

Uluslararası Katılımlı

AKCİĞER SAĞLIĞI KONGRESİ

9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

UASK 2025



asyoduask2025.com

POSTER SUNU BİLDİRİLERİ



Kongre Komitesi



Ersin GÜNAY
Kongre Başkanı



Gülistan KARADENİZ
Bilimsel Komite Başkanı



Derya YENİBERTİZ
Kongre Sekreteri



Sümeyye ALPARSLAN BEKİR
Kongre Bilimsel Program Sorumlusu



Hadice SELİMOĞLU ŞEN
Kongre Bildiri ve Poster Sorumlusu



Celal Buğra SEZEN
Kongre Mali Sekreteri



Barış DEMİRKOL
Kongre Dış İlişkiler Sorumlusu



Nur Aleyna YETKİN
Kongre Basın İlişkileri Sorumlusu



Olcay AYÇİÇEK
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

➔ 10 Nisan 2025, Perşembe

Poster Bildiri Oturumu 1: Akciğer Enfeksiyonları ve Tüberküloz

PS-001 Malignite Araştırılmasında Görülen Organize Pnömoni, Olgu Sunumu

Ömer Faruk Budağ¹, Kerem Ensarioğlu¹, Serap Akçalı Duru¹

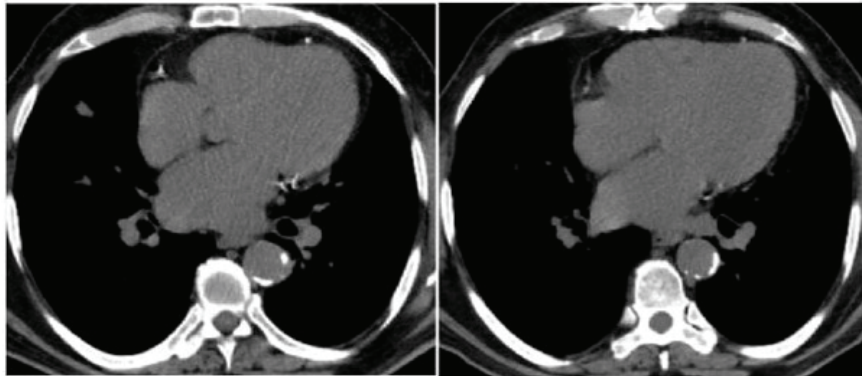
¹Etilik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Ömer Faruk Budağ / Etilik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Organize pnömoni, birçok pulmoner hastalığı ve farklı radyolojik görüntülemeleri taklit edebilen, çoğunlukla da ekartasyon tanısı olarak değerlendirilen bir hastalıktır. Enfektif süreçleri taklit etmesinde, makrolid ihtiva eden antibiyoterapi ve/veya glukokortikoid yanıtı görülmekle beraber, enfektif dışı rutin takipte olan, malignite riskli hastalar gibi, ayırıcı tanıda zorluk çıkartmaktadır. Bu olgu sunumunda malignite şüphesi ile takipte olan hastada tespit edilen organize pnömoni sunulacaktır.

Olgu: 75 yaş erkek hasta, tarafımıza hırıltılı solunum ve öksürük ile poliklinik şartlarında Haziran 2023'de başvurdu. 40 paket yıl sigara öyküsü olan ve akciğer grafisinde basallerde retiküler patern olan hasta yüksek çözünürlük akciğer tomografisi ile değerlendirildi. Bu görüntülemelerde mediastinal LAP görülen hasta, ileri yaş ve sigara öyküsü ile malignite ekartasyonu için hastadan PET-BT görüldü. PET-BT'de mediastinal LAP tutulumu reaktif olarak görülen hasta, KOAH tanısı ile rutin takibe alınmıştı. Takiplerinde 3. ayda LAP devam etmesi üzerine, EBUS örnekleme için değerlendirildi ancak LAP boyutu ile uygun görülmedi. Yakın takibe alınan hastanın 4. ay direk grafide mediastinal LAP devamı için istenilen güncel tomografide, ek olarak sağ orta lobda nodüler odak görüldü. Malignite için TTİAB'a lokalizasyon, cerrah için ise genel durum ve SFT yetersiz olan hastaya, radyolojik görünüm ile, takip planı altında iken, organize pnömoni ön tanısı ile makrolid ihtiva eden rejim başlandı. Steroid, ileri yaş ve osteoporoz nedeni ile verilemedi. Tedavi altında 2. haftada belirgin, 1. ayda ise tam lezyon yanıtı ve mediastinal LAP regresyonu görülen hasta, organize pnömoni ile takibe alındı. Mevcut olarak makrolid düşük doz altında takiptedir.

Makrolid öncesi ve sonrası BT Kesitleri



Tartışma-Sonuç: Organize pnömoni, beklenmedik klinik durumlarda, uygun klinik presentasyon (tekrarlayan enfeksiyon gibi) olmasa dahil görülebilen ve ekartasyon tanısı olarak, malignite düşünülen hastalarda akılda tutulması gereken bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Malignite, Mediastinal Lenfadenopati, Organize Pnömoni



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-002 Dirençli Pseudomonas Kolonizasyonda IV ve İnhaler Antibiyoterapi Rejimi

Ömer Faruk Budağ¹, Kerem Ensarioğlu¹, Serap Akçalı Duru¹

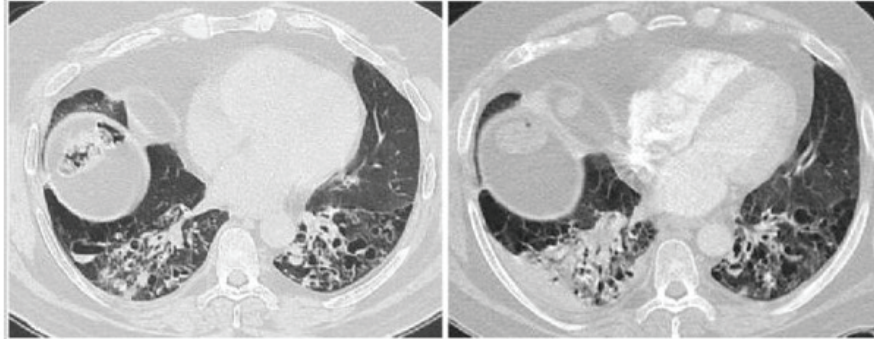
¹Etlık Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Ömer Faruk Budağ / Etlık Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Bronşiektazili hastalarda dirençli organizmaların kolonizasyonu ve tekrarlayan antibiyotik tedavilerine ihtiyaç duyulabilir. Özellikle Pseudomonas aeruginosa gibi dirençli türlerin eradikasyonu, kronik inflamasyon ve yapısal akciğer hasarı arasındaki kısır döngünün kırılması için kritik öneme sahiptir. Bu olgu sunumunda, Pseudomonas eradikasyonu ve kontrolü için kullanılan farklı tedavi yöntemleri ele alınacaktır.

Olgu: 66 yaşındaki erkek hasta, 15 gündür süren nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile acil servise başvurdu. Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide, daha önce var olan sakküler bronşiektazi odaklarında konsolidasyon lehine bulgular saptandı. Hastanın yakın zamanda iki kez atak geçirdiği ve son iki ayda iki kez hastaneye yattığı biliniyordu. Önceki yatışlarında üç kez Pseudomonas aeruginosa üremesi tespit edildi. İlk üreme haricinde, diğer üremelerde benzer direnç paternleri gözlemlendi. İlk yatışında hastaya piperasilin-tazobaktam [intravenöz (IV) 4x4.5 g] tedavisi uygulanırken, ikinci yatışında meropenem (3x1 g, IV) tedavisi almıştı. Taburculuğundan sonra hasta, ayaktan inhaler kolistin (2x 1 milyon IU/ gün) tedavisi altında takip edilmişti. Hastaneye bu yatışında ampirik olarak piperasilin-tazobaktam (4x4.5 g, IV) başlandı. Takip balgam kültüründe tekrar Pseudomonas aeruginosa üremesi görüldü ve izolatin yüksek doz piperasilin-tazobaktama duyarlı olduğu tespit edildi. Hasta eş zamanlı olarak inhaler kolistin (2x1 milyon IU/ gün) tedavisine de devam etti. Kombine tedavi altında balgam kültüründe negatifleşme gözlemlendi ve hastanın klinik ve radyolojik durumu düzeldi. Hasta, inhale kolistin rejimi altında ayaktan takibe alındı. Toplam tedavi süresi 60 gün ve sonrasında kontrolleri yapılacak şekilde planlandı.

Resim 1 Takip ve Yatış Tomografi Kesidi



Hastanın inhale kolistin altında stabil dönem takip tomografi kesidi ile yatış tomografi kesidinde görülen infiltrasyon karşılaştırılması

Tartışma-Sonuç: Pseudomonas bronşiektazi kolonizasyonu, tekrarlayan enfeksiyonlara ve kısıtlı tedavi yanıtına yol açabilen bir durumdur. İntravenöz tedaviye alternatif olarak inhaler tedavi, hem eradikasyon hem atakları azaltıcı hem de koruyucu amaçlarla uygulanabilir. Bu süreç sık hastane yatışı ve yakın takip gerektirir. Bu olgu sunumunda, sistemik tedaviye ek olarak inhaler kolistin kullanımı ile Pseudomonas aeruginosa'nın başarılı şekilde eradike edildiği görülmüştür. Kronik akciğer hasarını önlemek ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için düzenli takip, uygun antimikrobiyal yönetim ve kişiye özel tedavi planlarının önemi büyüktür.

Anahtar Kelimeler: Bronşiektazi, Pseudomonas, Eradikasyon, Kolistin



PS-003 Alveoler Hemorajiyile Seyreden Leptospirozis Olgusu

Meliha Kuş Işık¹, Sibel Kara², Sinem Berik Safçı², Özlem Erçen Diken²

¹Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

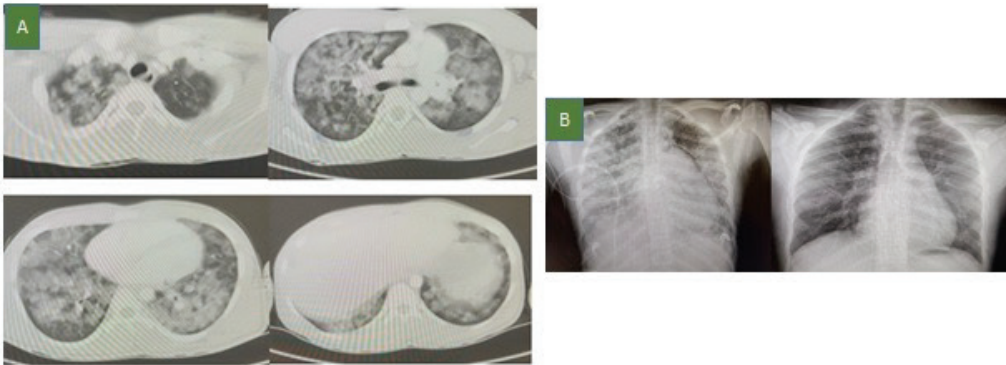
²SBÜ Adana Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Meliha Kuş Işık / Adana Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Leptospirozis en önemli zoonotik bakterilerden biridir. Diğer hastalıklarla kolayca karıştırılabilen çok çeşitli semptomlara neden olabilir. Bazı enfekte kişiler asemptomatik olabilir. Tedavi edilmediği takdirde Leptospirozis böbrek hasarı, menenjit, karaciğer yetmezliği, solunum sıkıntısı ve hatta ölüm gibi ciddi sorunlara yol açabilir. Leptospirozis kolonize olmuş hayvanların idrarıyla kirlenmiş su ve toprağa temasla gerçekleşir. Hastalığın risk faktörlerinde düşük sosyoekonomik düzey, tarım ve hayvancılık gelmektedir. Leptospirozisde %10-15 oranında ağır pulmoner tutulum görülebilir. Mekanik ventilasyon gerektiren ARDS nadirdir ve en büyük sebebi alveoler hemorajidir. Olgumuzu hemoptizi ve ağır pulmoner tutulum ile prezente olarak yönetimi zorlayıcı olabilmesi ve nadir olması nedeniyle sunuyoruz.

Olgu: 20 yaşında, bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta hemoptizi ile acile başvurmuştu. Genel durumu kötü, takipneik, dispneikti. Yüksek akımlı nazal oksijenle takip edilmekteyken SpO₂:82, normotansif, taşikardikti. Hasta Adana'da tarım işçisi olup son günlerde gübre taşıma öyküsü mevcuttu. Akciğer bilgisayarlı tomografisinde (BT) diffüz alveoler hemorajiyile uyumlu olarak her iki akciğer tüm loblarında yaygın buzlu cam dansitesinde konsolidasyon alanları görüldü. (Resim 1A) Laboratuvar incelemesinde C- Reaktif Protein (CRP), prokalsitonin yüksekliği ve trombositopeni görüldü. (Tablo 1) Hepatit ve tüberküloz için gönderilen testler negatif olarak raporlandı. Hastadan granulomatoz polianjitis ön tanısı için gönderilen romatolojik markerlardan PR3-ANCA yüksek geldi fakat enfeksiyöz markerler yüksekliği sebebiyle ön planda enfektif bir süreç olarak yorumlandı. Bilirubin yüksekliği, trombositopeni, tarım işçiliği ve hemoptizi nedeniyle leptospirozisden şüphelenildi. Leptospirozis için alınan örnek sonucunda mikroskopik aglütinasyon testi pozitif olarak raporlandı. Alveoler hemorajiyi için ilk 3 gün pulse steroid infüzyonu (Metil prednizolon 500 mg/gün) ve proton pompa inhibitörü (pantoprozol 40 mg/gün) ve transamine ampul 3x1 verildi. Antibiyoterapi olarak seftriakson+moksifloksasin tedavisi başlandı. Lökosit, CRP değerlerinde gerileme görülürken hemoglobin değerlerinde düşüş gözlenmedi. HFNO tedavisi verilirken saturasyonları düşen hasta aralıklı non-invaziv mekanik ventilasyon (NIMV) desteğinde takip edildi. Tedaviye yanıt veren hastanın HFNO ve NIMV desteği kalmadı. Klinik radyolojik ve laboratuvar değerlerinde iyileşme gözlenerek poliklinik takibiyle taburcu edildi. (Resim 1B)

RESİM 1(A/B)



A: Her iki akciğer tüm loblarında yaygın buzlu cam dansitesinde asiner konsolidasyon alanları B: Hastanın yatış ve takip akciğer filminde bilateral infiltrasyonlarda azalma



TABLO 1. Laboratuvar incelemesi

CRP	122.6 mg/dL
Prokalsitonin	10.8 ng/mL
Trombosit	88.000 mm ³
Lökosit	15.100 mm ³
Total bilirubin	1.55mg/dL
Direkt bilirubin	0.41mg/dL
Aspartat aminotransferaz	43 IU/L
Alanin aminotransferaz	39 IU/L
Üre	49 mg/dL
Kreatinin	0.77 mg/dL
PR3-ANCA	13.26 U/mL

Tartışma-Sonuç: Leptospirozis ağır pulmoner tutulumla prezente olabilir.Ağır tutulumda steroid tedavisinin semptomlar başlamasının ilk saatlerinde yüksek dozlarda verilmesi mekanik ventilatör ihtiyacını azaltır.Hastalığın tanısı mikroskopik inceleme, kültür, PCR ve serolojik tanı-Mikroskopik Aglütinasyon Testi (MAT) ile koyulur.Antibiyotik seçenekleri arasında penisilin, amoksisilin, doksisiklin, üçüncü kuşak sefalosporin ve kinolonlar bulunur.Sonuç olarak tarım işçiliği , kaynağı belirlenemeyen su içimi, trombositopeni, hemoptizi birlikteliği olan hastalarda Leptospira akılda tutulmalıdır.Erken tanı ve tedavi prognozda hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Alveoler hemoraji, hemoptizi, leptospirozis

PS-004 Tüberküloz İlişkili Kronik İnflamasyonun Tetiklediği Sekonder Amiloidozis

Aleyna Bektaş Hocek¹, Kiraz Tekin Günaydın³, Mehtap Pehlivanlar Küçük²

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

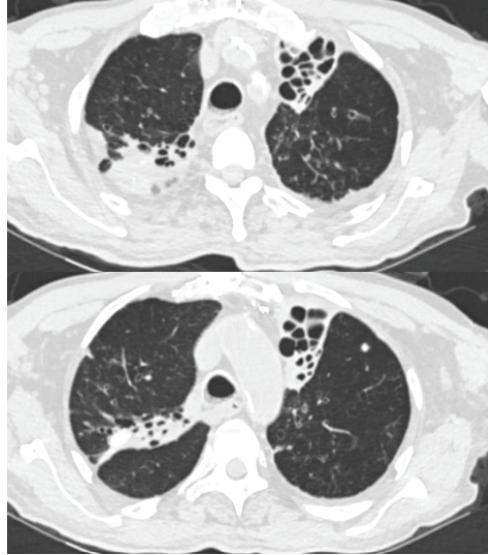
²Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Tıp Fakültesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi

³Anestezi ve Reaminasyon Anabilim Dalı, Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi

Aleyna Bektaş Hocek / Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi

Giriş-Amaç: Mycobacterium tuberculosis sıklıkla hava yolu ile bulaşır ve akciğerlerde fibrotik alanlar, bronşektazi gibi sekelli iyileşmelere sebep olur. Yoğun bakım ünitemizde 74 yaşında erkek hasta gastrointestinal sistem yakınmaları sonrası, sekonder amiloidoz tanısı almış olup yapılan tetkiklerinde etyoloji geçirilmiş tüberküloz ilişkili kronik inflamasyon olarak değerlendirilip tetkik ve takip edilmiştir.

Olgu: Hipertansiyon, kronik obstruktif akciğer hastalığı, koroner bypass arter greft, geçirilmiş pulmoner tüberkülozis (39 yıl önce) tanıları olan 74 yaşında erkek hasta, 30 gün önce karın ağrısı ile dış merkeze başvurusu sonrası akut böbrek yetmezliği, hipoalbuminemi ve proteinüri ile takipli iken böbrek fonksiyon testlerinde minimal düzelme sonrası dört gün önce taburcu edilmiş. Taburculuk sonrası ortostatik hipotansiyon tarifleyen hasta senkop sonrası nefroloji bölümüne interne edildi. Gastrointestinal semptomları sebebi ile yapılan rektal biyopsi materyalinin patoloji sonucunda Amiloid A (+) gelen hasta sekonder amiloidozis tanısı almış olup etyoloji araştırılırken oksijen ihtiyacındaki ciddi artış, hipotansiyon ve taşikardi sebebi ile yoğun bakım ünitemize kabul edilmiştir. Hastanın 24 saatlik idrar protein ölçümü 21 gram/gün olarak bulunmuştur. Toraks tomografisinde geçirilmiş tüberküloza sekonder değerlendirilen sol hemitoraksta 15 mm efüzyon, bilateral apekslerde sekel fibrotik ve kistik-tubuler bronşektatik alanlar izlenmiştir (Şekil-1). Hastanın detaylı anamnezinde 39 yıl önce 6 ay antitüberküloz tedavisini aldığı ve takiplerinde hastanın balgam ARB (Asido Rezistan Boyama) lerinin negatifleştiği, tam kür sağlandığı öğrenildi. Hastadan kontrol amaçlı gönderilen balgam ARB sonucu negatif geldi. Sekonder amiloidozis yapabilecek diğer etyolojilerden olan Chrohn, ülseratif kolit ve lenfoma benzeri hastalıklar için yapılan rektal biyopsi, kemik iliği biyopsi sonuçları negatif sonuçlandı. Takiplerinde hipoalbuminemisi derinleşen yeterli intravasküler volümü albümin replasmanına rağmen sağlanamaması sebebi ile hasta sürekli renal replasman tedavisine (CRRT) alındı. Hasta iki gün CRRT ile takip edildi. Takiplerinin onuncu gününde hipotansif seyri derinleşen ikili inotrop desteği alan hasta ileri yaşam desteklerine rağmen kaybedildi.



Tartışma-Sonuç: Küratif bir tedavi ile iyileşen pulmoner tüberküloz vakalarında, sekel bronşektatik alanların yol açtığı kronik inflamasyon nedeniyle akut faz reaktanı olan Amiloid A birikimi nadiren de olsa ve akut hastalıktan yıllar sonra dahi izlenebilmektedir. Olgumuzda görüldüğü üzere, Amiloid A birikimi sekonder amiloidoz ile sonuçlanabilmekte ve bu durum mortaliteye yol açabilmektedir. Mycobacterium tuberculosis sekellerinden yıllar sonra gelişen amiloidozun gelişen böbrek yetmezliğinin asıl nedeni olabileceği unutulmamalı ve tedavi sırasında etkin komplikasyon yönetimi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: tüberküloz, amiloidoz, bronşektazi, kronik inflamasyon



PS-005 Viral Pnömoni Sonrası Gelişen Subakut Tiroidit

Dilay Çimen¹

¹Etimesgut Devlet Hastanesi

Dilay Çimen / Etimesgut Devlet Hastanesi

Giriş-Amaç: Subakut granulomatoz tiroidit, Tiroid bezinin akut veya subakut olarak oluşan nonsüpüratif inflamasyondur. Etiyolojide daha çok viral kaynaklı olduğu ileri sürülmektedir. Hastalarda birdenbire gelişen halsizlik, ateş, tiroid glandının bulunduğu bölgede ağrı, yutkunmada zorluk, ses kısıklığı saptanabilir. Geçici hipertroidite bağlı çarpıntı, terleme, titreme, sinirlilik oluşur. İAB ile hastalığın tanısı kesinleştirilir.

Olgu: Yirmi dokuz yaşında, ek hastalığı olmayan, erkek hasta polikliniğe ateş, öksürük, son 2 ayda 10 kilo kadar kayıp ve halsizlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın ilk değerlendirmesinde; genel durumu iyi-orta, rengi soluk, ateş 37.4° C, solunum sayısı 24/dk, nabız 90/dk olup, diğer vital bulguları stabil idi. Laboratuvar parametrelerinde C-reaktif protein (CRP) 120.5 mg/L (0-5 mg/L) olarak saptandı. Diğer laboratuvar parametrelerinde anormal bulguya rastlanmadı. Röntgen grafisi normal olan hastaya Moksefen 400 1X1 grubu antibiyotik tedavisi başlanarak kontrole çağrıldı. Kontrol kan değerlerinde CRP değeri 68.8mg/L a düştü. Ancak klinik olarak düzelmeyen hasta tekrar polikliniğe başvurdu. Bakılan kan değerlerinde CRP değeri 114.3 olan hasta Enfeksiyon bölümüne danışıldı. Enfeksiyon bölümünce prokalsitonin istendi. Sonucu 0.03 ng/mL çıktı. Hastadan viral pnömoni ön tanısıyla toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) istendi ve viral pnömoni ile uyumlu görünüm saptanmadı. Şikayetleri gerilemeyen hasta dış merkez Enfeksiyon hastalıklarına yönlendirildi. Ateş etyo nedeniyle dış merkez Enfeksiyon bölümünce yatış verilen hastaya yüzeysel doku ve tüm abdomen ultrasonografisi istenmiş. Tüm abdomen USG sonucu temiz çıkmış. Hastadan tüm kollagen doku markerları kanlar istenmiş. Taşikardisi açısından Kardiyoloji bölümüne danışılmış. EKO yapılmış. Sonucu: normal olarak raporlanmış. Yüzeysel doku USG de tiroit bezi heterojendi ve fokal hipoekoik ve hiperekojen alanlar saptanarak Endokrin bölümüne danışılmış. Tiroid USG istenmiş. Tiroid USG DE SaĞ LOB: 10X15X45 mm, Sol lob: 12x11x41 mm olarak saptanmış. İstenen tiroit fonksiyon tetkiklerde tiroit stimulan hormon <0.005 uIU/mL (0.27-4.2 uIU/mL), serbest L-tiroksin (T4) 1.61 ng/dL (0.9-1.7 ng/dL), T3: 3.17 ng/dL sedimentasyon 58 mm (0-20 mm), CRP38.6mg/L (0-5 mg/L) olarak gelmiş. Aspirasyon biyopsisi yapılan hastaya subakut tiroidit tanısı konmuş. 2 ay sonra hastanın tiroit fonksiyon testleri normale döndü.

PA AKC GRAFİSİ



Tartışma-Sonuç: Ateş, öksürük, taşikardi, kilo kaybı ve halsizlik şikayeti olan Viral enfeksiyon olarak takip ve tedavi edilen ancak kliniği düzelmeyen hatta kötüleşen hastalarda Subakut tiroidit mutlaka akılda bulundurulmalı ve araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Viral enfeksiyon, Subakut tiroidit, Taşikardi



PS-006 Pulmoner Aktinomikoz

Hande Karadeniz¹, İbrahim Güven Çoşğun², Sena Naz Adsız Dayanç³

¹Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

²Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

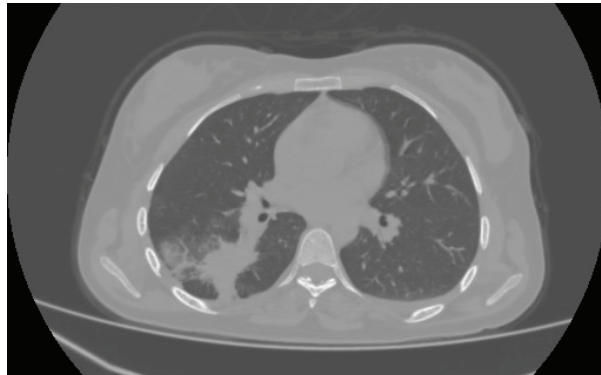
³Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Patoloji Anabilim Dalı

Hande Karadeniz / Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Aktinomikoz, genellikle servikofasiyal bölgede tutulum yapan, nadiren de toraks, abdominal, serebral, laringeal tutulumları raporlanmış nadir bir enfeksiyondür. Pulmoner aktinomikoz, aktinomises vakalarının %15'ini oluşturur. Doğru ve zamanında tanı vakaların yalnızca %4-7'sinde konulur. Pulmoner aktinomikoz olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: 29 yaşında kadın hasta, kronik öksürük şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın göğüs ağrısı, nefes darlığı, gece terlemesi şikayetleri yoktu. 5 yıl önce de öksürük şikayeti nedeniyle başvurduğu merkezde çekilen bilgisayarlı tomografisinde sağ alt lob süperior segmentte bronşiektazik alan saptanmış. Solunum seslerinde sağ alt zonda raller mevcuttu. Akciğer grafisinde sağ alt zonda infiltrasyon görüldü. Toraks tomografisinde sağ akciğer alt lob süperior segmentte geniş yerinde 30.5x 22 mm ölçülen, distalinde hava hapis alanları barındıran yumuşak doku dansitesinde artış görüldü. Hastaya bronkoskopi yapıldı. Sağ alt lob superior segmentten yapılan transbronşial biyopsi örneklerinin patolojik incelemesinde inflamasyonlu bronş mukozası ve bronş epitelini iç içe atılmış pamuk benzeri mikroorganizma yapıları görüldü. Bu örneklerde metanamin sülfür histokimyasal çalışması ile boyanan dallanan hif yapıları saptandı. Bronş lavajı ARB menfi saptandı. Mikobakteri kültüründe üreme saptanmadı. Hastaya pulmoner aktinomikoz teşhisi kondu. Servise yatışı yapıldı ve intravenöz sulbaktam-ampisilin 4*1 g antibiyotik tedavisine başlandı. Hastanın takibinde 2x1gr orale geçildi. Hastanın tedavisi devam etmektedir.

Aktinomiçes



Akciğer bilgisayarlı tomografisinde akciğerin sağ üst lob alt kısmında parankimal konsolidasyon alanı görüldü

Tartışma-Sonuç: Pulmoner aktinomikoz, klinik bulgu ve semptomlarıyla akciğerin çeşitli hastalıklarından ayrımında güçlükle yaşanan bir hastalıktır. Aktinomiçes için kronik bronşit, amfizem, kötü ağız hijyeni, periodontal cerrahi, immün sistemi baskılayıcı hastalıklar predispozan faktörler olarak tanımlanmaktadır. Hastamızda periodontal girişim öyküsü mevcuttu. Hastanın kronik öksürük şikayeti ve toraks tomografisindeki bulgular nedeniyle etioloji araştırması için bronkoskopik biyopsi örneğinin patolojik incelemesinde aktinomiçese ait metanamin-silver ile siyah boyanan dallanan hif benzeri yapıların gösterilmesi ile konmuştur. Pulmoner aktinomikoz hala hekimler için önemli bir klinik sorundur. Bu vaka sunumunu, nadir görülmesine rağmen kronik öksürüğe yol açabilen, pulmoner tutulum yapabilen aktinomikozun ayırıcı tanıda akla getirilmesine dikkat çekmek için sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Aktinomikoz, endobronşial, bronkoskopi



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-007 Tipik Radyolojik Tutulumdan Edinsel Immün Yemezlilik Tanısına; *Pneumocystis jirovecii* Pnömonisinde Sekonder Akut Hipoksemi Nedeni Olarak Pnömotoraks

Birgül İbişoğlu¹, A. Oğuzhan Küçük², Mehtap Pehlivanlar Küçük²

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

²Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Tıp Fakültesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi

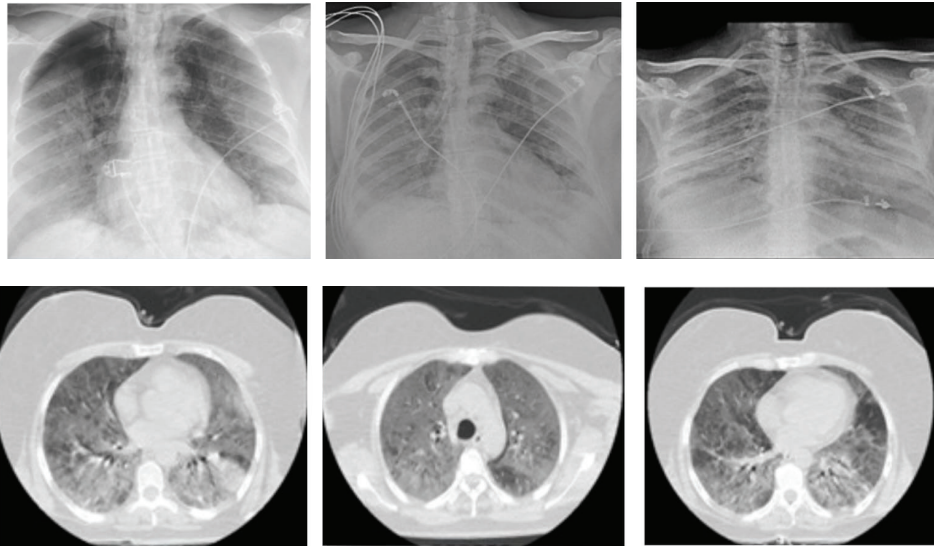
Birgül İbişoğlu / Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi

Giriş-Amaç: İnsan bağışıklık yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu olgularında *Pneumocystis jirovecii* (PJP) sık rastlanan bir fırsatçı enfeksiyondur ve bu hastalarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Pnömotoraks; rutin tutulumun dışında atipik radyolojik bir görünümdür. Yoğun bakım ünitemizde 47 yaşında kadın hasta solunumsal semptomlar sonrası, hem edinsel immün yetmezlik (EİY) tanısı almış hem de PJP sonrası pnömotoraks ile komplike hale gelmiştir. Olgumuz literatür eşliğinde sunulmuştur.

Olgu: Bildiği tanılanmış herhangi bir komorbid hastalığı olmayan 47 yaşında kadın hasta, 20 gündür olan balgam atamama, nefes darlığı ve hemoptizi semptomları ile çoklu hekim başvurusu ve antibiyotik kullanımları sonrası ve oksijen ihtiyacındaki ciddi artış ile high flow nazal kanül desteğinde (HFNC) yoğun bakım ünitemize kabul edilmiştir. Toraks tomografisinde yaygın buzlu cam opasiteleri ve ince-kalın duvarlı kistik lezyonlar tespit edilmiştir (Şekil-1). Bu bulgular PJP pnömonisinin tipik radyolojik işaretlerinden olunca balgamdan PCP PCR istenmiş ve pozitif gelmiştir. Risk faktörü olarak çalışılan HIV serolojisi pozitif sonuçlanmış ve CD4 hücre sayısı 150 hücre/mm³ saptanınca anti-retroviral tedavi yanında trimetoprim-sülfametoksazol başlanmıştır. Hastanın klinik durumunda belirgin bir iyileşme gözlemlenmiş ve HFNC'den ayrılabilmiştir. Takibinde yatışının 7. gününde derin hipoksemi tablosu tekrarlamış, PaO₂/FiO₂: 150 civarında entübasyon sınırında takip edilirken akciğer grafisinde pnömotoraks (Şekil-2) tespit edilmesi üzerine, göğüs tüpü yerleştirilerek oksijen ihtiyacı azalmıştır.

Tartışma-Sonuç: PJP, immün sistemi baskılanmış hastalarda yaşamı tehdit eden bir enfeksiyondur. Schmidt ve arkadaşlarının yaptığı PJP tanısı alan 240 hastanın yaklaşık yarısı HIV-pozitif (%52) saptanmıştır. PJP radyolojisinde %90 kadar perihiler bölgeden başlayan bilateral diffüz infiltratif görünüm gözlenir. Bunun dışında nodüller, kavitasyon, mikrokalsifikasyon, konsolidasyon, pnömosel ve olgumuzdaki gibi pnömotoraks gibi atipik radyolojik görünüm de saptanabilmektedir. Tedavide ilk seçenek, 15-20 mg TMP/kg/günlük doz/iv 3-4 doza bölünür (21 gün) beraberinde 5 gün 2x40 mg /gün/iv, 5 gün 40mg/gün/iv, 11 gün 20 mg/gün/iv metilprednizolon eşdeğeri steroid önerilir. Tanı almamış HIV enfekte olgular sadece PJP enfeksiyonu ile prezente olup, asıl tanıya hekimi yönlendirebilirken, ikincil klinik kötüleşmede pnömotoraks muhakkak düşünülmeli ve hızlı göğüs tüpü uygulaması ile entübasyondan kaçınılmalıdır.

Şekil:1: Hastanın başvuru Torax Bt, Pnömotoraks ve göğüs tüpü uygulaması görüntüleri



Anahtar Kelimeler: *Pneumocystis jirovecii*, pnömoni, pnömotoraks, HIV, immunosupresyon.

PS-008 Kardiyak Pili İlişkili Septik Pulmoner Emboli: Nadir Bir Etken, *Candida albicans*.

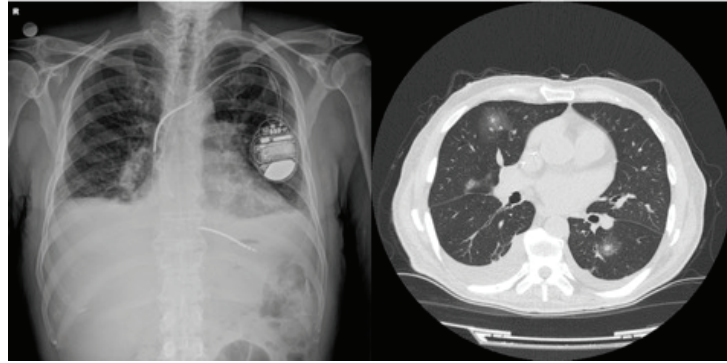
Pınar Anđı¹, Melike Yüksel Yavuz¹, Ceyda Anar¹, Muzaffer Onur Turan¹, Bünyamin Sertoğullarından¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir.

Pınar Anđı / İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir.

Giriş-Amaç: Septik pulmoner emboli (SPE) mikroorganizmaların fibrinle beraber koparak pulmoner arterlerde yol açtığı nadir fakat yüksek mortalite riskine sahip bir tablodur (1). Kalp pili ilişkili enfeksiyonlarda en sık saptanan patojenler, stafilokoklardır (%69)(2). Funguslar nadir durumlarda etken olabilir. Olgumuzu, kalp pili ilişkili SPE' de nadir bir etken olan candida albicans saptanması nedeniyle literatür eşliğinde sunmaktayız.

Olgu: Yetmişaltı yaş erkek olgu, moksifloksasin bitiminde devam eden dispne, hırıltılı solunum ve hemoptizi şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Bilinen HT, DM, KKY, KAH tanılı idi. 2016'da kardiyak pacemaker takılma öyküsü mevcuttu. Vital bulgular ve solunum muayenesi olağandı. Akciğer grafisinde solda kardiyak pil mevcuttu. Toraks BT'de multifokal yamasal buzlu cam dansiteleri ve halo bulgusu gösteren konsolidasyonlar mevcuttu (Resim1). Ayırıcı tanıda fungal enfeksiyon, septik emboli, vaskülit ön tanıları düşünülerek servis izlemine alındı. Ampirik antibiyotik tedavisi başlandı. Otoantikorları olağandı. Transtorasik ekokardiyografide lead üzerinde şüpheli vejetasyon izlenmesi üzerine transözefagal ekokardiyografi yapıldı. Lead'in sağ atrium kısmında 1.0*1.0cm boyutlu vejetasyon uyumlu düşünülen görünüm" izlendi. Hastanın iki balgam bakısında ardışık candida albicans üremesi oldu. Kan kültürlerinde üreme izlenmedi. Enfeksiyon hastalıkları önerileri doğrultusunda vorikonazol 6 mg/kg yükleme dozu aldı. Vorikonazol, meropenem ve teikoplanin tedavisi ile idameye geçildi. Takibinde hepatik marker yüksekliği gelişmesi üzerine vorikonazol yerine lipozomal amfoterisin-B tedavisine geçildi. Kardiyovasküler cerrahi konseyine sunulan hastaya en az 6 haftalık antifungal+antibiyoterapi ardından kontrol ekokardiyografi oluşturuldu. Tedavinin ikinci haftasında klinik, laboratuvar ve radyolojik açıdan septik embolide iyileşme seyri saptanan hastanın bilateral plevral efüzyona eşlik eden kardiyak yüklenme bulgularının olması üzerine kardiyoloji servisine nakil verildi.



Resim 1. Akciğer grafisinde solda kardiyak pil ve toraks BT'de halo bulgusu gösteren konsolidasyon alanları

Tartışma-Sonuç: Fungal endokardit, kalp pili enfeksiyonlarının %1-10'unu oluşturur. Sıklıkla septik pulmoner emboliler görülür ve pulmoner enfarkt ve apselere neden olur (3). Mantar enfeksiyonları nadir olmakla birlikte olgu sunumlarında başlıca patojenlerin candida ve aspergillus türleri olduğu görülmüştür (4,5). IV anti-mantar ilaçları ile birlikte kalp pili uçlarının perkütan veya cerrahi olarak çıkarılması tedavinin temelini oluşturur. Prostetik triküspit kapakta tekrarlayan mantar endokarditi riski nedeniyle ömür boyu anti-mantar profilaksisi önerilir. Machado ve ark'nın 70 yaşındaki olgularında mikafungin tedavisi başlanmış sonrasında kalp pili çıkarılmış ve biyo-protez triküspit kapağın değiştirilmiştir. Olguya biyo-protez triküspit kapakta tekrarlayan fungal endokardit riski nedeniyle ömür boyu antifungal profilaksi önerildiği belirtilmiştir (3). Septik pulmoner emboli nadir fakat mortal seyretmesi nedeniyle tedaviye yanıtız pnömoni kliniği olan hastalarda akılda tutulmalı, uygun tedavinin başlanması ve olası odakların detaylı incelenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: septik pulmoner emboli, kardiyak pil, candida albicans



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-009 Antitüberküloz Tedavi Altında İmmün Rekonstitüsyon İnflamatuvar Sendrom

Bahriye Aldanmaz¹, Fikret Kanat¹

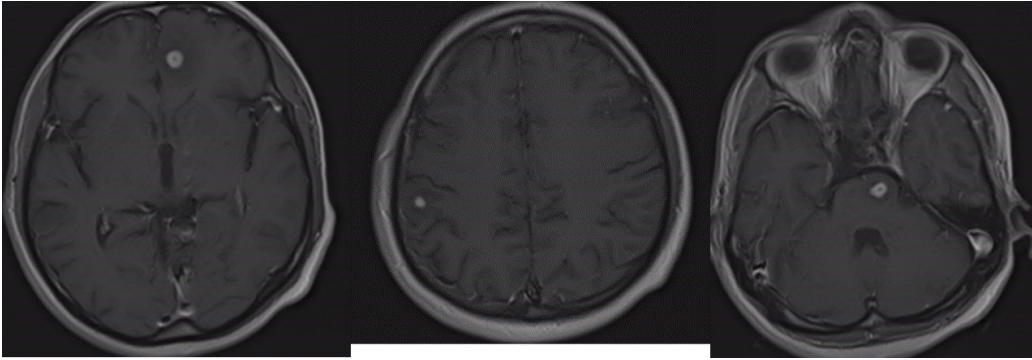
¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.B.D

Bahriye Aldanmaz / Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.B.D

Giriş-Amaç: İmmün rekonstitüsyon inflamatuvar sendromu (IRIS), literatürde ilk olarak antiretroviral tedavi alan AIDS hastalarında tanımlanmıştır. CD4+ T lenfosit sayısında artma ve viral yükte ki azalmaya rağmen, klinik seyirde kötüleşme, farklı klinik formlarda fırsatçı enfeksiyonların görülmesi olarak belirtilmiştir. Henüz altta yatan nedenler netleşmede anti-tüberküloz tedavi sırasındaki paradoks kötüleşme gibi pek çok klinik durum bu başlık altında değerlendirilmeye başlanmıştır. Benzeri şekilde nadir, spesifik semptomları olmayan ve ayırıcı tanısının zor olmasından dolayı önemli olan tüberküloza bağlı SSS tutulumu da bu sendrom ile açıklanmaya çalışılmıştır. Olgu sunumundaki amacımız, hastalığın anti-tüberküloz tedavi altında iyileşme evresinde, doğal ve kazanılmış immün sistemin geri dönüşüne bağlı artan inflamatuvar yanıtta sekonder gelişen IRIS sendromunu vurgulamaktır.

Olgu: 31 yaşında erkek hasta yapılan Toraks BT görüntülemesinde yaklaşık 3 cm çapında mediastinal LAP olması nedeniyle mediastinoskopi yapıldı. Patoloji sonucu 'Kazeifiye Granülomatöz Lenfadenit' ile uyumlu olarak geldi. TBC-DNA pozitif ve akciğer BT görüntülemesinde tüberküloz ile uyumlu görünüm olması üzerine hastaya Etambutal-İsoniazid-Rifampisin-Pirazinamid tedavisi başlandı. Takiplerinde baş ağrısı, iştahsızlık, baş dönmesi, nefes darlığı olması üzerine servis yatışı yapıp ileri tetkik tedavi planlandı. Yatışında fizik muayenesinde; genel durumu orta, vücut ısı 36,7°C, nabızı 98/dk, solunum sayısı 23/dk, TA: 120/70 mmHg idi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Özgeçmişinde hipofiz adenom'undan opere olmuş, Dostinex 0,5mg+levotiron 125 mg+ minirinmelt 120mcg kullanmakta. Soy geçmişinde özellik yok. Yatışındaki laboratuvar incelemelerinde hemoglobin:11 g/dl, WBC:5,5 /µL, PLT:215 /µL,CRP:26,Human Immunodeficiency Virus(HIV) ve Anti-HCV negatif saptandı. Hastanın Beyin MR görüntülemesinde sağ-sol frontal, sağ parietal, ponsta çok sayıda T2 ve FLAIR sekanslarında hiperintens tüberküloz granülomları ile uyumlu görünüm mevcut idi. Hasta anti-tüberküloz tedavisi altında,iyileşme evresinde,SSS tutulumu olması nedeni ile immün rekonstitüsyon inflamatuvar sendromu düşünüldü. Hastaya 0,6 mg/kg metilprednizolon başlandı. Haftalık doz azaltımı yapılarak tedaviye devam edildi. Hastanın takiplerinde klinik ve radyolojik düzelme izlendi.

TÜBERKÜLOZ GRANÜLOMU



Tüberküloz Granülomu İle Uyumlu Frontal-Parietal ve Pons Seviyesinde T2 Hiperintens Lezyonlar

Tartışma-Sonuç: Tüberküloz tedavisi sırasında paradoks olarak granülomlar ortaya çıkabilmekte ya da mevcut granülom genişleyebilmektedir. Bu reaksiyonun etiyolojisi bilinmemekle birlikte, tedavi sırasında artan bağışıklık tepkisiyle ilişkili olabilir. Tüberküloz tanısı konulan hastalar için rutin beyin görüntüleme önerilmemektedir; ancak, yeni nörolojik bulgularla gelen hastalarda nörogörüntüleme gereklidir. İntrakranial tüberkülomlar semptomatik hale geldiğinde, anti-tüberküloz tedavinin genellikle değiştirilmesi gerekmez. Tüm semptomatik vakalarda kortikosteroidler endikedir. IRIS gelişen olgularda ayırıcı tanıda ilaç direnci, yetersiz anti-tüberküloz tedavi, tedavinin yan etkileri, sekonder enfeksiyonlar dahil pek çok olasılık gözden geçirilmelidir ve IRIS'in bir dışlama tanısı olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: IRIS, SSS Tutulumu, Tüberküloz

PS-010 Kolşisin Tedavisi ile Regresyon Sağlanan Bilateral Plörezi Olgusu

Seda Yayla¹, Sami Deniz¹

¹SBÜ, DR. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

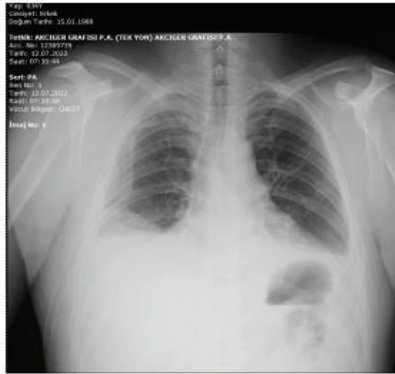
Seda Yayla / SBÜ, DR. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) pirini kodlayan Familian Mediterranean Fever (MEFV) geninde oluşan homo- zigot veya heterozigot mutasyonların sebep olduğu otoinflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın tipik klinik bulguları; tekrarlayan ateş, peritonit, plörezi, sinovit, perikardit, menenjit, erizipeloid deri lezyonları ve amiloidoz gelişmesidir. Akciğer tutulumu en çok plörezi olarak görülür. Hastalığın tedavisi genellikle çiğdem çiçeğinden elde edilen kolşisin ömür boyu kullanımınıdır.

Olgu: 34 yaş erkek hasta; 2 aydır devam eden öksürük, sarı renkli balgam, göğüs ağrısı, nefes darlığı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde 15 paket/yıl sigara öyküsü ve apendektomi öyküsü mevcut idi. Kan değerlerinde hemogram değerleri, lökosit sayısı, pro-bnp, troponin, d-dimer normal, CRP yüksekliği mevcut idi. Akciğer grafisinde kostofrenik sinüsler künt olarak görüldü. Plevral sıvıdan torasentez yapıldı ancak çok az sıvı elde edildi. Alınan mayi örneği eksuda vasfındaydı. Hastadan alınan anemnezde ara ara ateş yükseklikleri, eklem ve karın ağrısı olduğu öğrenildi. Hastanın ailesinde AAA tanılı hasta yok idi ancak klinik şüphe nedeniyle romatolojik biyobelirteçler istendi ve negatif (ana, aso, c-anca) olarak sonuçlanan hasta klinik bulgular doğrultusunda romatolojiye konsulte edildi. Romatoloji önerisi ile hastaya kolşisin tablet 3*1 başlandı ve gen mutasyonu çalışılması için hasta romatolojiye yönlendirildi. Hastanın enfeksiyon parametreleri antibiyoterapinin 15. gününde regrese olarak izlendi, antibiyoterapi sonlandırıldı ve kolşisin tedavisine devam edildi. Takiplerinde ateşi olmayan hasta oral kolşisin tablet ile taburcu edildi. 2 hafta sonraki poliklinik kontrolünde hastanın kontrol akciğer filminde plevral sıvıda belirgin regresyon izlendi. Romatoloji başvuru sonucunda AAA gen mutasyonu negatif olarak sonuçlandı. Hasta tarafımızca ve romatoloji tarafından klinik takibe alındı.

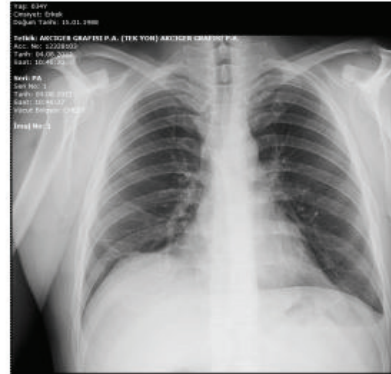
Başvuru ve Kontrol Akciğer Grafileri

Başvuru paag



Bilateral kostofrenik sinüsler künt olarak izleniyor.

Kontrol paag



Tedavi sonrası kontrol paag

Tartışma-Sonuç: AAA tanısı klinik olarak koyulur. MEFV geninde AAA'ne sebep olabilecek çok fazla sayıda mutasyon türü vardır. Rutin genetik çalışmalarda ise bu mutasyonların hepsini tespit etmek mümkün olmayabilir. Bu nedenle hastanın genetik testinde MEFV geninde mutasyon olmaması, hastada AAA'ni kesin olarak dışlamamaktadır. Klinik semptomlar varlığında gerilemeyen plözilerde AAA nadir de olsa akla gelmelidir ve klinik öntanılar arasında yer alması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ailesel akdeniz ateşi, Kolşisin, Plörezi



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-011 Kronik İnflamasyon Zemininde Gelişen Atipik Bir Plevral Sıvı

Elvan Şentürk Topaloğlu¹, Ömer Topaloğlu², Neslihan Özçelik¹, Songül Özyurt¹, Ünal Şahin¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

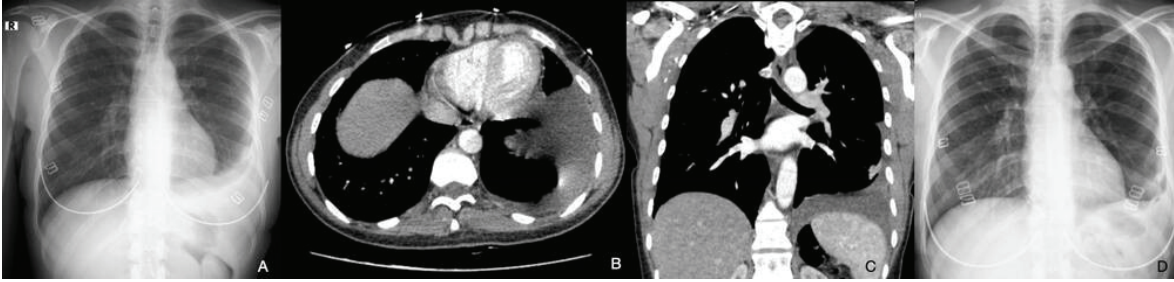
²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Elvan Şentürk Topaloğlu / Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Birçok pulmoner, ekstrapulmoner hastalığın bulgusu olarak karşımıza çıkan plevral sıvı (PS), çeşitli etyolojik nedenleri olan, sıklıkla torasentez yaparak tanıya ulaşmaya çalıştığımız bir sorundur. PS'de %80' den fazla lenfosit bulunması lenfosit hakimiyeti olup, tüberküloz, kanser, lenfomalar, mantar hastalıkları, miksödem, rezolüsyon dönemindeki pnömoniye destekler. Bu yazıda nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikâyeti başvuran ve sol hemitoraksta lenfositten zengin plevral sıvısı olan ve opere edilerek kür sağlanan bir olgu sunulmuştur.

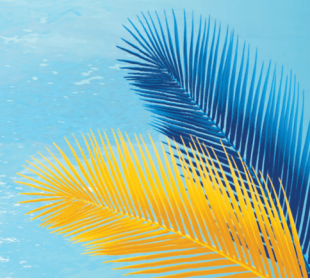
Olgu: 31 yaşında kadın olgu göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikâyetleri ile kliniğimize başvurdu. Öz ve soy geçmişinde özellik bulunmayan olguda genel durum iyi, vitalleri stabildi. FM'de oskültasyonda sol akciğer orta-alt zonlarda solunum seslerinde azalma mevcuttu. Posteroanterior akciğer grafisinde sol hemitoraksta kostadiyafragmatik sinüste küntleşme meydana getiren PS ile uyumlu görünüm mevcuttu (Resim A). Hastaya tanısız torasentez yapıldı. Plevral örnekleme sonuçları lenfosit %85,9 monosit %3,7 nötrofil %8,5 ve eozinofil %1,9 olarak geldi. Plevral sıvıda ARB negatif geldi. Toraks BT'de sol hemitoraksta 17 mm kalınlığında PS gözlemlendi ve ek patoloji saptanmadı (Resim B,C). Ön planda PS'nin lenfosit hakimiyetinde olması malignite şüphesini akla getirdi. Olgu genel anestezi altında operasyona alındı. Torakoskopik olarak sol hemitoraks içi gözlemlendi. Sıvıdan gerekli örneklemeler yapıldı. Parietal plevranın kalınlaşmış alanlarından örneklemeler yapıldı. Akciğer parankiminde ek patoloji gözlenmedi. Patoloji sonucunda plevral sitoloji benign, yaymalarda kanamalı zemin üzerinde lenfositler ve reaktif görünümde mezotel hücreleri izlendi. Parietal plevra örnekleme ise kronik inflamasyon lehine geldi. Postoperatif dönemi sorunsuz geçiren olgu 4. gün taburcu edildi. 3 aylık takibin sonunda klinik ve radyolojik olarak asemptomatiktir (Resim D).

Resim A, B, C ve D



Tartışma-Sonuç: PS hücrelerin dağılımı ve oranı etyolojiyi belirlemede yardımcı olur ancak hastalığa özgün değildir. PS'da lenfosit hakimiyeti olması durumunda en yaygın tanı malignite ve tüberkülozdur. Malignite kaynaklı PS'de sıvının sitolojik incelenmesi en spesifik tanı yöntemidir. Buna karşın sitolojik tanı malign sıvıların yaklaşık % 33-72' sinde pozitifdir. Bu nedenle, PS'de lenfositöz varlığında ileri inceleme akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: : Parapnömonik Efüzyon, VATS, Lenfosit



PS-013 Epidemiological Status of Extrapulmonary Forms Among Primary Tubercular Patients in The Republic of Azerbaijan in The Last Three Years (2021-2023)

Jeyhun Aliyev¹

¹Azerbaijan, Baku city, Khatai district, Anti-Tuberculosis Dispensary No 2

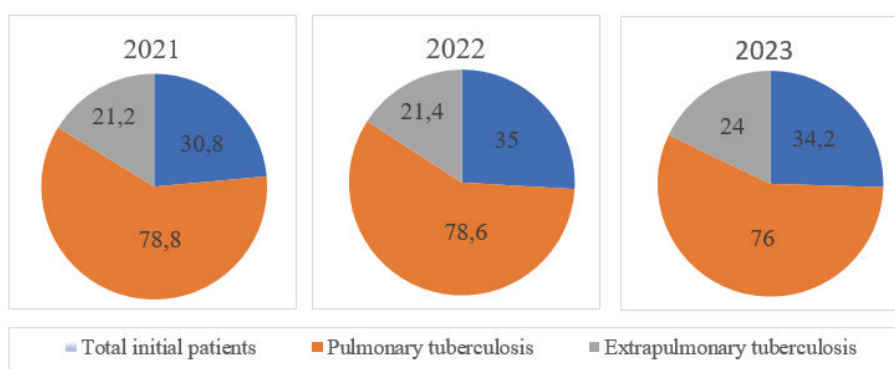
Jeyhun Aliyev / Azerbaijan, Baku city, Khatai district, Anti-Tuberculosis Dispensary No 2

Introduction-Purpose: Although there've been significant decreases in the overall statistics of tuberculosis in our country in recent years, significant increases have been observed in tuberculosis of extrapulmonary organs (ET) compared to pulmonary tuberculosis (PT). One of the main reasons of this is the daily improvement and development of diagnostic capabilities in healthcare thanks to scientific and technical achievements. However, since ET don't have pathognomonic symptoms, mycobacteria are rarely found. ET is often diagnosed at a late stage. Consequently, the investigation the epidemiological situation of ET in the Republic of Azerbaijan (AR) has been aimed.

Materials and Methods: A retrospective analysis was conducted using data on patients based on the reporting form No 8 of the State Statistical Committee of the AR for 2021-2023.

Results: 7,839 primary tuberculosis patients were registered in the AR over the 2021-2023. Among primary tuberculosis patients, PT accounts for 6,096 people, which is 71.4% more than ET. Among those who became ill with tuberculosis for the first time in their lives, ET increased by 9.0% in 2023 compared to 2022 and by 20.8% compared to 2021. Susceptibility to anti-TB drugs was maintained in 45.7% of the initial patients. Out of the patients whose susceptibility was maintained, 8.6% had ET, and 91.4% had PT. Among ET, susceptibility was maintained in 126 people in 2023, which is 10.3% and 56.3% higher than those in 2022 and 2021, respectively. Drug resistance was detected in 11.7% of the initially registered patients. Out of them, 13.9% had PT, and 4.2% had ET. Resistance to anti-TB drugs was detected in 35 people in 2022, which is 77.1% and 14.3% higher than those in 2021 and 2023, respectively.

Patients initially registered in the Republic of Azerbaijan in the last three years (2021-2023)



Susceptibility test results of patients initially registered in the Republic of Azerbaijan in the last three years (2021-2023)

Years	Susceptibility maintained among primary patients		Of which: extrapulmonary tuberculosis		Drug resistance among primary patients		Of which: extrapulmonary tuberculosis	
	absol.n	%	absol.n	%	absol.n	%	absol.n	%
2021	1058	43,8	71	6,7	242	10,0	8	1,6
2022	1198	43,7	113	9,4	344	12,6	35	6,0
2023	1328	49,5	126	9,5	335	12,5	30	4,6
Total	3584	45,7	310	8,6	921	11,7	73	4,2

UASK 2025



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

Discussion-Conclusion: It's clear from the analysis that the primary detection of ET among registered patients increased by 9.0% and 20.8% in 2023 compared to 2022&2021, respectively. The sensitivity among ET was maintained at 126 people in 2023, which is 10.3% and 56.3% higher than those in 2022&2021, respectively. Resistance to anti-TB drugs comprises 1.6% in 2021, 6.0% in 2022, and 4.6% in 2023. In other words, drug resistance in 2022 is 77.1% and 14.3% higher than those in 2021 and 2023, respectively.

Keywords: extrapulmonary tuberculosis, primary tuberculosis, pulmonary tuberculosis

PS-014 Tüberküloz Tedavisinde Hepatotoksisite ve Eksfoliyatif Dermatit Gelişen Bir Olgu

Tülay Akarca¹, Onur Karaman¹, Burcu Oktay Arslan¹

¹S.B.Ü. Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi SUAM

Tülay Akarca / S.B.Ü. Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi SUAM

Giriş-Amaç: Tüberküloz tedavisinde kombine ilaç kullanımı esastır. Tedavide kullanılan ilaçlara bağlı minor ya da major yan etkiler izlenebilir. Tüberküloz tedavisi ile aynı hastada gelişen farklı yan etkilerin, tedavi rejimlerinde farklılıklar yaratabileceğini vurgulamak için olgumuzu sunmayı planladık.

