-Sonuç: Doğrudan akciğer dokusundan kaynaklanan DLBHL oldukça nadirdir ve tüm lenfomaların %0,4'ünü oluşturur. Primer pulmoner DLBCL, spesifik olmayan klinik semptomları nedeniyle sıklıkla akciğer kanseri olarak yanlış teşhis edilir. Bu olgu akciğerde kitle lezyonu ile başvuran hastalarda lenfomalarda ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini belirtmek için bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Lenfoma, Nodüler Kitlesele Lezyon

PS-265 Nadir Bir Plevral Efüzyon Olgusu: Atipik Meig's Sendromu

Elif Kalkan¹, Beyza Kerem¹, Seda Öztürk¹, Ersin Günay¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Meigs Sendromu 1937'de Joe Vincent Meigs ve John W Cass tarafından benign over fibromu veya fibroma benzeri tümör (tekoma, granulosa hücreli tümör veya Brenner tümör), asit ve plevral efüzyonun birlikte bulunması olarak tanımlanmıştır. Buna karşılık, psödo-Meigs sendromu diğer yumurtalık veya pelvik tümörlerinin, asitin ve plevral efüzyonun birlikte bulunması olarak tanımlanır. Meigs ve psödo-Meigs sendromlarında, yumurtalık veya pelvik tümörün tam rezeksiyonundan sonra asit ve plevral efüzyon hemen düzelir. Bazı benign over tümörleri ile asit veya plevral efüzyondan birinin birlikteliğine atipik Meigs Sendromu adı verilir. Biz de plevral efüzyon etyolojisi araştırması esnasında overde kitle lezyonu saptanan ve atipik Meig's sendromu tanısı alan hastamızı sunmak istedik.

Olgu: 90 yaşında kadın hasta dispne ve sırt ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Görüntülemesinde sağ taraflı plevral efüzyon izlendi. USG eşliğinde torasentez yapıldı. Plevral mayi açık sarı berrak seröz vasıflı idi ve mayi LDH 85 u/l Glukoz 97 mg/dl total protein 19 mg/dl görüldü. Light kriterlerine göre sıvı transudatif efüzyon olarak değerlendirildi. Fiberoptik bronkoskopi ile atelektazi etyolojisi açısından değerlendirildi. Endobronşial lezyon izlenmedi. Fizik muayenede karında sağ alt kadranda hassasiyet olması üzerine abdomen ve transvajinal USG yapıldı. Sağ adneksial lojda 34*30 mm solid komponent içermeyen kistik görünüm izlendi. ANA ve ANCA paneli negatif sonuçlandı. CA125 seviyesi yüksek saptandı (79.5 U/mL). Jinekolojik onkoloji tarafından laparoskopik inceleme ile değerlendirilen hasta atipik Meig's Sendromu olarak kabul edildi.

Tartışma-Sonuç: Asit ve plevral efüzyon belirti ve semptomları olan her kadının pelvik kitle açısından değerlendirilmesi gerekir. Değerlendirme aşamasında önemli ayırıcı tanıları, örneğin karsinomatozlar, dışlanmalıdır. Özellikle kadın hastalarda nedeni saptanamayan tek taraflı efüzyon varlığında Meigs Sendromu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Meig's, Psödo-meigs, Plevral Efüzyon



PS-266 Langerhans Hücreli Histiositoz Olgusu

Tahir Özmen¹, Dildar Duman¹, Fırat Saydın¹, Simge Yavuz Yıldırım¹, Mustafa Akyl²

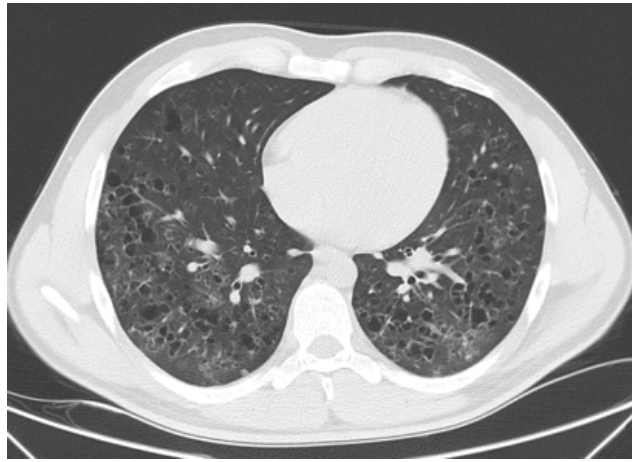
¹SBÜ Süreyyapaşa Göğüs hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²SBÜ Süreyyapaşa Göğüs hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

Giriş-Amaç: Langerhans Hücreli Histiositoz en sık pulmoner tutulum gösteren cilt ve kemik doku gibi birçok organı etkileyebilen nadir görülen kistik akciğer hastalığıdır. Langerhans hücreleri myeloid dendritik hücrelerin farklılaşmasıyla oluşur. Radyolojik olarak her iki akciğerde üst loblarda baskın olan nodüllerin eşlik ettiği değişik şekilli kistler ile karakterizedir. Yetişkin yaş grubunda sigara kullanımı pulmoner Langerhans Hücreli Histiositoz için mutlak risk faktörüdür. LHH hastaları dispne, kuru öksürük, göğüs ağrısı, ateş gibi semptomlar veya spontan pnömotoraks tablosu ile başvurabilirler.

Olgu: 20 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 yıldır olan son 2 aydır artan öksürük şikayetiyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 2 yıldır günde yarım paket sigara içtiği ve astım tanısıyla İKS+LABA kullandığı ancak şikayetlerinin devam ettiği öğrenildi. Hastanın PA akciğer grafisinde intersitisyel patern izlenmesi üzerine toraks YRBT çekildi (Şekil 2). YRBT de: Üst loblar ağırlıklı olmak üzere her iki akciğerde yaygın düzensiz duvarlı hava kistleri ve eşlik eden hafif interlobuler septal kalınlaşmalar görüldü. Ayırıcı tanıda langerhans hücreli histiositoz başta olmak üzere kistik akciğer hastalıkları düşünüldü. Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Alınan BALda nötrofilik alveolit (nötrofil %67), CD3/CD4: 0,29 olarak görüldü. Lavaj patolojisi inflamatuvar hücreler ve S100, CD1A boyanması negatif olarak raporlandı. Hasta tanısız amaçlı VATS biyopsi yapılmak üzere göğüs cerrahisine yönlendirildi. Yapılan cerrahi biyopsi sonucunda immun histokimyasal panelde CD1A ve S100 pozitif ve patolojik tanı langerhans hücreli histiositoz olarak raporlandı. Hasta tedavisinin planlanması açısından hematoloji bölümüne yönlendirildi.

BT kesiti



Bilateral akciğerde çok sayıda düzensiz şekilli kistler ve eşlik eden nodüller

Tartışma-Sonuç: Pulmoner Langerhans hücreli histiositoz (LHH) tanısında zorlanılan nadir görülen kistik akciğer hastalığıdır. Bazı hastalarda S100 proteini ve CD1A pozitif langerhans hücrelerin varlığını doğrulamak için cerrahi biyopsi gerekebilir. Radyolojik olarak kistik akciğer hastalığı görülen ve sigara içen genç erkek hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Langerhans Hücreli Histiositoz, Kistik Akciğer Hastalıkları

PS-267 Osteosarkomatöz Diferansiasyon Gösteren Heterolog Sarkomatoid Plevral Mezotelyoma

Şebnem Dursun¹, Samet Baloğlu¹, Yusuf Kahya¹, Ayten Kayı Cangır¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Plevral Mezotelyoma (PM) nadir, kötü prognozlu, agresif bir tümördür. Epiteloid, sarkomatoid ve bifazik olmak üzere 3 alt tipi mevcuttur. Sarkomatoid mezotelyomada heterolog elementerin izlendiği daha nadir alt tipler de mevcuttur. Kliniğimizde plevral biyopsi ile heterolog osteosarkoma içeren, PM tanısı konulan bir olgu sunulacaktır.

Olgu: Altmış üç yaş göğüs ağrısı ve dispne ile prezente olan, anamnezde multiple girişimsel işlem ve biyopsi öyküsü olan ancak tanı güçlüğü yaşanan kadın hastaya merkezimizde çekilen toraks bilgisayarlı tomografide sol hemitoraksta plevral kalınlaşma ve kalsifikasyon alanları izlenmesi üzerine sol VATS ile re-eksplorasyon uygulanmış olup plevradan alınan biyopsi sonucu heterolog elemanlar (osteosarkoma) içeren PM olarak sonuçlanmıştır. Hastaya dış merkezde 6 kür sisplatin + pemetreksed protokolü uygulanmış olup patolojik tanıdan 10 ay sonra yaygın abdominal metastaz, multiorgan yetmezliği ve ardından exitus gelişmiştir.

Tartışma-Sonuç: Heterolog PM'nin insidansı tanı zorluğu yaşamak ile birlikte tüm PMlerin yaklaşık %0.5'ini kapsamakta olup genellikle izole olgu sunumları olarak literatürde yer almaktadır. Medyan sağkalım sarkomatoid PM'lere benzer bir şekilde agresif tedavilere rağmen 6 ay olarak izlenmektedir. Hedefe yönelik tedavi ve immünoterapideki gelişmeler ile bu agresif seyirli tümörde sağkalımın artırılması olası olabilir

Tablo 1: Osteosarkomatöz farklılaşma ile birlikte olan yayınlanmış heterolog PM vakaları

Kaynak/Yıl	Vaka Sayısı
Yousem 1987	2
Raizan 1996	2
Narita 2001	1
Quoix 2001	1
Chave 2002	1
Suen 2002	1
Salgado 2005	1
Demirag 2007	2
Hamai 2007	1
Hillerdal 2007	1
Klebe 2008	9
Nakao 2011	1
Katsalou 2011	1
Sunulan Olgu 2023	1
Toplam Vaka Sayısı	25

Anahtar Kelimeler: Plevral Mezotelyoma, Heterolog Elemanlar İçeren Plevral Mezotelyoma, Sarkomatoid Tip Plevral Mezotelyoma



PS-268 15 Yıl Arayla İki Farklı Akciğer Karsinomu Gelişen Olgu

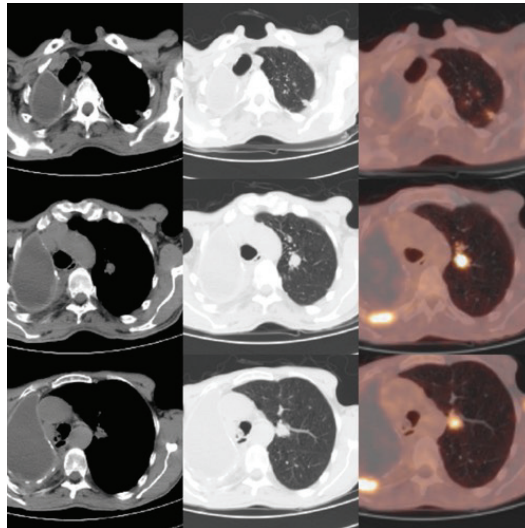
Selma Nur Özkiraz¹, Onur Fevzi Erer¹

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

Giriş-Amaç: Komplet akciğer rezeksiyonu uygulanan akciğer kanseri hastalarında nüks gelişimi evre bağımlı olmakla birlikte nadir değildir. Genellikle cerrahiye takip eden ilk iki yılda görülmektedir. Bu olgumuzda 2008 yılında pnömonektomi operasyonu olan ve 5 yıllık izlem sonrası kür kabul edilen fakat 2023 yılında nonspesifik semptomlarla başvurduğu kliniğimizde nüks akciğer karsinomu tanısı alan hastamızı ele alıyoruz.

Olgu: 67 yaş erkek hasta 10 gündür olan oral alımda azalma, kilo kaybı, nefes darlığı ve baş dönmesi şikayeti ile başvurdu. Vital bulguları olağan olan hastanın fizik muayenesinde sağ hemitoraksta solunum sesleri duyulamadı. Perküsyonda matite alındı. Hasta özgeçmişinde 2008 yılında akciğer karsinomu nedeniyle sağ pnömonektomi olduğu öğrenildi. Patolojik incelemede sağ üst lobda peribronşial yerleşimli 5,5 cm çapında kitlesel lezyon skuamöz hücreli akciğer karsinomu olarak tanı almış, cerrahi sınır ve lenf bezleri salim olarak raporlanmış. Adjuvan tedavi uygulanmamış. Operasyon sonrası 5 yıllık izlemde stabil olan hasta kür kabul edilmiş. Hastanın 40 paket-yıl sigara öyküsü olduğu ve halen devam ettiği öğrenildi. Hastanın soygeçmişinde malignite öyküsü yoktu. Hastanın Aralık 2023 tarihli tomografisinde pnömonektomiye sekonder bulgulara ek olarak sol akciğerde apeks düzeyinde peribronkovasküler yamasal alveoler dansite artışı ve peribronşial kalınlaşmalar izlendi. Mediastende LAP saptanmadı. İncelemeye dahil olan sağ sürrenal glandda yaklaşık 5x3,5 cm hafif heterojen dansiteli kitlesel bir lezyon izlendi. Hastanın şikayetleri doğrultusunda nüks, metastaz ve yeni malignite öntanımları ile PET BT ve Beyin MRI istendi. Akciğer, beyin, karaciğer, sürrenal ve multiple kemik lezyonlarında artmış suv tutulumu izlendi. Sol akciğer üst lobda sol pulmoner arterin akciğere girişinden başlayarak vasküler ve komşu bronş trasesini takip ederek apikale doğru uzanım gösteren, apikalde çok sayıda milimetrik satellit nodüler opasitenin eşlik ettiği metabolik olarak kraniokaudal aksta yaklaşık 4.5cm uzun akslı lezyon ile uyumlu alanda artmış (SUVmax:10.4) tutulum izlenmesi üzerine primer akciğer malignitesi öntanısı ile BT eşliğinde biyopsi planlandı. Hastanın soliter akciğeri olması, erişim kolaylığı ve düşük işlem riski sebebiyle paravertebral cilt altı yumuşak doku lezyonundan biyopsi yapıldı. Tanımlanan kitleden alınan BT eşliğinde tru cut biyopsi materyaline ait kesitler tamamen tümörden ibaret olup belirgin patern oluşturmayan, epiteloïd görünümde, belirgin hücresel atipi ve pleomorfizm gösteren hücrelerden oluşan malign tümör izlendi. Büyük hücreli nöroendokrin karsinom tanısı ile izleme alınan hasta nörolojik semptomları nedeniyle metastazektomi operasyonu için nöroşirurji kliniğine yönlendirildi.

Hastanın 2023 yılında yeni gelişen akciğer lezyonlarının BT ve PET BT görüntülemeleri



Tartışma-Sonuç: 15 yıl ara ile iki defa primer akciğer karsinomu gelişen olguda aile öyküsü olmayıp tek predispozan faktör sigara kullanımı olarak değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Karsinomu, Rezeksiyon, Nüks, Sigara İlişkili Maligniteler

PS-269 Tru-Cut Biyopsi Sonucu Granülomatöz Reaksiyon Gelen, Operasyon Sonrası Maltoma Tanısı Alan Olgu

Kemal Yüce¹, Selvi Aşkar¹, Mesut Özgökçe², Fatma Durmaz², Ensar Türko²

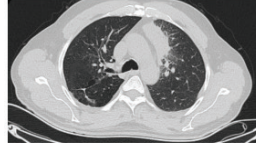
¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi, Radyoloji AD

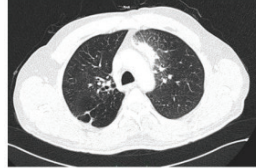
Giriş-Amaç: Maltoma; Özellikle mukozal dokularda ortaya çıkan bir tür B Hücreli Lenfomadır. Maltoma yavaş büyüyen bir lenfoma türüdür ve genellikle diğer dokulara yayılmadan önce belirli bir bölgeye sınırlıdır. Akciğerlerde saptanan Maltoma, akciğer mukozasında başlayan bir lenfoma türü olarak bilinir. Akciğerinde kitle imajı olan ve daha önce Tüberküloz geçiren hastanın sekel olduğu düşünülen lezyonlarında büyüme olması üzerine yapılan Tru-cut biyopsi sonucunda Granülomatöz Reaksiyon gelen, fakat operasyon sonrası Maltoma tanısı alan bir olgunun sunulması planlandı.

Olgu: 63 Yaşında KOAH tanılı erkek hasta Göğüs Hastalıkları polikliniğine öksürük, balgam, kilo kaybı şikayeti ile başvurdu. 15 Paket /Yıl sigara öyküsü olan hastanın 30 yıl önce Tüberküloz geçirdiği 6 ay tedavi aldığı öğrenildi. Hastanın kliniğimizde çekilen 13.06.2023 tarihli Bilgisayarlı Tomografisinde ;Sol akciğer üst lob anterior segmentte prevasküler alanda 56x24 mm çapında düzensiz sınırlı alveolar konsolidasyon alanı saptandı(Resim 1a) .Geçmişe yönelik radyolojik incelemeler tarandığında 13.10.2021 tarihli Dış Merkez Bilgisayarlı Tomografisinde ; Sol akciğer üst lob anteriorda subplevral yüzde yaklaşık 46x15 mm ebatlı konsolide alan saptandı (Resim 1b) .Lezyonda yaklaşık iki kat büyüme saptanan hastaya 29.08.2023 tarihinde PET-CT çekildi. PET-CT de lezyon; Sol akciğer üst lob anterior segmentte paramediastinal plevra tabanlı olarak izlenen, yaklaşık 62x25 mm ölçülen düzensiz sınırlı yumuşak doku kitlesinde patolojik artmış 18F-FDG tutulumu (SUVmaks: 5,5) olarak raporlandı. (Resim 1c) .Konseye sunulan hastada ,konsey kararı ile Tru-Cut biyopsi yapıldı. Sonuç Granülomatöz reaksiyon olarak geldi. Balgamda Arb Boyama ve Tbc kültür sonuçları negatif olan hasta konsey kararı ile operasyona alındı. VATS +Torakotomi ile Sol Üst Lobektomi +MLND operasyonu yapılan hastanın patoloji sonucu “Akciğerin MALT dokusunun ektranodal marjinal zon lenfoması “ olarak görüldü.

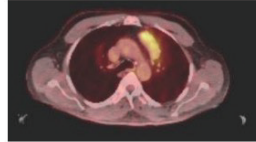
Radyolojik Görüntülemeler



RESİM 1A: 13.06.2023 TARİHLİ TORAKS BT



RESİM 1B :13.10.2021 TARİHLİ TORAKS BT



RESİM 1C :29.08.2023 TARİHLİ PET-CT

Tartışma-Sonuç: Granülomatöz Reaksiyon, genellikle vücudun bir enfeksiyona veya yabancı bir maddeye tepkisi olarak ortaya çıkan bir durumdur. Bunun yanı sıra Granülomatöz reaksiyon, Lenfomanın çeşitli alt tiplerinde de gözlenebilir. Bu nedenle Granülomatöz Reaksiyon sonucu gelen tüm hastalarda detaylı bir klinik değerlendirme ve sonrasında gerekli tüm laboratuvar ve radyolojik testler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz Reaksiyon, Maltoma, Tru-Cut



PS-270 Stereotaktik Beden Radyoterapisi (SBRT) Sonrası Görülen Nodüller Her Zaman Nüks Değildir

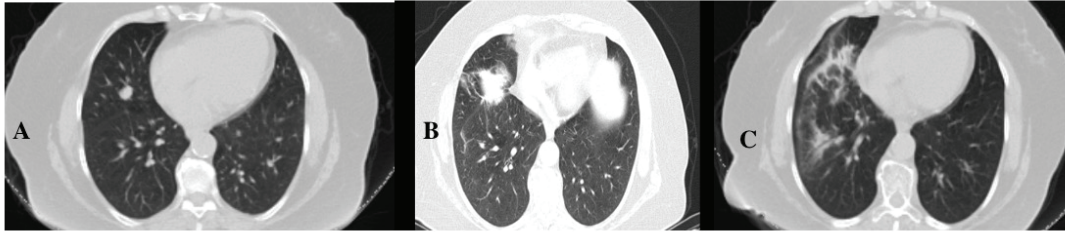
Merve Çalış¹, Buket Mermit¹, Ömer Seylan¹

¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD

Giriş-Amaç: Cerrahiye engel durumu olmayan erken evre küçük hücreli dışı akciğer kanseri olgularında standart tedavi lobektomi ve lenf nodu örneklemesi veya diseksiyonudur. Ancak medikal komorbiditeleri veya akciğer fonksiyonlarının kötü olması nedeniyle cerrahi uygulanamayacak olgularda veya cerrahiye reddeden olgularda stereotaktik beden radyoterapisi (SBRT) düşük toksisitesi, invaziv bir tedavi olmaması ve yüksek lokal kontrol oranlarıyla standart tedavi olarak önerilmektedir. Bu olgumuz ile SBRT sonrası akciğer tomografisinde nodüler görünümler olabildiğini; ancak takiplerde bu nodüllerin dağılabildiğini göstererek bu görünümün her zaman nüks olarak değerlendirilmemesi gerektiğini vurgulamaya çalıştık.

Olgu: 77 yaşında kadın hasta 2 yıl önce kolon adenokanser tanısı konmuş, kemoterapi ile tedavi planlanmış. Yapılan takiplerde çekilen PET sonucunda patolojik olarak artmış 18F-FDG tutulumu olan, SUVmax'ı 4.0 olarak ölçülen, sağ orta lob lateralde, yaklaşık 1,5x1 cm boyutlarında solid parankimal nodül izlenmiş. PET sonucu ile hastaya bu nodüle yönelik SBRT yapılmış. İşlem sonrası çekilen kontrol toraks BT'de işlem yapılan nodülün boyutunun 32x30mm olarak belirgin şekilde arttığı, çevresinde buzlu cam dansitesi alanlar içerdiği, kontrast tuttuğu ve ışınsal uzantılar gösterdiği izlendi. Bu sonuçlar ile konseyde tartışılan hastanın nodülünün primer lezyon, metastaz ya da SBRT etkisi ile olabileceği düşünülerek 1 ay sonra kontrol BT çekilmesi planlandı. 1 ay sonra çekilen toraks BT'de şüpheli nodülün 25x15mm boyutuna gerileyerek küçüldüğü, çevresindeki buzlu cam dansitesinin dağıldığı ve yoğun kontrast tutulumunun azaldığı izlendi. 3 ay sonra çekilen PET sonucunda nodülde patolojik 18F-FDG tutulumu izlenmedi. Hasta PET sonucu ile konseyde tekrar değerlendirildi, SBRT tedavisi ile lokal kontrol sağlandığı kabul edildi.

Toraks BT



Hastanın sağ akciğer orta lob lateralde SBRT öncesi (a), SBRT sonrası (b) ve kontrolde çekilen (c) toraks BT görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Bu olgumuzda akciğer nodülüne uygulanan SBRT sonrası nodül boyutunda artış olan hastada metastaz ve primer lezyon oluşum ihtimalini göz önüne alarak hastayı takibe aldık. Çünkü SBRT'de en sık rastlanan başarısızlık uzak metastaz (%10-20) ve bölgesel lenf nodu nüksü (%10-15) olup lokal nüksler %5-10 oranında görülmektedir. Bu olgumuz ile; lokal nüksler her ne kadar azımsanmayacak bir oranda olsa da bu hastaları takip ederken SBRT sonrasında radyolojik olarak SBRT etkisinin yalancı nüks görünümünün olabileceğini akılda tutmamız gerektiğine değindik.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, Nodül, Radyoterapi, Stereotaktik Beden Radyoterapisi

PS-271 Akciğer Dev Hücreli Malign Fibröz Histiyositom Olgusu

Utku Tapan¹, Huriye Gülistan Bozdağ Başkaya², Zekiye Deniz Gökmen¹, Sabri Serhan Olcay¹

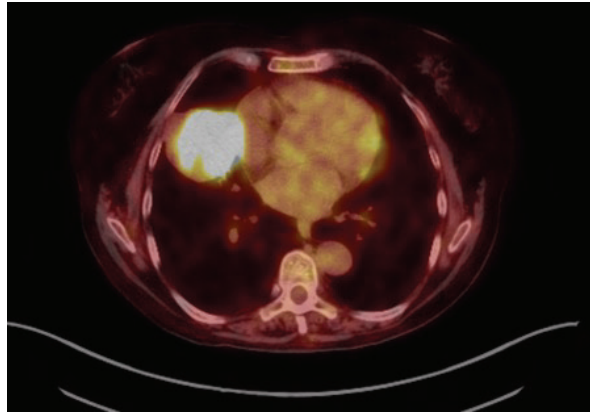
¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi

Giriş-Amaç: Malign fibröz histiyositom (MFH), yetişkin bireylerde en sık görülen yumuşak doku tümörüdür. Genellikle görüldüğü yerler ekstremitelerin gövde kısmı ve retroperitonun derin kas sistemidir. MFH metastazının en sık görüldüğü bölge (%75) akciğer olmasına rağmen, akciğerden kaynaklanan MFH oldukça nadirdir. Yüksek invazyon, atipik klinik semptomlar ve görüntüleme bulguları ile karakterize olması nedeniyle erken tanı ve tedavi önemlidir. Biz de nadir görülen akciğer dev hücreli malign fibröz histiyositomlu bir olguu sunmak istedik.

Olgu: 62 yaş kadın hasta 2 haftadır olan öksürük ve balgam şikayetleri ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. 15 paket/yıl sigara ve uterus miyomu (opere) öyküsü olan hastanın annesinde de kolon kanseri öyküsü mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde solunum sesleri azalmıştı. Sedimentasyon 64 mm/sa, CRP 45 mg/L, arteriyel kan gazı normal sınırlardaydı. Toraks BT görüntülemesinde sağ akciğer üst lob anteriorunda parakardiyak yaklaşık 5.5x5.4 cm'lik kitle lezyonu mevcuttu. PET-CT'de sağ akciğer üst ve orta lobda parakardiyak alanda yerleşimli 61x55x45 mm ebatlarında perikarda yapışık görünümde, içerisinde ametalik-nekrotik odak içeren heterojen karakterde çok yoğun FDG tutulumu (SUVmax:18.6) gösteren kitlesel lezyon mevcuttu (RESİM 1). Göğüs cerrahisi tarafından hastaya sağ orta lobektomi yapıldı. Cerrahi sırasında frozen sonucu malign proses ve üst lob adezyonlarına 1 mm mesafede invazyon rapor edilmesi üzerine üst lobektomi de yapılarak cerrahi bilobektomiye tamamlandı. Sağ hiler yerleşimli 2,4 nolu mediastinal lenf nodları disseke edildi. Patoloji sonucu ile hastaya dev hücreli MFH tanısı konuldu. Hastaya 4 kür adjuvan KT (Adriamisin, Sisplatin) verilerek klinik izleme alındı. Hastanın KT sonrası çekilen PET-CT görüntülemesinde sol akciğer üst lob parankiminde 3.3x3.2 cm'lik düzensiz sınırlı heterojen karakterde, artmış FDG (SUVmax:7.7) tutulumu lezyon izlendi. Mevcut radyolojik görünüm enfeksiyon lehine değerlendirildi ve hastadan alınan balgam kültüründe Candida Albicans üredi. Hastaya Flukanazol 4*100 mg IV 14 gün süreyle tedavisi uygulandı. Flukanazol 2*400 mg oral tablet ile taburcu edildi. BT eşliğinde transtorasik biyopsi planlanan hastanın Toraks BT'sinde sol akciğerdeki kitlede regresyon izlendi. Hastanın klinik izleminde nüks ya da metastaz saptanmadı.

Resim 1



PET-CT Sağ akciğer üst ve orta lobda parakardiyak alanda yerleşimli 61x55x45 mm ebatlarında perikarda yapışık görünümde, içerisinde ametalik-nekrotik odak içeren heterojen karakterde çok yoğun FDG tutulumu (SUVmax:18.6) gösteren kitlesel lezyon

Tartışma-Sonuç: MFH hızlı yayılım gösteren ve yüksek metastaz riski olan bir hastalıktır. Bu nedenle yakın takip ve erken cerrahi uygulaması hastalığın prognozunu önemli ölçüde etkilemektedir. Yoshida ve arkadaşları sağ kalımı arttırmak için ilk operasyonda negatif sınırlarla geniş eksizyonun gerekli olduğunu, hastalığı ilerlemiş hastalar için neoadjuvan KT ve RT'nin faydalı olabileceği bildirmişlerdir. Biz de hastamızda negatif sınırlarda geniş eksizyon ve adjuvan KT ile nüks ve metastazı engellemiş olduk.

Anahtar Kelimeler: Malign Fibröz Histiyositom, Dev Hücreli, Akciğer Malignitesi



PS-272 Bilateral Konjenital Kistik Adenomatoid Malformasyon

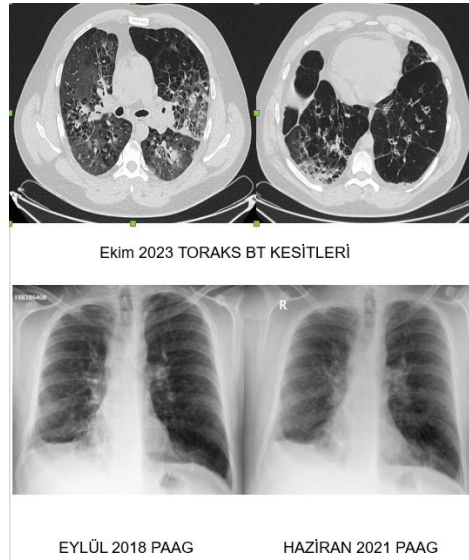
Esra Betül Akkoç Tamer¹, Hatice Canan Hasanoğlu¹, Cansu Görkem Yahşi¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Konjenital kistik adenomatoid malformasyon, embriyolojik dönemde respiratuvar bronşiol yapısının anormal gelişerek hamartomatöz bir yapı almasıyla meydana gelen, nadir bir konjenital anomalidir. Konjenital akciğer malformasyonlarının %25'ini ve konjenital kistik akciğer malformasyonlarının %95'ini oluşturur ve erkeklerde daha sıktır. Hastalık çoğu kez tek akciğerde ve tek lobda olup çift taraflı çok nadir görülmektedir. Çift taraflı konjenital kistik adenomatoid malformasyon tanılı olgumuz nadir olması nedeni ile sunuldu.