Olgu: 68 yaşında kadın hasta demans ön tanısı ile tetkik edilmekte iken "yeni olgu yayma pozitif akciğer tüberkülozu" tanısı konması üzerine hastanemize yönlendirildi (Resim-1). KLL tanısında olan hastaya dörtlü standart anti-tüberküloz tedavisi başlandı. Birinci ay kontrolde AST:362 U/L, ALT:376 U/L olarak tespit edildi. Yatış önerildi. Kabul etmeyen hasta ayaktan takibe alındı. Ancak yeniden kontrole 2 ay sonra başvurdu. Değerleri normale dönen hastaya yatırılarak yeniden dörtlü standart tedavisi başlandı (takip dışı kalan olgu) ancak yine hepatotoksisite gelişmesi üzerine kesildi. Takibinde değerleri uygun olunca ilaçların kademeli olarak başlanması planlandı. Öncelikle rifampisin(RIF) + etambutol(EMB) + moksifloksasin(MOKS) başlandı. RIF ile hepatotoksisite olmaması nedeniyle izoniyazid(INH) eklendi. Hasta bu rejimi almakta iken tüm vücut ve yüzünde yaygın desuquamasyon oluştu (Resim-2). Eozinofil düzeyi:2770 x10³/uL olarak tespit edildi. Dermatoloji ve alerji konsültasyonu yapıldı. Hasta eksfoliyatif dermatit olarak değerlendirildi. İlaçların kesilmesi sonrası takibinde cilt rekasyonları geriledi (Resim-3). Eozinofil değerleri normal sınırlara döndüğünde deri yama ve prick testi planlandı. Testler sonrası EMB şüpheli ajan olarak tespit edildi. Hastanın ilaçlarının oral provakasyon ile yeniden başlanması önerildi. INH ve RIF ile reaksiyon oluşmadı. Ancak MOKS ile hastada sıcak basması ve eozinofili (1660 x10³/uL) gelişti. MOKS ilişkili eozinofili olarak değerlendirildi ve ilacın kesilmesi önerildi. EMB zaten şüpheli ilaç olduğundan denenmedi. Eozinofil sayısı normale dönünce yeniden pirazinamid (PRZ) başlanması planlandı. Kademeli olarak tedaviye PRZ eklendi. Hepatotoksisite yaşanmadı. Hastanın INH direnci olmaması, ilaçlara karşı duyarlılığının olması nedeniyle rejim oluşturmadaki güçlük ve ek hastalıkları da göz önünde bulundurularak (KLL, demans, depresyon) dördüncü ilaç eklenmeden izlenmesine karar verildi. Üçlü rejim ile klinik, radyolojik ve mikrobiyolojik iyileşme izlendi. INH+RIF+PRZ rejiminin birinci ayında gönderilen balgam ARB menfi ve kültürde üreme olmadı. Rejimin ikinci ayından sonra idame tedaviye geçildi. Yeni bir reaksiyon ve hepatotoksisite izlenmedi.



Resim-1: Olgu PA-AC grafisi



Resim-2: Eksfoliyatif dermatit



Resim-3: İlaçların kesilmesi sonrası cilt lezyonlarında gerileme

Tartışma-Sonuç: Tüberküloz tedavisinde hepatotoksisite gibi daha sık görülen yan etkilerin yanısıra eksfoliyatif dermatit gibi oldukça nadir görülen yan etkilerde gelişebilir. Bu yan etkiler bir veya daha fazla sayıda tüberküloz ilacının tedavi rejiminden çıkarılmasına sebep olabilir. Tedavi rejimi gerektiğinde minör ilaçlarında eklenmesi ile oluşturulabilir. Ancak bazı nadir durumlar ki; ilaç reaksiyonları yanında hasta ilişkili birtakım faktörlerde alternatif rejimlerin oluşturulmasını gerekli kılabilir. Hastanın özelliklerinin dikkatlice değerlendirilmesi ve yan etkilerin tanınması, bu yan etkilerin uygun şekilde yönetilmesini ve tedavinin başarıya ulaşmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, hepatotoksisite, eksfoliyatif dermatit



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-015 Erişkin İmmünkompetan Bireyde Varisella Zoster Pnömonisi: Olgu Sunumu

Nilay Erten Turan¹, Mutlu Onur Güçsav¹

¹Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi

Nilay Erten Turan / Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Varisella enfeksiyonu, Varisella Zoster Virüs'ünün (VZV) etken olduğu, genellikle çocukluk çağında görülen oldukça bulaşıcı enfeksiyondur. 10-21 günlük inkübasyon döneminden sonra ateş, halsizlik ve vezikülo-püstüler döküntülerle kendini gösterir. Erişkinde nadir olarak izlense de; bu dönemde görülen varisella enfeksiyonu şiddetlidir ve sıklıkla pnömoniyle birliktelik gösterir. VZV tanısı karakteristik veziküler döküntüye dayanır. Takip ettiğimiz ciddi VZV enfeksiyonu olgusunu erişkin ve sağlıklı bireylerde nadir olarak izlenmesi ve pnömoni birlikteliği nedeniyle sunuyoruz.

Olgu: 51 yaşında erkek hasta 3 gündür olan ateş, döküntü ve sonrasında gelişen öksürük ve nefes darlığı şikâyetiyle tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde 30 paket/yıl sigara mevcuttu. Major depresyon dışında ek hastalığı yoktu. FM'de; genel durumu iyi, vitalleri stabildi. İncelemede tüm vücutunda makülopapüler ve veziküler lezyonlar izlendi. Oskültasyonda iki hemitoraksta tüm alanlarda ralleri mevcuttu. CRP: 32 mg/dL, kreatinin 1,36mg/dL WBC 10x10³/uL idi. Akciğer grafisinde bilateral orta ve alt zonlarda retikülo-nodüler opasiteler izlendi. Toraks BT'de her iki akciğerde tüm loblarda random dağılan bazıları buzlu cam görünümünde nodüller ve ince retiküler opasiteler izlendi. Acilde değerlendirilen hasta atipik pnömoni ön tanısıyla servise yatırıldı. Hastaya desefin 2x1gr IV +klaritromisin 2x500mg PO+ oseltamivir 2x75 mg PO tedavileri başlandı. Anamnezi derinleştirildiğinde 1 hafta boyunca üst solunum yolu enfeksiyonu belirtileri olduğu, sonrasında döküntülerin öncelikle sırtta başlayıp bacaklara, kollara ve yüze yayıldığı öğrenildi. Çocukluk çağında VZV ve kızamık öyküsü sorgulandı. Enfeksiyon öyküsü ve aşılama hakkında bilgisi olmadığı öğrenildi. İmmünsüpresyon açısından hastanın ELISA tetkiki istendi. Negatif sonuçlandı. VZV'nin tipik cilt döküntüsü bulguları nedeniyle dermatolojiye konsülte edildi. VZV tutulumu düşünüldü. VZV IgM ve VZV IgG antikorları pozitif saptandı. Oseltamivir tedavisi asiklovir 3x10mg/kg/gün IV olarak değiştirildi. Tedavinin 2. gününden itibaren ateş kontrol altına alındı, döküntülerde regresyon izlendi. Solunum yetmezliği olmayan hasta valasiklovir 3x1gr PO (7 gün) ile taburcu edildi. 2 hafta sonraki kontrolünde aktif solunumsal şikâyeti bulunmamaktaydı. Yüksek çözünürlüklü toraks BT'(YÇBT) de mikronodüler infiltrasyonların devam etmesi nedeniyle hasta takibe alındı

YÜZDE VEZİKÜLOPAPÜLER DÖKÜNTÜLER



HASTANIN YÜZÜNDE OLAN VEZİKÜLOPAPÜLER DÖKÜNTÜLER

Tartışma-Sonuç: Varisella pnömonisi erişkinlerde yüksek mortalite oranına sahiptir. Erken dönemde başlanılan asiklovir tedavisi, mortaliteyi ve komplikasyonları belirgin şekilde azaltmaktadır. Sekonder bakteriyel enfeksiyon riski taşıyan hastalarda geniş spektrumlu antibiyotikler tedaviye eklenmelidir. Bu olgu, erişkinlerde varisella enfeksiyonunun yol açabileceği komplikasyonları ve aşılama gerekliliğini bir kez daha vurgulamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve CDC, çocukluk çağından itibaren rutin varisella aşılmasını önermektedir.

Anahtar Kelimeler: Pnömoni, varisella zoster, ateş, döküntü.

PS-016 Nadir Bir Komplikasyon: Pankreatobiliyer Karsinomlu Bir Hastada Transarteriyel Radyoembolizasyon Sonrası Gelişen Pnömonitis Tablosu

İlke Metin Derinde¹, Hatice Canan Hasanoğlu²

¹Ankara Şehir Hastanesi,Göğüs Hastalıkları Kliniği

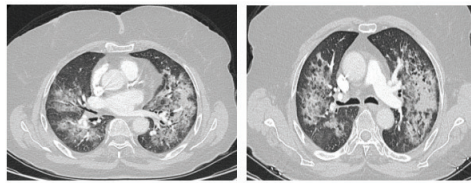
²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ,Göğüs Hastalıkları ABD

İlke Metin Derinde / Ankara Şehir Hastanesi,Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Transarteriyel radyoembolizasyon (TARE), radyoembolizasyon veya seçici internal radyasyon tedavisi olarak da adlandırılır, primer karaciğer tümörlerini ve karaciğer metastazlarını tedavi etmek için kullanılan bir girişimsel radyoloji tekniğidir. Sunduğumuz hastaya takiplerinde pankreatobiliyer sistem kaynaklı kanser tanısı konulmuş ve aktif kemoterapi tedavisi sırasında transarteriyel radyoembolizasyon planı yapılmış. TARE işlemi sonrası 6 ay içerisinde gelişen pnömonitis tablosu nadir görülen bir olgu olması nedeniyle aşağıda yayınlanmış literatür ışığında paylaşılmaktadır.

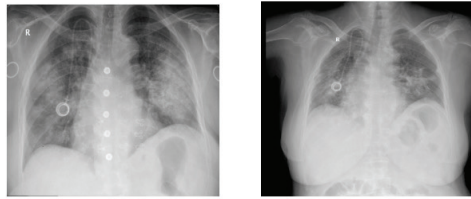
Olgu: Bilinen karaciğer metastazı ile prezente olmuş occult pankreatobiliyer sistem kaynaklı adenokanser tanısı olan 79 yaş kadın hasta tarafımıza Şubat 2023 tarihinde üç haftadır süren ve giderek artan nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Başvurusunda 5 ay önce 6 aylık folfox (başlangıç tarihi: 26/8/2021 bitiş: 30/3/2022) kemoterapisi planı yapılmış. Tarafımıza Şubat 2023 de dispne şikayeti ile başvuran hastanın servis yatışında oda havası satürasyonları 84 izlenmekteken hırıltılı solunum mevcuttu. Pnömoni ön tanısı ile interne edilen hastanın çekilen akciğer grafisinde bilateral yaygın infiltrasyon sahaları, toraks bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerde santral kesimlerde ağırlıklı olmak üzere yaygın konsolidasyonlar ve alt loblar periferik subplevral alanlarda belirginleşen siliik sınırlı buzlu cam dansitesinde infiltrasyonlar mevcuttu (resim1.a, resim1.b, resim2.a). Kan tablosunda hemogramda nötrofil hakimiyeti vardı, crp 27,60 mg/L idi. Hastaya nebül tedavisi, levofloksasin antibiyoterapisi, lasix ve profilaktik oksapar başlandı. Takiplerinde levofloksasin durdurularak desefin antibiyoterapisine geçildi. Radyolojik ve klinik iyileşme görülmeyen hastanın malignitesi nedeni onkolojik açıdan aldığı tedaviler sorularak anamnezi derinleştirildiğinde kemoterapisi devam ederken karaciğerdeki lezyonlarda progresyon izlenmesi nedeniyle TARE işlemi yapıldığı öğrenildi. Hastaya 14.10.2022 tarihinde TARE işlemi yapılmış. (20y Gy kadar uygulanmış ve şanti mevcutmuş.) Hastaya Tare ilişkili pnömonitis ön tanısı ile prednol 60 mg/gün başlandı. Takiplerinde oksijen ihtiyacı azaldı. Hastadan istenen vaskülit markerları negatif izlendi, viral solunum yolu paneli negatif sonuçlandı. 5 günlük prednol tedavisi sonrası çekilen akciğer grafisinde belirgin regresyon saptandı. Prednol azaltma şeması ile oda havası hipoksisi kalmayan hastaya taburculuk planlandı. Kontrolde görülen akciğer grafisinde belirgin regresyon izlendi (resim2.b).

Hastanın Başvurusundaki ve Tedavi Sonrası Görüntülemeleri



Resim 1.a

Resim 1.b



Resim 2.a

Resim 2.b

Tartışma-Sonuç: Onkolojik olarak sistemik toksisiteyi en aza indirebilecek yöntemlerden olan TARE, ölçülen güvenli şant düzeylerine rağmen hasta bazında sistemik yan etkilerle karşımıza çıkabilmektedir. Bu nadir olgu ışığında onkolojik tedavi alan hastalarda anamnez derinleştirilmeli ve lokal tedavilerin sistemik yan etkileri görülebileceği her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: pnömonitis, prednol, radyoembolizasyon, malignite



PS-017 Endobronşiyal Mukormikozis Hastalarında Endobronşiyal Antifungal Tedavi: İki Olgu

Kübra Uluğ Şimşek¹, Nur Aleyna Yetkin¹, Bilal Rabahoğlu¹, Burcu Baran¹, Nuri Tutar¹, İnci Gülmez¹, Fatma Sema Oymak¹

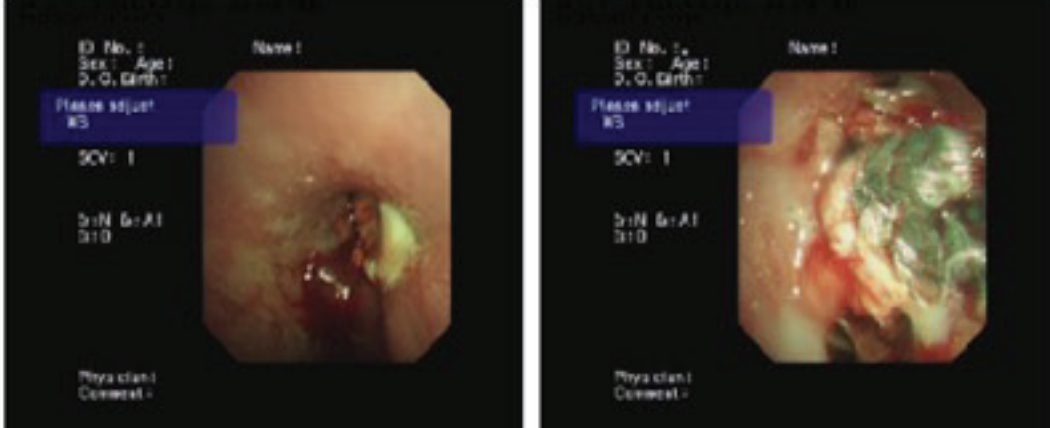
¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları

Kübra Uluğ Şimşek / Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Pulmoner mukormikozis (PM), genellikle immün sistemi baskılanmış hastaları etkileyen, nadir görülen ancak hızla ilerleyen ve yaşamı tehdit eden bir mantar enfeksiyonudur. Pulmoner mukormikozisin belirgin bir klinik formu olan endobronşiyal mukormikozis çok nadirdir ve az sayıda vaka bildirilmiştir. Risk faktörleri arasında kötü kontrol edilen diyabet, immünyüpresif ilaç kullanımı, hematolojik maligniteler ve nakil sonrası hastalar yer alır. PM'nin kesin tanısı, mantarlar tarafından doku invazyonunun histolojik olarak gösterilmesi ile koyulur. Burada endobronşiyal mukor tespit ettiğimiz, sistemik tedaviye cevapsız olması nedeniyle endobronşiyal antifungal tedavi uyguladığımız iki vakamızı sunuyoruz.

Olgu: Vaka-1: 51 yaş erkek hasta, bilinen diyabetes mellitus, kronik böbrek hastalığı, hipertansiyon ve daha önce geçirdiği yanık sebebiyle sigmoid mesane öyküsü mevcuttu. Ateş şikâyeti ile başvurusunda çekilen toraks tomografisinde sol hiler ve infrahiler bölgede bronşu daraltan lezyon görüldü. Bronkoskopide sol ana bronş nekrotik mantar plakları ile %90 daralmış ve destrükte görünümdeydi. Vaka-2: 54 yaşında kadın hasta, bilinen diyabetes mellitus tanısı mevcut. Fasial paralizi nedeniyle metilprednizolon almaktayken nefes darlığı şikâyetiyle başvurusunda çekilen toraks tomografisinde sağ akciğer alt lob latero-posterobazal segmentte periferik konsolide alan görünmesi üzerine yapılan bronkoskopide sağ akciğer alt lob bazal segment girişinde nekroze, beyaz renkli, bazal segmentlere kadar ilerleyen lezyon izlendi. Her iki vakada da tümörü taklit eden ve bronşun tıkanmasına neden olan endobronşiyal lezyonlar görüldü. Mukormikozis, histopatolojik örnek veya pozitif kültür ile doğrulandı. Her iki hastaya da önce intravenöz amfoterisin-B tedavisi başlandı. Uzun süren antifungal tedaviye yanıt vermeyen ve uzun hastane yatışı olan hastalara endobronşiyal antifungal tedavi verildi. İlk vakada toplamda 10 defa, ikinci vakada 4 defa fiberoptik bronkoskopi ile lokal amfoterisin-B uygulandı. Her iki vakada da klinik, laboratuvar, radyolojik ve bronkoskopik olarak belirgin düzelme görüldü.

Şekil 1



Vaka :1 İlk fiberoptik bronkoskopi görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Endobronşiyal mukormikozis vakalarında tedavi için ortaya çıkan kanıtlar, bu lokal tedavi yöntemlerinin önemini vurgulamaktadır. Bu yöntemler, ameliyat için uygun olmayan veya cerrahi müdahaleyi reddeden, tedaviye cevapsız hastalarda etkili bir alternatif sunmaktadır. Etkinliğin kanıtı için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner mukormikozis, Endobronşiyal Mukormikozis, Endobronşiyal Antifungal Tedavi

PS-018 İmmünesupresif Hastada Cmv Pnömonisi, Pcp Pnömonisi, Fungal Ko-Enfeksiyon

İlke Metin Derinde¹, Hatice Kılıç², Ayşegül Karalezli²

¹Ankara Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları ABD

İlke Metin Derinde / Ankara Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Onkolojik tedavisi süren immünesupresif hastalarda görülen pulmoner enfeksiyon nedenleri, konaktaki savunma defektinin türüne göre değişmektedir. Göz ardı edilen durum tüm bu patojenlerin bağışıklık defekti geliştiğinde komorbiditelere bağlı olarak aynı anda enfektif tablo oluşturabileceğidir. Burada mide kanseri tanısı ile neoadjuvan kemoterapi aldıktan sonra multipl enfeksiyonlar gelişen ve tedavide kullanılan yüksek doz steroidin etkin olduğu bir olguyu sunduk.

Olgu: Bilinen BPH, 2018 de mide lenfoması tanısı olan ve o dönem kemoterapi ile kür olan, 71 yaş erkek hastanın 2024 yılında mideden alınan biyopsi sonucu adenokanser gelmesi üzerine 4 kür kemoterapi sonrası total gastrektomi planı yapılmış. Hasta 3. kür kemoterapisini aldıktan sonra başlayan bulantı, kusma, ishal şikayetleri ile hastanemize başvurmuş. Toraks BT 'de her iki akciğerde büyüğü sol akciğer alt lob superiorda 36 mm çapa ulaşan santralinde düzensiz kaviteler, etrafında buzlu cam opasiteleri bulunan birkaç adet nodüler infiltrasyon alanları görülmesi üzerine devir alındı. Tetkiklerinde kanda Cytomegalovirus DNA PCR 52307 IU/mL, balgam kültüründe Klebsiella pneumoniae, kan kültüründe Corynebacterium species üremesi mevcuttu. Mantar enfeksiyonu dışlanamayan olguya vorikonazol ile beraber anidulafungin, valgansiklovir, sefepim, teikoplanin verildi. Bronkoskopik lavaj örneklerinde Cytomegalovirus DNA PCR 1221 IU/mL, Pneumocystis jirovecii PCR 510 kopya/mL olarak sonuçlandı. Tedaviye trimetoprim sülfametoksazol eklendi. Hastaya sol akciğerdeki büyük nodülden transtorasik iğne biyopsisi yapıldı. İşlem esnasında alınan tomografi kesitlerinde, tüm zonlarda bilateral parankimal yaygın buzlu cam alanlarının izlenmesi üzerine (Resim 1.a, Resim 1.b) alveolar hemoraji, CMV pnömonisi, ARDS ön tanıları ile hastaya bir gram/gün prednol uygulandı. Ertesi gün hastanın hem klinik hem radyolojik olarak iyiye gidişi görüldü. Steroid tedavisi 3 gün 500 mg/gün ile devam edildi. Hastanın vaskülit belirteçleri negatifti. Bu sırada kanda çalışılan Epstein-Barr virüs DNA PCR 316 kopya/mL olarak sonuçlanırken trakeal aspirattan alınan örnekte Aspergillus fumigatus pozitif olarak saptandı. Alınan biyopsinin patolojisi "akciğer parankiminde nekroz çevresinde yer yer palizatlanan histiositler, intraalveoler fibrin birikimi, interstisyel mononükleer inflamasyon ve fibrotik değişiklikler" şeklinde raporlandı. Takiplerde oksijen ihtiyacı kalmayan hastaya kontrol toraks BT çekildi. (Resim 2.a, resim 2.b) Hasta daha sonra total gastrektomi operasyonu oldu. Klinik ve radyolojik iyilik hali devam etmekte.



Hastanın İşlem Esnasında ve Tedavi Sonrası Akciğer Görüntülemeleri



Resim 1.a



Resim 1.b



Resim 2.a



Resim 2.b

Tartışma-Sonuç: Bağışıklığı baskılanmış bireyler çoklu etkenle enfekte olduğunda gürültülü bir pnömoni tablosu meydana gelebilir. Olgumuz ışığında ko-enfeksiyonlar ve fırsatçı enfeksiyonlara dikkat çekilerek çoklu antibiyoterapilerin yanında kortikosteroid tedavisinin dramatik yanıtı gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: immünsupresyon, malignite, pnömoni

PS-019 Maligniteyi Taklit Eden Ekstrapulmoner Tüberküloz Olgusu

Naz Kartal Bilaloğlu¹, İrem Şerifoğlu Rahatlı¹, Habibe Hezer¹, Ayşegül Karalezli¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Naz Kartal Bilaloğlu / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Ekstrapulmoner tüberküloz (EPTB), tüberkülozun akciğer dışındaki organ veya dokuların tutulumu ile ortaya çıkan formudur. Hastalık tüberküloz basilinin akciğerdeki odaktan lenfohematojen yolla yayılması, aktif akciğer tüberkülozlu olguların enfekte balgamlarının gastrointestinal sistem mukozasına ulaşması veya komşuluk yoluyla diğer organlara yayılmasıyla ortaya çıkar. Çalışmamızda tanı ve tedavide gecikme yaşanan bir EPTB olgusu ele alınmıştır.

Olgu: 72 yaş kadın hasta, göğüs hastalıkları polikliniğimize halsizlik, kilo kaybı ve 6 aydır yürüyememe şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenede genel durumu orta, bilinç açık, oryante koopere ve kaşektik görünümdeydi. Sol el bileği üzerinde, sternumda ve lomber bölgede akıntılı ülsere lezyonlar (resim 1) izlendi. Alt ekstremitelerde güç kaybı dışında patolojik muayene bulgusu yoktu. Hastanın tıbbi öyküsü derinleştirildiğinde tanımlanan ülsere lezyonların 8 aydır mevcut olduğu, iki yıllık süreçte 20 kg kilo kaybı olduğu öğrenildi. Bir buçuk yıl önce kolonoskopi öncesi preopreatif değerlendirilmede akciğer grafide izlenen sağ hiler dolgunluk için Toraks BT (resim 2) çekildiği ve mediastinal lenfadenopati ve sağ bronkopulmoner 32x20mm kitle nedeniyle bronkoskopi yapıldığı öğrenildi. Bronkoskopisinde intermedier bronş duvarında mukozal infiltrasyon tarzında endobronşial lezyon izlenmiş ve alınan mukoza biyopsisi nekrotizan granülomatöz inflamasyon ile uyumlu çıkmış. Doku örneklerinde aside dirençli basil (ARB) izlenmemiş, bronş lavajında tüberküloz PCR ve ARB kültür negatif sonuçlanmış. Quantiferon testi de negatif olan hastaya malignite olabileceği için PET-BT çekilmiş. Mediastinal ve hiler lenf bezlerinde, sternum ve batındaki yumuşak doku dansitelerinde ve torakal-lomber vertebralarda yüksek FDG tutulumları saptanmış. Hastaya dış merkezde mediastinoskopi yapılmış, patoloji sonucu nekrotizan granülomatöz lenfadenit olarak sonuçlanmasına rağmen hastaya primeri bilinmeyen metastatik hastalık tanısıyla göğüs ön duvarında sternum alt ucundaki ülsere lezyona ve lomber bölgeye (resim 3) radyoterapi uygulanmış. Polikliniğimize başvurusunda sol el bileğindeki lezyondan deri punch biyopsisi alındı. Patoloji sonucu yine nekrotizan granülomatöz inflamasyon olarak raporlanan hastaya kemik, mediastinal lenf nodu ve cilt tutulumlu EPTB tanısıyla dördü antitüberküloz tedavi başlandı. İki ay 4'lü, 10 ay 2'li toplam bir yıl tüberküloz tedavisi verildi. Klinik ve radyolojik iyileşme sağlandı.



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

EKSTRAPULMONER TÜBERKÜLOZ TUTULUMU



1. ve 2 EL BİLEĞİNDEKİ ÜLSERE LEZYONLAR 3.LOMBER BÖLGEDEKİ RT VERİLEN ALAN 4.TORAKS BT GÖRÜNTÜSÜ

Tartışma-Sonuç: EPTB'de semptomlar çok farklı ve etkilenen organa göre değiştiği için tanı koymada güçlük, gecikme yaşanabilir. Günümüzde tüberküloz halen önemli bir sağlık sorunu olduğu için ayırıcı tanıda mutlaka öncelikle akla gelmelidir. Erken tanı ve tedavi ile mortalite, morbidite ve hastalık yayılımında kontrol sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: ekstrapulmoner tüberküloz, malignite



PS-020 Koruyucu Tedavi Almamış Temaslıda Tüberküloz Olgusu

Yasin Görkem Gördük¹, Aylin Babalık¹

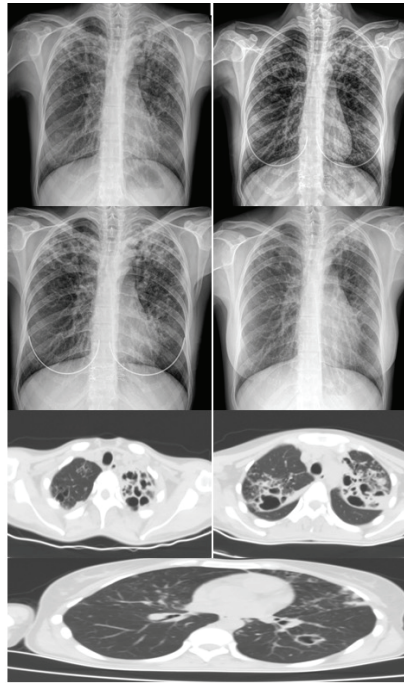
¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yasin Görkem Gördük / Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Sağlık Bakanlığı Tüberküloz Rehberi önerisine göre bulaşıcı yayma pozitif akciğer tüberkülozu olan hastaların 35 yaş altı temaslılarına tüberkülin deri testi negatif ya da pozitif olsa da koruyucu ilaç tedavisi önerilmektedir. Olgumuz koruyucu tedavinin önemi, temaslı takibinin önemi, tüberküloz tedavisinin erken başlanmasını vurgulamak için sunulmuştur

Olgu: 24 yaş kadın hasta, 2019'da amcası yayma pozitif akciğer tüberkülozu olup, kendisi temaslıdır. Temaslı muayenesine bir kez gitmiştir. İzoniazid profilaksisi önerilmiş, hasta düzensiz kullanmıştır. Amcasının İlaç Duyarlılık Testi: İzoniazid(H)-Rifampisin(R)-Etambutol(E)-Streptomisin(S) duyarlı. Temmuz 2024'te dış merkeze öksürük, balgam, kilo kaybı, halsizlik şikayeti ile başvuran hastanın akciğer grafisinde bilateral opasite alanları izlenmiştir. Balgam yayma ve mikobakteri kültürü istenmiştir. Balgam yayma pozitif saptanmıştır. İDT: HRES duyarlı görülmüştür. 12.07.2024'te HRE- Pirazinamid(Z) başlanmıştır. 10 gün sonra hepatotoksisite gelişmiştir. Tarafımızca interne edilip tedavisi kiloya uygun olarak tekrar HRZE şeklinde ayarlanmıştır. Ekim 2024'te batın ve toraks bt çekilmiştir. Batında patoloji saptanmamıştır. Toraks bt'de; mediastende en belirginini 10 mm çapında olan multipl nodüller izlenmiştir. BT'de tomurcuklanan ağaç manzarası, nodüler görüntüler, kaviter lezyon ve mediastende lenfadenopati saptanmıştır. 24.10.24'te balgam yayma negatif gelmesi üzerine HR idame tedaviye geçilmiştir. Tedavinin 2. ayında mikobakteri kültürü pozitif olması nedeniyle toplam tedavisinin 9 aya tamamlanması planlanmıştır.

BT ve grafi görüntüleri



Sol üst akciğer grafisi- tedaviden 1 ay önce, sağ üst-tedavi başlandığındaki grafi, sol alt akciğer grafisi- tedaviden 1 ay sonra, sağ alt grafi tedavinin 6. ayındaki grafi. En alttaki 3 görüntü tedavinin 3. ayındaki BT'ye aittir.

Tartışma-Sonuç: Koruyucu ilaç tedavisinin düzenli kullanılması ve tedavinin tamamlanması önemlidir. Tüberküloz hasta temaslısının takibinin düzenli yapılması, tüberküloz tanısının klinik ve radyolojik olarak erken düşünülmesi, tüberküloz tedavisinin başlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: tanı gecikmesi, koruyucu tedavi, Tüberküloz



10 Nisan 2025, Perşembe

Poster Bildiri Oturumu 2: Akciğer Enfeksiyonları ve Tüberküloz

PS-021 *Pneumocystis jirovecii* Pnömonisi: Olgu Sunumu

Elif Kapdan¹, Kübra Uyar Er¹, Bilge Yılmaz Kara¹, Aziz Gümüş¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Elif Kapdan / Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: *Pneumocystis jirovecii*, kazanılmış immün yetmezlik sendromu (AIDS) başta olmak üzere bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda enfeksiyona yol açabilen fırsatçı bir patojendir. Radyolojik olarak özellikle bilateral buzlu cam opasiteleri, konsolidasyonlar, küçük nodüller veya tek taraflı lobar infiltratlar, kavitasyonlu ya da kavitasyonsuz nodüler infiltratlar görülebilir. Tanı diğer olasılıkların ekarte edilmesi ve serum örneğinde Beta-D-Glukan (BDG) ≥ 80 ng/L saptanması ya da bir solunum yolu örneğinde PCR ile *P. jirovecii* DNA'sının saptanması ile konur. Mikolojik kanıt olmayan durumlarda tanı klinik olarak da konulabilir.

Olgu: 72 yaşında, hipertansiyon ve diyabet öyküsü olan erkek hasta, iki yıldır kilo kaybı, halsizlik, kuru öksürük, nefes darlığı şikâyeti nedeni ile dış merkezde pnömoni tanısı ile yatmakta iken, tedaviye yanıtızlık ve yoğun bakım gereksinimi nedeniyle merkezimize sevk ediliyor. Gelişinde DSS:26/dk, 10 lt/dk O₂ desteğinde SaO₂%95, TA: 126/84 mmHg, Nb:96/dk. Oskültasyonda bibaziller raller mevcuttu. Lökosit: 8480/mm³, Lenfosit: 800/mm³, CRP: 256 mg/L, Anti HIV: şüpheli pozitif saptandı. Akciğer grafisinde bilateral retiküler opasite artışı, BT'de dağınık buzlu cam opasiteleri ve konsolide alanlar saptandı. Piperasilin/tazobactam + moksifloksasin tedavisine linezolid eklendi. YBÜ yatışının 5.gününde O₂ ihtiyacında artış ve akciğer grafisinde progresyon gelişti. Hastanın HIV ile enfekte olması ve toraks BT bulgularının uyumlu olması nedeniyle *Pneumocystis jirovecii* pnömonisi (PCP) düşünüldü. Tedaviye TMP/SMZ 400/80 mg 4*3 + 40 mg prednol iv eklendi. Aralıklı prone pozisyon verildi. Balgam ARB negatif sonuçlandı, mikobakteri üremedi. Viral panel negatif sonuçlandı. BDG ve PCR hastanemizde bulunmadığından çalışılmadı. Bu tedaviye hastada hızlı klinik yanıt alındı. Anti- HIV pozitifliği doğrulanan hastada HIV-RNA 133.000 kopya/ml, CD4/CD8:0.04, CD4: 23/mm³ saptandı. Enfeksiyon hastalıkları tarafından antiretroviral tedavi planlandı. Hasta, TMP-SMZ ve prednol tablet reçete edilerek taburcu edildi ve 21 günden sonra TMP-SMZ'e profilaksi dozunda devam edildi.



Hastanın Yoğun Bakım Ünitesinde takibinin 5. gününde akciğer grafisi

Tartışma-Sonuç: İmmünsüpresif hastalarda PCP genellikle kuru öksürük, ateş, titreme, göğüs ağrısı, gece terlemesi, solunum sıkıntısı ve nadiren de hemoptizi ile seyreder. Olgumuzda öksürük ve nefes darlığı vardı. Semptomlar ve fizik muayene bulguları PCP'ye özgü değildir. Fizik muayenede ateş, takipne, taşikardi, siyanoz, bazallerde raller ve ronküs duyulabilir. Olgumuzda bibaziller raller mevcuttu. Mikolojik kanıt olmayan olgumuzda konak faktörleri ve klinik özellikler ile tanı konuldu. TMP/SMZ ile tedaviye yanıt alınması tanıyı destekledi. Bağışıklığı baskılanmış hastalarda pnömoni etkeni saptanamadığında uygun radyoloji ve klinik tablo varlığında PCP olası etkenler arasında yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Pneumocystis jirovecii*, pnömoni, immünsüpresyon

PS-022 Histopatolojik Tanılı Akciğer Tubekülozu

Gürkan Çetiner¹, Aylin Babalık¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi eah

Gürkan Çetiner / Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi eah

Giriş-Amaç: Tübeküloz halen önemli bir halk hastalığı sorunudur. En çok öldüren bulaşıcı hastalıktır. Bakteriyolojik testler (yayma, kültür, moleküler) ile tanısı konur. Patolojik olarak granülomatöz hastalıkların ayırıcı tanısında tüberküloz yer alması gereken toplum sağlığı sorunudur.

Olgu: Olgu vakamız: 67 yaş erkek bilinen RA, DM, parkinsonizm tanıları olan, Çorum Kargı doğum yeri olan hastanın çocukluğu ve gençliği betonarme konutta geçmiştir. Öğrenci yurdunda güvenlik görevlisi ve akabinde kayıt görevlisi olarak çalışmıştır. Yaklaşık 30 yıldır RA tanısı olan hastanın 5 yıl önce osteoartrite bağlı protez replasmanı operasyonu mevcut. Ex smoker, 25 yıl önce. 6 paket yıl kullanım öyküsü var. Alerji öyküsü tariflemiyor. Soy geçmişte özellik yok. Hasta yaklaşık bir buçuk yıl önce başlayan nefes darlığı, balgam, kilo kaybı şikayetleri nedeni ile tetkik edilen süreç yaşamış. İki yılda 35 kg kaybı tarifliyor. Hastanemizde göğüs hastalıkları ve yoğun bakım servislerinde 4 defa yatışı bulunmaktadır. Hastamıza Haziran 2023'te servisimizde pnomoni ile yattığı sırada FOB yapıldı. ARB ve mikobakteri PCR lar negatif izlendi. Sitioloji normal gözlendi. Ağustos 2023'te göğüs hastalıkları servisine 27 gün pnomoni, plevral efüzyon ve romatoid pulmoner nodul ile interne edildi. Ppd testi negatif olarak sonuçlandı. 31.08.23 te sft restriktif patternde saptandı. meronemin 21 güne tamamlandı. Amiloidosis öntanısı için protein elektroforezi yapıldı, gama monopatisi izlenmedi, alfa 1 alfa 2 beta 2 bantlarında yükseklik izlendi. Romatoid artrite eşlik edebilecek bağ dokusu hastalığı açısından ana, anca istendi. Sonuçlar negatif izlendi. Göğüs cerrahisinde 06.09.23 tarihinde yapılan sağ akciğer üst lob, wedge rezeksiyon sonucu: Pulmoner parenkimde nekrotizan granülomatöz inflamasyon bulguları izlenen hasta 29.09.23 tarihinde histopatolojik tanılı akciğer tubekülozu olarak tuberkuloz servisimize interne edildi. Ve tedavisine izoniazid, rifampisin, etambutol, pirazinamid olacak şekilde başlandı. 08.10.2023 tarihinde HRZE tedavisi hepatotoksisite nedeniyle kesildi. 09.10.2023'te levofloksasin, sikloserin, etambutol, amikasin başlandı. 6 Aralık 2023'te sikloserin ve amikasin kesilerek, pirazinamid ve rifampisin eklendi. Tedavi rejimi 04.01.2024'te moksifloksasin, etambutol, rifampisin, pirazinamid şeklinde değiştirildi. 01.07.24'te etambutol stoplanıp, 04.10.24 tarihinde tedavisi sonlandırıldı.

Tartışma-Sonuç: Tübeküloz, Dünyada ölüm nedenleri içinde onuncu sırada yer almaktadır. Tübekülozu kontrol altına alınabilmesi için erken teşhis ve erken tedavi önemlidir. Kinolon dışı antibiyotiğe yanıtız hastalarda, granülomatöz hastalıkların ayırıcı tanısında tüberküloz düşünölmelidir.

Anahtar Kelimeler: Histopatolojik tanılı akciğer tubekülozu.



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-023 Sağ Üst Lob Atelektazisi ile Gelen Endobronşiyal Tüberküloz Olgusu

Gizem Alter¹, Hülya Doğan Şahin¹

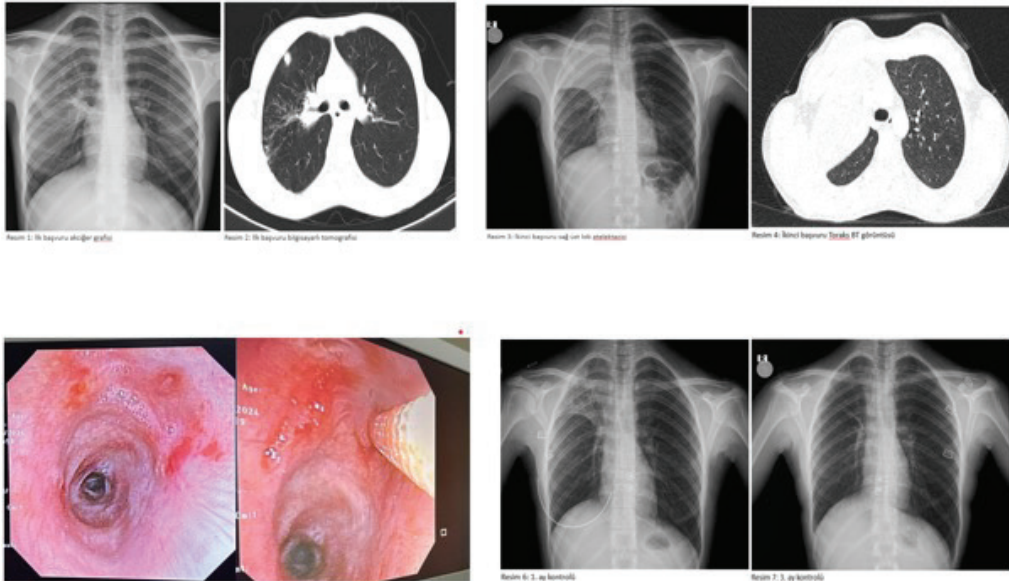
¹SBÜ, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Gizem Alter / SBÜ, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Giriş-Amaç: Tüberküloz basili ile enfekte olunması sonrası hastalığın yaygınlığı, niteliği ve gidişi bakımından birçok klinik formda karşımıza çıkabilir. Endobronşiyal tüberküloz trakeobronşiyal ağacın tüberküloz enfeksiyonu olarak tanımlanır. Çocuklarda pulmoner tüberkülozun sık görülen komplikasyonudur. Yetişkinlerde de sık olmayarak görülebilir. Sağ akciğer üst lob atelektazisi ile seyreden akciğer kanseri, yabancı cisim aspirasyonu ve lenfadenopati yapan patolojiler arasında ayırıcı tanıda akılda tutulması amacı ile olgumuzu sunduk.

Olgu: 22 yaşında kadın hasta 2 haftadır devam eden öksürük, nefes darlığı şikayeti ile polikliniğine başvurdu. Bilinen ek hastalığı, alkol ve sigara alışkanlığı, geçirilmiş tüberküloz öyküsü yoktu. Oskültasyonda sağ üst alanda raller duyuldu. Laboratuvarında nötrofil hakimiyetinde lökositozu, CRP yüksekliği mevcuttu. Akciğer grafisinde sağ üst zonda 1,5 cm nodüler lezyon ve heterojen infiltrasyon görüldü. Bilgisayarlı tomografide sağ üst lobda nodüler konsolidasyon ve tomurcuklu ağaç görünümü saptandı. Yapılan bronkoskopide sağ üst lob bronşu girişten itibaren nekrotik materyal ile daralmış görüldü. BAL, fırça ve TBİAB yapıldı. BAL ARB direkt bakı ve Tüberküloz PCR pozitif, biyopsi sonucu nekrotizan granülatöz enflamasyon olarak geldi. Tüberküloz servisine yatırıldı. Kilosuna uygun INH, RIF, EMB, PRZ tedavisi başlandı. 1 hafta sonra tüberküloz poliklinik başvurusu önerilerek taburcu edildi. İlk başvurudan 6 ay sonra 1 haftadır devam eden nefes darlığı, öksürük, göğüs ve sırt ağrısı şikayeti ile tüberküloz polikliniğine başvurdu. Hastanın 2 ay dörtlü tedavisini aldığı, idame tedavisine 2 ay devam ettiği ancak son 2 aydır tedavisini almadığı öğrenildi. Laboratuvarında nötrofil hakimiyetinde lökositozu ve CRP yüksekliği görüldü. Akciğer grafisinde sağ üst lobda atelektazi görüldü ve yatış verildi. Yapılan bronkoskopide sağ üst lob bronş orifisi tama yakın membranöz yer yer nekrotik mukozayla kaplı olarak görüldü. Balon dilatasyon yapıldı. M. Tuberculosis PCR ve ARB direkt bakı negatif görüldü. Endobronşiyal tüberküloz tanısı ile 40 mg IV prednizolon başlandı. 32 mg prednizolon tablet ile taburcu edildi. 1 hafta sonra çekilen akciğer grafisinde sağ üst lob atelektazisinde düzelleme görülmesi üzerine steroid tedavisinin 1 aya, antitüberküloz tedavisinin 3 aya tamamlanmasına karar verildi. 3. ay kontrolünde tama yakın düzelleme izlendi.

Görüntüleme



Tartışma-Sonuç: Olgumuz genç erişkin çağı 15-35 yaş grubudur. Lenf bezi büyümesi çok belirgin değildir. Primer odakta enfeksiyonun ilerlemesi sonucu erişkin tipi akciğer tüberkülozu gelişir. Bu bulgularla olgumuz Genç Erişkin Tüberkülozu ve Endobronşiyal Tüberküloz olgusu olarak tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: tüberküloz, endobronşiyal tüberküloz, atelektazi, sağ üst lob atelektazisi, genç erişkin tüberkülozu.

PS-024 Akciğer Kanserini Taklit Eden Kist Hidatik Olgusu

Süreyya Hakan Demiraslan¹, Aydanur Ekici¹

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

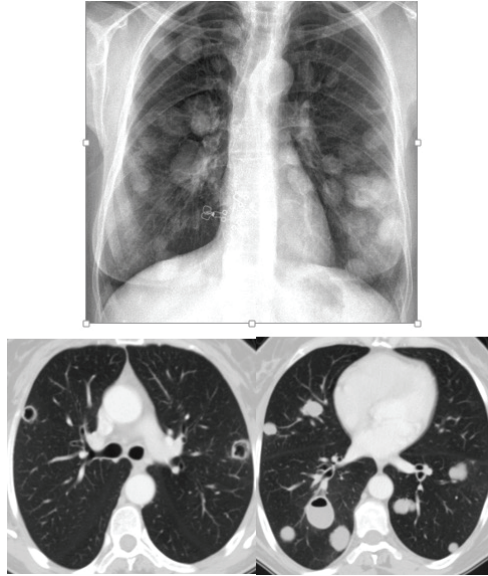
Süreyya Hakan Demiraslan / Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Kist hidatik gelişmekte olan, hayvancılığın özellikle koyun yetiştiriciliğinin yaygın olduğu ülkelerde sık bir paraziter hastalıktır. Etkeni sestod grubuna ait bir yassı solucan olan *Echinococcus granulosus*'dur. En çok karaciğer ve akciğerleri tutar. Akciğer tutulumu daha çok genç yaş grubundadır. Çoğu vaka asemptomatik olsa da kist rüptürü veya bası sonucu semptomatik olabilir. Akciğer kist hidatiği akciğer kanseri gibi malignitelerin yanı sıra, tüberküloz gibi enfeksiyöz benign patolojilere de benzer görünümde olabilir. Radyolojik homojen bir opasite görünümü olduğundan maligniteler başta olmak üzere nodüler lezyonlardan ayırt etmek zordur.

Olgu: 51 yaşında bilinen astım hastası kadın 2 aydır nefes darlığı göğüs-sırt ağrısı öksürük balgam atamama nedeniyle başvurdu. Ateş 36.5 °C, nabız 89, solunum sayısı 26, SpO₂ %99, solunum sesleri olağandı. Laboratuvar sonuçları crp 6.49 mg/L, prokalsitonin 0.033 ng/mL, sedimantasyon 49 mm/saat, wbc 16.18X10³ uL, eozinofil 7.49 X10³ uL, lenfosit 2.68 X10³ uL, CA.125 38.57 U/mL, CA.15.3 40.41 U/mL. SFT: fev1 %74 fvc %66 fev1/fvc 96.4. Kollajen doku belirteçleri normaldi. Akciğer grafisinde multipl nodülleri olması üzerine metastatik akciğer kanseri ve granülatöz polianjit ön tanıları ile interne edildi. Batın,boyun, yüzeysel doku usg görüldü. Tiroid bezinde solid nodül, servikal ve aksillar reaktif lap izlendi. Primer malignite açısından jinekolojiye konsülte edildi. Müstakil evde yaşamayı ve köpek besleme hikayesi nedeniyle kist hidatik paneli istendi. Jinekoloji önerisi le mammografi, pelvik mr, meme usg yapıldı. Batın usg'de karaciğer ve dalakta multipl hipodens lezyonlar görüldü, üst abdomen dinamik mrg istendi. Tiroid nodülleri için ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı, nondiagnostik görüldü. Jinekoloji tarafından endometrium biyopsisi yapıldı reaktif hücresel değişiklik ve inflamasyon görüldü. Toraks bt çekildi. Karaciğer ve dalakta kistik lezyonlar, akciğer parankiminde de bilateral büyüğü 40X26 mm sıvı dansitesinde kistik lezyonlar, sağ üst anteriorda 15 mm, sol alt süperiorda 32X26 mm içinde seviyelenme veren, sol üst superior lingulerde 20 mm, sol alt laterobazalde 24x17 mm ve 21X17 mm kaviter lezyonlar görüldü. Kist hidatiğin atipik pulmoner tutulumu veya kistik metastaz olarak değerlendirildi. *Echinococcus* IFAT, ELISA IGG, Western Blot pozitif geldi. Andazol 400 mg 2x1 başlandı. Genel cerrahi de mevcut tedavisinin devamını önerdi.

Tartışma-Sonuç: Kist hidatiğin yaygın olduğu bizim gibi ülkelerde, klinik ve radyolojik bulgular akciğer kanserini düşündürse bile, ayırıcı tanıda komplike veya rüptüre kist hidatik de dikkate alınmalıdır.

PA Grafi ve BT Görüntüsü



PA grafide multipl nodüller ve BT'de bilateral yer yer seviyelenme veren ve kaviteleşen kistik lezyonlar

Anahtar Kelimeler: kist hidatik, akciğer kanseri



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-025 Erişkin Yaşta Tanı Alan Kartagener Sendromu: Nadir Bir Olgu

Şeyda Can¹, Hadice Selimoğlu Şen¹

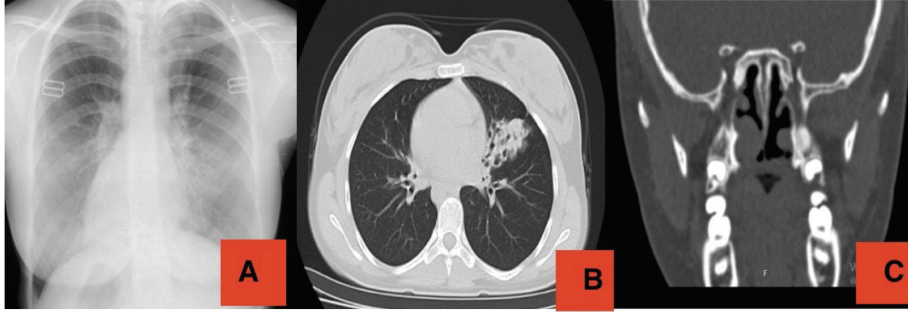
¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D., Diyarbakır, Türkiye

Şeyda Can / Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D., Diyarbakır, Türkiye

Giriş-Amaç: Kartagener Sendromu sinüzit, bronşektazi ve situs inversus triadı ile giden bir sendromdur. Otozomal resesif geçiş gösterir ve immotil silia sendromlarının %50'sini oluşturur. Silia yapısındaki bozukluk en sık dynein kollarında yokluk şeklinde karşımıza çıkar. Hastalardaki klinik tablo silier hareketlerin yokluğuna veya etkisizliğine ikincil olarak gelişir ve erken çocukluk çağından itibaren sinüzit, otit ve tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlar ve nihai olarak bronşektazi görülür. Çoğunlukla çocukluk çağında tanı alırlar. Tekrarlayan akciğer enfeksiyonları olan erişkin yaşa kadar tanı almamış olan 'Kartagener Sendromu' olgusu, nadir görülmesi nedeni ile sunuldu.

Olgu: 18 yaşında kadın hasta 10 gündür olan öksürük balgam ateş şikayetiyle başvurdu. Hastanın çocukluğundan beri sık sık sinüzit ve akciğer enfeksiyonu geçirme öyküsü vardı. Sigara öyküsü mevcut değildi. Oskültasyonda bilateral yer yer krepitan ral mevcuttu ve kalp tepe atımı sağda duyuldu. Vitaller ve diğer sistem muayeneleri olağandı. Akciğer grafisinde kalp ve mide fundus hava gölgesi sağda yerleşikti (Şekil 1A). Balgam incelemesinde aside dirençli basil görülmedi. Balgam nonspesifik kültüründe üreme olmadı. Ter testi normal sınırlardaydı. Serum immunglobulin seviyeleri normal saptandı. Solunum fonksiyon testinde obstrüksiyon mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT), sol akciğer üst lob parakardiyak alanda bronşektazik alanlar ile batından geçen kesitlerde situs inversus totalis saptandı (Şekil 1B). Çekilen paranazal sinüs BT de septum sağa deviye, her iki nazal pasaj yumuşak doku ile oblitere izlendi (Şekil 1C). Hasta klinik ve radyolojik olarak Kartagener Sendromu olarak değerlendirildi.

Resim 1



Kartagener Sendromlu Olguda Radyolojik Görünümler

Tartışma-Sonuç: Kartagener sendromunda sorumlu tutulan etiyoloji; solunum yolu epiteli, kulak yolu epiteli ve spermleri saran silyaya ait "dynein" dallarının yaygın yetmezliğine sekonder gelişen anormal mukosilyer fonksiyon olarak tanımlanmıştır. Kesin tanı klinik ve radyolojik şüphe durumunda anormal solunum sistemi epitelinin elektron mikroskopik görüntülenmesi ile konulmaktadır. Elektron mikroskopik incelemede en sık görülen bozukluk, epitelyal silyalarda dynein kollarının yokluğudur. Hastalarda sık yineleyen solunum yolu enfeksiyonları tipiktir. Solunum sistemi salgılarının temizlenmesi, enfeksiyonun kontrol altına alınması, akciğer hastalığının ilerlemesini ve komplikasyonları önlemek tedavideki asıl hedeftir. Kartagener sendromlu hastaların tanılarının erken konulması ve tedavilerinin erken başlanması, oluşabilecek ileri dönem komplikasyonların önlenmesinde önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: kartagener sendromu, bronşektazi, dekstrocardi.



PS-026 Bocavirüs Pnömonisi: Nadir Bir Viral Pnömoni Etkeni

Aydın Çelebi¹, Ayşe Füsün Topçu¹

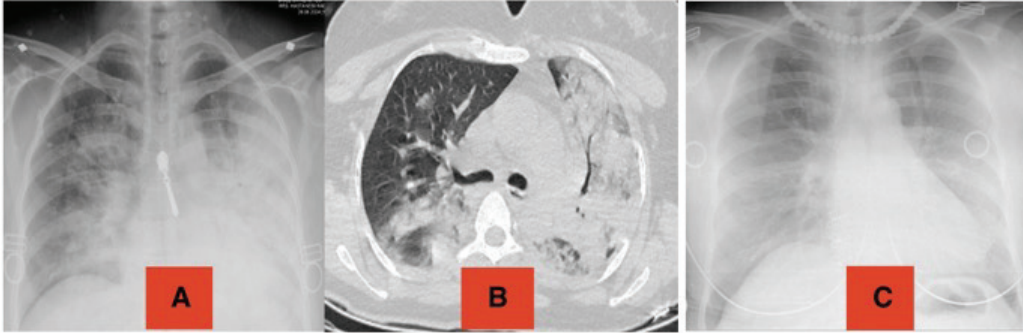
¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D., Diyarbakır, Türkiye

Aydın Çelebi / Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D., Diyarbakır, Türkiye

Giriş-Amaç: İnsan bocavirüsü (Human Bocavirus =HBoV) ilk olarak İsveç'te 2005 yılında akut alt solunum yolu hastalığı olan çocukların nazofarengeal sürüntü örneklerinde moleküler yöntemler kullanılarak yeni bir Parvovirus olarak belirlenmiştir. HBoV daha çok iki yaşın altındaki çocuklarda hastane yatışı gerektiren enfeksiyon etkeni olarak belirlenmesine karşın her yaşta bireyde semptomatik hastalık etkenidir. HBoV; soğuk algınlığı, rinit, akut otitis media, pnömoni, bronşiyolit, astım alevlenmeleri ve gastroenterit ile ilişkilendirilmektedir. Hastalarda görülen en yaygın belirtiler diğer viral solunum yolu enfeksiyonlarındakine benzer şekilde burun akıntısı, öksürük, ateş, üşüme, titreme, solunum güçlüğü, ishal ve kusmadır. Erişkin HBoV pnömonili olgu nadir görülmesi nedeni ile sunuldu.

Olgu: 40 yaşında kadın hasta 3 gündür başlayan dispne üşüme titreme halsizlik şikayeti ile göğüs hastalıkları polikliniğimize başvurdu. Oda havasında oksijen saturasyonu (spo2): %85, ateş 37.5 °C idi Oskültasyonda sol akciğerde orta alt alanlarda yaygın ral duyulmaktaydı. Laboratuvarında tam kan ve biyokimyasal tetkikleri normalken C-reaktif protein (CRP) 279 mg/dL ölçüldü. Akciğer grafisinde ve toraks bilgisayarlı tomografide (BT) solda daha fazla olmak üzere bilateral multifokal pnömonik infiltrasyonlar görüldü (Resim 1A,1B). Hastane yatışı yapılan ve ampirik antibiyoterapi ve oseltamivir başlanan hastanın, solunum yolu PCR panelinde HBoV1 pozitif saptandı. Balgam kültürlerinde bakteri üremesi olmayan hasta HBoV pnömonisi olarak kabul edildi. Takiplerde radyolojik infiltrasyonları gerileyen hasta önerilerle taburcu edildi (Resim 1C).

Resim 1



Bocavirüs Pnömonisi Radyolojik Seyir

Tartışma-Sonuç: İleri yaş grubunda, 0-2 yaş çocuklarda ve immün baskılanmış bireylerde mortal alt solunum yolu enfeksiyonlarına neden olabilen HBoV, immünkompetan erişkinlerde çok nadir bir pnömoni etkenidir. Rutin tanısı nazofarengeal örneklerde virüsün DNA'sının veya mRNA'sının araştırıldığı real-time PCR uygulamaları veya IgM ve IgG tipi antikor varlığını araştıran enzim immunoassay testlerine dayalıdır. Kanıtlanmış özgül bir antiviral tedavisi ve aşısı yoktur. Temel tedavisi destek tedavisidir ve steroid yetersiz bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: bocavirüs Pnömonisi, HBoV, solunum yolu PCR paneli.



PS-027 Tüberkülozda Tanı Gecikmesi: Dissemine Tüberküloz Olgusu

Rümeysa Sönmez Yayla¹, Aylin Babalık¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

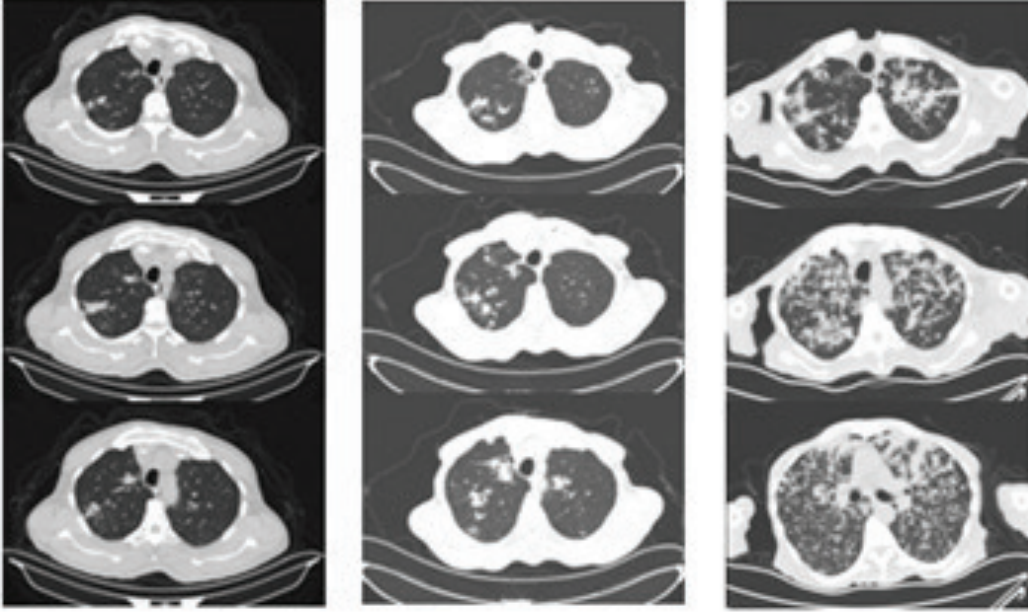
Rümeysa Sönmez Yayla / Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Tüberküloz (TB), *M. tuberculosis* basilinin neden olduğu, öncelikli akciğerler olmak üzere tüm organları tutabilen solunum yolu ile bulaşan bir hastalıktır. Tüberküloz yüzde yüz tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen, dünyadabulaşıcı hastalıklar içinde en çok öldüren hastalıktır. Tanı gecikmesi toplum sağlığını tehdit ettiği gibi TB hastalığının yaygın olarak tutulmasına ve mortal seyretmesine sebep olmaktadır. Olgu tanı gecikmesine dikkat çekmek için sunulmuştur.

Olgu: 55 yaşında, bilinen kronik hastalığı olmayan erkek hasta, 2022'den itibaren 25 kilo kaybı, halsizlik, gece terlemesi şikayetleri mevcuttur. Şikayetler ile birçok kez dış merkez başvuruları olmuştur. 29.01.22 Toraks BT: Sağ akciğer üst lob anterior ve posteriora, yaklaşık 2 cm fokal konsolide alanlar ve buzlu cam görünümleri görülmüş (Şekil 1). Altı ay önce semptomatik anemi ve malignite tetkik amacıyla dış merkezde yatışı yapılmıştır. İlk incelemelerde pansitopeni, 13.07.24 batın ve toraksBT'sinde ince bağırsaklarda mukozal kalınlaşma ve dilatasyon, posterior mediastende paraözofageal alanda kistik lezyon ve her iki akciğerde yaygın nodüler konsolidasyonlar izlenmiştir (Şekil 2). Gastrokolonoskopi EUS ve PET-CT planlanmış, 17.07.24 PET-CT raporunda larenkste yoğun FDG tutulumu ve akciğerde kaviteşyon içeren lezyonlar tespit edilmiştir.09.08.24 Larenks biyopsisi yapıpı granülatöz inflamasyon saptanmıştır. İlk kez balgam örneği 09.08.24'te istenmiş ve negatif görülmüştür. Tüberküloz tedavisi başlanmamıştır. Hasta nefes darlığı, kilo kaybı, gece terlemesi ve öksürük şikayetleriyle merkezimize acil servise gelmiş, klinik radyolojik akciğer tüberkülozu ve histopatolojik olarak larenks tüberkülozu tanısı düşünülerek tüberküloz servisimize yatışı yapılmıştır. 16.10.24 tarihinde TB tedavisine başlanmıştır. 16.10.24'te Toraks BT (Şekil 3) incelendiğinde milier patern lehine değerlendirilmiştir. Servis yatışı sırasında 29.11.24'te balgam yayma pozitif görülmüş, 25.10.24'te kraniyal MR (Şekil 4)'da santral sinir sistemi tüberkülozu lehine bulgular saptanmıştır. Hasta yayma pozitif AC TB, histopatolojik larenks TB ve SSS TB tanısı ile tüberküloz tedavisi devam etmektedir.



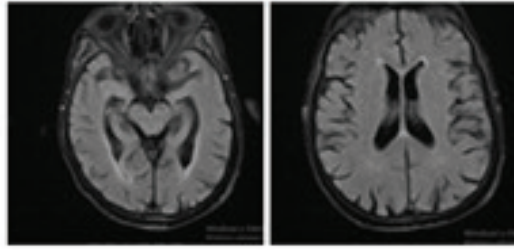
BT ve MR'lar



Şekil 1: 29.01.22 Toraks BT

Şekil 2: 13.07.24 Toraks BT

Şekil 3: 16.10.24 Toraks BT



Şekil 4: 25.10.24 Kranial MR

Olgu kısmında bahsi geçen Toraks BT ve MR'ların görselleri

Tartışma-Sonuç: Olgu, gecikmiş tanının ve tedavinin, tüberkülozun santral sinir sistemi gibi hayati organlara yayılarak ağır komplikasyonlara yol açabileceğini göstermektedir. Tüberküloz, klinisyenler tarafından, klinik ve radyolojik ayırıcı tanıda, granülomatöz hastalıkların ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmesi, tüberküloz tedavisi gecikmeden başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tanı gecikmesi, Dissemine Tüberküloz



PS-028 Tüberkülozda Tanı Gecikmesi – Milier Tüberküloz Olgusu

Yasin Görkem Gördük¹, Aylin Babalık¹

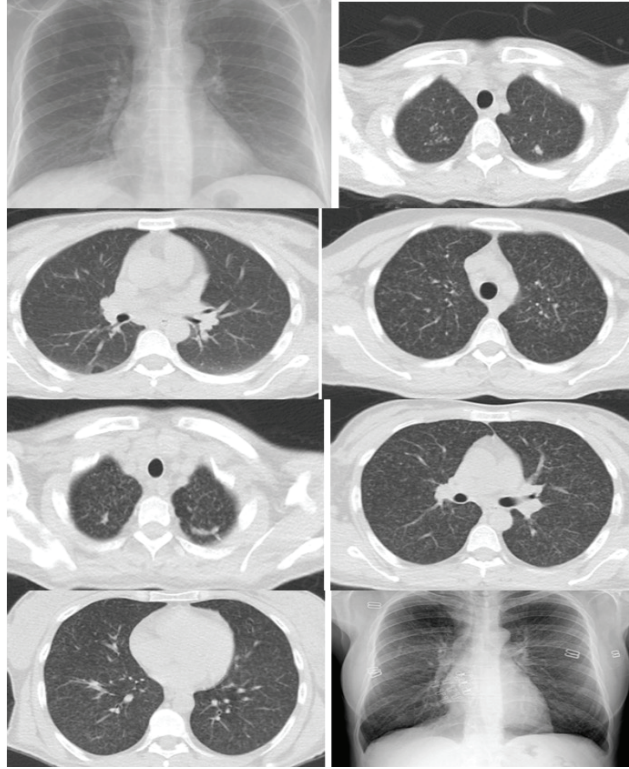
¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yasin Görkem Gördük / Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Tüberküloz dünyada bulaşıcı hastalıklar içinde en ölümcül hastalıktır. Milier tüberkülozun mortalitesi yüksektir. Akciğer ve akciğer dışı tutulum görülmektedir. Bu olgu tüberkülozda tanı ve tedavi gecikmesine örnek olarak sunulmuştur.

Olgu: 43 yaşında kadın hasta kilo kaybı, halsizlik, yorgunluk, öksürük şikayeti ile Ocak 2024'te dış merkeze başvurmuştur. Şubat 2024'te çekilen toraks BT'de her iki akciğer üst loblarda tomurcuklanan ağaç görünümü izlenmiştir. Batın USG'de perihepatik mayi izlenmiştir. Gastroskopi ve kolonoskopi yapılmıştır. Patoloji saptanmamıştır. 5 ay sonraki batin USG'de ek olarak Douglas boşluğunda serbest mayi izlendi, parasetez yapıldı, gelen sonuç eksuda olup patolojide atipi görülmemiştir. Ekim 2024'te şikayetleri gerilemeyen hastaya tiroid USG ile, tiroid ve servikal lenf iğne aspirasyon biyopsisi yapılmıştır. Patoloji sonucunda lenfoid hücreler görülmüştür. Beyin MRG çekildi, yaygın lezyonlar saptanmış olup metastaz ile uyumlu düşünülmüş, primer malignite öyküsünün araştırılması istenmiştir. Kemik iliği biyopsisi yapılmış. Nekrozlu granülom yapıları izlenmiştir. Kasım 2024'te toraks BT'de milier tutulum izlenmiştir. Sol akciğerde kavite görüldü. 15.11.2024'te İzoniazid(H)-Rifampisin(R)-Pirazinamid(Z)-Etambutol(E) tedavisi başlanmıştır. 26.11.24'te alınan ARB negatif olup mikobakteri kültüründe m. tüberkülosis kompleks üremiştir. Tedavinin 2. ayında radyolojik ve klinik düzelmesi mevcuttur. Takibindeki ilaç duyarlılık testinde; HZ direnci saptanmasına müteakip hastanın tedavisi yeniden planlanmıştır.

Akciğer grafi ve BT görüntüleri



Soldan sağa ve yukarıdan aşağı; 1. görüntü Şubat 2024 akciğer grafisi, 2.-3. görüntüler Şubat 2024 BT. 4-5-6-7. görüntüler Kasım 2024'e ait milier görünüm gösteren toraks BT, 8. görüntü, tedavinin ikinci ayında akciğer grafisi

Tartışma-Sonuç: Tüberkülozun erken tanı ve tedavisi mortaliteyi azaltacağı gibi toplum sağlığını da korumaktadır.

Anahtar Kelimeler: Milier Tüberküloz, Tüberkülozda tanı gecikmesi



PS-029 İmmünesupresif 3 Olgu Eşliğinde Pulmoner Aspergillozis Yönetimi

Ülkü Yılmaz¹, Pınar Akın Kabalak¹, Tuba İnal Cengiz¹, Sema Çoyan Meydanal¹

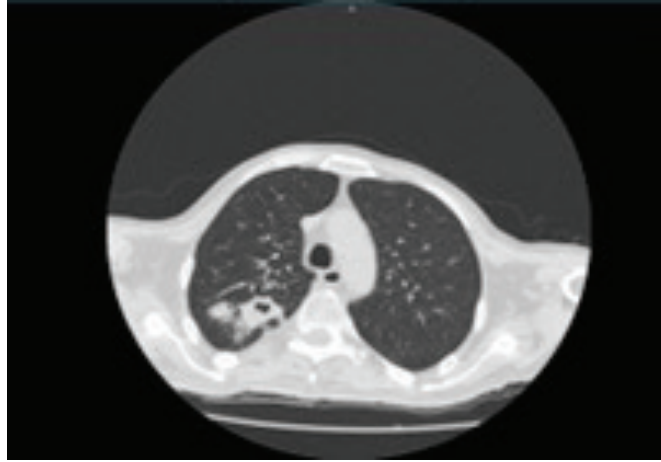
¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sema Çoyan Meydanal / Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: İnvaziv Pulmoner Aspergillus, Aspergillus hiflerinin bronşlara ve akciğer parankimine invazyonu ile seyreden, en sık görülen fırsatçı mantar enfeksiyonudur. 3 haftayı geçen uzamış nötropeni veya nötrofil disfonksiyonu, uzun süre yüksek dozda kortikosteroid kullanılması, transplantasyon, hematolojik malignite, sitotoksik tedavi, AIDS, nadiren KOAH, kistik fibrozis, İPF risk faktörlerindedir. Bu olgularda bakteriyel pnömoni tedavisine yanıt olmaması, atipik radyolojisi olması durumunda akla gelmeli ve erken tedaviye başlanmalıdır.

Olgu: OLGU-1 Hipertansiyon, psöriyazis tanılı 60 yaşında erkek hasta EBUS ile küçük hücreli akciğer kanseri tanısı aldı. 2 kür kemoimmünoterapi sonrası progresyon şüphesi ve nörolojik semptomlar gelişmesi üzerine yapılan kraniyal MRG'da metastaz saptanıp palyatif radyoterapi uygulandı. Toraks BT'de sağ üst lob posteriora yeni gelişen kaviter lezyon olması üzerine hastaya bronkoskopi yapıldı. Lavaj kültüründe Staf.Aureus üremesi üzerine Ampisilin-Sülbaktam verildi. Kaviter alanda regresyon olmayan hastanın mantar kültüründe aspergillus üremesi oldu. Galaktomannan pozitif, Aspergillus spesifik Ige yüksek saptandı. Hastaya invaziv aspergilloz tanısıyla vorikonazol başlandı. Genel durumu kötüleşen hasta yatışının 29. gününde exitus kabul edildi. OLGU-2 Bilinen kronik hastalığı olmayan 60 yaşında erkek hastaya sol hiler kitle nedeniyle sol alt lobektomi yapıldı. Skuamöz hücreli karsinom tanısı aldı. Rezeksiyon materyalinde mantar hifleri görülmesi üzerine bronkoskopi yapılan olguda mantar kültüründe aspergillus üremesi saptandı. BAL galaktomannan pozitif gelen olguda invaziv pulmoner aspergillus tanısı ile vorikonazol başlandı. Tedaviden 2 hafta sonra adjuvan kemoterapi uygulanmaya başlandı. Takipte yeni nodül izlenmesi üzerine konsey kararıyla eylül 2024'te sol pnömonektomiye tamamlanması, 4 kür adjuvan kemoterapi alması planlandı. Hastanın takibine devam ediliyor. OLGU-3 Bilinen DM ve OSAS tanıları olan 65 yaş erkek hasta nefes darlığında artış ve beyaz renkli balgam şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Dış merkezde 10 gün pnömoni ve solunum yetmezliği nedeni yatışı olan hastanın akciğer grafisinde sol üst zonda opasite artışı görüldü. Sefaperazon-sulbaktam başlandı. Ciddi lökositozu olan hasta hematolojiye danışıldı. Flow sitometri sonucu KLL düşünülen hastanın tedavi endikasyonu olmadığı belirtildi. Radyolojik takiplerinde sol üst zondaki infiltrasyon gerilerken sol alt zonda yeni infiltrasyon görüldü. Tomografide halo işareti içeren kaviter infiltre alan görüldü. Bronkoskopi ile alınan örnekten galaktomannan negatif, Aspergillus PCR pozitif sonuçlandı. Hastaya vorikonazol başlandı. Takip ve tedavisi devam ediyor.

Olgu-1 tedavi öncesi



Sağ üst lob posterior ve alt lob süperior segmentte büyüğü alt lobda yaklaşık 5 cm boyuta ulaşan genel olarak kaviter görünüm kazanmış kalın ve düzensiz duvarlı kitlesel ve nodüler infiltrasyon alanları

Tartışma-Sonuç: Malignite ön tanısı ya da malign progresyon şüphesi ile değerlendirilen hastalarda ayırıcı tanılar içinde fırsatçı enfeksiyonların farklı radyoloji ile prezentasyonları mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: invaziv aspergilloz, akciğer kanseri



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-030 Eski Hastalık Hala Bir Sorun: Kranial Tüberküloz

Özlem Sönmez¹, Funda Tezel¹, Beyza Melike Sungur¹, Güngör Dulkar¹

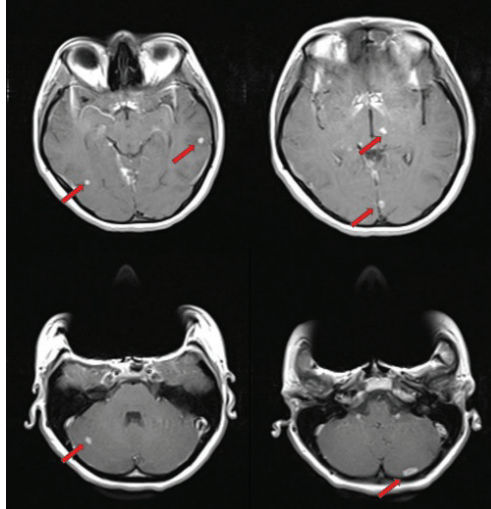
¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tüberküloz Kliniği

Funda Tezel / Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tüberküloz Kliniği

Giriş-Amaç: Akciğer dışı Tüberküloz (ADTB) olguları tüm Tüberküloz (TB) olgularının %20'sini oluşturur. Merkezi Sinir Sistemi (MSS) tutulumu Tüberküloz (TB) hastalarının hastaların %1-5'unda ve AIDS ile ilişkili TB'li hastaların %20'sinde bulunmuştur. Erişkinde mortalitesi %50'dir. ADTB'de her zaman akciğer tutulumu olmayabilir. Akciğer tutulumu olan ADTB olguları %6 oranındadır. MSSTB genellikle hematogen yayılımla, sıklıkla doğrudan intrakraniyal veya ekstrakraniyal bir odaktan kaynaklanır. Tüberkülozun kranial tutulumu, tüberküloz leptomenenjit, paki-menenjit, tüberküloz, fokal serebrit, tüberküloz apse, tüberküloz rombenselaliti veya tüberküloz ensefalopati şeklinde ortaya çıkabilir. Klinikte baş ağrısı, ateş, kusma ve hatta koma görülebilir. MSSTB'nin klinik ve radyolojik belirtileri birçok inflamatuvar, enfeksiyöz ve tümöral hastalığı taklit edebilir. Bu nedenle erken tanı ve tedavi önemlidir.

Olgu: 19 yaşında kadın hasta, 4 ay önce ışık ve sesle artan yaygın baş ağrısı, görmeye bulanıklık şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Üveit tanısı ile ileri tetkikte iken baş ağrısında artış, bilinç bulanıklığı, yürüme ve konuşma güçlüğü gelişen hastaya yapılan tetkiklerde MRG'de kranial granülom ve BOS incelemesinde ADA yüksekliği ve glikoz düşüklüğü tespit edilmiş. Hasta deksametazon 4mg başlanarak Tüberküloz menenjit tanısıyla sevk edildi. Fizik muayenede bilinç açık, oryante ve koopereydi. Nörolojik muayenede ense sertliği mevcuttu, kas ve duyu kaybı yoktu. BCG aşı izi mevcuttu. Akciğer grafisinde patoloji yoktu. Kranial MRG'de Her iki serebellar hemisferde, her iki talamusta, sağ internal kapsülde ve her iki frontoparyetaoksipitalde en büyüğü 10x6 mm ölçülen nodüler kontrastlanma gösteren tbc granülomu ile uyumlu çok sayıda lezyon izlendi. Laboratuvar değerlerinde Quantiferon pozitif, PPD:14 mmdi. HIV negatifti. Balgam ARB yaymaları negatifti. Dış merkezden alınan BOS örneği hastanemize getirilerek Xpert çalışıldı, negatif saptandı. Enfeksiyon Hastalıkları ile konsülte edilerek granülom yapan enfeksiyöz ve romatolojik (SLE, Behçet, vaskülitler) menenjit sebepleri dışlandı. Görme bulanıklığı olan hastanın göz muayenesi tüberküloz üveiti ile uyumluydu. Hastaya antitüberküloz tedavi ve metilprednizolon 40 mg başlandı. Tedavi ile klinik radyolojik ve göz bulguları geriledi. Halen tedavisi devam etmektedir.

Hastanın Tedavi Öncesi Kranial MRG



Kranial MRG'de çok sayıda tüberküloz ile uyumlu lezyon izlenmektedir.

Tartışma-Sonuç: MSS tüberkülozu tanı ve uygun tedavisi hala tartışılmaktadır. Beyin omurilik sıvısında bakteri sayılarının düşük olması nedeniyle Xpert ve kültür sonuçlarının duyarlılığı düşüktür. TB basili yoğunlaştırmak için sıvı miktarı artırılması da zordur. Mevcut testler hala tanıda yetersiz kalmakta olup yeni testlere ve MSS için daha etkin ilaçlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu konuya dikkat çekmek ve hala TB menenjitin önemli bir ayırıcı tanı olarak akıldaki tutulmasını hatırlatmak istedik.

Anahtar Kelimeler: tüberküloz, üveit, granülom, menenjit

PS-031 İntravezikal BCG Tedavisi Sonrası Nadiren Gelişen Komplikasyon: Miliyer Tüberkülozla Seyreden 3 Olgu

Ezgi Pınar Küçük¹, Mehtap Doğan Akan¹, Nevin Fazlıoğlu¹

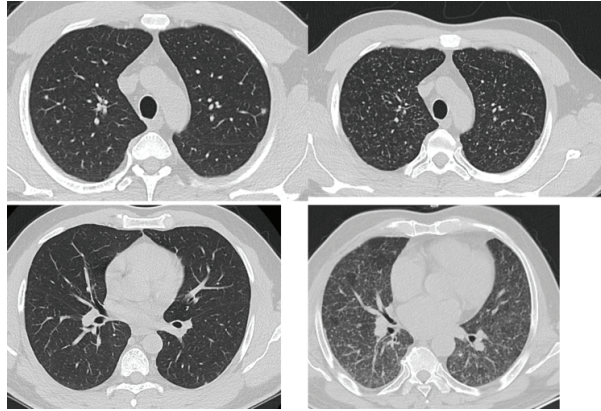
¹Namık Kemal Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Ezgi Pınar Küçük / Namık Kemal Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Bacillus Calmette-Guerin canlı zayıflatılmış mikobakteri suşudur, mesane kanserinde intravezikal kullanılmaktadır. Yan etkileri genellikle hafiftir, ancak miliar tüberküloz gelişme riski %0,3-%0,7arasındadır. Yazımızda BCG sonrası miliar tüberküloz görülen üç olgu sunulacaktır.

Olgu: 1.Olgu, 39 yaşında, erkek hasta Mesane kanseri sebebiyle intravezikal BCG tedavisinin 5.dozunun ardından, halsizlik, ateş şikayetleriyle başvurdu. Bronkoskopi yapıldı. BAL'da tüberküloz PCR "eser pozitif" gelen, radyolojik ve klinik bulguları uyumlu olan hastaya miliar tüberküloz tanısı konuldu. BCG tedavisi stoplanarak anti-TBC tedavisine başlandı. Altı aylık tedavinin ardından hastanın şikayeti kalmadı, radyolojik regresyon izlendi.2.Olgu, 64 yaşında erkek. Ürotelyal karsinom sebebiyle intravezikal BCG ötür uygulanmış. 3.küründen sonra, skrotal ağrı, ödem, AFR yükselmesi sebebiyle piperasilin-tazobaktam tedavisine başlanmış. Ateşin devam etmesi üzerine meropenem + vankomisin başlanmış. Balgam kültüründe tüberküloz PCR pozitifliği ve toraks BT'de miliar milimetrik nodüller saptandı. Hastaya anti-TBC tedavisi başlandı. 6 aylık tedavinin ardından solunumsal şikayet kalmadı ve radyolojisinde regresyon izlendi. 3.olgu, 39 yaşında erkek. Mesane kanseri tanısıyla, hastaya 6 kür intravezikal BCG uygulanmış. 3.kürden sonra, CRP yüksekliği ve ateş yükselmesiyle BCG'ye bağlı sistemik ateş tanısıyla servise yatırılmış. BCG sistiti için seftriakson başlanmış, takiplerinde kliniği stabil ve İdrar kültürü steril olan hasta seftriakson reçetesiyle taburcu edilmiş. 3ay sonra dış merkezdeki toraks BT'sinde miliar tüberküloz bulguları görülmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Toplamda 12 doz BCG tedavisi alan hastanın balgamında tüberküloz PCR zayıf pozitif sonuçlandı. Toraks BT'de miliar TBC bulguları izlendi. Hastaya BCG sonrası miliar tüberküloz tanısı konuldu. BCG tedavisi stoplanarak anti-TBC tedavisine başlandı. 6aylık tedavinin ardından hastanın solunumsal şikayeti kalmadı ve kontrol vizitinde radyolojisinde regresyon izlendi.

Olguların Radyolojik Regresyonları



Toplamda 6 ay verilen anti-tbc tedavisi sonrası miliar milimetrik nodüllerde regresyon.

Tartışma-Sonuç: mesane kanserinde, intravezikal BCG tedavisi, altın standart kabul edilmektedir. Etki mekanizması tam aydınlatılamasa da antitümör aktivitenin etkileri gözlemlenmiştir. EORTC Genito-Üriner Kanseler Grubunca yayınlanan çalışmada, BCG tedavisi başlanan hastaların %69,5'inde lokal, %30,6'sında sistemik komplikasyonlar raporlanmıştır. Pulmoner komplikasyonların arasında nadiren miliar tüberküloz (%0,3-%0,7) görülebilir. Bazı yazarlar, BCG'nin mesaneden hematogen yayılmasıyla miliar tüberkülozu sistemik enfeksiyon kabul ederken, diğerleri BCG'ye karşı gelişen tip IV hipersensivite reaksiyonu olarak yorumlamaktadır. Miliar tüberküloz hastalarında ARB, kültür ve PCR genellikle negatiftir ancak olgularımızda PCR pozitif. Hastalarımız tedaviye olumlu yanıt vermişlerdir. İntravezikal BCG tedavisi sonrasında miliar tüberküloz nadir görülse de, solunum yetmezliği sebebiyle mortal (%5,4) seyretmektedir. Tüm hekimlerin, BCG tedavisi almakta olan hastalarda komplikasyon olarak tüberkülozu akılda tutması, erken tanı ve tedavide kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: miliar tüberküloz, intravezikal BCG, mesane kanseri, bcg tedavisi, miliar.



PS-032 Tüberküloz mu? Kanser mi? Yoksa İkisi Birlikte mi?

Özlem Sönmez¹, Beyza Melike Sungur¹, Funda Tezel¹, Efnan Koç¹, Hasan Kahraman², Güngör Dulkar¹, Emine Bahar Kurt³

¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tüberküloz kliniği

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları kliniği

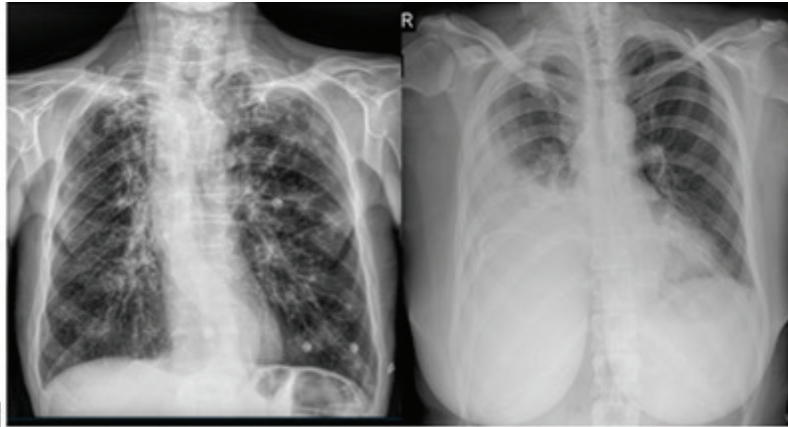
³Etilik Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

Beyza Melike Sungur / Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tüberküloz kliniği

Giriş-Amaç: Akciğer Tüberkülozu (TB) ve akciğer kanseri birlikteliği %2 oranındadır. Sigara ve kronik enflamasyon iki hastalık için de ortak risk faktörüdür. Tüberkülozlu olgularda akciğer kanseri riski 1.7 kat artar. Eş zamanlı akciğer TB ve akciğer kanseri olgularının tedavi yönetimi klinisyenleri zorlayabilir. Bu konuya dikkat etmek için iki olgu sunuyoruz.

Olgu: Olgu 1:73 yaşında erkek hasta, 3 aydır öksürük, balgam, sol gözde şişlik, bulanık görme, kilo kaybı şikayeti ile başvurdu. Sigara öyküsü 45 paket/yıldı. Fizik muayenede sol göz protrüzydi. Solunum sesleri bilateral azalmıştı. Akciğer grafisinde bilateral üst zonlarda infiltrasyonlar, Toraks BT'de sol akciğer üst lobta kalın duvarlı kaviter kitle lezyonu saptandı. Tekiklerde balgam asiderezistan basil (ARB) sonucu pozitif. Hastanın klinik ve radyolojik bulguları aynı zamanda maligniteyi de düşündürüyordu. Transtorasik iğne aspirasyon biyopsisi ile adenokarsinom tanısı kondu. Göz muayenesinde göz arkası kitle lezyonu bulundu. Yeni tanı yayma pozitif akciğer tüberkülozu tanısı ile tüberküloz tedavisi başlandı. Karaciğer ve sürrenal metastazı olan hasta evre 4 olarak evrelendi. Medikal onkoloji tarafından sistemik kemoterapi önerildi. 1 ay tüberküloz tedavisi sonrası kemoterapi verilmesi planlandı. Bu arada göz arkası kitlesine müdahale için ileri merkeze sevk edildi. Hastanın dış merkez 1 kür kemoterapi aldığı ancak kaybedildiği öğrenildi. Olgu 2:46 yaşında kadın hasta, bir ay önce başlayan sırt ve bel ağrısı, son 1 haftadır artan nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Sigara içmemişti. TB ve temas öyküsü yoktu. Dış merkezde bronş biyopsisi adeno karsinom, bronş lavaj ARB PCR pozitif bulunmuştu. Kendi isteği ile hastanemize başvuran hastanın fizik muayenesinde sağ akciğerde solunum sesleri alınamıyordu. Akciğer grafisinde sağ orta-alt sonda homojen dansite artışı ve plörek an izlendi. Acil serviste plevral drenaj için takılmıştı. BT'de sağ akciğer orta alt lob düzeyinde konsolidasyon ve sıvı saptandı. Hastanın balgam ARB sonuçları negatifti. Plevral sıvı sitolojisi maligndi. Plevral sıvı ARB negatifti. Tüberküloz tedavisi için kültür sonuçları beklenmesine karar verildi. Multipl kemik metastazları olan hasta evre 4 olarak evrelendi. Medikal onkoloji hedef mutasyon sonucu ile kemoterapi planladı. Hasta takibine dış merkezde devam etmek istedi. Sonrasında sıvı besi yeri pozitif olduğu da öğrenildi.

Olguların akciğer grafileri



Olgu 1: Bilateral üst zonlarda infiltrasyon Olgu 2: Sağda orta alt zonda homojen dansite artışı ve plörek an

Tartışma-Sonuç: Kanser evresi ve tedavi şekli TB tedavisini etkiler. İki hastalık bir arada iken mortalite de artar. Eş zamanlı TB ve kanser birlikteliği akılda tutulmalı ve dikkatli yönetilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Akciğer kanseri



PS-033 Tüberküloz Profilaksisi Almasına Rağmen TNFi Kullanımı Sırasında Tanı Alan Dissemine Tüberküloz Olgusu

Simay Tankut Doğan¹, Efecan Haskan¹, Fatma Müge Batı Alyurt¹, Havvanur Özçelik¹, Gülşah Günlüoğlu¹

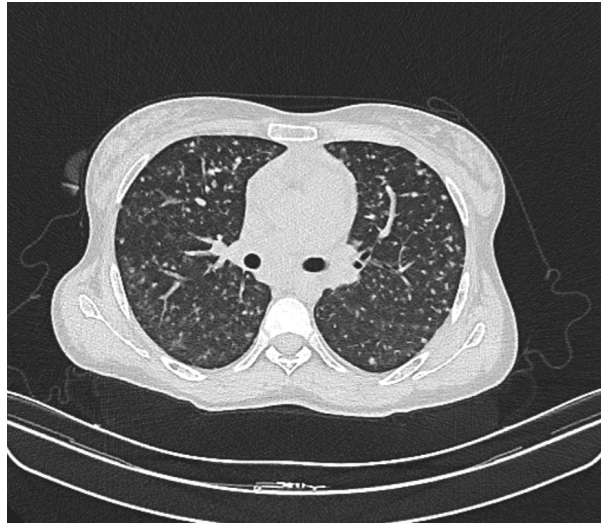
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Simay Tankut Doğan / Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Biyolojik ajanlar, başta romatizmal hastalıklar (RH) olmak üzere birçok hastalığın tedavisinde artan sayıda ve farklı endikasyonlarla kullanılmaktadır. RH' in tedavisinde özellikle biyolojik ajanlardan Tümör Nekrozis Faktör inhibitörleri (TNFi) kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır. TNFi tedavi sırasında latent TB (LTBE) reaktivasyon ve/ veya yeni gelişen Tüberküloz (TB) hastalık riski belirgin şekilde artmaktadır. Bu risk özellikle TB' un endemik olduğu bölgelerde daha belirgindir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de TNFi başlanacak hastalarda IGRA ya da TST ile başlangıçta LTBE taraması önermektedir. Anti TNF kullanan hastalarda; uygun hastalara profilaksi verilmesi TB gelişme riskini %80 azaltır, Bu oran BTS tarafından %60 olarak belirtiliyor. Bu nedenle tedaviye aday hastaların göğüs hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Adalimumab tedavi başlangınca yeterli süre INH profilaksisi kullanmasına rağmen dissemine tüberküloz gelişen bir olguyu sunuyoruz

Olgu: Bilinen mitral yetmezlik, FMF ve ankilozan spondilit tanılı 25 yaşında kadın hastanın soy geçmişinde özellik yoktu. 5 p/y sigara öyküsü mevcuttu. Daha önceden TB geçmişi veya aktif TB teması olmayan hastaya ankilozan spondilit nedeni adalimumab tedavisi başlaması planlanmış. Yapılan ppd testi pozitif gelmesi üzerine INH profilaksisi başlanmış. Profilaksinin 1. ayında adalimumab başlanan hasta profilaksisi 9 ay a tamamlamış. TNFi tedavisinin 15. ayında terleme kusma öksürük ve kilo kaybı şikayetleri ile çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde yaygın nodüler infiltrasyon, mediastinel lenfadenopati görülüp tarafımıza yönlendirilmiş(figür-1). Ön planda milier tb düşünülen hastanın endobronşial ultrasonografi ile lenf nodları örneklenip sitolojiye gönderildi. Bronşial lavajında mikobateri PCR ve TB yayma sonuçları pozitif olarak geldi. EBUS TBİAB patoloji sonucu ise nekrotizan lenfadenit olarak raporlandı. Bunun üzerine hastaya tüberküloz tedavisi başlandı. Adalimumab stoplandı. Klinik radyolojik iyileşme görülen hastaya tb tedavi süresince adalimumab tedavisi verilmemesi önerildi

Figür-1



Tartışma-Sonuç: Biyolojik ajanların, özellikle TNFi tedavisinin, TB hastalık riskini artırdığı bilinmektedir. Bu nedenle, tedavi öncesinde hastaların klinik değerlendirme, ayrıntılı öykü, akciğer grafisi, PPD ve IGRA testleri ile latent TB açısından incelenmelidir. Profilaksi alan grupta aktif hastalık riski azalmakla birlikte devam etmektedir. Bizim vakamızda da olduğu gibi koruyucu tedavi alan hastalarda da aktif hastalık gelişebileceği unutulmamalıdır. Sonuç olarak TNFi tedavisi öncesi TB taramaları yapılmış ve hatta uygun süre ve dozda profilaktik tedavi alan hastalar dahi tedavi boyunca aktif TB hastalık gelişimi açısından klinik ve radyolojik olarak düzenli aralıklarla takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: adalimumab, milier, tüberküloz



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-034 Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Olgusunda Pralsetinib İlişkili Pnömonitis

Yasemin Çam¹, Oğuzhan Şen¹, Hatice Kılıç²

¹-Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye.

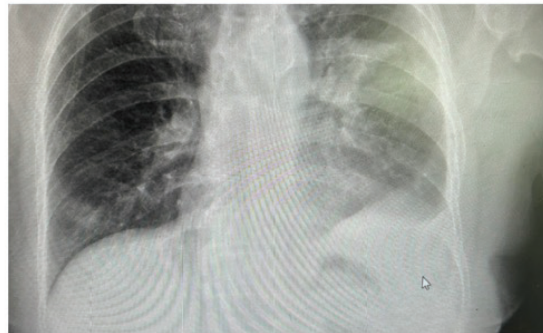
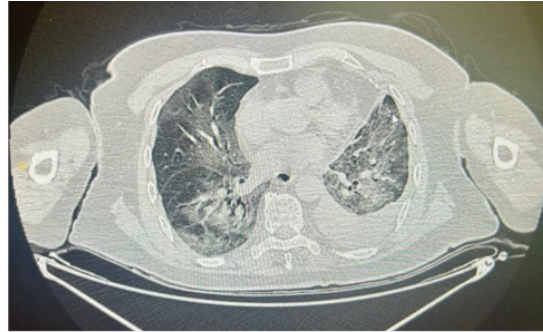
²-Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi/ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Yasemin Çam / 1-Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye.

Giriş-Amaç: Günümüzde moleküler testler, küçük hücreli dışı akciğer kanseri (NSCLC) teşhisinde önemli bir yöntem haline gelmiştir. Yaygın mutasyonlar arasında EGFR mutasyonu, ALK füzyonu, ROS 1 füzyonu, RET füzyonu ve MET ekzon 14 mutasyonu yer alır. RET füzyonları, özellikle genç yaş, kadın ve sigara içmeyen bireylerde daha yaygındır. RET seçici inhibitörleri selpercatinib ve pralsetinib RET füzyonu pozitif ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanseri ve tiroid kanseri tedavisinde kullanılmaktadır. Pralsetinib'in hipertansiyon, nötropeni ve anemi gibi yan etkiler yaygındır. Pralsetinib ile ilişkili enfeksiyöz pnömoni nadir bir durumdur. Olgumuz, nadir görülen pralsetinib ilişkili pnömonitis nedeni ile sunulmuştur.

Olgu: Bilinen Akciğer adeno kanseri, Diyabetes Mellitus , Hiperlipidemi, Hipertansiyon tanıları olan 69 yaşında kadın hasta son 1 haftadır olan nefes darlığı , öksürük, göğüs ağrısı şikayetleriyle acil servisimize başvurdu. Nazal kanül ile 4lt/dk Oksijen tedavisi alan hastanın SpO₂:84 izlendi. Dinlemekle solunum sesleri doğaldı. Hasta Ekim 2023 tarihinde AkciğerAdeno Ca tanısı almış ve en son Temmuz ayında kemoterapi almış olup, son 20 gündür de Pralsetinib tedavisi almaktaydı. Hastanın çekilen toraks BT'sinde her iki akciğerde yaygın yamasal buzlu cam dansitesinde alanlar izlendi (Resim 1). Hastanın şikayetlerinde artış ile birlikte eş zamanlı olarak oksijen ihtiyacı gelişmişti. Solunum yolu viral paneli gönderildi. Negatif sonuçlandı. Hastanın akut faz reaktanları ve diğer laboratuvar sonuçları normal sınırdıydı. SFT/DLCO yapıldı. DLCO cor: %41 SFT'de FEV₁ /FVC:79 FEV₁ :%82 FVC:%85 şeklinde izlendi. Hastanın pralsetinib tedavisi öncesi ve sonrası görüntüleri ve klinik durumu karşılaştırıldığında Pralsetinib ilişkili pnömonitis düşünüldü. Hastaya 1 hafta 60 mg prednol tedavisi başlandı. Kademeli olarak doz azaltıldı. Bir haftanın sonunda hastanın güncel akciğer grafisinde belirgin regresyon izlendi. Tıbbi onkoloji tarafından pralsetinib tedavisinin kesilmesine ve pnömonitis tablosu geriledikten sonra tedavinin tekrar düzenlenmesine karar verildi.

Üstteki resim 1 alttaki resim 1b



Üstteki Resim1 Altındaki Resim 1b

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Tartışma-Sonuç: RET seçici inhibitörü Pralsetinib küçük hücreli dışı akciğer kanseri tedavisinde kullanılmaktadır. Sık görülen yan etkileri arasında hipertansiyon, anemi, nötropeni yaygındır. Pralsetinib ilişkili pnömonitis olguları nadir görülmektedir. Hastamızdaki pnömonitis tablosu ilacın kullanımına eş zamanlı olarak başlamıştır. Bunun yanında pralsetinib kesilip steroid başlandıktan sonra hastanın semptom ve bulgularının gerilemesi, radyolojik iyileşme olması (Resim 1b) ve oksijen ihtiyacının azalması Pralsetinib ilişkili pnömonitis tanımımızı doğrulamaktadır. Olgumuz, Pralsetinib tedavisinin akciğerde oluşturabileceği ilaç ilişkili yan etkiler açısından farkındalığı artırmak açısından iyi bir örnek olup literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Pralsetinib, Ret füzyon, Pnömonitis, Adenokarsinom, Kortikosteroid



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-035 Malignite ile Karıştırılan Pulmoner Aktinomikoz Olgusu

Ayşenur İlkyaz¹, Nihan Kurt Gürer¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Ayşenur İlkyaz / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

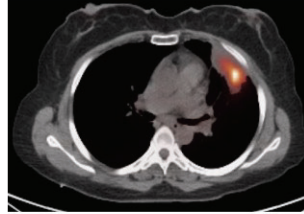
Giriş-Amaç: Pulmoner aktinomikoz, Actinomyces cinsine ait anaerobik bakterilerin neden olduğu nadir bir akciğer enfeksiyonudur. Genellikle ağız ve boğazda bulunan bu bakteriler, bağışıklık sistemi zayıf bireylerde enfeksiyon oluşturabilir. Klinik belirtileri arasında öksürük, göğüs ağrısı ve ateş yer alırken, tanı genellikle görüntüleme ve mikrobiyolojik incelemelerle konur. Tedavi ise uzun süreli antibiyotik kullanımı ile sağlanmaktadır. Bu sunumda, malignite ile karışan bir pulmoner aktinomikoz olgusunu anlatmayı amaçlıyoruz.

Olgu: 53 yaşında kadın hasta acilimize hemoptizi şikayeti ile başvurdu. Bilinen kronik hastalık ve sigara kullanım öyküsü yoktu. Hastanın hemogram ve biyokimya tetkiklerinde bir patoloji saptanmadı, çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol akciğer üst lob anterior kesimde plevra tabanlı yaklaşık 3 cm çapında konsolidasyon- kitle ayrımı yapılamayan alan izlendi (Şekil 1). Hastanın eş zamanlı alınan kontrol kanlarında c-reaktif protein:13.5 mg/L, beyaz küre sayısı:6.78 10e3/uL, nötrofil:4.24 10e3/uL olarak saptandı ve hasta aktif hemoptizisinin devam etmesi üzerine servise interne edildi. Yatışı sırasında hastaya malignite ön tanısı ile tetkik edildi ve PET-BT planlandı. Çekilen PET-BT'de; Sol akciğer üst lobda yoğun hipermetabolizma gösteren (SUVmax:13.67) konsolide yapı primer akciğer maligniteleri lehine değerlendirildi (Şekil.2). Hastaya transtorasik iğne aspirasyonu (TTİA) planlandı ve sol akciğer üst lobdaki kitleden alınan örnek patolojiye gönderildi. Patoloji sonucu non-diagnostik olan hastaya ikinci kez TTİA işlemi yapıldı (Şekil.3). İkinci işlem ile de tanısal sonuç alınamayan hasta için konsey kararı ile cerrahi operasyon planlandı. Hastaya operasyon öncesi bronkoskopi yapıldı, endobronşiyal lezyon gözlenmedi, sol akciğer üst lob anteriordan alınan lavaj kültürlerinde üreme gözlenmedi, patoloji sonucunda tümöral hücre görülmedi. Cerrahi tarafından hastaya video aracılı torakoskopi (VATS) ile sol üst lobektomi işlemi uygulandı. Patoloji sonucunda bronşiol lümeninde Aktinomiçesle uyumlu filamentöz bakteri kolonizasyonu gözlemlendi. Hasta enfeksiyon hastalıklarına danışıldı, alınan detaylı anamnezde hastanın 1 yıl önce diş tedavisi öyküsü olması ve tedaviyi takip eden süreçte hastanın öksürük, göğüs ağrısı şikayetlerinin mevcut olduğu öğrenildi. Enfeksiyon tarafından hastaya uzun süreli amoksisilin tedavisi planlandı.

Aktinomikoz görsel



Şekil.1: Tanı anında çekilen toraks bilgisayarlı tomografi



Şekil.2: PET-BT görüntüsü



Şekil.3: TTİA işlemi sırasında çekilen görüntü

Tartışma-Sonuç: Pulmoner aktinomikoz, öksürük, göğüs ağrısı ve kilo kaybı gibi belirtilerle kendini gösterir ve bu bulgular, malignite başta olmak üzere birçok diğer akciğer hastalığıyla karışabilir. Bu durum, tanı sürecini zorlaştırmakta ve yanlış yönlendirmelere yol açabilmektedir. Dolayısıyla, pulmoner enfeksiyonların değerlendirilmesinde kapsamlı bir yaklaşım benimsemek, doğru tanı ve tedavi için kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Aktinomikoz, Malignite



PS-036 İmmünkompetan Olguda İnvazif Pulmoner Aspergillozis

Fatmanur Bağcı¹, Beyzanur Karlıdağ¹, Ebru Şengül Şeref Parlak¹, Ayşegül Karalezli¹, Sena Gerçek Civelek², Hayriye Tatlı Doğan²

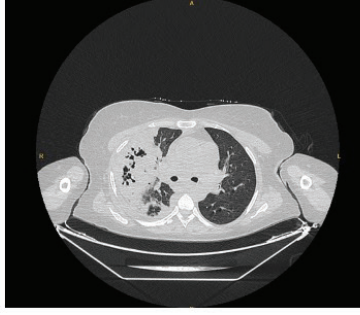
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği

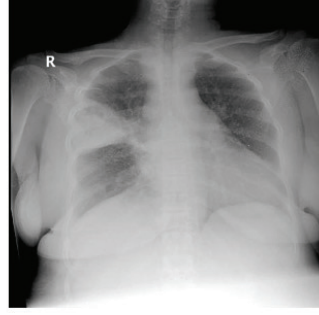
Fatmanur Bağcı / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: İnvazif aspergilloz (IA), Aspergillus türü mantarların neden olduğu genellikle immünyetmezlikli hastalarda görülen, yüksek mortaliteyle seyreden bir enfeksiyon hastalığıdır. En sık akciğer etkilenmekle birlikte mantar diğer organlara yayılabilir. Tedavisinde vorikonazol birinci seçenektir. Bu bildiride IA tanısı konulan immünkompetan bir olguyu sunduk.

Olgu: 56 yaşında kadın hasta, bir aydır olan nefes darlığı ve öksürük yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde diabetes mellitus (DM), astım, kronik renal yetmezlik öyküsü mevcuttu. Hastanın DM nedeniyle insülin kullandığı ancak kan şekeri kontrolünün sağlanamadığı, tedaviyi düzenli kullanmadığı öğrenildi. Oskültasyonda akciğer sesleri bilateral azalmış, yer yer ronküs duyulmaktaydı. Akciğer grafisinde sağ orta zonda, heterojen dansite artışı izlendi (Şekil 1). Toraks BT'de (Şekil 2) mediastinal lenf nodu istasyonlarında konglomere görünümde lap-lenf nodları, sağ akciğer üst lob santralinde nekrotik alanlar, dekstrüde konsolide-kollabe parankim izlenmekteydi. Hasta CRP:260, wbc:9140, üre:47, kreatinin:2,56 birimleriyle ileri tetkik ve tedavi amacıyla hospitalize edildi. Nonspesifik antibiyotik tedavi başlandı. Takiplerinde akut faz reaktan yanıtı izlenmedi. Hastaya yapılan fiberoptik bronkoskopide sağ alt lob apikal segmentte lümen içerisinde sarı renkli, mantar enfeksiyonunu düşündüren endobronşiyal lezyon izlendi ve biyopsi alındı. Hastaya işlem sonrası ampirik amfoterisin B başlandı. Biyopsi sonucunda aspergillusla uyumlu dejenerer fungus hifaları görüldü (şekil 5,6 ve 7). AFR yanıtı alınan, radyolojik regresyon sağlanan hasta oral antifungal tedaviyle taburcu edildi. Taburculuktan bir ay sonraki toraks bt ve akciğer grafisi Şekil 3 ve 4'te gösterildi.



Şekil-1



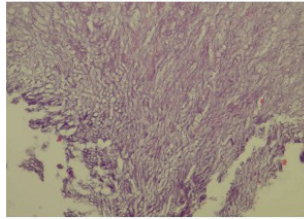
Şekil-2



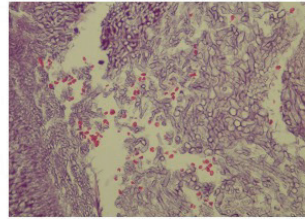
Şekil-3



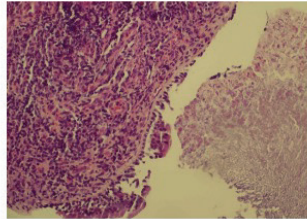
Şekil-4



Şekil-5



Şekil-6



Şekil-7

Toraks BT, Grafi ve Patoloji Görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Aspergillus, birçok yerde bulunabilen, filamentli, saprofit bir mantardır. Sporlara tekrar maruziyet yaygındır; ancak altta yatan akciğer hastalığı veya immünsüpresyon semptomları tetikleme eğilimindedir. İnvazif pulmoner aspergillozis (IPA) tipik olarak immünokompromize konaklarda görülür ve Aspergillus hyphae tarafından akciğer dokusunun invaze edilmesi olarak tanımlanır. IPA, özellikle immünkompetan konakta şüphelenilmez ise tanı koymada zorluk yaşanabilir. IPA'nın erken tanısı, hastalığın yaygın formuna ilerlemesini önlemek ve hasta surveyi için oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: invazif pulmoner aspergillozis, pulmoner fungal enfeksiyon, Diabetes mellitus



PS-037 Genç Hastada Acinetobacter Enfeksiyonu

Dijvar Alpaslan¹, Fatma Fevziye Tuksavul¹

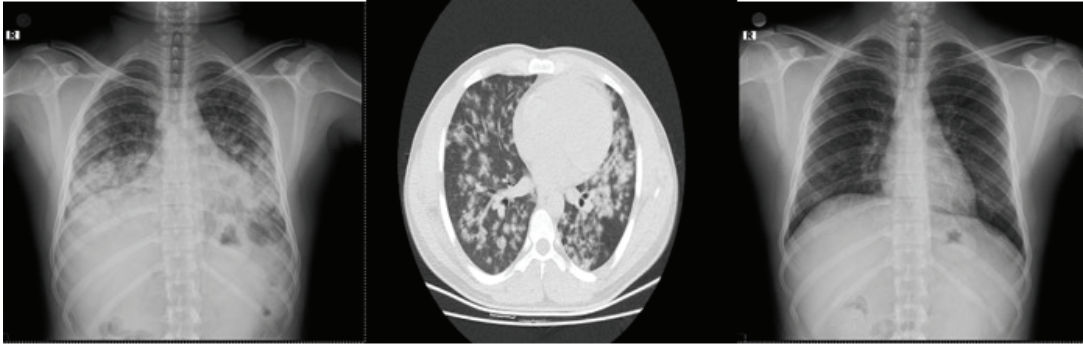
¹SBÜ, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Dijvar Alpaslan / SBÜ, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Acinetobacter türleri son yıllarda özellikle yoğun bakım ünitelerinde artan sıklıkta hastane enfeksiyonuna yol açmaktadır. Bu mikroorganizma solunum yolu, orofarenks, deri, üriner sistem ve gastrointestinal sistemde kolonize olmaktadır. Sıklıkla solunum yolu mukozasında kolonize olan mikroorganizma türlerinden biridir. Acinetobacter türlerine bağlı görülen enfeksiyon solunum cihazına bağlı olan hastalar, invazif prosedür uygulanan durumlar, hastanede uzun süre kalan hastalar, solunum yetmezliği gelişen olgularda ve immünsupresif bireylerde daha fazla görülür. Olgumuzda; 20 yaşında uyuşturucu kullanımı olan ve bilinen bir akciğer hastalığı olmayan hastada acinetobacter cinsi bakteri enfeksiyonu olgusu sunulmuştur. Hastalarda immünsupresyon oluşturan durumlar görüldüğünde hasta genç dahi olsa acinetobacter gibi fırsatçı enfeksiyonların görülebileceği akılda tutulmalıdır. Olgumuz bu nedenle sunulmuştur.

Olgu: Esrar kullanım öyküsü olan 20 yaşında erkek hasta 3-4 gündür olan öksürük sarı renkli balgam ara ara balgama bulaş şeklinde hemoptizi şikayeti ile başvurdu. İnşaatta çalışan hastanın özgeçmişinde ek hastalık ve düzenli kullandığı ilaç öyküsü yoktu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Yapılan laboratuvar testlerinde lökosit:12000/uL, nötrofil:10400/uL, CRP:40.3 mg/L saptandı. Hastanın akciğer grafisinde alt zonlarda yoğun olmak üzere bilateral heterojen infiltrasyonlar görüldü. (Şekil-1) Toraks bilgisayarlı tomografi(BT)'de her iki akciğerde multipl nodüler infiltrasyonlar görüldü. (Şekil-2) Hastada ayırıcı tanı olarak akciğer tüberkülozu, viral pnömoni HIV enfeksiyonu, malignite düşünüldü. Hastaya viral panel testi uygulandı. Sonuçlar negatif geldi. HIV antikorları çalışıldı. Negatif sonuçlandı. Skrotal USG yapıldı. Normal olarak raporlandı. Balgam kültürü istendi. TB-ARB negatif saptandı. Balgam kültüründe Acinetobacter spp üremesi oldu bu süreçte 7 günlük moksifloksasin antibiyoterapisi almakta olan hastada klinik ve radyolojik olarak tama yakın yanıt alındı.(Şekil-3)

Görüntüleme tetkiki



Şekil-1:Yatış PAAG

Şekil-2: Yatış toraks BT

Şekil-3:Tedavi sonrası PAAG

Tartışma-Sonuç: Acinetobacter enfeksiyonları genellikle yoğun bakımda yatan, immünsuprese bireylerde görülür. Olgumuz uyuşturucu madde kullanımı olan bilinen bir ek hastalığı olmayan genç erkek hastaydı. Olgumuzda acinetobacter enfeksiyonu açısından yatkınlık oluşturabilecek durumun uyuşturucu madde kullanması olduğu görülmüştür. İmmünsupresyon oluşturan uyuşturucu madde kullanım öyküsü olan genç hastalarda acinetobacter enfeksiyonu görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acinetobacter, immünsupresyon, genç hasta, uyuşturucu madde kullanımı



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-038 Bağışıklığı Baskılanmış Hastada Gelişen Pnömoni Olgusu

Gülru Polat¹, Sedef Şule Bozkır¹

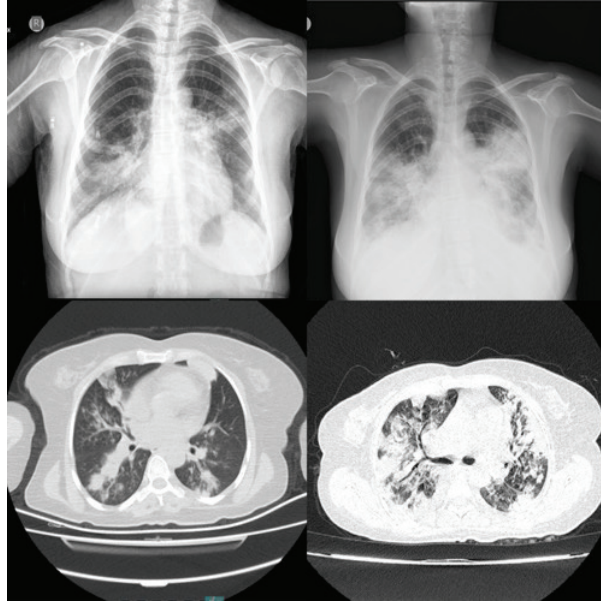
¹Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH

Sedef Şule Bozkır / Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Bağışıklığı baskılanmış hastalarda gelişen pnömoni, birçok etkene bağlı gelişebilen, kısa sürede tetkik ve tedavi edilmesi gereken bir durum olup, hızlı progrese olabilir. Bu olgumuzda kısa sürede progrese olan bir olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: 40 yaşında bilinen MDS tanılı hasta, 3 gündür olan öksürük, nefes darlığı ve üşüme, titreme şikayetleri ile başvurdu. Görüntülemelerinde bilateral pnömonisi olan hasta interne edildi. Başvurusunda vitalleri olağan idi. Oda havası satürasyon % 96, nabız:92, ateş: 36.5, solunum sayısı: 15 idi. Fizik muayenesinde bilateral ral mevcut idi. Hastaya MDS tanısı ile en son 2 yıl KİT yapılmış, sonrasında takibe alınmış olduğu öğrenildi. Kan tablosunda enfeksiyon parametreleri yüksek idi. CRP: 397, pct: 38 ng/ml idi. Hemogramında pansitopenisi mevcut idi. HIV negatif idi. Bağışıklığı baskılanmış hastada pnömoni olarak değerlendirilerek, piperasilin-tazobaktam antibiyoterapisi başlandı. Hematolojiye konsülte edildi, öneriler doğrultusunda replasman yapıldı. Hastanın antibiyoterapisininin 5.gününde radyolojik progresyon izlendi. Bronkoskopi yapıldı. Sol üst lob linguladan BAL yapıldı. Örnekler histositopatolojik incelemeye gönderildi. Radyolojik ve klinik olarak yanıt alınamaması üzerine Meronem ve Linezolid antibiyoterapisine geçildi. Bu sırada dispnesinde artış izlenen, oda havasında desatüre olan hasta, oksijen inhalasyonda 2 lt/oksijen altında izlendi. Bronkoskopide elde edilen materyallerin Giemsa incelemesinde P. jirovecii ile uyumlu kist formları görülmesi üzerine tedaviye Trimetoprim-Sulfametoksazol eklendi. Bu sırada dispnesi artan, oksijen inhalasyonuna rağmen desatüre olan hasta yoğun bakım ünitesine alındı. NIMV altında izlenen hastanın takipneik seyretmesi ve bilinç bozukluğu gelişmesi üzerine elektif entübe edildi. Antibiyoterapisine devam edildi. Sistemik kortikosteroid tedavisine başlandı. Yoğun bakım yatışının 3.gününde vazopressör ihtiyacı gelişti. Replasmana rağmen bisitopenisi devam etmekteydi. Yoğun bakım yatışının 11.gününde yüksek doz vazopressöre rağmen hemodinamik stabil olmayan hastada kardiyak arrest gelişti ve etkili resüsitasyona rağmen yanıt alınamaması üzerine ex kabul edildi.