Olgu: Otuz yaşında erkek hasta myalji, dispne, öksürük, göğüs ağrısı ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde 2016 yılında sağ akciğer alt lobektomi öyküsü vardı. Arada salbutamol inhaler kullanıyordu. Adıyaman'da yaşıyordu. Mesleği yıkımcılık idi. Fizik muayenesinde bilinç açık, koopere, oryante, 5 lt/dk rezervuarlı maske ile SpO2 94, bilateral yaygın ronkusalari mevcuttu. Laboratuvarında wbc 19.210 (neu %81.2, lym %9.4), pct negatif, crp 159.7, hb 15 oksijen altında alınan kan gazı ph 7.35, pco2 46.3, po2 76.6, hco3 25.2, be -0.8, so2 91.8, lac 1.71 idi. Çekilen Toraks BT'de; bilateral tüm loblarda panlobüler karakterde amfizematöz değişiklikler, hava hapsi alanları izlendi. Bilateral orta alt zonda belirgin tübüler-variköz bronşiektaziler, peribronşial kalınlaşmalar, mukus impaksiyonları bunlara eşlik eden plevraya da uzanan fibroatelektatik bant formasyonları mevcuttu. her iki akciğerde üst zonlarda diffüz buzlu cam opasitesi ve bunlara eşlik eden peribronkovasküler yapılar komşuluğunda yamalı konsolide alanlar vardı. Hasta göğüs hastalıkları YBÜ (2 gün) ve servisinde (7 gün) piperasilin tazobaktam ve levofloksasin tedavisi aldı. Akciğer enfeksiyonu nedeni doğumundan bu yana mükerrer kez hastane yatışları olduğu, 2016'da lobektomi materyali patoloji sonucu konjenital kistik adenomatoid malformasyon tanısı aldığı öğrenildi. Gönderilen alfa1 antitripsin normal aralıkta sonuçlandı.

TORAKS BT VE PAAG



Tartışma-Sonuç: Kistik adenomatoid malfomasyon tanısı günümüzde prenatal dönemde fetal ultrasonografi ile konulabilmektedir. İnsidansı 1/4000 ile 1/35000 olarak bildirilmiştir. Stocker ve arkadaşlarının, lezyonları klinik ve patolojik açıdan değerlendirerek yaptıkları, multipl veya tek büyük kistik form Tip 1, orta büyüklükte kistik form Tip 2 ve solid form Tip 3 halen en çok tercih edilen sınıflamadır. Kesin tanı için histopatoloji şarttır. Klinik olarak erişkin yaşa ulaşmış olgularda hemoptizi, dispne, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları ve spontan pnömotoraks bildirilmiştir. İleri yaşlarda lezyonun maligniteye dönüşüm ve komplikasyonlara yol açma riski nedeniyle tedavi için cerrahi rezeksiyon önerilmektedir. Tedavisi tüm yaş gruplarında aynı olup, etkilenen kısmın cerrahi olarak çıkarılması, tercihen lobektomi yapılmasıdır. Hastamız lobektomi olmuş ama hastalık bulguları ilerleyerek devam etmiştir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital, Malformasyon, Kistik Adenomatoid

PS-273 Mikst Germ Hücreli Dev Mediastinal Kitlenin Total Eksizyonu

Merve Bıyıklı¹, Muhammed Kalkan¹, Oğuz Girgin¹, Hakkı Ulutaş²

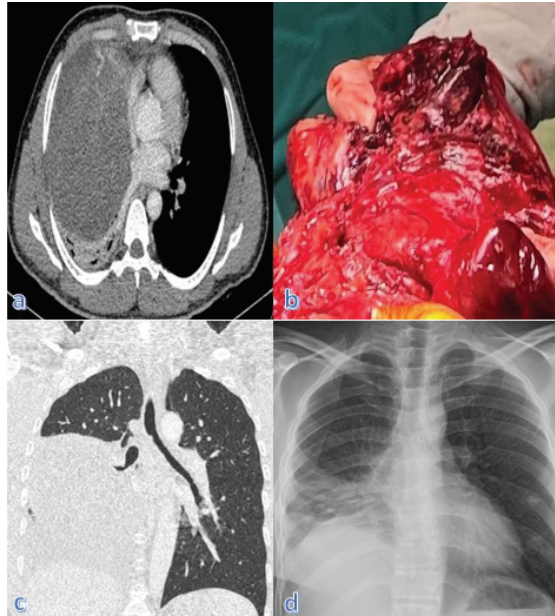
¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

²İzmir Ekonomi Üniversitesi Medical Point Hastanesi

Giriş-Amaç: Germ hücreli tümörler primordiyal germ hücrelerinden köken alan benign ve malign karakterde olabilen tümörlerdir. Testis ya da over kaynaklı primer tümör olmaksızın ortaya çıkan germ hücreli tümörler ekstragonadal germ hücreli tümörler olarak adlandırılırlar. Ekstragonadal en sık mediastene yerleşim gösterirler. Çoğunlukla ön mediastende yerleşselerde orta ve arka mediastende de görülebilirler. Bu çalışmada İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahi Kliniğinde dev boyutlara ulaşan mediastinal kitlenin total eksizyonunu paylaştık.

Olgu: Nefes darlığı şikayeti ile tarafımıza başvuran 37 yaşında öz ve soygeçmişinde özellik olmayan erkek hastanın fizik muayenesinde sağ hemitoraks orta ve alt zonlarda solunum sesleri azalmıştı. Çekilen toraks BT de; sağ akciğer orta ve alt lobda en geniş yerde 17x12 cm boyuta ulaşan, bronşları oblitere eden, mediastene invaze hetorejen dansitede kitle izlendi. Hastaya tru-cut önerildi. Tümör markerleri (AFP, B-HCG) çalışıldı ve pet-ct çekildi. Tru-cut biyopsi histopatolojisi Kavernöz Hemanjiyom olarak raporlandı. AFP: 234, BHCG: 83344 saptanan hastaya sağ torakotomi ile orta lobektomi ve kitle total eksizyonu yapıldı. Yaklaşık 20 cm çapında 2,5 kilogram tümör total olarak eksize edildi. Histopatolojisi; Mikst Germ Hücreli Tümör Tümör; Yolk Sak Tümör (%70), Teratom (%20) ve Koryokarsinom (%10) komponentleri içermektedir olarak raporlanan postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 7. günde şifa ile taburcu edildi.

Total Eksizyon Yapılan Mikst Germ Hücreli Mediastinal Kitlenin Preoperatif, İntraoperatif Ve Postoperatif Görüntüleri



Resim a: Hastanın preoperatif aksiyal kesitte tomografik toraks görüntüsü Resim b: İntraoperatif kitlenin görüntüsü Resim c: Hastanın preoperatif koronal kesitte tomografik toraks görüntüsü Resim d: Hastanın postoperatif pa akciğer görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Mediasten yerleşimli kitlelerde mutlaka germ hücreli tümörler düşünülmelidir. Tümör belirteçleri olan AFP, B-HCG ön mediastende kitlesi olan tüm hastalarda dikkate alınmalıdır. Multimodal yaklaşım ile tedavisinin mümkün olduğu ve cerrahi tam eksizyonun sağ kalımda en önemli faktör olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Germ Hücreli Tümör, Mediastinal Kitle

**PS-274 Soliter Pulmoner Nodülden Gelişen Nadir Görülen Malignite Vakaları**

Fatma Ezgi Altun Acar¹, Beyza Yılmaz¹, Çağan Asparuk¹, Aslıhan Aras¹, Ayşegül Erinç¹, Naciye Mutlu¹, Hüseyin Cem Tigin¹, Muzaffer Metin¹, Murat Kıyık¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

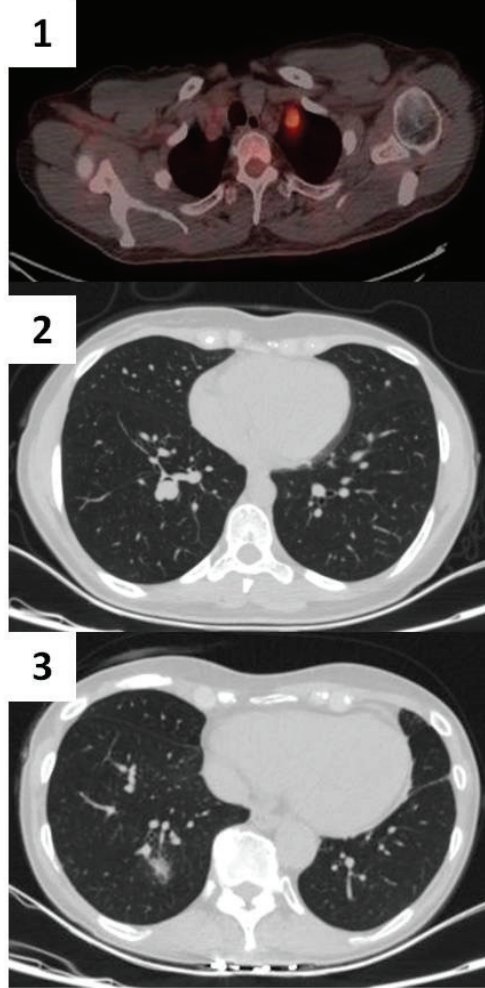
Giriş-Amaç: Soliter pulmoner nodül (SPN), radyolojik olarak çapı 3 cm'den küçük, parankimal akciğer lezyonu olarak tanımlanmaktadır. Görüntüleme yöntemleri, transtorasik iğne biyopsisi ve bronkoskopik işlemler SPN için tanısal yaklaşımlar arasında sayılabilir. Gerektiğinde hem tanısal hem tedavi amaçlı cerrahi yöntemlere başvurulabilir. Biz de bu sunumumuzda, SPN'si olup ön planda malignite düşünülerek cerrahi girişim yapılan hastalarımızı ve aldıkları tanıları sizlere sunmayı amaçladık.

Olgu: Olgu-1: Hipertansiyon, aritmi tanılı ve 10paket/yıl sigara öyküsü olan 65 yaşında, erkek hasta öksürük nedeniyle başvurdu. Adıyaman doğumlu hastanın asbest maruziyeti bulunmaktaydı. Posteroanterior akciğer grafisi (PAAG)'nde eski filmlerinde de görülen asbest plakları vardı. Toraks-BT'de, yeni gelişen, sol akciğer apekte supplevral 18mm çaplı subsolid nodül görüldü. PET-CT'de sol akciğer apikal bölgede 20x16mm boyutlu nodüler lezyon (SUVmax:5.5) görüntülendi. Cerrahi konseyde değerlendirilerek sol akciğer üst lob wedge rezeksiyon yapılan hasta in-situ/minimal invaziv adenokarsinom tanısı aldı.

Olgu-2: Ek hastalık öyküsü olmayan, 2paket/yıl sigara öyküsü olan 25 yaşında kadın hasta hemoptizi nedeniyle başvurdu. Toraks-BT'de sağ alt lob bazal segmentte 2cm çapında SPN izlendi. Bronkoskopide sağ alt lob posterobazal segmentte düzgün sınırlı, düzgün yüzeyli, kanamaya meyilli endobronşiyal lezyon görüldü. Bronş biyopsisi ve lavajı yapıp patoloji sonucu karsinoid tümör gelen hastamıza GALYUM 68 PET-CT çekildi. SUVmax:76,3 olan, sağ akciğer alt lob bronşları düzeyinde yaklaşık 12*7mm boyutunda yumuşak doku lezyonunda yoğun GA-68 DOTATATE tutulumu mevcuttu. Cerrahi konseyde değerlendirilip sağ alt lob segmentektomi kararı alınan hastanın patoloji sonucu da tipik karsinoid tümör (Mitoz:Gorulmedi, Nekroz:++) olarak sonuçlandı.

Olgu-3: Hipertansiyon ve 2 yıl önce renal hücreli karsinom (RCC) nedeniyle sol parsiyel nefrektomi öyküsü olan 58 yaşında kadın hasta, dış merkezde rutin kontrolleri sırasında eski toraks-BT'lerde olmayan, sağ alt lob superiorda buzlu cam dansitesinin eşlik ettiği pulmoner nodül görülmesi üzerine tarafımıza yönlendirildi. PET-CT ile değerlendirildiğinde, tariflenen lezyondaki minimal hipemetabolik tutulum (SUVmax:2,7) öncelikle enfektif olarak değerlendirildi. Antibiyotik tedavisi sonrası ikinci aydaki kontrol toraks-BT'de regresyon görülmemesi üzerine cerrahi konseyde değerlendirilen ve sağ alt lobektomi uygulanan hastamızın patoloji sonucu MALT-Lenfoma olarak sonuçlandı. Hematoloji bölümüne yönlendirilen hastamızın takip ve tedavisi hematoloji bölümünce sürdürülmektedir.

Olgulara ait radyolojik görüntüler



1: Olgu-1'e ait PET-CT görüntüsü. 2: Olgu-2'ye ait toraks-BT görüntüsü. 3: Olgu-3'e ait toraks-BT görüntüsü.

Tartışma-Sonuç: SPN'de tanısal yaklaşım konusunda çeşitli algoritmalar ve yöntemler önerilmektedir. İyi bir klinik ve radyolojik değerlendirme, benign/malign nodül ayrımında önceliklidir. Malign SPN nedenleri arasında primer akciğer kanseri, karsinoid tümör, akciğer metastazları sayılabileceği gibi, altta yatan başka patolojiler olabileceği de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Soliter Pulmoner Nodül, Akciğer Kanseri, Karsinoid Tümör, Lenfoma



PS-275 İn Situ Andekarsinomla Sonuçlanan İnsidental Pulmoner Nodül Olgusu

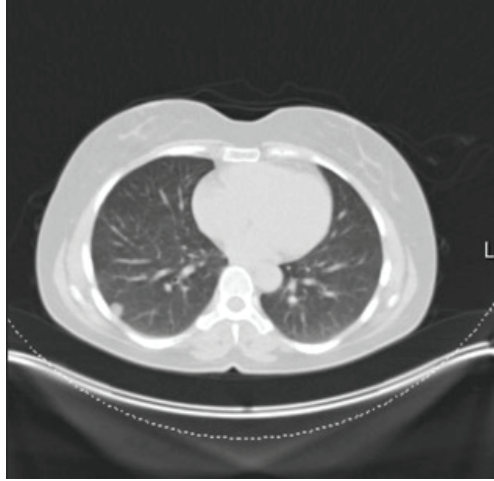
Gamzenur Özbey¹, Hülya Dirol¹

¹Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Antalya

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri dünyada en sık görülen kanserlerden biridir ve kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir. En sık görülen akciğer karsinomu akciğer adenokarsinomudur. İn situ Adenokarsinomlar (AIS) küçük (≤ 3 cm) lepidik paternli soliter adenokarsinomlardır. AIS ;müsinöz ve non- müsinöz olarak iki alt gruba ayrılmıştır. AIS tümörlerinin çoğu non-müsinözdür. İn situ adenokarsinomlu hastaların lezyonları komplet olarak rezeke edildiğinde hastalığa spesifik sağ kalım oranları %100'dür.

Olgu: 48 yaşında kadın hasta, dış merkezden plevral nodül boyut artışı nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Öksürük dışında aktif pulmoner yakınması bulunmamaktaydı. Bilinen hipotiroidi dışında ek hastalık yoktu. 25 paket/yıl sigara kullanım öyküsü bulunuyordu. Soygeçmişinde dedesi ve amcası akciğer kanseri nedeniyle exitus olmuştu. Solunum sistemi muayenesinde ral ronküs duyulmadı, solunum sesleri doğaldı. Oda havasında parmak ucu satürasyonu %98 idi. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar parametrelerinde özellik yoktu. Nisan 2021 yılında Covid-19 enfeksiyonu sonrası dış merkezde çekilen toraks BT'de nodül saptanması üzerine 3 ay sonra kontrol toraks BT önerilmiş olup, hasta 1,5 yıl takipsiz kalmış olduğu öğrenildi. Nisan 2021 ve Eylül 2022 tarihli toraks BT'leri karşılaştırmalı değerlendirildiğinde: sağ akciğer alt lob lateralde izlenen 9x6mm boyutlu subplevral nodülde yeni tetkikte 10.5x7mm şeklinde boyut artışı izlendi. Ekim 2022 tarihinde hastaya çekilen PET-BT de; sağ akciğer alt lob lateral bazalde 13x8 mm boyutlu plevral tabanlı nodülde çok düşük aktivite izlenmiştir(suvmax:1). Tarafımızca multidisipliner toraks konseyinde değerlendirildi ve cerrahi planlandı. Hastaya Kasım 2022'de tanı amaçlı wedge rezeksiyon yapıldı ve patoloji sonucu; müsinöz adenokarsinoma in situ olarak raporlandı. Tedavi ve takip süreci açısından tıbbi onkoloji bölümüne konsülte edilen ve sistemik tedavi endikasyonu olmayan hastaya takip planlandı.

Şekil-1



2022 pet-ct: sağ akciğer alt lob lateralde yaklaşık 13x8 mm boyutunda yumuşak doku dansitesi

Tartışma-Sonuç: İnsidental pulmoner nodüllerin nedenleri benign veya malign olabilir. Pulmoner nodülün saptanmasını takip eden en önemli soru, malignite olasılığıdır ve sonraki yönetim buna göre değişmelidir. Olgumuzun sigara içiyor olması ve ailede akciğer kanseri öyküsü olması, pulmoner nodül boyutunda artış olması nedeniyle malignite riski yüksek olarak değerlendirildi. Klinik ve radyolojik değerlendirme sonrası cerrahi rezeksiyon ile erken evrede hastalık teşhisi konuldu. Bu sebeple akciğer kanseri şüphesi olan hastaların ilk değerlendirmesinin zamanında ve etkili bir şekilde yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Subplevral Nodül, İn-Situ Adenokarsinom, İnsidental Pulmoner Nodül

PS-276 Radyolojik Olarak İnterstisyel Akciğer Hastalığı ile Uyumlu Adenokanser Olguları

Ayşe Çırak¹, Hikmet Çoban¹, Mustafa Çolak¹, Merve Yumruksuz Şenel¹, Fuat Erel¹, Nurhan Sarıoğlu¹

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğer kanserinin tanısallı yönetimi radyolojik ve klinik bulgularla başlar. Maligniteler ve enfeksiyonlar dışında ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar; bağ dokusu hastalıkları, vaskülitler, interstisyel akciğer hastalıkları, mesleki akciğer hastalıkları ve sarkoidozdur. Bu hastalıklar radyolojik olarak akciğer kanserine benzer görünüm verebilir. Aynı zamanda bu hastalıklarda, akciğer kanseri görülme sıklığı topluma göre artmıştır. Olguların yaş, meslek hikayesi, sistemik belirti ve bulguları ve laboratuvar testleri ayırıcı tanıda faydalıdır. Adenokarsinom küçük hücreli dışı akciğer kanserinin en sık görülen alt tipidir. Adenokarsinomun da alt grupları içerisinde atipik radyolojik ve klinik pattern görülebilir. Bizde burada interstisyel akciğer hastalığı gibi görünen ancak sonuçta adenokarsinom tanısı almış vakaları sunmayı amaçladık.

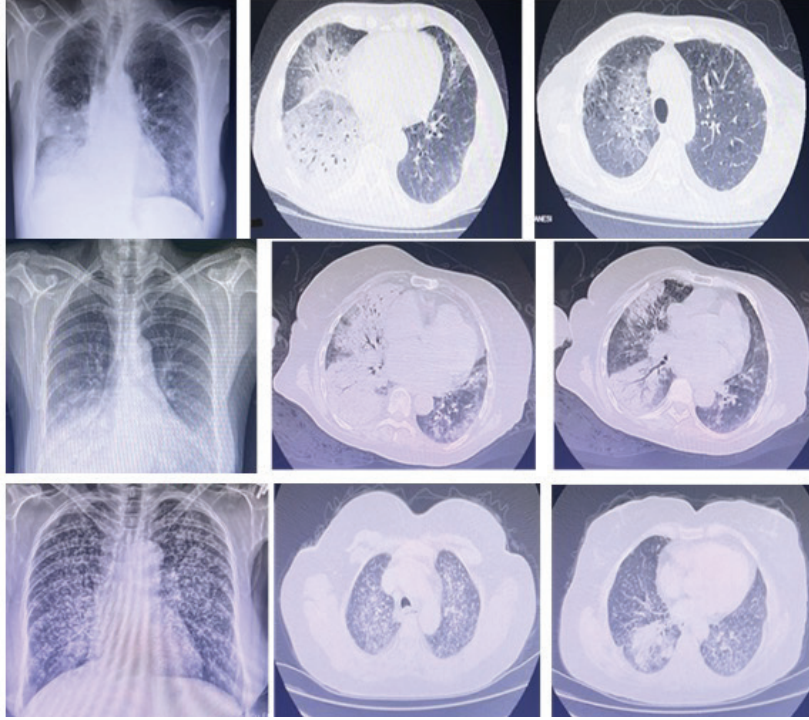
Olgular: Olgular 1:76 yaşında erkek hasta, 2 yıldır nefes darlığı ve balgam şikayeti mevcut. Son 5 aydır nefes darlığı artışı, halsizlik, kilo kaybı şikayetleri ile dış merkeze başvuruyor. Dış merkezde hastanın antibiyotik tedavisine rağmen klinik ve radyolojik yanıt alınamadığı için tanısallı amaçlı bronkoskopi yapılıyor, transbronşial akciğer parankim biyopsisi patolojisi nondiagnostik olarak değerlendiriliyor. Hasta konseyde interstisyel akciğer hastalığı olarak değerlendirilmiş ve 1 ay oral steroid tedavisi verilmiş. Hastanın izleminde semptomlarında gerileme olmaması, nefes darlığında artma nedeniyle tarafımıza başvurusunda servis takibine alındı. Hastanın başvurusunda laboratuvar değerleri; Lökosit: $11.2 \times 10^3/\mu\text{L}$, C-Reaktif Protein: $< 3 \text{ mg/L}$, Sedimentasyon: 23 mm/sa . Karaciğer Fonksiyon Testleri ve Böbrek Fonksiyon Testleri normal aralıkta gözlemlendi. Pnömoni ön tanısı ile antibiyoterapisi düzenlendi. İzleminde klinik yanıt alınamaması nedeniyle hastaya tanısallı amaçlı bronkoskopi planlandı. Fiberoptik bronkoskopisinde endobronşial lezyon izlenmedi. Transbronşial biyopsi ile sağ alt lob ve sağ orta lobdan örnekleme yapıldı. Patolojik tanısı akciğer adenokanser olarak sonuçlandı.

Olgular 2: 66 yaş kadın hasta 3 yıldır olan nefes darlığı, ara ara olan öksürük ve balgam şikayetleri ile dış merkeze başvurusunda çekilen tomografide sağ akciğer alt lobda konsolide alan izleniyor. Hastaya klinik ve radyolojik açıdan interstisyel akciğer hastalığı ile uyumlu olarak değerlendirilmesi ile steroid tedavisi başlanmış. Takiplerinde klinik ve radyolojik yanıt alınması nedeniyle hastaya bronkoskopi planlanmış. Patolojik değerlendirmede tanısallı bulgu saptanmamış. Hasta şikayetlerinde gerileme olmaması nedeniyle tarafımıza başvurdu ve servis takibine alındı. Geliş Laboratuvar değerleri; Lökosit: $7.7 \times 10^3/\mu\text{L}$, C-Reaktif Protein: 5.35 mg/L , Sedimentasyon: 26 mm/sa . KCFT ve BFT normal değer aralığında izlendi. Hastaya tanısallı amaçlı bronkoskopi planlandı. Fiberoptik bronkoskopide endobronşial lezyon izlenmedi. Fiberoptik bronkoskopisinde sağ akciğer alt lobdan transbronşial akciğer biyopsisi uygulandı. Patoloji sonucu akciğer adenokanser olarak raporlandı.

Olgular 3: 66 yaş kadın hasta bilinen ek hastalığı yok, sigara öyküsü yok, evde hayvan besleme öyküsü yok, mesleği ev hanımı. Öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile polikliniğe başvurdu, dış merkezde antibiyoterapi ve steroid tedavisi başlanmış fayda görmemiş. Geliş laboratuvar değerleri; Lökosit: $10.9 \times 10^3/\mu\text{L}$, C-Reaktif Protein: 7.21 mg/L , Sedimentasyon: 59 mm/sa . KCFT ve BFT normal değer aralığında izlenmiş. Hastaya bronkoskopi planlandı. Fiberoptik bronkoskopide hastanın endobronşial lezyon izlenmemiş olup transbronşial akciğer biyopsisi yapıldı. Patolojik tanı adenokanser olarak raporlandı.



Olguların radyolojik görüntüleri (1-2-3)



Tartışma-Sonuç: Akciğer kanseri radyolojik olarak en sık soliter veya multiple nodüller şeklinde karşımıza çıkar. Bizim vakalarımızda da olduğu gibi nadiren buzlu cam dansitesi ve multiple nodüller şeklinde de izlenebilir. Radyolojik olarak multiple kistik görünüm ve buzlu cam dansitelerinin izlenmesi ilk olarak enfeksiyöz nedenler ve interstisyel akciğer hastalıkları akla getirmekle beraber bu vakalarda olduğu gibi maligniteler de mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmeli gerekir. Adenokanser atipik radyolojik ve klinik bulgu ile karşımıza çıkabilir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Adenokanser, İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Konsolidasyon

PS-278 3 Farklı Primer Tümör Tanılı Olgu

Buğra Mete Hancı¹, Hatime Arzu Yaşar², Aydın Çiledağ¹, Gökhan Çelik¹, Akın Kaya¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri kansere bağlı ölümlerin en sık nedeni olup, tüm kanser ölümlerinin kabaca 1/5'inden (%19.4) sorumludur. Hastalarda, metastaz sıklıkla görülebildiği gibi, nadir olarak da akciğer kanseri tanısı öncesi veya sonrası dönemde farklı primer tümör de görülebilmektedir.

Olgu: 28 ve 18 yıl önce Hodgkin Lenfoma nedeni ile kemoterapi ve radyoterapi almış ve bu tanımlarla takipli olan, ek hastalık olarak diyabetes mellitus ve aterosklerotik kalp hastalığı bulunan hastadan 7 ay önce sol boyunda lenadenopati saptanması üzerine alınan eksizyonel biyopsi sonucu yassı hücreli kanser gelmiş. Biyopsi materyalinden gönderilen EBV ve HPV negatif olarak gelmiş. Hastaya evreleme amacıyla çekilen pozitron emisyon tomografisinde toraks girişinden itibaren mediastende paratrakeal, aortikopulmoner, prevasküler, subkarinal, her iki akciğer hiler ve sağ bronkopulmoner bölgelerde yer yer konglomere multipl lenf nodlarında patolojik aktivite birikimi (SUV max: 15.8) gözlenmiş ve sol akciğer üst lob anteriorda küçük nodüler lezyonda fokal patolojik aktivite artışı (SUV max: 4.8) saptanmış. Primer odak araştırılması açısından yönlendirilen hastanın eforla nefes darlığı dışında başka şikayeti yoktu. 30 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu, 3 aydır sigara içmiyordu. Geçirilmiş tüberküloz öyküsü yoktu. Hastaya EBUS yapılarak 4R, 4L, 7, 10R ve 11 L nolu lenf nodlarından TBNA ve bronş lavajı alındı. Mediastinal lenfadenopati-lerinden alınan örneklerin sitolojik incelemesi ve immünohistokimyasal analizi küçük hücreli akciğer karsinoması (KHAK) ile uyumlu geldi. Hasta Tıbbi Onkoloji'ye yönlendirilerek tedavi programına alındı.