Hastanın hastaneye başvurusunda çekilen ve takiplerinde progresyon olarak değerlendirilen Akciğer Grafisi ve Toraks BT'si



Tartışma-Sonuç: Bağışıklığı baskılanmış hastalarda gelişen pnömonide; geniş spektrumlu bir antibiyotik başlanmış olsa bile, pnömoniyi etiyolojik açıdan değerlendirilerek etkenin izole edilmesi açısından bronkoskopi yapılması önemlidir. Elde edilecek sonuç doğrultusunda antibiyoterapinin revizyonu önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: P. jirovecii, Pnömoni, Miyelodisplastik Sendrom (MDS)

PS-039 İmmünsüpresif Tedavi Altında Ateş ve Akciğerle Beyinde Kaviter Lezyonlar Dissemine Bir {Nocardia} Enfeksiyonu

Yadikar Kapan Özdağ¹, Sema Nur Doğru¹, İrem Aras¹, Dilara Kış Gökcecik¹, Işıl Puralı¹, Güle Çınar², Oya Kayacan¹

¹Ankara üniversitesi tıp fakültesi göğüs hastalıkları ana bilim dalı

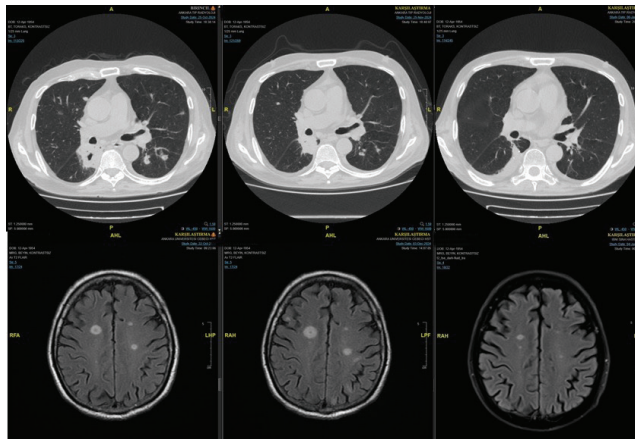
²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ABD

Yadikar Kapan Özdağ / Ankara üniversitesi tıp fakültesi göğüs hastalıkları ana bilim dalı

Giriş-Amaç: {Nocardia} türleri, insanlarda lokalize veya sistemik hastalığa neden olabilen aerobik gram pozitif bakterilerdir. Genellikle fırsatçı enfeksiyonlar olarak kabul edilir. Solunum veya travma sonrası deriye direkt inokülasyonla bulaşır. Başlangıçta asemptomatik seyredebilir. İlerleyen süreçte tutulan organa özgü semptomlar görülür. Glukokortikoid (özellikle yüksek doz ve uzun süre kullanımda) ve immünsüpresif tedavi alan hastalarda enfeksiyon riskinde beş kat artış saptanmıştır.

Olgu: 70 yaş erkek, dış merkezde çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde (BT) kaviter lezyonlar görülmesi üzerine ileri tetkik ve tedavi amacıyla hospitalize edildi. 1 aydır öksürük, göğüs ağrısı, ara ara dispne şikayetleri vardı. Nefes darlığı şikayetiyle dış merkeze başvurmuş. Plevra sıvısı, kreatinin yüksekliği, proteinürisi olması sebebiyle yapılan böbrek biyopsisinde (Bx) C3 glomerülo nefrit tanısı almış. Yaklaşık 4 ay prednol 48 mg/gün ve mikofenolat mofetil 2x1000 mg kullanmış. Ateş ve BT'de kaviter lezyonlar ortaya çıkmasıyla hasta kliniğimize başvurdu ve yatırıldı. Tarafımızca hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronş lavajı kültüründe 10.000 KOB/ml {Nocardia cyriacigeorgica} üredi. Bronş lavajı sitolojisinde skuamöz displazi bulguları izlendi. Wegener granülomatozisi ve skuamöz hücreli karsinom açısından şüpheli bulgular saptandı. Olası bir santral sinir sistemi tutulumunu araştırmak amacıyla yapılan Kontrastsız Kranial Manyetik Rezonans Görüntülemesinde (MR) kaviter lezyonlar saptandı. Aynı süreçte hastada {Sitomegalovirüs (CMV)}:1995 pozitif saptandı. Enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile {nocardiyo} ve {CMV} tanısıyla Trimetoprim-Sülfometoksazol(TMP-SMX), Linezolid, İmipenem, Gansiklovir tedavisi başlandı. Takiplerinde sol bacakta güçsüzlük gelişen hastada linezolide bağlı nöropatik yan etki düşünülerek linezolid, kontrol {CMV} negatif geldiği için gansiklovir kesildi. Bu süreçte Primer Antikor Yetmezliği saptanan, dış merkez böbrek biyopsisinde Pauci İmmün Glomerülo nefrit saptanan hastaya 5 gün 0,8 mg/kilogram/gün intravenöz immünglobülin verildi. İmipenem tedavisinin 32. TMP-SMX tedavisinin 21. gününde hastada pansitopeni gelişti. Tedavi süresinin 3 haftaya tamamlanması için Seftriaksona geçildi. Kontrol Toraks BT de kaviter lezyonlarda gerileme mevcuttu. Ancak Kranial mr da yeni gelişimli kaviter lezyonlar saptandı. Hastaya tekrardan linezolid ve imipenem tedavisi başlandı. Tedavisi 40 güne tamamlanan, Kranial MR ve Toraks BT de lezyonlarda gerileme saptanan hasta 6-12 ay oral TMP-SMX tedavisi almak üzere taburcu edildi.

Kaviter lezyonlar



Tartışma-Sonuç: {Nocardia} genellikle bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde enfeksiyona neden olan nadir bir bakteriyel enfeksiyondur. Çoğu zaman, giriş noktasında (akciğerler veya deri) lokalize hastalığa neden olur. Ancak, hematogen yolla organlara yayılabilir. En sık yayılım bölgesi merkezi sinir sistemidir. Yılda yaklaşık 500-1000 {nocardia} vakası görülmektedir. Nadir görülen bir vaka olması sebebiyle sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: İmmünsüpresyon, {Nocardia}, Kaviter lezyon



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-040 Buzlu Cam ve Plevral Efüzyon Birlikteliği ile Seyreden Tüberküloz: Olgu Sunumu

Feride Tamay Tatlı¹, Hakan Kahraman¹

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

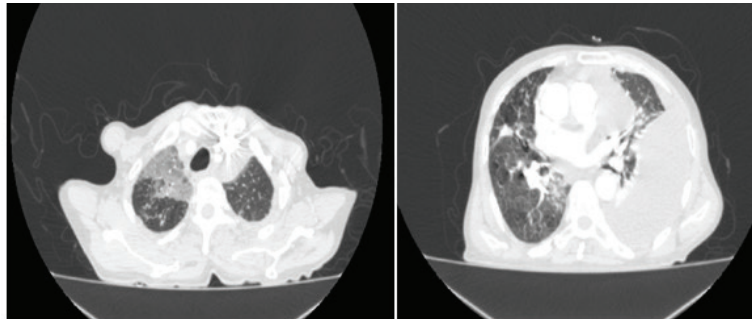
Feride Tamay Tatlı / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Tüberküloz (TB) hastalığı, Mycobacterium tuberculosis kompleks basilleri tarafından oluşturulur. TB bulaş damlacık yoluyla olur. En bulaştırıcı hastalar; balgam mikroskopisinde aside rezistan basil (ARB) pozitif, kaviteli akciğer ve larinks tüberkülozu olan hastalardır. TB, en çok akciğerleri tutmakla birlikte tüm organ ve sistemleri tutabilen bir hastalıktır. Semptom olarak iki hafta ya da daha uzun süren öksürük, balgam, hemoptizi, göğüs, sırt ağrısı, halsizlik, kilo kaybı, ateş, gece terlemesi görülür. Genellikle fizik muayene bulgusu azdır. Seyrek olarak lokalize raller ve öksürük sonrası raller duyulur. Radyolojik görüntülemelerde hilus ve mediasten lenf bezi büyümesi, atelektazi, konsolidasyon, tomurcuklu dal manzarası, sentrilobüler nodül, plörezi ve kavite gibi lezyonlar görülebilir. Tüberkülozun tanısı bakteriyolojiktir, bazı durumlarda tanı histopatolojik yöntemle de konulabilir. Klinik, radyolojik ve bakteriyolojik değerlendirme sonucu tanı konulup tedavi planlanır. Farklı radyolojik bulgular görülebilen TB hastalığının, kavitasyon, konsolidasyon, tomurcuklanmış ağaç görünümü olmadan buzlu cam ve plevral efüzyon birlikteliği olgumuzda sunulmuştur.

Olgu: 62 yaşında erkek hasta, 1 haftadır devam eden öksürük, nefes darlığı, göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hemoptizi tariflememi. Komorbid olarak epilepsisi mevcuttu, soy geçmişte özellik yoktu. 10 paket/yıl aktif sigara kullanım öyküsü mevcut. Fizik muayenede dispneik, takipneik, hipoksik, oskültasyonda sağ akciğer üst-orta zonlarda raller, sol akciğerde solunum sesleri azalmıştı. Hastaya bilgisayarlı tomografi anjiyografi çekildi, pulmoner emboli izlenmedi. Sağ akciğer üst lobda buzlu cam alanları görüldü. Sol hemitoraksta plevral efüzyon izlendi. (Şekil 1 ve 2) Plevral efüzyon tetkik, pnömoni ve solunum yetmezliği nedeni ile yataklı servisimize interne edildi. Başvuru tetkiklerinde lökositozu yoktu, lenfopeni ve C Reaktif Protein(CRP) yüksekliği mevcuttu. Viral Multiplex Polymerase Chain Reaction (PCR) gönderildi, negatif izlendi. Kardiyak bakısı olağan izlendi. Hastaya tanısal ve terapötik amaçlı 2 kez torasentez yapıldı, patolojileri benign sitoloji olarak raporlandı, mikroskopi yaymalarında lenfosit hakimiyeti izlendi. Plevra kültüründe üreme saptanmadı. Göğüs cerrahisi tarafından tüp torakostomi ve kapalı su altı drenajı uygulandı. Hastaya tanısal amaçlı bronkoskopi yapıldı. Solunum sekresyon kültüründe üreme saptanmadı, tüberküloz kültüründe Mycobacterium Tuberculosis Kompleks üremesi saptandı. TB-PCR pozitif sonuçlandı. Yeni olgu olarak tanımlandı ve Akciğer TB kabul edildi. TB servisimize devredildi, moleküler direnç testi çalışılarak tedavisi başlandı.

Tartışma-Sonuç: TB hastalığı insidansı giderek azalmakla birlikte ülkemizde %11.4 oranında saptanmaktadır. Buzlu cam ve plevral sıvı TB hastalarında kaviter lezyon, tomurcuklanmış ağaç görünümüne eşlik etmekle birlikte hastamızda bu birincil lezyonlar olmadan hastaya TB tanısı konmuştur. En sık görülen radyolojik bulguları dışında plevral efüzyon ve buzlu cam birlikteliği görülen hastalarda diğer ek patolojiler ekarte edildikten sonra TB hastalığı da akla getirilmelidir.

Toraks Bilgisayarlı Tomografi



Şekil 1 ve 2

Anahtar Kelimeler: buzlu cam, plevral efüzyon, tüberküloz

10 Nisan 2025, Perşembe

Poster Bildiri Oturumu 3: Akciğer Enfeksiyonları ve Tüberküloz

PS-041 Cilt ve Akciğer Tüberkülozu Birlikteliği

Özlem Sönmez¹, Efnan Koç¹, Güngör Dulkar¹

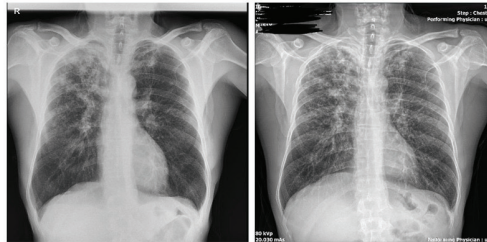
¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Efnan Koç / Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğer dışı Tüberküloz (ADTB) olguları tüm Tüberküloz (TB) olgularının %20 sini oluşturur. Cilt tüberkülozu ise ADTB olgularının %1-1,5 oluşturur. Mikobakterium tuberculosis (MTB) kompleks ailesi ve tüberküloz dışı mikobakteriler etken olabilir. Kesici delici cilt travmaları neden olabilir. Papül, nodül, infiltrate plaklar, ülser, verrüköz lezyonlar şeklinde görülebilir. Klinik formları karışık ve ayırıcı tanısının zordur. Uzamış ve tedavisi başarısız enfeksiyon süreleri klinisyeni zorlar. Bu amaçla olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: 51 yaşında bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta 1.5 yıl önce kuşburnu toplarken diken batması sonrası sağ el ikinci parmakta yara oluşması ile tetkik ve tedavi süreci başlamış. Antibiyotik ve steroid lokal tedavileri başarısız olmuş. Bu sırada alınan cilt biyopsisi non-nekrotizan granülamatöz infiltrasyon olarak raporlanmış, Toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral üst loblarda kavitasyon gösteren retikülonodüler infiltrasyonlar izlenmiş. Quantiferon testi de pozitif bulunan hasta hastanemize refere edilmişti. Fizik muayenesinde sağ el ikinci parmakta 6x3 cm ülser lezyon mevcuttu. Balgam yayma Asido-rezistan basil (ARB) bakışı pozitif bulundu. Akciğer grafiğinde solda üst sonda retikülonodüler infiltrasyonu görüldü. PPD 15 mm olarak ölçüldü. Ek olarak laboratuvar patolojisi yoktu. Ülser lezyon sürüntü nonspesifik kültüründe üreme yoktu ve ARB negatif olarak bulundu. Hastaya antitüberküloz tedavisi İsoniazid, Rifampisin, Etambutol ve Pirazinamid olarak başlandı. Kontrolünde balgam yayma ARB negatif, tüberküloz kültür pozitif. Pirazinamid ilaç direnci bulundu. MTB kompleks olduğu gösterildi. Ülserle parmak lezyonu gerilemişti. Radyolojik olarak yanıt alınmıştı. Hastamızın tedavisi halen devam etmektedir.

Tedavi Başlangıcı ve Devamı



Tartışma-Sonuç: Akciğer dışı tüberküloz olgularında her zaman akciğer tutulumu olmayabilir. Akciğer tutulumu olan ADTB olguları %6 oranındadır. Ayrıca cilt TB olguları sık görülen bir ADTB değildir. Bu durum cilt TB olgularında tanıda uzamalara yol açabilir. Cilt TB olgularının kendisi klinik form çeşitliliği nedeniyle değişik hastalıklarla karışabilir. Cilt lezyonundan ARB pozitifliği %10 dan daha az olması ve uzun kültür bekleme süreleri tanıyı geciktirebilir. Bizim olgumuz aynı zamanda yayma pozitif akciğer TB olduğu için tanı hızlı kondu. İzole cilt TB olguları tanı gecikmelerine neden olabilir. Ayırıcı tanıda akıldan tutulması klinisyenin işini kolaylaştırabilir.

Anahtar Kelimeler: Cilt Tüberkülozu, Tüberküloz



PS-042 Tüberküloz Lenfadenit ve Pott Hastalığı Birlikteliği: Olgu Sunumu

Gülşah Kübra Elçin Sendeli¹, Mutlu Onur Güçsav¹, Ahmet Emin Erbaycu¹

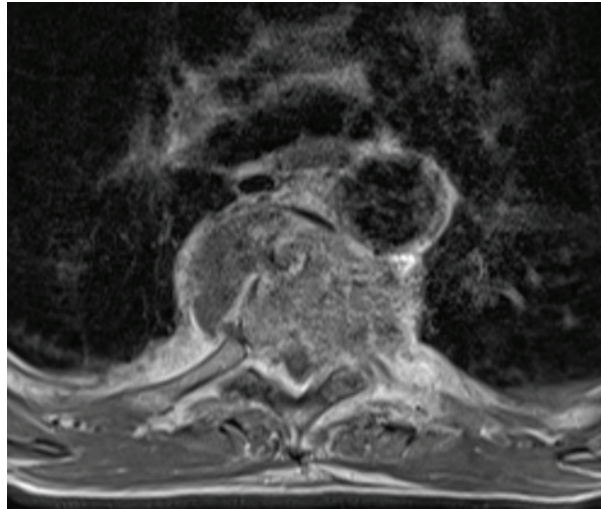
¹Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Gülşah Kübra Elçin Sendeli / Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Tüberküloz, kemik ve eklemleri tutabilir. En çok omurga ve ağırlık taşıyan eklemlerde tutulum yapar. Vertebra tutulumu olması durumunda "Pott Hastalığı" olarak adlandırılır. Klinikte sırt ağrısı, spinal kord basısına bağlı nöropatik ağrı ile prezente olur. İlerlemesi durumunda vertebra fraktürüne sekonder kifotik açılanma ve kanal basısı ile alt ekstremitte paralizisi ve hatta parapleji gelişebilir. Sistemik semptomlar sınırlıdır. Diğer tüberküloz organ tutulumları ile birliktelik gösterebilir. Tarafımızca Pott hastalığı ve tüberküloz lenfadenit tanısı konularak tedaviye başlanan vaka-mızı literatüre katkı sağlamak amacıyla sunuyoruz.

Olgu: 69 yaşında erkek hasta halsizlik nedeni ile başvurduğu dahiliye kliniğinde anemi etiyolojisi açısından tetkik edilmiş. Yapılan görüntülemelerde supraklavikular ve mediastinal lenfadenomegali izlenen hasta tanınal işlem için tarafımıza yönlendirilmiş. Başvuru sırasında şiddetli sırt ağrısı tarifliyordu. Bilinen hipertansiyon, diyabet tanılı hastanın anamnezinde 17 yaşında geçirilmiş tüberküloz öyküsü mevcuttu. Vitalleri stabildi. Fizik muayenede inspeksiyonda kifotik görünüm mevcuttu. Palpasyonda sağ supraklavikular lenf nodu ele geliyordu. Toraks bilgisayar tomografisinde parankimal bulgu yoktu. Hastaya spinal MR çekilmesi, supraklaviküler lenf nodu biyopsisi ve bronkoskopi yapılması planlandı. Bronkoskopide bronş sistemi olağan izlendi. BAL ve aspirat örnekleri mikrobiyolojiye gönderildi. Kültürlerde üreme olmadı. Tüberküloz pcr negatif sonuçlandı. Spinal MR' da T4-5-6' da çökme fraktürü, paravertebral abse ve kifotik deformite izlendi. Supraklavikular lenf nodu patolojisi kazeifiye nekrotizan granülomatöz lenfadenit ile uyumlu sonuçlandı. Hastaya mevcut bulgularla multidisipliner yaklaşım ile Pott hastalığı ve tüberküloz lenfadenit tanısı konuldu. Pott kırığı ile beyin ve sinir cerrahisine danışılan hastaya operasyon önerildi fakat kabul etmedi. Antitüberküloz tedavi başlanan hasta tarafımızca takibe alındı.

Spinal MR



Spinal manyetik rezonans görüntülemesinde izlenen T5 düzeyinde paravertebral abse

Tartışma-Sonuç: Pott hastalığının sinsi başlangıçlı olması ve radyolojik bulguların yavaş gelişmesi erken tanının önüne geçmektedir. Çoğu olguda tanı gecikmekte ve spinal cerrahi endikasyonu oluşmaktadır. Yapılan çalışmalarda erken tanıda antitüberküloz tedavi ile spinal kord basısı ve hasarının önüne geçilebileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: tüberküloz, tüberküloz lenfadenit, pott hastalığı, ekstrapulmoner tüberküloz

PS-043 Çok Olasılık Tek Gerçek: Bağışıklığı Baskılanmış Hastada Kaviter Lezyon

Feride Marım¹, İlknur Kaya¹, Vedat İlker Altun¹, Göktuğ Şahin¹, Ümran Toru Erbay¹

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

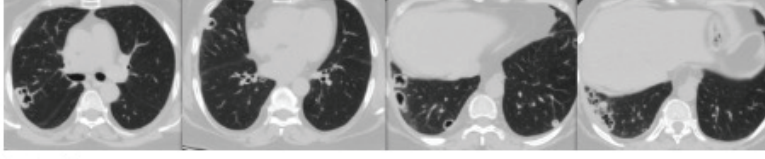
Vedat İlker Altun / Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Bağışıklığı baskılanmış hastalarda (BBH) yeni gelişen kaviter nodül ya da lezyonlar ayırıcı tanıda birçok hastalığı içermektedir. Tanıyı kesinleştirmek çoğunlukla invaziv girişimler gerektirmektedir. Kaviter lezyon ayırıcı tanısı gerektiren bir romatoid artrit (RA) hastamızı sizlerle paylaşmak istedik.

Olgu: 59 yaşında kadın hasta polikliniğimize istirahatte nefes darlığı öksürük ve balgam şikayeti ile başvurdu. Sigara öyküsü yoktu. 10 yıldır RA nedeniyle dış merkezde takipli olup; metotreksat, kolşisin ve prednizolon tedavisi almaktaydı. Ek olarak DM, hipotiroidi ve hipertansiyon için ek tedaviler almaktaydı. Başvurusunda oda havası satürasyonu %89'du. Fizik muayenesinde dinlemekle bilateral yaygın ronküsleri ve bronş hiperreaktivitesi mevcuttu. WBC sayısı 17790 olup nötrofil hakimiyeti vardı ve Crp 125 mg/L olarak ölçüldü. Yaklaşık 7 yıldır akciğerlerde giderek sayısı artan ve kaviteleşme eğilimi gösteren yaygın romatoid nodülleri olan hastanın akciğer grafisinde sağ orta zon periferinde yeni gelişen hava sıvı seviyesi içeren kaviter lezyon için dış merkezde hastaya itrakonazol tedavisi başlanmıştı (Resim 1). Görünüm malignite açısından şüpheli bulunan hasta tarafımıza ekartasyon için yönlendirilmişti. Çekilen akciğer grafisinde bilateral akciğerlerde sağ üst zonda daha yoğun olmak üzere kaviter görünümü lezyonlar mevcuttu. Lezyonların en büyüğü sağ üst orta zon birleşim alanındaydı ve hava sıvı seviyelenmesi içermekteydi (Resim 2). Uzun süreli steroid kullanımı olan hastada balgam ARB boyamaları negatifti. Bağışıklığı baskılanmış pnömoni ve tüberküloz ön tanılarına yönelik bronkoskopi planlandı. Sağ akciğer üst lob posterior segment girişinde infiltrasyon görüldü, biyopsi alındı. BAL yapıldı. Lavajda yoğun nötrofil ve gram pozitif kok görüldüğü bildirilen hastaya enfeksiyon kontrolü ile linezolid ve meropenem başlandı. Galaktomannan antijeni negatif itrakonazol tedavisi kesildi. BAL ARB negatifti. Takiplerinde lezyonda küçülme görüldü. Hastanın kliniği düzeldi, ronküsleri geriledi. Oda havası satürasyonu %95'e yükseldi. Tedavinin 7.gününde BAL kültüründe metisiline duyarlı Staphylococcus aureus üremesi üzerine antibiyogramaya göre hastanın tedavisi amoksisilin-klavulanik asit'e daraltılarak hasta taburcu edildi. Biyopside inflamasyon bulguları raporlandı. Taburculuk sonrası kontrollerinde hava sıvı seviyesi tama yakın regrese oldu (Resim 3). Pnömokok aşılması planlandı. Hastanın rutin kontrolleri devam etmektedir.

Radyolojik Görüntülemeler

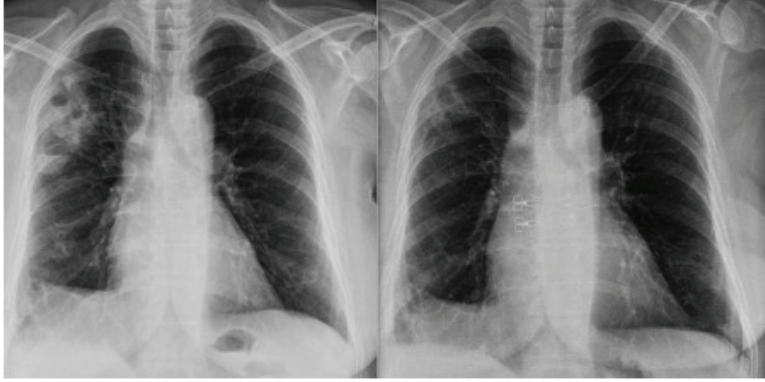
Resim 1:



Resim 2:



Resim 3:



Resim 1 Açıklama: Toraks BT'de hastanın parankiminde periferik yerleşimli kaviter nodüler lezyonlar (romatoid nodüller) Resim 2 Açıklama: Yaklaşık 1 aylık takiplerinde sağ üst ve orta zonda yeni gelişen hava sıvı seviyesi içeren kaviter lezyonlar Resim 3 açıklama: Tedavisi tamamlanan hastada hava sıvı seviyesi içeren kaviter lezyonlardaki küçülme

Tartışma-Sonuç: BBH'de yeni gelişen kaviter lezyonlar birçok etiyolojiye bağlanabilir. Bunların en başında tüberküloz, malignite ve fungal enfeksiyonlar gelmektedir; ancak sıradan bir bakteriyel enfeksiyonun da bu hastalarda kliniği olumsuz yönde etkileyebileceği bu olgu örneğinde olduğu gibi unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: romatoid artrit, kavite, başışıklık, staphylococcus aureus

PS-044 Steroide Bağımlı Amiodaron İlişkili Organize Pnömoni

Hasan Süheyl Yıldız¹, Mehmet Bayram¹

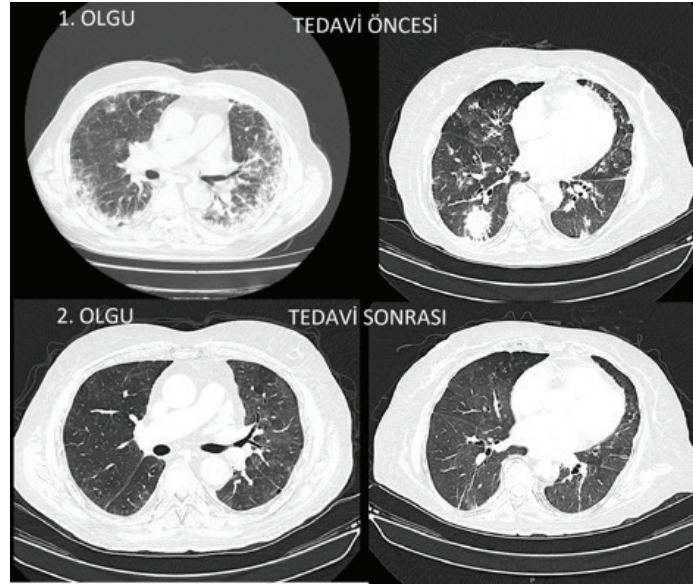
¹İstanbul Medipol Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Hasan Süheyl Yıldız / İstanbul Medipol Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Giriş: Amiodaron, kardiyak aritmilerin tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir ilaçtır; ancak uzun süreli kullanımı pulmoner toksisiteye yol açabilir. Bu yazıda, amiodaron kullanımına bağlı gelişen ve steroid bağımlılığı gösteren organize pnömoni tanısı alan 70 ve 85 yaşında iki hasta sunulmaktadır.

Olgu: Olgu 1: Yetmiş yaşında erkek hasta, başka bir merkezde nefes darlığı ve kuru öksürük şikâyetleri ile başvurdu. Toraks BT'de bilateral subplevral yerleşimli konsolidasyonlar ve buzlu cam opasiteleri tespit nedeniyle bakteriyel pnömoni tedavisine rağmen klinik ve radyolojik progresyon gözlenen hastanın öyküsü derinleştirildiğinde 2 ay önce amiodaron kullanma başladığı öğrenildi. Bağ doku markerları negatif olan ve çevresel ve mesleki organize pnömoni nedeni saptanamayan hastaya Amiodarona bağlı organize pnömonisi tanısı konuldu. 46 mg oral prednizolon tedavisine hızla yanıt alındı; ancak doz azaltma denemelerinde 4 mg'a inince semptomlar tekrarladı ve ilaç dozu yükseltildi. Klinik radyolojik düzelme saptanan hastada tekrar doz azaltılması esnasında radyolojik ve inflamasyon Parametreleri (CRP) progresyon olan hastaya hasta steroid dozu azaltılamaması nedeniyle prednizolon 8 mg tablet yanına mikofenolat mofetil tedaviye eklendi. Semptom, radyolojik bulguları ve CRP değeri gerileyen hasta halen bu dozla tedavi ve organize pnömoni tedavisinin 18. ayında takip altındadır. Olgu 2: Seksen beş yaşında kadın hasta, ani gelişen nefes darlığı ve yorgunluk şikâyetleri ile başvurdu. Toraks BT'de bilateral asimetrik alveoler infiltratlar ve periferik yoğunlaşmalar gözlemlendi. Anti bakteriyel tedaviye yanıt alınmayan hastanın öyküsünde 3 hafta önce amiodaron tedavisi başladığı öğrenildi. Amiodaron tedavisi kesildi. Sistemik steroid tedavisi başlandı ve klinik iyileşme sağlandı; ancak tedavi kesilmeye çalışıldığında 3. Ayda semptomlar tekrar ortaya çıktı. Tekrar steroid dozu artırılan hasta organize pnömoni tedavisinin 6. ayında semptomsuz takip altındadır.

Resim-1



Olguların tedavi öncesi ve sonrası toraks BT kesitleri

Tartışma-Sonuç: Sonuç: Amiodaron kullanımına bağlı organize pnömoni nadir, ancak ciddi bir komplikasyondur. Bu iki olgu, steroid tedavisine bağımlılık geliştirebilecek organize pnömoni vakalarının önemine dikkat çekmektedir. Amiodaron kullanan hastalarda uzun süreli solunumsal semptomlar görüldüğünde organize pnömoni düşünülmeli ve erken tanı konularak uygun tedavi planlanmalıdır. İlaç kesildikten sonra bile hastaların yakından izlenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: steroid, amiodaron, organize pnömoni



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-045 Klinik Radyolojik Olarak Malignite Şeklinde Prezente Olan Akciğer Mantar Enfeksiyonu

Bahar Agayeva¹, Selahattin Öztaş¹, Murat Kavas¹, Baran Gündoğuş¹, Ayşem Aşkıım Öztin Güven¹, Ayşe Kübra Arslan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul Türkiye.

Bahar Agayeva / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul Türkiye.

Giriş-Amaç: Pulmoner Aspergillozis sıklıkla immün sistemi baskılanmış hastalarda ve bronşiektazi/kistik fibrozisin eşlik ettiği durumlarda gelişir. Özellikle Aspergillus fumigatusmantar cinsi sıklıkla akciğer tutulumu yapmaktadır. Allerjik formdan invaziv pulmoner hastalığa kadar çeşitli formda karşımıza çıkmaktadır. Biz de akciğerde kitle görünüm ile takip ve tedavi ettiğimiz ilginç bir Aspergillozis olgusunu sunuyoruz.

Olgu: 59 Yaş kadın, bilinen bronşiektazi, hipertansiyon, hipotiroidi tanıları mevcut. Sigara kullanmamış. Soy geçmişte özellik yok. Ocak 2024'te 1 aydır olan göğüs ağrısı, sırt ağrısı, kilo kaybı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Dış merkeze çekilen Toraks Bt'si: "sağ hiler lenf nodları, sağ akciğer orta lob lateralsegmenter bronşunda kısmen daralma, sağ hiler bölgede yer alabilecek olası kitle lezyonu? Sağ akciğer orta lobda plevra tabanlı 2 cm çapa ulaşan kama şekilli konsolidasyon. Ön planda pulmonerenfarkt düşündürmektedir. Enfeksiyon olasılığı daha düşüktür" şeklinde raporlanmış. Şubat 2024'deToraks BT Anjiografi çekildi. Tromboemboli ile uyumlu dolun defekti saptanmadı. Sağ akciğer orta ve alt lob bronşunda düzensiz duvar kalınlık artışı ve hiler bölgede buzlu cam, net sınırları seçilemeyen 3 cm çapında yumuşak doku lezyon izlendi (kitle?). Ayrıca buzlu cam alanları ve yer yer bronşiektaziler olarak raporlandı. Hastaya FOB yapıldı. Endobronşiallezyon saptanmadı. Bronş lavaj kültüründe üreme yok, ARB ve mikobakteri PCR'ları, negatif. Sitolojisinormal. PET-CT çekildi. PET-CT raporunda: sağ hiler 2,5 cm lezyonda suv. max :6 tutulum izlendi. Hastaya EBUS yapıldı. Sağ hileryoğun vasküler venekrotizan alanlar içeren 2,5 cm'lik düzensiz sınırlı LAP-lezyon saptanarak biopsi alındı.Patoloji sonucu takibi yapıldı. Hastanın Bronş lavajında Aspergilluspp. üredi, Galaktomannan : 0,831 pozitif izlendi. Enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi. Aspergillozis ön tanısı ile antifungal Vorikonazoltedavisi başlandı. Tedavi takibinde çekilen akciğer grafisinde sağ hiler bölgede regresyon saptandı. EBUS patoloji inflamasyon olarak geldi. Tedavi devamı vesonrası çekilen Toraks BT 'de sağ hiler lezyonun tama yakın regrese olduğu izlendi ve her iki akciğerde aktif infiltrasyon, kitle izlenmedi.

Tartışma-Sonuç: Anjioinvaziv Aspergillozis formu Toraks BT'de konsolidasyon formunda segmental – loberinfiltrasyon ya da spikülekontrulu nodül şeklinde tutulum yapabilmektedir. Ayırıcı tanısında Tüberküloz, Mukormukozis ve Akciğer kanseri yer almaktadır. Bizim hastamızda da kitlesel görünümde akciğer kanserini taklit eden radyolojik görünümdeydi, antifungal tedavisi ile tama yakın regre oldu Anahtar kelime: kitle , kanser , aspergillus

Anahtar Kelimeler: Kitle, kanser, aspergillus

PS-046 Klinik ve Radyolojik Olarak Maligniteyi Taklit Eden Pulmoner Aktinomikoz: Olgu Sunumu

Zeynep Güney¹, Ramazan Eren¹, Ayşe Özçelik¹, Duygu Uzunoğlu¹, Beytullah Bayındır¹, Erdoğan Çetinkaya¹

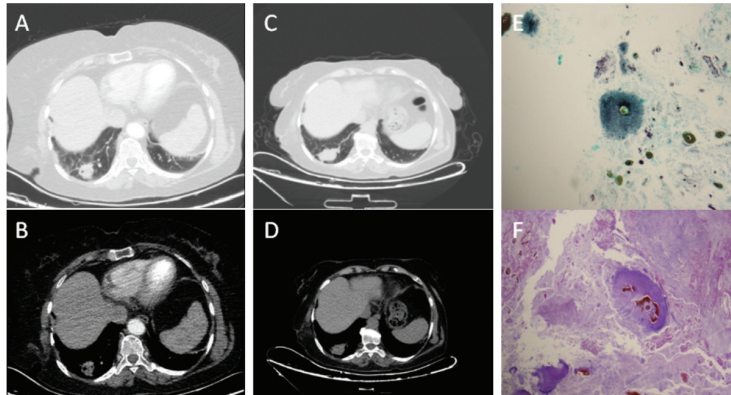
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Zeynep Güney / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner aktinomikoz(PA), Actinomyces türleri tarafından oluşturulan, nadir, kronik seyirli ve süpüratif bir enfeksiyondur. Actinomyces israelii, en sık izole edilen patojen olup, genellikle servikofasiyal, abdominal, pulmoner ve pelvik formlarda ortaya çıkmaktadır. Pulmoner form, insidansı düşük olup, malignite, tüberküloz veya akciğer apsesi gibi hastalıkları taklit edebilmektedir. Sağlıklı bireylerde kommensal olarak bulunan Actinomyces türleri, kötü oral hijyen, aspirasyon, altta yatan akciğer hastalığı ve immün yetmezlik gibi predispozan faktörlerle enfeksiyon oluşturabilir. Tanı, histopatolojik inceleme, mikrobiyolojik kültür ve moleküler teknikler ile konulmakta, tedavide uzun süreli beta-laktam antibiyotikler kullanılmakta, nadiren cerrahi girişim gerekebilmektedir. Uzun süre astım tedavisi almakta olan ve malignite ön tanısı ile değerlendirilen bir hastada histopatolojik inceleme sonucu PA tanısı konulan olgu sunulmaktadır.

Olgu: 68 yaşında kadın hasta, bir aydır giderek artan öksürük, balgam ile başvurdu. Hasta, 25 yıldır astım tanısı ile uzun etkili beta-agonist ve inhale kortikosteroid tedavisi kullanmaktaydı. Hasta son 3 aydır inflamatuvar bacak ağrıları nedeniyle romatoloji tarafından başlanan steroid tedavisi almaktaydı. Sigara kullanmamıştı ve belirgin aspirasyon öyküsü saptanmamıştı. Çekilen Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT), sağ alt lobda 2 cm çapında kitle lezyonu saptanması üzerine pozitron emisyon tomografi-bilgisayarlı tomografi (PET-BT) çekildi(Resim-1).PET-BT’de sağ alt lob laterobazal segmentte aspergilloma ile uyumlu, santralinde nidus formasyonu bulunan, sınırları düzensiz yapılı minimal hipermetabolik lezyon tespit edildi. Hasta yıllardır gece uyurken ağzını örtü ile sardığı ifade edilmiş olup, bu durum mikroaspirasyon riski açısından şüpheli değerlendirildi. Bronkoskopide endobronşial lezyon saptanmadı, ancak pürülan sekresyonlar izlendi. Bronş lavajında mikrobiyolojik ve patolojik bulgu saptanmadı. Cerrahi konseyde değerlendirildi ve tanısal amaçlı sağ alt lobektomi planlandı. Patolojide, kaviter lezyonun duvarında yoğun kronik inflamasyon ve fibrozis bulguları,kavitenin içerisinde yabancı cisimler ve filamentöz bakteri kümeleri gözlenmiş olup, aktinomikoz ile uyumlu kolonizasyon rapor edildi. H-E ve GMS boyaları ile sülfür granülleri gösterildi, bu bulgu pulmoner aktinomikoz tanısını desteklemiştir. Enfeksiyon Hastalıkları kliniğine konsülte edildi ve akciğer aktinomikozu tanısı konularak, amoksisilin-klavulanat 3 g/gün tedavisi başlandı. Antibiyotik tedavisine başlanmasının ardından hastanın semptomlarında belirgin düzelleme gözlemlendi

Resim 1



Tartışma-Sonuç: PA, nadir görülen ve maligniteyi taklit eden kronik bir enfeksiyondur. Olguda malignite ön tanısı ile değerlendirilen ve PET-BT’de hipermetabolik lezyon saptanan bir hastada histopatolojik inceleme ile PA tanısı konulmuştur. Tanısal zorlukları nedeniyle gereksiz cerrahi girişimlere yol açabilir. Radyolojik ve klinik benzerlikleri nedeniyle, PA malignite ayırıcı tanısında mutlaka dikkate alınmalıdır. Tanıda histopatolojik inceleme kritik öneme sahiptir. Tedavide uzun süreli beta-laktam antibiyotikleri önerilir. Bu olgu, PA’nın tanısal farkındalığını artırma açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: pulmoner aktinomiçes, malignite, steroid kullanımı

PS-047 İmmün Kompetan Hastada Gelişen Pnömosistis Pnömonisi

Beste Arkan¹, Aysuna Dincer¹, Mustafa Kılıç¹, İsmail Salih Alacalı¹, Burcu Öztürk Şahin¹, Yakup Arslan¹, Deniz Doğan¹, Nesrin Öcal¹, Cantürk Taşçı¹

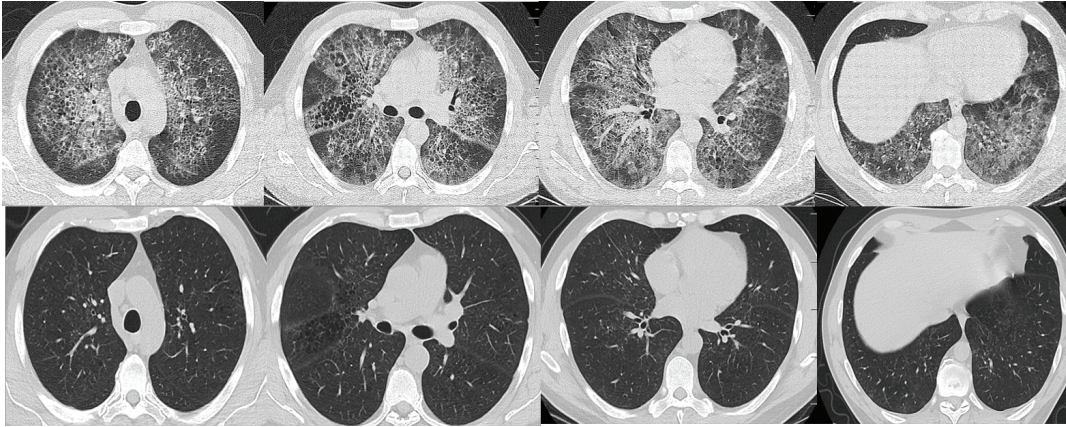
¹. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Beste Arkan / 1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Pneumocystis Jirovecii nadir görülen fırsatçı bir mikroorganizmadır. Özellikle malignite, organ nakli, kortikosteroid tedavisi, kötü beslenme, acquired immun deficiency syndrome (AIDS) gibi nedenlerle immün yetmezliği olan erişkinlerde ağır bir pnömoni tablosuna sebep olabilir. Özellikle toraks bilgisayarlı tomografide yaygın yamasal buzlu cam opasiteleri (BCO) ile prezente olur. Bu olgumuzda immün kompetan bireylerde de pnömosistis pnömonisi (PCP) görülebileceğini vurgulamak istedik.

Olgu: 50 yaş erkek hasta dispne şikayeti ile hastanemizin acil servisine başvurdu. Hasta anamnezinde 5 gün önce başlayan boğaz ağrısı şikayeti sonrasında gelişen ve giderek artan nefes darlığı tariflemekteydi. Bilinen herhangi bir hastalığı, düzenli ilaç kullanım öyküsü olmayan hastanın acil serviste görülen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) her iki akciğerde yaygın buzlu cam opasiteleri ve alveoler infiltratlar izlenmekteydi (şekil - 1). Mevcut bulgular arnavut kaldırımı (crazy paving) paterni lehine yorumlanmış olup PCP açısından demonstratif olarak değerlendirilen ve derin hipoksemisi olan hastanın yüksek akımlı oksijen tedavisi ihtiyacı olması nedeniyle yoğun bakımımıza yatışı sağlandı. Hastadan PCP, CMV-PCR, viral solunum yolu paneli ve balgam kültürü çalışıldı. Hasta immün kompetan olsa da radyolojik olarak PCP düşündürmesi nedeniyle laboratuvar sonucu beklenmeden prednizolon ve trimetoprim-sülfometaksazol tedavi protokolüne uygun şekilde başlandı. Takiplerinde oksijen ihtiyacı azalan, klinik radyolojik düzelme gösteren hastanın kültürlerinde üreme görülmedi, viral solunum yolu paneli, CMV PCR'ı negatif sonuçlandı. PCP tetkiki de negatif sonuçlanmakla birlikte hastamızda tedavi ile iyi klinik yanıt alındı. Bu süreçte immün süpresyon ve vaskülit araştırılan hastada immünolojik veya romatolojik patoloji saptanmadı. Hastanın üç haftalık prednizolon ve trimetoprim-sülfometaksazol tedavisi tamamlanması planlanarak servisimizden taburcu edildi. Ayaktan kontrollerine tam klinik düzelme ile başvuran ve vitalleri stabil değerlendirilen hastadan istenen toraks BT'de belirgin regresyon izlendi (şekil - 2).

Şekil - 1 / Şekil - 2



ŞEKİL - 1: Hastanın acil servis başvurusundaki toraks BT bulguları ŞEKİL - 2: Tedavi bitimindeki kontrol toraks BT görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Pneumocystis Jirovecii immünsüpresif erişkinlerde ağır pnömonilere sebep olabilmekle birlikte nadir de olsa sağlıklı, immün kompetan bireylerde de bu tabloya sebep olabilir. Klinik semptomlar ve görüntüleme bulguları, PCP düşündürüyor ise, immün durumdan bağımsız olarak erken tedavi mümkün olan en kısa sürede başlanmalıdır. Erken başlanan tedavinin mortaliteyi azalttığı bilinmelidir. Bu olgumuzda PCP müspetliğini gösteren laboratuvar bulgusu olmamakla birlikte erken başlanan tedavi sayesinde iyi klinik sonuçlar aldığımızı göstermek istedik.

Anahtar Kelimeler: pnömosistis pnömonisi, pnömoni, pcp, immün kompetan

PS-048 Sarkoidoz mu? Tüberküloz Dışı Mikobakteri Enfeksiyonu mu? Ayırıcı Tanısı Zor Bir Granülamatöz Hastalık Olgusu

Hakan Alkan¹, Ahmet Emin Erbaycu¹, Mutlu Onur Güçsav¹

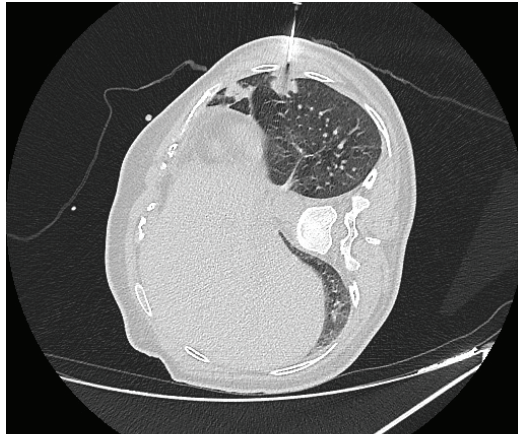
¹İzmir Bakırçay Üniversitesi

Hakan Alkan / İzmir Bakırçay Üniversitesi

Giriş-Amaç: Tüberküloz dışı mikobakteriler (TDM) doğada bulunan patojenlerdir. Nehir, göl, bataklık gibi su kaynakları, evlerin duş sistemleri ve topraktan izole edilmişlerdir. Gerek immunsuprese gerekse immunkompetan bireylerde gelişebilmektedir. Doğada yaygın olarak buldukları için özellikle steril olmayan örneklerde izole edilmesi durumunda kolonizasyon, kontaminasyon, hastalık ayırıcı tanısını yapmak oldukça önemlidir. Sunumumuzda kliniğimizde sarkoidoz açısından tetkik edilen ve bronkoskopik örnekleme sonrası Mycobacterium fortuitum enfeksiyonu tanısı alan hastamızı sunacağız.

Olgu: Otuz yedi yaşında kadın hasta; sağ gözde ağrı, şişlik ile başvurduğu göz hastalıkları tarafından üveit tanısı alması sonrası tarafımıza sarkoidoz ön tanısıyla yönlendirilmişti. Kronik öksürük dışında şikâyeti olmayan hastanın özgeçmişinde pankreatit ve perikardit öyküsünün olduğu ayrıca anksiyete bozukluğu nedeniyle tedavi aldığı öğrenildi. Hastada 10 py sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede patoloji saptanmadı. PAAG'si olağan olan hastadan ileri tetkik için yüksek çözünürlüklü toraks BT (YÇBT) istendi. Ayrıca sarkoidoz ayırıcı tanısı açısından hemogram, biyokimya, TİT, 24 saat idrarda kalsiyum, serumda ACE düzeyi, interferon gama salınım testi (IGRA), SFT ve EKG tetkikleri istendi. YÇBT'de, kısa çapı 1 cm'yi geçmeyen birkaç adet lenf nodu ve bilateral alt loblarda en büyüğü 12,5 mm boyutunda birçok nodül izlendi. BT'de pankreasta düzensizlik izlenen hastadan olası malignite açısından PET-BT istendi. Hastaya bronkoskopi + endobronşial ultrasonografi (EBUS) işlemi planlandı. Serum ACE değeri 67 U/L olarak sonuçlandı. IGRA testi pozitif bulundu. Kan ve 24 saat idrar kalsiyumu normaldi. Diğer tetkikler olağandı. PET-BT'de pankreas ve akciğerdeki nodüler lezyonlarda tutulum olan hastanın EUS işlemi yapıldı. Pankreasta kitle izlenmedi. EBUS'un lenf bezi örneklerinin patolojisi non-nekrozitan granülamatöz lenfadenit olarak sonuçlandı. Yapılan dermatolojik, kardiyolojik ve nörolojik muayenede sarkoidozla uyumlu lezyon saptanmadı. Ön planda sarkoidoz olarak düşünülen olguda bronşiyal lavaj tüberküloz kültüründe Mycobacterium fortuitum üremesi izlenmesi üzerine mevcut lezyonlardan tru-cut kararı alındı. Alınan tru-cut patolojisi kazeifiye granülamatöz lezyon olarak sonuçlandı. Alınan örneklerden yetersiz materyal nedeniyle tüberküloz kültürü çalışılmadı. Multidisipliner konsey sonrasında akciğerde fibrozis bulguları izlenmeyen, üveit dışında sarkoidozun herhangi bir sistemik bulgusu saptanmayan hastanın üveit için kullanmış olduğu lokal tedaviye devam etmesi, mevcut TDM üremesi için tedavi başlanması kararı alındı.

Biyopsi



Bilgisayarlı tomografi eşliğinde periferik akciğer nodülünden alınan tru-cut biyopsi örneği

Tartışma-Sonuç: Kronik akciğer hastalığı ve immun yetmezliği olan kişiler TDM enfeksiyonlarına yatkındır. Ancak TDM sağlıklı bireylerde de kolonizasyona veya geçici enfeksiyonlara neden olabilmektedir. Bizim hastamızda olduğu gibi tanı koymak oldukça zordur ve diğer granülamatöz hastalıklarla karışabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: granülamatöz hastalık, tüberküloz dışı mikobakteri, Mycobacterium fortuitum, sarkoidoz



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-049 Maligniteyi Taklit Eden İnvaziv Mukor Mikoz Olgusu

Veli Kuyben¹, Nilüfer Yiğit¹, Göksel Altınışık¹

¹Pamukkale Üniversitesi

Veli Kuyben / Pamukkale Üniversitesi

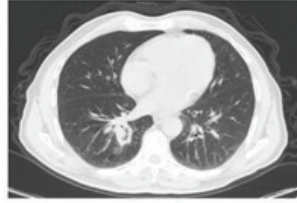
Giriş-Amaç: Mukormikoz, Mucorales cinsi mantarların neden olduğu nadir bir mantar enfeksiyonudur. Pulmoner mukormikoz, nadir ancak yaşamı tehdit eden fırsatçı bir enfeksiyon olup, genellikle bağışıklık sistemi baskılanmış bireyleri etkiler. Kök hücre veya organ nakli alıcıları ile hematolojik malignite veya nötropenisi olanlarda mortal seyir gösterebilir. Enfeksiyon, hızlı lokal progresyon ve belirgin anjiyoinvazyon nedeniyle %40-76 oranında yüksek mortalite taşır.

Olgu: Bilinen akciğer hastalığı olmayan, kontrolsüz diyabeti, 35 paket yıl sigara öyküsü olan 66 yaşında erkek, dış merkezden; kilo kaybı, dirençli öksürük, masif hemoptizi ve çekilen toraks btsinde sağ akciğer alt lobta, etrafında buzlu cam bulunan görüntüsü bulunan 31*22 mm boyutunda kitlesel lezyon ile malignite şüphesiyle tarafımıza yönlendirildi. Hastanın tarafımıza başvuru anındaki C- reaktif proteini (CRP) 248.62 mg/L, Sedimentasyon (1 Saat) 106 mm/sa, beyaz küresi 16.87 K/uL, nötrofili 15.22 K/uL olarak sonuçlandı. Hastaya bronkoskopi yapıldı, sağ akciğer alt lob bronşlarında mukozal düzensizlikler ve sağ akciğer alt lob bazal segmentlerin tamamı daralmış izlendi, biyopsiler alındı. Biyopsilerin patoloji sonucu kronik infalamsiyon olarak sonuçlandı, Pozitron Emisyon Tomografisi ve Bilgisayarlı Tomografi (PET BT) çekildi. PET BT'de sağ hiler alanda santral yerleşimli olarak sağ ana bronş çevresinden başlayıp, sağda alt lob bronşu çevresinde, endobronşial olarak devam eden, hiler lenf nodları ile sınırları ayırt edilemeyen hipermetabolik lezyon (SUVmax: 5.85) izlendi. Hastaya Endobronşiyal Ultrasonografi (EBUS) önerildi, hasta ebusu ameliyathanede sedasyon altında gerçekleştirileceği sebebiyle reddetti. Bronkoskopisi tekrarlandı, bronkoskopide izlenen sağ akciğer alt lob superior karinasındaki mukozal kabartıdan biyopsi alındı ve invaziv mukormikoz olarak sonuçlandı. Hastaya Amfoterisin B tedavisi başlandı. Hastanın immunglobulinleri normal aralıktaydı.

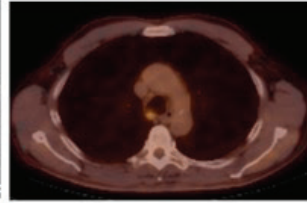
Tanı anındaki PA Akciğer Grafisi, Tanı Anındaki Toraks BT kesiti, PET BT kesitleri



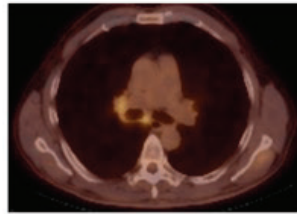
Resim 1: Hastanın başvuru anında çekilen Posterior Anterior Akciğer Grafisi.



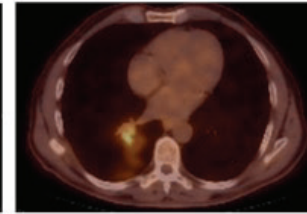
Resim 2: Başvuru anında BT lezyonun kesiti



Resim 3a



Resim 3b



Resim 3c

Resim 3a, 3b, 3c: Çekilen PET BT, lezyonun parankim ve mediasten tutulum alanları

Tartışma-Sonuç: İnvaziv mukormikoz, hayatı tehdit eden, sıklıkla hematolojik malignite veya organ nakli gibi yoğun immünsüpresyon durumlarında ortaya çıkan nadir ancak ölümcül bir enfeksiyondür. Bununla birlikte, kontrolsüz diyabet gibi yaygın bağışıklık baskılanması durumlarında karşımıza çıkabileceği unutulmamalıdır. Olgumuz, dirençli öksürük, kilo kaybı, hemoptizi şikayeti, Toraks BT ile PET-BT'de maligniteyi güçlü şekilde taklit eden bulgularla tanıyı karmaşık hale getirmiştir. İnvazif pulmoner mukormikozun ayırıcı tanılarda yer alması, erken tanı ve tedaviyle mortalitenin azaltılmasında kritiktir. Vakamız, agresif seyri ve belirgin anjiyoinvazyonu ile mukormikozun maskesini düşürerek, nadir ancak ölümcül enfeksiyonun tanı ve yönetimindeki zorluklara ışık tutmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fungal Enfeksiyon, Mukor Mikoz, İmmüsuprese, Diyabetes Mellitus, anjiyoinvazyon

PS-050 Ampiyem Kliniği ile Prezente olan B-Hücreli Lenfoblastik Lenfoma: Olgu Sunumu

Yasemin Yücel¹, Elif Tanrıverdi¹, Mustafa Çörtük¹, Erdoğan Çetinkaya¹, Binnaz Zeynep Yıldırım¹, Nurcan Ünver¹, Ahmet Pehlivan¹, Helin Su Kaya¹

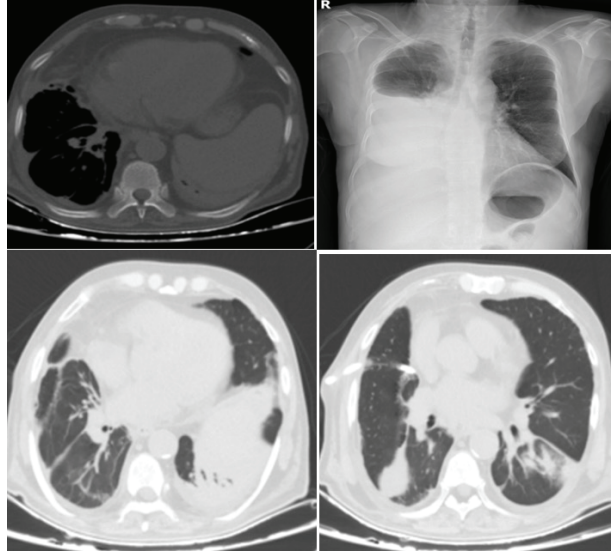
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Yasemin Yücel / Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Plevral efüzyon, plevral sıvının sekresyonu ile absorpsiyonu arasındaki dengenin bozulması sonucu oluşur. Malignitelere bağlı plevral efüzyonlar özellikle orta-ileri yaş hastalarda düşünülmelidir. Lenfomayla ilişkili şilotoraks ile başvuran plevral efüzyon olguları nadiren görülmektedir. Bu olgu sunumunda, çok daha nadir olan ve tek taraflı masif plevral efüzyonla gelen, labartuvar parametreleri ampiyem olarak yorumlanan, sonuçta plevral mayiinden lenfoma tanısı konulan olgu sunulmuştur.

Olgu: 62 yaşında erkek hasta, 1 haftadır olan nefes darlığı ile acilimize başvurdu. 2014 yılında rektum kanseri operasyonu olan ve aynı yıl kemoterapi ve radyoterapi alan hasta kür kabul edilerek takibe alınmıştı. 10 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde; sağ akciğer orta ve alt alanlarda solunum sesleri azalmıştı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sol kalp boşluklarında dilatasyon, mediastende 15mm büyümüş lenf nodları, sağda orta düzeyde plevral efüzyon saptandı. Yapılan torasentez sonucunda; görünümü sero-hemorajik, plevral mayi biyokimyasında ADA:41 pH: 6.86, glukoz:10 mg/dL protein: 37.2g/L, albümin 24.9g/L, LDH: 4773IU/L; serum biyokimyasında glukoz 94, protein:61, albümin: 39.2, LDH: 240 geldi. Ampiyem olarak yorumlanarak tüp torakostomi uygulandı. Kültürlerinde üreme yoktu. Hastaya 14 gün karbapenem verildi. Antibiyoterapiye klinik-radyolojik yanıt alınamadı. Plevral mayi sitopatolojisinde: matur lenfositin 3-4 kati büyüklükte dar sitoplazmalı atipik hücreler görüldü. Immunohistokimyasal boyama sonucu yüksek dereceli B hücreli lenfoma ile uyumluuydu. Hasta hematoloji kliniğine transfer edildi.

Tek taraflı masif plevral efüzyon, ampiyemli mayi



Tartışma-Sonuç: Plevral efüzyon, çeşitli hastalıkların komplikasyonu olarak karşımıza çıkabilir. Etyolojiye yönelik yapılan çok sayıda çalışmada, genellikle eksüda özelliğindeki efüzyonlar için malign nedenlerin ve tüberkülozun diğer nedenlerden daha önde yer aldıkları gözlenmektedir. Eksüda özelliğindeki efüzyonların %34.8'ini ise paraprnömonik efüzyonun oluşturduğu saptanmıştır. Olgumuzda klinik ve laboratuvar değerlerin uygun olması nedeniyle ilk anda ampiyem tedavisi uygulandı. Fakat verilen antibiyoterapiye yanıtızsızlık ve yapılan ileri tetkiklerinde etyolojik nedenin lenfoma olduğunu tespit ettik. Bu olgu nedeniyle genelde nonspesifik semptom ve laboratuvar bulgularıyla gelen lenfomaların nadir de olsa ampiyem tablosuyla gelebileceği akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: ampiyem, lenfoma, plevral efüzyon



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-051 Pulmoner Kaviter Lezyonla Seyreden Nadir Bir Brusella Olgusu

Aybüke Karakaş¹, Hatice Canan Hasanoğlu²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

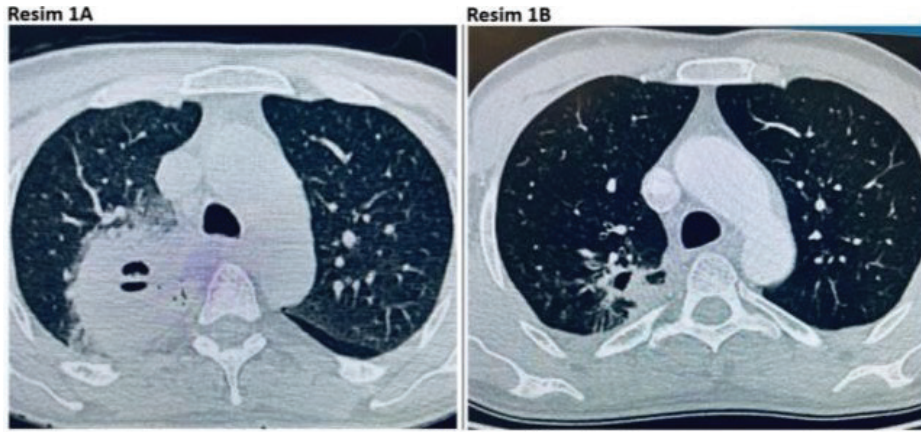
²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD

Aybüke Karakaş / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Bruselloz, brucella cinsi gram negatif bir basil tarafından retiküloendotelyal sistem, eklemler, sinir sistemi, kardiyovasküler sistem, ürogenital sistem ve solunum yollarını etkileyebilen multisistemik zoonotik bir hastalıktır. Bruselloz seyrinde pulmoner tutulum nadir görülmektedir. Kaviter akciğer tutulumuna ingilizce literatür taramalarında rastlanmamıştır. Kaviter lezyon ile seyreden bruselloz olgumuz bu nedenle sunulmuştur.