Tartışma-Sonuç: Malignite öyküsü olan hastalarda takipte gelişen lezyonlar varlığında metastazın dışında farklı primer tümör olasılığı da düşünülmelidir. Olgu, 3 farklı primer tümörün çok nadir görülmesi nedeni ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yassı Hücreli Kanser, Küçük Hücreli Akciğer Karsinoması, Hodgkin Lenfoma, Akciğer Kanseri



Poster Bildiri Oturumu 15: Torasik Onkoloji

PS-279 Omuz Ağrısından Akciğer Kanserine

Merve Çalış¹, Selvi Aşkar¹, Mesut Özgökçe², Fatma Sönmez², Kemal Yüce¹

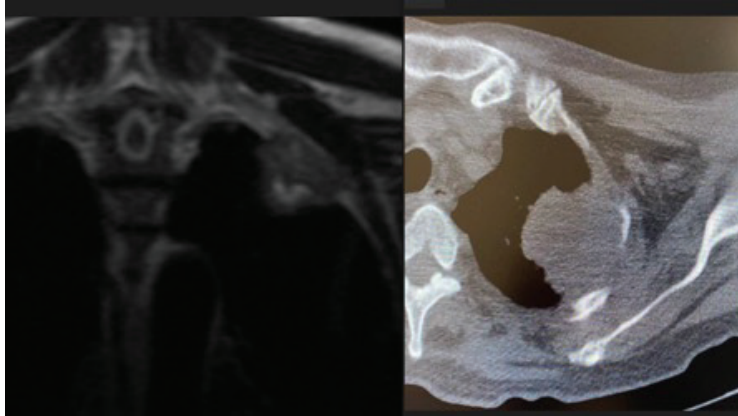
¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD

²Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Radyoloji AD

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri tüm dünyadaki ölüm nedenleri içerisinde erkeklerde ve kadınlarda ilk sırada yer almaktadır. Akciğer kanseri olan hastalar göğüs hastalıkları semptomları ile gelebilecekleri gibi tesadüfen çekilen radyolojik tetkikler ile de saptanabilirler. Travma sonrası ortopedi polikliniğine omuz ağrısı ile başvuran sonrasında akciğer kanseri tanısı alan olgunun sunulması planlandı.

Olgu: 67 yaşında erkek hasta omuz ağrısı şikayeti ile ortopedi polikliniğine başvurdu. Dört yıl önce düşme sonrası omuz travması olan hastanın şikayetinin o zamandan beri devam ettiği son zamanlarda arttığı öğrenildi. Omuz MR ve omuz BT görüntüleri alınan hastanın rotator cuff yırtığı saptandı. Ek olarak sol akciğer apekte periferik ve subplevral yerleşimli 6x5 cm ebatlı sol ikinci kostayı destrükte eden kitle lezyon izlendi. Göğüs hastalıkları polikliniğinde değerlendirilen hastanın 40 paket/yıl sigara hikayesi olduğu öğrenildi. Ek bir semptomu olmayan hastanın hemogram ve biyokimyasal değerleri normal olarak değerlendirildi. PET-CT 'de metastastik lezyonlar saptanan hastaya bronkoskopi yapıldı. Endobronşial lezyona rastlanmadı. Kitle lezyondan girişimsel radyoloji bölümü tarafından transtorasik biyopsi yapıldı. Sonuç skuamöz hücreli karsinom olarak geldi.

MR - BT



Tartışma-Sonuç: Özellikle akciğer üst kısımlarını tutan ve torasik girişi infiltrate eden tümörlerde invazyon gösterdiği spesifik yapıların özelliklerine göre çeşitli semptomlar bir arada bulunabilir. Pancoast tümörleri olarak adlandırılan bu tümörlerin C8 ve T1-2 sinir köklerine uyan dağılımdaki şiddetli ağrı ile birlikte horner sendromu görülebilir. Hastamızda horner sendromu saptanmamakla birlikte ağrıyı açıklayacak omuz patolojisinin olması tanı karmaşasına sebep olmuştur. Hasta 4 yıldır çeşitli defalar ortopedi polikliniğine başvurmasına rağmen akciğer kanseri tanısı metastastik evrede saptanmıştır. Ortopedi, fizik tedavi polikliniklerinde hastalara farklı bakış açıları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Omuz Ağrısı, Pancoast Tümörü, Skuamöz

PS-280 Akciğer Kanseri Evreleminin Önemi ve Tedaviye Etkisini Gösteren Bir Vaka; T1a Umduk, T3b mi Bulduk?

İrem Aras¹, Deniz Doğan Mülazimoğlu¹, Elif Berna Köksoy², Bülent Mustafa Yenigün³, Serhat Erol¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

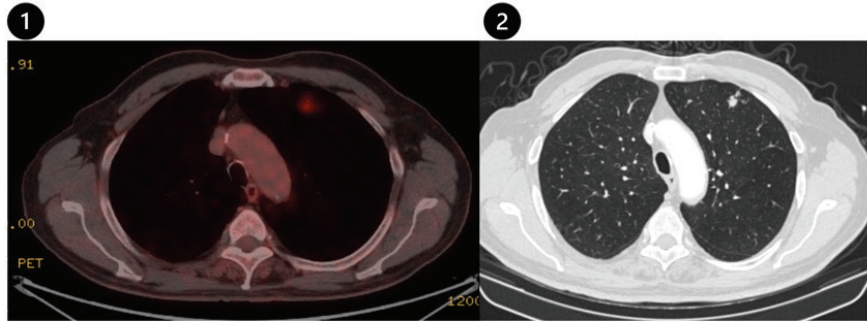
²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Dünyada kanser sebepli ölümlerin en sık nedeni akciğer kanseridir. Mortalitenin belirleyicisi çoğunlukla hücre tipi ve kanserin evresidir. Pozitron emisyon tomografisi (PET) ile belirlenen odaklardan biyopsi alındıktan sonra tedavi yöntemine ilişkin karar alınsa da cerrahi sonrası patoloji evrelemede altın standarttır.

Olgu: Bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tanısı ve 40 p-y sigara öyküsü olan 68 yaşında erkek hasta, takipte Ocak 2019'da tarama amaçlı çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (TBT) sol akciğer üst lob anterior segmentte düzensiz sınırdaki 6 mm nodül izlendi ve enfektif/malign süreçlerin ayırımı açısından hastaya 1 ay sonra tomografi kontrolü planlandı ama araya giren COVID-19 salgını sebebiyle hasta takibimizden çıktı. 2023 Eylül ayında tekrar kontrole gelen hastaya TBT çekildi ve sol akciğer üst lob anterior segmentte Ocak 2019 tarihli incelemeye göre belirgin boyut artışı gösteren lobüle sınırlı parankimal nodül (17*9mm) ve eşlik eden milimetrik satellit nodüller görüldü ve bu lezyonların tüberküloz ya da malign süreçlere ait olabileceği düşünülen hastaya PET-BT çekildi. Sol akciğer üst lob anteriorda yerleşimli nodüler lezyonda ve aortikopulmoner lenf nodlarında bölgesel metabolizma artışları (SUVmax:4.4) görülen hastaya Ekim 2023'te endobronşial ultrasonografi eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı, mediastinel ve hiler lenf nodlarından yapılan ince iğne aspirasyon biyopsi yaymaları ve hücre bloğu örneklemesinin patoloji sonucu malignite yönünden negatif olarak sonuçlandı. Ayrıca adi ve tüberküloz kültürü negatif olarak sonuçlandı. Böylece hasta T1aN0M0 olarak evrelendi ve cerrahi tedaviye karar verildi. Kasım 2023'te Göğüs Cerrahisi tarafından yapılan sol üst lobektominin patoloji sonucu 'Adenokanser, tümör büyüğü 13mm, küçüğü 3mm uzun çaplı iki odakta görülmüştür, perinöral, visseral invazyon ya da lenf nodu yayılımı izlenmemiştir.' şeklinde raporlandı. Böylece hastanın evreleminin T1a mı T3b mi olduğu sorusu gündeme geldi. Tıbbi Onkoloji, Radyoloji, Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi'nin ortak değerlendirmelerinde birbirlerine çok yakın izlenen bu odaklar tek bir tümoral yapının bilobe görüntüsü olarak değerlendirildi ve ek bir risk faktörü de olmayan hastaya adjuvan tedavi planlanmadı. Hasta yakın klinik ve radyolojik takibe alındı.

Kitlenin TBT ve PET BT'deki görüntüleri



1: kitlenin PET BT' deki görüntüsü
2: kitlenin Toraks BT' deki görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Akciğer kanserinde tedaviye evre baz alınarak karar verilir. Evre 1'de cerrahi rezeksiyon ile hastalığın kür olması sağlanabilirken evre 2 ve üzerinde adjuvan kemoterapi, immünoterapi gibi ek tedavi yöntemleri gündeme gelmektedir. Dolayısıyla malignitenin evreleminde ve tedavi planının çizilmesinde Göğüs Hastalıkları, Göğüs Cerrahisi, Onkoloji ve Radyoloji klinisyenlerinin, hastanın bireysel özelliklerinin ışığında multidisipliner yaklaşımla çalışması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Akciğer Kanseri Evreleme, Endobronşial Ultrasonografi, Adenokanser, T1a



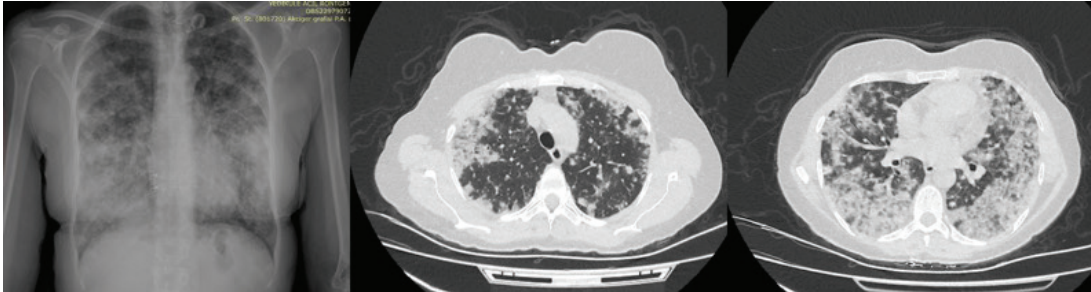
PS-281 Çölyak Hastasında İnterstistiyel Akciğer Hastalığını Taklit Eden Lepidik Adenokarsinom

Gülçehre Oğuztürk¹, Deniz Çağın İşler¹, Ekrem Cengiz Seyhan¹

¹SBÜ Yedekule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları AD

Giriş-Amaç: Bronkoalveolar karsinom yaygın pulmoner infiltrasyonlara neden olarak radyolojik olarak interstistiyel akciğer hastalığını ya da enfeksiyöz patolojileri taklit edebilir. Antibiyotik ve steroid tedavisiyle gerileme olmadığında akla lepidik yayımlı adenokarsinom gelebilir. Burada interstistiyel akciğer hastalığını taklit eden bir lepidik adenokarsinom vakası anlatılmıştır.

Olgu: 45 yaşında bilinen çölyak hastalığı olan (glutensiz diyet uygulayan) kadın hasta 1 yıldır devam eden fakat son 1 ayda şiddetlenen nefes darlığı ve öksürük şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Oda havası parmak ucu satürasyon değeri %92; nabızı 75 atım/dk, tansiyon 110/70 mmHg idi. Fizik muayenesinde her iki akciğerde inspiyum sonu ince raller mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral perihiler opasite artışları (yarasa kanadı görüntüsü) izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde sadece laktat dehidrojenaz (LDH) 237 U/L ve lenfosit 420 U/L olarak normal dışı idi. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) akciğer parankimini diffüz olarak etkileyen ve alt lob bazal segmentleri neredeyse tamamen tutan yaygın buzlu cam alanları görüldü. Vaskülit belirteçleri normal sınırlarda geldi. Yapılan bronkoalveolar lavaj (BAL) işlemi sonucu; alveolar makrofajlar %75 lenfositler %15 polimorf nüveli lenfositler %10 oranlarında raporlandı. Nonsepsifik lavaj, mantar ve mikobakteri kültürlerinde bir üreme saptanmadı. . Pozitron emisyon tomografisi (PET-CT) sonucu "Her iki akciğerde retikülonodüler tarzda yer yer bazal kesitlerde birbiri ile birleşme eğiliminde ve konsolide görünümde minimal FDG tutulumu saptanan yaygın infiltrasyon alanları görülmüş olup enfeksiyöz/enflamatuvar süreçler lehine değerlendirilmiştir." olarak raporlandı. Hastaya rijid bronkoskopi altında sağ alt lob lateral posterior segmentten kriyo transbronşiyal biyopsi (TBB) yapıldı; patoloji sonucu lepidik adenokarsinom olarak raporlandı. Hasta tedavisi için onkolojiye yönlendirildi, kemoterapi başlandı.



Resim 1 Akciğer parankimini diffüz olarak etkileyen, alt lob bazal segmentleri neredeyse tamamen tutan, yaygın konsolidasyon alanları

Tartışma-Sonuç: Çölyak hastalarında az sayıda da olsa yaygın pulmoner nodüller, interstistiyel fibrozis ve alveolit şeklinde gösterilmiştir ancak doğrudan bir bağlantı bulunamamıştır, malignite riskinin ise normal popülasyona göre arttığı gösterilmiştir. Bronkoalveolar karsinom radyolojik olarak soliter periferik nodül (SPN), multifokal hastalık veya hızlı yayılabilen pnömonik form olarak ortaya çıkabilen bir adenokarsinom alt tipidir. Genellikle lepidik büyüme paterni olarak adlandırılan alveolar septa boyunca intakt şekilde vasküler bir tutulum olmadan yayılır. Asemptomatik olabileceği gibi öksürük ve nefes darlığı gibi semptomlar da gösterebilir. Tedavide hastalık evresine göre cerrahi ya da kemoterapi uygulanır. Hastamızda da görüldüğü üzere bronkoalveolar adenokarsinom, interstisyel akciğer hastalığı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Lepidik Adenokarsinom, İnterstistiyel Akciğer Hastalığı, Çölyak Hastalığı, Bronkoalveolar Karsinom

PS-282 Pulmoner Tromboemboli Kliniğiyle Başvuran Kardiak Fibroma: Nadir Bir Olgu

Esra Kada¹, Hadice Seimoğlu Şen¹, Veysi TEKİN¹, Mehmet Karaçalılar², Nurhayat İnci²

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

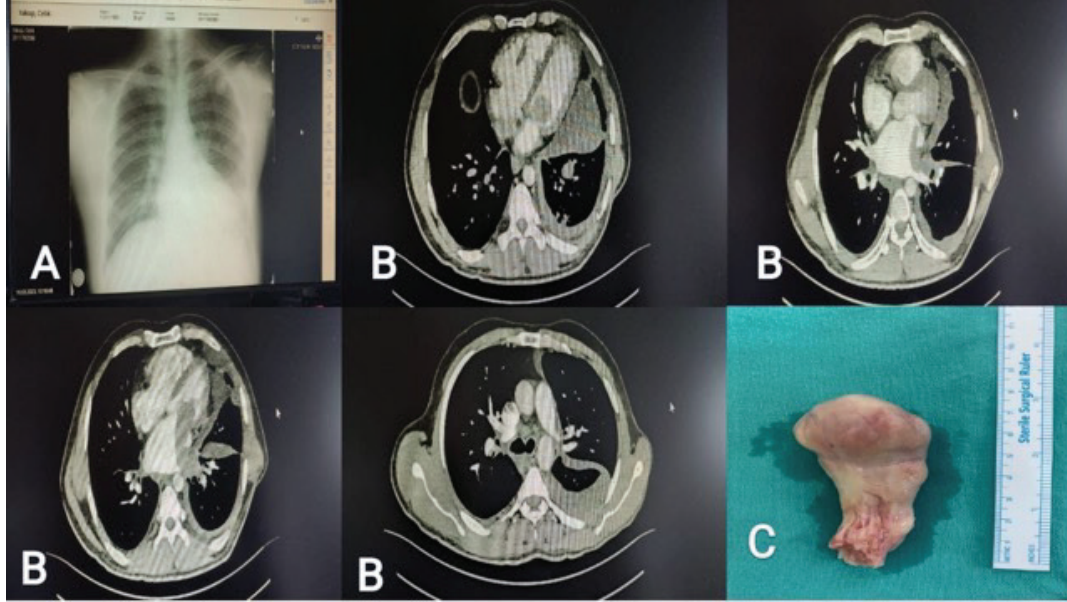
²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi AD, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Pulmoner tromboembolizm (PE), akut ölüme neden olan kardiyovasküler hastalıklar içinde koroner arter hastalığı ve inmeden sonra üçüncü sırada yer alır. Pulmoner tromboembolide tanıya giden yol, klinik kuşku ile başlar. Bunun için başlangıçtaki semptom ve bulguların yanında risk faktörlerinin varlığı dikkate alınmalıdır. Özellikle ani gelişen nefes darlığı, göğüs ağrısı ve taşikardi ile başvuran ve bu durumu başka bir hastalık ile açıklanamayan hastalarda PE'den kuşkulandırılmalıdır. Klinik tablo nonspesifiktir ve asemptomatik bir tablodan, senkop ve ani ölüme kadar uzanan geniş bir yelpaze içinde yer alabilir. PE'nin ayırıcı tanısında pnömoni, pnömotoraks gibi akciğer patolojilerinin yanısıra, miyokard infarktüsü, kardiyomyopati, perikardit, aort diseksiyonu gibi kardiyak patolojiler de mevcuttur. Kardiak fibroma, son yarım yüzyılda yalnızca birkaç yüz vakanın bildirildiği, nadir görülen, bağ dokusu ve fibroblastlardan oluşan iyi huylu bir primer tümördür. Tümör ağırlıklı olarak pediatrik popülasyonda bulunur ve yetişkin popülasyonda oldukça nadirdir. Büyük ölçüde tümörün boyutuna ve konumuna bağlı olarak hastalar, uzun süre asemptomatik kalabileceği gibi, öksürük, dispne, aritmiler, kalp yetmezliği bulguları veya ani ölüm ile ortaya çıkabilir.

Olgu: 38 yaşında erkek hasta bir haftadır başlayan ve giderek artan nefes darlığı şikayeti ile dış merkeze başvurmuştu. Evde senkop da geçiren hasta PE ön tanısı ile acil servisimize sevk edilmişti. Hasta 7 yıl önce sol deltoid kasında monofazik sinovial sarkom tanısı sonrası opere olmuştu ve remisyonda olgu olarak onkoloji kliniğinde takipli idi. Fizik muayenede oskültasyonda sol alt alanda solunum seslerinde azalma mevcuttu. Oda havasında oksijen saturasyonu %95, Nabız :137/ dakika idi. Akciğer grafisinde sol kostofrenik sinüs kapalı idi (Resim 1A). Wells klinik skorlamasında yüksek olasılıklı PE olarak değerlendirildi. Laboratuvarında; D-Dimer: 8000 µg/L (n: 0-500) olarak yüksek ölçüldü. PE ön tanısı ile bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi (BTPA) ile görüntüleme yapıldı. BTPA; pulmoner arterlerde dolum defekti saptanmadı. Sol inferior pulmoner ven içerisinden sol atriuma ve sol ventrikül içerisine uzanım gösteren distalde daha heterojen iç yapıda atrium ve ventrikül içerisine ve sol akciğer alt lobda kitlesel görünüme neden olmuş tümör trombusu lehine dolum defektleri izlendi (Resim 1B). Sol akciğer apekte 2.5 cm çaplı ve sol akciğer alt lob laterobazal segmentte kalsifik birleşenleri bulunan 34x25 mm boyutlu kitle lezyonu izlendi (metastaz ?) şeklinde raporlandı. Transtorasik ekokardiografide; sol atrium normalden geniş, mitral kapak üzerinden ileri darlığa yol açan 3*3.9 cm'lik kitle izlendi. Hasta miksoma ön tanısıyla kardiyovasküler cerrahi tarafından operasyona alındı. Sol atriumdan sol ventriküle uzanım gösteren kitle eksize edildi (Resim 1C). Kitle patoloji raporu; kardiak fibroma olarak sonuçlandı. Sol akciğer alt lobdaki kitleden biyopsi yapıldı, biyopsi sonucu; sinoviyal sarkom metastazi ile uyumlu olarak sonuçlandı.



Resim 1



Akciğer grafisi (A), Bilgisayarlı tomografi (B) görüntüleri ve kardiyak cerrahi rezeksiyon materyali (C)

Tartışma-Sonuç: Senkop, PE'nin nadir görülen ama önemli bir bulgusudur ve senkoplu olgularda hemodinamik instabilite ve sağ ventrikül disfonksiyonu prevalansı yüksektir. Nefes darlığı, göğüs ağrısı, senkop şikayetleriyle başvuran olgularda, ayırıcı tanıda hem pulmoner hem kardiyak nedenler düşünülmelidir. Solunumsal semptomları olan olgularda toraks bilgisayarlı tomografisinde, toraks boşluğundaki tüm konfigürasyonların dikkatle değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Semptomatik olan kalp tümörleri cerrahi rezeksiyonla tedavi edilir. Cerrahi rezeksiyonun mümkün olmadığı durumlarda kalp nakli gerekir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyak Fibrom, Pulmoner Emboli, Senkop

PS-283 Akciğer Kanseri Üç Hastada Nivolumab Tedavisine Bağlı Pulmoner Toksikite: Olgu Serisi

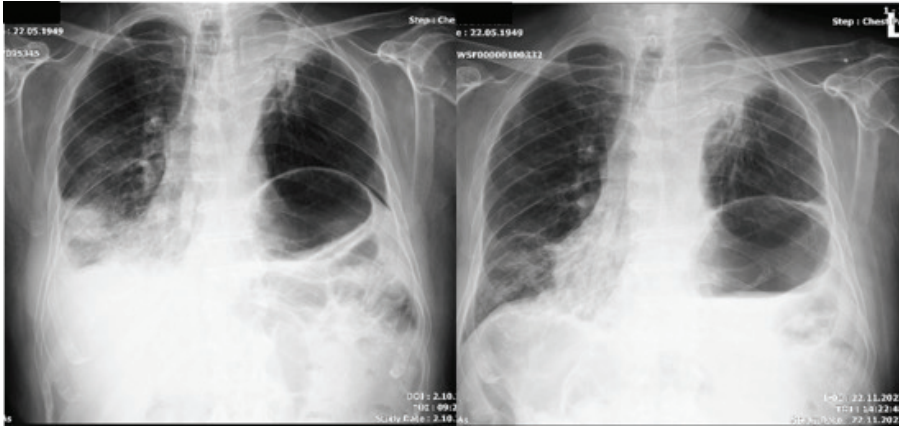
Nilüfer Doruk¹, Gözde Mit¹, Mursel İsgandarov¹, Aslıhan Gürün Kaya¹, Aydın Çiledağ¹, Akın Kaya¹

¹Ankara Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Nivolumab gibi immün checkpoint inhibitörleri kanser tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Melanom, üroepitelyal kanser ve çeşitli solid tümörlerde olduğu gibi akciğer kanserlerinde de kullanılmaktadır. Bu ilaçlar tümöre karşı immün yanıtı artırırken pnömonit gibi yan etkilere de neden olabilmektedir. İlaçla ilişkili pnömonit görülme sıklığı düşük olmakla birlikte, immünoterapinin gecikmesi, kesilmesi veya ciddi olgularda mortalite gibi önemli sorunlara yol açabilmektedir. Bu olgu serisinde kliniğimizde takip edilen nivolumaba bağlı pulmoner toksisite (pnömonit) gelişen üç hasta sunulmaktadır.

Olgu: Birinci olgu; 74 yaşında erkek hasta 4 yıl önce akciğer adenokanser tanısı konularak kemoterapi (KT) ve radyoterapi (RT) uygulanmış. Takipte, progresyon nedeni ile 16 kür nivolumab uygulanmış. İkinci olgu; 59 yaşında erkek hasta 1 yıl önce skuamöz hücreli akciğer kanseri tanısı konulmuş. 6 kür KT'ye karşın progresyon görülmesi nedeni ile 10 kür nivolumab uygulanmış. Üçüncü olgu; 68 yaşında erkek hasta, 2 yıl önce akciğer adenokanser tanısı konulmuş ve KT ve RT uygulanmış, takip sürecinde gelişen lezyonlar nedeni ile 3 kür nivolumab verilmiş. Olgulara uygulanan son nivolumab dozundan sırasıyla 2 hafta, 1 ay ve 3 hafta sonra yeni gelişimli nefes darlığı ve öksürük şikayetleri başlamış. Akciğer grafilerinde yeni gelişimli opasite alanları ve toraks bilgisayarlı tomografilerinde (BT) buzlu cam, konsolidasyon alanları izlenen hastalarda, CRP değerleri yüksek ve lökosit seviyeleri normal olarak saptandı. Ayrıntılı mikrobiyolojik incelemede 3 olguda da herhangi bir etken saptanmadı. Hastalara destek tedavilerine ek olarak geniş spektrumlu antimikrobiyal tedavi uygulandı. Ancak takipte klinik ve radyolojik progresyon saptanması üzerine pnömonitis düşünülerek kortikosteroid tedavisi başlandı. Steroid tedavisi sonrasında klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak iyileşme izlenen hastalar takibe alındı.

Steroid Tedavisi Öncesi ve Sonrası



Birinci olgudaki hastanın başvurusundaki ve kortikosteroid tedavisinden sonra çekilen akciğer grafileri

Tartışma-Sonuç: Nivolumab ve diğer immün checkpoint inhibitörleri kullanılan, radyolojik olarak yeni gelişimli infiltrasyon saptanan, antimikrobiyal tedaviler ile yanıt alınamayan ve uyumlu radyolojik bulgular izlenen hastalarda, ilaca bağlı pulmoner toksisite akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nivolumab, Pulmoner Toksikite, Pnömonit, İlaça Bağlı Akciğer Hastalığı



PS-284 Sklerozan Pnömositoma ve Karsinoid Tümörden Oluşan Miks Tümör: Nadir Bir Olgu

İslam Aktürk¹, Saliha Yılmaz¹, Şebnem Dursun¹, Seher Yüksel², Bülent M. Yenigün¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Sklerozan pnömositoma (SP), solunum epitelinden köken alan benign akciğer tümörüdür. SP tüm akciğer tümörlerinin yaklaşık % 0.2 ila %1'ini oluşturan nadir bir tümördür. Karsinoid tümör, bronş epitelinden köken alan akciğerin primer nöroendokrin tümörlerinden birisidir. Tüm akciğer karsinomlarının %1-2 sini oluşturur ve erken yaşlarda görülür. İki tümör dokusunun aynı lezyonda izlenmesine sık olmasa da literatürde rastlanırken SP ve tipik karsinoid (TK) tümörün aynı lezyonda izlenmesi son derece nadir olup bu çalışmada bir örneğinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Şubat 2023 tarihinde enfektif semptomlar nedeni ile tetkik edilen 73 yaş kadın hastanın çekilen akciğer grafisinde (şekil 1) sağ akciğer üst zonda düzgün sınırlı lezyon saptanmış olup çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (TH BT) sağ akciğer üst lob anterior segment medialinde 15 mm ve aynı segmentte subplevral alanda 10 mm çapında lezyonlar saptanmıştır. (şekil 2) Takiben çekilen 18- Florodeoksiglukoz PET-BT'de anterior segment medialindeki lezyonda 5, sağ hiler lenf nodunda 3,9 tutulum saptanmış olup subplevral lezyonda tutulum saptanmamıştır. (şekil 3) Hastaya subkarinal lenf nodundan transbronşiyal ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılmış olup malignite lehine negatif raporlanmıştır. Tarafımıza başvuran hastaya Kasım 2023 tarihinde çekilen TH BT'de lezyonlar benzer izlendi. Hasta multidisipliner konseyde değerlendirildi ve cerrahi kararı alındı. Hastaya sağ mini torakotomi ile girişim uygulandı. Subplevral lezyona enükleasyon uygulandı, medial lezyondan biyopsi alındı. Frozen patoloji nöroendokrin tümör olarak raporlanması üzerine hastaya sağ üst lobektomi uygulandı ve mediastinal lenf nodları eksize edildi. Nihali patoloji sonucu subplevral lezyon hamartom lehine raporlanırken medial yerleşimli lezyon %20-25 oranında TK ve %75-80 oranında sklerozan pnömositoma olarak raporlandı. Postoperatif adjuvan tedavi almayan hasta postoperatif 2. ayında takip edilmekte.

Şekil 1



Lezyonun akciğer grafisinde, TH BT'de ve PET-BT'deki görüntüsü (PET BT'de sadece lezyonun inferiorunda FDG tutulumu mevcuttur.)

Tartışma-Sonuç: Tipik bir SP papiller, sklerotik, solid ve hemorajik olmak üzere 4 farklı yapıda olabilir. Çoklu bileşimi nedeni ile preoperatif örneklemelerde ve ya intraoperatif prozen patoloji kesitlerinde yanlış teşhis edilebilmekte, diğer tümörler ile bileştiğinde ise tanı daha da karmaşık hale gelmektedir. Geçmiş yıllarda benign bir tümör olarak düşünülen SP'nin güncel literatürde nüks, mediastinal lenf nodu metastazları ve uzak organ metastazı gibi vaka örnekleri mevcut olup malign potansiyeli belirsizdir. Tüm bu vaka örneklerine rağmen iyi prognozludur. Cerrahi rezeksiyon küratif yaklaşımdır ancak rezeksiyonun kapsamı konusunda fikir birliği yoktur. Akciğerin nöroendokrin tümörleri arasında en düşük mitoz ve nekroz oranına sahip tümör TK'dir. Tedavisinde anatomik rezeksiyon daha kabul görmüştür. Mediastinal lenf doku diseksiyonu nüks ve sağkalım açısından avantaj sağlamaktadır. TK'de lenf nodu metastazı olsa dahi %90 gibi 2 ve 5 yıllık sağkalım oranları mevcuttur. İki nadir görülen tümörün tek bir lezyonda saptanmasına literatürde oldukça ender rastlanmaktadır. Şu anda literatürde yalnızca 9 karsinoid tümör ile SP'den oluşan miks tümör vakasına ulaşılmıştır. (tablo 1) Sunulan vakada bu tümöre aynı lobda hamartom eşlik etmektedir. Aynı lezyonda 2 farklı patolojinin birlikte olması şu hipotezlerle açıklanabilir;(1) Aynı anda ve yan yana tesadüfen meydana gelen iki primer akciğer tümörü olabilir.(2) Bir çarpışma tümörü olabilir. Potansiyel olarak farklı hücreleri oluşturabilecek bir kök hücrelerden kaynaklanabilir. Bu durumun en bilinen örneği adenoskuamöz karsinomdur.(3) SP mikroçevrede değişikliklere neden olarak pulmoner nöroendokrin hücrelerin çoğalmasını teşvik edebilir. Her iki tümörün de küratif tedavisinde cerrahi rezeksiyon önerilmektedir ve her ne kadar iyi prognoza sahip olsalar da nüks açısından takibi yapılmalıdır.



Tablo1

	Yıl	Yazarlar	Yaş/ Cinsi- yet	Lezyon Sayısı	Lokalizasyon	Boyut (mm)	Tedavi
1	2009	Shi ve ark.	41 / E	Tek	Sağ alt lob	20	Lobektomi
2	2013	Kim ve ark.	52 / E	Multiple	Sağ alt ve orta lob	5-26	Lobektomi
3	2014	Whang Y. ve ark.	50 / K	Multiple	Orta lob	3-22	Lobektomi
4	2017	Cho ve ark.	62 / E	Tek	Sol alt lob	13	Lobektomi ve wedge rezeksiyon
5	2019	Whang Z. ve ark.	55 / K	Tek	Orta lob	16	Lobektomi
6	2020	Cai ve ark.	52 / K	Tek	Orta lob	13	Wedge rez.
7	2021	Mayer ve ark.	57 / K	Tek lezyon + plevrada TK metastazları	Sol alt lob + plevra	26	Lobektomi + parsiyal de-kortikasyon + diafram rez.
8	2022	Mlika ve ark.	52 / K	Tek	Sol alt lob	24	Lobektomi
9	2023	*Sunulan olgu	73 / K	Tek	Sağ üst lob	15	Lobektomi

Literatürdeki yayımlanmış olan SP ve TK'yı içeren miks tümör olguları

Anahtar Kelimeler: Sklerozan Pnömositoma, Karsinoid Tümör, Miks Tümörler, Tipik Karsinoid

PS-285 Radyoterapi Sonrası Akciğerde İki tarafta da Gelişen Radyasyon Fibrozisi Olgusu

Özlem Oruç¹, Ahmet Fatih Oruç², İpek Erdem¹, Muhsin Umut Okay¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²İstanbul Onkoloji Hastanesi

Giriş-Amaç: Radyoterapiye bağlı sıklıkla ışınlanan portta radyasyon pnömonisi ve radyasyon fibrozisi gözlenebilmektedir. Bizim olgumuzda radyoterapi sonrasında karşı akciğerde radyasyon fibrozisi izlenmektedir. Bu konuda çok fazla literatür bulunmamaktadır. Bu nedenle nadir görülen bu olgumuzu sizinle paylaşıyoruz.

Olgu: 76 yaş erkek hasta kliniğimize göğüs ağrısı, öksürük, balgam şikayeti ile başvurdu. DM, HT, KBY, KOAH tanıları olan hastanın anamnezinde başvuru öncesi 14 saat yolculuk yaptığı, sonrasında banyoda senkop geçirdiği, yalnız kaldığı için bir süre hareketsiz kaldığı ve sonrasında hastaneye başvurduğu öğrenildi. Başvuru sırasında üre, kreatininin değerlerinin yüksek olması nedeni ile BT anjio çekilemedi, ventilasyon perfüzyon sintigrafisinde bilateral üst loblarda yaygın perfüzyon defektleri izlendi, hastaya emboli tedavisi başlandı. Kontrastsız Toraks Bt'de sağ üst lob posteriorunda 4.5x3.2 cm lobüle kontürlü kitle saptandı, bronkoskopisinde endobronşial lezyon görülmüdü. PET CT' sinde aynı bölgenin tutulum yaptığı izlendi. Cerrahi Konseye danışılan hastanın SFT değerlerinin düşük olması, genel durumu ve ek hastalıkları nedeni ile tanı ve tedavi için cerrahi işlem düşünülmedi. Hasta; Girişimsel Radyoloji tarafından da değerlendirildi, biyopsi açısından uygun görülmüdü ve hastaya tanı konamadı. Klinik ve radyolojik olarak akciğer kanseri olarak kabul edilen hasta, radyoterapi açısından değerlendirildi ve radyoterapi açısından uygun bulunarak hastaya eylül ayında 3 fraksiyonda sağ akciğere 60Gy Sterotaktik Vücut Radyoterapisi (SBRT) uygulandı. Radyoterapinin 4. Haftasında öksürük, göğüs ağrısı gelişti. Enfeksiyon parametreleri ve fizik muayenesi normal olan ve şikayetleri çok fazla olmayan hasta takibe alındı. 3. Ay kontrollerinde kitlenin hemen hemen tamamen yok olduğu ancak sağ akciğer alt lob medial ve üst lob posterior segmentte periferik yerleşimli dansite artışları ve fibrotik çekintiler izlendi. Ayrıca ışınlanmayan sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte periferik yerleşimli dansite artışları ve fibrotik görünüm saptandı.

Tartışma-Sonuç: Olgu Radyoterapiye bağlı Radyasyon fibrozisi olarak değerlendirildi. Akut radyasyon pnömonisinin neden olduğu semptomlar genellikle ışınlamayı takiben yaklaşık 4 ila 12 hafta sonra gelişirken, geç veya fibrotik radyasyon pnömonisi semptomları 6 ila 12 ay sonra gelişir. Bizim olgumuzda ise bu süreçlerin daha hızlı olduğunu saptadık, muhtemelen radyoterapi tekniğine göre süreç değişmektedir. Geleneksel radyasyon tedavisine kıyasla SBRT ile tedavi edilen daha az hastada (yüzde 5 ila 15) klinik olarak anlamlı radyasyon pnömonisi gelişir. Konsolidasyon alanı tipik olarak radyasyon portuna karşılık gelir, ancak konformal ve stereotaktik tedavi stratejileri klasik "düz hat" radyografik bulgusunu vermez. Literatürde ışınlama portunun dışında ve hatta karşı akciğerde radyasyon pnömonisine atfedilen nadir vakalar bildirilmiştir. Patogeneizde radyasyon saçılımı, lenfatik tıkanıklık veya immünolojik (aşırı duyarlılık benzeri) mekanizmalar olabilir. Nadir de olsa ışınlanan alan dışında hatta karşı akciğerde radyasyon pnömonisi ve radyasyon fibrozisi olabileceğini bilmek ve erken tanı koymak hem hastanın tanı ve tedavisine katkı sağlar hem de gereksiz invaziv işlemlerden korur. Akciğer kanseri radyoterapisinde uygulanan yeni radyoterapi tedavi teknikleri ile radyasyon pnömonisi ve fibrozisi gelişim süreleri ve port dışına yayılım sıklığı için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Radyoterapi Sonrası 3. Ayda Çekilen Toraks BT Kesiti



Anahtar Kelimeler: Radyasyon Fibrozisi, Radyoterapi, Akciğer Kanseri, Radyasyon Pnömonisi



PS-286 Psammamatöz Kalsifikasyonlu Pulmoner Adenokarsinomun İlginç EBUS Görüntüsü

Zeynab Jafarova¹, Nilüfer Doruk¹, Koray Ceyhan², Aydın Çiledağ¹, Gökhan Çelik¹, Akın Kaya¹

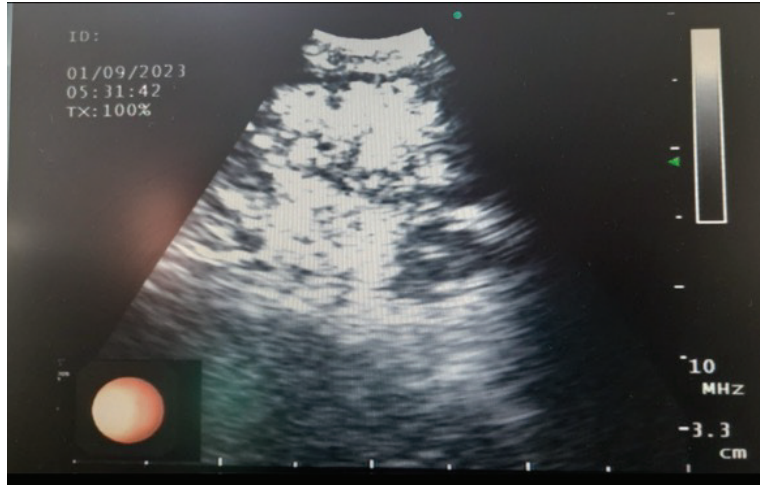
¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sitopatoloji Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri dünya genelinde en sık kanser ölüm nedenidir. Adenokarsinom, akciğer kanserinin sık histolojik alt tiplerinden olmasına rağmen, psammamatöz kalsifikasyon varlığı nadir olup, tüm adenokarsinomların yaklaşık %5' de görülebilmektedir.

Olgu: Geçirilmiş serebrovasküler hastalık, DM, HT, atriyal fibrilasyon ve 15 yıl önce kolon karsinomu nedeni ile operasyon öyküsü olan, 75 yaş kadın hasta 3 aydır olan nefes darlığı, öksürük ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. Toraks BT 'de sol alt lobda uzun boyutu 3.5 cm ölçülen lobüle konturlu kenarları kalsifiye nodül ve mediastinal lenfadenopatiler saptanan hastaya dış merkezde bronkoskopi yapılmış. Endobronşiyal lezyon saptanmayan hastadan alınan bronkoskopik örnekler ile tanı konulamamış. PET-BT 'de sol alt lobdaki nodülde ve mediastinal lenf nodlarında patolojik tutulum saptanmış. Hastanın sigara öyküsü yoktu. Hastaya tarafımızca EBUS yapıldı. EBUS sırasında, lenf nodlarında yoğun kalsifikasyon izlendi ve bronş lavajı ile 4R,7,10R,11L nolu lenf nodu istasyonlarından TBNA alındı. Sitolojik inceleme adenokarsinom saptandı ve immünohistokimyasal incelemeler sonucunda pulmoner adenokarsinom olarak değerlendirildi. Hasta Tıbbi Onkoloji bölümüne yönlendirilerek tedavi programına alındı

Psammamatöz Kalsifikasyonlu Pulmoner Adenokarsinomun EBUS Görüntüsü



Tartışma-Sonuç: Olgu, pulmoner adenokarsinomlarda psammamatöz kalsifikasyonun çok nadir görülmesi ve EBUS sırasındaki ilginç görünümü nedeni ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Psammamatöz Kalsifikasyon, Pulmoner Adenokarsinom, EBUS Görüntüsü

PS-287 Metastaz Düşünülen Olguda, Sürpriz 2. Primer Kanser Olgu

Mariam Arafa¹, Mahmoud Koulou¹, Temmuz Baran Şencan¹, Ahmed Yossouf¹, Ayten Güner Akbıyık¹, Tahir Şevval Eren¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Duktal invaziv meme kanseri: En sık görülen meme kanseri türüdür. Her 100 meme kanseri tanısında %70-80 oranında görülmektedir. Süt kanallarının (duktusların) zarındaki hücrelerde oluşmaya başlayarak çevresindeki meme dokusuna yayılım gösteren kanserdir. duktal karsinomun sıklıkla karaciğer, akciğer ve beyine metastaz yaptığı raporlanmıştır. (1-2) Nöroendokrin tümörler (NET), en sık akciğer ve gastrointestinal sistem olmak üzere tüm vücutta görülebilen heterojen bir grup nadir tümörlerdir . Akciğer karsinomlarının %20'sini oluştururlar (3) KARSİNOİD TÜMÖR Akciğer nöroendokrin sistemin matür hücrelerinden kaynaklanan, malign tümörlerdir, tüm akciğer kanserlerinin %1-2'sini, nadir tümörlerdir .(4). opere sol mastektomi 65 yaş kadın hasta , çekilen TORAKS CT de sol akciğerde 1.6cm saptanan lezyonun araştırılması sunmayı planladık .

Olgu: 65 yaşındaki, HT, DM, 30paket/yıl sigara öyküsü olan kadın hasta 3 ay önce sol mastektomi operasyonu olan, duktal invaziv karsinom T1 N0 Mx tanısı olan hastanın onkoloji kliniği tarafından adjuvan radyoterapi ve letrozol tedavisi planlandı. Hastanın çekilen kontrol TORAKS CT: SOL AKCİĞERDE 1.6 CM NODÜL saptandı. Göğüs cerrahi kliniği tarafından video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) operasyonu uygulandı. Sol nodulu wedge rezeksiyonu edildi.

TORAKS CT



AKCİĞER SOL ÜST LOB 16 MM NODUL

Tartışma-Sonuç: Sol meme duktal invazif tümörü olan hastanın sol akciğer nodulu metastaz şüphesi ile ameliyat edildi. Hastanın sol akciğer nodül ikinci primer tümör olarak patolojik tanısı: Nöroendokrin, Karsinoid Tümör ile uyumlu geldi.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Nodul, Metastatik Akciğer Nodul, 2. Primer Akciğer Kanser, Akciğer Karsinoid Tümör



PS-288 Nadir Görülen Endobronşiyal Metastaz Olgusu

Meliha Hastekkeşin¹, Nur Aleyna Yetkin¹, Burcu Baran¹, Nuri Tutar¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Endobronşiyal metastazlar nadir görülmekle birlikte en sık endobronşiyal metastaz yapan ekstratorasik maligniteler; meme kanseri, renal hücreli karsinom ve kolorektal kanserlerdir (1). Akciğer, hepatoselüler kanserin (HCC) en sık metastaz yaptığı organdır (2). Ancak hepatoselüler kanser endobronşiyal metastazı oldukça nadir bir durumdur ve sadece birkaç vaka bildirilmiştir (1). Nadir görülmesine rağmen hızla tanı ve tedavi gerektiren klinik bir durumdur. Klinik ve radyolojik olarak primer bronkojenik karsinoma benzer olarak prezente olur (3). Hastalarda hemoptizi, öksürük sıklıkla görülen solunum semptomlarıdır (4).

Olgu: Çiftçilik ile uğraşan 54 yaşında erkek hastanın, 2015 yılında tanı aldığı Hepatit B virüs enfeksiyonuna sekonder hepatoselüler karsinom nedeniyle 2019 yılında karaciğer nakli gerçekleştirilmiş. Bir aydır artan nefes darlığı şikayeti ile çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde sol akciğer alt lob süperior segmentte spiküle kenarlı kitle lezyonu izlenmesi üzerine akciğer kanseri şüphesiyle göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirilmiş. Sistem sorgusunda nefes darlığı, öksürük, terleme, iştahsızlık ve istemsiz kilo kaybı olduğu öğrenildi. Kullandığı ilaçlar arasında entekavir, takrolimus, ursodeoksikolik asit bulunuyordu. Fizik muayenede hasta kaşektik görünümde ve vital bulgularından parmak saturasyonu %75'e düşmüş, nabız 112/dk solunum sayısı 18/dk kan basıncı 120/70 mmHG iken sol akciğerde solunum sesleri azalmıştı ele gelen lenf nodu yoktu. Laboratuvar testlerinde beyaz küre sayısı (WBC) 10,74 10³/µL; hemoglobin(Hb) 12,1 g/dL; platelet (PLT) 399 10³/µL; hematokrit(HCT) %34,3; nötrofil sayısı (NEU) 6,57 10³/µL; aktive parsiyel tromboplastin zamanı(aPTT) 30,5 sn; protrombin zamanı(PT) 11,2 sn; serum C-reaktif protein(CRP) 32 mg/L; glukoz 115 mg/dL; aspartat aminotransferaz (AST) 16,9 u/L; alanin aminotransferaz(ALT) 4 u/L idi. Postero-anterior akciğer grafisinde sol orta zonda bulunan sınırları net seçilemeyen 67x56 mm boyutunda lezyon (Resim 1) izlenmesi, hastanın 35 paket-yıl sigara öyküsü olması üzerine malignite ön tanısı ile PET-CT ve fiberoptik bronkoskopi (FOB) ile ileri inceleme planlandı. FOB ile değerlendirilen hastada sol akciğer alt lob süperior girişinde hiperemik endobronşiyal lezyon izlendi(Resim 2), lezyondan 8 adet bronşiyal biyopsi alındı ancak bu işlem sonucunda patolojik tanı gelmemesi üzerine işlem tekrarlanarak 9 adet bronşiyal biyopsi alındı. Hasta patoloji sonucu çıkmadan önce ağrı nedeniyle polikliniğimize başvurdu, non-steroid anti-inflamatuvarlara cevap vermeyen ağrıları olması nedeniyle narkotik analjezik reçete edildi. Patoloji sonucu bir hafta sonra çıkan hastanın bronkoalveolar lavaj sitolojisi Class 4 olarak raporlanırken alınan biyopsi sonucu hepatoselüler karsinom metastazı olarak raporlandı. Alınan lavaj kültürlerinde üreme olmayan hasta evre 4 metastatik kanser olarak değerlendirilen kemoterapi planı için hasta medikal onkolojiye yönlendirildi.

Bronkoskopi Görüntüsü



Sol akciğer alt lob süperior girişinde izlenen endobronşiyal lezyon

Tartışma-Sonuç: HCC, kronik karaciğer hastalığına sekonder ortaya çıkan sıklıkla malign bir tümördür sıklıkla akciğer metastaz yapmasına rağmen endobronşiyal metastaz ile yayınlanan olgu sayısı yaklaşık 10 vakadır (2,5). Kırıy ve arkadaşları HCC endobronşiyal akciğer metastazlarını 4 tipe ayırmış; tip 1 yalnızca bronşiyal metastaz, tip 2 bronşiyal metastaz ile parankim tutulumu, tip 3 mediastinal-hiler lenf nodu tutulumu ile endobronşiyal metastaz ve tip 4 ise proksimal bronştan itibaren yaygın tutulum şeklinde tanımlanmışlardır (6). Bu tanımlamaya göre en sık görülen ve prognozu en kötü seyreden dördüncü tiptir (6). Hastamızda alfa fetoprotein(AFP) negatif ve PET-CT' de karaciğer tutulumu yokken akciğer metastazı olması daha önce bildirilmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Endobronşiyal Metastaz, Hepatoselüler Kanser

PS-289 Nadir Bir Vaka: Soliter Ekstrapulmoner Plazmositom ile Prezente Olan Multipl Myelom Olgusu

Ümran Toru Erbay¹, Şebnem Emine Parspur¹, Beyza Tas¹, Can Özlü², Aysun Gönderen², Mehmet Korkmaz³

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Anabilim Dalı

³Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Plasmasitoma, sistemik bir plazma hücre hastalığı olmaksızın, plazma hücrelerinin sınırlı neoplastik proliferasyonu olarak tanımlanır. Ancak multipl myelom (MM) istisnadır. Organ ve doku kitleleri şeklinde gelişebilir ve extramedüller plasmasitom (EMP) adını alır. Tüm plazma hücre neoplazilerinin %3'ünü oluşturan EMP'ler sıklıkla baş-boyun bölgesi ve özellikle üst solunum yollarında yerleşmektedir. Ancak yaklaşık %5 olguda akciğerde primer pulmoner plasmasitoma rastlanabileceği veya nadiren ekstrapulmoner şeklinde tanımlanan torakal vertebral veya kostal tutulumun da olabileceği bildirilmiştir. Biz burada sol göğüs ağrısı şikayeti ve sol göğüste ele gelen şişlik nedeniyle polikliniğimize başvuran, ileri tetkik ve incelemelerinde soliter ekstrapulmoner plazmositom saptanan ve takiben MM tanısı alan olgumuzu nadir görülen bir vaka olması nedeniyle sunduk.

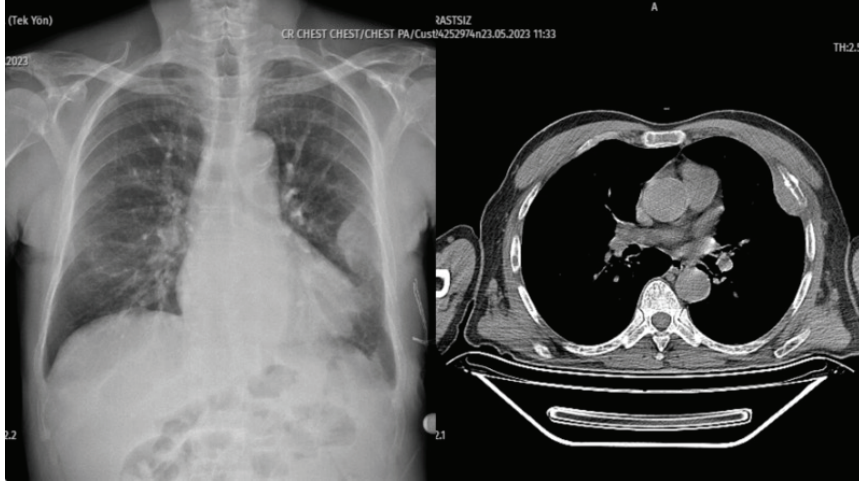
Olgu: 69 yaşında kronik renal yetmezlik tanısı olan erkek hasta, göğüs sol ön duvarında ağrı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Acil serviste yapılan değerlendirmesinde belirgin patolojik bulgu saptanmayan hastaya myalji tanısıyla semptomatik tedavi verilmiş. Yaklaşık 2 ay sonra göğüs sol ön duvarında ele gelen şişlik ve ağrı ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastanın fizik muayenesinde oda havası SaO₂ % 97, vital bulguları stabil ve solunum sesleri bilateral doğal saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Rutin tetkiklerinde Albümin: 22 Kalsiyum: 9,6 Kreatin: 3.7 WBC: 5.9 Hgb: 8.7 PLT: 149, Sed: 106, CRP: 1.9 idi. Kostalar üzerinde belirgin hassasiyeti olması ve PA akciğer grafisinde sol akciğer alt zonda periferik yerleşimli plevraya yakın konsolide alan izlenmesi (Resim 1) üzerine çekilen Kontrastsız Toraks BT'sinde; sol 8.kot lateral yayıya komşu 10x27 mm boyutunda 34 HU dansitede düzgün sınırlı yumuşak doku dansitesi izlendi. Komşu kemikte düzensiz sklerotik görünüm mevcut idi (Resim 2). Girişimsel Radyoloji ile konsülte edilerek sol 8.kot lateral yayıya komşu 10x27 mm boyutunda hipoekoik düzgün sınırlı kitleden Tru-cut Biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu soliter plasmasitom olarak raporlandı. Hastanın çekilen PET-CT'sinde; kemiklerde aktif hastalık tutulumu ile uyumlu FDG tutan ve tutmayan litik lezyonlar saptandı. Hastanın serum immunglobulin fiksasyon testinde IGG kappa monoklonal gammopati, serum protein elektroforezinde ise monoklonal gama piki mevcut idi. Tarafımızdan soliter ekstrapulmoner plasmositoma tanısı konan hasta MM açısından Hematoloji ile konsülte edildi ve kemik iliği biyopsisi yapıldı. Bir kısmı çekirdekli %90 plazma hücre infiltrasyonu ve MM ile uyumlu kemik iliği aspirasyon ve imprint bulguları saptanması üzerine tanı kesinleştirildi. Takipte hastaya 2 kür VSD (Bortezomib-Siklofosfamid-Dexametazon) kombinasyon tedavisi uygulanmış olup yeterli yanıt alınamaması üzerine VRD (Bortezomib-Lenalidomid- Dexametazon) kombinasyonuna geçilmiştir. Hasta halen VRD kombinasyon tedavisi ile izlenmektedir.



6-9 Mart 2024

Sueno Deluxe Hotel, Belek/Antalya

Resim 1 ve Resim 2



Resim 1: PA akciğer grafisinde sol akciğer alt zonda periferik yerleşimli plevraya yakın konsolide alan. Resim 2: Kontrastsız Toraks BT'sinde; sol 8.kot lateraline komşu 10x27 mm boyutunda 34 HU dansitede düzgün sınırlı yumuşak doku dansitesi. Komşu kemikte düzensiz sklerotik görünüm.

Tartışma-Sonuç: Plazma hücre neoplazileri MM, kemiğin soliter plazmositomu ve EMP olmak üzere 3 gruba ayrılmaktadır. EMPlerin çeşitli organ ve dokularda yerleşebileceği ve MMlerin tüm klinik bulgularını gösterebileceği bildirilmiştir. Ancak MM ile olan beraberliği, soliter kemik plazmasitomlarına oranla daha azdır. Bu hastalıklar içinde en sık görüleni MM olup EMP'nin büyük bir kısmı da MM ile birliktelik göstermektedir. MM'de kemik ağrısı bizim vakamızdaki gibi başlıca klinik semptomdur. Lokalize kemik ağrılarından sonra sık karşılaşılan diğer klinik bulgular ise lokalize şişlik, halsizlik, anemi, böbrek yetmezliği ve bakteriyel enfeksiyonlardır. Bizim olgumuzda olduğu gibi kemik ağrısı ile başvuran 65 yaş üzeri bir hastada sedimentasyon yüksekliği böbrek fonksiyon bozukluğu ve anemi saptanırsa ayırıcı tanıda mutlaka MM düşünülmelidir ve bu tip olguların tedavisinde kemoterapinin yeri vardır.

Anahtar Kelimeler: Multipl Myelom, Plazma Hücre Neoplazisi, Extramedüller Plazmasitom

PS-290 Silialı Mukonodüler Papiller Tümör Olgusu

Samed Baloğlu¹, Buse Mine Konuk Balcı¹, Yusuf Kahya¹, Serpil Dizbay Sak², Cabir Yüksel¹

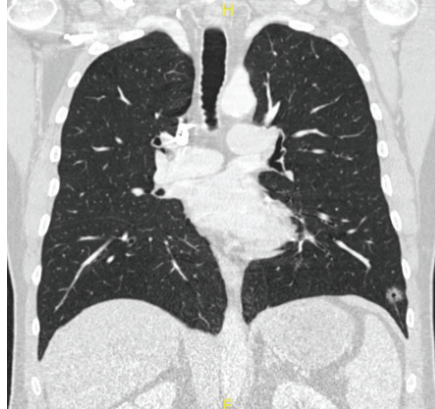
¹Anakara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Siliyer mukonodüler papiller tümör (SMPT), ilk kez 2002 yılında Ishikawa tarafından tanımlanan nadir bir akciğer tümörüdür. Benign veya düşük dereceli malign olarak kabul edilir. Ancak nadir görülen bu akciğer tümörünün tedavisi ve patogenezi hala belirsizdir.

Olgu: Baş dönmesi şikayeti olan 62 yaş erkek hastanın kontrastlı toraks tomografisinde sol akciğer alt lob laterobazal segmentte spiküle konturlu fissürde çekintiye sebep olan içinde psödokaviteasyona ait lüsen alanın izlendiği 16x12 mm subsolid nodül izlendi. PET BT değerlendirmesinde lezyonda ve vücutta diğer alanlarda FDG tutulumu izlenmedi. Hastaya küçük hücreli dışı akciğer kanseri ön tanısı ile cerrahi ekplorasyon planlandı. Mevcut lezyon ameliyat öncesi metilen mavisi ile işaretlendi. Hastaya sol VATS ile girişim uygulandı. Ekplorasyonda izlenen alt lob yerleşimli metilen mavisi ile işaretli alana wedge rezeksiyon yapıldı. Frozen patoloji siliyer mukonodüler papiller tümör olarak raporlandı. Cerrahi sınır 2.5 cm ölçüldü. Sistemik lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Malignite bulgusu izlenmedi. Uzun dönem patoloji sonucu frozen ile uyumlu olarak SMPT raporlanması üzerine hastaya adjuvan tedavi planlanmadı. Mikroskopik incelemede santralinde genişlemiş bir bronş bulunan tümöral lezyonun bronş çevresinde yer alan çift sıralı epitel ile döşeli glandlardan oluştuğu bu glandların bir bölümünün luminal yüzünde silya varlığı tespit edildi. Hücrelerde ve lümende PAS-AB ve müskarmin ile boyanan müsin varlığı tespit edildi. İmünohistokimyasal incelemede TTF-1 ile tüm sahalarda pozitif olduğu izlendi. Napsin A ile tümör periferinde yer alan ve tek sıralı dizilim izlenimi veren sahalarda boyanma mevcuttu. Ki67 proliferasyon indeksi %1'den azdı. BRAF (VE1) ile spesifik boyanma görülmedi.

Kontrastlı BT Aksiyal Görüntüsü



Kontrastlı aksiyel (A) Toraks BT görüntülerinde sol akciğer alt lobda laterobazal segmentte spiküle konturlu psödokaviteasyon içeren subsolid lezyon izlenmektedir.