Olgu: Nefes darlığı, öksürük ve batıcı göğüs ağrısı nedeni ile 42 yaş erkek hasta acil servise başvurdu. Hasta kaşektik görünümdeydi ve akut faz reaktan yüksekliği mevcuttu. Çekilen Toraks BT'de sağ akciğer üst lob apikal ve posterior segment düzeyinde santralde yerleşimli çevresinde ve posteriorunda fokal buzlu cam dansitelerinde infiltrasyon alanlarının eşlik ettiği düzensiz konturlu santralinde kavitasyon ve içerisinde hava kabarcıkları bulunan en geniş yerinde aksiyalde 62x58 mm boyutlarında ölçülen geniş konsolidasyon sahası izlenmesi üzerine göğüs hastalıkları servisimize yatışı yapıldı (Resim 1A). Yapılan bronkoskopide sitoloji malignite bulguları saptanmadı ve fungal inflamasyon bulguları olarak sonuçlandı. Lavaj kültüründen gönderilen aspergillus, galaktomannan ve mikobakteri pcr negatif olarak sonuçlandı. Saptanan candida albicans üremesi ise enfeksiyon hastalıkları kliniği tarafından kontaminasyon olarak değerlendirildi. Hastaya transtorasik biyopsi planlandı. Yapılan işlem sonucu organize pnömoni ilişkili bulgular ve enfeksiyona sekonder değişiklikler olarak raporlandı. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde çobanlık yapıyor olması bir hafta önce periferik fasiyal paralizi geçirmesi ve geçirilmiş brusella öyküsü olması nedeniyle hastadan brusellaya yönelik tetkikler istendi. Gönderilen brusella coombs aglütinasyon testi:1/160 pozitif olarak sonuçlanan hastaya enfeksiyon hastalıkları kliniği önerileri ile doksisisiklin, rifampisin ve gentamisin tedavisi başlandı. Altı hafta boyunca uygulanan tedavi ile hastada kaviter lezyonda belirgin regresyon izlendi (Resim 1B). Takiplerinde karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinde anlamlı yükseklik gözlenmedi. Hastanın tedavi ve takibi devam etmekte.

Resim 1A ve 1B. Toraks Bt Bulguları



Tartışma-Sonuç: Bruselloz enfekte keçi, koyun, ineklerden elde edilen çiğ süt, peynir tüketimi veya direk temas yoluyla bulaşmaktadır. Brusella vakalarında pulmoner tutulum oldukça nadir görülmektedir. (%1 ila %5) Akciğerde ise bronkopnömoni, akciğer apsesi, ampiyem, plevral efüzyon, granülomlar, soliter nodüller, hiler ve paratrakeal lenfadenopati dahil olmak üzere literatürde brusellozla ilişkili çeşitli pulmoner bulgular yayınlanmıştır. Brusellozun endemik olduğu bölgelerde yaşayan hastalarda, çobanlık gibi riskli meslek grubu çalışanlarında bruselloz ve brusellaya bağlı akciğer hastalığı tanıları akılda bulundurulurken erken dönemde tedavileri planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: brucella, kaviter lezyon, hayvancılık, bruselloz

PS-052 Deflazakort Tedavisini Bırakan Hastada Organize Pnömoni Alevlenmesi

Hacer Karaca¹, Aydanur Ekici¹, Mehmet Savaş Ekici¹

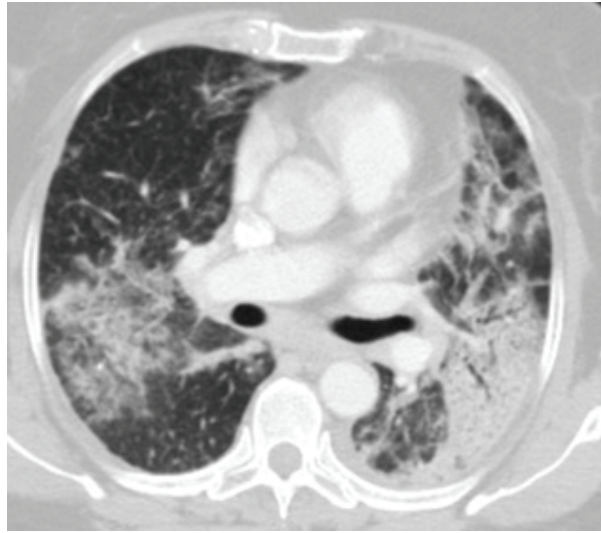
¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Hacer Karaca / Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Organize pnömöni (OP), distal hava boşluklarında bağ dokusunun intraluminal proliferasyonu ile karakterize bir hastalıktır. İdiyopatik (kriptojenik) ve sekonder organize pnömöni olarak ayrılır. Sekonder sebepler arasında sıklıkla bağ dokusu hastalıkları, viral enfeksiyonlar, ilaç kullanımları ve radyasyon tedavisi gibi etkenler öne çıkar. OP genellikle 50-60 yaş aralığında görülür. Kadın ve erkekler genelde hastalıktan eşit etkilenir. Belirtiler ateş, kuru öksürük, halsizlik, mide bulantısı ve kilo kaybıdır. Radyolojik olarak Bilgisayarlı Tomografi (BT) de peribronkovasküler konsolidasyon alanları ile karakterizedir. Solunum fonksiyon testinde hafif veya orta derece restriktif defektler vardır. Tedavisinde kortikosteroidler genellikle ilk tercihtir. Olgumuzda deflazakort kullanımını bırakması sebebiyle kliniği ve radyolojik görüntülemesi kötüleşen Organize pnömöni tablosuna sahip bir hastadan bahsedeceğiz.

Olgu: 67 yaş kadın hasta, 2019'dan beri polikliniğimizde İdiyopatik Organize Pnömoni tanısı ve deflazakort tedavisi ile takipliydi. 1 yıl kontrole gelmeyen hasta nefes darlığı ile acile başvurdu. Deflazakort ilacını bıraktığı öğrenildi. Acile geliş Spo2 si %65 idi. Oskültasyonda bilateral yaygın ralleri vardı. C-reaktif poretin 139 mg/L, beyaz küre 10,97 10³ µL, Prokalsitonin 0, 108 ng/mL idi. Posteroanterior akciğer grafisi (PAAG)'nde ve toraks BT' sinde öncesine kıyasla belirgin yaygın buzlu cam ve konsolide alanları olan hasta servisimize yatırıldı. 40 mg metilprednizolon iv 1x1 tedavisine başlandı. DLCO :24 ml/min/mmHg, DLCO (corr): 27 ml/min/mmHg, DLCO/VA : 81 ml/min/mmHg/L, SFT de FEV1: %77 , FVC: %77, FEV1/FVC : 83 ölçüldü. Kollajen doku markerları negatifti. Yaklaşık 2 haftalık tedavisinde PAAG takiplerinde dramatik regresyon görüldü. Taburculuk öncesi DLCO: 41 ml/min/mmHg, DLCO (corr): 49 ml/min/mmHg, DLCO/VA 104 ml/min/mmHg/L, SFT de FEV1:% 91, FVC : %93, FEV1/FVC: 80 ölçüldü. Hasta günlük deflazakort 60 mg dozu ve Pnömosistis Karini profilaksisi için trimetoprim/sülfametaksazol ile taburcu edildi. 3 ay sonra çekilen kontrol Yüksek Rezolüsyonlu Bilgisayarlı Tomografi (YRBT)'de konsolide alan ve buzlu camların neredeyse tamamen gerilediği görüldü.

ORGANİZE PNÖMÖNİ ALEVLENMESİ



NİSAN 2024 TARİHLİ TORKAS BT

Tartışma-Sonuç: OP respiratuar bronşiyoller, alveoler kanallar ve alveoller içerisinde inflamatuvar hücrelerin ve bağ dokusu matrisinin varlığı ile karakterize nonspesifik bir akciğer hasarı yanıtıdır. OP için standart tedavi kortikosteroidlerdir. Kortikosteroid tedavisi, birkaç hafta ila 3 ay içinde hastaların %80'ine varan oranda tam iyileşme sağlayabilmektedir. Bu nedenle hastaların takibi ve tedaviye uyumu önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: organize pnömöni, idiyopatik, deflazakort



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-053 Akut Miyeloid Lösemi Tanılı İmmünsüprese Hastada Endobronşiyal Tüberküloz: Nadir Bir Olgu Sunumu

Melisa Aslan², Merve Ayık Türk², Damla Serçe Unat², Nigar Dirican¹, Sibel Doruk¹, Sami Deniz², Özgür Batum², Yelda Varol²

¹İzmir Şehir Hastanesi

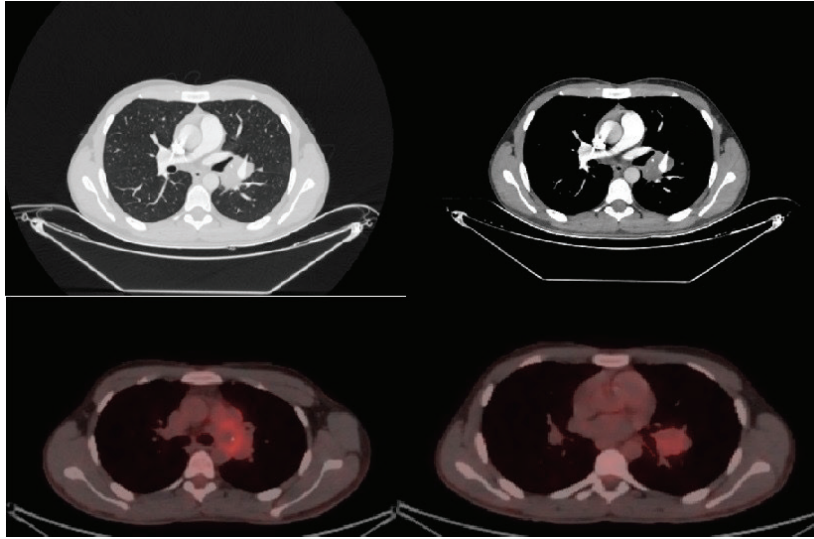
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi, İzmir Şehir Hastanesi

Melisa Aslan / Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi, İzmir Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Enfeksiyon, hematolojik maligniteli hastalarda önde gelen morbidite ve mortalite nedenidir. Mycobacterium tuberculosis (TB), hem sağlıklı hem de bağışıklık sistemi baskılanmış kişilerde önemli bir mikrobiyolojik patojendir. Hematolojik malignite nedeniyle takip edilen olguda endobronşiyal tutulum ile prezente olan nadir bir TB olgusu sunulmuştur.

Olgu: 21 yaşında erkek hasta, Ağustos 2024 tarihinde akut miyeloid lösemi tanısı ile hematoloji kliniğince kemik iliği nakli öncesi indüksiyon kemoterapisi başlanmıştır. Hasta 2. konsolidasyon kemoterapisi için interne edildiğinde, hastada ateş, hemoptizi ve epistaksisi olması üzerine, göğüs hastalıkları kliniğince değerlendirildi. 19.11.2024 tarihli akciğer grafisinde sol hiler bölgede dolgunluk görülmesi üzerine, toraks anjio bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT'de sol hilusta konglomere lenfadenopati (LAP)- kitle ayrımı yapılamayan yaklaşık 7x3.5cm boyutlarında soliter lezyon izlendi (Şekil 1). İmmünsüprese hastada ateş, hemoptizi ve LAP izlenmesi üzerine mikrobiyolojik örnekleme için TB aside rezistan basil (ARB) yayma istendi ve ARB negatif görüldü. Hastadan alınan quantiferon testi pozitif izlendi. Hastaya 09.12.2024 tarihinde bronkoskopi planlandı. Bronkoskopide sol alt lob süperior ayırım karinası sonrası anterior duvarda vaskülarize lezyon izlenmesi üzerine transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi ve punch biyopsi yapıldı. Patoloji raporu nekrotizan granümatöz enflamasyon (MPO, CD34, CD117, CD68, GMS (-), EZN (-)) olarak raporlanan hastaya TB lenfadenit+ endobronşiyal TB tanısı ile 27.12.2024 tarihinde 4'lü anti TB (HREZ) tedavi başlandı. Hastanın 3. konsolidasyon kemoterapisi, anti-TB tedavisi 1 aya tamamlandıktan sonra başlanması planlandı.

BT



Bilgisayarlı tomografi ve PET/BT görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Bağışıklık sistemi baskılanmış bireylerde TB önde gelen ve önemli bir mikrobiyolojik patojen olup, kemoterapi öncesi TB akılda bulundurulması gereken bir mikrobiyolojik patojen olup, bu hastaların yakın izlenmesi mortalite ve morbiditeyi önlemede önem oluşturur. Hematolojik malignitelerde, izlenen endobronşiyal lezyon öncelikli olarak malignite lehine atfedilirken, endobronşiyal lezyonlarda görülebilecek TB enfeksiyonu da göz önünde bulundurulması gereken bir enfeksiyöz durumdur.

Anahtar Kelimeler: tüberküloz, immünsüprese, endobronşiyal



PS-054 Tanısı Geciken Multiorgan Tutulumlu Milier Tüberküloz Olgusu

Yasin Görkem Gördük¹, Aylin Babalık¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıklar ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yasin Görkem Gördük / Süreyyapaşa Göğüs Hastalıklar ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Tüberküloz dünyada bulaşıcı hastalıklar içerisinde mortalitesi en yüksek hastalıktır. Dünyada ölüm nedenleri sıralamasında 10. sırada yer almaktadır. Milier tüberkülozun mortalitesi yüksektir. Olgumuz, milier tüberküloz ve multiorgan tutulumları nedeniyle tedavinin acil başlanması gerektiğini vurgulama için sunulmuştur.

Olgu: 73 yaş erkek bilinen hipertansiyon, tip 2 diyabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, koroner arter hastalığı, ek hastalıkları olan hasta, Nisan 2023'te acil servise öksürük, ateş, gece terlemesi ile başvurmuştur. Hastanın e-Nabız bulguları incelendiğinde 2022 yılında ağustos ayında dış merkez acilde çekilen Toraks BT'de milier tutulum, Ekim ayında Skrotal USG'de epididimit uyumlu lezyonları olup, 29.04.2023 toraks BT'de tomurcuklanan ağaç paterni milier tüberküloz, 03.05.2023 skrotal usg; tüberküloz epididimiti, olarak yorumlanan hastanın balgam ARB'leri negatif sonuçlanmıştır. Klinik-radyolojik Akciğer tüberkülozu ve tüberküloz epididimiti ön tanılarıyla 05.05.2023'te böbrek dozunda İzoniazid(H), Rifampisin(R), Pirazinamid(Z), Etambutol(E), başlanmıştır. Hastanın kranial MRG'si çekilmiştir. Sol bazal çekirdek düzeyinde lezyon saptanmıştır. Hastanın MRG bulguları tüberkülozun beyin tutulumu ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Tedavi sırasında ilaç yan etkileri görülen hastada tedavi rejimi en son 05.06.2023 tarihinde HRE ve Moksifloksasin olarak 12 ay süre ile planlanmıştır. Hastanın tedavisi 12 ay sonra kesilmiştir. Tedavi sonrası çekilen beyin MRG ve toraks BT'de lezyonların gerilediği saptanmıştır.

Akciğer grafi ve BT görüntüleri



En üst iki fotoğraf, Ağustos 2022'ye ait Toraks BT, altındaki iki fotoğraf Nisan 2023'e ait Toraks BT; üçüncü sıra ilk fotoğraf tedavi başlangıcındaki akciğer grafisi, ikinci fotoğraf ise tedavi sonlandırılmasındaki akciğer grafisi. En altta ise tedavi başlangıcındaki Beyin MRG kesiti mevcuttur.

Tartışma-Sonuç: Tüberküloz tedavisinde erken tanı ve tedavi mortaliteyi düşüreceği gibi organ tutulumlarına bağlı sekellerin önüne geçerek morbiditeyi de azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Milier tüberküloz, Tanı gecikmesi, Multiorgan tutulumu



PS-055 Malignite ile Karışan Kist Hidatik Olgusu

Hüsna Ağca¹, Mustafa Çarkcı¹, Sibel Yurt¹, Ayşe Bahadır¹, Barış Demirkol¹, Mehmet Akif Özgül¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Hüsna Ağca / Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Kist hidatik hastalığı endemik bir hastalıktır, echinococcus granulosus paraziti ile oluşur. Koyun besleyen toplumlarda daha fazla görülür ve insanlar arakonakçısıdır. Hastalık uzun bir süre sessiz seyrederek, ancak organ tutulumu sıklıkla karaciğer (%65) ve akciğerdedir (%25). Akciğer tutulumu genellikle sağdadır, bilateral olması nadir görülür. Paraziter bir hastalık olan kist hidatiğin yaygın olduğu bizim gibi ülkelerde, klinik ve radyolojik bulgular akciğer kanserini düşündürse bile, ayırıcı tanıda komplike veya rüptüre kist hidatik de her zaman göz önünde bulundurulmalıdır. Biz bu nedenle toraks bilgisayarlı tomografi (BT) ve PET BT'de akciğer kanseri olarak yorumlanan ancak biyopsi sonrası akciğer kist hidatik tanısı alan olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 44 Yaş kadın hasta Aktif solunumsal şikayeti yok. Karaciğerde kist hidatik? akciğerde lezyon var denmiş kontrol amaçlı polikliniğe gelmiş. Hastanın toraks bt'sinde sol akciğer alt lob superior segmentte subplevral alanda yaklaşık 42x34 mm boyutunda düzensiz, lobule konturlu kaviter kitle lezyonu izlendi fungus topu kist hidatik Hastaya pet bt ve fob planlandı. Pet Bt: Sol akciğer alt lob superior- posterior bazal segment bileşkesinde yaklaşık 4.5x 4 cm boyutunda artmış FDG tutulumu gösteren kaviter kitle lezyonu. Primer akciğer ca? Karaciğer sağ ve sol loblarda ortası nekrotik zeminde kalsifiye hipodens heterojen dansiteler içeren, çevresi yer yer artmış FDG tutulumu gösteren bazıları kitle görünümünde lezyonlar. Metastatik şeklinde raporlandı. FOB raporu: Sol üst lob üst divizyon lateral duvarda hafif dış bası bulgusu izlenimi veren yapı mevcut. Sol alt lob lavaj alındı, arb ve sitoloji gönderildi. Tbc pcr- arb görülmedi. Sol akciğerdeki kaviter lezyona ttiab yapıldı: Kaviter lezyondan yapıldığı belirtilen aspirasyonda nekrotik zeminde, PAS (+) ve GMS ile zayıf (+) boyanan lameller yapılar görüldü. Skoleks yapısı izlenmedi ancak birkaç alanda çengel benzeri yapı izlendi. Kist hidatik hemaglutinasyon: pozitif, aspergillus: negatif.

Resim 1



Tartışma-Sonuç: Hidatik kist hastalığı tarım ve hayvancılıkla uğraşan; az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülen parazitik bir hastalıktır. Akciğer hidatik kist olgularının % 51'inin soliter, % 25'inin multipl, % 24'ünün rüptüre veya enfekte olduğu bildirilmiştir. Çoğu kez asemptomatik seyrederek. Semptomlar kistin yerleştiği yere ve büyüklüğüne bağlıdır. Öksürük, göğüs ağrısı, hemoptizi, kist sıvı veya membranlarının ekspektasyonu görülebilir. Öncelikli tedavisi cerrahidir. Tedavisinde amaç hastalığın total eksizyonu ve maksimum parankim korumadır. Sonuç olarak; akciğer kist hidatiği benign bir patoloji olmasına rağmen klinik ve radyolojik olarak başta maligniteler olmak üzere birçok akciğer patolojisini taklit edebileceği akıldan çıkartılmamalı ve özellikle endemik bölgelerde ayırıcı tanıda düşünülmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kist hidatik, bronkoskopi, transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi



PS-056 Toplum Kökenli Pnömoninin Nadir Bir Komplikasyonu: Hidropnömotoraks

Ezgi Ümran Toraman¹, Murat Kavas¹, Başak Cansu Baran¹, Umut Okay¹, Dildar Duman¹, Serda Kanbur Metin¹, Tunahan Dumlu¹, Lale Sertçelik¹

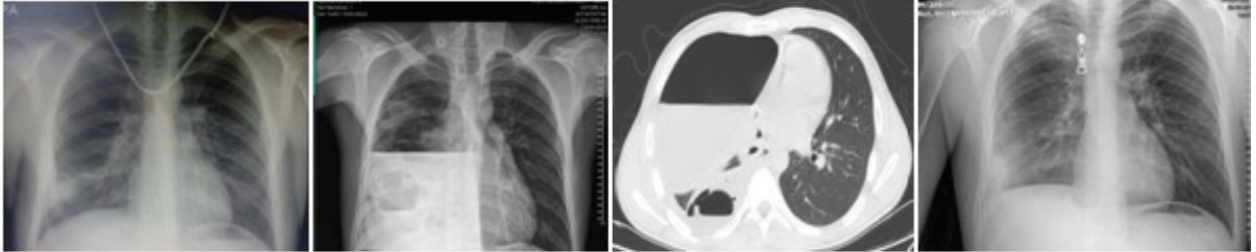
¹İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Ezgi Ümran Toraman / İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Pnömoni akciğer parankim dokusunun inflamasyonu ve enfeksiyonudur. İnflamasyon çoğunlukla bakteri, virüs ve mantar gibi mikroorganizmalar tarafından oluşturulur. Pnömonin yaygın belirtileri arasında yüksek ateş, öksürük, balgam çıkarma, göğüs ağrısı ve nefes darlığı yer almaktadır. Toplumda gelişen pnömoninin (TGP) pulmoner komplikasyonları parapnömonik efüzyon veya ampiyem, pnömotoraks, akciğer apsesi, nekrotizan pnömoni, bronkoplevral fistül ve pnömotosel oluşumu şeklinde sıralanabilir.

Olgu: : 25 yaşında erkek hasta, bilinen kronik hastalık öyküsü yok, nadiren hastane başvurusu olan amatör futbolcu hasta 3 hafta önce öksürük şikayeti başlamış. Dış merkez çekilen PA grafide aktif infiltrasyon alanı yokmuş. Hastanın öksürük şikayeti artıp nefes darlığı da olunca aynı dış merkezde çekilen PA grafide sağ akciğer bazalde konsolidasyon görülmüş. Hastaya antibiyotik tedavisi verilmiş. Nefes darlığı ve öksürük şikayeti giderek artan hasta Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları EAH'e başvurdu. Hastanın başvurusundaki CRP: 142 mg/L WBC: 11,13 10³/uL, Prokalsitonin: 0,08 µg/L D-Dimer: 13,42 ug/mL Plevral Mayi LDH 3265 U/L Glukoz: 11 mg/dl görüldü. Çekilen akciğer grafisinde hava sıvı seviyesi saptanması üzerine çekilen toraks bt de; sağ akciğerde tama yakın havalanma kaybına yol açan içerisinde yaygın hava sıvı seviyelerinin izlendiği geniş çaplı hidropnömotoraks görünümü izlenince hastaya göğüs cerrahisi tarafından KSAD+TT uygulandı. Hastaya anaerobları da içeren geniş spektrumlu ikili antibiyotik tedavisi verildi. Hastadan alınan hem balgam hem de plevral sıvı örneklerinde ARB ve Tbc kültürü negatif görüldü. Plevral sıvıda üreme olmadı. Patolojisi negatif geldi. Takiplerinde akciğer grafisinde tama yakın düzelme olan hastanın dreni sonlandırıldı. Oral antibiyotik tedavisi ile tedaviyi 4 haftaya tamamlamak üzere taburcu edildi.

Radyolojik Görüntüler



Tartışma-Sonuç: Toplumda gelişmiş pnömoni (TGP), gelişmiş ülkelerde, yetişkinlerde en sık rastlanan mortalite ve morbidite nedenlerinin başında gelir. Tanı anında rehberlere uygun ve yeterli tedavi verilmezse, altta yatan kronik bir hastalığı olmayan, normalde sağlıklı bireylerde bile ciddi sonuçlar meydana gelebilmektedir

Anahtar Kelimeler: Hidropnömotoraks, Pnömoni



PS-057 Nadir Bir Aspergillozis Tablosu: Subakut İnvazif Pulmoner Aspergillozis Olgusu

Mustafa Ersözlü¹, Vefa Tunca¹, Elif Mukime Sarıcaoğlu², Melahat Kul², Aydın Çiledağ¹, Gökhan Çelik¹, Akın Kaya¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ABD

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji ABD

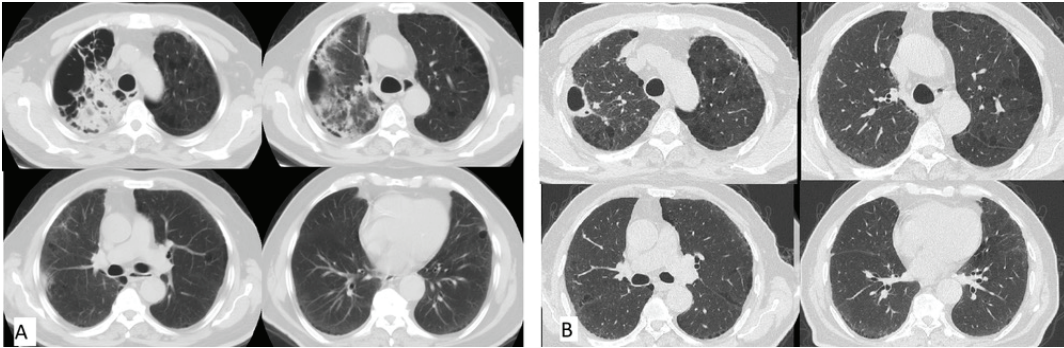
³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji ABD

Mustafa Ersözlü / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ABD

Giriş-Amaç: Aspergillus cinsi mantarlar, doğada yaygın olarak bulunan saprofitik filamentöz mantarlardır. Aspergillus sporlarının solunması sık olsa da hastalık altta yatan immünsüpresyon ya da akciğer hastalığı ile ilişkilidir. Subakut invazif pulmoner aspergillozis (SİPA) (Eski adıyla Kronik nekrotizan/semiinvazif pulmoner aspergillozis) tablosu yavaş seyirli ve fokal hastalıkla karakterize olup sıklıkla kronik akciğer hastalıkları veya diyabet gibi hafif immünsüpresyon zemininde görülür.

Olgu: Bilinen insülin bağımlı olmayan tip 2 diyabetes mellitus, aterosklerotik kalp hastalığı, kalp yetmezliği tanılan 74 yaşında erkek hasta iki haftadır olan nefes darlığı, prodüktif öksürük ve halsizlik şikayetleriyle başvurdu. Hasta mevcut şikayetleriyle, moksifloksasin antibiyoterapiyi 7 gün kullanmış ancak şikayetlerinde gerileme olmamış. Özgeçmişinde sigara kullanımı öyküsü mevcuttu. Vital ölçümlerinde ateş saptanmadı, oda havasında satürasyonu %92 idi. Fizik muayenesinde her iki akciğerde ince ral duyuldu. Biyokimya testlerinde akut faz reaktanlarında artışı saptandı. Hemogramda lökositoz ve eozinofili saptandı. Arter kan gazında hafif hipoksemi mevcuttu. Solunum yolu viral ve bakteriyel panelleri negatif sonuçlandı. Toraks bilgisayarlı tomografide sağ akciğer üst lob ve alt lobda buzlu cam dansitesinde alanlar, sağ üst lobda konsolidasyon sahası ve çevresel buzlu cam dansitesinde alanlar görüldü. Ampirik antibiyoterapi olarak piperasilin-tazobaktam ve klaritromisin tedavi başlandı. Balgam bakteri kültüründe patojen üreme olmadı ve ARB negatifti. Serum Total IgE ve Aspergillus spesifik IgE düzeyleri yüksek saptandı. IgG, IgM ve IgA düzeyleri normaldi. Periferik yaymada atipik hücre ve blast görülmedi, PDGFR, Bcr-Abl ve Jak-2 mutasyonları negatifti. Romatolojik panelde ANA, ANCA negatifti ancak Anti-DFS70 pozitif saptandı. Deri prick testi menfi ve gitada parazit taraması negatif sonuçlandı. Bronkoskopide yoğun mukoid sekresyon dışında ek endobronşiyal patoloji görülmedi, alınan bronkoalveolar lavajda (BAL) kültürde patojen bakteri ve mantar üremesi saptanmadı, Aspergillus fumigatus PCR pozitif sonuçlandı. Hastaya SİPA tanısı konularak vorikonazol başlandı. Tedavinin 3. ayında klinik, radyolojik ve laboratuvar düzelme sağlandı.

Şekil 1



Toraks bilgisayarlı tomografide sağ akciğer üst lobda kavite/kistlere ait olabilecek kalın duvarlı olabilecek birbirleri ile birleşme eğiliminde hiperlügen alanlar, çevre parankimde konsolide saha, sağ akciğer üst lob, alt lobda buzlu cam dansitesinde alanlar, konsolidasyon sahasının (A) tedavi sonrasında gerilediği görülmüştür (B).

Tartışma-Sonuç: SİPA nadir görülen bir aspergillozis tablosu olup diğer enfeksiyon etkenleriyle ayırıcı tanısında zorluklar vardır. Radyolojik olarak sıklıkla üst lobları tutan ve kaviteleşen konsolidasyon görülür. Tanıda, klinik, radyolojik bulgular ile birlikte BAL'da galaktomannan ve Aspergillus PCR gibi moleküler testler önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: İnvazif fungal enfeksiyon, Pulmoner aspergillozis

PS-058 Endobronşial Nekrotik Görünüme Sebep Olan S. Aureus Olgusu

Tuğçe İrem Apalak¹, Nur Aleyna Yetkin¹, Bilal Rabahoğlu¹, Burcu Baran¹, Nuri Tutar¹, Fatma Sema Oymak¹, İnci Gülmez¹

¹Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.B.D.

Tuğçe İrem Apalak / Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.B.D.

Giriş-Amaç: Staphylococcus aureus, solunum yolu enfeksiyonlarından sepsise kadar geniş bir klinik yelpazede hastalıklara neden olabilen, gram-pozitif bir bakteridir. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde, bağışıklığı baskılanmış hastalarda nozokomiyal enfeksiyonlara yol açarak morbidite ve mortaliteyi artırır. Bu yazıda, endobronşiyal Staphylococcus aureus enfeksiyonu ile tanı konulan bir vaka sunulmaktadır.

Olgu: OLGU: Yedi yıl önce ateşli silah yaralanma sonucu sağ femur parçalı kırık nedeniyle plak vida uygulaması öyküsü olan 50 yaş erkek hasta, 3-4 gündür geçmeyen öksürük, balgam ve nefes darlığı şikâyeti ile acilimize başvurdu. Çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde bilateral yaygın buzlu cam alanları multifokal konsolidasyonları mevcuttu (Şekil1). PaO₂/FiO₂: 248 olan hasta ARDS ile yoğun bakım ünitemize alındı. Solunum yetmezliği ile yüksek akımlı nazal kanülde takip edildi. Hastaya ampirik meropenem, vankomisin ve oseltamivir tedavisi başlandı. Vidası MR uyumsuz olması nedeniyle osteomyelit? Düşünülse de MR çekilemedi. Kısmi şuur bulanıklığı yaşayan hasta yatışın 3. Gününde solunum yetmezliği derinleşmesi nedeniyle elektif entübe edildi. Entübasyon sonrası yapılan flexible bronkoskopide trakeadan itibaren sağda daha yaygın bilateral krutlu yer yer nekrotik görünüm ve plak lezyonlar izlendi (şekil 2). Lavaj ve biopsi alındı. Lavajda galaktomanan negatif, mikobakterium PCR ve ARB negatif geldi. Nekrotik olması nedeniyle tüberküloz ekarte edilemediğinden ampirik antitüberküloz tedavi başlandı. Eş zamanlı lavajda MRSA üremesi olması ve vankomisin direnci olması nedeniyle antibiyotik olarak linezolid verildi. Meropenem, levofloksasin, linezolid , anti tüberküloz tedaviye devam edildi. Mekanik ventilatör destekleri artıp dirençli ateşleri olması nedeni en son polimiksin b tedavisine başlandı. Fakat tedavinin 13. gününde şokun derinleşmesi ve vazopressör ihtiyacı arttı. Medikal tedaviye cevap vermeyen hasta kardiyak arrest sonrası CPR'a cevap vermedi. Exitusla sonuçlandı. Sonraki doku kültürleri takibinde tüberküloz kültürlerinde de üreme olmayan hastanın nekrotik görüntüsü üreyen tek patojen olan MRSA ile ilişkilendirildi.

Tartışma-Sonuç: Bildiğimiz kadarıyla literatürde daha önce endobronşiyal bildirilmiş böyle nekrotik S.aerius vakası yoktur. Endobronşiyal S. aerius, kateter, protez gibi gram pozitif için risk grubu olan hastalarda nekrotik enfeksiyonlara sebep olabilir. Bunu kesinleştirmek için kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

ENBRONŞİAL STAF.AUREUS OLGUSU



Flexible bronkoskopide ana karinada nekrotik görünüm ve plak lezyonlar

Anahtar Kelimeler: MRSA, Akciğer, Nekroz



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-059 Mukormikozis ve Septik Pulmoner Emboli Birlikteliği: Nadir Bir Durumun Olgu Sunumu

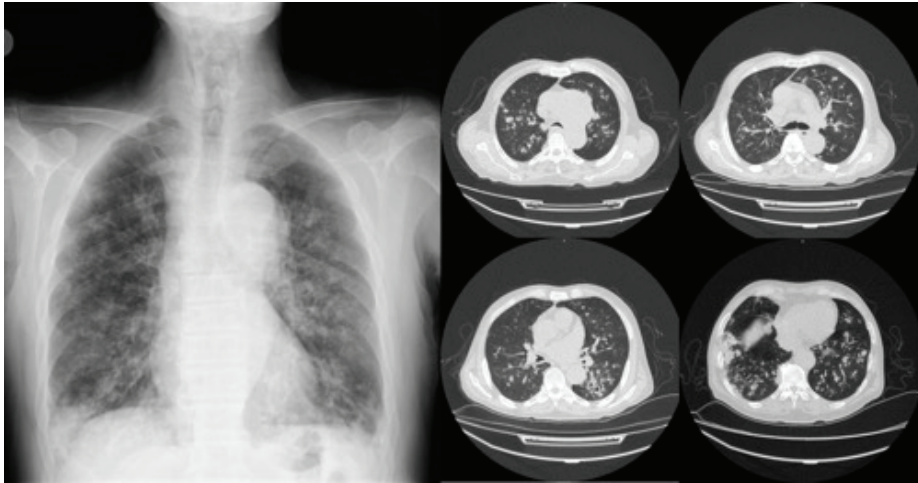
Mustafa Yüceer¹, Samet Samancı¹, Burcu Arpınar Yiğitbaş¹, Coşkun Doğan¹, Deniz Bilici¹, Esra Yazar¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Mustafa Yüceer / İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş-Amaç: Pulmoner mukormikozis, nadir ve hayatı tehdit eden bir fırsatçı mantar enfeksiyonudur. Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda daha sık görülür ve prognoz genellikle kötüdür. Pulmoner mukormikozisi olan hastalarda yaygın mukormikozis oranı %40-50, mortalite oranı ise %96'dır. Septik pulmoner emboli (SPE), enfeksiyon odağından akciğerlere mikroorganizmaların ulaşmasıyla bilateral akciğer infiltrasyonlarına yol açar ve genellikle sistemik enfeksiyonlara ikincil olarak gelişir. Olgumuzu, literatürde septik pulmoner emboli ve yaygın mukormikozis birlikteliğiyle ilgili bildirilen olguların nadir olması nedeniyle sunuyoruz.

Olgu: 65 yaş erkek olgu, bilinen koroner arter hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, atriyal fibrilasyon, kronik böbrek yetmezliği öyküsü mevcut olup öksürük, balgam ve ishal şikayeti ile başvurduğu dış merkezde pnömoni ön tanısıyla 4 gün antibiyoterapi aldıktan sonra acil servisimize baş dönmesi, konuşmada bozulma şikayeti ile başvurdu. Olgunun fizik muayenesinde genel durum orta, bilinci açık, koopere, oryante ve vital bulguları normaldi. Solunum sistemi muayenesinde bilateral orta ve alt alanlarda inspiratuar raller vardı. Sol ayak baş parmağında ekimotik akıntılı yara vardı. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Laboratuvar değerlerinde akut faz reaktanları yüksek görüldü, diğer tetkikleri normaldi. Radyolojik incelemelerinde çekilen posterior anterior (PA) akciğer grafisinde bilateral tüm zonlarda yaygın nodüler dansite artışı ve sağ alt zonda sinüsü kapatan düzensiz sınırlı homojen dansite artışı görüldü. Toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral akciğer parankiminde subsantimetrik multipl nodüler ve kaviter infiltrasyon alanları ve sağ alt lob anterior segmentte homojen konsolidasyon alanı izlenmekte olup, yaygın pnömoni olarak değerlendirilmiştir (Resim 1). Pnömoni ön tanısıyla yatırılarak ampirik geniş kuşak antibiyoterapi başlandı. Yatışında alınan balgam kültüründe ve kontrolünde *Mucorales* spp. üremesi ve serum galaktomannan antijeni 0.858 olarak pozitif gelmesi üzerine olguda klinik ve radyolojik bulgularla pulmoner mukormikozis ve SPE düşünüldü. Enfeksiyon Hastalıkları bölümü ile konsülte edilerek olgunun antibiyoterapisi genişletildi ve antifungal tedavi eklendi. Takipleri sırasında herhangi bir immünsupresyon durumu saptanmayan olguda tedaviye rağmen hızlı klinik ve radyolojik kötüleşme görüldü. Yatışının 10. gününde yoğun bakım servisine alınan olgunun takiplerinde solunum yetmezliğinin ilerlemesi üzerine invaziv mekanik ventilatör ihtiyacı oldu. Yatışının 52. gününde, yoğun bakımda izlenirken kardiyak arrest gelişmiş ve hasta eksitus olmuştur.



Resim 1. Olgunun posterior anterior akciğer grafisi ve toraks bilgisayarlı tomografisi

Tartışma-Sonuç: Pulmoner mukormikozis ve SPE birlikteliği literatürde bildirilen birkaç olgu da benzer olarak mortal seyretmiştir. Pulmoner mukormikozis düşünülen olgular yakın takip ve tedavi ile izlenmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner mukormikozis, septik pulmoner emboli, mukormikoz

➔ 10 Nisan 2025, Perşembe

Poster Bildiri Oturumu 4: Astım ve Allerji-İmmunoloji, KOAH

PS-060 Yoğun Bakımda Dirençli Anafilaksi: Olgu Serisi

Muhammed Haciosmanoğlu¹, Müge Erbay², Mehtap Pehlivanlar Küçük³, Ahmet Oğuzhan Küçük³

¹KTÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

²KTÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, Trabzon, Türkiye

³KTÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Muhammed Haciosmanoğlu / KTÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Giriş-Amaç: Anafilaktik reaksiyonların bazıları, ilk düzelmeden saatler sonra tekrarlar (bifazik reaksiyon) veya en az iki doz adrenaline rağmen düzelmez (dirençli reaksiyon). Dirençli anafilaksi nadir olup tüm anafilaksi vakalarının %0.4'ünü oluşturur. Çalışmamızda, yoğun bakım yönetimi gereken dirençli anafilaksili olgularımızı sunmaktayız.

Gereç ve Yöntem: Yoğun bakım ünitemizde son bir yılda anafilaksi ile takip edilen hastaları retrospektif olarak taradık. Demografik bilgiler, uygulanan tedaviler dosyalarından kaydedildi.

Bulgular: Hastaların özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. OLGU-1; Moksifloksasin sonrası hipotansiyon, ürtiker ile iki kez adrenalin uygulanıyor. Yanıt olmaması üzerine entübe ediliyor, bir gün sonra ekstübe edilirken 4. günde adrenalin infüzyonu kesilebildi. OLGU-2; Kontrastlı (ioheksol) BT sonrası hipotansiyon, bulantı, kusma ile adrenalin uygulanıyor, tansiyonu ve kliniği düzeliyor. Ancak 4 saat sonra tekrar hipotansif olması üzerine tekrar 2 kez adrenalin uygulanıyor. Yanıt olmaması üzerine adrenalin infüzyonu verilir iki gün sonra kesilebildi. OLGU-3; Amoksisilin/klavulanik sonrası nefes darlığı, ürtiker ile iki kez adrenalin uygulanıyor. Kliniği düzelmeyen ve uvula ödemi gelişen hasta entübe ediliyor ve 8. saatinde ekstübe edildi, 24 saatte adrenalin infüzyonu kesilebildi. OLGU-4; Arı sokması sonrası nefes darlığı, bilinç kaybı ile iki kez adrenalin uygulanıyor. Kardiyak arrest olup 20 dakika KPR uygulanıp entübe ediliyor. Adrenalin ve noradrenalin infüzyonu 96 saat sonra kesilebildi. Hipoksik beyin hasarı gelişen hasta trakeostomi, ev tipi MV ile taburcu edildi. OLGU-5; Polimiksin-b sonrası hipotansiyon ile iki kez adrenalin uygulanıyor. Yanıt alınamayan hasta entübe ediliyor, bir gün sonra ekstübe edilirken adrenalin infüzyonu üç gün sonra kesilebildi.

Tartışma-Sonuç: Dirençli anafilaksi ile yeterince çalışma olmamakla birlikte, en sık dirençli anafilaksi nedenleri sırasıyla ilaçlar, besinler ve arı sokmalarıdır. Olgularımızın dördünde anafilaksi, ilaca bağlı gelişmişti. Diğer en belirgin ortak özellikleri, kanser öykülerinin olmasıydı. Çoğunluğunun ileri yaşlı ve KOAH olmasının direnç ile ilişkili olabileceğini düşündük. Dirençli anafilaksi tedavisinde ilk basamak olarak adrenalin infüzyonu ve bolus sıvı önerilmektedir. İkinci basamak vazopresör önerisi için yeterli kanıt yoktur. Olgularımızda, adrenalin ve ringer laktat infüzyonu ile olumlu yanıtlar aldık. Sonuç olarak, özellikle ilaç ile gelişen, eşlik eden kanseri olan ve kronik solunum yolu hastalığı olan hastaların anafilaksi yönetiminde direnç gelişebileceğini düşünmeli, bu duruma hazırlıklı olmalı, takiplerini daha uzun süre yapmayı düşünmeliyiz. Ayrıca dirençli anafilaksi tedavisindeki adrenalin infüzyonunun önemini vurguladık.



Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri, anafilaksi etkenleri ve süreleri

Hasta no	Yaş / Cinsiyet	Komorbiditeler	ACEİ / beta bloker kullanımı	Anafilaksi etkeni	Anafilaksi süresi (saat)	Serum bazal triptaz düzeyi (mg/L)
1	70 / E	Larenks ve prostat ca KAH KOAİ İlaç alerjisi	+ / +	Antibiyotik (Moksifloksasin)	96	10.5
2	73 / E	Akciğer ca KOAİ	- / -	Kontrast madde (ioheksol)	48	yok
3	35 / K	Selektif IgA eksikliği F5 Leiden heterozigot mutasyonu	- / -	Belirsiz (şüpheli; amoksisilin/ klavulanik asit, naproksen sod- yum ve pantop- razol)	24	5.15
4	65 / E	KOAİ HT Arı alerjisi İlaç alerjisi	+ / -	Arı sokması	96	4.98
5	79 / K	HT Parkinson	- / +	Antibiyotik (polimiksin-b)	72	12.6

Anahtar Kelimeler: Dirençli anafilaksi, yoğun bakım.

PS-061 İmmün Yetmezlikle Gelen Bir ADA2 Defekti Olgusu

Melda Aladağ¹, Saltuk Buğra Kaya¹

¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

Melda Aladağ / İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

Giriş-Amaç: Adenozin deaminaz 2 (ADA 2) eksikliği, ADA2 gen mutasyonu nedeniyle oluşan otozomal resesif bir hastalıktır. Bu hastalığın vaskülopati ve inflamasyon, hematolojik anormallik veya immün yetmezlik (IY) şeklinde üç fenotipi vardır. Biz uzun süre tanısı konulamayan immün yetmezlikle kendini gösteren ADA2 defektli bir hastayı sunduk ve immün yetmezlik tablosu olan hastaların ayrıca tanısında ADA2 eksikliğinin (DADA 2)de göz önüne alınmasının önemini vurgulamak istedik.

Olgu: Primer IY şüphesiyle polikliniğimize yönlendirilmiş olan 19 yaşındaki kadın hastanın solunumsal şikayetinin olmadığı sigara içmediği, bilinen alerjisinin olmadığı öğrenildi. 8 senedir nötropenik olan hastanın MDS şüphesiyle takipli olduğu 5 yıl önce genital ve oral aftları nedeniyle romatoloji tarafından behçet tanısı konulduğu, önce azatioprin ve kolsin kullandığı, nötropeni nedeniyle kesildiği neupogen başlandığı, 5 ay önce MDS tanısı konulduğu bunun için 4 kür KT aldığı öğrenildi. Hastamızın genital, oral aft şikayetleri ve MDS tanısı dışında sık enfeksiyon geçirme öyküsü, eklem ağrısı, mide ağrısı, soğukta ciltte morarma, sık ateşlenme, vücutta abse, lenfadenopatiler oluştuğu tespit edildi. Anne babasının, 5 kardeşinin ve kuzenlerinin sağ olduğu, ailede IY öyküsü olmadığı tespit edildi. Fizik muayenesi normaldi. IG G17.9, IG G1 13.6, IG G2 3.8, IG G3 0.6, IG G4 0.7, IG A 413, IG M 188 total IG E 99 şeklinde sonuçlandı. Hasta genetik tahliller için genetik polikliniğine yönlendirildi; ADA 2 geninde varyant saptandı. Ön planda IY düşünülen hasta ayrıntılı analiz için dış merkeze yönlendirildi, tetkikleri tamamlanan hastaya anti-TNF tedavisi başlandı.

Tartışma-Sonuç: ADA pürin bazların yıkımıyla ilgilidir. Dada2'de farklı klinikler görülebilir. Mukokutanöz, nörolojik, immünolojik ve hematolojik bulgular, ürogenital, otoinflamatuvar belitiler, vasküler, gastroentestinal, böbrek ve göz belirtileri, lenfoproliferasyon ile kendini gösterir. Lenfosit çoğalması ve farklılaşmasıyla ilişkili olan ada da eksiklik ve mutasyona bağlı değişimler, şiddetli t lenfosit işlev bozukluğu ve agamaglobülinemiyle karakterize ağır kombine immün yetmezliğe neden olur. DADA2 hastalarındaki immün yetmezliğin en sık görülen belirtileri solunum yolu enfeksiyonları olup bazılarında tekrarlayan enfeksiyon tek belirtidir. Fırsatçı patojenlerle enfeksiyonlar da görülebilir. Bizim hastamızda tekrarlayan enfeksiyonlarla; genital, oral aftlarla ve lenfadenopati ile kendini göstermişti. IY ile gelen hastalarda DADA2'nin diğer klinik bulguları araştırılmalı, DADA2 tanısı için plazma /serumda ada2 enziminde düşük aktivite/aktivite kaybı ve ada2 geninin moleküler analizi de yapılmalıdır. Sonuç olarak bizim hastamız gibi uzun süredir farklı tanımlarla takipli hastaların zemininde yatan IY tablosu tespit edildiğinde DADA2'nin de aklımızda tutulmasını vurgulamak için bu olguyu sizlere sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: ada 2, immün yetmezlik, nadir olgu



PS-062 Polen-Besin Sendromu: Nadir Bir Olgu Sunumu

Asiye Yılmaz¹, Müge Erbay²

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

² Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Asiye Yılmaz / 1 Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Giriş-Amaç: Polen besin sendromu (oral alerji sendromu), sıklıkla polene duyarlı alerjik rinitli erişkin bireylerde çeşitli meyve, kuruyemiş, sebzelerin oral alımından sonra gelişir. Polen alerjisi olan kişilerde polenlerle bazı besin alerjenleri arasındaki çapraz reaksiyon nedeniyle besinlerin çiğ halde tüketilmesinden 5-10 dakika sonra dudaklarda, dil, damak, kulaklar ve boğazda kaşıntı, uyuşukluk hissi ve hatta hafif şişme şikayetleri ortaya çıkar. Erişkin popülasyonun Orta Avrupa ülkelerinde yaklaşık %5'ini, İngiltere'de ise %2'sini etkilediği gösterilmiştir. Huş ağacı poleni duyarlılığı olanların ise en az %50'sinde görülebilmektedir. Nadir bir olgu olan polen-besin sendromlu olgumuzu sunmaktayız.

Olgu: 31 yaşında kadın hastanın 15 yıldır astım ve rinit şikayetleri olup bazı gıdalarla şikayeti olması nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde; 13 yaşındayken kabuklu elma yedikten yarım saat sonra ağzında kaşıntı ve nefes darlığı olmuş, acil servise başvurmuş, antihistaminik verildikten bir süre sonra şikayetleri düzelmisti. Bu olaydan sonra kabuklu elma hiç yememiş ancak pişmiş elma ve elma suyunu reaksiyon olmadan tüketebilmişti. Ayrıca 12 yıl önce çiğ fındık yedikten 15 dk sonra dudaklarda, dilde karıncalanma ve şişme, nefes darlığı şikayeti ile acil servise gitmiş, adrenalin yapıldıktan bir saat sonra normale dönmüştü. Bu olaydan sonra hiç çiğ fındık yemezken işlenmiş fındık tüketmiş ve şikayeti olmamıştı. Rinit şikayetleri mevsim geçişlerinde özellikle ilkbahar aylarında ve tozlu ortamda artış gösteriyormuş. Ticari gıda ekstratları ile yapılan deri prik testinde inek sütü (5x4 mm) ve fındık (3x3 mm) pozitifken diğer alerjenler negatif saptandı. İnek sütü rahatlıkla tüketebiliyordu. Ağaç poleni (kızıl ağaç, huş ağacı, fındık ağacı, meşe ağacı, çınar) spesifik IgE class 2 pozitif saptandı. Gıdalarla yapılan prik-to-prik testinde elma kabuğu (7x6 mm),- çiğ fındık (15x9 mm), kavrulmuş fındık (3x3 mm) pozitif bulunurken elma içi (0 mm) negatif bulundu. Laboratuvarında; total IgE 109.8 kU/L, eozinofil 140/mm³, bazal triptaz normal (3,25 ug/L) saptandı. Hastaya ağaç polen alerjisi ve buna bağlı elma ve fındık ile gelişen polen besin sendromu tanısını koyduk. Besinlerin pişmiş formlarını tüketebildiği için sadece çiğ formlarından kaçınması anlatıldı. Yanlışlıkla tüketim sonrası reaksiyon geliştiğinde ağzını su ile durulaması, antihistamin kullanması, anafilaksi gelişirse adrenalin oto-enjektör kullanması önerildi.

Tartışma-Sonuç: Elma ve fındık ile gelişen polen besin sendromu özellikle huş ağacı, kızıl ağaç ve çınar ağacı alerjisi olan hastalarda görülebilir. Besin alerjisi nedeniyle başvuran hastalarda, polen alerjisi ve alerjik rinit varlığında mutlaka polen-besin sendromunu düşünmemiz gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Rinit, Besin Alerjisi, Polen-Besin Sendromu

PS-063 Santral Bronşektazi ve Astım Birlikteliği: Her Zaman ABPA mı?

İclal Hocalı¹, Şadan Soyyiğit²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ve Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Kliniği, Ankara

İclal Hocalı / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş-Amaç: Bronşektazi astım olgularına eşlik edebilmektedir. Özellikle santral bronşektazi varlığında ayırıcı tanıda alerjik bronkopulmoner aspergillozis (ABPA) mutlaka akla gelmelidir. ABPA tanısında *Aspergillus Fumigatus*'a karşı spesifik IgE yanıtı araştırılmalıdır. Burada alerjik eozinofilik astım tanılı, radyolojik olarak ABPA ile uyumlu ancak serolojik olarak ABPA ile uyumlu olmayan olgumuzu sunmayı amaçladık.

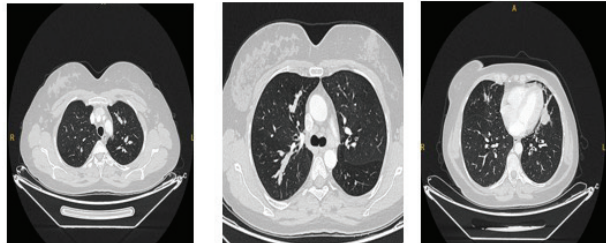
Olgu: Kırk yaşında kadın hasta, nefes darlığı, öksürük ve balgam şikayetleri nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Üç yıldır astım tanısı nedeniyle düzensiz inhaler kortikosteroid ve uzun etkili B2 agonist (İKS ve UEBA) kullanımı olan hastanın fizik muayenesinde bilateral tüm alanlarda yaygın sibilan ronküs ve kaba raller mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde biyokimya parametreleri normal, hematolojik beyaz küre: $6.7 \times 10^9/L$, nötrofil:3.500, lenfosit: 1900, eozinofil:920, eritrosit sedimantasyon hızı: 28 mm/saat idi. Sigara içme öyküsü olmayan hastanın mevsim geçişlerinde rinit semptomlarının ve nefes darlığının artması öyküsü nedeniyle bakılan kedi spesifik IgE 16,3 Ku/L, köpek spesifik IgE 0,455 Ku/L, çimen paneli spesifik IgE 0,834 Ku/L ve total IgE düzeyleri 647,4 Ku/L idi. Posterior anterior akciğer (PA AC) grafisinde solda daha belirgin olmak üzere bilateral ortave alt zonlarda opasiter görünüm olması nedeniyle hastaya toraks bilgisayarlı tomografi çekildi. Bilateral hiler bölgede multipl lenf adenopatileri olan hastanın bilateral akciğerlerde ektazik kalın duvarlı santral bronşların distalinde lümeni dolduran ve genişleten tübüler formda uzanan bronkosel ile uyumlu yumuşak doku artışları, çevrelerinde hafif ektazik bronşlar ve bronkoseller çevresinde buzlu cam zemininde kaba retiküler dansite artışları (alerjik bronkopulmoner aspergillozis?) tesbit edildi. Astım ve bronşektazi nedeniyle ön tanı olarak ABPA düşünülen hastada balgam kültüründe *Hemophilus Influenza* üredi. Spesifik IgE *Aspergillus fumigatus* ($<0,10$ Ku/L) ise, negatif olarak bulundu. Yapılan solunum fonksiyon testinde FEV1:1.13 (%37) I, FVC:1.87 (%53) I, FEV1/FVC:%60, MEF 25-75:%15 değerleri ile obstrüktif patern olarak yorumlandı. Yapılan tetkikler sonucunda ABPA dışlanarak hastaya levofloksasin, İKS ve UEBA, metil prednizolon ve mukolitik tedavi verildi.

Olgunun radyolojik görüntülemeleri

Şekil 1. Olgunun posterior anterior akciğer grafisi



Şekil 2. Olgunun farklı kesitlerde alınan toraks bilgisayarlı tomografik görüntüleri



Tartışma-Sonuç: Astım ve bronşektazi birlikteliği, bakteriyel ve fungal enfeksiyonlar açısından önemli bir predispozan faktördür. Hastalara gerekli tetkikler ile doğru tanı konulup, uygun tedavi ile yakından takip edilmelidirler.

Anahtar Kelimeler: astım, bronşektazi, balgam, spesifik IgE, total IgE



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-064 Primer İmmün Yetmezliğin Ölümcül Komplikasyonu: Bronşektazi, 2 Vaka Eşliğinde

İclal Hocalı¹, Şadan Soyyiğit²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ve Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Kliniği, Ankara

İclal Hocalı / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Kliniği, Ankara

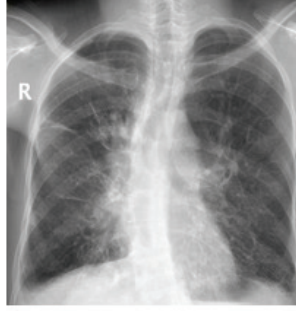
Giriş-Amaç: Primer immün yetmezlikler (PIY), immün sistemle ilgili enfeksiyöz ve non enfeksiyöz komplikasyonlara yatkınlığın arttığı bağışıklık sistemindeki kalıtsal hastalıklardır. Tekrarlayan, tedaviye dirençli ve komplikasyonların eşlik ettiği enfeksiyonlar ve idiyopatik bronşektazi varlığında PIY'den şüphelenilmelidir. Amaç, bronşektazi öyküsü olan olgularda PIY'in akılda bulundurulması gereken en önemli tanılardan biri olduğunu vurgulamaktır

Olgu: Olgu 1; 30 yaşında erkek hasta, çocukluk döneminden itibaren sık üst ve alt solunum yolu enfeksiyon geçirme öyküsü ile polikliniğimize başvurdu. Üç yaşında bronşektazi tanısı konulan hastanın ancak 12 yaşında primer immün yetmezlik tanısı aldığı ve 22 yaşından itibaren düzenli İgRT aldığı öğrenildi. Anne babasında akraba evliliği öyküsü olan hastanın yapılan immünolojik tetkiklerinde İg A <0,26, İgG :4,1 , İgM<0,17 (g/L), İgE<1.5 (IU/ml) idi. Posteroanterior (PA) akciğer (AC) grafisinde bilateral alt alanlarda bronşektazi ve fibrotik çekintiler, Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) ise bilateral mozaik atenüasyon farklılıkları ve alt lob bazallerde bronşektazik değişiklikler, peribronşial yamasal konsolidasyon alanları mevcuttu (Şekil 1). Yaygın değişken immün yetmezlik (YDIY) tanısı olan ve kronik solunum yetmezliği (SY)olan hastaya göğüs cerrahisi tarafından akciğer transplantasyonu endikasyonu kondu. 2022'de ağır pnömoni ve akut SY nedeniyle kaybedildi. Olgu 2; 43 yaşında erkek hasta sık pnömoni, otit ve üsye geçirme nedeniyle başvurdu. Öyküsünde 17 yaşında vitiligo, 28 yaşında ise bilateral yaygın bronşektazi tanısı aldığı öğrenildi. 18 yaşında iken kulak zarı perforasyonu nedeniyle operasyon geçirdiği, 29 yaşında kronik SY nedeniyle akciğer nakli adaylığı olduğu öğrenildi. 33 yaşında ise kronik ishallerinin de şikâyetlerine eklenmesi nedeniyle Çölyak hastalığı tanısı konularak gastroenteroloji hekimi tarafından immünoloji kliniğine yönlendirilmiş. Dış merkezde YDIY tanısı konularak IV İgRT başlanmış. PA AC'de bilateral alt alanlarda bronşektaziler ve bilateral hiler dolgunluk mevcuttu. Toraks BT ise, bilateral alt loblarda belirgin olmak üzere yaygın kistik-variköz bronşektaziler, apekte traksiyon bronşektazileri saptandı (Şekil 2). Hastanın immünolojik değerlendirilmesinde; İgG: 3.51, İgA : 0.259 g, İgM: 0.18 (g/L), İgE<1.5 (IU/ml) idi. Kronik solunum yetmezliği nedeniyle yüksek riskli olarak akciğer nakli listesine alınmış olan hasta, 2021 yılında akut SY ve ARDS nedeniyle kaybedildi.

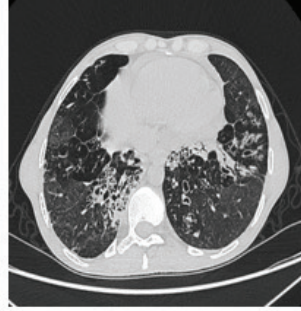
Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Olgu 1 ve 2 posterior akciğer grafisi ve Toraks BT

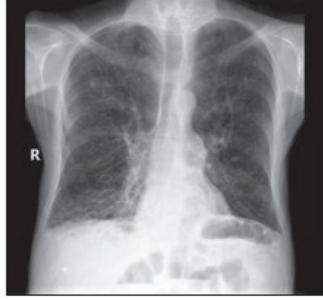
Şekil 1a. Olgu 1 Posteroanterior Akciğer Grafisi



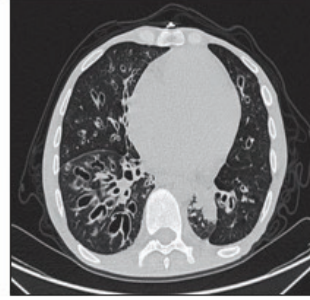
Şekil 1b. Olgu 1 Toraks BT



Şekil 2a. Olgu 2 posteroanterior akciğer grafisi



Şekil 2b. Olgu 2 Toraks BT



Tartışma-Sonuç: Tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonları ve bilateral bronşektazi olan hastalarda mutlaka PIY düşünülmelidir. Gecikmiş tanı ağır komplikasyonlara ve hasta mortalitesine yol açacağından farkındalığın artırılması kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: bronşektazi, enfeksiyon, immün yetmezlik



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-065 Yetişkinlikte Gözden Kaçan PFAPA Sendromu: Olgu Sunumu

Muhammed Haciosmanoğlu¹, Müge Erbay²

¹KTÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

²KTÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Muhammed Haciosmanoğlu / KTÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Giriş-Amaç: PFAPA (Periyodik Ateş, Aftöz Stomatit, Farenjit ve Adenit) sendromu, ağız yaraları ve farenjit ile birlikte tekrarlayan ateş atakları ile karakterize ve etyolojisi belirsizdir. Çocuklarda en yaygın periyodik ateş sendromlarından biri olup 5 yaşına kadar olan her 10.000 çocukta 2.3 insidans bildirilmiştir. Genellikle kendi kendini sınırlarken bazı hastalar yetişkinlik döneminde semptom yaşamaya devam edebilir. Nadiren yetişkinlikte de ortaya çıktığı bildirilmiştir. Olgumuzu, yetişkinlikte başlayan, tanısı geciken nadir bir PFAPA sendromu olması nedeniyle sunmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen ek hastalığı olmayan 24 yaşında kadın hasta, polikliniğimize sık tonsillit olması nedeniyle yönlendirildi. Hastanın 3-4 yıldır, genellikle 3-6 gün süren, 1-2 haftada bir tekrarlayan, ateş yüksekliği (39°C'ye kadar) oluyor ve bu sırada şiddetli boğaz ağrısı, ağrılı ağız yaraları eşlik ediyordu. Kriptik tonsillit tanısı ile birçok kez antibiyotik verilmesine rağmen şikayetleri düzelmeyordu. Hastaya antibiyotikle ateşi düşürülemediği için acil serviste tek doz metilprednizolon (1mg/kg) tedavisi uygulanmış ve ateş, boğaz ağrısı, kırılganlık şikayetleri saatler içinde hızlı bir şekilde gerilemişti. Fizik muayenesinde; kan basıncı: 120/80 mmHg, solunum sayısı: 16/dk, ateş: 36.8°C, nabız: 72/dk idi. Ağız içinde lezyon ve uvula ödemi yoktu. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar testlerinde; beyaz küre sayısı: 6890/mm³, hemoglobin: 11.6 g/dL, hematokrit: %36.5, trombosit sayısı: 236000 /mm³, periferik eozinofil sayısı: 300 /mm³, serum immünglobulin IgG: 883 mg/dl, IgM: 102 mg/dl, IgA: 141 mg/dl, Total IgE: <15 IU/mL, sedimentasyon: 3 mm/saat olarak ölçüldü. Ayrıca rutin biyokimyasal testler, antinükleer antikor, romatoid faktör ve IgG subgrup analizi normal sınırlardaydı. Akciğer grafisi normaldi. PFAPA sendromu tanısı klinik sunuma ve diğer potansiyel tekrarlayan ateş nedenlerinin dışlanmasına dayanarak konuldu.

Tartışma-Sonuç: Olgumuz, periyodik ateş, aftöz stomatit ve farenjit ile başvuran yetişkin hastalarda PFAPA sendromunun tanınmasının önemini göstermektedir. Zamanında tanı konulması ve uygun tedavi uygulanması, etkilenen bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde artırabilir. PFAPA sendromu olan yetişkinler için uzun vadeli etkiler ve potansiyel tedaviler hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: PFAPA



PS-066 Pulmoner Aspergillozis Tedavisinde Mepolizumab : Olgu Sunumu

Metin Keren¹, Emine Aksoy¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Metin Keren / Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: 'Kronik pulmoner aspergilloz' (KPA) terimi, yapısal akciğer hastalığı olan bireylerin akciğerlerinde Aspergillus organizmalarının çoğalmasıyla oluşan çeşitli sendromları kapsar. KPA genellikle uzun süreler boyunca fark edilmez ve önemli morbiditeye neden olur. Alerjik bronkopulmoner aspergilloz (ABPA) ise hava yollarının Aspergillus fumigatus veya daha az sıklıkta diğer aspergillus türü mantarlar ile kolonizasyonuna yanıt olarak ortaya çıkan ve kompleks bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Bazı durumlarda, tekrarlayan bronş obstruksiyonu, inflamasyon ve mukus tıkaçları bronşektaziye, fibrozis ve solunum yetmezliğine yol açabilir. Literatürde ABPA tedavisinde anti IL5 bir biyolojik ilaç olan mepolizumab ile tedavi edilen olgular bildirilmiştir. Burada tedavisinde mepolizumab kullanılan bir KPA olgusu sunulmaktadır.

Olgu: İlk başvuru tarihi Mart 2024 olan 20 yıldan uzun süredir Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) tanılı 75 yaşında erkek hasta. KOAH tedavisine ek olarak uzun süreli oksijen tedavisi (USOT) da alan hastanın son 1 yıl içinde her ay acil başvurusu ve hastane yatış öyküsü var. Hastanın 2018 ve 2019 da çekilen toraks BT lerinde amfizem bulgularına ek olarak sol üst lob apikoposterior alanda santralden periferik uzanan tubuler dallanma gösteren keskin sınırlı opasiteler distalinde tree-in bud görünümü oluşturan nodüler ve buzlu cam alanları tespit edilmiş. Antibiyotik tedavileri verilmiş. Hasta daha sonra pandemi döneminde başka bir ilde 2 yıl yaşamış takipsiz kalmış. Hastanın Hastanın şubat 2024 de eozinofilisi 2250 mm³ ve total Ig E (7075 IU/L) yüksekliği. Aspergillus sp Ig E si >100 kU/L (N:< 0,10) tespit edilip prednizolon ve itrakanazol pulmoner aspergilloz tanısıyla başlanmış. Hasta steroide bağlı diabet gelişmesi üzerine steroid tedavisi 2. Ayda kesildi. Itrakanzol tedavisi 4 aya tamamlandı. Hastaya endikasyon dışı onay alınarak pulmoner aspergilloz tanısı ile mepolizumab 100 mg /28 gün Mayıs 2024 de başlandı. Hastanın o zamandan beri acil başvurusu ve hastane yatışı olmadı. Tedavi 7 aydır düzenli olarak sürdürmektedir.

Tartışma-Sonuç: Olgumuzda mepolizumab sonrası hiç sistemik steroid ihtiyacı olmadı, total Ig E düzeyi 207 ye aspergillus sp ige düzeyi 8.58 e periferik kan eozinofil sayısı 40 mm³ e geriledi. Sonuç olarak mepolizumab tedavisi eozinofili ile seyreden pulmoner aspergilloz hastalarında steroid tedavisinin yan etkilerinden kaçınmak ve etkin bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir. Bunun için randomize kontrollü ve daha çok hasta ile yapılan çalışmalar yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Alerjik Pulmoner Aspergilloz, mepolizumab



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-067 Tekrarlayan Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Ardındaki Neden: Yaygın Değişken İmmün Yetmezlik

Ayşe Koca¹, Ramazan Eren¹, Şeyma Özden², Zeynep Güney¹, Duygu Uzunoğlu¹, Fatma Merve Tepetam², Erdoğan Çetinkaya¹

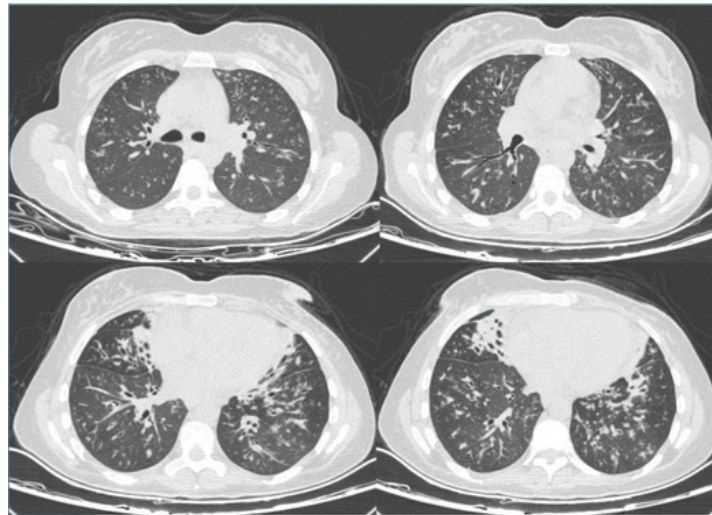
¹SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Allerji ve İmmünoloji Kliniği

Ayşe Koca / SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Granülomatöz Lenfositik-İnterstisyel Akciğer Hastalığı (GL-ILD), yaygın değişken immün yetmezlik (CVID) ve CVID benzeri bozukluklara özgü bir akciğer hastalığıdır. CVID, düşük serum IgG seviyelerinin yanı sıra genellikle düşük IgA ve sıklıkla düşük IgM düzeyleri ile karakterize edilen en yaygın birincil immün yetmezliktir. Klinik olarak tekrarlayan sinopulmoner enfeksiyonlar, otoimmünite, gastrointestinal bozukluklar ve lenfoid organ büyümesi gibi çeşitli bulgularla kendini gösterir. Radyolojik olarak bronşektazi, kronik akciğer infiltratları ve interstisyel akciğer hastalığı bulguları izlenebilir. CVID tedavisinde immünoglobulin replasmanı temel olup, enfeksiyon yönetimi ve otoimmün komplikasyonların kontrolü kritik öneme sahiptir. Bu olguda, sık sinopulmoner enfeksiyon öyküsü bulunan, bronşektazi nedeniyle takip edilen ve immün yetmezlik değerlendirmesi sonucu CVID tanısı konulan hasta sunulmaktadır.

Olgu: Otuz dokuz yaşında, son on yıldır tekrarlayan sinopulmoner enfeksiyon öyküsü bulunan kadın hasta, öksürük, balgam ve hemoptizi şikayetleriyle başvurdu. Hemoptizi ve akut faz reaktanlarında yükselme nedeniyle ileri tetkik amacıyla yatırıldı. Bronşektazi dışında bilinen ek hastalığı olmayan, sigara öyküsü bulunmayan hastanın fizik muayenesinde infraskapular alanlarda kaba ralleri mevcuttu. Radyolojik incelemede, bilateral orta ve alt zonlarında santral tübüler bronşektaziler ve peribronşial pnömonik konsolidasyon alanları görüldü (Resim 1). Mikrobiyolojik ve tüberküloz kültürleri negatifti. Mukosilier klirens sakkarin testi ile değerlendirildi ve tat duyusu 10. dakikada alındı. Deri prick testi negatifti. Periferik kan lenfosit düzeyi $820 \times 10^3/\mu\text{L}$ olup, immünoglobulin panelinde düşük IgG (5.71 g/L) ve IgM (0.28 g/L) değerleri saptandı. Diğer immünolojik parametreler normaldi. Klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda hasta, ileri tetkik için Allerji ve İmmünoloji Kliniği'ne konsülte edildi. İmmünoloji değerlendirmesinde izohemaglutinin 1/16 (pozitif) ve aşı yanıtları yeterli bulundu. Flow sitometrik analizde CD4/CD8 oranında tersine dönüş, CD19 düzeyinde sınırda düşüklük ve unclass switch B hücrelerinde azalma saptandı. Bu bulgularla CVID tanısı konularak immünoglobulin replasman tedavisi (IgRT) başlandı (Tablo 1). Eş zamanlı yapılan WES analizinde UNC13D missense homozigot pozitifliği saptandı ve bu varyantın familial hemofagositik lenfositosis tip 3 (FHL3) ile ilişkili olabileceği değerlendirildi. Hasta, ileri değerlendirme için Hematoloji Kliniği'ne yönlendirildi ve takipleri multidisipliner olarak sürdürülmektedir.



Resim 1. Radyolojik incelemede, her iki akciğerin orta ve alt zonlarında yaygın, genellikle impakte görünümde santral tübüler bronşektaziler, peribronşial pnömonik konsolidasyon alanları, düşük dansiteli nodüler pnömonik infiltrasyonlar ve hava hapsi

Tablo 1

Lenfosit	820 103/uL0	IgG1	4,41 g/L
IgA	1.20 g/L	IgG2	1.18 g/L
IgG	5.71 g/L	IgG3	0.26 g/L
IgM	0.28 g/L	IgG4	0.01 g/L
CD4	%55,7	CD8	26,74
CD19	%3.57	UCSM	%5,83

IgRT öncesi hastanın kan parametreleri

Tartışma-Sonuç: CVID, erişkinlerde en sık karşılaşılan ve klinik olarak anlamlı birincil immün yetmezlik sendromudur. Olguda olduğu gibi, tekrarlayan sinopulmoner enfeksiyonlar ve bronşektazi ile takip edilen hastalarda, altta yatan immün yetmezlik etiyojisi mutlaka göz önünde bulundurulmalı ve erken dönemde immünolojik değerlendirme yapılmalıdır. Erken tanı, uygun immunoglobulin replasman tedavisi ve multidisipliner takip ile enfeksiyon sıklığı ve ilişkili komplikasyonlar azaltılarak hastaların prognozu iyileştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: immün yetmezlik, CVID, Bronşektazi, İmmünoglobulin replasman tedavisi, Sinopulmoner enfeksiyon



PS-068 Pirfenidon Alerjisi Nedeniyle Desensitizasyon Uygulanan İPF Hastası

Yunus Emre Er¹, Saltuk Buğra Kaya¹, Talat Kılıç¹

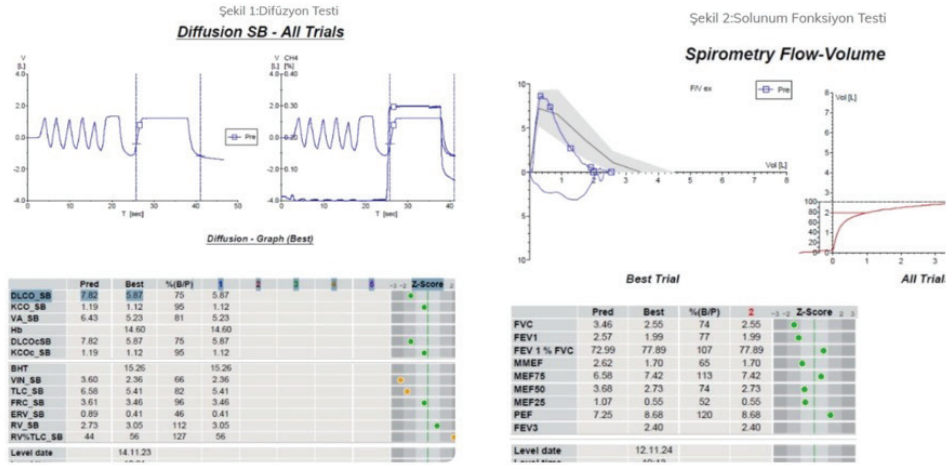
¹İnönü Üniversitesi

Yunus Emre Er / İnönü Üniversitesi

Giriş-Amaç: İdiyopatik pulmoner fibrozis (İPF), mortalitesi yüksek kronik progresif akciğer hastalığıdır. Pirfenidon ve nintanidip, son on yılda İPF tedavisi için onaylanan iki antifibrotik ajandır. Pirfenidon, hafif ila orta dereceli idiyopatik pulmoner fibrozis tedavisinde endikedir.

Olgu: Hafif İPF nedeniyle hastaya 8 saat ara ile 267 mg pirfenidon reçete edildi ve prospektüse uygun şekilde doz artışı planlandı (Şekil 1 ve2). Tedavinin 15. Gününde hasta 801 mg pirfenidonu aldıktan 30 dakika sonrasında, göz kapaklarında anjiyoödem, yüzde pruritik eritem ve vücutta yaygın ürtiker gelişmesi nedeniyle hasta acil servise başvurdu. Hastanın vitalleri stabil olması nedeniyle antihistaminik ile birlikte steroid uygulanmış ve hasta tarafımıza yönlendirilmiştir. Hastaya 80mg/ml konsantrasyonda pirfenidon ile deri prick testi (DPT) yapıldı ve pozitif tespit edildi (Şekil 3). Erken tip aşırı duyarlılık reaksiyonu nedeniyle ilacın desensitizasyona karar verildi. Desensitizasyon 0.5 mg ile başlandı ve 15 dakika aralıklarla doz iki katına çıkarıldı. Desensitizasyonun ilk gününde 9. basamak olan 128 mg pirfenidon içtikten 10 dakika sonrasında hastada ürtikeryal lezyonları gelişti. Vitalleri stabil olan hastaya antihistaminik ve sistemik steroid uygulandı. Ertesi gün desensitizasyona neden olan dozun bir basamak öncesi olan 64 mg pirfenidon ile yeniden desensitizasyona başlandı ve doz 15 dakika ara ile iki katına çıkarıldı. Desensitizasyonun 4. basamağında 512 mg ilaç uygulandıktan sonra, 5. basamakta 801 mg olan tüm tablet verildi. Reaksiyon gelişmeyen hastaya 3. gün önerilen tedavi dozu olan 3x801 mg pirfenidon tablet verildi ve reaksiyon gelişmedi.

Şekil 1,2,3



Şekil 3: Deri Prick Testi



Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Tartışma-Sonuç: Pirfenidona bağlı tip 1 aşırı duyarlılık reaksiyonları nadir olmakla birlikte literatürde vaka sunumları şeklinde bildirilmiştir. Tarafımızca hastaya yapılan DPT 'de uygulanan ilaç konsantrasyon bilgisi literatürden elde edilmiştir. Literatürde olan pirfenidon desensitizasyon protokolleri yavaş olup, hızlı desensitizasyon protokolü bulunmamaktadır. Tarafımızca hastaya literatürde uygulanan yavaş desensitizasyon protokolü önerilmiş olsa da hasta uzun süreli olması nedeniyle tedavi protokolünü reddetti. Bu nedenle hasta için 12 adımlı Castell protokolü düşünöldü(tablo1). Literatürde pirfenidon ile hızlı desensitizasyon tedavisi uygulanan ilk olgu olması nedeniyle olguyu paylaşmak istedik.

Tablo 1: Hastaya uygulanan desensitizasyon protokolü

Basamak sayısı	Verilen doz(mg)	Kümülatif doz(mg)
1	0,5	0,5
2	1	1,5
3	2	3,5
4	4	7,5
5	8	15,5
6	16	31,5
7	32	63,5
8	64	127,5
9	128	255,5
10	256	511,5
11	512	1023,5
12	801	1824,5

*Her basamak 15 dakika ara ile uygulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: İPF, Pirfenidon, Desensitizasyon, Prick, Ürtiker



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-070 Mepolizumab ile Dramatik Fayda Sağlanan Bir Zor Astım Olgusu

Yasemin Özdoğan¹, Gülrü Polat¹, Özer Özdemir¹, Hasan Onur Göz¹

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

Hasan Onur Göz / Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Astımlı olguların önemli bir kısmında uygun kontrol edici tedavi, çevresel maruziyetlerin ve tetikleyicilerin engellenmesine karşın kontrol sağlanamamakta ve bu olgularda sistemik kortikosteroid tedavisi gereksinimi artmaktadır. Yüksek doz inhale kortikosteroid tedavinin yanısıra bir veya daha fazla kontrol edici tedaviye rağmen kontrolsüz olan astım olgularında biyolojik tedavi seçenekleri atakların önlenmesi ve kontrolü sağlanması için seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu olgu sunumunda biyolojik ajan başlanan tedavisi zor astımlı bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 69 yaşında 20 yıldır astım tanısı ile takipli kadın hasta Eylül 2023'te 2 kez nefes darlığı nedeniyle acil servis başvurusu olmuş ve oral prednizolon ile taburcu edilmiş. Sonrasında tekrar acile başvuran hastada nefes darlığının yanı sıra öksürük ve yeşil renkli balgam yakınmaları olmuş. Sigara öyküsü olmayan ve Budenosine/Formeterol 320/9 2x2 ve montelukast/setirizin 5/10 mg tedavisi ile izlenen hasta fizik bakışında yaygın ronküsleri de olması nedeniyle o dönemde astım atak tanısı ile hastaneye yatırılmış. Steroid kullanımına rağmen eozinofil düzeyi 250/mm³ saptanan olguda astım kontrol testi 9 ve SFT'de obstrüktif bulguları olması nedeniyle İmmünoloji Allerji bölümü ile de görüşülerek tedaviye LAMA eklenerek basamak çıkmış. Bundan 45 gün sonra tekrar atak nedeniyle görülen hasta tekrar hastaneye yatırılarak astım atak tedavisi almış. Son başvurusu Ocak 2024'te tekrar atak tablosunda olan hastada tekrar İmmünoloji ve Allerji bölümü ile görüşülerek idame tedavide eozinofil sayısının da 540/mm³ saptanması üzerine Mepoluzimab tedavisine geçildi. Mepoluzimab tedavisinin birinci yılında poliklinik kontrolünde görülen hastada astım kontrol testi 24 saptandı, bu süreç içinde hiç atak öyküsünün olmadığı görüldü.

Akciğer Grafisi



Olguya ait akciğer grafisi

Tartışma-Sonuç: Maksimum dozda kullanılan kontrol edici tedaviye rağmen kontrolsüz olan astımlı olgularda biyolojik ajanlar tedavi seçeneği olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu gibi olgularda IgE, eozinofil sayısı, FeNO gibi ölçütlerle değerlendirilen Tip2 inflamasyon varlığında Anti-IgE veya Anti-IL5 veya anti IL5R tedavileri seçilebilmektedir. Çocukluk çağı astımı varlığı, inhale perennial allerjen sensitizasyonu veya eozinofil sayısı, total IgE düzeyi biyolojik ajan seçiminde faydalı olabilir. Mepoluzimabın ciddi astımı olan ve eozinofil düzeyi 150 /mm³ veya üzerinde olan olgularda atak sıklığını azalttığı gösterilmiştir. Bizim olgumuzda da erişkin başlangıçlı ve sık atak öyküsü olan astım olgumuzda, mepoluzimab tedavisi sonrası 1. yılda sistemik steroid kesilebilmiş, atak gelişmemiş ve astım kontrol testi ile tam kontrol sağlandığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Zor astım, Mepoluzimab, Biyolojik ajan, Anti-IL-5

PS-071 Geçmeyen Öksürük ve Nefes Darlığı Olan Hasta Nadir Bir Neden: Trakeobronkopati Osteokondroplastika

Oğuzhan Sumer¹, Damla Serçe Unat¹, Merve Ayık Türk¹, Nigar Dirican¹, Sami Deniz¹, Sibel Doruk¹, Özgür Batum¹, Yelda Varol¹

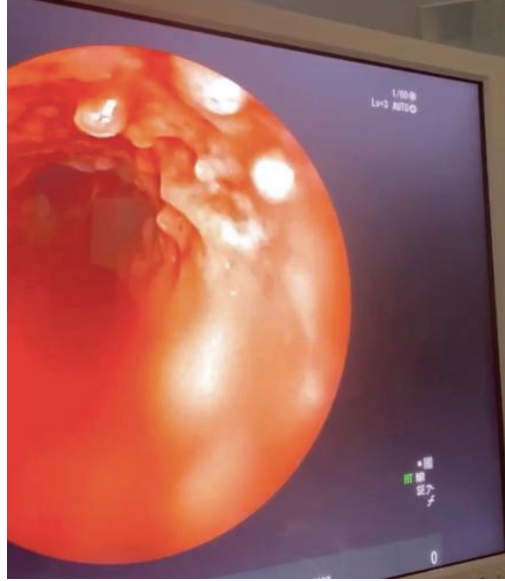
¹İzmir Şehir Hastanesi

Oğuzhan Sumer / İzmir Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Trakeobronkopati Osteokondroplastika (TO) büyük hava yollarını tutan, progresyonu yavaş seyreden benign bir hastalıktır. Trakea ve ana bronşlarda submukozal yerleşimli çok sayıda kemik ve kıkırdak dokusu içeren nodüllerle karakterizedir. Spesifik bir semptomu yoktur. 52 yaşındaki erkek hasta geçmeyen öksürük şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Etiyoloji araştırılması için yapılan bronkoskopi işlemi insidental olarak trakea içerisinde çok sayıda nodül görüldü. Çok nadir olarak görülen bir hastalık olan Trakeobronkopati Osteokondroplastika'yı bir olgu olarak sunmak istedik.

Olgu: 52 yaşında erkek hasta 3 haftadır öksürük, nefes darlığı, balgama bulaş şeklinde hemoptizi ile başvurdu. 10 yıldır astım nedeni ile inhaler kortikosteroid ve uzun etkili bronkodilatör ve antihistaminik tedavi almakta. Bunun dışında ek hastalığı yok. Sigara öyküsü olmayan hastanın başvurusu akciğer grafisinde patoloji yok. Çekilen bilgisayarlı tomografide hava yollarında trakea ve her iki ana bronkus anterolateral kesimlerinde duvarda düzensiz nodülerite gösteren kalsifikasyonlar ve kalınlaşma izlendi. Bunun üzerine yapılan bronkoskopide hastanın vokal kordlerden itibaren trakea girişi ve karinanın da içinde olduğu multiple papillom görüldü. Biyopsilerde silli respiratuar epitel hücreleri ile fokal alanda kalsifikasyon izlendi (Şekil 1) Tüberküloz kültüründe üreme olmadı. Normal solunum yolu kültürleri olağan sonuçlandı. Hastaya Trakeobronkopati Osteokondroplastika tanısı konularak bronkoskopik takip önerildi.

Bronkoskopik Değerlendirme



trakea sağ üst duvardaki papiller lezyonlar

Tartışma-Sonuç: TBO, trakeobronşial sistemde lümen içine uzanım gös-teren osteokartilajinöz yapıda çok sayıda submukozal nodüllerin varlığı ile karakterize nadir görülen benign bir hastalıktır. Hastalığın etiopatogenezi kesin olarak bilinmemek-tedir. Enfeksiyonlar (örn; tüberküloz), sinobronşial sendrom, kimyasal veya mekanik irritasyonlar (silikozis vb.), amiloidoz gibi metabolik hastalıklar, inflamatuvar bozukluklar, genetik faktörler ve sigara hastalık oluşumunda rol oynayabileceği düşünülen başlıca etiyolojik faktörlerdir Bizde nadir görülen bir hastalık olması nedeniyle özellikle astımlı hastalarda tekrarlayan şikayetleri olan hastalarda bronkoskopik değerlendirilmenin önemini vurgulamak ve havayolu patolojilerinin gözden kaçmaması gerektiğini hatırlatmak amacıyla bu olgumuzu sunmaya karar verdik.

Anahtar Kelimeler: Trakeobronkopati Osteokondroplastika, kalsifikasyon, trakea, öksürük



PS-072 Yaygın Değişken İmmün Yetmezlik: Olgu Sunumu

Yasemin Yücel¹, Elif Tanrıverdi¹, Binnaz Zeynep Yıldırım¹, Mustafa Çörtük¹, Erdoğan Çetinkaya¹, Şeyma Özden², Fatma Merve Tepetam², Duygu Uzunoğlu¹, Hikmet Merve Reyhan¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

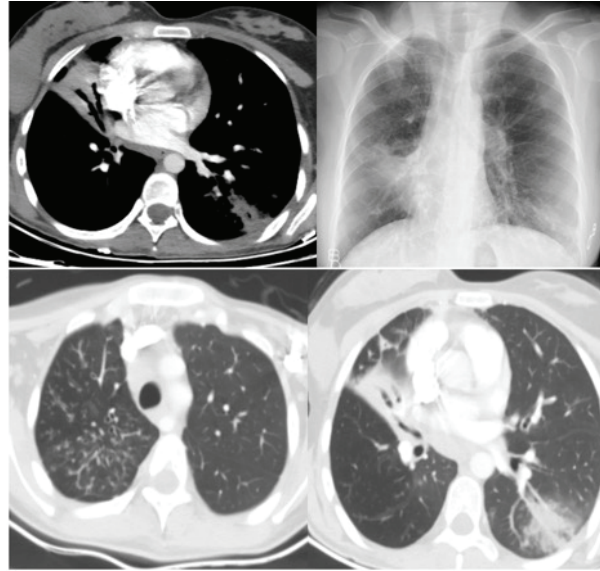
²Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Yasemin Yücel / Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Kombine değişken immün yetmezlik, farklı genetik nedenlere bağlı ortaya çıkabilen, T ve B lenfosit fonksiyonlarında bozuklukla ya da adezyon/swiching defektleri karakterize bir primer immün yetmezlik hastalığıdır. Fonksiyonel testler ve serum immünoglobulin düzeyleri ile tespit edilir. En sık olan şekli X kromozomu üzerindeki genlere bağlı bozukluktan kaynaklanmaktadır. Genellikle sinopulmoner infeksiyonlar şeklindedir. Hastaların %75'inde tanıdan önce en az bir pnömoni epizodu vardır. Sık alt solunum yolu enfeksiyonu geçiren vakada, akım sitometresi ile yaygın değişken immün yetmezlik tanısı alan olgu sunulmuştur.

Olgu: 20 yaşında kadın hasta, 1 haftadır olan nefes darlığı, öksürük ve balgam şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Sigara ve tüberküloz öyküsü olmayan hastanın 2023'te pnömoni nedeni non-entübe yoğun bakım yatışı ve sonrasında 3 kez daha pnömoni ile hospitalizasyon öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde; oda havası oksijen saturasyonu %98 idi. Solunum seslerinde bilateral alt alanlarda ronküs mevcuttu. Bilgisayarlı toraks tomografisinde sol akciğer alt lob ve sağ akciğer orta lobda, her iki akciğer üst lobda, sağda sentrilobüler nodüler infiltrasyonların eşlik ettiği yamalı konsolidasyon alanları görüldü. Balgam kültüründe Pseudomonas aeruginosa üremesi saptandı. Antibiyoterapi ile klinik radyolojik regresyon izlendi. SFT'de FVC: 1,77 L (%46,98), FEV1: 1,45 L (%43,91), FEV1/FVC: 81,64 olup reverzibilite negatifti. Kapak patolojileri açısından yapılan kardiyak değerlendirmede eser aort yetmezliği dışında patoloji saptanmadı. Bronkoskopi yapıldı. Lavajda galaktomannan negatif, ARB negatif, kültürde üreme yoktu. Lavaj sitolojisinde patoloji saptanmadı. Hasta immün yetmezlik ilişkili hastalıklar açısından değerlendirildi; IgG1 =0.07mg/dL IgG2 =0.09mg/dL, IgG3 0.004mg/dL, IgG4 0.004 mg/dL, IgA:0.33mg/dL, IgG =< 1.40mg/dL, IgM=< 0.21mg/dL ölçülmüş olup hastanemiz laboratuvar değer aralığına göre total düşük ölçüldü. İleri tetkik amaçlı alerji ve immünoloji kliniğine refere edilen hastanın flow sitometrik incelemesinde CD4/CD8 oranı tersine dönmüştü, cd19, cd20 ve ucsm hücrelerinde düşüklük saptandı. Klinik ve laboratuvar veriler değerlendirildiğinde hasta CVID olarak kabul edildi. İmmün globülin replasman tedavisi başlandı ve genetik inceleme istendi. IVIG tedavisi altında hastada yeni enfeksiyon atağı izlenmedi.

Kombine immün yetmezlik olgusunda pnömonik infiltrasyonlar



Sol akciğer alt lob ve sağ akciğer orta lobda, her iki akciğer üst lobda, sağda sentrilobüler nodüler infiltrasyonların eşlik ettiği yamalı konsolidasyon alanları

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Tartışma-Sonuç: Ağır Kombine immün yetmezliğin erken tanısı çok önemlidir. Tarama programlarına önem verilmesi gerekmektedir. Tanısal testlerde T ve B lenfositleri ile NK hücreleri akım sitometrisiyle belirlenmeye çalışılır. Ağır kombine immün yetmezliğin tedavisinde kemik iliği nakli tek ve en başarılı yöntemdir. Gen tedavisi de başarılı sonuçlar vermektedir. Sık tekrarlayan pnömonilerde immün yetmezlik akılda olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kombine immün yetmezlik, akım sitometri, immüoglobülin, covid, pnömoni



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-073 Biyomas Maruziyetine Bağlı KOAH Hastalarında Farmakolojik Tedaviye Yanıtsız Ağır Alevlenmeler

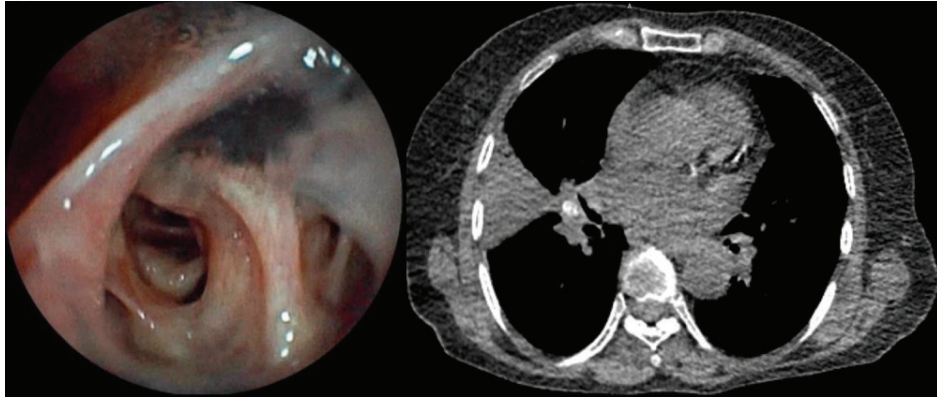
Samet Samancı¹, Şeymanur Erten¹, Göksel Menek¹, Esmâ Seda Akalın Karaca¹, Coşkun Doğan¹, Burcu Arpınar Yiğitbaş¹, Esra Yazar¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Şeymanur Erten / İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş-Amaç: Tüm dünyada sigara dışı nedenlere bağlı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nın (KOAH) önemi ve bu konudaki farkındalık giderek artmaktadır. Özellikle kadın ve çocukları etkileyen ev içi biyomas maruziyeti sigara dışı nedenlerin başında gelmektedir. Biyomas maruziyetine bağlı gelişen KOAH'ın histopatogenezinin, kliniğinin ve hastalık seyrinin sigaraya bağlı gelişen KOAH'tan farklılıklar gösterdiğine dair yayınlar literatürde mevcuttur. Kliniğimize yatan biyomas maruziyetine bağlı KOAH'ı olan hastaların, diğer KOAH hastalarına göre tedaviye dirençli, ciddi bronkoobstrüksiyonla seyreden ağır alevlenmelerini dört hastadan oluşan olgularımızla paylaşmayı amaçladık.

Olgu: Bilinen KOAH tanısı olan dört olgu, son bir hafta içinde artan ve istirahat halinde dahi devam eden nefes darlığı ve hırıltı şikayetleriyle acil servisimize başvurmuşlar. Hastalar göğüs hastalıkları konsültasyonu sonucunda KOAH alevlenme tanısı ile servisimize yatırıldı. Hastaların sigara içme öyküsü yoktu ve hepsinin anamnezinde geçmişte sobalı evlerde yaşadığı, odun ateşiyle ekmek yaptığı ve tandır kullandığı bilgisi bulunmaktaydı. Servis takiplerinde saturasyonu %93 civarında tutacak şekilde oksijen, maksimum dozda bronkodilatör tedavi ve sistemik 40 mg/gün metilprednizolon tedavisi başlanmasına rağmen hastaların nefes darlığı şikayeti gerilemedi ve oskültasyonda yaygın ronküsleri ve ekspiryum uzaması devam etti. Hastalara Non-İnvaziv Mekanik Ventilatör (NİMV) ile ventilasyon desteği sağlandı. İki hastada NİMV tedavisine rağmen solunum sıkıntısının artması ve arter kan gazlarının kötüleşmesi nedeniyle yoğun bakım ünitesine devredildi. Diğer iki olgu, NİMV'dan kısmen fayda gördü, klinik olarak şikayetleri ve oskültasyon bulguları azaldı. Ancak bu hastaların yattıkları süre içinde NİMV ihtiyaçlarının devam etmesi nedeniyle cihaz basınçları ayarlanarak evde NİMV tedavisinin devamı planlandı. Olguların tümünün serviste 10 gün veya daha uzun süre yatış ihtiyacı oldu. Geçmişte yapılan bronkoskopi kayıtlarında yaygın endobronşiyal antrakozis bulguları mevcuttu. Radyolojik incelemelerde ise klinik yanıt alınmamasına rağmen progresyon izlenmedi (Resim 1).



Resim 1. Olgunun fiberoptik bronkoskopide antrakozis bulgularının görünümü ve toraks bilgisayarlı tomografisinde kalsifikasyon içeren antrakotik lenfadenopati, atelettazi görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Bu olgularla olan gözlemimiz biyomas maruziyetine bağlı KOAH hastalarının alevlenmelerinin ağır seyrettiği yönünde olmuştur. Hava yolu hastalığının yaygın antrakozisler nedeniyle sigaraya bağlı KOAH'a göre daha ciddi ve bronkodilatör tedaviye daha dirençli olabileceğini düşündürmektedir. Stabil dönemde olduğu gibi alevlenmelerde de hastalık etyotiplerini değerlendirmenin, etyopatogenetik mekanizmaları araştırmanın ve bu yönde alevlenme tedavisi için yeni moleküller geliştirilmesinin alevlenmelerin morbidite ve mortalitesini azaltabileceği düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Biyomas maruziyeti, KOAH, Alevlenme

PS-074 Akciğer Grafisinde Diyafragma Altındaki Serbest Havaya Dikkat

Gülistan Karadeniz¹, Melike Gökbel¹, Seher Susam¹, Abdullah Taylan¹

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

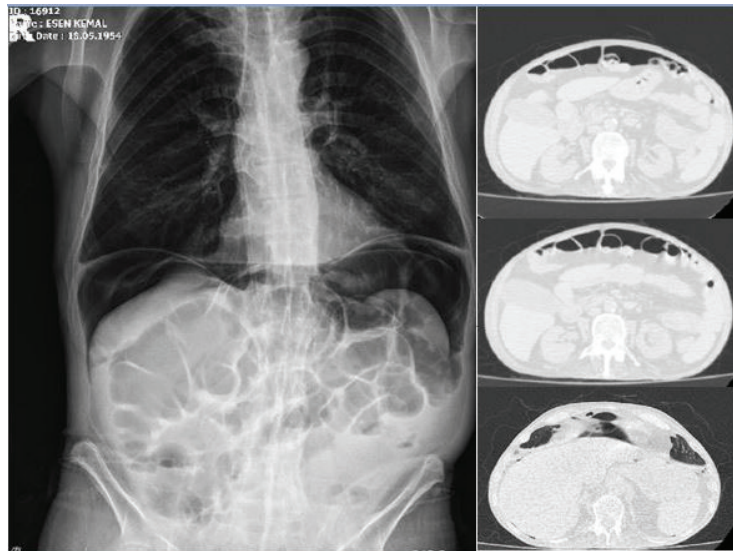
Melike Gökbel / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) zararlı gaz ve partiküllere karşı hava yolları ve akciğerin artmış kronik inflamatuvar yanıtı ile ilişkili ve genellikle öksürük, dispne ve ilerleyici hava akımı kısıtlanması ile karakterize yaygın, önlenemez ve tedavi edilebilir bir akciğer hastalığıdır. Dispne ile gelen hastalarda ayırıcı tanı geniştir. Başta KOAH alevlenme olmak üzere kalp yetmezliği, interstisyel akciğer hastalığı, tromboembolik hastalık, koroner arter hastalığı, pnömotoraks, pnömoni, akut respiratuvar distres sendromu ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Bu vaka KOAH alevlenme ayırıcı tanısında anamnez, fizik muayene ve görüntülemenin önemine vurgu yapmak için sunulmuştur.

Olgu: 70 yaşında bilinen hipertansiyon ve 10 yıldır KOAH tanılı hastanın LABA+LAMA+IKS, uzun süreli oksijen konsantratörü, noninvaziv mekanik ventilatör, nebulizatör kullanımı mevcut olup sabah artan nefes darlığı, göğüs ağrısı, karın ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hasta 18 yıldır ex-smoker, 100 paket-yılı sigara öyküsü mevcuttu. Hastanın 2 lt'den oksijenli saturasyonu %91 idi. EKG'de sinüs taşikardisi mevcuttu. Fizik muayenesinde solunum sesleri bilateral azalmış ve batında minimal hassasiyet mevcut olup defans rebound yoktu. Laboratuvar da hemoglobin 11.2g/dL, Troponin 30 pg/mL, lökosit 44.390 /UL, CRP 86.8 mg/L, potasyum 2.45 mmol/L, sodyum 129 mmol/L, pH 7.52, Po₂ 88.7 mm/Hg, Pco₂ 36.4 mm/Hg, HCO₃ 30.8 mmol/L görülmüş olup diğer değerleri olağan aralıktaydı. Çekilen postero-anterior akciğer grafisinde sub-diyafragmatik hiperlüksensi görüldü (Şekil 1). Bunun üzerine çekilen kontrastsız toraks ve abdomen bilgisayarlı tomografisinde 'Her iki akciğerde ileri düzeyde sentrilobüler amfizem, diyafragma altında hava lokülasyonları izlenmektedir (pnömoperitoneum). Batın içinde serbest sıvı izlenmektedir (perforasyon?)' diye yorumlandı (Şekil 2). Anamnez derinleştirildiğinde hastanın 10 gün önce dış merkezde kolonoskopi eşliğinde polipektomi öyküsü olduğu öğrenildi. Akut batın tanısı ile hastanın dış merkez genel cerrahiye operasyon için sevkı yapıldı.

Tartışma-Sonuç: KOAH alevlenme kliniği ile gelen her hastada detaylı bir anamnez, fizik muayene ve radyolojik görüntüleme yapılması gerekir. Akut batın, KOAH alevlenme ayırıcı tanısında nadir bir sebep olsa da dikkatli olmak gerekir.

Görüntülemeler



Şekil 1

Şekil 2

Anahtar Kelimeler: Pnömoeritoneum, KOAH, Dispne



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-075 KOAH Hastalarında Uzamış Entübasyon Süresi ve ASV Modu Kullanımı

Öykü Arslan¹, Muhammed Haciosmanoğlu¹, Mehtap Pehlivanlar Küçük², Ahmet Oğuzhan Küçük²

¹KTÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

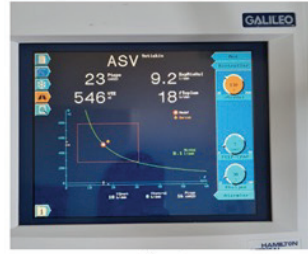
²KTÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Öykü Arslan / KTÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Giriş-Amaç: Bu olgu serisinde KOAH hastalarında solunum mekaniklerinin izleminde ve uzamış entübasyonda, mekanik ventilatörde ASV modu kullanımının extübasyon başarısındaki etkisi vurgulanmaktadır.

Olgu: Olgu-1:59 yaşında erkek hasta, KOAH atak ile entübe edilerek yoğun bakım ünitesine alındı. SIMV-PC+PSV modunda takip edilirken inatçı bronkospazmı medikal tedaviye yanıtızsıdı. Dirençli hiperkarbisinin devam etmesi sonucunda ASV moda geçildi. FiO₂ %40, PEEP 5, MMV %120 olarak ayarlandı. Bu ayarlarla cihazın set ettiği ayarlar; frekans:8, I/E oranı: 1:5 ve tüm soluklar kontrollüydü. Onuncu günde high flow ile extübe edildi. Olgu-2:64 yaşında erkek hasta KOAH atak ve yeni tanı AF tanıları ile yoğun bakıma devralındı. Medikal tedavi ve NIMV desteği ile yanıt alınamayan hasta entübe edildi. SIMV-PC modunda bronkospazmı ve hiperkarbisi devam eden hastada ASV moda geçildi. FiO₂ %30, PEEP 7, MMV %130 olarak ayarlandı. Bu ayarlarla cihazın set ettiği ayarlar; frekans:18, I/E oranı: 1:3.5 ve tüm soluklar kontrollü idi. İkinci günde high flow ile extübe edildi. Olgu-3:68 yaşında erkek bilinen KOAH ve OSAS ve geçirilmiş PTE tanıları mevcut olan hasta KOAH atak tanısı ile yoğun bakıma interne edildi. Medikal tedavi ve NIMV desteğine yanıt vermediği görüldü, sonrasında entübe edildi. SIMV-PC modda hiperkarbisi gerilemeyen hastada ASV moda geçildi, FiO₂ %50, PEEP 7, MMV %125 olarak ayarlandı, cihazın set ettiği ayarlar; frekans:13, I/E oranı 1:4 ve tüm soluklar kontrollüydü. Üçüncü günde high flow ile extübe edildi.

OLGULARDA MEKANİK VENTİLASYON EKРАНLARI



Olgu-2



Olgu-3

SIMV-PC VE ASV MODLARINDA PH, HCO₃, PO₂ VE PCO₂ KARŞILAŞTIRMASI

OLGU-1		OLGU-2		OLGU-3	
SIMV-PC	ASV (6. SAAT)	SIMV-PC	ASV (6. SAAT)	SIMV-PC	ASV (6. SAAT)
PH: 7.16	PH: 7.34	PH: 7.03	PH: 7.36	PH: 7.22	PH: 7.44
HCO ₃ : 21.9	HCO ₃ : 22.5	HCO ₃ : 17.6	HCO ₃ : 17.6	HCO ₃ : 29.7	HCO ₃ : 36.3
pO ₂ : 148.5	pO ₂ : 96.6	pO ₂ : 72.3	pO ₂ : 79.5	pO ₂ : 72.6	pO ₂ : 76.6
pCO ₂ : 78.2	pCO ₂ : 44.4	pCO ₂ : 107.4	pCO ₂ : 53.6	pCO ₂ : 86.1	pCO ₂ : 56.1

Tartışma-Sonuç: ASV modu spontan solunumu olan hastalarda MV uyumunu artırır; takipneyi, oto-peep oluşumunu ve ölü boşluk ventilasyonunu azaltır. Geleneksel ventilasyon modlarıyla karşılaştırıldığında daha hızlı weaning süreleri, MV ayarlarında daha az değişiklik ihtiyacı ve daha az alarm limitlerine ulaşıldığını gösteren çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Çoğu KOAH hastasında ileri hava yolu darlığına bağlı, öngörülemez uzun expiryum süreleri ve özellikle otis denklemi ile doğru solunum sayısı ASV modunun kapalı döngü özellikleri ile hesaplanmakta, hastaya özgü doğru ayarlar diğer modlara göre daha etkin bir şekilde yapılabilmekte ve kliniğimizde aktif olarak kullanılmaktadır. Sonuç olarak; KOAH hastalarında uzamış entübasyon, başarısız extübasyon ve MV uyumsuzluğu durumlarında ASV modu geleneksel ventilasyon modlarına göre barotravma, volüt travma, oto-peep oluşumunu azaltabilir ve entübasyon süresini kısaltmada, extübasyon başarısını arttırmada daha etkili bir ventilasyon yöntemi olabilir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, ASV, yoğun bakım, mekanik ventilasyon



PS-076 KOAH Hastalarında Bilinç Bulanıklığı Her Zaman Hiperkarbiye Bağlı mı? Nadir Bir Nörosifiliz Vakası

Elvin Karahacıoğlu Madran¹, Neslihan Özçelik¹, Songül Özyurt¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Elvin Karahacıoğlu Madran / Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: KOAH hava yolu (bronşit/bronşiyolit) ya da alveol (amfizem) anormalliğinden kaynaklı, kronik solunum semptomları ile karakterize (dispne, öksürük, balgam), persistan ve sıklıkla progresif hava yolu obstrüksiyonu ile seyreden heterojen bir durumdur. KOAH hastalarında bilinç bulanıklığı genellikle hiperkarbiye bağlıdır. Ancak, hiperkarbi dışında başka etiyolojik faktörler de bilinç değişikliklerine yol açabilir ve bu durum tanı ve tedavi sürecini zorlaştırabilir. Nadir de olsa nörosifiliz gibi enfeksiyöz nedenler, santral sinir sistemi etkilenimine yol açarak KOAH hastalarında bilinç bulanıklığı ile kendini gösterebilir. Nörosifiliz, tedavi edilmemiş olguların yaklaşık %10'unda gelişmektedir. Bu olguda, kliniğimizde bilinç bulanıklığı nedeniyle değerlendirilen, başlangıçta hiperkarbiye bağlı düşünülen ancak yapılan ileri tetkikler sonucunda nörosifiliz tanısı alan bir KOAH hastasının değerlendirilmesi sunulmaktadır.

Olgu: 64 yaşında, hipertansiyon ve KOAH tanılı erkek hasta nefes darlığı ile acile başvurdu. Oda havası satürasyonu %85, diğer vitalleri doğaldı. Oskültasyonda bilateral ronküs duyuldu. Arter kan gazında pH:7.23, pO₂:57.8 mmHg, pCO₂:66.1 mmHg, sO₂:83.6, HCO₃:23.2 mmol/L, laboratuvarında c-reaktif protein 80.2 mg/L, wbc 16690 uL idi. Toraks BT'de sol üst lobta nodül ve yumuşak doku dansitesi dışında patoloji izlenmedi (Resim 1). Hasta KOAH atak tanısıyla servise yatırıldı. Hastaya non invaziv mekanik ventilasyon başlandı ve karbondioksit değerinde gerileme izlendi. Yatışının 2. gününde dezoryantasyon, görsel halüsinasyon (kendisini pide ve köpek sanması) ve agresif davranışlar gelişti. Arter kan gazında hiperkarbi, asidoz saptanmadı. Psikiyatri ile konsülte edilen hastada deliryum düşünüldü, ancak semptomlar tedaviye dirençliydi. Santral sinir sistemi patolojileri açısından nöroloji ve enfeksiyon hastalıkları konsülte edilerek diffüzyon beyin MR çekilip normal sonuçlandıktan sonra lomber ponksiyon yapıldı. BOS basıncı normal ve berrak görünümdeydi Gram boyamada lökosit, hücre sayımında lökosit ve eritrosit görülmedi. BOS glukoz :90 mg/dL, eş zamanlı kan şekeri:139 mg/dL, protein:45,2 mg/dL idi. Serolojik testlerde RPR ve HIV negatif; TPHA, sfiliz, BOS FTA-ABS pozitif saptandı. Nörosifiliz tanısıyla seftriakson ve mannitol tedavisi başlandı. Hasta bilinci açılıp tedavisi tamamlanınca evde idame NIMV tedavisi verilerek şifa ile taburcu edildi.



Resim 1. Toraks BT parankim ve mediastinal kesit

Tartışma-Sonuç: KOAH hastalarında bilinç bulanıklığı genellikle hiperkarbi, hipoksemi veya sistemik inflamasyona bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Hiperkarbi kaynaklı bilinç değişiklikleri arter kan gazı analizi ile kolaylıkla doğrulanabilir ve uygun tedaviyle hızla düzelir. Ancak, bu olguda olduğu gibi, bilinç bulanıklığı hiperkapni ile açıklanamıyorsa santral sinir sistemi patolojileri de değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, nörosifiliz



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-077 Alfa-1 Antitripsin Eksikliği: Pi*MM Malton Genetik Mutasyonu

Nurhan Sarıoğlu¹, Seray Kartaloğlu¹, Mustafa Çolak¹, Merve Yumrukuz Şenel¹, Hikmet Çoban¹, Fuat Erel¹

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir.

Seray Kartaloğlu / Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir.

Giriş-Amaç: Alfa-1 antitripsin eksikliği (AATD), serum alfa-1 antitripsin düzeylerinin azaldığı ve genç yaşta akciğer amfizemi gelişme riskinin arttığı kalıtsal bir bozukluktur. Yaklaşık olarak 5/10.000 vakadan daha az bir prevalansa sahiptir. Otozomal kodominant bir durum olan alfa-1 antitripsin eksikliğine sahip bireylerde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gelişme riski artmaktadır. AATD, amfizemli hastaların %1-2'sinde görülmektedir. Pi*I ve Pi*MMalton gibi nadir genetik mutasyonlar görülebilmektedir. AATD ve Pi*MMalton genotipine sahip hastalarda, yüksek akciğer hastalığı insidansı olduğu gösterilmiştir. Biz de sık alevlenmeleri olan ve yapılan genetik inceleme sonrası nadir görülen Pi*MMalton genetik mutasyonu tespit edilen KOAH tanılı olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: KOAH tanısıyla 15 yıldır dış merkezde takip edilen 54 yaş erkek hasta nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. LA-BA+LAMA+İKS tedavisine ek olarak son bir yıldır Mepolizumab tedavisi alıyordu. Hastanın KOAH alevlenmeleri nedeniyle sık acil servis başvurularının olduğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde 30 p/y sigara kullanımı vardı. MMRC dispne skoru 3, son bir yılda 3 kez KOAH alevlenmesi ve 1 kez KOAH nedeni hastane yatışı öyküsü mevcuttu. Yapılan fizik muayenede yaygın ronküsler tespit edildi. Solunum fonksiyon testinde FEV1=1,62L (%42),FVC=3,22L (%66), FEV1/FVC=%50 olarak saptandı. Akciğer grafisinde bilateral havalanma artışı ile uyumlu bulgular (Şekil 1), Toraks BT'de bilateral yaygın amfizematöz değişiklikler görüldü (Şekil 2). Alfa-1 antitripsin serum ve genetik testleri istendi. Serumda Alfa-1antitripsin düzeyi <0,02 olarak ölçüldü ve genetik incelemede PiMMalton/MMalton mutasyonu tespit edildi. Hastaya 60 mg/kg/hafta Alfa-1 proteinaz inhibitörü başlandı. Altı aylık tedavi sonrası yapılan kontrollerde hastanın nefes darlığı şikayeti azaldı ve solunum fonksiyon testlerinde iyileşmeler gözlemlendi. Son 6 ay içinde alevlenme olmadı.



Şekil 1: Akciğer grafisinde bilateral havalanma artışı Şekil 2: Toraks BT'de bilateral yaygın amfizematöz değişiklikler

Tartışma-Sonuç: Alfa-1 antitripsin eksikliği (AATD), yetişkinlerde tanısı konulabilen kalıtsal hastalıklardan biridir ve akciğer patolojileri için iyi bilinen bir genetik risk faktörüdür. AATD ile ilişkili akciğer hastalıklarının klinik spektrumu oldukça değişkendir. AATD pulmoner tutulumu, değişken fonksiyonel ve radyolojik bozukluklarla birlikte amfizem, astım ve bronşektaziyi içerebilir. Sık KOAH alevlenmeleri olan olgumuzda da toraks BT'de yaygın amfizem alanları gözlemlendi. Yapılan genetik incelemeler sonucunda daha nadir olarak görülen Pi*MMalton genetik mutasyonu tespit edildi. AATD, en yaygın kalıtsal hastalıklardan biri olmasına rağmen, değişken klinik görünümü nedeniyle yeterince teşhis edilememektedir. AATD, KOAH için en iyi tanımlanmış genetik risk faktörüdür. KOAH ve/veya amfizemi olan hastaların AATD taramasından geçirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alfa-1 antitripsin eksikliği, Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, amfizem, Pi*MMalton

PS-078 Bronşektazi ve KOAH'ın Çok Nadir Bir Nedeni: Alfa-1 Antitripsin'in Nadir Mutasyonu

Bahar Aydoğar¹, Duygu Uzunoğlu¹, Erdoğan Çetinkaya¹, Elif Tanrıverdi¹, Halit Çınarka¹, Mustafa Çörtük¹

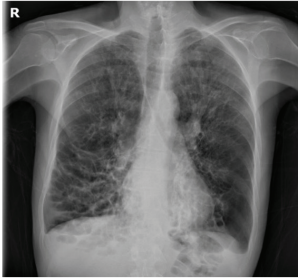
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

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

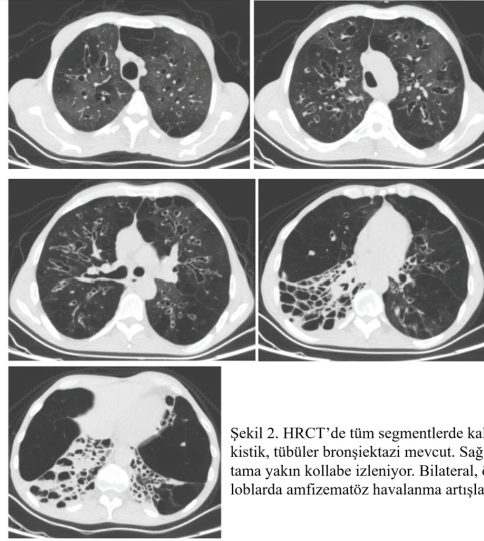
Giriş-Amaç: Alfa-1 antitripsin (AAT), nötrofil elastaz (NE) gibi serin proteazların endojen inhibitörüdür ve eksikliğinde (AATe), obstrüktif akciğer hastalıkları gelişir. AATe'nde izole olarak bronşektazi saptanabildiği bildirilmiştir. Bu çalışmada kliniğimizde yaygın kistik bronşektaziler ve amfizem nedeniyle tetkik edilen ve AATe saptanan hastamızı sunuyoruz.