Tartışma-Sonuç: SMPT herhangi bir semptom göstermez ve genellikle rutin tetkikler sırasında insidental olarak tespit edilir. Hastaların tomografi bulguları çoğunlukla atipik soliter peripulmoner nodüller şeklindedir. Klinik olarak nadir görülmesi ve tek tip tanı kriterlerinin bulunmaması nedeniyle SMPT'nin benign veya malignitesi konusunda fikir birliğine varılamamıştır. Bazı araştırmalar, malignite ile ilgili histolojik ve moleküler biyolojik özellikler nedeniyle pre-kanseröz bir lezyon veya düşük dereceli müsinöz adenokarsinom olabileceğini belirtmiştir.^{2,3} Ancak bazı araştırmalar da, silialı akciğer tümörlerinin genellikle iyi huylu olduğu göz önüne alındığında, SMPT'yi iyi huylu bir lezyon olarak kabul etmektedir.⁴ SMPT hastalarında ana tedavi yöntemi sublobar rezeksiyondur. SMPT oldukça nadir görülen bir tümör olup, klinikopatolojik özellikleri, standart tedavi yöntemleri ve prognozu hakkında klinik bilgi sınırlıdır. Mevcut kanıtlara göre SMPT benign olma eğilimindedir ancak uzun vadeli biyolojik davranışı belirlemek için daha fazla vaka verisine ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Nadir Akciğer Tümörleri, Soliter Pulmoner Nodül



PS-291 Endobronşial Ultrasonografi ile Plevral Mezotelyoma Tanısı

Özlem Düvenci Birben¹, Derya Yenibertiz¹, Sümeyye Buket Çökeliç¹, Ersin Günay²

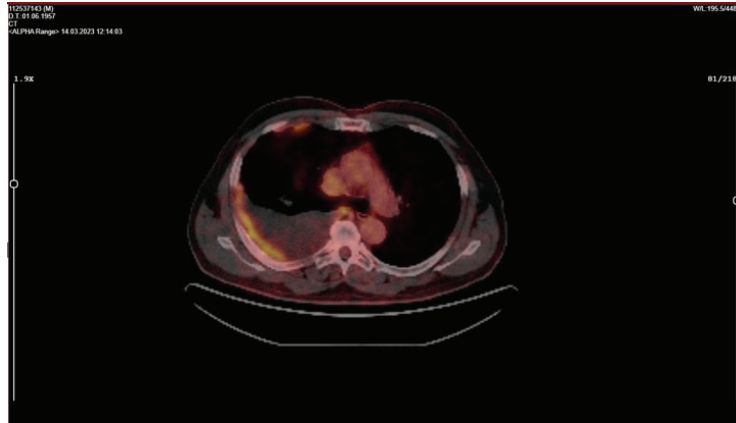
¹Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

²Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Plevral mezotelyoma mezotel hücrelerinden köken alan plevranın primer tümörüdür. Tanısı plevral örneklerin patolojik incelenmesine dayanır. Endobronşial ultrasonografi (EBUS) rutinde mezotelyoma tanısı için kullanılan bir yöntem olmamakla birlikte, literatürde nadir olarak EBUS ile mezotelyoma tanısı alan olgular bulunmaktadır. Biz de olgumuzun mezotelyoma tanısını EBUS ile koymamız nedeni ile sunmayı amaçladık.

Olgu: 66 yaşında erkek hastanın Ekim 2022’de yapılan tarama sırasında çekilen tomografisinde sağda 7 mm kalınlıkta plevral effüzyon, diffüz, nodüler plevral kalınlaşmalar saptanması üzerine göğüs hastalıklarına başvurusu önerilmiştir. Kliniğimize Şubat 2023’ de başvuran hastanın hastanemizde çekilen tomografisi “Mediastende prevas-küler alanda yaklaşık 30x20 mm boyutunda lenfadenopati (LAP), sağda 7.5 cm plevral effüzyon, pozitron emisyon tomografisi (PET-BT) ile ileri değerlendirme önerilir” şeklinde raporlandı. Mart 2023 de tomografi sonucu ile gelen hastaya aynı gün torasentez ve fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı, PET-BT istendi. Plevral efüzyon sitoloji sonucu “dağınık mezotel hücreleri” olarak raporlandı. Bronkoskopide endobronşiyal lezyon izlenmedi. FOB sitoloji sonucu malignite negatif olarak geldi. PET-BT sonucu ‘Mediasten lenf nodlarında (SUVmax:6.14), sağ plevral effüzyon alanında (SUVmax:1.71), sağ fissürel ve plevral kalınlaşmalarda patolojik artmış Fluoro-deoksi-glukoz (FDG) tutulumları (SUVmax:8.98)” şeklinde raporlandı. Hasta PET-BT sonrası EBUS ‘a yönlendirildi ve ince iğne aspirasyon biyopsisi örnekleri alındı. EBUS patoloji sonucu “yüksek olasılıkla malign plevral mezotelyoma (MPM) yı telkin etmektedir, ancak malign mezotelyomalarda kalretinin antikoru ile beklenen yaygın kuvvetli immün pozitivite, bu tümörde izlenmediği için kesin yorumdur kaçınılmıştır.” şeklinde raporlandı. Patoloji confirmasyonu amacı ile EBUS örnekleri, hastanemizde tekrar değerlendirildi. Malign mezotelyoma ile uyumlu bulgular şeklinde raporlandı. EBUS örneği sayesinde tanısı kesinleşen hasta kemoterapi planlaması için onkolojiye yönlendirildi. 5 kür kemoterapi sonrası göğüs cerrahisi tarafından ameliyat edildi. Operasyon sonrası hastanın klinik takip süreci devam etmektedir.

PET-BT



PET-BT’ de plevra ve lenf nodu tutulumu

Tartışma-Sonuç: Mezotelyoma olgularının büyük çoğunluğu plevrada görülür. Etiyolojisinde bilinen iki önemli neden asbest veya erionite ile temastır. Hastamızda asbest temasının olmaması, rutin taramadaki tomografi bulguları ile tanısız işlemlerin başlatılması, EBUS sayesinde mezotelyoma tanısını koymamız ve literatürde nadiren EBUS ile mezotelyoma tanısının konulması sebebi ile olgumuzu paylaşmak istedik. Sonuç olarak, MPM agresif bir hastalık olduğundan başarılı tedavi için erken tanı konulmalıdır. Klinik ve radyografik değerlendirmeler tanı için tek başına genellikle yetersiz olabilirken, torakoskopi en kesin yöntemdir. MPM’nin sadece tanısına yönelik EBUS ile yapılmış çalışma yoktur. Ancak EBUS biyopsi sonucu ile tanı konulan nadir vakalar literatürde bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Endobronşial Ultrasonografi, Plevral Mezotelyoma

PS-293 Senkron Akciğer Kanseri: Kötü, Daha Kötü, En Kötü?

Cebrail Azar¹, Elif Altuntaş¹, Özgen Arslan Solmaz², Birol Yıldız³, Şengül Azar⁴, Tayfun Kermenli⁵

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Elazığ

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji, Elazığ

³Elazığ Medikal Hospital, Tıbbi Onkoloji, Elazığ

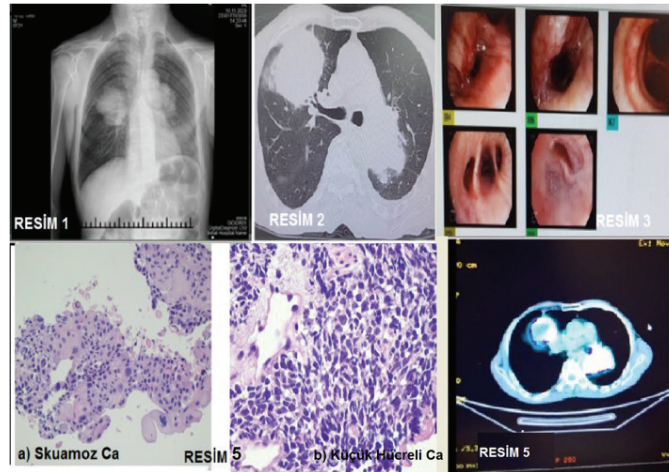
⁴Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Elazığ

⁵Elazığ Medikal Hospital, Göğüs Cerrahisi, Elazığ

Giriş-Amaç: Akciğer kanserleri tüm dünyada en sık görülen kanserlerden olup kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir. İki ayrı primer akciğer kanserinin eş zamanlı olarak bulunması durumunda bu kanserlere senkron akciğer kanserleri (SAK) denilir. Farklı zamanlarda ortaya çıkmasına ise metakron tümör denilmektedir. SAK göreceli olarak nadir görülen bir durumdur ve tüm akciğer kanserleri içindeki sıklığı %0.1- 1.6'dır. Nadir bir durum olması sebebiyle SAK tanısı alan olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: 70 yaşında erkek hasta öksürük, balgam, iştahsızlık, kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde oskültasyonda sol hemitoraks alt alanda raller mevcut idi. PA-AC grafisinde bilateral hiler yerleşimli yaklaşık 6 cm çapında düzgün sınırlı opasiteler izlendi (Resim 1). Hastaya ileri parankim ve mediasten değerlendirilmesi amacıyla Kontrastlı BT Toraks çekildi. Sağ akciğerde 6x6 cm boyutunda sağ üst lob bronşunu oblitere eden spiküle kontürlü kitle ve sol hiler alanda 6x4 cm boyutunda aort ile ara planları net seçilemeyen sol ana pulmoner arter ve bronşları daraltan kitle izlendi. Sol akciğer alt lob posteriorda buzlu cam görünümü, tomurcuklanmış ağaç manzarası izlendi. Mediastinal alanda multiple lenf nodu izlendi. Sol sürrenal bez kalınlığı artmıştı (Resim 2). Hastanın laboratuvar tetkiklerinde WBC: 6,200 (mm3) Nötrofil:4.500 (mm3) PLT: 254x109/L CRP (mg/L): 200 (0-8) INR:1,02. Hastaya Bakteri-yel Pnömoni tanısı ile tedavisinden sonra bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide; Sol ana bronş distalinde kitle izlendi. Önce bronş lavajı yapıldı sonra punch biyopsiler alındı. Sağ üst lob anterior segment distalinde kitle izlenmiş olup buradan da punch biyopsiler alındı (Resim 3). Bronkoskopik lavaj: ARB: - , Gram boyama ve kültürde özellik izlenmedi. Patoloji sonucu ise soldaki kitleden Küçük Hücreli Karsinom ve sağdaki kitleden Skuamöz Hücreli Karsinom olarak geldi (Resim 4). PET CT sonucu sağ akciğerde kostaya invaze malign kitle, sol alt paratrakeal alanda sol infrahiler bölgeye uzanan malign kitle, lenf nodu metastazları, surrenal metastazlar ile uyumlu olarak geldi (Resim 5). Hastada Küçük Hücreli Karsinom olması ve metastatik olması nedeniyle cerrahi düşünülmeydi. Hastaya kemoterapi olarak karboplatin+etoposid ve atezolizumab tedavisi verildi.

Resim 1-5



Tartışma-Sonuç: Multiple primer akciğer tümörlü olgularda histopatolojik tiplendirme, uygulanan cerrahi ve tümörlerin senkron veya metakron olması sağkalım açısından önemlidir. Farklı tedavi planlarının farklı sağkalım sonuçları olacaktır. Bu hastalarda sağkalım, tek primer akciğer kanseri tanılı olgulara göre daha kötüdür, ancak metastatik olgulara göre daha iyidir.

Anahtar Kelimeler: Senkron Akciğer Kanseri, Biyopsi, Bronkoskopi, Kemoterapi, Metakron

**PS-294 Kalsifiye Fibröz Tümör; Nadir Görülen Olgu**

Necmiye Gül Temel¹, Merve Gülcan Bayrak²

¹Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Yerleşkesi, Göğüs Cerrahi

²Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Yerleşkesi, Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Plevranın kalsifiye fibröz tümörü (PKFT) ilk kez 1996’ da Pinkard ve ark tarafından tanımlanmış nadir görülen bening tümörlerdir. Bu lezyonlar subkutan doku, gastrointestinal sistem ve plevra olmak üzere çeşitli organlardan kaynaklanabilirler. KFT tipik olarak yavaş büyür ve genellikle insidental tespit edilirler. KFT lerin yaklaşık %10’ u plevra kaynaklı olarak bildirilmiştir. Nadir görülmesi nedeniyle, PKFT si olan hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: 58 yaş erkek hasta sırt ve göğüs ağrısı nedeni ile başvurduğu acil serviste çekilen toraks BT de sağ akciğer alt lob posteromedialinde plevral tabanlı yaklaşık 17 mm çaplı nodül tespit edilmiş (Resim 1). Tanı ve evreleme amaçlı çekilen PET BT sağ akciğerde tariflenen nodülde düşük düzeyli FDG tutulumu ve SUV maks: 1.6 olarak raporlanmış. Tarafımıza yönlendirilen hastaya tanı ve tedavi amaçlı VATS eksplorasyon planlandı. Yapılan eksplorasyonda sağ akciğer alt lob superior segmente oturmuş mantar şeklinde kabarık, sert, beyaz renkli nodüler lezyon tespit edildi (Resim 2). Nodül endoskopik stapler yardımı ile wedge rezeksiyon şeklinde çıkarıldı. Postoperatif 1. günü göğüs tüpü çekilen hasta, 2. günü şifa ile taburcu edildi. Patoloji sonucu plevranın kalsifiye fibröz tümörü; vimentin ile yaygın, faktör 13A ile yamasal pozitif; CD34, Dog1, CD117, SMA, Desmin, CD68, STAT6, ALK, CK7, CK5/6, S100, EMA ile negatif olarak raporlandı.

Plevral Kalsifiye Fibröz Tümör



VATS görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Kalsifiye fibröz tümörler, total eksize edilmesi gereken ve ayırıcı tanıda soliter fibröz tümör, kronik fibröz plörit, kalsifiye fibröz plak akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bening, Fibröz, Soliter

PS-295 EBUS ile Tanı Konulan Senkron Akciğer Kanseri Olgusu

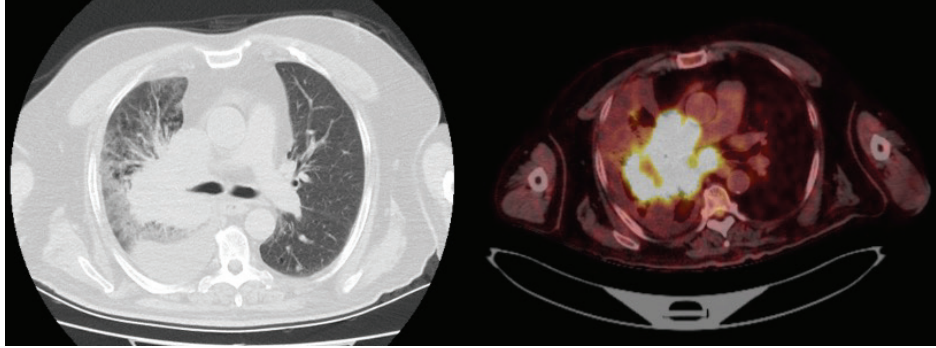
Merve Meryem Varol¹, Bilgenur Yıldırım¹, Ercan Kurtipek¹

¹SBÜ Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğerde birden fazla odakta gelişen kanserler, multiple primer akciğer kanseri olarak adlandırılır. Multiple primer akciğer kanserleri senkron ve metakron olmak üzere iki kategoriye ayrılırlar. Tümörler eş zamanlı olarak saptandıklarında senkron olarak adlandırılırken ilk lezyonun saptanmasından belli bir zaman sonra ikinci tümör saptanıyorsa metakron olarak isimlendirilirler. Senkron tümörler metakron tümörlere oranla daha seyrek görülmekte olup prognozları daha kötüdür. Seyrek olarak görülen senkron tümörlerin son yıllarda çok kesitli bilgisayarlı tomografi (BT), PET-BT gibi radyolojik yöntemler ile EBUS, TTİAB, TBİAB gibi invaziv tanı yöntemlerinin gelişmesi ile birlikte senkron tümörlerin saptanma oranları artmıştır. Kliniğimizde senkron primer akciğer kanseri tanısı konulan olgumuzu sizlere sunmayı amaçladık.

Olgu: 73 yaşında erkek hasta nefes darlığı, şiddetli sırt ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Bilinen kronik hastalıkları KOAH, HT, DM idi, 60 paket yıl sigara öyküsü vardı. Solunum sistemi muayenesinde oskültasyonda bilateral seyrek kaba ral ve solunum seslerinde azalma tespit edildi. Oda havasında spo2 %90 dı. Hasta solunum fonksiyon testini efektif olarak yapamadı. Başka bir merkezde çekilen toraks BT görüntüsünde sağ akciğer santral kesimde, üst lob bronşunu çepçevre saran ve bronş obliterasyonuna neden olan, spiküle düzensiz sınırlı yaklaşık 10x8 cm çapta kitle lezyonu görüldü. BT çekimi iv kontrast madde verilmeden yapıldığı için net değerlendirilememekle birlikte sağ ana pulmoner arter ve süperior vena cava invazyonu göstermekteydi. PET-BT çekildi, yaygın metastaz olduğu tespit edildi. Hastaya EBUS yapıldı. 7 nolu lenf nodu biyopsisi "Küçük hücreli dışı karsinom", 4R nolu lenf nodu biyopsisi ise "Küçük hücreli dışı karsinom" olarak yorumlandı. Bu sonuçlar doğrultusunda hasta tıbbi onkolojiye yönlendirildi ancak hasta takip ve tedaviyi reddederek taburcu oldu.

BT Toraks ve PET CT



Tartışma-Sonuç: Akciğer kanserli hastaların %16-28'inde akciğerlerde başka nodüller bulunabilmektedir. Bu durumda bu nodüllerin primer tümörün metastazı mı, multiple primer akciğer kanseri mi ya da benign lezyonlar mı olduğu tanı sürecinde ikilem yaratmaktadır. Senkron akciğer kanserlerinin hem primer tümörlerin akciğer metastazlarından hem de akciğer dışı tümörlerin multiple akciğer metastazlarından ayırt edilmesi tedavi ve prognoz açısından önemlidir. Biz de olgumuzda EBUS ile birden fazla lenf nodundan biyopsi örneği alarak hastanın senkron akciğer kanseri olduğunu tespit etmiş olduk. EBUS'un pek çok hastalığın tanısında özellikle de malignite düşünülen hastalarda tanı ve tedavi açısından çok önemli bir yere sahip olduğunu tekrar hatırlamış olduk.

Anahtar Kelimeler: Senkron Akciğer Kanseri, EBUS-TBNA

**PS-296 Akciğerde Multipl Metastatik Benign Leiomyom Olgusu**

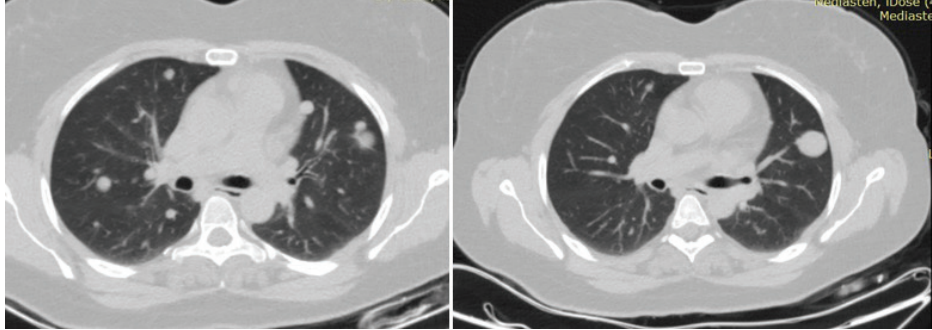
Ezgi Kılıçaslan¹, Özgür İşgörücü¹, Kemal Karapınar¹, Aysun Ölçmen¹

¹Yedikule EAH, Göğüs Cerrahisi

Giriş-Amaç: Pulmoner benign metastaz yapan leiomyom (PBML) olguları nadir görülmektedir. Genellikle retroproduktif dönemdeki veya histerektomi geçmişi olan kadın hastalarda izlenmektedir. Hastalarda belirgin bir klinik semptom yoktur. Uterin leiomyom, retroproduktif dönemdeki kadınlarda görülen yaygın iyi huylu uterus tümörüdür. PBML çok nadirdir ve uterin leiomyoma'ya benzer histolojik görünümüne sahip ve uterus dışında büyüyen bir tümör olarak tanımlanır. Literatürde ~100 olgu bildirilmiş olmasına rağmen (1), insidansı, patogenezi ve tedavisi halen belirsizliğini korumaktadır. PBML, 34 - 55 yaş arası kadınlarda daha yaygındır ve ortalama yaş 47'dir. Hastanın Histerektomi sonrası süreçte; nodül tespitine kadar geçen süre 3 ay - 20 yıl arasında değişmektedir. Ortalama tanı süreci 14.9 yıldır. BML'nin klinik semptomları yoktur. Genellikle insidental olarak saptanır. Bu çalışmada, genellikle literatürde major jinekolojik cerrahi sonrası tanımlanmış, olgumuzda ise kontraseptif bilateral tüp ligasyonu öyküsü ile ilişkili PBML vakasını ve bu hastalığın tanı ve tedavisine ilişkin kısa bir derleme sunulmuştur.

Olgu: Kontraseptif bilateral tüp ligasyon geçmişi olan 44 yaş kadın hasta araştırıldı. Hastanın Toraks BT de bilateral akciğerde dağınık yerleşimli multipl nodüller; sağda büyüğü yaklaşık 10 mm, solda büyüğü yaklaşık 25 mm boyutunda yumuşak doku dansitesinde lezyonlar izlendi. (Resim 1). Metastatik hastalık açısından değerlendirmek için çekilen PET BT de, sol akciğerde üst lobta 26x16 mm boyutlarında nodüler lezyonda (SUDmax1.8) minimal FDG tutulumları izlenmiştir. Her iki akciğer tanımlanan multiple nodüler lezyonlardaki minimal artmış metabolik aktivitelerin olası malign süreç (nöroendokrin tm?, low grade tm? met?) açısından değerlendirildi. Sol üst lobtaki nodüler lezyona TTİA yapıldı. Kısmen nekrotik materyal aspire edildi. Kesitlerde atipi göstermeyen monoton görünümde birkaç adet hücre izlendi. Bulgular tanısal olmayıp biyopsi tekrarı önerildi. Hastaya klinik konsey kararı ile R VATS wedge rezeksiyon kararı verildi. Sağ ac üst lob anterior, posterior, orta lobtan 1'er adet wedge rezeksiyon yapıldı. Wedge rezeksiyon materyallerinin histopatolojik tanısı leiomyom olarak sonuçlandı. İmmunohistokimyasal incelemede hücreler vimentin, SMA, CD10, Desmin ile boyandı. Atipi ve nekroz izlenmedi. Mitoz 2 mm de 1'den az, Ki67 proliferasyonu % 1 civarında izlendi. Ön planda primer odak için uterus leiomyomu düşünüldü. Taburculuk sonrası dönemde kontrol Bt de lezyonlar stabil izlendi. (Resim-2)

Akciğerde Multipl Metastatik Benign Leiomyom Olgusu



Her iki akciğerde dağınık yerleşimli multipl nodüller; sağda büyüğü yaklaşık 10 mm, solda büyüğü yaklaşık 25 mm boyutunda yumuşak doku dansitesinde yer kaplayıcı lezyonlar

Tartışma-Sonuç: PBML yavaş seyirli ve iyi prognozludur. PBML tedavisi için belirlenmiş bir tedavi kılavuzu henüz yoktur. Spesifik tedavi, tümörün sayısına, boyutuna ,konumuna, progresyonu , reseptör ve hastanın genel durumuna göre değişebilmektedir. Metastatik tümörlerin cerrahi rezeksiyonu izole tümörler için önemli bir tedavi yöntemidir. Uterus leiomyomu veya uterus leiomyom nedenli cerrahi öyküsü olan retroproduktif kadınlarda AC grafi veya BT ile hastada yeni gelişen nodüller saptanabilir. Hastaların tedavi seçiminde ve prognozunu etkileyen Nodüllerin uterus-tan metastaz yaptığı düşünülerek; Pozitif ER ve PR ekspresyonu bakılabilir. PBML tanısı için önemli bir göstergedir. Cerrahi rezeksiyon, histerektomi ve bilateral ooforektomi, progestinlerin ve aromataz inhibitörleri ve LH salgılayan hormon analogları kullanılarak tıbbi kastrasyon, gonadal hormon salgılanması kontrolünü sağladığı için lezyonların büyümesini kontrol edebilir ve potansiyel tedavi yöntemleri olarak rapor edilmiştir (2) .Fakat ;daha önce yapılan bir çalışmada, düz kas hücrelerinde Pozitif ER ve PR olsa dahi, tamoksifen, progesteron ve bir aromataz inhibitörü ile 6-12 aylık tedavinin ardından PBML lezyonlarının boyutunda anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmüştür. (3)Bu sebeple ;cerrahi ve medikal tedavi kombinasyonunun sinerjistik etkisi olabileceğinden ilerleyici ve semptomatik lezyonların tedavisinde ön planda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Nodül, Metastaz, Leomiyom, Uterus, Akciğer Leomiyom

**PS-297 Senkronize Atipik Karsinoid Tümör Olgusu**

Feride Marım¹, Beyza Tas¹, Furkan Ertürk Urfalı², Mustafa Ersoy³, Mustafa Gürol Celasun⁴

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

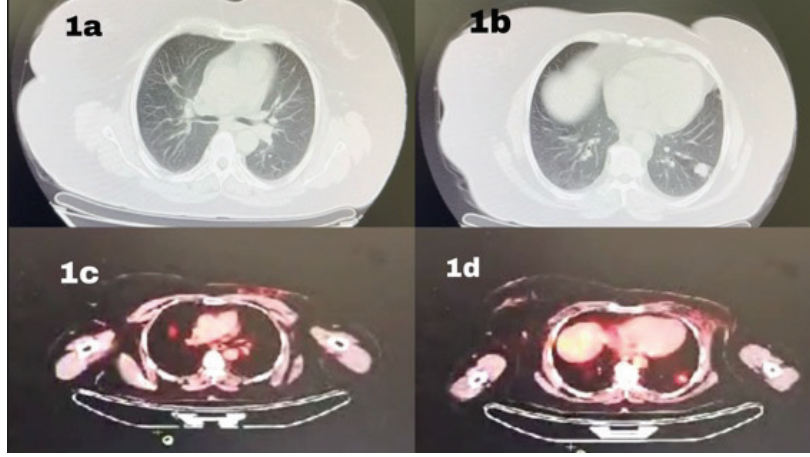
³Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı

⁴Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Nöroendokrin tümörler (NET), nadir görülen, en sık akciğer ve gastrointestinal sistemi tutan heterojen bir tümör grubudur. NET ailesinde yer alan karsinoid tümörler tüm akciğer kanserlerinin %1-2'sini, tüm vücut karsinoidlerinin %20-25'ini oluşturur. Karsinoid tümörlerin %40 kadarı belirgin bir klinik bulgu olmaksızın insidental olarak radyolojik görüntülerde saptanmaktadır. Benzer zamanlarda tanı alan iki farklı primer kanser ise senkron tümör olarak adlandırılmaktadır. Biz de farklı bir hikayeden yola çıkarak tanı koyduğumuz bir olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 64 yaşında kadın hasta halsizlik ve kilo kaybı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Dış merkezde invaziv duktal karsinom tanısıyla sol mastektomi ve aksiller lenf nodu diseksiyonu yapılmış ve adjuvan radyoterapi almıştı. Adjuvan kemoterapi öncesi metastaz açısından göğüs hastalıkları görüşü için yönlendirilmişti. Sigara ve asbest maruziyeti öyküsü yoktu. Solunumsal yakınması olmayan hastanın fizik muayenede ek patolojik solunumsal bulgusu yoktu. Hastanın meme operasyonu öncesi çekilen Toraks BT'sinde sol akciğer alt lob laterobazal segmentte plevraya yakın yerleşimli bitişik komşu birkaç adet 14x17 mm ve 11x12 mm (Resim 1b), bunun üst yakın komşuluğunda iki adet yakın komşu 10x9 mm ve 4x5 mm büyüklüklerinde pulmoner nodüller izlenmekteydi. Büyük lezyonun medial sınırı hiler bölgeye doğru uzanmaktaydı. Sağ akciğer üst lob dorsobazal segmentte yaklaşık 8 mm nodüler görünüm (Resim 1a) mevcuttu. Operasyon sonrası çekilen PET-BT'de ise bilateral hiler alanlarda (SUVmax: 3.7), sol akciğer alt lob posterobazal segmentte yaklaşık 17x14 mm boyutundaki nodül (SUVmax: 7.6)(Resim 1d) ve sağ akciğer üst lob posterior segment inferior kesimde yaklaşık 16x14 mm boyutundaki nodül (SUVmax: 7.2)(Resim 1c) dışında diğer nodüllerde metabolik aktivite artışı görülmemişti. Multipl nodüllerin metabolik aktivitelerindeki değişkenlik ve santral komşulukları göz önünde tutularak, sol akciğerdeki metabolik aktivitesi yüksek olan nodülden tru-cut biyopsi yapıldı. Tümör hücreleri orta büyüklükte oval koyu renkli nükleusa sahip dar sitoplazmalı hücreler olup solid adalar ve trabeküler yapılardan oluşturmaktaydı. Tümör hücrelerinde Sinaptofizin, Kromogranin, CD56 ve Pansitokeratin pozitif görüldü ve 'karsinoid tümör' tanısı aldı. Hastaya Galyum-68 PET-BT çekildi. Sol akciğerdeki nodülde (suvmax:1.6) ve sağ akciğerdeki nodülde (suvmax:0.9) tutulum saptandı. Bulgular yüksek dereceli 'atipik karsinoid tümör' ile uyumlu bulundu. Dış organ metastazı tespit edilmedi. Cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastanın hipermetabolik nodüllerine Stereotaktik vücut radyoterapisi (SBRT) yapıldı. Hastaya meme kanseri açısından adjuvan aromataz inhibitörü başlandı. Hasta NET açısından Galyum-68 PET-BT ile takip edilecek.