Olgu: 50 yaşında, KOAH ve bronşektazi tanıları olan erkek hasta öksürük ve balgamda artış, hemoptizi ve efor dispnesi ile başvurdu. Sigara içmemiştir, geçirilmiş ac tbc öyküsü mevcuttu. Oda havası SpO₂:%91'di. Clubbing mevcuttu. Fizik muayenesinde bilateral alt alanlarda inspiratuar kaba ralleri mevcuttu. HRCT'de tüm segmentlerde kalın duvarlı kistik, tübüler bronşektazi ve özellikle alt loblarda amfizematöz alanlar mevcuttu (Şekil 2.). Yaygın bronşektazi etiyolojisi araştırılırken bakılan AAT düzeyi 3 kez çok düşük bulundu (sırasıyla <0,19 g/L, <0,18 g/L, 0,05 g/L). AAT genotip analizinde sık görülen 14 mutasyon saptanmadı ancak tam gen diziliminde intron4'teki c.647-1G>A splicing varyantı, homozigot tespit edilerek AATe tanısı konuldu. Yapılan literatür taramasında çok nadir mutasyonlardan "Q0Bonny blue" null mutasyonu olarak değerlendirildi. Mevcut semptomatik tedavisi devam eden hastaya insan alfa-1 proteinaz inhibitörü replasmanı için endikasyon dışı başvuru yapıldı. Hasta bilgilendirildi ve yakınlarına tarama önerildi.

PAAG ve YRBT



Şekil 1. PA akciğer grafisinde sağda baskın bilateral orta ve alt zonda ekmeke içi görünümü mevcut.



Şekil 2. HRCT'de tüm segmentlerde kalın duvarlı kistik, tübüler bronşektazi mevcut. Sağ akciğer alt loba yakın kollabe izleniyor. Bilateral, özellikle alt loblarda amfizematöz havalanma artışları mevcut.

Tartışma-Sonuç: Akciğerde AATe'nde temelde obstrüktif akciğer hastalıkları gelişmektedir. Sigara içmeyen hastalarda semptom başlangıcı daha ileri yaşlarda da olabileceğinden ileri yaş bronşektazili hastalarda da AATe taraması yararlı olabilir. Klinik şüphe varlığında AATe'ne neden olabilecek nadir mutasyonlar da araştırılmalıdır. Çünkü bu, hastaların klinik yönetimini önemli ölçüde değiştirebilir ve sonunda ek-spesifik bir terapötik müdahale (AAT replasman tedavisi) olanağı sunabilir. Normal AAT geni, 14q32.19 kromozom segmentinde yer almaktadır. AAT'nin tek nokta mutasyonları sonucu oluşan 100'den fazla allelik varyantı bulunmaktadır. Genotipik olarak AAT normal allel (P1MM), taşıyıcı (P1MS, P1MZ) ve eksik allel (P1SS, P1SZ, P1ZZ) olarak üç ana grupta incelenmektedir. Normal varyant olarak kabul edilen P1M alleleline sahip kişilerde serum AAT düzeyi 0,9-2 g/L'dir. Sunduğumuz bu olguda da görüldüğü gibi AAT genindeki nadir mutasyonlarla da hastalık ortaya çıkabilir. Sonuç olarak AATe'nde nadiren baskın olarak bronşektaziler bulunabilir. İleri yaşta da karşımıza çıkabilecek bu olgularda AATe ayırıcı tanılarımız arasında yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: amfizem, bronşektazi, KOAH, Alfa-1 antitripsin



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-079 KOAH Hastalarında Alfa Antitripsin Düzeyi En Az Bir Kez Değerlendirilmelidir

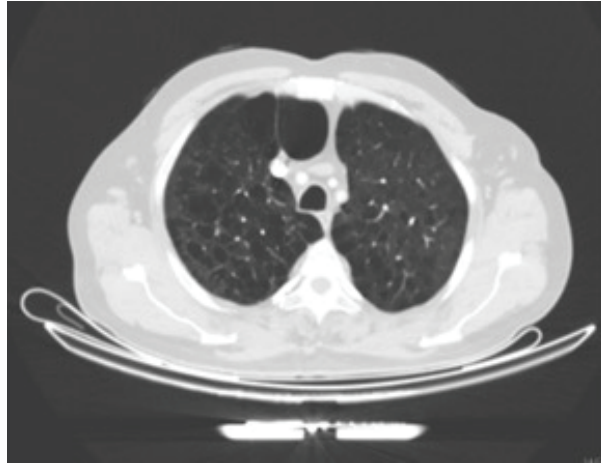
Hikmet Merve Reyhan¹, Şeyma Aydın¹, Halit Çınarka¹, Elif Tanrıverdi¹, Erdoğan Çetinkaya¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Hikmet Merve Reyhan / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Alfa-1 antitripsin (AAT), SERPINA1 geni tarafından kodlanan, serin proteazları geri dönüşümsüz olarak inhibe ederek nötrofil elastazın akciğer dokusu üzerine tahrip edici etkisini engelleyen bir antiproteazdır. KOAH hastalığının nadir sebeplerinden biri olan Alfa-1 Antitripsin (α -1 AT) eksikliği, özellikle erken yaşlarda hızla gelişen panasiner amfizeme neden olan genetik bir hastalıktır. KOAH ve solunum yetmezliği nedeniyle servisimizde takip edilen ve alfa antitripsin eksikliği saptanan hasta sunuldu.

Olgu: 55 yaşında erkek hasta ani başlayan nefes darlığı ile dış merkez acil servise başvurmuş, orada entübe edilerek üç gün yoğun bakım ünitesinde takip edilmiş, ekstübe edilen hasta YBÜ sonrası servis takibi için kliniğimize nakil edilmişti. 4-5 yıldır devam eden nefes darlığı şikayeti mevcuttu. Özgeçmişinde diyabetes mellitus, hipertansiyon, KOAH(15 yıldır), koroner arter hastalığı mevcuttu. 40 paket/yıl sigara öyküsü olup ,7 yıldır exsmokerdı. IKS/LABA/LAMA kombinasyon tedavisi alıyordu. Fizik muayenesinde SpO₂: %97, nabız: 87/dk, solunum sesleri azalmış, ekspiryum uzundu. Laboratuvar tetkikleri WBC:12300, CRP:58 mg/l olması dışında normaldi.Solunum fonksiyon testinde FVC: % 30.72(1.28) FEV₁: %20.10(0.67) FEV₁/FVC: %67.74 idi. PA AC grafisinde bilateral havalanma artışı mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerde yaygın ve belirgin amfizematoz değişiklikler, bilateral apikal ve bazal kesimlerde büllöz olusumlar izlendi (Resim 2). Hastadan alfa 1 antitripsin eksikliği açısından serum düzeyi ve genetik analizi istendi. Serum alfa 1 antitripsin düzeyi 1,5 g/l olarak düşük ölçüldü. Genetik analizde PI*M Malton +/- gen mutasyonu tespit edildi. Hastaya alfa antitripsin replasman tedavisi planlandı.



Resim 1. Toraks BT parankim kesitlerinde bilateral yaygın amfizem izlenmektedir

Tartışma-Sonuç: Alfa antitripsin eksikliği hastalarının %90'ında semptomların başlangıcından tanı konulana kadar geçen süre 5 ile 7 yıl arasındadır. KOAH, erişkin bronşektazi, kısmen reversibl astım, sebebi bilinmeyen pannikülit ve vaskülit olgularında serum alfa 1 antitripsin düzeyine bakılmalıdır. Bu ölçüm CRP ile korele değerlendirilmelidir. Çünkü ATT aynı zamanda akut faz reaktanıdır ve inflamasyon durumlarında serumda düzeyi normal veya artmış bulunabilir. Hastalığa özgü tedavi onaylı intravenöz replasmandır.

Anahtar Kelimeler: koah, alfa-1 antitripsin, genetik test



PS-080 KOAH Alevlenmeyle Tanıya Gidilen Anterior Mediastinal Kitle: Timoma

Aliye Arslan¹, Neslihan Boyracı¹, Betül Kınık¹, Hülya Abalı¹, Kaan Kara¹, Seda Tural¹

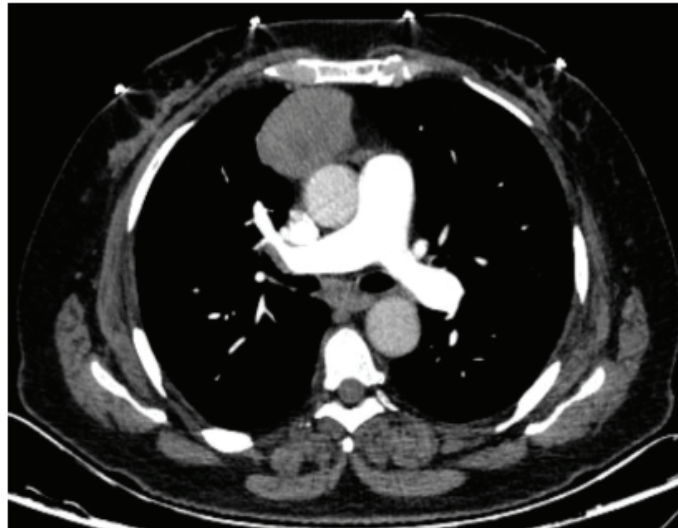
¹Yedikule göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi

Aliye Arslan / Yedikule göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş-Amaç: Timomalar, timik epitelyal hücreler grubunda yer alan erişkin yaşta en sık görülen mediastinal tümörlerdir ve her yaş grubunda görülebilir. Timomaların %95'i anterior mediasten yerleşimlidir. Bu tümör asemptomatik ve bası bulgularıyla sıklıkla klinik olarak saptansada birçok paraneoplastik sendromlar eşlik edebilmektedir. Timomalarda %30-40 oranında otoimmün hastalıklar da eşlik eder. KOAH (Kronik obsrükatif akciğer hastalığı) alevlenmelerine neden olan hastalıklar arasında timoma nadir olarak gözlenmektedir. Bu bildiride KOAH alevlenmeyle seyreden hastamızın alevlenme nedeni olarak Timoma tanısı koyduğumuz bir hastayı sunacağız.

Olgu: Altmış yedi yaşında kadın hasta 1 aydır giderek artan nefes darlığı ve kuru öksürük şikayetiyle acil polikliniğimize başvurdu. Bilinen 10 yıldır KOAH ve 3 yıldır Hashimoto hipotiroidi nedeniyle takipte olup stabil seyretmekteydi. Hastanın 100 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde bilateral ronküs mevcutken stridor mevcut değildi. Hastanın alınan arteriyel kan gazında pO₂:51 mmHg, pCO₂:36 mmHg pH:7.47 Laboratuvar sonuçlarında WBC:8.57 10³/uL CRP:13 mg/L idi. KOAH alevlenme nedeniyle tetkik amacıyla çekilen PAAC (Posteroanterior akciğer grafisi) (Şekil-1) de mediastende genişleme sağ hiler bölgede dolgunluk şüpheli lenfadenopati görünümü nedenli hastadan kontrastlı Toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT) istendi. Toraks BT de sağ akciğer orta lob anterior mediastende lobüle konturlu, yaklaşık 55x35 mm ebatlarında izodens görünümde, santralinde hipodens alanlar barındıran kitle lezyonu olarak raporlandı (Şekil-2). Hastadan PET-CT (Pozitron emisyon tomografisi) istendi. Hastanın çekilen PET-CT de anterior mediastende sağda 50x34 mm boyutlu kitlesel lezyonda heterojen orta-yoğun düzeyde artmış FDG tutulumu izlenmiştir (SUV_{max}:7.0) (Şekil-3). Hastanın reversibiliteli solunum fonksiyon testinde (SFT) post bronkodilataör reversibilitesi negatif olup FEV₁:2,18 (%70) FVC:2,70 (%70) FEV₁/FVC:%63.12'ti. Göğüs cerrahisiyle konseyde konsülte edilen hastada VATS ile Timektomi kararı alındı. Patoloji sonucu Timoma Tıp AB olarak sonuçlandı. Hasta onkoloji polikliniğine yönlendirildi.

Tartışma-Sonuç: Timomalar genellikle asemptomatik olup büyüyen kitlenin basısı veya invazyonuna bağlı kuru öksürük, dispne vb. semptomlara yol açabilirler. KOAH hastalığının alevlenme nedenleri arasında Timomalar üst sıralarda bulunmamaktadır. Olguyu, KOAH alevlenmesi nedeniyle tetkik edilen hastada alevlenme etiyojisi olarak timoma saptanması üzerine klinik zorlayıcı durumlarda klinisyenlere yardımcı olacağını düşündüğümüzden dolayı sunmaya uygun bulduk.



ŞEKİL-1 TORAKS BT

Anahtar Kelimeler: KOAH alevlenme, timoma, dispne



PS-081 Vanishing Lung Sendromu

Argün Kış¹, Veli Kuyben¹, Göksel Altınışık¹, Nilüfer Yiğit¹

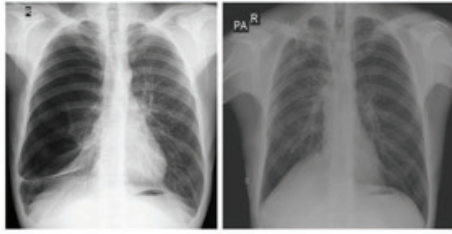
¹Pamukkale Üniversitesi

Veli Kuyben / Pamukkale Üniversitesi

Giriş-Amaç: "Kaybolan Akciğerler" 1937'de Burke tarafından solunum yetmezliği, radyografik ve patolojik bulguları bilateral hemitoraksın üçte ikisini kaplayan dev büllerle uyumlu patolojik bulgular olan 35 yaşında bir erkekte tanımlanmıştır. Robert. 1987'de Kaybolan Akciğer Sendromu (VLS) için radyolojik kriterleri, çoğunlukla tek taraflı veya bilateral üst akciğer loblarını içeren ve hemitoraksın veya hemitoraksın yaklaşık üçte birini kaplayan dev büllöz amfizem olarak tanımlamıştır. Büller kalan akciğer loblarının ve/veya mediasteninin çevresindeki parankimayı sıkıştırır. Hastalar genellikle sigara içen, esrar kullanımı, Alfa-1 Antitripsin eksikliği olan genç erkeklerdir. Hastalığın patogenezi, alveolar duvarların yıkılıp dev büller oluşturmasıdır. VLS genellikle pnömotoraks olarak yanlış yorumlanır.

Olgu: 38 yaşında erkek, 20 paket yıl sigara öyküsü olan, hayvancılık yapan ve KOAH tanısıyla izlenen, mevcut inhaler tedavilere yanıt vermeyen hasta tarafımıza nefes darlığı, nefes darlığının sigara ilişkili olamayabileceğini düşünerek yeniden değerlendirilmek üzere başvuruyor. Hastanın kaza öyküsü yok, inguinal herni operasyonu mevcut. Fizik muayenesinde sağ akciğer üst ve orta zonda solunum sesleri alınamadı, geri kalan alanlarda solunum sesleri olağandı. Hastanın laboratuvar testlerinde anormallik izlenmedi. PA akciğer grafisinde hastanın sağ hemitoraksında orta-üst zonda pnömotoraks kuşkusu oluşturan radyölüseni mevcuttu, Bilgisayarlı Tomografi'de masif bül formasyonu göğüs cerrahisine yönlendirildi. Hastaya pnömotraks gelişme riski olduğundan solunum fonksiyon testi yapılamadı, Alfa-1 Antitripsin 1670mg/L (normal)sonuçlandı. Göğüs cerrahisi tarafından büllektomi operasyonu yapıldı, 21 günlük yatışından sonra sağ hemitoraks dreniyle taburcu edildi. 3 gün sonra dreni çekildi. Hasta yapılan işlem sonrası önceden 1 kat merdiveni dahi soluk soluğa çıkarırken, günlük hayatında dahi yoğun dispne şikayeti belirtirken artık dağcılık ve dalış gibi hobilerini rahat şekilde yapabilir hale geldi.

Hastanın tanı ve tedavi sonrasındaki PA Akciğer Grafileri, Tanı anındaki Toraks BT kesitleri, Tedavi sonrası Solunum Fonksiyon Testi

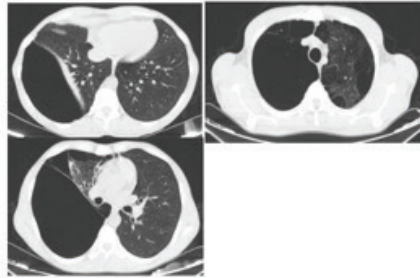


Şekil 1

Şekil 2

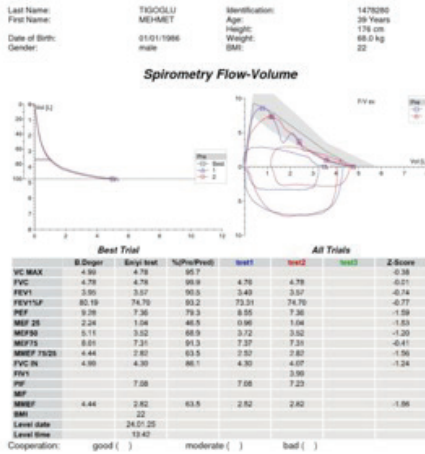
Şekil 1: Hastanın tanı anındaki PA akciğer grafisi

Şekil 2: Hastanın büllektomi operasyonu sonrası 2. ay PA akciğer grafisi



Şekil 3a, 3b, 3c

Şekil 3: Hastanın tanı anındaki toraks bilgisayarlı tomografi kesitleri



Şekil 4: Hastanın büllektomi sonrası yapılan solunum fonksiyon testi

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Tartışma-Sonuç: Tek taraflı masif bül olgularında hastalar, sıklıkla tedaviye dirençli KOAH veya pnömotoraks tanısıyla yanlış değerlendirilebilmektedir. Hem tanısız süreçte gecikmeler hem yanlış tedavi yaklaşımlarına oluşabilir. Masif radyolüsent görünüm, pnömotoraks dışında bül formasyonuna bağlı olabileceğinden, ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Dev bülün eşlik ettiği hastalarda en sık görülen şikayet nefes darlığı olup yaşam kalitesini ciddi şekilde düşürmektedir. Olgumuz, büllektominin yalnızca semptomları hafifletmekle kalmayıp fonksiyonel kapasiteyi belirgin artırabileceğini göstermektedir. Uygun cerrahi sonrası hasta, fiziksel olarak zorlu hobilerini sürdürebilir hale gelmiştir. Bu nedenle dev bül olgularında multidisipliner yaklaşımla doğru tanı ve tedavi sağlanarak, uzun vadede önemli iyileşmeler elde edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Bül, Büllektomi, KOAH, Masif Bül, Vanishing Lung Sendromu



10 Nisan 2025, Perşembe

Poster Bildiri Oturumu 5: Çevre ve Meslek Hastalıkları, Uykuda Solunum Bozuklukları, Klinik Sorunlar

PS-083 Siderozis: Olgu Sunumu

Muhittin Ömür Güngör³, Gülşen Güler¹, Özlem Erçen Diken²

¹Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

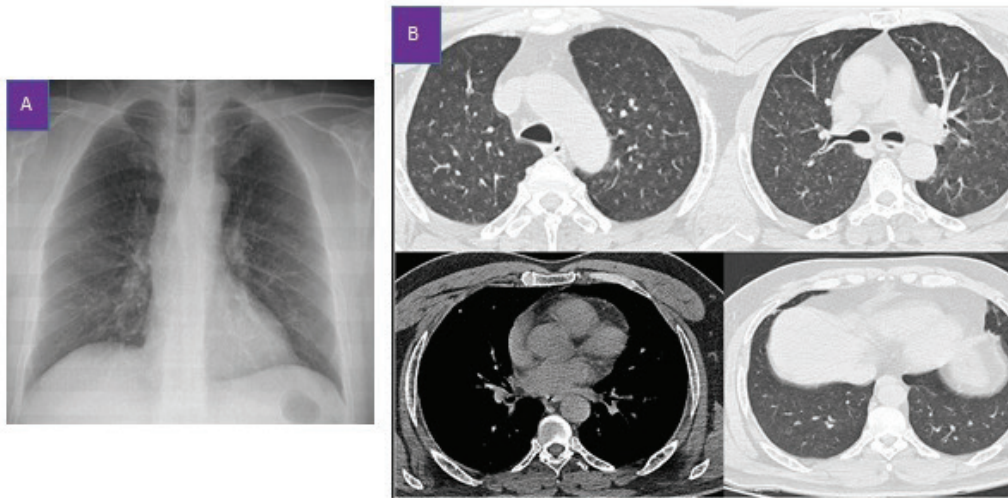
²SBÜ Adana Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

³Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları

Gülşen Güler / Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Siderozis demir oksit tozlarına maruziyetle gelişen benign bir pnömokonyozdur. Çoğunlukla kaynakçılarda, demir oksit dumanları nedeniyle, sık görülen sideroz genellikle fibrozis ve fonksiyonel etkilenme yapmaz. Patolojik olarak peribronkovasküler alanda ve interstisyumda demir oksitle dolu makrofajların varlığı dikkat çekicidir. Saf siderozda fibrozis ya hiç bulunmaz ya da çok azdır. Maruziyetin erkenden sonlandırılması tedavinin esasıdır. Beraberinde kronik bronşiti olan olgularda buna yönelik tedavi planlaması gerekir. Olgumuzu hipersensitivite pnömonisinde meslek öyküsünün öneminin vurgulamak için nadir olan siderozis tanısı ile sunuyoruz.

Olgu: 52 yaşında bilinen başka bir tanısı olmayan erkek hasta, yaklaşık 30 yıldır kaynakçılık işi yapıyormuş. Anamnezinde işe giriş muayenesinde göğüs hastalıklarıyla alakalı hastalığı olmadığı bilinmekte. Sürekli nefes darlığı olmasına rağmen 6 aydır dispne şikayeti progresif şekilde artmış. Nefes darlığı şikayetine ek olarak öksürük şikayeti mevcuttu. 3 yıl önce hipersensitivite pnömonisi (mesleksi) tanısı düşünülerek yapılan değerlendirmede klinik, meslek öyküsü, radyolojik bulgular ile siderozis tanısı konmuştur. Fizik muayene, laboratuvar tetkiklerinde belirgin bir patolojisi bulunmamaktadır. Spirometrik incelemede obstruksiyon saptandı. Zorlu vital kapasite (FVC) %73, birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim (FEV1)/FVC %72 idi. Posteroanterior akciğer filminde santalden periferik seyir gösteren retikülonoduler opasite artışı, bronkovasküler dallanma artışı saptandı. Akciğer bilgisayarlı tomografisinde (HRCT) her iki akciğerde çok sayıda dağınık yerleşimli üst loblarda belirgin milimetrik buzlu cam dansitesinde nodüller saptandı. (resim-1)



Resim-1 A: Posteroanterior (PA) akciğer filminde santalden periferik seyir gösteren retikülonoduler opasite artışı, bronkovasküler dallanma artışı. B: Akciğer bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerde çok sayıda dağınık yerleşimli üst loblarda belirgin milimetrik buzlu cam dansitesinde nodüller

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Tartışma-Sonuç: Siderozis demir tozlarına maruziyetle gelişen meslek hastalığıdır. Genellikle asemptomatiktir. Solunum fonksiyonları sıklıkla normaldir. Kaynakçı dökümcülerde radyolojik bulgu olmadan solunum semptomları ve klinik bulgular görülebilmektedir. Havayollarının etkilemesi sonucu oluşan kronik bronşitin bulgularıdır. HRCT 'de yaygın, yuvarlak opasiteler görülür. Hiler lenf bezleri büyümmez. Plevral tutulum yoktur. Ayırıcı tanıda infeksiyöz, inflamatuvar, malign hastalık kuşkusu yoksa invaziv tanı girişimlerine gerek yoktur. Radyolojik bulgular bilateral yaygın retikülo-nodüler opasiteler şeklindedir. Maruziyet sonlandıktan sonra radyolojik değişiklikler zaman içinde kısmen veya tama yakın düzelme gösterebilir. Kaynakçılarda yapılmış bir çalışmada olguların % 7'sinde PA akciğer filminde 0/1 ve üzerinde yoğunlukta küçük yuvarlak opasiteler görülmüştür. Ülkemizde yapılan bir çalışmada kaynakçıların % 14.6'sında sideroz ile uyumlu bulgular saptanmıştır. HRCT'sinde hastamızda olduğu gibi bilateral sentrilobüler nodüller, yama tarzında buzlu cam görünümü nadiren fibrotik değişiklikler ve amfizematöz bulgular saptanabilir. Siderozis, uzun süreli maruziyet sonucu gelişen bir hastalık olup, erken tanı ve tedavi ile yönetilebilir. Demir birikimi olan hastalarda, farkındalığın artırılması ve düzenli takiplerin yapılması, hastalığın etkilerini minimize edebilir.

Anahtar Kelimeler: hipersensitivite pnömonisi, pnömokonyoz, siderozis



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-084 Sert Metal Akciğer Hastalığı: Nadir Bir İnterstisyel Akciğer Hastalığı Olgusu

Demet Özer¹, Gülden Sarı¹, Adem Koyuncu¹, Rabia Ezber¹, CebraİL Şimşek¹

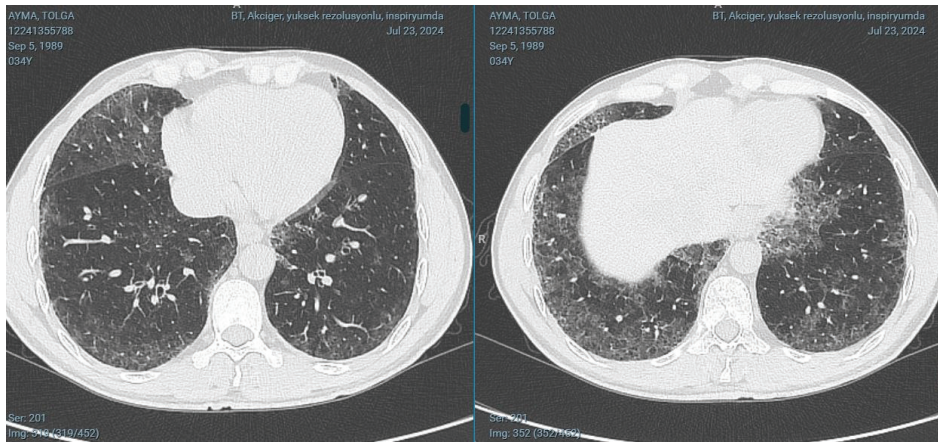
¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği

Demet Özer / Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Sert metal akciğer hastalığı, diğer pnömokonyozlara göre nispeten daha az bilinen, ana maddesi tungsten karbid ve kobalt olan sert metallerle maruz kalım sonrası gelişen mesleki bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Sert metallerin kesilmesi ve bilenmesi, sondaj kuyuları, elmas parlatma, diş protezleri gibi farklı pek çok alanda kullanılırlar. Sert metal akciğer hastalığının teşhis ve tedavi yönlerini açıklamak ve konuyla ilgili güncel literatürün gözden geçirilmesi amacıyla meslek hastalıkları kliniğimizde tanı alan bu olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuz dört yaş erkek hasta 3 yıldır olan kuru öksürük, 1 yıldır olan eforla nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. 10 yıl yarım paket/gün sigara kullanımı vardı. On sekiz yıldır bir bileme firmasında mobilyacıların kesim için kullandığı bıçakların üretiminde çalışmaktaydı. Demir malzemeyi tornada işleme, frezde elmasları işleme, elmas ile çeliği oksijen kaynağı kullanarak birleştirip tahtaya şekil verilmesini sağlayacak modele çevirme işini yapmaktaydı. Haftada 6 gün günde 9-10 saat çalışmaktaydı. Fizik muayenesinde genel durum iyi bilinç açık, oryante ve koopere idi. Solunum sistemi muayenesi doğaldı. Her iki elde çomak parmak mevcuttu, Laboratuvar tetkiklerinde Serum ACE düzeyi: 68 (13.3-63.9), Romatoid faktör : 18.9 (<14), ANA ; ac-1 patern , pozitif (++++). Diğer kollajen doku markerları negatifti. 24 saatlik idrar kalsiyumu 41 idi. SFT: FEV1: %97 (4.13) FVC: %94 (4.82 LT) FEV1/FVC: %85.5 DLCO: %71 DLCO/VA: %82 idi. Non spesifik bronş provokasyon testi negatifti. PA akciğer grafisinde bazallerde bilateral retikülonodüler dansite artışları izlendi. Yüksek rezolüsyonlu BT Toraks çekildi. Her iki akciğerde bazalde ve periferde belirginleşen buzlu cam infiltrasyonları, subplevral düzensizlikler, paraseptal amfizem alanları, yer yer minimal bal peteği görünümü ve milimetrik hava kistleri izlendi. İnterstisyel akciğer hastalığı ön tanısıyla takipli hastaya fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı. Bronkoalveolar lavaj (BAL)'da CD4/CD8: 0,69 idi. TBB patolojisi; kronik aktif iltihap hücreleri ve bir kısmı multinükleer görünümde çok sayıda makrofaj izlendi. Romatoloji tarafından nonspesifik ANA pozitifliği olarak değerlendirildi. Hasta meslek öyküsü, klinik, radyoloji ve patoloji bulguları ile birlikte değerlendirilerek sert metal akciğer hastalığı olarak kabul edildi. İşten uzaklaşma önerildi ve kortikosteroid tedavi başlandı.

Toraks HRCT'de buzlu cam infiltrasyonları



Tartışma-Sonuç: Sert metal akciğer hastalığı özellikle metal işleme sırasında kobalt, karpit titanyum, molibden, vanadin gibi metallerle maruz kalanlarda görülür. Klinik olarak kuru öksürük ve nefes darlığı ile ortaya çıkar. Akciğer grafisinde alt alanlarda düzensiz, küçük ve bazen yuvarlak opasiteler görülür. Solunum fonksiyon testlerinde restriksiyon ve DLCO düşüklüğü görülür. Bronkoalveolar lavaj örneğinde tipik olarak multinükleer dev hücreler görülür. Akut hastalık durumunda prognoz iyi olup steroid tedavisi ile tamamen düzeliyor, kronik olgularda ve fibrozis geliştiği durumlarda tedaviye yanıt oldukça sınırlıdır.

Anhtar Kelimeler: kannibalistik, meslek, interstisyel, sert metal akciğer hastalığı

PS-085 Maruziyetin Sonlanması Sonrası Progresif Masif Pulmoner Fibrosis ile Seyreden Silikosarkoidoz Olgusu

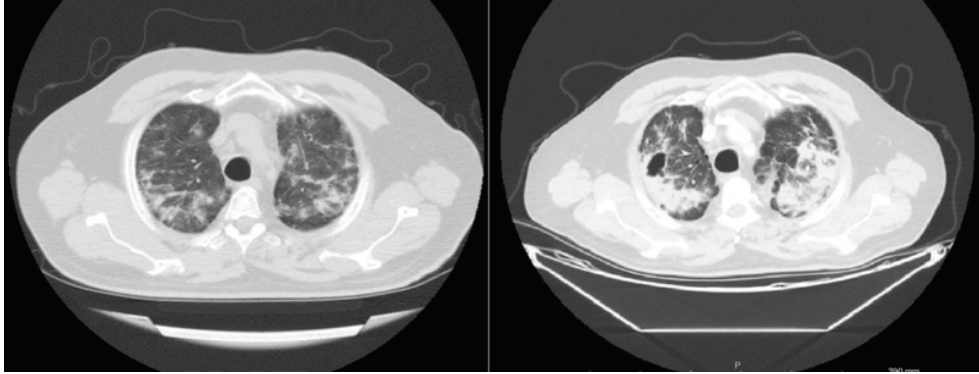
Ömer Fatih Özgül¹, Melike Yüksel Yavuz¹, Ceyda Anar¹, Muzaffer Onur Turan¹, Bünyamin Sertoğulları¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

Ömer Fatih Özgül / İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş-Amaç: Silikozisin ayırıcı tanısı sarkoidoz, berilyoz, hipersensitivite pnömonisi, malignite, tüberküloz ve diğer granülomatöz enfeksiyonları içerir. Sarkoidoz etiyolojisi tam olarak bilinmeyen sistemik granülomatöz bir hastalıktır ve silika, berilyum gibi mesleki maruziyet faktörlerin tetikleyici ajan olarak rol oynayabileceği düşünülmektedir. Silikozis sarkoidoz birlikteliği açısından yapılmış retrospektif çalışmalar silika maruziyeti olan işçilerde artmış sarkoidoz riski olduğunu göstermektedir. Bu iki hastalığın çeşitli birliktelikleri, örneğin birinin diğerinden önce veya sonra birlikte bulunması ve saptanması literatürde bildirilmiştir. Burada kısa süreli maruziyet sonrası ortaya çıkan, maruziyetin sonlanmasından sonra da progresif masif pulmoner fibrosis ile seyreden sarkoidozun eşlik ettiği olgumuzu literatür eşliğinde sunuyoruz.

Olgu: 61 yaşında erkek hasta göğüs ağrısı, 10 yıldır olan nefes darlığıyla başvurdu. 2012 yılında günde ortalama 8-10 saat 1 yıl boyunca cam kumlama işi öyküsü mevcut. Toraks BT'sinde bilateral üst zonlarda yoğun konsolidasyonlar gösteren fibrosis, sağda kaviter lezyon görüldü. Hastanın 2018 yılında HRCT'de iki akciğerde tüm zonlarda sınırları belirgin nodüler opasiteler, mozaik atenüasyon, mediastinal lenf nodları olduğu görülen ve 2019'dan itibaren olan görüntülemelerinde özellikle üst zonlardaki lezyonlarının 2023'e kadar konsolide hal almaya başladığı izlendi (Resim 1).2024 başvuru tarihli toraks BT'sinde sağ akciğer üst zonda konsolide alanların üzerinde yeni çıkan kaviter lezyon olması üzerine abse, fibrosis zemininde malignite, tüberküloz ayırıcı tanıları düşünülerek hastaya FOB yapıldı. FOB'ta alınan BAL materyalinde ARB menfi,sıvı bazlı sitoloji sonucu benign idi. Hastanın maruziyet kesildikten sonra 5 yıldır progresse olan konsolide alanlarından trucut doku biyopsisi yapıldı.Patoloji sonucu nonkazefikasyon nekrozu gösteren granülomatöz inflamasyon olarak gelmesi, dış merkezde yapılan serum ACE değerinde yükseklik,kan kalsiyum seviyelerinde yükseklik olan hastada silikozise eşlik eden sarkoidoz düşünülüp hastaya oral prednisolone tedavisi başlandı ve takibe alındı.



Resim 1. Solda 2021 Toraks BT bulguları ve sağda 2024 yılında görülen progresyon yeni oluşan kavitasyon

Tartışma-Sonuç: Silika otoimmün mekanizmayı aktive edebilir ve otoantikörlerin ortaya çıkmasına yol açabilir bu nedenle SLE, skleroderma, romatoid artrit ve sarkoidoz ile ilişkilendirilmiştir. Silikanın sarkoidoz tetikleyicisi olarak rolü kabul edilmiştir, ancak inorganik tozların genetik yatkınlığı olan ve olmayan kişilerde sarkoidozu tetikleyip tetikleyemeyeceği henüz açıklığa kavuşturulmamıştır. 2021'de "Sarkoidoz: Mesleki Bir Hastalık mı?" başlıklı makalede, silika maruziyetinin tarım, inşaat, itfaiye, dökümhaneler, kereste, madencilik gibi çeşitli sektörlerde sarkoidoz ile ilişkilendirilebileceği belirtilmiştir. Olgumuzda maruziyet durumu kısa süreli olsa da maruziyet kesildikten sonra radyolojik progresyonun olması silikozise sarkoidozun eşlik edebileceğini ve silikozisin kısa süreli maruziyet sonrası yıllar sonra da progresse olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Silikozis, Sarkoidoz, Silikosarkoidoz, Çevre ve Meslek Hastalıkları, Progresif Masif Pulmoner Fibrosis



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-086 Kompost Biyoaerosollerine Bağlı Gelişen Bir KOAH Olgusu

Görkem Vayisoğlu Şahin¹, Adem Koyuncu¹, Gülden Sarı¹, Rabia Ezber¹, Ceprail Şimşek¹

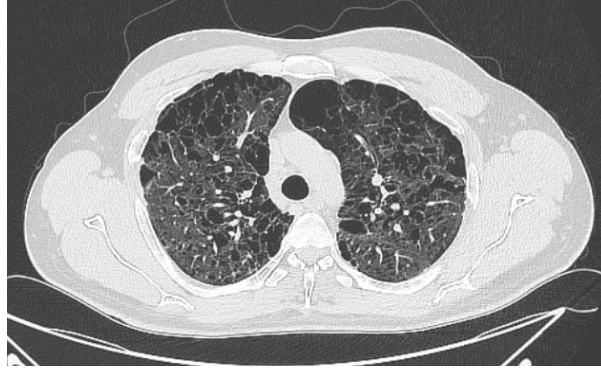
¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği

Görkem Vayisoğlu Şahin / Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İş ve Meslek Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), kalıcı, progresif hava akımı obstrüksiyonuna neden olan havayolları ve alveollerde(amfizem) anormalliklerin neden olduğu kronik solunumsal semptomlarla karakterize heterojen, bir solunum yolu hastalığıdır. Gelişiminde sigara içmenin yanı sıra, çevresel ve mesleki maruziyetlerin de önemli rol oynadığı bilinmektedir. Kompost üretimi sırasında organik tozlar, mikrobiyal sporlar ve zararlı gazlar akciğerlerde inflamasyon ve doku hasarı yaratabilir. Bu durum, zamanla amfizem gelişimine katkıda bulunabilmektedir.

Olgu: Bir yıldır öksürük ve nefes darlığı şikayeti olan hasta polikliniğe başvurmuş, meslek öyküsü nedeniyle tarafımıza yönlendirilmiş. Özgeçmişinde hastalık veya ameliyat öyküsü yoktu, hiç sigara içmemişti. Meslek öyküsünde 8,5 yıldır kompost üretimi yapan fabrikada ziraat mühendisi olarak çalışıyordu. Tavuk gübresi ve saman sapı karıştırılarak organik maddelerin kontrollü bir şekilde mikroorganizmalar tarafından çürütülerek toprak için faydalı hale getirilmesi işlemi yapılıyor, açık alanda faz1 işlemi sırasında 75-80°C'ye ulaşabiliyor ve yanma eylemi gerçekleşiyormuş. Açığa amonyak, aktinomiçes dahil çeşitli bakteri ve mantarlar ortaya çıkıyormuş. Faz 2 aşamasında kapalı alanda kompostun soğutulması ve miselle karıştırılması işlemi yapılıyormuş. Hasta önceden 10 yıl İran'da aynı işi yapmış. Kapalı alana giderken maske kullanıyor, açık alanda kullanmıyormuş. Vital bulgularında oda havası sPO₂: 78 olup; tansiyon, nabız normal ölçüldü. Bilateral solunum seslerinin azaldığı saptandı. Hastanın romatolojik markerları ve alfa-1 antitripsin enzim eksikliği testleri negatifti. Bronkoscopiyle BAL yapıldı, CD4/CD8:2.86 Lenfosit:%2 ,Lavaj sitoloji: İltihabi süreç olarak sonuçlandı. Solunum fonksiyon testi obstrüktif olarak değerlendirildi, reversibilite negatifti. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) bilateral yaygın paraseptal-büllöz amfizematöz değişiklikler izlendi (Şekil-1). Kompost üretim yerinde çalışan hastanın bu hastalığı yapacak etkenlere mesleki olarak maruz kalması,sigara içmemesi ve hastalığın başlangıcıyla maruziyetleri arasında zamansal ilişkinin bulunması sebebiyle mesleki amfizem ve kronik solunum yetmezliği olarak değerlendirildi

Hastanın Toraks BT görüntüsü



BT kesitinde bilateral amfizematöz değişiklikler izleniyor

Tartışma-Sonuç: Kompostların ayrışma sürecinde organik tozlara, metan, amonyak ve hidrojen sülfür gibi gazlara, aerobik ve anaerobik bakterilere,termofilik aktinomiçeslere ve mantarlara maruziyet olmaktadır. Bu maruziyetlerin amfizem,kronik bronşit, KOAH gelişimi için risk faktörü olarak kabul edildiğini destekleyen çalışmalar mevcuttur. Almanya'da 218 kompost işçisinin dahil edildiği çalışmada 5 yıllık maruziyetten sonra spirometri uygulanmış, sigara içmeyen işçilerin zorlu vital kapasitesi (FVC%) değerlerinin, gözlem süresi boyunca kontrol deneklerine kıyasla önemli ölçüde(-%5,4) azaldığı saptanmış; kronik bronşit semptomları olan işçilerin sayısında önemli artış gözlemlendiği bildirilmiştir. Kompost tesislerinde koruyucu stratejilerin geliştirilmesi ve uygulanması yol açabileceği hastalıkları önleme açısından önem taşımaktadır. Bu hastanın geç tanı alması hastalığın kronik solunum yetmezliği evresine ilerlemesine neden olmuştur. KOAH tanılı hastalarda mesleki maruziyetlerin sorgulanması hastalığın şiddeti ve prognozu açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: kompost, KOAH, amfizem, meslek



PS-087 Asbeste Bağlı Gelişen Round Atelektazi (Blesovsky Sendromu) : Olgu Sunumu

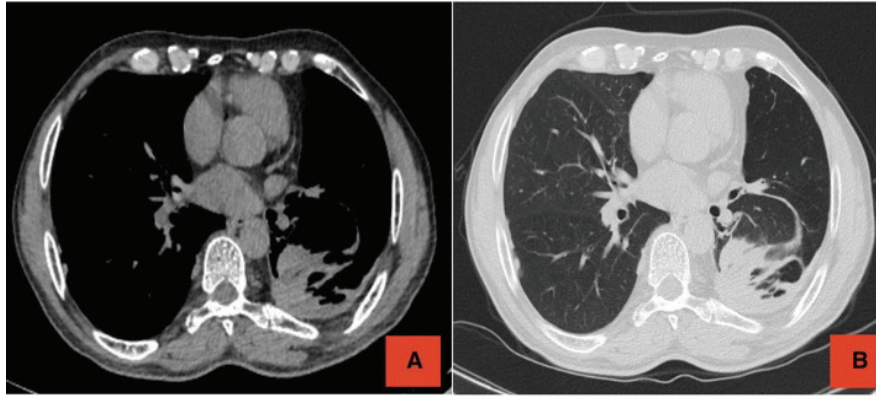
Emrullah Urtekin¹, Hadice Selimoğlu Şen¹, Abdurrahman Şenyiğit¹, Veysi Tekin¹

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

Emrullah Urtekin / Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları A.D. , Diyarbakır, Türkiye

Giriş-Amaç: Round atelektazi; plevral yüzeylerin birbirleriyle kaynaşması sonucu komşu akciğer dokusunda meydana gelen atelektatik görünümdür. Radyografik olarak akciğer bazalinde subplevral yuvarlak bir kitle olarak görülür. Bilgisayarlı tomografide (BT) 3 bulgusu vardır; yuvarlak veya oval kitle, kitlenin içinden geçen bronkovasküler yapıların oluşturduğu kavis (comet tail=kuyruklu yıldız görünümü), kalsifikasyonun bazen eşlik ettiği subplevral yağ hipertrofi veya komşu plevranın kalınlaşması. Genellikle asbest temaslarda görülse de tüberküloz, histoplazmozis, dressler sendromu ve hemotoraksta da saptanabilir.Çevresel asbest temasına ikincil gelişen pound atelektazi olgusu, ayırıcı taniya dikkat çekme amacıyla sunuldu.

Olgu: 56 yaşında erkek hasta göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Göğüs ağrısı haricinde solunumsal semptomu yoktu. Özgeçmişinde çevresel asbest maruziyeti vardı Solunum sistemi fizik muayenesi doğaldı. Rutin laboratuvar değerlerinde anormal bir bulguya rastlanmadı. Bilinen kronik bir hastalığı yoktu. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de sol akciğerde plevral kalınlaşma ile beraber plevral tabanlı kitle lezyonu Şekil 1A -1B) saptanması üzerine mezotelyoma, akciğer kanseri ön tanıları ile pozitron emisyon tomografi (PET)-BT çekildi. PET-BT 'de sol akciğerdeki kitlesel lezyonda patolojik tutulum yoktu. Radyolojik görünümü round atelektazi ile uyumlu olan ve asbest teması olan hastaya klinik, radyolojik takip önerildi.



Resim 1. Toraks bilgisayarlı tomografide round atelektazi görünümü

Tartışma-Sonuç: Round atelektazinin patogenezi tam olarak bilinmemekle beraber, viseral plevranın inflamatuvar reaksiyonu ve fibrozisine bağlı olduğu düşünülmektedir. Fibröz doku olgunlaştıkça büzülür ve plevranın akciğer parankimine doğru katlanmasına neden olur ve bu da atelektaziye neden olur. En sık asbest maruziyeti sonucu oluşur. Toraks BT'de karakteristik bir görünüme sahiptir. Ana ayırıcı tanı akciğer kanseridir. Tipik radyolojik görünüme rağmen, hemoptizi, anoreksiya, kilo kaybı) gibi klinik bulgular eşlik ederse histopatolojik değerlendirme gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: round atelektazi, çevresel asbest, blesovsky sendromu



PS-088 Nadir Görülen Bir Olgu: Akut Dağ Hastalığı

Hüseyin Yunus Doğan¹, Furkan Atasever¹

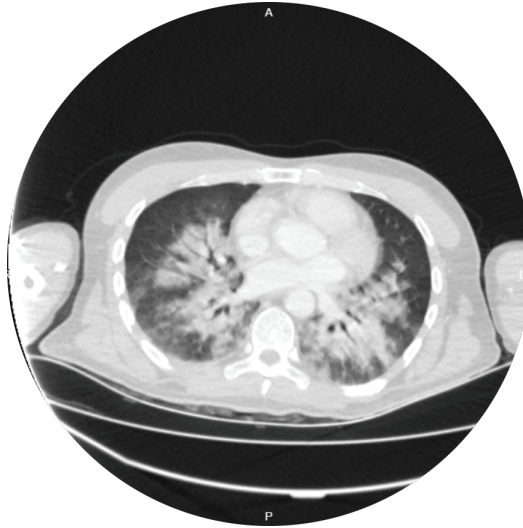
¹Yedikule göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi

Hüseyin Yunus Doğan / Yedikule göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş-Amaç: Akut yüksek irtifa hastalığı (akut dağ hastalığı), >2500 m tırmanıştan sonraki 1-5 gün içerisinde görülebilen, temel olarak havadaki parsiyel oksijen basıncının düşmesiyle hipokseminin neden olduğu ulaşılan yüksekliğe, tırmanma hızına, o yükseklikte geçirilen zamana ve bireyin fizyolojik tepkisine (aklimatizasyon) bağlı olarak baş ağrısı, halsizlik, mide bulantısı gibi nonspesifik semptomlarla ya da mortalite riski yüksek olan non kardiyojenik pulmoner/serebral ödem kliniğiyle karşılaşılan durumdur. Sadece Türkiye'de 2022 yılında 20.000'den fazla insan zirve yüksekliği 5137 m olan Ağrı Dağına tırmanış yapmıştır. Bu yazının amacı, akut dağ hastalığının gelişimini önlemek için etkili stratejiler ve yöntemlerin uygulanmasının önemi vurgulanmak istenmiştir.

Olgu: 39 y erkek hasta Ağrı Dağı'na yaklaşık 4200 m tırmanışın 3. gününde ortaya çıkan baş ağrısı, halsizlik, öksürük ve nefes darlığı şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde belirgin özellik yoktu. Sigara içmiyor. Daha öncesinde dağ tırmanışları mevcut; fakat sağlık problemi yaşamamış. İlk başvuru fizik muayenesi; genel durumu iyi, şuurlu, GKS: 15. Vital bulgularında; Ateş: 36,4°C, KTA:116/dk TA:126/74mmHg, SS: 28/dk, SpO₂: 71(OH) idi. Solunum seslerinde tüm zonlarda kaba ral duyuldu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar bulgularında CRP:101mg/L, AKG: pH:7,46, pCO₂:32, pO₂: 44 sO₂:72. Diğer sonuçları normal aralıkta idi. Toraks BT görüntülemesinde santral yerleşimli, bilateral yaygın buzlu cam dansiteleri izlendi. Kranial görüntülemelerinde patoloji saptanmadı. Kardiyoloji konsültasyonunda kardiyak patoloji izlenmedi. Hasta yoğun bakım ünitesine yatırılarak tedavisi; pantoprazol 1*40mg/g, deksametazon 4*4mg/g, enoksaparin 1*0,4IU/g, ondansetron 2*4mg/g, parasetamol 2*1gr/g, 6-8lt/dk O₂, CPAP 5cmH₂O 4*2 h/g olarak düzenlendi. Takibinin 3. Gününde oksijen ihtiyacı azalan hasta göğüs hastalıkları servisine alındı. Tedavisinin 7. Gününde oksijen ihtiyacı kalmayan hasta taburcu edildi.

Toraks BT



Tartışma-Sonuç: Akut dağ hastalığının (ADH) pulmoner ödem, serebral ödem gibi ciddi sorunlara sebep olabilen bir hastalıktır. Bu sebeple ADH'nin önlenmesi, yüksek rakımlı bölgelerde güvenli ve sağlıklı aktiviteler gerçekleştirmek isteyen bireyler için kritik bir konudur. Bu bağlamda, çeşitli önleme stratejileri literatürde geniş şekilde ele alınmıştır. Öncelikle, aklimatizasyon süreci ADH'nin önlenmesinde temel yaklaşımdır. Yavaş ve kontrollü yükselme (günlük <500m), vücudun oksijen seviyelerindeki değişikliklere uyum sağlamasını kolaylaştırır. Diğer önemli konuya eğitim ve bilinçlendirilmedir. Dağcılar ve yüksek irtifa aktivitelerine katılan kişilerin ADH belirtileri hakkında bilgi sahibi olmaları, erken tanı ve müdahale için kritik öneme sahiptir. Eğitim programları ve bilgilendirme kampanyaları, bireylerin ADH'nin belirtilerini tanımalarını ve gerekli önlemleri alarak hastalığın etkilerini azaltmalarını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: akut dağ hastalığı, yüksek irtifa hastalığı



PS-089 Küflü Peynir ile İlişkilendirilen Hipersensitivite Pnömonisi

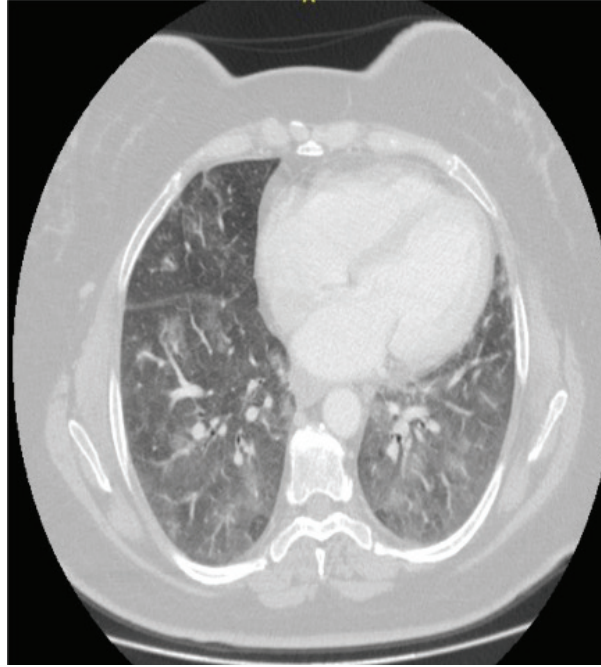
Selen Doğan¹, Vahide Özdemir¹, Elif Akıncı Aydın¹, Esra Akdekin Soydan¹,
Mustafa Ersözlü¹, Deniz Doğan Mülazimoğlu¹, Turan Acıcan¹

¹Ankara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Selen Doğan / Ankara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Ekstresek allerjik alveolit olarak da bilinen hipersensitivite pnömonisi (HP), inhalasyon yolu ile alınan antijene karşı akciğer parankiminde gelişen abartılı bir immunolojik reaksiyondur. Klinik tablo maruz kalınan antijen yoğunluğu ve maruz kalınan süre ile ilişkilidir. Aşağıda, kliniğimizde HP tanısı konulan olgu sunulmuştur.

Olgu: 60 yaşında bilinen diyabetes mellitus, hipertansiyon, aterosklerotik kalp hastalığı, atriyal fibrillasyon tanıları bulunan hasta tarafımıza nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile başvurdu. Hastanın, 2 yıldır mMRC3 düzeyinde olan nefes darlığı ve 3 aydır olan sarı beyaz renkli balgam şikayetleri mevcutmuş. Benzer şikayetler ile 3 ay önce pnömoni ön tanısı ile kinolon tedavisi başlanmış. Fakat hastanın semptomlarında gerileme olmamış. Tarafımıza başvuru anında yapılan fizik muayenesinde bibaziller ral duyulan hastanın vitalleri stabil, oda havasında saturasyonu %94 ölçülmüş. Dispne etiyolojisi saptanması amacı ile servisimize yatırıldı. Alınan arter kan gazı örneğinde pH: 7.48 PaCO₂: 35 mmHG PaO₂: 68 mmHG saturasyon: %95 izlenen hastanın yatışında çekilen akciğer grafisinde alt ve orta zonlarda yaygın retikülonodüler heterojen opasiteler tespit edildi. Toraks bilgisayarlı tomografide mozaik perfüzyon izlendi. Solunum fonksiyon testlerinde FVC:2.96 lt %118, FEV₁: 2.50 lt %119, FEV₁/FVC %84, FEF₂₅₋₇₅ 25: 3.19lt %112 DLCO: 13.2 mLCO/dk/mm %62 hesaplandı. Subakut HP ön tanısı ile bronkoalveolar lavaj (BAL) işlemi uygulandı. Alınan BAL örneğinde %66 lenfosit hakimiyeti ve CD4/CD8: 0.25 görülmesi üzerine hastaya HP tanısı konuldu. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde 10 yılı aşkın süredir her gün, günde 3 öğün olacak şekilde küflü peynir tüketimi olduğu öğrenildi. Maruziyetten uzaklaşma önerildi ve metilprednisolon 0.5mg/kg tedavisi başlandı. Hastanın semptomlarında ve radyolojik görüntülemelerinde tama yakın düzelme görüldü.



Resim 1. Toraks BT: bilateral yaygın buzlu cam opasiteleri, sentrilobüler buzlu cam nodülleri, mozaik atenüasyon

Tartışma-Sonuç: Hipersensitivite pnömonisi tanısı hastanın klinik, radyolojik ve histopatolojik verilerine dayanarak konulur. Semptomları açıklanamayan hastalarda bu aşamada detaylı bir anamnez alınması ve maruziyet sorgulanması önem taşımaktadır. Bu amaçla kullanılabilecek detaylı bir sorgulama formu rutin olarak kullanılmalıdır. İlgili olgu, küflü peynir yeme alışkanlığının HP'ye neden olabileceğini kanıtlar niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Hipersensitivite Pnömonisi, Bronkoalveolar Lavaj, Küflü Peynir



PS-091 PAP Tedavisi Sonrası Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Psikolojik ve Klinik Değerlendirme

İrem Bozdoğan Sert¹, Mustafa Yüceer¹, Deniz Bilici¹, Sacit İçten¹, Burcu Arpınar Yiğitbaş¹, Esra Yazar¹

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

İrem Bozdoğan Sert / İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS), uyku sırasında hava yolunun kısmi tıkanıklığı ile tekrarlayan nefes durmaları ve hipoksi ile karakterize bir hastalıktır. Ancak, OUAS'un yalnızca fiziksel etkileri değil, aynı zamanda psikolojik etkileri de dikkate alınmalıdır. PAP tedavisi, bu hastalar için en yaygın kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir. Bu çalışmada, PAP tedavisi sonrası hastaların genel sağlık durumları, cihaz kullanımı, memnuniyetleri ve psikolojik durumları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: OUAS nedeniyle tanı konmuş ve PAP tedavisi kullanan hastaların en az 6 ay PAP tedavisi kullanımları sonrası kontrollerinde BMI, eşlik eden hastalıklar, PAP tedavi uyumu, tedavi memnuniyeti, hafıza kartı ile saptanan kontrol AHI değerleri, Epworth, BECK A ve BECK D anket skorları kayıt edilmiş; bunlar arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 66 hasta dahil edilmiş olup hastaların %68.2'si erkek cinsiyette idi. Ortalama yaş 58.52 ± 10.93 olarak saptandı. Hastaların %77.3'ünün en az bir ek hastalık taşıdığı, en sık görülen ek hastalık olarak da kardiyovasküler hastalıklar olduğu görüldü. Hastaların %90'ı CPAP tedavisi kullanmakta iken % 9.1'i (6 hasta) otoCPAP kullanmaktaydı. Hastaların %93.9'u 6 aydan fazla CPAP tedavisi görmekte olduğu, %92.4'ünün ise tedaviden çok memnun olduğu saptandı (Tablo1). Korelasyon analizleri sonucu Bel çevresi, Kalça çevresi, kullanılan cihaz basıncı, Beck A ve Beck D skorlarının Epworth uykululuk skorlaması ile anlamlı derecede korele olduğu izlendi ($r=0.304$ p:0.030, $r=0.302$ p:0.031, $r=-0.271$ p:0.046, $r=0.602$ p<0.001 ve $r=0.547$ p<0.001; sırasıyla) (Resim 1). Tedavi öncesi AHI değerinin ise kilo ve cihaz basıncı ile korele olduğu saptandı ($r= 0.315$ p: 0.011 $r=0.501$ p<0.001). Tedavi sonrası AHI ile Epworth ve Beck ölçükleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamadı.

Tablo

Resim 1: Korelasyon tablosu

		Epworth	Bel Ç	Kalça Ç	CİHAZ BASINCI	Beck-A	Beck-D
Epworth	Korelasyon katsayısı p değeri	1					
Bel Ç	Korelasyon katsayısı p değeri	,304* ,030	1				
Kalça Ç	Korelasyon katsayısı p değeri	,302* ,031	,891** <0,001	1			
CİHAZ BASINCI	Korelasyon katsayısı p değeri	-,271* ,046	-,028 ,844	-,061 ,669	1		
Beck-A	Korelasyon katsayısı p değeri	,602** <0,001	,314* ,026	,397** ,004	-,229 ,100	1	
Beck-D	Korelasyon katsayısı p değeri	,547** <0,001	,021 ,887	,080 ,594	-,124 ,389	,579** <0,001	1

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...