Toraks BT ve PET-BT Kesitleri



Resim 1a :Toraks BT’de sağ akciğer üst lob dorsobazal segmentte yaklaşık 8 mm nodüler görünüm. Resim 1b :Toraks BT’de sol akciğer alt lob laterobazal segmentte plevraya yakın yerleşimli bitişik komşu birkaç adet 14x17 mm ve 11x12 mm nodül. Resim 1c :PET-BT’de sağ akciğer üst lob posterior segment inferior kesimde yaklaşık 16x14 mm boyutundaki nodül (SUVmax: 7.2). Resim 1d :PET-BT’de sol akciğer alt lob posterobazal segmentte yaklaşık 17x14 mm boyutundaki nodül (SUVmax: 7.6).

Tartışma-Sonuç: Olgumuzda meme kanseri ve akciğer atipik karsinoid tümörü senkron tümörler olarak tanı almıştır. Akciğer karsinoid tümörleri, nöroendokrin morfoloji ve diferansiasyon gösteren, pulmoner diffüz nöroendokrin sistemin matür hücrelerinden kaynaklanan, malign tümörlerdir. Kendine özgü klinikopatolojik özellikleri olan bu tümörlerin düşük dereceli olanları tipik karsinoid, orta ve yüksek derece olanları atipik karsinoid tümör olarak sınıflandırılır. Karsinoid tümörler yüksek vaskülarizasyona rağmen FDG PET-BT incelemesinde metalik aktivite göstermeyebilir ve reseptör tutulumu olan Galyum- 68’in PET-BT incelemesinin tanı oranını arttırdığı bildirilmiştir. Pulmoner tipik ve atipik karsinoidlerde, cerrahi rezeksiyon, tedavi seçimi ve tek küratif seçenektir; ancak bizim vakamızda olduğu gibi cerrahi yapılamayan olgularda somatostatin analogları, mTOR inhibitörleri, sitotoksik kemoterapi, peptid reseptör radio-hedefli tedavi seçenekleri uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Karsinoid Tümör, Nöroendokrin Tümör, Galyum-68 PET-BT, Senkron Tümör



Poster Bildiri Oturumu 16: Çevre ve Meslek Hastalıkları - KOAH

PS-298 Yoğun Kimyasal Maruziyeti Sonrası Gelişen Reaktif Havayolu Disfonksiyonu Sendromu Olgusu

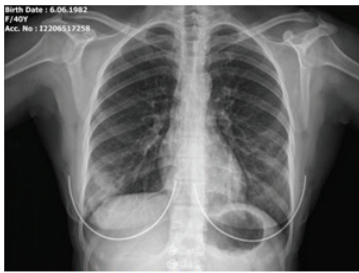
Özlem Oruç¹, Ayşe Nur Altunel¹, İpek Erdem¹, Melike Demir¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

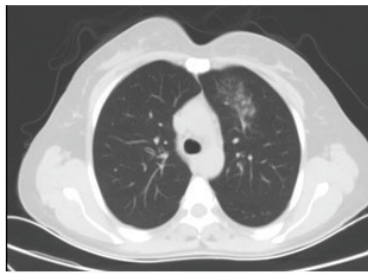
Giriş-Amaç: Reaktif Havayolu Disfonksiyonu Sendromu (RADS) spesifik tek bir iritan maddeye yoğun konsantrasyonda maruziyet sonrası 24 saat içinde başlayan en az 3 ay devam eden astım benzeri havayolu semptomları ile karakterize bir sendromdur. Olgunun sunulmasındaki amaç akut başlangıçlı solunumsal şikayetlerle hastaneye başvuran olgularda hastanın meslek ve günüci kimyasal maruziyeti sorgulanmalı, inhalasyon hasarı söz konusu olabileceğine dikkat çekmektir.

Olgusu: Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan nonsmoker 41 yaş kadın hasta ani başlayan nefes darlığı, öksürük şikayetleri ile acil servise başvurdu. Başvurusunda vitalleri stabil görülen, belirgin hipoksisi olmayan hastanın solunum sistemi muayenesinde bibaziller raller mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda nonhomojen infiltrasyon (Şekil 1) görülmesi üzerine Toraks BT istendi. Toraks BT görüntülerinde bilateral yamasal buzlu cam alanları, kaviteleşme eğilimi gösteren lezyonlar mevcut görüldü. (Şekil 2,3) Kan tetkiklerinde CRP:7 Lökosit:6.4 Lenfosit: 1.5 Eozinofil: 0.06 Hb: 11.3 PLT: 244bindi. Pnömoni ön tanısı ile Moksifloksasin 400 mg tablet reçete edilerek taburcu edildi. Şikayetleri devam eden ek olarak balgam miktarında artış olan hasta 2 hafta sonra Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvurdu. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde şikayetlerinin başladığı gün evde yoğun olarak kimyasal yağ çözücüye maruz kaldığı öğrenildi. Etiyolojinin aydınlatılması ve romatolojik hastalıkların akciğer tutulumu ekartasyonu açısından ENA profili, TİT, tam kan, CRP, karaciğer fonksiyon testleri, renal fonksiyon testleri istendi. SFT planlandı, ciddi dispnesi olan ve derin inspiryum ile öksürüğü tetiklenen hasta testi tolere edemedi. Ön planda kimyasal pnömonitis düşünülen hastaya hastane yatışı önerildi, hastanın yatışı kabul etmemesi üzerine tedavisi metilprednizolon 32 mg 1x1 po, 160/4.5 mcg/doz budesonid/formeterol fumarat 2x1 inh, sambutamol 200 mcg/doz 4x1 inh şeklinde planlanarak taburcu edildi. 2 hafta sonraki poliklinik kontrolünde görüldü, kontrol akciğer grafisi ve Toraks BT görüntülerinde lezyonları tam regrese izlendi. Tetkiklerinde romatolojik hastalık lehine bulgu saptanmadı. Hastanın nefes darlığı, öksürük, balgam şikayetleri 6 aylık süreçte devam etmesi üzerine uzun etkili inhale bronkodilatör tedavisine devam edildi. Hastanın 6 ay sonra yapılan SFT'de FEV1: 2.24(%90), FEV1/FVC: 75.4(%93) görüldü.

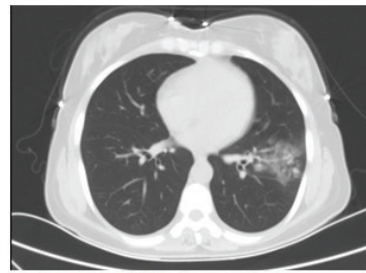
Akciğer Görüntülemeleri



Şekil 1: Akciğer Grafisi



Şekil 2: Akciğer Tomografisi



Şekil 3: Akciğer Tomografisi

Tartışma-Sonuç: Günlük hayatta sık kullanılan iritan maddelere maruziyet sonrası inhalasyon hasarı gelişebilmektedir. Ani başlangıçlı solunum yolu şikayetleri ile hastaneye başvuran hastalarda enfektif hastalıklara ek olarak inhalasyon hasarı olabileceği de göz önünde bulundurularak hastanın kimyasal çevresel veya mesleki maruziyetinin olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Astım, Dispne, Akut İnhalasyon Hasarı

PS-299 Meslek Hastalıklarında Anamnezin Önemi

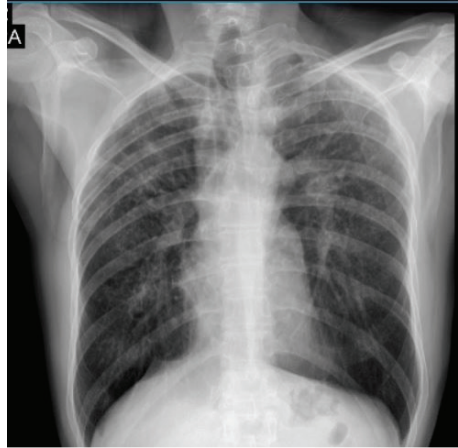
Asuman Aslan Kara¹, Adem Koyuncu¹, Gülden Sarı¹, Cebraail Şimşek¹

¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Silikozis, kristal silika tozunun solunmasına bağlı akciğerlerde fibrotik doku reaksiyonu ile sonuçlanan, önlenabilir ve kontrol edilebilir mesleki akciğer hastalıklarından biridir. Dünya çapında, birçok bireyin sağlığı için tehdit oluşturan küresel bir sorun olmaya devam etmektedir. Cam kumlama, cama matlık kazandırmak için yüksek basınçta kumların cam yüzeyine çarpması sonucu aşındırılması işlemidir ve yoğun silika maruziyeti söz konusudur. Silikozisin klinik semptomları nonspesifiktir ve hastalığın erken evresinde akciğer röntgeninde fark edilemeyen erken parankimal değişiklikler nedeniyle tanınmayabilir. Silikozisin akut, akselere ve kronik formları mevcut olup, erken dönem tomografi bulguları genişlemiş mediastinal lenf nodları, sentrilobüler nodüller, interlobüler septal kalınlaşma ve yamalı buzlu cam opasitesidir. Meslek öyküsünün ayrıntılı sorgulanmaması, silikozisin fibrozise ilerleyerek hastaların kötüleşmesine katkıda bulunur. Bu sorunlar, aynı zamanda silikozisin tanı ve tedavisini engelleyen temel faktörlerdir. Bu yazıda, mediastinal lenfadenopati etyolojisi araştırılırken akciğer malignitesi ön tanısıyla EBUS (endobronşial ultrasonografi) yapıldıktan sonra silikozis tanısı alan olgu sunulmuştur.

Olgu: 48 yaşında erkek hasta, dış merkeze göğüs ağrısı şikayetiyle başvurması üzerine çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde sağ akciğer üst lob posteriorda yaklaşık 4 cm, kitle imajı veren konsolide alan ve eşlik eden büyüğü 2 cm mediastinal ve hiler lenf nodları olması üzerine hastaya EBUS yapılmış. Patolojisinde antrakoz pigmenti görülmesi ve mesleki maruziyet öyküsünün olması üzerine meslek hastalıkları tanısı koymakla yetkilendirilmiş hastaneye yönlendirilmiş. Hasta kliniğimizde değerlendirildiğinde aktif yakınması yoktu, hastanın 10 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu. Öz geçmişinde ve soy geçmişinde özellik yoktu. Hasta yaklaşık 20 yıl cam kumlama atölyesinde çalışmış, 4 yıl boyunca bizzat kendisi cam kumlama işini yapmıştı. Çalışma süresi boyunca kişisel koruyucu donanım kullanmadığı öğrenildi. Pulmoner sistem muayenesinde patoloji yoktu. Laboratuvar sonuçlarında kollajen doku markerları negatif, solunum fonksiyon testinde obstrüksiyon vardı ve reversibilitesi pozitif geldi. Hastaya mevcut meslek öyküsü, tipik radyolojik görünümü nedeniyle silikozis tanısı konuldu ve ILO okuması r/q 2/2, A2 olarak değerlendirildi. Bildirim yapıldı ve takibe alındı.

Resim 1



Resim1: Postero anterior akciğer grafisi, bilateral üst ve orta zonda nodüler opasiteler, sol hiler bölgede büyük opasite ve sağ üst zonda birleşme eğiliminde nodüler opasiteler ILO r/q 2/2, A2

Tartışma-Sonuç: Silikozis tanısı, dikkatli ve ayrıntılı alınan meslek öyküsü, uyumlu radyoloji ve diğer tanıların dışlanması ile konulur. Silikozis, kalıcı ve ölümcül akciğer hasarına neden olabileceği için erken teşhisi ve erken önlem oldukça önemlidir. Böylece, komplikasyonlar azaltılabilir ve hastanın yaşam kalitesi artırılabilir. Etkili erken önleme ve erken tanının önemi konusunda bilgi eksikliği giderilmeli, ayrıntılı meslek öyküsü alınmalı ve bu konuda farkındalığın artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Silikozis, Cam Kumlama, Meslek Hastalığı



PS-300 Bilgisayarlı Tomografide Tipik Lenf Nodları Olan Cam Kumlama İşçisinde Silikozis Olgusu

Süreyya Hakan Demiraslan¹, Ayşe Baççıoğlu¹, Ayşe Füsün Kalpaklıoğlu¹

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Silikozis, silika maruziyeti sonucu gelişen geri dönüşümsüz inflamasyon ve fibrozisle karakterize akciğer hastalığıdır. Dünyada milyonlarca işçi kristalin silikaya maruz kalmaktadır. Ayrıca kristalin silikaya maruziyet sadece silikozis ile ilişkili olmayıp; tüberküloz, otoimmün hastalık, akciğer kanseri, pulmoner alveolar proteinozis, sarkoidoz, idiyopatik pulmoner fibrozis ile de ilişkili bulunmuştur. Burada 30 yıl önce cam kumlama işinde 1 yıl kadar çalıştıktan ve maruziyetten yıllar sonra silikozis tanısı konulan olgu sunulmuştur.

Olgu: Elli dört yaşında erkek hasta son bir yıldır geçmeyen öksürük, beyaz renkli balgam ve subfebril ateş şikayetleriyle başvurdu. Nefes darlığı, göğüs ve sırt ağrısı tariflemiyordu. Oda havasında O2 sat. %98, nabız 82/dk, solunum sayısı 19/dk, solunum seslerinde bilateral yaygın ronküsü vardı ve ptö-/ idi. Özgeçmişinde Sigara içimi 60 p/yıl aktif smoker, yaklaşık 30 yıldır çiftçilikle uğraşıyordu, bir yıldır KOAH ve koroner arter hastalığı tanısıyla tedavi alıyordu. Laboratuvarında serum d-dimer 822 ug/l, ferritin 272 ng/ml, CRP 71 mg/l, sedimantasyon 83 mm/st ve hemogram değerleri normal sınırlardaydı. P-A grafide bilateral hiler dolgunluk ve periferik retikülonodüler görünüm izlendi. Toraks BT'de mediastende multipl en büyüğü sol hiler -35x22mm- kalsifiye lenf nodları (yumurta kabuğu kalsifikasyonu), bilateral akciğerde yaygın interlobüler septal kalınlaşmalar, <3 mm non-spesifik nodüller, sol akciğer üst lob anterior segmentte fokal buzlu cam alanı ve yer yer kalsifik plevral kalınlaşmalar raporlandı. İnterstisyel akciğer hastalığı açısından yaygın artraljileri, serum ANA=+2, anti-SSa=+3, anti-SS-b=+3, schirmer testi (-) ve kuru göz ve ağız kuruluğu yoktu. Romatoloji sjogren tanısı kesin olmamakla birlikte kollajen doku hastalığı tanısı ile non-steroid anti-inflamatuvar tedavi başlamış ve takip önerilmişti. Serum RF ve CCP negatifliğiyle kaplan sendromu dışlandı. Solunum testi obstrüktif paterndeydi (FEV1: %52, FVC: %60, FEV1/FVC: 70.7) ve difüzyon testinde Dlco: %75, dlco(corr): %74 ve DLco/VA: 87 idi. Kardiyak muayenesinde s1-s2 normal, ek ses ve üfürüm yoktu, ekg sinüs ritmiydi, eko'da kalp boşluklarında kitle-trombüs yoktu. Hastaya kronik basit silikozis tanısıyla kısa süreli moksifloksasin 400 mg, uzun süreli iv metil-prednizolon 40mg tedricen doz 2.5mg düşülerek, inhaler uzun etkili beta2-agonist ve kortikosteroid başlandı. Genel durumu stabil olan ve ek şikayeti kalmayan hasta taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç: Bu olgu bir yıl gibi kısa sürenin silikozis gelişimini göstermesi açısından önemliydi. Kronik basit silikozis tanısı için maruziyet, başlangıçta obstrüktif solunum testi ve radyolojik yumurta kabuğu kalsifiye hiler lenfadenopatiler ve parankimde milimetrik multipl nodüllerle uyumluyken, kollajen doku hastalığı akciğer tutulumu için non-spesifik interstisyel fibrozis ve buzlu cam alanlarına katkıda bulunmuş olabilir. Silikozisin spesifik bir tedavisi olmamakla birlikte önlenabilir olması ve hastanın da işi bırakması progresyonu önlemek açısından en önemli adımdı.

Multipl sayıda periferi kalsifiye (yumurta kabuğu kalsifikasyonu) lenf nodları



Mediastende ve hiluslarda multipl sayıda en büyüğü sol hiler bölgede yaklaşık 35x22 mm boyutunda periferi kalsifiye (yumurta kabuğu kalsifikasyonu) lenf nodları izlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Silikozis, Cam Kumlama, Yumurta Kabuğu Kalsifikasyon, Lenfadenopati

PS-301 Yol Ayrımında İki Ayırıcı Tanı: Sarkoidozis mi, Silikozis mi?

Elif Akıncı Aydın¹, Övgü Velioğlu Yakut¹, Gülce Cansu Serin¹, Turan Acıcan¹, Özlem Özdemir Kumbasar¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD

Giriş-Amaç: Silikozis, ILO Sınıflandırmasına göre maruziyet ve tipik radyolojik bulgularla tanımlanır ancak silikozisin radyolojik paternleri sarkoidozise benzeyebilir. Sarkoidozis, nedeni bilinmeyen sistemik granümatöz bir hastalıktır; fakat metaller veya silika gibi inorganik tetikleyicilerin neden olabileceğinden kuşulanılmaktadır.

Olgu: Olgu-1: 51 yaş erkek hasta uzun yıllar demir-çelik işçiliğiyle çimento, seramik işçiliği yapmış;2019'da progresif dispne nedeniyle dış merkezdeki incelemelerde toraks BTde mediastinal-hiler lenfadenopati (LAP), bilateral yaygın parankimal infiltrasyon ve lingulada konsolidasyon alanı görülmüş, PET-BT'de patolojik tutulum izlenmemiş. Antibiyotiklere yanıtız hastada linguladaki lezyona yapılan TTİABx'de granülom düşünülerek sarkoidoz tanısı ile kısa süreli metilprednizolon denendikten sonra azatiopirin başlanmış. Şikayetleri gerilemeyen hastanın tarafımıza başvurusunda tüm tetkikleri tarandı ve iş-maruziyet dosyaları incelenerek sodyum silikat maruziyeti belgelendi. Tüberküloz ve bağ doku hastalığı dışlandı. Yapılan örneklemeler ve dış merkez patoloji preparatlarının yeniden incelenmesinde intersitisyel kalınlaşma, fibrotik alanlar ve yer yer dev hücre grupları görülmüş olup net bir granülom varlığı düşünülmeyen hastada bulgular ağır metal ve silika maruziyetine bağlı olarak kabul edilerek hasta takibe alındı.

Olgu-2: 38 yaş erkek hasta,28 yıllık mermer işçisi; 2016dan beri dispne, öksürük, balgam şikayeti ile başka bir merkezde tüberküloz, silikozis, sarkoidozis ön tanıları ile incelenmiş, toraks BTde mediastinel-hiler LAP, bilateral nodüler infiltrasyon ve konsolide alanlar görülmüş, PETBTde LAP ve parankimde yumuşak dokuda tutulum gösteren alanlara multiple bronş bx ve EBUS yapılmış. Biyopside granümatöz reaksiyon düşünülen hastaya deflazokort verilmiş. Kli-niğimize başvuran hastanın EBUS preparatları nonnekrotizan granülamatöz lenfadenitis olarak yorumlandı. Tüberküloz ve bağ doku hastalığı dışlandı. Maruziyetleri göz önünde bulundurularak siliko-sarkoidozis düşünülen hastaya metilprednizolon başlandı fakat doz azaltma aşamasında fonksiyonel progresyon olunca metotreksat eklenerek yanıt alındı.

Olgu-3: 52 yaş erkek hasta,20 yıl yaş emaye kaplama-pişirmede çalışmış; progresif dispne nedeniyle çekilen toraks BTsinde sentrilobüler nodüler opasiteler, mediastinal-hiler LAPlar görüldü. Tüberküloz ve bağ doku hastalığı dışlandı. Daha önce aldığı metilprednizolon altında radyolojik progresyonu olan hastada maruziyet ve anamnezle HP tanısından uzaklaşıldı. Sitolojik incelemelerde granülamatöz reaksiyon düşünülmedi. BAL'da CD4/8 oranı 1 saptanan hastada yaş emayede bulunan silika maruziyeti ile radyolojik özellikler de birleştirildiğinde silikozis ön planda düşünüldü.

Tartışma-Sonuç: Radyolojik olarak benzer paternde görülebilen bu iki hastalıkta maruziyetler ve sitolojik özellikler ayırıcı olmakla birlikte güncel literatür verileri göz önüne alındığında silika maruziyeti olan bir hastada sarkoidozis de olabileceği, silikozis-sarkoidoz birlikteliğinin bulunabileceği unutulmamalıdır. Ayırıcı tanı ile tedavi-takip planlarının belirlenmesi önemli olup uygun hastalarda her iki hastalık açısından ileri incelemeler ve yakın izlem önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Silikozis, Sarkoidozis, Meslek Hastalığı



PS-302 Komplike Silikozis Olgusunda Gelişen Akciğer Karsinomu

Seher Bakı¹, Gülden Sarı¹, Adem Koyuncu¹, Rabia Ezber¹, Cebirail Şimşek¹

¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Silikozis, solunabilir silika tozunun akciğerlerde birikmesiyle oluşan granülomatoz inflamasyon ve genellikle diffüz pulmoner fibrozise ilerleyen, kronik bir akciğer hastalığıdır. Progresif masif fibrozisi (PMF), patolojik olarak bağ dokusu ile kaynaşmış silikotik nodüllerin kümelenmesinden oluşur. Bu yazıda, PMF vakasında yeni gelişen akciğer karsinomu tanı süreci sunulmaktadır.

Olgu: 2017 yılı itibariyle pnömokonyoz tanısıyla takip edilmekte olan hasta iki hafta önce başlayan öksürük, balgam ve nefes darlığı şikayetlerinde artış olması üzerine polikliniğimize başvurdu. 35 yıl önce akciğer tüberkülozu tanısı alan hastanın o dönemde 5 yıl süreyle yeraltı taş ocaklarında dinamit patlatma işinde çalıştığı, tanı sonrasında işi bırakarak market işlettiği öğrenildi. Yapılan fizik muayenede oskültasyondaki yaygın ronkus dışında solunum sistemi muayene bulgusu yoktu. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde CRP yüksek (73 mg/l), 3 balgam ARB negatifti. PAAG'de sağ akciğer üst zonda plevraya oturan nodüler opasite ve sağda daha yoğun bilateral retikülönodüler dansite artışı vardı. Eş zamanlı çekilen HRCT'de sağ üst zonda daha belirgin olmak üzere sağ akciğerde plevral çekinti ve parankim distorsiyonu oluşturan, büyüğü 3.5 cm çapa ulaşan yer yer gruplaşma eğilimi gösteren, bir kısmı plevral-parankimal ayrımı net olarak yapılamayan, çoğunluğu çekintili konturlu çok sayıda nodüler kitle lezyonu izlendi. Malignite şüphesi ile çekilen PET-CT, bilateral sağda daha belirgin olmak üzere bir kısmı subplevral yerleşimli, bir kısmı konsolide görünümde büyüğü sağ akciğer üst lob apikal-posteriorda yaklaşık 20 mm çapında olmak üzere multiple nodüler lezyon alanlarında artmış metabolik aktivite tutulumları (SUVmax:9.87), mediastende bilateral paratrakeal, prekarinal, subkarinal, bilateral hiler, aortikopulmoner multiple yer yer konglomere görünümlü lenf nodlarında artmış metabolik aktivite tutulumları (SUVmax:12.58) raporlandı. Torakal MR hasta uyumsuzluğu nedeniyle çekilemedi. Eski BT leri ile güncel radyolojik görüntüler karşılaştırıldığında, yeni gelişen kitle lezyonlarında tipik radyolojik PMF bulgularının olmaması nedeniyle invaziv işlem planlandı. Sağ akciğer üst lobdaki 3,5 cm çapındaki nodüler kitle lezyona transtorasik iğne biyopsisi (TTiB) yapıldı, patoloji sonucu "Küçük Hücreli Dışı Karsinoma" olarak raporlandı.

PMF'de Akciğer Kanseri



Tartışma-Sonuç: Pnömokonyoz olgularında akciğer kanseri görülme sıklığı yüksektir. Torakal MR, PMF ile akciğer malignitesi ayırıcı tanısında kullanılabilir. Ancak hasta uyumsuzluğu ve deneyimli radyolog eksikliği nedeniyle kullanımı sınırlıdır. PMF de BT de tipik radyolojik bulgular iyi tanımlanmıştır. Pnömokonyoz tanılı hastalarda yeni gelişen kitle lezyonlarında, maruziyet ile temporal ilişki de kurulamaması halinde doku tanısı gerekebilir. Bu nedenle şüphelenilen olgular pnömokonyoz takibi açısından deneyimli merkezlere yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Silikozis, Akciğer Karsinomu, PMF

PS-303 İş Yerleri Bizi Anlıyor Mu?

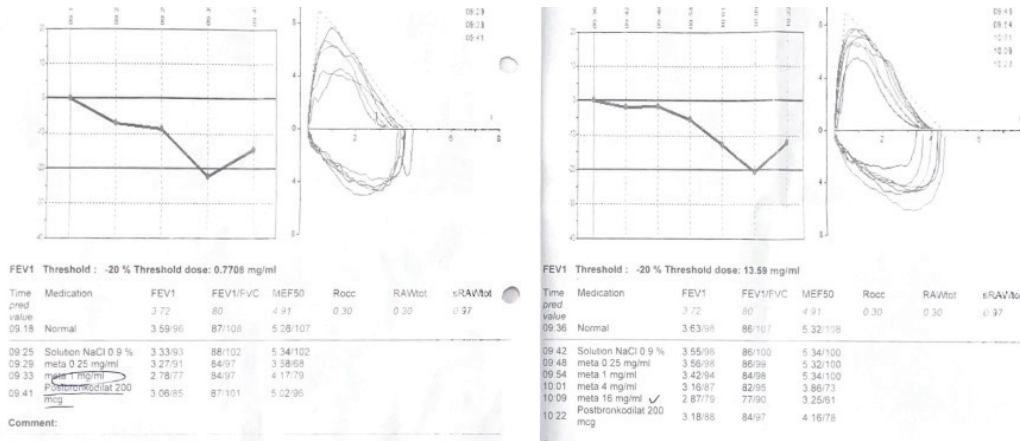
Saadet Ertaş¹, Güliden Sarı¹, Adem Koyuncu¹, Cebirail Şimşek¹

¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: İş ile ilişkili astım; mesleki astım (MA) ve işle alevlenen astım olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır. MA daha önce astım tanısı olmayan kişide iş yerinde belirli bir duyarlaştırıcı etkene maruziyet sonrası ortaya çıkan astımı tanımlamaktadır. İş yerinde alevlenen astım ise; astım tanılı hastanın iş yerinde spesifik olmayan duyarlaştırıcı maruziyeti ile semptomlarının kötüleşmesidir. Bu olgu sunumu ile astım tanısı alan hastanın iş yerinde proses değişikliği yapılması ile astım için daha riskli bir pozisyona alınması sonrasında semptomlarda kötüleşme ile meslek hastalığı kliniğinde tekrar değerlendirilerek meslek astım tanısı almasına dikkat çekmeyi amaçladık.

Olgu: 38 yaşında bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hasta yaklaşık 3 ay kadar önce hırıltı yakınması ile dış merkeze başvurmuş. Hırıltıya öksürük de eşlik ediyormuş ve gece sabaha karşı uyanmak zorunda kalıyormuş. Bu şikayetleri ile dış merkeze başvuran hastaya astım ön tanısı ile inhaler tedavi başlanmış. Meslek öyküsünde yaklaşık 10 yıldır gazaltı kaynağı yapan hastanın astım tanısı sonrası 3 ay önce işyerinde pozisyon değişikliği yapılmış. Kaynak dumanından uzaklaştırılmış ancak araçlara fiber sliken sıkıp tinerle temizleme işlemi yapılan bölüme alınmış. Ortamda fiber-tiner ve lastik kokusu varmış. Şikayetleri inhaler tedaviye rağmen azalmayan ve çarpıntı eklenen hasta mesleki astım ön tanısı ile polikliniğimize yönlendirilmiş. Polikliniğimizde değerlendirilen hastanın FM'de bilateral yaygın ronküsü mevcuttu. SFT: FVC:3,70 %83, FEV1:3,33 %89, oran:80, reversibilite negatif gelen hastaya bronş provokasyon testi (BPT) yapıldı. İşyeri sonrası BPT 1 mg ile pozitif gelirken, istirahat sonrası BPT 16 mg ile pozitif geldi (Şekil 1-2). Sonrasında hasta PEF takibine alındı. 14 günlük işyeri PEF takibinin 8 gününde PEF değişkenliği %20'nin üzerinde saptandı. 14 gün istirahat PEF takibinde ise PEF değişkenliği saptanmadı. Mevcut tetkikleri ile hastaya mesleki astım tanısı konuldu. İş yerine "iş hijyen koşullarının sağlandığı, uygun kişisel koruyucu donanımın kullanıldığı, partikül, toz, duman, kimyasal, gaz ve buharlardan uzak ortamda çalışması uygundur." şeklinde öneride bulunuldu.

İş yeri ve istirahat BPT



Şekil 1-2

Tartışma-Sonuç: MA dünya çapında yaygın bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte klinik bulgularının spesifik olması ve farkındalığının az olması nedeni ile olduğundan çok daha az tanı konulmaktadır. MA'ya neden olan 400'den fazla madde tanımlanmış olup her geçen gün listeye yenileri eklenmektedir. Krom, nikel, kobalt, demir, çinko gibi çeşitli metaller; metal kaplama işçilerinde ve paslanmaz çelik kaynakçılarındaki MA'ya neden olmaktadır. MA tanısı için öncelikle iyi bir anamnez ve meslek öyküsü ile hastalıktan şüphelenmek sonrasında tanı için gerekli objektif testleri yapmak gereklidir. SFT, ev ve iş yeri PEF takibi ve BPT günlük pratikte sık kullanılan testler arasındadır. Tedavide öncelik hastanın etkenden uzaklaştırılmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Mesleki Astım, Kaynak Dumanı



PS-304 Mazot Aspirasyonu Sonrası Gelişen Bir Lipoid Pnömoni Olgusu

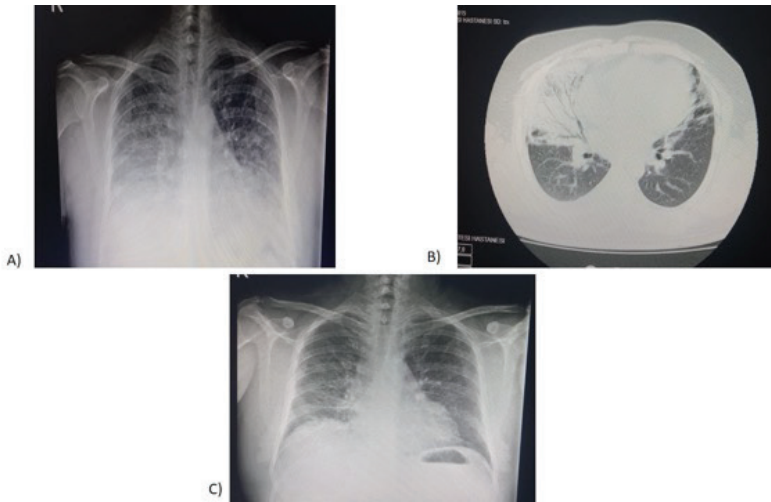
Rabia Şahin¹, Merve Yumrukuz Şenel¹, Mustafa Çolak¹, Hikmet Çoban¹, Fuat Erel¹, Nurhan Sarioğlu¹

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD

Giriş-Amaç: Lipoid pnömoni, eksojen veya endojen lipit içeren ürünlerin aspirasyonu veya inhalasyonundan kaynaklanan nadir bir hastalıktır. Geçmiş otopsi serilerinde görülme sıklığı %1 ile %2,5 arasında bildirilmektedir. Hastalıkla bağlantılı spesifik bir klinik özelliğin olmaması nedeniyle öykü tanıda çok önemli rol oynar. Klinikte hastaların yarısına yakınında hiç semptom görülmezken; semptomatik vakalarda ateş, öksürük, nefes darlığı, göğüs ağrısı görülebilmektedir. Radyolojik olarak akciğerde konsolidasyon, nodül ve buzlu cam gibi non-spesifik lezyonlar görülebilir. Kesin tanı, bronkoalveoler lavaj veya akciğer biyopsisi ile elde edilen, solunum sekresyonlarında lipit yüklü makrofajları gösteren histolojik özelliklerle konulur. Biz bu vakada eksojen mazot aspirasyonuna sekonder gelişen lipoid pnömoni vakasını anamnez almanın önemini ve bu vakaları yakın takip etmenin önemini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan, 30 paket-yıl sigara öyküsü olan 35 yaş, erkek hasta öksürük, nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Acil serviste yapılan tetkiklerde kan değerleri ve Toraks Bilgisayarlı Tomografide (BT) parankimal patoloji olmayan hasta, acil serviste oksijen ve nebül tedavisi sonrası taburcu edilmiş. Şoför olarak çalıştığı öğrenilen hastanın aracının mazotu bitmesi nedeni ile başka bir araçtan hortum aracılığıyla mazot aktarırken aspire ettiği öğrenilmiş. Hasta öksürükte artma, göğüste batır tarzda ağrı, nefes darlığı ve pembe renkli balgam şikayetleri olması nedeni ile aspirasyon sonrası 5. günde tarafımıza başvurdu. Gelişinde WBC: $10.4 \times 10^3/\mu\text{L}$, CRP > 200 mg/L idi. Hastaya 1mg/kg/gün iv Metilprednizolon tedavisi ve beraberinde Meropenem 3x1 gr başlandı. Takibinde hastanın şikayetleri geriledi, antibiyoterapi 14 güne tamamlanarak kesildi. Metilprednizolon tedavisi azaltılarak 32 mg tablet ile taburculuğu yapıldı. Kontrollerde semptomlarında belirgin azalma olan ve akciğer görüntüleme bulguları gerileyen hastanın tedavisi oral 16 mg metilprednizolon ile takibimiz devam etmektedir.

Olgunun Görüntüleme Bulguları



A), B) Mazot aspirasyonu sonrası 5. günde çekilen PA Akciğer Grafisi ve Toraks BT kesiti C) Birinci ay takibinde çekilen PA Akciğer Grafisi

Tartışma-Sonuç: Lipoid pnömoni, pnömonilerin ayırıcı tanısında öyküden de yola çıkarak aklımıza gelmesi gereken bir tanıdır. Özellikle vakamızda olduğu gibi aspirasyon sonrasında ilk saatlerde radyolojik olarak bulgu saptanmayabilir. Ancak hastaların aspirasyondan günler sonra semptom ve görüntüleme bulguları kötüleşebilmektedir. Bu nedenle hastaların yakın takip edilmesi önemlidir. Eksojen kaynaklı lipoid pnömoni olgularında tedavi açısından literatürde kesin öneriler olmadığı görüldü. Biz olgumuzda geniş spektrum antibiyotik tedavisi ile birlikte metilprednizolon uyguladık.

Anahtar Kelimeler: Lipoid Pnömoni, Mazot, Aspirasyon Pnömonisi

PS-305 Sigara İçmeyen Bir Madencide Mesleki Akciğer Kanseri: Olgu Sunumu

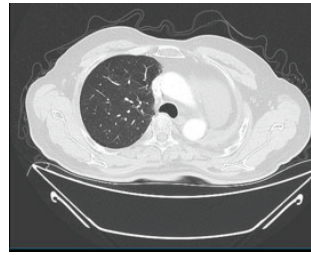
Ozan Ekim¹, Gülden Sarı¹, Rabia Ezber¹, Adem Koyuncu¹, Cebraail Şimşek¹

¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Mesleksel maruziyetler akciğer kanseri etyolojisinde önemli bir role sahiptir ve farklı endüstrilerde ve mesleklerde akciğer kanseri riskinin arttığı bildirilmiştir. Ancak maruziyetten dekatlar sonra gelişmesi ve multifaktöriyel doğası nedeniyle akciğer kanseri gelişimini mesleksel maruziyetlere atfetmek mesleki akciğer kanseri tanısının önündeki en önemli zorluktur. Bu yazıda sigara öyküsü ve ailesinde malignite öyküsü olmayan kömür madeni işçisinde gelişen mesleki akciğer kanseri olgusu sunulmuştur.

Olgu: 57 yaşında erkek hastanın kliniğimize başvurusunda uzun süredir devam eden halsizlik ve son 6 aylık süreçte belirginleşen nefes darlığı şikayetleri mevcut. Yaklaşık olarak 14 yıl önce nefes darlığı ve öksürük nedeniyle tetkik edilmiş. Süreç sonucunda akciğer adenokarsinomu tanısı almış, ardından sol pnömonektomi uygulanmış. 2009'da gerçekleştirilen sol akciğer pnömonektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu ile orta derecede diferansiye adenokarsinom tanısı almış. Hasta hiç sigara içmemişti. Meslek öyküsünden hastanın 20 yaşında yurt dışında taş kömürü madeninde çalışmaya başladığı, 11 yıl bu sürecin devam ettiği, bu süreçte yer altında kazmacılık, tahkimatçılık ve domuzdamcılık yaptığı öğrenildi. Ardından 3 yıl kadar aktif olarak çalışmadığı bir süreç bulunan hasta Türkiye'ye kesin dönüş yaptıktan sonra akciğer kanseri tanısı aldığı 47 yaşına kadar esnafılık yapmış. Akciğer kanseri tanısı aldıktan sonra malulen emekli olarak çalışma hayatını sonlandırmış. Fizik muayenesinde sol hemitoraks üzerinde operasyon skarları mevcuttu. Sol akciğerde solunum sesleri alınamıyordu. PAAG'de Trakea sağa devieydi, sol diafragma elevasyonu mevcuttu, sol hemitoraksta homojen dansite artışı mevcuttu. HRCT'de mediastinal vasküler yapılar ve kalpte sola doğru minimal yer değişikliği mevcuttu. Sağ akciğerde dik seyirli vasküler yapılar-dan ayrımı net olarak yapılamayan milimetrik boyutlu birkaç adet nodüler dansite saptanmıştı. Sol kot yapılarında yer yer heterojeniteler mevcuttu. Sol akciğer izlenmedi (Resim 1). 2009'da sol akciğer pnömonektomi ve mediastinel lenf nodu diseksiyonu uygulanmış ve patoloji sonucu geniş alanlarda nekrotik orta derecede diferansiye adenokarsinom ve 7 numaralı lenfatik istasyonda fibröz doku içinde nekrotik alanlar içeren tümör dokusu raporlanmıştı. Ek olarak çift kırıcı ile plevral komşulukta fokal sahalarda silika kristalleri olduğu vurgulanmıştı. Sigara kullanma öyküsü olmayan, ailesel kanser öyküsü tariflemeyen hastanın meslek ilişkili akciğer kanseri açısından riskli meslekler arasında sayılan yer altı taşkömürü madenciliğini 11 yıl süreyle yaptığı öğrenildi. Hastalık gelişimi ile maruziyet başlangıcı arasında geçen latent süre literatürde belirtilen süreyle uyumluydu. Meslek öyküsü, radyolojik ve patolojik bulgularla hastada mesleki akciğer kanseri olduğu kanaatine varılarak bildirimde bulunuldu.

Resim-1



Mediastinal vasküler yapılar ve kalpte sola doğru minimal yer değişikliği mevcut. Sol akciğer izlenmedi.

Tartışma-Sonuç: Tüm mesleki kanserlerin büyük bir kısmını oluşturan akciğer kanseri, en yaygın mesleki kanser olarak kabul edilir. Madencilik; yer altı madenciliği sırasında kayalarından radon izotoplarının salınımıyla ilişkili olarak radyasyon -ilişkili akciğer kanseri, silika maruziyeti ve yer altı madenciliği sırasında iş makinelerinden salınan dizel egzoz dumanları nedeniyle, akciğer kanseri için riskli meslek olarak tanımlanmaktadır. IARC 1997 yılında inhale kristal silikayı, 2012 yılında yayınlanan 11 toplum tabanlı vaka- kontrol çalışması sonuçlarından sonra da dizel egzoz dumanlarını insanlarda kanserojen olarak bildirmiştir. Kanser olgularında maruziyet ile hastalığın başlangıcı arasında geçen sürenin uzun olması sebebiyle etyolojik neden kimi zaman bulunamamaktadır. Hastaların ayrıntılı ve kronolojik meslek öykülerinin alınması ve mesleki maruziyetlerinin değerlendirilmesi etyolojinin saptanmasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Silika, Mesleki Maruziyetler



PS-306 Mikst Toz Pnömokonyozu

Ecem Bilensoy¹, Ayşe Bahadır¹, Barış Demirkol¹, Mehmet Akif Özgül¹, Sibel Yurt¹, Elif Altundaş Hatman², Özal Adıyake¹

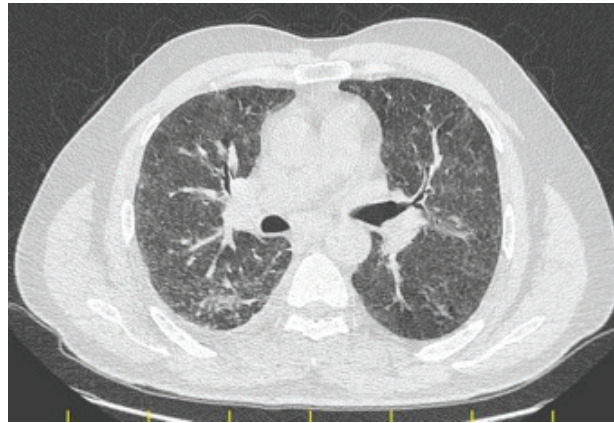
¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğerlerde biriken çeşitli inorganik tozlar nedeniyle meydana gelen hastalıklar, pnömokonyoz olarak adlandırılır. Ülkemizde, özellikle meslek kaynaklı pnömokonyoz vakaları oldukça sık görülür. Pnömokonyoz oluşturan başlıca mineral tozları arasında kömür tozu, silika, asbest ve berilyum bulunmaktadır. Kaynak işçilerinde, maruz kaldıkları dumanın içindeki demir oksit nedeniyle siderozis meydana gelmektedir ve bu maruziyet sona erdiğinde, akciğer bulguları genellikle geri döner. Eğer demir, bir miktar silika ile karışmışsa, bu durum silikosiderozise (mikst toz pnömokonyozu) yol açarak pulmoner fibroza sebep olabilir. Taş ocağı ve seramik işlerinde çalışanlar olmak üzere birçok meslek grubu risk altındadır. Bu vaka da diğer pnömokonyozlara göre daha nadir görülen mikst toz pnömokonyozunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 60 yaş erkek hasta, iki yıldır artan nefes darlığı ve ara ara öksürük şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Bilinen demans, hipertansiyon ve benign prostat hiperplazisi mevcuttu. Otuz yıl metal döküm işçisi olarak çalışıp emekli olmuş. Hem metal ve oksitleri hem silika maruziyeti mevcut. Hiç kuş beslememiş. 40 paket/yıl sigara öyküsü mevcut. Oskültasyonunda: Sol bazalde inspiryum sonu raller duyulmaktaydı. 09.09.2022 SFT: FEV1: 1.73 lt (%61) FVC: 2.17 lt (%61) FEV1/FVC: 79.9 DLCO: 18.9 lt (%67) Akciğer grafisinde bilateral tüm zonlarda, özellikle sağ akciğer alt alanda daha yoğun retikülönodüler görünüm ve bu alanda subplevral bölgede fokal yoğunluk artışı mevcut. 28.02.2022 Toraks BT'de hiler ve mediastende en büyüğü (22x12.5 mm) subkarinal alanda olmak üzere lenfadenopatiler görüldü. Bilateral akciğerlerde yaygın yer yer birleşme eğilimi gösteren buzlu cam yoğunluğunda sentrilobüler dansiteler izlenmektedir. Sağ akciğer orta lob medial segmentte ve alt lob posterior segment düzeyinde sekel fibrotik traksiyonlar izlenmektedir. Hastaya kriyobiopsi yapıldı. Patoloji sonucu: Yaygın bronş mukoza fibroantrokozis eşliğinde esmer inorganik madde birikimi (demir) anterior segmentte inorganik madde içeren histiositik dev hücreden zengin dev hücreli yabancı cisim tipi granülomatöz reaksiyon. Hasta meslek hastalıklarına yönlendirildi. Hastanın transbronşial biyopsi sonucu, mesleki maruziyet öyküsü ve radyolojik bulguları değerlendirildiğinde silikozis + metal pnömokonyozu (mikst toz pnömokonyozu) olarak değerlendirildi.

Toraks Bt Kesiti



Tartışma-Sonuç: Pnömokonyozlara bağlı belirtiler genellikle ilk maruziyetin başlamasından sonra oldukça geç dönemde görülürler ve spesifik değildir; genel bulgular şeklindedir. Tanıda en önemli unsurlar; pnömokonyoz yapıcı meslek öyküsü ve pnömokonyozla uyumlu radyolojik bulguların varlığıdır. Bizim hastamızda uzun süre mesleki maruziyeti ve radyolojik bulguları pnömokonyoz düşündürmüş olup patoloji sonucu tanı koydurmuştur. Tozlu işlerde çalışan işçilerin periyodik taramaları düzenli yapılmalıdır. Hastalarımızı değerlendirirken mesleki maruziyet sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pnömokonyoz, Miksttipnömokonyoz, Slika, Demir, Meslek Hastalığı

PS-307 Asemtomatik Seyirli Sement Emboli Olgusu

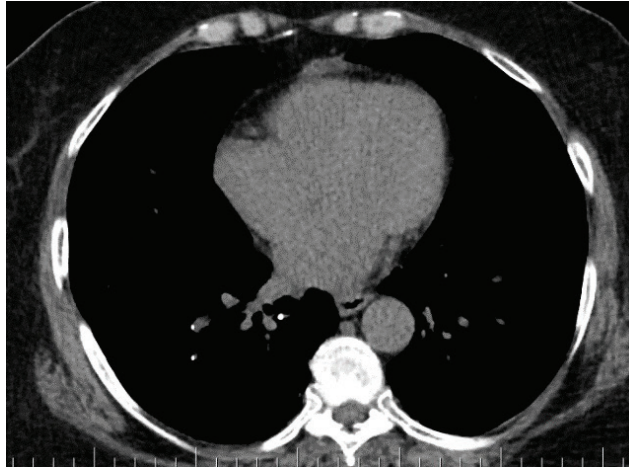
Tuba Bilgili¹, Nurhan Atilla¹, Hatice Feyza Topal¹

¹Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Perkütan vertebroplasti, zayıflamış vertebral yapıyı kuvvetlendirme amacı ile radyolojik görüntülemeler eşliğinde vertebral korpus içerisine perkütan polimetil-metakrilat (PMMA) enjeksiyonu işlemidir. Bu yöntem minimal invaziv bir işlem olmasına rağmen; lokal enfeksiyonlar ve sementin intravazasyonu en sık rastlanan komplikasyonlardır. Vertebroplasti sonrası pulmoner artere sement embolisi nadir ancak yaşamı tehdit eden bir komplikasyondur. Paravertebral alana sızan sement, azigos- hemiazigos venöz sistemine ve buradan da sağ ventriküle ve pulmoner artere ulaşmaktadır. Sementin vena kava inferiora migrasyonu ve bunun sonucunda pulmoner emboli gelişimi her zaman potansiyel bir risktir. Literatürde pulmoner sement emboli olgularının büyük çoğunluğu asemptomatiktir. Gelişebilecek semptomlar arasında taşikardi, hipoksi, hipotansiyon, kardiyak aritmi ve kardiyak arrest sayılabilir. Asemtomatik olgularda tedavisiz izlem yeterli iken semptomatik olan olgularda embolektomi veya 3-6 ay arası oral antikoagülan ilaç uygulaması seçilecek tedavi seçenekleri arasındadır.

Olgu: 59 yaş kadın hasta Crohn hastalığı nedeniyle infliximab tedavi başlanması planlanmış ve tüberkülin deri testi yapılması için Göğüs Hastalıkları polikliniğimize yönlendirilmiş olup asemptomatikti. Hastanın posterior anterior akciğer grafisinde nodüler opasiteler görülmesi üzerine (Şekil 1.) Kontrastsız Toraks BT istendi. Aktif solunumsal semptomu olmayan vitalleri stabil hastanın toraks BT sinde sağ alt lob ve sağ üst loba giden segmenter pulmoner arter dallarında hiperdens görünüm izlendi. (Şekil 1a-1b ve 2a-2b) Geçirilmiş tüberküloz öyküsü olmayan hastanın alınan anamnezinde Crohn hastalığı için yüksek doz steroid kullanımına bağlı olarak vertebra kırığı geliştiği ve 1 yıl önce vertebroplasti operasyonu yapılarak sement enjeksiyonu yapıldığı öğrenildi. Ayrıca L1 ve T11 vertebra korpusunda geçirilmiş vertebroplastiye ait kemik sement izlendi. Hastanın toraks BT'sinin radyoloji raporu sement embolisi lehine yorumlandı. Olgumuzda tüberküloz tutulumunu destekleyecek kavite, konsolidasyon, tomurcuklanan ağaç manzaraları gibi diğer radyolojik bulguların olmaması ve kalsifikasyonların endobronşiyal değil endovasküler tutulumlu olması tüberkülozu ekarte ettirdi. Ayrıca hastanın öyküsünde metastatik kalsifikasyon yaratacak diğer nedenlerin bulunmaması, vertebroplasti anamnezi olması, sement embolisi tanısı konmasında yardımcı oldu. Asemtomatik olan hastamız tedavisiz takibe alındı.

ŞEKİL 1A



Tartışma-Sonuç: Perkütan vertebroplasti sonrası pulmoner sement embolisi, asemptomatik seyirden hipotansiyon hipoksemi, aritmi ve kardiyak arrest gibi hayatı tehdit eden sonuçlara yol açabilen nadir bir komplikasyondur. Ayırıcı tanı açısından, tümüyle akciğer parankimi ile çevrili, pulmoner arter ile ilişkisi olmayan ve komşuluğunda skar dokusu bulunan düzgün sınırlı opasiteler emboliden çok kalsifiye granülom olarak değerlendirilmelidir. Vertebroplasti öyküsü olan her hastada hipoksemi ,arritmi ,kardiyak arrest gibi durumların varlığında sement embolisi de ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Sement Embolisi, Vertebroplasti

**PS-308 Plevral Sıvıdan Malignite Tanısı Alan Silikosiz Olgusu**

Elif Selçuk¹, Elif Akıncı¹, Aslıhan Gürün Kaya¹, Deniz Doğan Mülazımoğlu¹, Serhat Erol¹, Akın Kaya¹

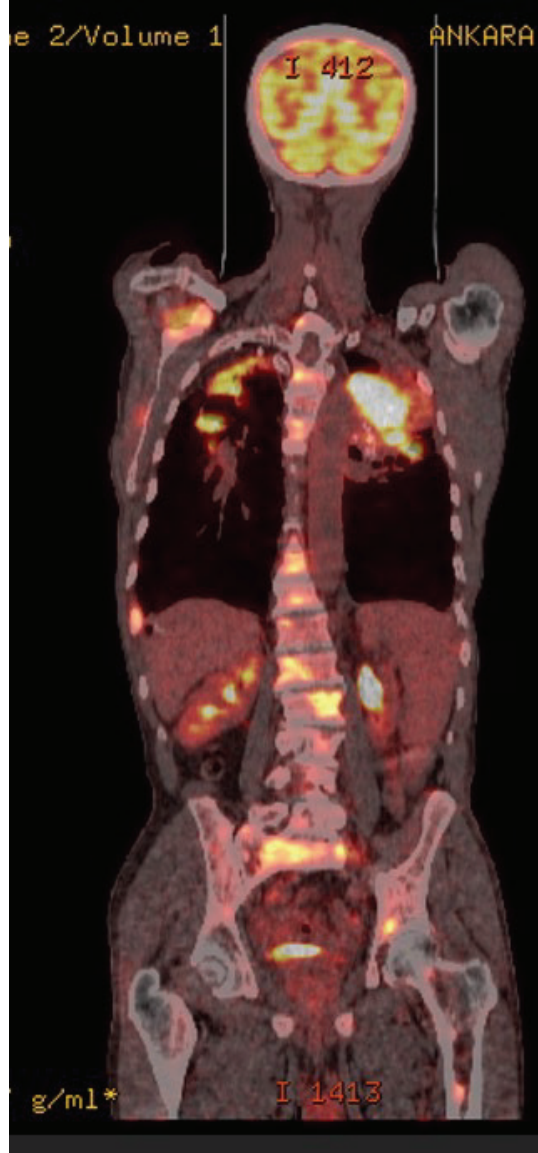
¹Ankara Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Silikosiz, silika kristallerinin inhalasyonu ile gelişen mesleki akciğer hastalığıdır. Radyolojik olarak toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) bilateral, simetrik, sentrilobüler ve perilenfatik keskin sınırlı nodüller, buzlu cam alanları, yamasal tarzda konsolidasyon ve hiler lenf nodu büyümesi görülebilir. Radyoloji ilerledikçe klinik semptomlar da ağırlaşır. Ayırıcı tanıda radyolojik görünümü taklit eden enfeksiyonlar, malignite, romatoid nodüller, sarkoidoz, pulmoner langerhans hücreli histiositozis, pnömoni, akut respiratuar distress sendromu (ARDS), kalp yetmezliği, difüz alveoler hemoraji sayılabilir. Fluorine-18-fluorodeoxyglucose (18F-FDG) pozitron emisyon tomografide (PET) de artmış metabolik aktivite saptanabilir. Ayrıca epidemiyolojik çalışmalarda da silikosiz ve artmış akciğer kanseri riski arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.

Olgu: Bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı, silikosiz tanıları olan 71 yaş erkek hasta kliniğimize toraks BT'sinde kitle görünümüleri mediastinal lenfadenopatileri, sol hemitoraksta plevral sıvısı, kosta ve vertebralarda sklerotik lezyonları olması nedeniyle yönlendirildi. Öyküsünde 15 paket-yıl sigara öyküsü olduğu, madende 19 yıl çalıştığı ve 40 yıl önce tüberküloz öyküsü olduğu öğrenildi. Hastaya çekilen PET-BT'de bilateral üst lobda yumuşak dokuda, mediastinal, sol supraklavikuler lenf nodlarında, iskelet sisteminde patolojik aktivite birikimleri saptandı. Mevcut bulgular ile ayırıcı tanıda silikozis, malignite ve akciğer tüberkülozu reaktivasyonu düşünüldü. Mediastendeki lenf nodlarından endobronşial ultrasonografi (EBUS) ile örneklem yapıldı, bronş lavajı alındı. EBUS sitoloji sonucu malignite yönünden negatif fibrotik antrakozik lenf nodülü, raporlandı. Lavaj yaymaları da malignite yönünden negatif değerlendirildi. Alınan örneklerden gönderilen ARB boyaması negatif saptandı. Mevcut bulgularda malignite dışlanamayacağı için hastaya sağ akciğer üst lobdaki PET-BT'de artmış metabolik aktivite gösteren lezyondan BT eşliğinde transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı; sitoloji sonucu yaygın kollojen fibrosiz ve antrakozis, malignite yönünden negatif, raporlandı. Silikosizli olgularda klinik olarak plevral sıvı, radyolojik olarak iskelette patolojik aktivite gösteren lezyonlar rutin beklenmeyeceği için malignite kuşkusu devam eden hastanın sol hemitorakstaki plevral efüzyonundan örnek alındı. Sitoloji sonucu adenokarsinom ile uyumlu olarak raporlandı. Moleküler incelemede ALK negatif, zayıf PD-L1 ekspresyonu saptandı. Hasta onkolojiye yönlendirildi.

Tartışma-Sonuç: Silikosizi olan hastalarda radyolojik bulgular ve PET-BT de artmış metabolik aktivite varlığı silikozisin kendisi ile ilişkili olabileceği gibi, silikoziste artmış oranda görülen malignite ve tüberküloz ile ilişkili olabilir. Bu nedenle bulguların ayrıntılı değerlendirilmesi ve tanıyı kesinleştirmek için gerekli histopatolojik örneklemeler gerekebilir.

Plevral Sıvıdan Malignite Tanısı Alan Silikosiz Olgusunda Pet-BT Görüntüsü



Her iki akciğer üst lobda mevcut yumuşak doku yapılanmalarında nonhomojen patolojik aktivite birikimleri

Anahtar Kelimeler: Silikosiz, Malignite, Plevral Sıvı

**PS-309 Pediatrik Hastada Dev Hidatik Kist: Olgu Sunumu**

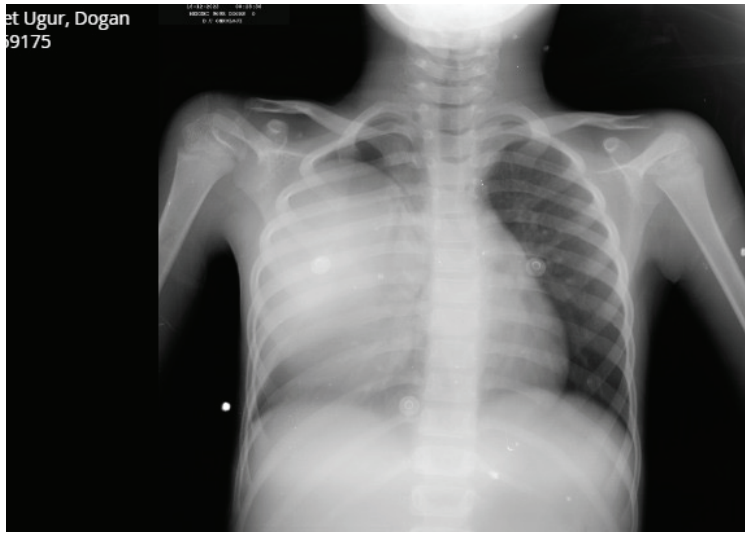
Metin Çelik¹, Edip Dedeoğlu¹, İlyas Konuş¹, Mahmut Yıldız¹, Orhan Kızılelma¹, Muhammed Sami Basmacı¹, Deniz Akelma¹, Serdar Onat¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, Diyarbakır

Giriş-Amaç: Hidatik kist, echinococcus granulosusun neden olduğu ve yılda 2 milyondan fazla insanda hastalık yapan paraziter bir hastalıktır. Özellikle tarım ve hayvancılığın yaygın olduğu ülkelerde sık görülür. Köpek, çakal ve kurtlar gibi et yiyen canlılar ana konaklar olup koyun, siğir keçi, domuz ve deve gibi ot ile beslenen hayvanlara ara konaktır. Tüm organlarda hastalık yapma potansiyeli olmasına rağmen en sık karaciğer ve akciğere yerleşen paraziter bir hastalıktır. Amacımız pediatrik hastalarda nadir karşılaşılan bir dev hidatik kist olgusunu sunmaktır.

Olgu: 7 yaşında erkek hasta öksürük, göğüs ağrısı ve nefes darlığı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenede sağ hemitoraksta solunum sesleri azalmıştı. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit:11.100 mCL, Hb: 14,7 g/dL, Hct: 43 Plt:372.000 mm³, CRP:50 mg/L (N:0-5), INR:1,1 olarak ölçülmüştü. Çekilen posterior-anterior akciğer grafisinde (PAAG) sağ hemitoraks subtotal opak izlendi (Resim 1). Hastaya kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. Toraks BT'de sağ akciğer orta lobda 10 cm boyutunda kalın duvarlı kistik lezyon izlendi. Toraks BT görüntüsü hidatik kist ile uyumlu olduğundan 5 günlük antibiyoterapi sonrası enfeksiyon parametrelerinin düşmesiyle hastaya cerrahi planlandı. Sağ posterolateral torakotomi ile toraksa girildi, hidatik kist sıvı ponksiyonu sonrası germinatif membran çıkarılarak kapitonaj uygulandı. Postoperatif 2. günde PAAG'de bilateral akciğerler tam ekspansiyon, drenaj olmaması üzerine toraks tüpü sonlandırıldı. Postop 3. günde kontrol PAAG sonrası hastaya Albendazol tedavisi başlanarak hasta eksterne edildi.

İlk başvuru PAAG'si



Tartışma-Sonuç: Akciğer dokusunun süngerimsi yapısından dolayı kist akciğerde diğer organlardakinden daha büyük boyutlara ulaşarak daha erken semptom ve bulgu verebilir. Dev hidatik kistlerde semptom ve bulgular kist perfore olduktan sonra basit hidatik kistlere göre daha kötü olabilmektedir. Ayrıca dev kistler, rüptüre olmaları halinde içerdikleri sıvı miktarının fazla olması ve kist membranının büyüklüğü nedeniyle acil girişim gerektiren solunum yolu obstrüksiyonu tablosuna yol açabilirler. Dev kistlerde, basit kistlere nazaran cerrahi prosedürün uygulanımı daha zordur ve postoperatif dönemde daha sık komplikasyon görülebilir. Cerrahi tedavideki amaç, parazitin eradike edilmesi, kist perforasyonunun önlenmesi, kistotomi sonrası kalan kavitenin kapatılmasıdır. Birçok cerrahi yöntem olmakla birlikte cerrahi tedavide temel prensip olabildiğince akciğer parankimi korunmalı ve radikal yöntemlerden kaçınılmalıdır. Dev hidatik kistlerde rezeksiyon oranı %6,6-13 olarak bildirilmiştir. Klinik tecübelerimize dayanarak özellikle pediatrik hastalarda mümkün oldukça akciğer rezeksiyonu yerine parankim koruyucu cerrahi tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, Hidatik Kist, Kistotomi



PS-310 Bronşektazi ve/veya KOAH Hastalarında Alfa1-Antitripsin Taraması Sonuçları

Şeyma Yayan¹, Ayşe Baççioğlu¹, Feyzullah Esat Yazar¹, Ayşe Füsün Kalpaklıoğlu¹, Elif Kaleli¹

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliği, otozomal dominant geçişli başlıca akciğerde amfizem ve bronşektazi, siroz ve pannikülite yol açabilir. AAT, 14. Kromozomdaki iki allelden oluşan SERPINA1 geni tarafından kodlanmaktadır. Normal homozigot genotip PiMM %90 sıklıktadır ve %100 AAT salınımı olmaktadır. AAT genindeki nokta mutasyonlar sonucunda AAT eksikliği meydana gelmektedir ve en yaygın eksiklik S ve Z formlarıdır. Hiç sigara içmeyenlerde dahi amfizem gelişimine karşı artmış risk olarak kabul edilmektedir. Çalışmanın amacı genetik geçişli nadir bir hastalık olan ATT eksikliğinin bronşektazi ve/veya KOAH hastalarında sıklığını belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma Ekim 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında retrospektif, klinik ve gözlemsel bir çalışmaydı. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine başvuran bronşektazi ve/veya KOAH tanılı hastalardan kan vermeyi kabul edenlerde parmak ucu kanından ATT için genotip çalışması yapıldı. Ayrıca, retrospektif olarak demografik özellikleri ve radyolojik bulguları kaydedildi. Bu test, genomik DNA'nın polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) ile çoğaltılmasına ve ardından Luminox xMAP teknolojisi kullanılarak allele özgü problarla hibridizasyonuna dayanmaktadır.

Bulgular: Yaklaşık 20 aylık süre içerisinde 57 hasta (E/K: 38/17) çalışmaya dahil edildi. Grubun yaş ortalaması 64.5 yıl idi. Hastaların hepsinde bronşektazi varken 30 kişide KOAH, 13 kişide astım, 5 kişide akciğer kanseri ve 1 kişide interstisyel akciğer hastalığı eşlik etmekteydi. Tütün kullanımı hastaların %52.63'de hiç yokken, %47.37 oranında aktif veya geçmişlerinde mevcuttu (%77.27'si >30p/y üzerinde tüketim+). KOAH hastalarının beklenen %FEV1 değerleri; 5 kişi >%80, 9 kişi %80-50, 8 kişi %49-30, 8 kişi <%30 idi. Toraks BT'de amfizem tipleri; sentrlobüler (n: 12), büllöz (n: 2), paraseptal (n:7), paraskatrilyel (n:1) idi. Neredeyse tüm hastalarda ATT genotiplemesi PiMM gelirken, sadece 1 kadın hastada PiPlowell geldi. Bu hasta 10 yıldır kliniğimizde takipte olup yaklaşık her yıl hastane yatışı ve son 1 yıldır evde O2 kullanımı vardı. Hiç sigara içmemiş ve biomass maruziyeti yoktu. Kronik hastalık anemisi dışında ek hastalık yoktu. Toraks BT'de alt loblarda panlobüler amfizem, birkaç adet hava kisti ve peribronşial kalınlaşmalar dışında, takiplerde her iki akciğerde periferik tomurcuklanmış ağaç ile uyumlu yer yer buzlu cam dansitesi zemininde milimetrik retikülonodüler dansite artımları mevcuttu. Hastaya ATT replasman tedavisi ileri yaş olması nedeniyle uygun bulunmadı.

Tartışma-Sonuç: Bu sonuçlar ATT eksikliğinin çok geç yaşta fark edilebileceğini, amfizemden çok sık enfeksiyonla karakterize bronşektazi ağırlıklı olabileceğini ve eşlik eden karaciğer disfonksiyonunun olmadığını göstermesi açısından ilginçtir. Bu nedenle ATT genetik çalışmasının, özellikle bronşektazi ve panlobüler amfizem eşlik eden hastalarda yapılması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Amfizem, KOAH, Alfa-1 Antitripsin

**PS-311 KOAH'ta Tedavi Tercihi ve Tedavi Uyumuna İlişkin Hasta Perspektifleri**

Miguel Román Rodríguez¹, Ilona McMullan³, Christopher Compton³, Raj Sharma³, Ruth Tal-Singer⁴, MeiLan King Han⁵, Merve Demirkaynak⁶

¹Centro de Salud Dra. Teresa Pique, Mallorca, İspanya

²Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (IdISBa), Mallorca, İspanya

³GSK, Londra, Birleşik Krallık

⁴COPD Foundation, Washington, DC, ABD

⁵Michigan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pulmoner ve Kritik Bakım Tıbbi Bölümü, MI, ABD

⁶GSK, İstanbul, Türkiye

Giriş-Amaç: Yaşam tarzı değişiklikleriyle birlikte ilaçlar KOAH yönetiminde öncelikli yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Çalışmada KOAH yönetiminin optimize edilmesi amacıyla, tedavi tercihi ve tedavi uyumuna ilişkin hasta görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Hasta ve hizmet sağlayıcılara ait kalitatif içgörü verileri 2021 yılında üç kaynaktan toplanmıştır: Sağlık çalışanları ile GSK arasındaki etkileşimler, sosyal medya siteleri (uzman ve uzman olmayan); ve bağımsız bir online hasta anketi. Ortak temaların belirlenmesi için anahtar kelimeler kullanılarak verilerin anonimleştirilmesi, derlenmesi ve kategorize edilmesi amacıyla bir içerik analizi yöntemi kullanılmıştır.

Bulgular: Sağlık çalışanı etkileşimleri 2966 adet veriden oluşmaktadır ve sağlık çalışanı tarafından bildirilen hasta içgörü verilerini sunmaktadır. Sosyal medya verileri 988 gönderiyi içermektedir (bunların bir alt kümesi [n=153] %97 oranında 41-81 yaş arası hastaları içermektedir). Ankete katılan 44 kişi içerisinde 33 hasta (hafif-orta şiddetli KOAH) ve 20-69 yaş arası 11 bakım veren yer almaktadır. Sağlık çalışanları/GSK etkileşimlerinden ve sosyal medyadan elde edilen bilgilere göre, hastaların hastalık ve tedavi seçeneklerini anlama noktasında eksiklikleri bulunmaktadır ve bu da hasta eğitiminin iyileştirilmesi ihtiyacını vurgulamaktadır (Tablo). Tedavi tercihi konusunda, hastalar, tek dozun (üçlü tedavi) birkaç farklı inhaler tedaviden daha uygun olduğunu ve tedavi uyumunu artırabileceğini bildirmişlerdir (Tablo).

Tablo. Hastanın tedavi seçenekleri konusunda farkındalığı ve tercihi

Hastanın tedavi seçenekleri konusunda farkındalığı	Hasta tedavi tercihi
KOAH hastaları (yeni ve mevcut hastalar), tedavi seçenekleri hakkında tavsiye almak için hem uzman olan hem de uzman olmayan sosyal medya sitelerini kullanıyor Cihazlar ve diğer tedavilerin (steroidler dahil) kullanımını içeren eğitimler ve hem uzman hem de uzman olmayan siteler aracılığıyla aranmaktadır. Hastalar tek doz/cihazın faydalarını anlamıyor. (mVoC*) Hastaların hastalık hakkında farkındalık yetersizdir (mVoC ve sosyal medya)	Tekli tedaviye karşı üçlü tedavi - o Erişim ve kullanım kolaylığı. - o Hastalar tek dozun (üçlü tedavi) farklı tedavilerden daha uygun olduğunu düşünüyor. ▪ “Kolaylık sağlamak için bir doz ve süreyi kapsamak için iki doz” (sosyal medya, n=988 gönderi) ▪ “Üçlü tedavi çok daha kullanışlı ve faydalı oluyor gibi görünüyor” [Yeni Hasta] ▪ “Tek doz, üçlü tedavileri diğer birçok ilaçtan daha kullanışlı kılıyor” (Hasta anketi ve sosyal medya) - o ABD’deki hastalar üçlü tedavinin uzun vadede daha ucuz olduğunu ve işveren veya devlet sigortasında daha ucuz olduğunu bildiriyor. ▪ “Üçlü tedaviler sigorta tarafından daha ucuzdur ve numuneler sağlanmaktadır (ABD) (Sosyal Medya)

KOAH, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; mVoC, Müşterinin medikal yorumları

*mVoC, Sağlık çalışanları/hastalar ve GSK arasındaki etkileşim sonrasında elde edilen verileri tanımlar; bunlar, karşılanmamış tıbbi ihtiyaçlar, tedavi kılavuzları/yaklaşımları ve hastalık yükü hakkındaki geri bildirimleri içerir.

Tartışma-Sonuç: Bu analiz, yetersiz düzeydeki hastalık farkındalığı ve cihaz/dozaj eğitimi de dahil olmak üzere hasta tedavi tercihi ve uyumu ile ilgili ortak temaları ortaya koymuştur. Finansman: Çalışma, GSK sponsorluğunda gerçekleştirilmiştir.

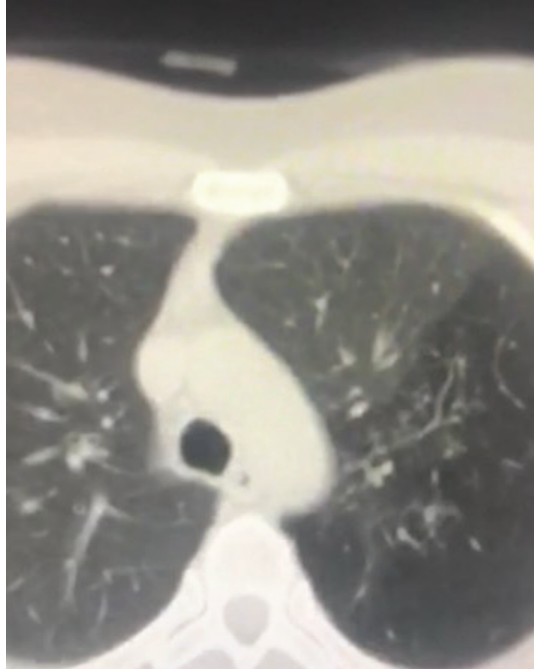
Anahtar Kelimeler: KOAH Yönetimi, Birinci Basamak, Eğitim

**PS-312 Nadir Olgu, Swyer-James (MacLeod) Sendromu**Ayşe Solak¹, Şehriban Çağlak Kardeş¹¹Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Swyer-James Macleod Sendromu, ana bronşial hava yolu tıkanması olmadan tek akciğer lobunun havalanma fazlalığı ile hiperlusens görünümü ve azalmış vaskularite ile karakterize radyolojik bir durumdur. Hastalar genellikle asemptomatiktir, başka nedenlerle çekilen akciğer grafisinde rastlantısal olarak tanı konulursa da öksürük, azalmış egzersiz toleransı, hemoptizi ve kronik akciğer enfeksiyonları ile hastaneye başvuran hastalar da vardır

Olgu: 35 yaş erkek nefes darlığı yakınması ile başvurdu, bilinen hastalığı yoktu. Sigara kullanmıyor, allerji yok ,geçirilmiş tüberküloz öyküsü yoktu.Fizik muayenede sol tarafta solunum sesleri azalmıştı. Sağ tarafta muayene normal parmak pulse satürasyon %96 idi. Çekilen paag de sol akciğerde lüsensi artışı izlendi. Eski pa akciğer grafilerinde de benzer görüntünün olduğu izlendi. Toraks bilgisayarlı tomografide sağ ana pulmoner arter ve sağ akciğer vaskülatitesi normal görünümdeyken, sol ana pulmoner arter hipoplazik ve dalları normalden ince görünümdeydi. Perfüzyon sintigrafisinde yaygın perfüzyon defekti mevcuttu. Ventilasyon sintigrafisindeki lezyonlar perfüzyon sintigrafisi ile uyumlu idi. Hastaya mevcut bulgularla Swyer-James-Macleod Sendromu tanısı konuldu.

Bilgisayarlı tomografi



Tartışma-Sonuç: Mac leod sendromu tanı konulamadığı ve bu nedenle uygunsuz tedavinin verildiği durumlar mevcuttur. Hastalar genellikle KOAH, astım gibi tanılar almaktadır. Bu sebeple atipik dağılımlı pulmoner amfizemi, tek taraflı hiperlüsensisi olan olgularda Mac Leod sendromu ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmeli ve erken tanı almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sywer James Mcload

PS-313 Alfa 1 Antitripsin Eksikliğine Bağlı Kistik Akciğer Hastalığı Olgu Sunumu

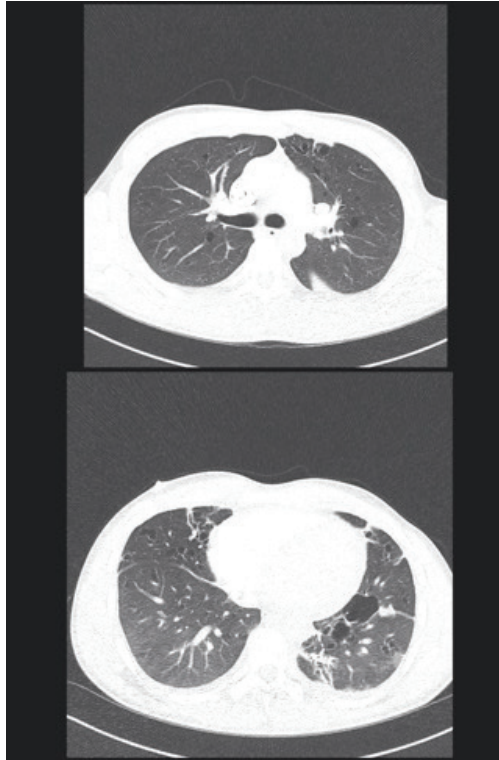
Simay Tankut Doğan¹, Fatma müge Batı Alyurt¹, Efecan Haskan¹, Merve Dilşad Atasever¹, Nurdan Şimşek Veske¹, Gülşah Günlüoğlu¹

¹SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliği, özellikle akciğer, karaciğer ve cildi etkileyen yaygın hereditör bir bozukluktur. Otozomal resesif geçiş gösterir. AAT-1 eksikliği SERPINA1 gen mutasyonu sonucu oluşur. Eksikliğinde akciğerde sıklıkla KOAH ve bronşektazi gibi hava yolu hastalıkları görülmektedir. Çok erken yaşta tespit edilmiş kistik- bronşektazik değişikliklere yol açan AAT eksikliği vakasını sunuyoruz

Olgu: 19 yaşında erkek hasta tarafımıza iki aydır olan iki taraflı göğüs ağrısı ile başvurdu. Bilinen ek hastalığı ve sigara kullanım öyküsü yoktu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde kistik akciğer görüntüsü ve yer yer bilateral bronşektazik alanlar mevcuttu. (Şekil 1) Başka bir merkezde tanı amaçlı bronkoalveolar lavaj (BAL) ve transbronşial biyopsi(TBB) yapılmıştı. TBB patoloji sonucunda; kistik akciğer hastalıkları tanısında yer alan lenfositik interstisiyel pnömoni ve Lenfanjiyoleyomiyomatozisi destekleyecek histomorfolojik bulguya rastlanmamıştı. Hastanın ayırıcı tanıya yönelik tetkiklerinde AAT düzeyi 0,18 (0,9-2) olarak tespit edildi. AAT eksikliği olan hastadan fenotiplendirme istendi . Replasman tedavisine başlandı

Şekil-1



Tartışma-Sonuç: AAT eksikliğinde erken başlangıçlı yaygın panasiner amfizem görülmektedir ve akciğerin kistik hastalıkları da ayırıcı tanıya girmektedir. Bizim hastamızda henüz tedavi sonuçları ile ilgili veriye sahip olmasak da replasman tedavisi ile özellikle KOAH’ da prognozu iyileştirdiğini gösteren sonuçlar yayınlanmaktadır. Olgumuzda da olduğu gibi genç yaşta akciğerde kistik- bronşektazik değişiklikler ile karşımıza gelen hastalarda basit bir kan testi ile tanıya ulaşmanın mümkün olduğu AAT eksikliği akılda tutulmalıdır

Anahtar Kelimeler: Alfa-1 Antitripsin KOAH Bronşektazi Kist



PS-314 Alfa-1 Antitripsin Eksikliği: Üç Olgu ile

Deniz Doğan Mülazımoğlu¹, Miraç Öz¹, Gökhan Çelik¹, Sevgi Saryal¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

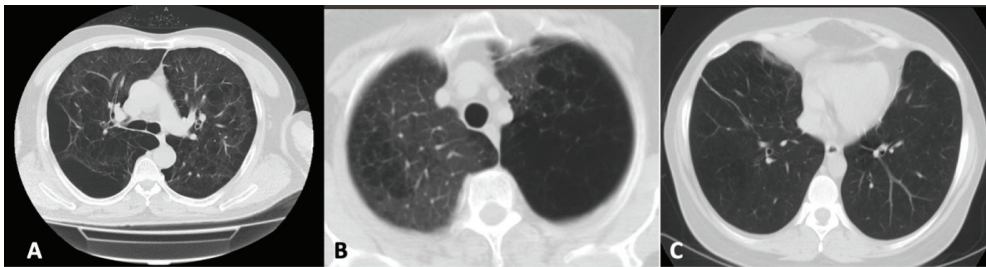
Giriş-Amaç: Alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliği güçlü bir proteaz inhibitörü olan AAT'nin yetersizliğiyle karakterize, otozomal resesif kodominant geçiş gösteren kalıtsal bir patolojidir. AAT eksikliği genellikle siroz ve hepatoselüler karsinoma gibi karaciğer hastalıkları, erken başlangıçlı kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), pannikülit, vaskülit gibi ekstrapulmoner hastalıklara neden olmaktadır. AAT eksikliğinin yetişkinlerde en sık yol açtığı hastalık erken başlangıçlı panasiner amfizemdir. Serum AAT konsantrasyonu normal ortalama değerin %35'inden düşük ($\leq 11 \mu\text{mol/L}$) olan olgularda ağır amfizem gelişir. Solunum semptomları klasik KOAH'tan farklı olarak 30-40 yaşlarında başlar ve hastalık özellikle sigara içenlerde veya mesleki ekspozisyonu olanlarda hızlı ilerleme gösterir. Homozigot olgulara alfa-1 antitripsin replasman tedavisi başlanması gerekmekte olup heterozigot olguların takipte FEV1 kaybı ve semptomları sorgulanarak replasman tedavisi gerekliliği değerlendirilmelidir. Ülkemizde ve dünyada nadir görülen bir kalıtsal patoloji olması nedeniyle kliniğimizde AAT replasman tedavisi alan üç olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Olgu 1: Elli altı yaşında erkek hasta, 46 yaşında KOAH tanısı almış. Takiplerinde toraks bilgisayarlı tomografi-sinde (BT) yaygın amfizem alanları olması nedeniyle gönderilen serum AAT seviyesi 0.169 g/L olarak sonuçlanmıştır. Genetik test sonucunda homozigot PiMmaltonMmalton olarak saptanmış ve AAT replasman tedavisi başlanmıştır. Pandemi döneminde COVID-19 tanısıyla hospitalize edilmiş ve COVID-19'u hafif semptomlarla geçirmiştir.

Olgu 2: Sigara içme öyküsü olan 51 yaşında kadın hastanın 2012 yılında nefes darlığı nedeniyle yapılan tetkiklerinde toraks BT'de yaygın amfizem alanları saptanmıştır. Serum AAT düzeyi 0,415g/L olduğu için yapılan genetik incelemede PiZZ alleli saptanmış ve hastaya AAT replasman tedavisi başlanmıştır. Hasta 2020 yılında COVID-19 nedeniyle exitus olmuştur.

Olgu 3: Kırk bir yaşında kadın hastada, dispne etiyolojisi için yapılan spirometride obstrüktif ventilatuar defekt ve toraks BT'de hava hapsi alanları saptanmıştır. Serum AAT düzeyi 0,184 g/L olarak sonuçlanmıştır. Genetik olarak heterozigot PiMZ olan hastaya semptomatik ve ileri derecede FEV1 düşüklüğü olması nedeniyle AAT tedavisi başlanmıştır. Tablo 1'de olguların özellikleri, Şekil 1'de toraks BT bulguları gösterilmiştir.

Şekil 1. Olguların Toraks BT kesitleri A. Olgu 1, bilateral amfizem alanları ve bülleler B. Olgu 2, solda daha belirgin bilateral amfizem alanları C. Olgu 3, bilateral alt zonlarda hava hapsi ve amfizem alanları



Tablo 1. Alfa 1 antitripsin eksikliği olgularının demografik ve genetik özellikleri

	OLGU 1	OLGU 2	OLGU 3
Genetik varyant	PiMmaltonMmalton Homozigot	PiZZ Homozigot	PiMZ Heterozigot
Yaş	46	51	41
Cinsiyet	E	K	K
Sigara öyküsü	35 paket-yıl	15 paket-yıl	20 paket-yıl
Karaciğer hastalığı	+	-	-
Serum AAT düzeyi, g/L	0.169	0,415	0,184
Tedavi süresi	4 yıl	3 yıl	4 yıl
Tedavi öncesi FEV1	1460 ml, %46	620 ml, %23	1050 ml, %38
Tedavi sonrası FEV1	1280 ml, %43	650 ml, %30	1550 ml, %61
Takip süresince hastane başvurusu/ atak sayısı	2	3	2

Tartışma-Sonuç: AAT eksikliği olan bireylerde amaç akciğer hastalığı gelişmesinin önlenmesidir. Ağır eksikliği bulunan bireyler sigarayı bırakmalı, aile öyküsü sorgulanmalı, genetik danışmanlık verilmeli ve KOAH gelişimini kolaylaştıracak çevresel ve mesleki risk faktörlerinden uzak durması sağlanmalıdır. Bronkodilatör tedavi kullanımı hastanın dispne şiddeti, FEV1 düzeyi ve atak sıklığına göre klasik KOAH hastalarında olduğu gibi yapılmalıdır. Genç yaşta amfizem ile başvuran hastalarda mutlaka serum AAT düzeyi istenmelidir. AAT replasman tedavisinin haftada bir kez 60 mg/kg intravenöz olarak uygulanması önerilmektedir. AAT eksikliğinde asıl tedavi karaciğer transplantasyonu olup amfizem gelişen ileri olgularda akciğer transplantasyonu da yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Alfa-1 Antitripsin, Amfizem, KOAH



PS-315 Nadir Bir Vaka, Kombine Pulmoner Fibrozis ve Amfizem Sendromu

İnci Selimoğlu Karateke¹, Neslihan Özçelik¹, Elif Kapdan¹, Ünal Şahin¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

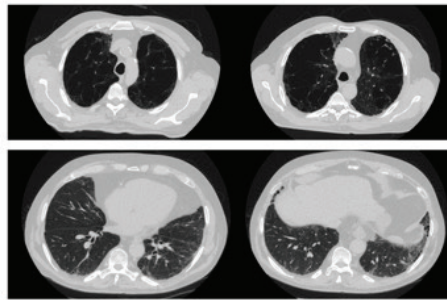
Giriş-Amaç: Kombine pulmoner fibrozis ve amfizem sendromu (KPFA) akciğerin üst loblarında amfizem ve alt loblarında fibrozis ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. İdiopatik interstisyel pnömoniler ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) 2 ayrı başlıkta incelenen hastalıklar olmakla birlikte ilk kez 2005 yılında amfizem ve pulmoner fibrozis birlikteliği kombine pulmoner fibrozis ve amfizem sendromu (KPFA) olarak tanımlanmıştır (1,2). Olguların karakteristik özellikleri sigara içen, ileri yaş, erkek cinsiyette hastalarda, korunmuş akciğer volümlerinin yanında difüzyon kapasitesinde (DLCO) azalma olmasıdır (3). Bu hastalar yalnızca amfizem veya yalnızca fibrozis olan olgulardan farklı bir klinik seyir ve mortalite gösterdiğinden tanı koyulması önemlidir. KPFA sendromuna dikkat çekmek için bir olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş sekiz yaşında erkek hasta son bir yıldır artan nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde 20 paket/yıl sigara öyküsü vardı. 35 yıl önce sigarayı bırakmıştı. Uzun yıllar kömür dumanı maruziyeti bulunmaktaydı. KOAH tanısı ile LABA+ LAMA kullanmaktaydı ve kononer arter hastalığı nedeniyle bir stent takılmıştı. Fizik muayenesinde hasta pletorik görünümündü, çomak parmağı yoktu. Solunum sistemi muayenesinde expiryumu uzun, bilateral bazallerde velcro ralleri duyuldu. Parmak ucu ölçülen satürasyon değeri %91' di. Laboratuvar tetkiklerinde patolojik olarak hemotokrit (htc) yüksekliği (htc: %57,6), hemoglobin (hb) yüksekliği (hb:20 g/dL) bulundu. Hastanın akciğer grafisinde vasküler yapılar genişleme, her iki akciğer üst zonda havalanma artışı ve bilateral alt zonlarda heterojen dansite artışı, retiküler izler görüldü (Resim1). Solunum fonksiyon testinde FEV1: 1,94 L %83, DLCO: %33 bulundu. EKG'de sağ aks deviasyonu, p pulmonale ve sağ dal bloğu izlendi, EKO'da PAB 51 mmHg saptandı. Hastaya pulmoner hipertansiyon etiyolojisi araştırması ve pulmoner emboli ekartasyonu için çekilen toraks BT anjiyoda pulmoner emboli saptanmadı. Parankim incelendiğinde ise bilateral üst loblarda yaygın amfizematöz görünüm, bilateral alt loblarda ise septal kalınlaşmalar, retiküler dansite artışları, bronşektazik değişiklikler ve periferik alanlarda fibrozis izlendi (Resim 2). Kardiyoloji ile konsülte edilen ve sağ kalp kateterizasyonu yapılan hastada mPAB:45 mm Hg ve vasoreaktivite testi negatifti. Romatolojik markırları negatif gelen hastaya KPFA tanısı kondu. Mevcut pulmoner hipertansiyonu açıklayacak KPFA dışında patoloji saptanmadı.

Resimler



Resim 1. Olgunun akciğer grafisi



Resim 2. Olgunun bilgisayarlı tomografi görüntüsü; üst loblarda amfizem ve alt loblarda fibrozisin baskın olduğu izlenmektedir.

Tartışma-Sonuç: KPFA sendromu üst lob amfizemi ve alt lob fibrozisi ile karakterize nadir bir hastalıktır. Pulmoner hipertansiyon ve mortalite ile ilişkilidir. Hastalığa tanı koyulabilmesi için öncelikle hastalığın farkında olunması gerekir. Sigara içen ve nefes darlığı olan erkeklerde radyolojik uyumluluk varsa akla gelmelidir. KPFA'nın etiyolojisi, morbidite ve mortalitesini daha iyi açıklayacak, yeni tedavi seçeneklerine imkân tanıyacak yayınlara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Amfizem, Fibrozis, Sendrom

UASK 2024