Hastaların genel özellikleri

Değişkenler	Toplam hasta N= 66
Yaş ortalama \pm SD	58.52 \pm 10.93
Cinsiyet n (%)	
Erkek	45 (68.2)
Kadın	21 (31.8)
Boy	168.08 \pm 9.068
Kilo	93.94 \pm 17.011
BMI	33.3524 \pm 6.18003
Boyun	42.15 \pm 3.310
Bel	117.10 \pm 13.654
Kalça	117.67 \pm 11.888
Sigara	
Nonsmoker	28 (42.4)
Smoker	8 (12.1)
Exsmoker	30 (45.5)
Sigara paket/yıl medyan (ÇAA)	20 (21)
Ek Hastalıklar n (%)	
Hiçbir ek hastalık yok	15 (22.7)
En az bir ek hastalık var	51 (77.3)
Kardiyovasküler Hastalıklar n (%)	
Yok	20 (30.3)
Var	46 (69.7)
Nörolojik Hastalıklar n (%)	
Yok	61 (92.4)
Var	5 (7.6)
Kronik Akciğer Hastalıkları n (%)	
Yok	59 (89.4)
Var	7 (10.6)
Endokrin Sistem Hastalıkları n (%)	
Yok	39 (59.1)
Var	27 (40.9)
Tedavi öncesi PSG AHI medyan (ÇAA)	41.40 (27.30)
Cihaz Tipi n (%)	
CPAP	60 (90.9)
OtoCPAP	6 (9.1)
Cihaz Basıncı	
CPAP medyan (ÇAA)	7 (1)
OtoCPAP	4-10
Maske Tipi n (%)	
Nazal	51 (77.3)
Oronazal	15 (22.7)
Cihaz Kullanım süresi n (%)	
<6 ay	4 (6.1)
\geq 6 ay	62 (93.9)



Cihaz Memnuniyeti n (%)	
Orta dereceli memnunum	5 (7.6)
Çok memnunum	61 (92.4)
Tedavi sonrası AHI medyan (ÇAA)	1.65 (2.75)
Epworth skoru medyan (ÇAA)	4.0 (5.5)
Epworth skoru kategorik, n (%)	
Gündüz uykululuk yok (epworth<10)	49 (89.1)
gündüz uykululuk var (epworth >=10)	6 (10.9)
BECK A skoru medyan (ÇAA)	8.0 (16)
BECK A skoru kategorik, n (%)	
Anksiyete yok (<8)	24 (45.3)
Anksiyete mevcut (>=8)	29 (54.7)
BECK D skoru medyan (ÇAA)	7.0 (8.3)
BECK D skoru kategorik, n (%)	
Depresif belirtiler yok (<10)	30 (60)
Depresif belirtiler var (>=10)	20 (40)

Tartışma-Sonuç: Bu çalışmada, PAP tedavisinin uyku apnesi hastalarında solunum olaylarını azalttığı ve hastalarda depresyon ve anksiyete seviyesi arttıkça gündüz uykululuk halinin de artmakta olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, anksiyete ve depresyonun bu hasta grubunda yaygın olduğu ve gündüz uykululukla ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle, uyku apnesi tedavisine ek olarak psikolojik destek de hastaların yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynayabilir.

Anahtar Kelimeler: obstruktif uyku apne sendromu, beck anksiyete, beck depresyon, PAP

PS-092 Romatoid Artrit Hastasında Plevral Efüzyon: Tanısal Zorluklar ve İmmüsupresif Tedaviye Bağlı Komplikasyonlar

Şerife Torun¹, Ayşegül Çallı¹, Öznur Güvenç Uzunay¹, Mustafa Gültekin²

¹Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları Kliniği, Konya

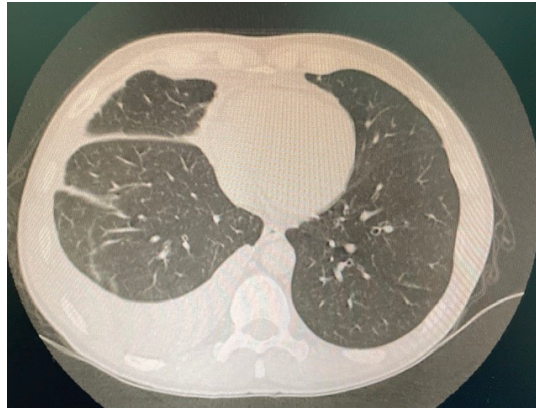
²Konya Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Konya

Şerife Torun / Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları Kliniği, Konya

Giriş-Amaç: Romatoid artrit (RA), kronik, inflamatuvar ve otoimmün bir hastalık olup eklemlerin yanı sıra sistemik tutulumlarla seyredebilir. Pulmoner komplikasyonlar, RA'nın önemli ekstrapulmoner bulguları arasında yer alır. Plevral efüzyon (PE), RA'ya bağlı sık görülen ancak tanı ve tedavi sürecinde önemli zorluklara yol açan bir komplikasyondur. RA'ya bağlı PE, romatoid plevrit olarak karşımıza çıkabileceği gibi, immüsupresif tedavi yan etkileri veya sekonder gelişen enfeksiyonlardan kaynaklanabilir. Bu olgu sunumunda, RA'lı bir hastada gelişen PE'nin ayırıcı tanısı ve immüsupresif tedaviye bağlı komplikasyonlar ele alınmıştır.

Olgu: 41 yaşındaki erkek hasta, nefes darlığı ve halsizlik şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde, 3 yıldır RA tanısı olduğu ve ilaçlarını düzensiz kullandığı öğrenildi. Yaklaşık 1 ay önce hastalığında kötüleşme gözlemlendiği ve iki haftada bir metotreksat (MX) tedavisine geçildiği belirtildi. İlk MX dozundan bir hafta sonra şikayetleri başlayan hasta, iki hafta sonra polikliniğimize başvurdu. Görüntüleme bulgularında sağda masif PE saptandı. Tanısal ponksiyonla sarı renkli, bulanık görünümde eksuda vasfında sıvı elde edildi. Sıvıda LDH 6925 U/L, glikoz 0 mg/dL ve ADA 176 U/L olarak ölçüldü. ARB ve PCR negatif geldi. Hasta göğüs cerrahisiyle konsülte edilerek dekortikasyon uygulandı. Plevral biyopsi non-spesifik inflamatuvar bulgularla sonuçlandı.

Toraks tomografi görüntüsü



Toraks tomografisinde sağ akciğerde plöroparankimal fibrotik bantlar mevcuttur. Sağ hemitoraksta en derin yerinde 7 cm ölçülen plevral efüzyon izlenmektedir.

Tartışma-Sonuç: RA'nın pulmoner komplikasyonları arasında PE önemli bir yer tutar ve genellikle orta yaşlı erkeklerde ortaya çıkmaktadır. RA da PE, RA'ya bağlı romatoid plevrit, immüsupresif tedavilerin yan etkileri veya bu tedavilere sekonder gelişen enfeksiyonlar gibi çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir. Ayrıca böyle vakalarda PE'nin oluşma sebebinin MX gibi, kendisi bizzat PE yapan ilaçların yan etkisine bağlı olacağı da unutulmamalıdır. RA ya bağlı PE larda yüksek LDH, düşük glukoz ve düşük PH saptanmaktadır. İlaçlara bağlı oluşan PE larda ve RA ya bağlı PE larda ve ilaca bağlı PE da mai eksuda vasıflı olmaktadır. Olgumuzda ADA düzeyi de oldukça yüksekti ancak RA ve Tüberkülozda da yüksek ADA düzeyleri olduğu için ayırıcı tanıyı zorlaştırmıştır. İmmüsupresif tedavi altındaki RA hastalarında tüberküloz veya fırsatçı enfeksiyonlar mutlaka göz önünde tutulmalıdır. Bu olgu, immüsupresif tedavi gören RA hastalarında PE geliştiğinde tanısal yaklaşımın önemini ve immüsupresif tedavi altındaki hastalarda enfeksiyon riskini vurgulamaktadır. Erken tanı, multidisipliner yaklaşım ve uygun tedavi, bu hastalarda prognozu iyileştirebilir ve komplikasyonları önleyebilir.

Anahtar Kelimeler: plevral efüzyon, romatoid artrit, metotrexat



PS-093 Şiddetli Öksürük Sonrası Gelişen Pnömomediastinum: Olgu Sunumu

İbrahim Koç¹

¹Bursa Şehir Hastanesi

İbrahim Koç / Bursa Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Şiddetli öksürük hastayla beraber hastanın sosyal çevresine de rahatsızlık vermekte ve başlangıç radyolojik değerlendirmelerinde patoloji saptanmayan hastalarda tanı koyma aşamasında hekimleri zorlayabilmektedir. Şiddetli öksürük sonrası pnömomediastinum nadir görülse de hayatı tehdit edebilen bir durumdur. Burada akciğer grafisinde belirgin patoloji saptanmamasına rağmen şiddetli öksürük sonrası pnömomediastinum gelişen bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi yaşında kadın hasta kliniğimize üç gündür gribal enfeksiyon sonrası başlayan öksürük ve gün içinde başlayan bıçak saplanır tarzda göğüs ve boğaz ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Hastanın yapılan sorgulamalarında bilinen kronik bir hastalığı, maruziyeti veya ilaç kullanım hikayesi olmadığı anlaşıldı. Fizik muayenede hafif takipneik ve dispneik olan hastada dinlemekle belirgin bulgu saptanmadı. Oda havasında oksijen saturasyonu %94 olarak ölçüldü. Akciğer grafisinde belirgin bir patoloji saptanmadı ancak çekilen akciğerlerin bilgisayarlı tomografisinde mediastende hava dansiteleri olduğu görüldü (Şekil 1)



Şekil 1. Mediastende yaygın hava dansiteleri izlenmiş olup görünüm pnömomediastinum ile uyumludur.

Tartışma-Sonuç: Pnömomediastinum mediastende serbest hava olması durumu olup hayatı tehdit edebilen solunum sıkıntılarına yol açabilmektedir. Çoğunlukla travma veya kesici delici alet yaralanmalarından sonra görülmekle birlikte olgumuzda olduğu gibi nadir de olsa şiddetli öksürük sonrası da gelişebilmektedir. Sonuç olarak akciğer grafisi normal dahi olsa fizik muayene ile açıklanamayan nefes darlığı ve saturasyon düşüklüğü saptanan hastalarda şiddetli öksürük varlığında pnömomediastinumdan şüphelenilmeli ve akciğer tomografisi ile değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Öksürük, Pnömomediastinum, Şiddetli

PS-094 Total Akciğer Lavajı Yapılan Pulmoner Alveolar Proteinozis: Nadir Bir Olgu

Sinem Berik Safçı², Özlem Erçen Diken², Hatice Şimşek Ülkü³, Şerife Arslansoy Anacık¹, Sibel Kara², Cansu Eda Yılmaz⁴

¹Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği Adana, Türkiye

²SBÜ, Adana Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD Adana, Türkiye

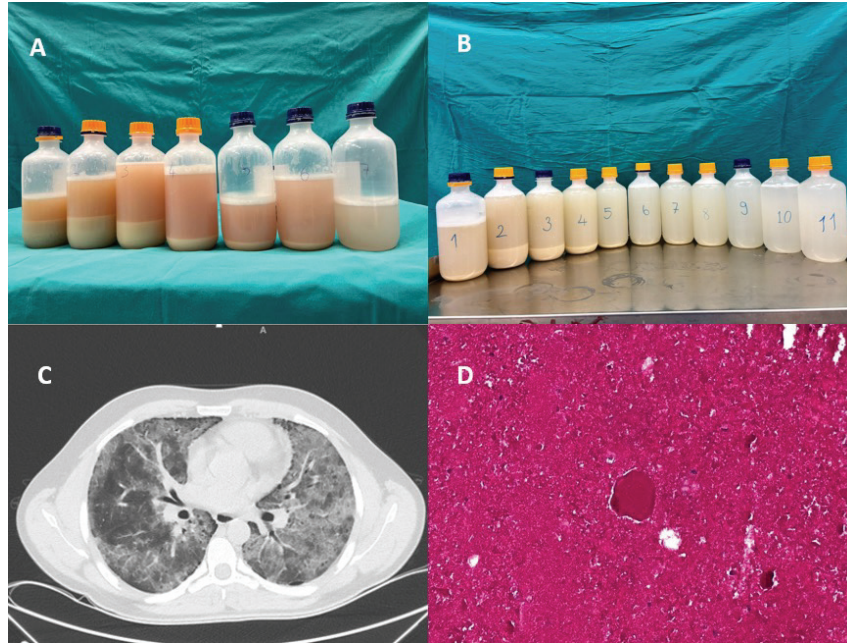
³Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi Kliniği Adana, Türkiye

⁴Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği Adana, Türkiye

Şerife Arslansoy Anacık / Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği Adana, Türkiye

Giriş-Amaç: Alveollerde protein birikimi ile karakterize nadir görülen bir akciğer hastalığı olan Pulmoner Alveolar Proteinozis tanısı alan hastayı, tanı yöntemlerini ve tedavisinde önemli bir yere sahip total akciğer lavajı yöntemini sunmayı amaçladık.

Olgu: 24 yaşında erkek hasta, akut nonproduktif öksürük, 6 ay önce başlayan progressif nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Başvuru esnasında genel durumu orta, bilinç açık, oryante, koopere idi. Solunum sayısı/dakika:32, kalp hızı/dakika:110. Dinlemekle her iki akciğerde bazalarda daha yaygın ince raller mevcuttu. İstirahat halinde oda havasında SpO₂: %89 idi. Her iki el parmaklarında çomaklaşma ve siyanoz mevcuttu. Özgeçmişinde, bilinen ek hastalığı, alerji öyküsü yoktu. 15 paket/yıl sigara öyküsü olup, meslek olarak yaklaşık 11 yıldır erkek kuaförlüğü yapmaktaydı. Laboratuvar değerleri tablo 1'deki gibiydi. Elektrokardiyografi normaldi. Solunum fonksiyon testinde, zorlu vital kapasite (FVC) %61, birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar hacim (FEV₁) % 65, FEV₁'in zorlu vital kapasiteye oranı (FEV₁/FVC) %89.8 idi. Çekilen posteroanterior (PA) akciğer grafisinde bilateral üst zonlarda paratrakeal dansite artışı ile alt zonlarda daha yaygın, düzensiz sınırlı heterojen dansite artışı mevcuttu. Toraks BT'de: her iki akciğer parankiminde orta-alt zonda daha belirgin olmak üzere parasantral-periferik ağırlıklı yamasal birleşme eğilimi "buzlu cam opasiteleri ve sekonder interlobüler septal kalınlaşma alanları ile birlikte kaldırım taşı görünümü" mevcuttu (Resim 1). Bronş lavajı sitolojik incelemesinde periyodik asit-schiff pozitif lipoprotein materyali (PAS+) saptandı. Pulmoner alveoler proteinozis (PAP) tanısı konulan hastaya genel anestezi altında önce tek akciğer sonra diğer akciğer olmak üzere total akciğer lavajı yapıldı ve her seferinde gelen sıvı berraklaşınca kadar işleme devam edildi (Resim 1). İşlem sonrası hastada klinik iyileşme ve saturasyon değerlerinde iyileşme gözlemlendi.



Resim 1. A-Total Akciğer Lavajı 1-sağ, B-Total Akciğer Lavajı 2-sol, C-Bilateral Buzlu Cam Manzarası (Crazy Paving), D-Hücre Bloğu Pas Boyası ile Pozitif Boyanma



WBC	5.84 10 ³ /μl	GGT	54 U/L
RBC	5.30 10 ⁶ /μl	ALP	93 u/L
HGB	17 g/dl	Amilaz	79 U/L
HCT	49.7	Lipaz	30 U/L
MCV	92.8 f/L	anti SS-A	Negatif
PLT	219 10 ³ /μl	anti ribozomal antikor	Negatif
Glukoz	89 mg/dl	anti SM	Negatif
Üre	3 mg/dl	antiSM/RNP	Negatif
Kreatin	1.06 mg/dl	anti Jo-1	Negatif
eGFR	98	anti SS-B	Negatif
Albumin	49 g/L	anti sentromer	Negatif
Total Protein	68 mg/dl	anti scl-70	Negatif
CRP	12.5 mg/L	anti histon antikorları	Negatif
Prokalsitonin	0.08	antinukleer antikorlar	Negatif
D. Billirubin	0.20 mg/dl	p-ANCA	0.01 U/ml
T. Billurubin	0.79 mg/dl	PR3-ANCA	0.85 U/ml
Trigliserid	93 mg/dl	IgA	1.52 g/L
AST	160 U/L	IgM	0.85 g/L
ALT	90 U/L	IgG	6.5 g/L
LDH	608 U/L	IgD	6.5 mg/L

Tablo 1. Başvuru sırasındaki laboratuvar değerleri.

Tartışma-Sonuç: PAP, alveollerde lipo-proteinöz materyal birikmesiyle sonuçlanan nadir bir pulmoner sürfaktan homeostaz bozukluğu olup ciddi hipoksemiye yol açar. Sıklıkla öksürük ve dispne görülür. Görüntülemelerde bilateral ve simetrik olarak alveoller içerisinde konsolidasyon ve buzlu cam manzarası mevcuttur. Akciğer biyopsisi, transbronşial biyopsi veya sıklıkla radyoloji ve BAL'ın birlikte değerlendirilmesi ile tanı konur. Bronkoalveolar lavaj sıvısı (BALF), karakteristik sütsü ve opak görünümüyle tanıyı koyar. BAL, bulanık bir tortu tabakasına ve yarı saydam bir üst sıvıya çöker. BAL mikroskopisi, Periyodik Asit-Schiff (PAS) pozitif materyali gösterir. Total Akciğer Lavajı PAP tedavisinde etkili standart bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: total akciğer lavajı, nadir akciğer hastalıkları, pulmoner alveoler proteinozis

PS-095 Progresif Akciğer Tutulumu ile Castleman Hastalığı

Sevim Nur Erkayran¹, Özlem Erçen Diken², Sinem Berik Safçı², Sibel Kara², Elif Suyarı³

¹Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²SBÜ Adana Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

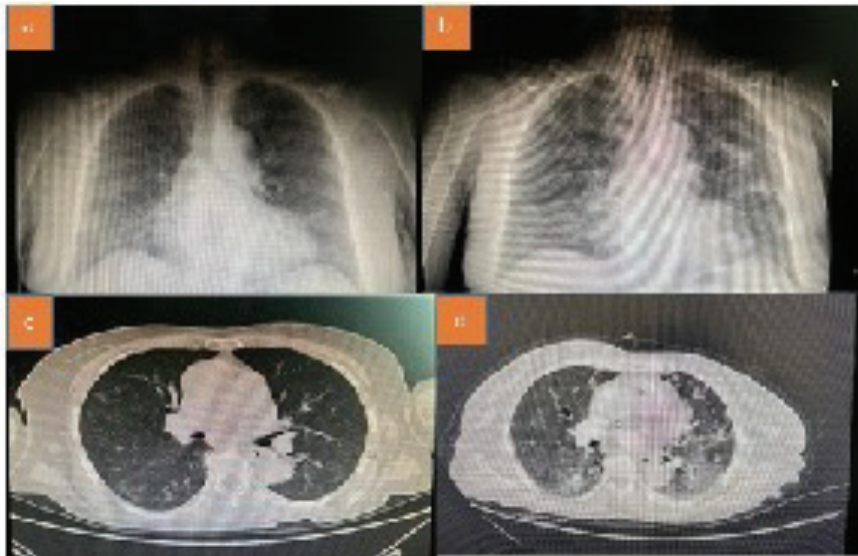
³Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği

Sevim Nur Erkayran / Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

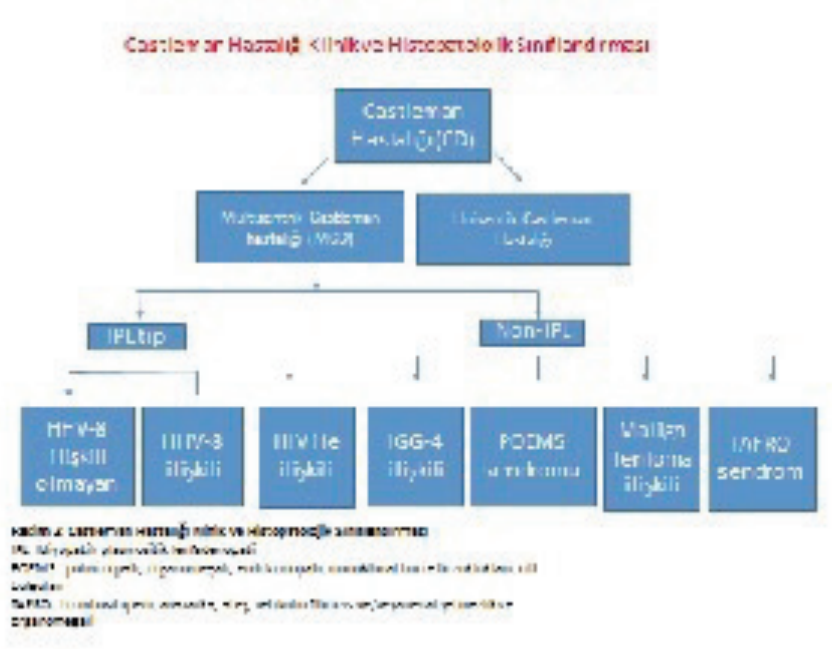
Giriş-Amaç: Castleman hastalığı; anormal lenf nodu hiperplazisi ve immun sistem bozukluğu ile karakterize lenfoproliferatif nadir görülen bir hastalıktır. İntratorasik tutulum yaygındır. Öksürük, ateş, dispne en sık semptomlarıdır. Akciğer yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide (BT) yaygın lenfadenopati, farklı boyutlarda multiple nodüller, buzlu cam opasiteleri ile karşımıza çıkar. Multiple nodüller (özellikle solid nodüller), kistler ve yamalı infiltrasyonlar sık pulmoner radyolojik bulgulardır. Temel olarak iki ana başlıkta sınıflandırılır. Tek lenf nodu tutulumu ile seyreden unisentrik Castleman hastalığı; multiple lenf nodu tutulumu ve sistemik bulgularla karşımıza çıkan multisentrik Castleman hastalığıdır. Patogenezinde immünojenik IL-6 disregulasyonu önemlidir. Histolojik olarak hiyalin vasküler ve plazma hücreli varyant olarak incelenir. Bu yazıda intratorasik tutulumlu Castleman hastalığı tanıli bir olgu sunulmuş ve tartışılmıştır.

Olgu: 59 yaşında kadın hasta; 2,5 aydır devam eden nefes darlığı, öksürük ve balgam şikayetleri ile BT'de nodüllerinde progresyonla tedavi açısından yönlendirildi. 10 sene önce aksilla lenf nodu örneklemesinde histopatolojik olarak tanımlanan Castleman hastalığı tanısı mevcuttu. Soygeçmişinde tiroitte foliküler neoplazi, adrenal yetmezlik mevcut. Tanı aldıktan sonra sistemik tedavi olarak 1,5 yıl öncesinde rituksimab almıştı. Fizik muayenesinde bilateral akciğer sesleri azalmıştı. Oda havasında satürasyon 95'ti. Solunum fonksiyon testinde zorlu vital kapasite (FVC) 4.30 ml, %155, birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm (FEV1) 3.41 ml, %145, FEV1/FVC %79 idi. Çekilen posteroanterior(PA) akciğer filminde bilateral hemitoraksta retiküler dansite artışı ve hiler dolgunluk saptandı. 1 yıl önceki akciğer grafisi ile karşılaştırıldığında heterojen görünümde artış saptandı. Radyolojisinde bir yıl arayla çekilen BT'de akciğer nodüllerinde progresyon saptandı. (Resim 1) Hastanın mevcut kliniği altta yatan hastalığın progresyonu olarak düşünüldü. Tedavisinin hematoloji ile beraber yönetilmesi düşünülmüştür.

Resim 1 Radyolojik bulgular, Resim 2 Castleman hastalığı sınıflandırılması



Resim 1. Posteroanterior (PA) akciğer grafisinde bilateral hemitoraksta retiküler dansite artışı ve hiler dolgunluk saptandı. 1 yıl önceki PA akciğer grafisinde bilateral hemitoraksta retiküler dansite artışı ve hiler dolgunluk saptandı. 1 yıl önce çekilen posteroanterior (PA) akciğer grafisi ile karşılaştırıldığında heterojen görünümde artış saptandı. Radyolojisinde bir yıl arayla çekilen BT'de akciğer nodüllerinde progresyon saptandı.



Tartışma-Sonuç: Castleman hastalığı klinik ve patolojik olarak birçok alt gruba ayrılan lenfoproliferatif hastalıktır. (Resim 2) Yaklaşık %70'inde mediastinal veya hiler lenfadenopati ve/veya soliter kitle görülmektedir. Ayırıcı tanıda, otoimmün hastalıklar (immunglobulin G4 ilişkili hastalıklar, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, still hastalığı), neoplastik hastalıklar (lenfoma, bronşial adenom, toraks duvarı tümörleri, schwannoma), enfeksiyöz hastalıklar (Ebs-tein-Barr virüs, sitomegalovirüs, tüberküloz) düşünülmelidir. Unisentrik tiplerinde tedavi lokal cerrahi olup, multisentrik tiplerinde tedavi multisistemiktir. Hastamız diffüz parankimal akciğer hastalığı Castleman hastalığı olarak nadir bir olgu olması nedeniyle sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: castleman hastalığı, diffüz parankimal akciğer tutulumu, interstisyel akciğer hastalığı, lenf nodu



PS-096 Pulmoner Alveolar Mikrolitiazis: Radyolojik Olarak Tanı Alan Nadir Bir Olgu

Gözde Matyar¹, Özlem Erçen Diken², Sinem Berik Safçı², Sibel Kara², Recep Savaş³

¹Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

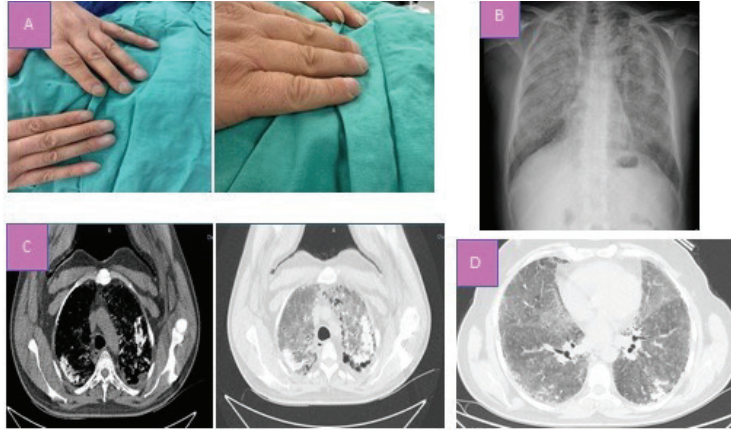
²SBÜ Adana Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Gözde Matyar / Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Pulmoner Alveolar Mikrolitiazis (PAM) intraalveolar alanda fosfat birikimiyle karakterize, hastalarda orta yaşlarda ortaya çıkan genellikle semptom vermeyen otozomal resesif geçişi olduğu düşünülen nadir bir klinik tablodur. Kliniğimizde tanı koyduğumuz PAM tanılı hastamızı nadir bir olgu olması sebebiyle sunuyoruz.

Olgu: 46 yaş bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta dispne, göğüs ağrısı sebebiyle başvurduğu acil serviste spontan pnömotoraks tanısı alıyor ve müdahale ediliyor. Akciğerde parankimde tutulum olması sebebiyle tarafımıza yönlendirilmişti. Hastanın fizik muayenesinde çomak parmak mevcuttu. (Resim-1A) Hastanın romatizmal markerlar negatif, serum ACE düzeyi yüksekti. Akciğer filminde bilateral infiltrasyon, akciğer Bilgisayarlı Tomografi (BT)'sinde yaygın buzlu cam alanları, bronşiektazi alanları, retikülasyonlar ve kalsifikasyonlar sebebiyle intertisyel fibrozis saptandı. (Resim-1B,C,D) Hastanın PET-BT'sinde her iki akciğerde gözlenen yaygın buzlu cam dansiteleri ve milier nodüler görünüm, üst loblarda daha belirgin olmak üzere multipl kalsifiye lezyonlarda patolojik artmış ve ılımlı F18-FDG tutulumları izlendi. Bilateral hiler ve subkarinal büyüğü 18 mm ametabolik lenf nodu saptandı. Serum ACE yüksekliği ve hiler lenf nodları nedeniyle EBUS işlemi yapıldı. Patolojik bulguya rastlanmadı. Hastamızın ailesinde benzer öykü mevcuttu. Fakat bu aile bireylerinin yurt dışında olması sebebiyle tetkik sonuçlarına ulaşamadı. Hasta bulgularla radyolojiye konsülte edildi. Radyolojik görünümle PAM tanısı konuldu. Hasta takibe alındı ve akciğer nakli için yönlendirildi.



Resim-1 A: Çomak parmak, B: akciğer filminde bilateral tüm zonlarda heterojen infiltrasyon, miliyer nodüler görünüm, C, D: Akciğer BT'de kalsifik odaklar, buzlu cam ve mikronodüler görünüm.

Tartışma-Sonuç: PAM, tip 2b sodyum fosfat ko-taşıyıcısını kodlayan sodyum-fosfat ko-taşıyıcısındaki (SLC34A2) mutasyonları sonucunda akciğerde sodyum-fosfat taşıyıcısının bozulmasına ve fosfatın hücre içine alınımının azalmasına yol açan ve bu yolla intraalveolar boşluklarda kalsiyum fosfat birikimine sebep olan nadir bir hastalıktır. Otozomal resesif olduğu düşünülmektedir. Bildirilen vakaların %30'u aileseldir. Karakteristik akciğer görüntülemesi orta ve alt bölgelerin tutulumunu içerir, bu tutulum kum fırtınası olarak tanımlanır. Bu tanım bilateral kalsifik yoğunlukların ince kum benzeri mikronodülasyonunun görüntüsünü ortaya koymaktadır. Kalsifiye mikronodüller, buzlu cam opaklıkları, interlobüler septal kalınlaşma, plevral ve subplevral kalsifikasyon ve kistler yüksek çözünürlüklü BT'de görülen tipik radyolojik bulgulardır. Genellikle akciğerlerin alt ¾'ünü tutar. Radyografik görünüm patognomoniktir. Temel tanı radyolojiktir. Bununla birlikte, tanıyı doğrulamak için bazen mikrolitler veya BAL ile fiberoptik bronkoskopi gereklidir. Hastalığın bilinen tek tedavisi akciğer nakli olup diğer tedavi yöntemleri araştırılma aşamasındadır. Araştırmalar sırasında güncel olarak disodyum etidronat ile tedavi edilen olgular bildirilmiştir. Sonuç olarak, PAM klinik semptom olmamasından ağır klinik tablolara kadar geniş bir spektrumda görülebilen, radyoloji ile tanı alan, ailesel nadir görülen bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Mikrolitiazis, Mikronodüller, Pulmoner alveolar mikrolitiazis



PS-097 EBUS ile Anekoik Görünüm: Bronkojenik Kist

Gülsüm Genç Akçor¹, Niğmet Katrancı¹, Tuğsan Serintürk¹, Özlem Erçen Diken²,
Sinem Berik Safçı², Sibel Kara², Yasin Duman¹

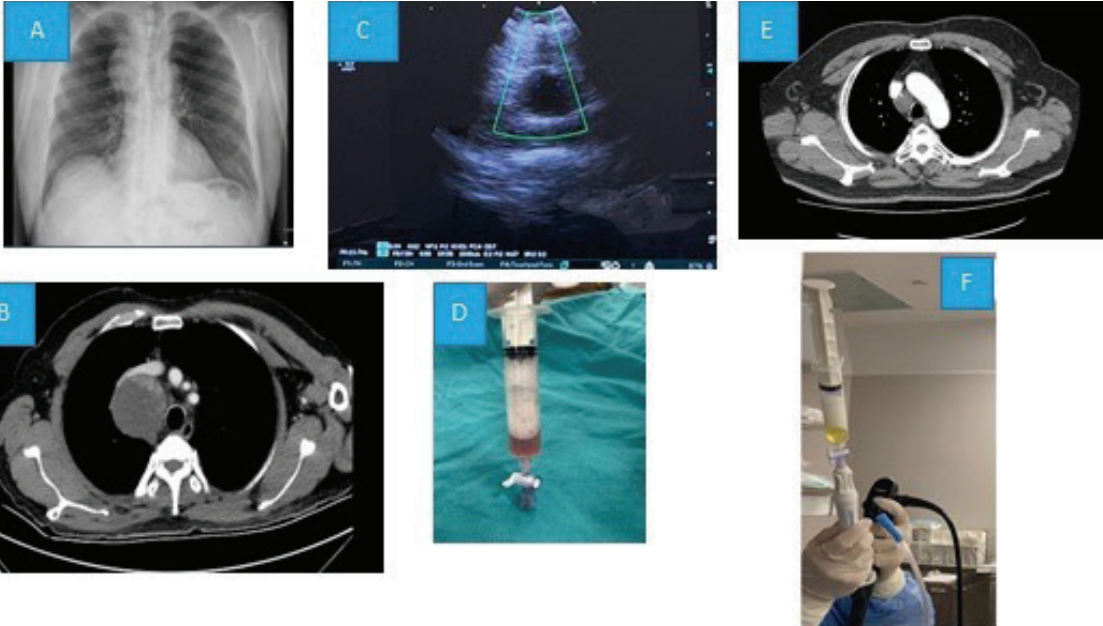
¹Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²SBÜ Adana Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Niğmet Katrancı / Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Bronkojenik kistler embriyonik gelişimde trakeobronşial ağaçtan anormal tomurcuklanma sonucu gelişen konjenital bronkopulmoner lezyonlardır. Her yaş grubunda görülmesiyle en sık 3. ve 4. dekatta tanı alırlar. Çoğunlukla insidental saptanan ve asemptomatik seyrederken boyut ve konuma bağlı öksürük, dispne gibi bulgulara sebep olabilirler. Tanı görüntüleme yöntemleriyle konur. EBUS, bilgisayarlı tomografi (BT) ile kesin tanı konulamadığında önemli rol oynayabilir. Cerrahi rezeksiyon tanı ve tedavi için en kesin yaklaşımdır. EBUS ile anekoik görünüm ve aspirasyona gelen sıvı kist içeriği ile tanı alan 3 olgumuzu sunuyoruz.

Ölgu: Olgu 1: 54 yaşında erkek hasta boyunda şişlikle başvurdu. Tiroid ca servikal LN metastazı tanısı alan hastanın PAAC'de sağ üst-orta zon paratrakealde düzenli sınırlı dansite artışı (resim 1A) görüldü. Toraks BT'sinde sağ üst ön mediastende, sağ paratrakeal, suprahiler benzer karelerde en büyüğü yaklaşık 60x61 mm lenf nodları izlendi. (resim 1B) PET BT'de FDG tutulumu (SUVmax: 8.81) olan hastanın lenfoma ayırıcı tanısıyla yapılan EBUS işleminde anekoik kistik yapı görüldü. Enjektör sıvı kist içeriği ile doldu. Patolojik incelemesinde kist drenajı olarak raporlandı. Bronkojenik kist olduğu doğrulandı. Olgu 2: 71 yaş erkek bilinen larenks ca tanılı hasta; nefes darlığı, ses kısıklığıyla başvurdu. Kontrastlı toraks BT'de paratrakeal alanda 19x12 mm hipodens lezyon, subkarinal düzeyde özefagus anteriorunda 18x8 mm LAP izlendi. Patolojik tutulum gözlenmedi. EBUS rehberliğinde anekoik görünüm nedeniyle kist olduğu düşünüldü. (resim 1C) Enjektör kist içeriği olan sıvı materyelle doldu. (resim 1D) Patolojik incelemede bronkojenik kist olarak raporlandı. Olgu 3: 64 yaşında erkek hasta, nefes darlığı şikayetiyle dış merkeze başvurmuş. Toraks BT'sinde şüpheli lenf nodu olan hasta EBUS açısından tarafımıza yönlendirildi. Toraks BT'de sağ alt paratrakeal alanda 28x25 mm boyutlarında (resim 1E) ve PET-BT'de FDG tutulumu göstermeyen lenf nodu izlendi. Bronkojenik kist düşünülerek yapılan EBUS ile lenf nodu olarak raporlanan alanın anekoik olduğu saptandı. Düzgün sınırlı kistik yapıdan aspirasyonla kist içeriği gelmesi (resim 1F) ve patoloji sonucuyla bronkojenik kist doğrulandı.



Resim 1: A: Sağ akciğer üst zonda paratrekeal homojen dansite artışı, B: Kontrastlı Toraks BT'de paratrakeal alanda yaklaşık 6 cm trakeaya bası yapan mediastinel düzgün sınırlı lezyon, C: EBUS ile paratrekeal anekoik düzgün sınırlı kistik lezyon D: Enjektörde kist içeriği E: Sağ paratrakeal alanda yaklaşık 3 cm düzgün sınırlı lezyon F: EBUS ile enjektöre dolan kist içeriği

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...



Tablo 1: Sık görülen mediastinel lezyonlar için Hounsfield Ünite değerleri

Yağ	-50
Su	0
Bronkojenik Kist	<20
Yumuşak Doku Kitlesi	>20
Kas	+40
Kemik	+100 ile +400

Tartışma-Sonuç: Bronkojenik kistlerin radyolojik tanısı zor olabilir ve CT görüntüleme ile tanısal doğruluk oranı %57–69,2 arasındadır. Genellikle bu kistlerin tanı ve tedavisi mediastinoskopi ve cerrahi rezeksiyon gibi invaziv yöntemlerle yapılmaktadır. Paratrakeal lezyonlarda Hounsfield Ünitesi (HU) <20 olması bronkojenik kist için anlamlı olabilir (tablo 1). Radyoloj tanıda yetersiz olduğunda EBUS anakeoik görünüm tanısal fayda sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Anekoik kist, Bronkojenik kist, EBUS, Ultrasonografik görüntü



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-098 Lenfadenopati Ön Tanısı ile Ebus İçin Yönlendirilen Bronkojenik Kist Olgusu

Cansu Çoban¹, Gülistan Karadeniz¹, Seher Susam¹

¹SBÜ DR. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Cansu Çoban / SBÜ DR. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

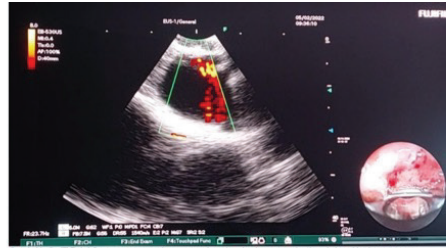
Giriş-Amaç: Bronkojenik kistler, embriyolojik gelişim sırasında ön bağırsağın anormal tomurcuklanmasından kaynaklanır. Trakeobronşiyal ağacın herhangi bir noktasında ortaya çıkabilirler. Mediastenal veya intrapulmoner olarak görülebilirler. Mediastinal bronkojenik kistler subkarinal, paratrakeal, paraaortik veya aortikopulmoner konumlu olabilirler. Lezyonlar nadir olmakla birlikte en yaygın alt solunum yolu malformasyonları arasındadır. Bronkojenik kistler, genellikle yaşamın ikinci dekadında tekrarlayan öksürük, hırıltı gibi şikayetler ile seyreder, ancak yaşamın her döneminde semptomatik hale gelebilir. İnsidental olarak da saptanabilirler. Radyolojik olarak genellikle hava-sıvı seviyeleri olabilen iyi sınırlı, yuvarlak, sıvı dansitesinde lezyonlar olarak görünür. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de tipik olarak yumuşak doku veya sıvı atenüasyonunda, keskin kenarlı kistik mediastinal lezyonlardır. Toraks BT'de solid görünen lezyonlar genellikle torakal manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile kistik olarak tanımlanabilir. Bronkojenik kistler, diğer konjenital kistik anomalilerde olduğu gibi, nadir de olsa malign dejenerasyon riski taşır. Tedavisi cerrahi eksizyondur.

Olgu: 55 yaş kadın hasta öksürük ateş şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Dış merkezde çekilen Toraks BT raporunda sağ üst paratrakeal (2R) seviyesinden başlayıp sağ alt paratrakeal (4R) seviyesine uzanan iyi sınırlı nodüler lezyon "lenfadenopati?" olarak değerlendirilmiş ve Endo-Bronşiyal Ultrasonografik biyopsi (EBUS) için tarafımıza yönlendirilmişti (Şekil 1). EBUS işlemi esnasında lezyonun ultrasonografik görüntüsü sıvı dansitesinde olması üzerine biyopsi yapılmadan işlem sonlandırıldı (Şekil 2). Radyoloji bölümü ile konsülte edilen hastada 'Sağ alt paratrakeal alanda, düzgün konturlu, çevre dokudan net şekilde demarke edilen, dansitesi yaklaşık 2 hounsfield unitesi(HU) olan, kontrast madde tutulumu olmayan kistik natürde kitlesel lezyon' olarak değerlendirildi. Torakal Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) çekilmesi önerildi. Torakal MRG sonucunda 'Sağ alt paratrakeal lokalizasyonda 27x32 mm, ince duvarlı, pür kistik görünümde lezyon izlenmektedir. Vena cava superior posterior medial, brakiosefalik trunkus posterolateral ve trakea anterolateral komşuluğundadır. Bronkojenik kist ile uyumludur' olarak yorumlandı (Şekil 3). EBUS ve radyoloji görüntülemeleri sonucunda bronkojenik kist olarak değerlendirilen olgu Göğüs Cerrahi polikliniğine yönlendirildi.

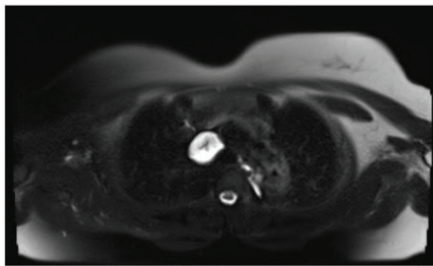
Radyolojik görüntülemeler



Şekil 1 Toraks BT'de 2R seviyesinden 4R'ye uzanan kistik lezyon



Şekil 2 EBUS görüntülemesinde içi sıvı dolu kistik lezyon



Şekil 3 Torakal MRG'de Sağ alt paratrakeal lokalizasyonda 27x32 mm, ince duvarlı, pür kistik görünümde lezyon

Tartışma-Sonuç: Sonuç: Mediastinal bronkojenik kistler lenfadenopati ayırıcı tanısında akla getirilmelidir. Şüpheli görülen lezyonlar kesin tanı için torakal MRG ile değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bronkojenik kist, Mediastinal kitle, Lenfadenopati



PS-099 Fibrotik Olmayan Hipersensitivite Pnömonisi: Bir Olgu ile

Gizem Aydın Tuğan¹, Yadigar Kapan Özdağ¹, İrem Aras¹, Miraç Öz Kahya¹, Sevgi Saryal¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

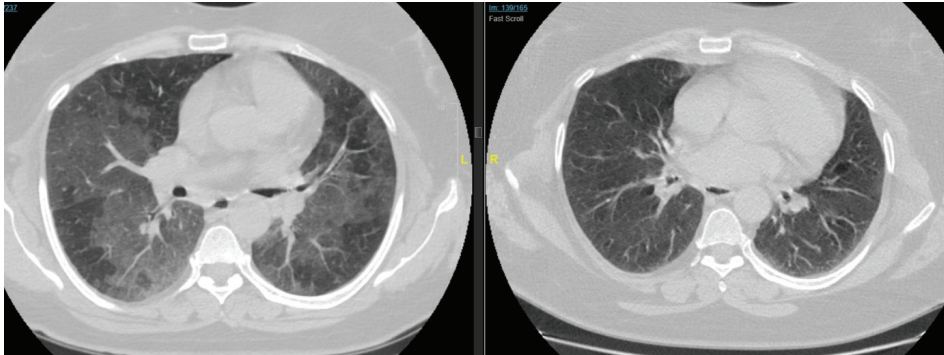
Gizem Aydın Tuğan / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Hipersensitivite pnömonisi (HP) akciğer parankimini ve küçük hava yollarını etkileyen inflamatuvar ve/veya fibrotik bir hastalıktır. Tipik olarak, duyarlı bireylerde bilinen veya bilinmeyen bir antijenin solunması ile tetiklenen immün aracılı bir reaksiyondan kaynaklanır. Kliniğimizde takip ettiğimiz fibrotik olmayan HP olgusunu nadir görülmesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk altı yaşında kadın hasta nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile başvurdu. Antibiyotik tedavisine rağmen şikayetleri geçmemişti. Sigara öyküsü ve önemli bir hastalığı yoktu. Oskültasyonda bilateral orta ve alt zonlarda krepan raller duyulmaktaydı. Hastanın posteroanterior akciğer grafisinde bilateral diffüz infiltrasyonlar ve arter kan gazında hipoksemi saptandı. Spirometride restriktif tipte ventilatuvar bozukluk, karbonmonoksit difüzyon kapasitesinde orta dereceli azalma görüldü. Bilgisayarlı toraks tomografisinde bilateral üst ve orta zonlarda silik buzlu cam alanları ve hava hapsini düşündüren düşük dansiteli alanlar görüldü. Bir yıldır muhabbet kuşu beslediği öğrenilen hastaya HP ön tanısı ile bronkoskopi yapıldı, orta lob medial segmentten bronkoalveoler lavaj alındı. Flow sitometride lökositlerin %18'i lenfosit, lenfositlerin %60'ı T hücre ve CD4/CD8 oranı 2 olarak saptandı. BAL sitolojisinde nötrofil lökosit hakimiyeti izlendi. Romatolojik hastalık düşündüren laboratuvar ve muayene bulgusu saptanmadı. Hastaya HP tanısıyla metilprednisolon tedavisi 0,5 mg/kg dozunda başlandı. Maruziyetin kesilmesi önerildi. Metilprednisolon tedavisinin ikinci haftasında şikayetleri gerilemeye başladı, hipoksemisi düzeldi, radyolojik olarak parankimal infiltrasyonları azaldı. Metilprednisolon tedavisinin dördüncü ayında çekilen toraks BT'de buzlu cam alanlarının gerilediği görüldü. Tedavi yanıtını değerlendirmek için yapılan solunum fonksiyon testleri normal olarak saptandı. Tedavinin düşük doz metilprednisolon ile altı aya tamamlanması planlandı.

Tartışma-Sonuç: Maruziyet öyküsü, tipik radyolojik bulgular, BAL'da lenfositöz varlığı ve tipik histopatolojik bulgular varlığında HP tanısı koyulmaktadır. Radyolojik olarak LAH saptanan hastalarda semptomların başlangıcı ile ilişkili olabilecek çevresel ve mesleki maruziyet ayrıntılı sorgulanmalıdır. Maruziyeti belirlemek için antikor bakılması tanıya yardımcıdır. BAL'da lenfosit analizi ile radyolojik bulgular birleştirildiğinde kesin tanı koyulmazsa multidisipliner yaklaşımla biyopsi açısından değerlendirilmelidir. Tedavide ilk basamak maruziyetin önlenmesi olup fibrotik olmayan HP'de erken tedavi fibrozise gidişi önlemek açısından önemlidir.

Şekil 1



- Tanıda çekilen toraks bilgisayarlı tomografisi, bilateral buzlu cam alanları, mozaik atenüasyon ve hava hapsi alanları
- Tedavinin dördüncü ayında çekilen toraks bilgisayarlı tomografisi, buzlu cam alanlarında belirgin düzelme

Anahtar Kelimeler: BAL, Hipersensitivite pnömonisi



PS-100 Olgu Sunumu: İnsidental Saptanan Periferik Hamartom

Dildar Duman¹, Feray Fildişi¹, Hasan Can Alagöz¹

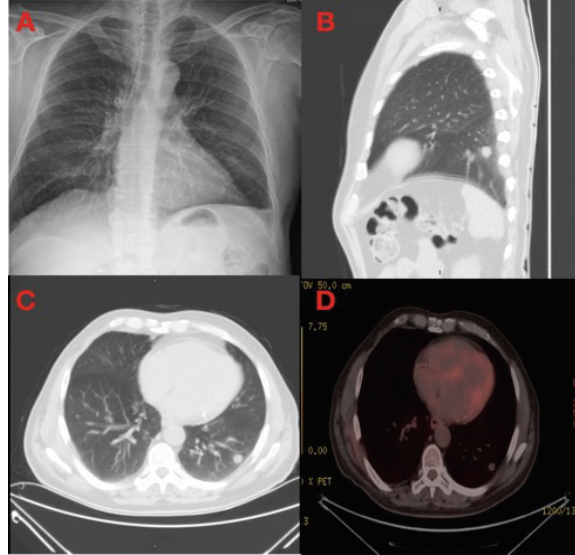
¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Feray Fildişi / Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Hamartom, genellikle akciğer dokusunda gelişen benign tümörlerdir. Hamartomlar genellikle hastalarda belirgin bir belirtiye yol açmazlar ve sıklıkla başka bir sağlık sorunu nedeniyle yapılan görüntüleme tetkikleri sırasında tesadüfen keşfedilirler. Hamartom bronşlara yakın bir bölgede yer alıyorsa bronkoskopi ile doğrudan görebilme tanı konulabileceği gibi lezyonlar genellikle periferik yerleşim gösterdiğinden TTİİAB ile tanı konulmaktadır. Benign lezyon olduklarından genellikle sadece takip önerilir, ancak boyutlarında hızlı progresyon görülürse veya semptomatik olursa cerrahi olarak çıkarılabilirler.

Olgu: 62 yaş erkek hasta bilinen DM, HT, koroner arter hastalığı tanıları mevcuttu. Hastamız Ocak 2024'te 2 senedir özellikle geceleri artan öksürük şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Aktif smoker olan ve 30 paket/yıl sigara öyküsü olan hastanın SFT'sinde FEV1/FVC:%60 FEV1:%60 1.61 FVC:%79 2.67 bulundu. Çekilen paag'de sağ hilus dolgun, sağ alt zonda ve sol kalp komşuluğunda nodülerite saptandı. (Şekil-1) Hastadan Toraks BT istendi. Hastaya sigarayı bırakması önerildi. IKS+LABA reçete edilen hastanın Toraks BT'sinde 'Sol akciğer alt lobda 14mm boyutunda pulmoner nodül mevcut olup ileri tetkik önerildi.' (Şekil-1) Girişimsel radyoloji tarafından BT altında TTİİAB yapılan hastadan Pet-CT istendi. Pet-CT'de en büyüğü sol akciğer alt lob posterior segmentte büyük çoğunluğu milimetrik nodüler lezyonda patolojik tutulum izlenmemiş olup Toraks BT ile yakın takip önerilir.' şeklinde raporlandı. (Şekil-1)Yapılan TTİİAB sonucunda lezyon hamartom ile uyumlu görülen ve radyolojik takibe alınan hastanın 6 ay sonraki kontrolünde çekilen Toraks BT'sinde anlamlı değişiklik saptanmadı. Hastanın klinik-radyolojik takibine devam edildi.

Nodüler Lezyon Görüntüleri



Şekil-1: İlk başvuruda çekilen paag görüntüsü(A) Toraks BT'de nodüler lezyon görüntüsü(B,C) Hastanın PET-CT görüntüsü (D)

Tartışma-Sonuç: Hamartomlar daha çok insidental olarak saptanan benign oluşumlardır. En çok akciğer kanserinin ayırıcı tanısında yer alır. Akciğer grafisine dikkatli bakmak özellikle kalp arkası, diyafragma, klavikula arkası gibi saklı bölgelerde olabilecek nodüler lezyonlar malignite olabileceği gibi hamartom tanısı da alabileceği akla gelmelidir. Endobronşial hamartomlarda bronkoskopi öncelikli düşünülürken periferik hamartomlarda bizim olgumuzda olduğu gibi BT altında TTİİAB tanısız yöntem olarak tercih edilir.

Anahtar Kelimeler: Hamartom, Pulmoner nodül, Periferik lezyon

➔ 10 Nisan 2025, Perşembe

Poster Bildiri Oturumu 6: Girişimsel Pulmonoloji, Pulmoner Rehabilitasyon ve Palyatif Bakım

PS-101 Endobronşiyal Yerleşimli Ekstamedüller Hematopoez: Nadir Bir Olgu Sunumu

Fatma Meyra Söylemez¹, Abdullah Çağrı Önal¹, Şeyma Kapçık¹, Ahmet Pehlivan¹, Efsun Gonca Uğur Chousein¹, Demet Turan¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

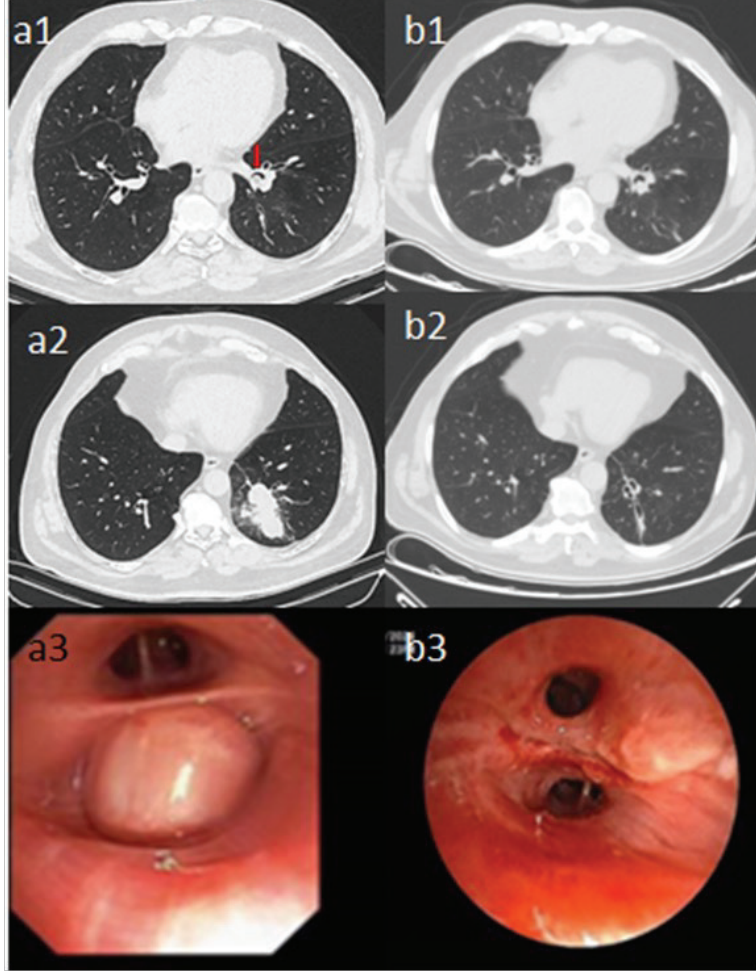
Fatma Meyra Söylemez / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Ekstramedüller hematopoez(EMH), miyelofibroz, orak hücreli anemi ve talasemi gibi hematolojik hastalıkların bir komplikasyonu olarak ortaya çıkan nadir bir durumdur. Ancak, her zaman altta yatan belirgin bir etyolojik neden tespit edilemeyebilir. Bazı vakalarda, özellikle izole olgularda, belirgin hematolojik hastalık saptanamayabilir. Bu tür durumlar idiyopatik olarak kabul edilir. EMH en sık karaciğer, dalak ve lenf nodlarında gözlenmekle birlikte, vücudun hemen her organında veya bölgesinde gelişebilir. Torasik EMH literatürde genellikle Toraks BT'de saptanan paravertebral kitleler şeklinde tanımlanmıştır. Endobronşiyal yerleşimli EMH, literatürde çok sınırlı sayıda olgu ile tanımlanmış olup, bronşiyal obstrüksiyon ve solunum fonksiyonlarında bozulmaya neden olabilmektedir. Bizde solunumsal semptomlarla başvuran nadir görülen idiyopatik endobronşiyal EMH olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli iki yaşında erkek hasta dispne, öksürük, balgam şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmişinde HT, DM, KOAH tanıları mevcut idi. Fizik muayenesinde vital bulguları stabil, solunum sistemi muayenesinde oskültasyonda sol alt alanda ralleri mevcut idi. Toraks BT'sinde sol alt lob bronş dalında endobronşiyal lezyon ve alt lobda konsolidasyon mevcuttu (Görsel1). Fiberoptik bronkoskopi işlemi sol alt lob lateral-posterior segmenti oblitere eden, yuvarlak, düzgün yüzeyli lezyon izlendi. (Görsel1) Pet- BT'de sol alt lob bronşunda izlenen lezyonda FDG tutulumu izlenmedi. Rijit bronkoskopi yapılan hastada, sol alt lob posterior-lateral segment karinasından kaynaklı ince saplı bir lezyon olduğu belirlendi (Görsel1). Lezyon saplı kısmından snare elektrokoter ile boğularak koterize edildi ve kriyoekstraksiyon yöntemi ile tamamen çıkarıldı. Ayrıca, alt lob posterior ve lateral segmentlerden yoğun pürülan sekresyon geldiği gözlemlendi ve aspire edilerek segmentlerde tam açıklık sağlandı. (Şekil1) Lezyon köküne kriyoterapi uygulandı. Patoloji incelemesi sonucunda lezyonun EMH olduğu tespit edildi. Hastaya nonspesifik antibiyoterapi uygulandı ve kontrol Toraks BT'sinde sol alt lobta bronşektazik alanlar görüldü (Görsel1), kontrol bronkoskopisinde ise bronş sisteminin normal olarak değerlendirildi. Hematoloji konsültasyonu sonucunda etyolojik bir neden saptanmadı.



Görsel 1



a1:Toraks BT'sinde sol alt lob bronş dalında endobronşiyal lezyon görüntüsü a2:Toraks BT'sinde sol alt lobda konsolidasyon ve atelektazi görüntüsü a3:Rijit bronkoskopi sol alt lob endobronşiyal lezyon görüntüsü b1:Kontrol Toraks BT'sinde sol alt lob bronş görüntüsü b2:Kontrol Toraks BT'sinde sol alt lobda bronşektazi görüntüsü b3: Kontrol FOB işleminde sol alt lob açılmış segment görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Endobronşiyal EMH, son derece nadir bir durum olup, solunum sistemi semptomları ile başvurabilir. Özellikle hematolojik hastalık öyküsü olan hastalarda ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. İzole idiyopatik EMH nadir görülen bir durumdur ve her zaman altta yatan belirgin bir etyolojik neden tespit edilemeyebilir. Etiyolojik bir neden tespit edilemeyen endobronşiyal saplı EMH olgumuzda, uygulanan endobronşiyal tedavi yöntemleri ile cerrahi bir işleme gerek olmadan başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir. Erken tanı ve uygun tedavi yaklaşımları ile hastaların prognozu olumlu yönde etkilenebilir.

Anahtar Kelimeler: Extramedüller hematopoez, Endobronşiyal lezyon, Rijid bronkoskopi

PS-102 Diffüz Alveolar Hemoraji (DAH) tanısında Bronkoalveolar lavaj (BAL) Makroskopisi

Esra Açıkel¹, Pelinsu Altun¹, Deniz Doğan Mülazimoğlu¹, Müçteba Enes Yayla², Akın Kaya¹

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

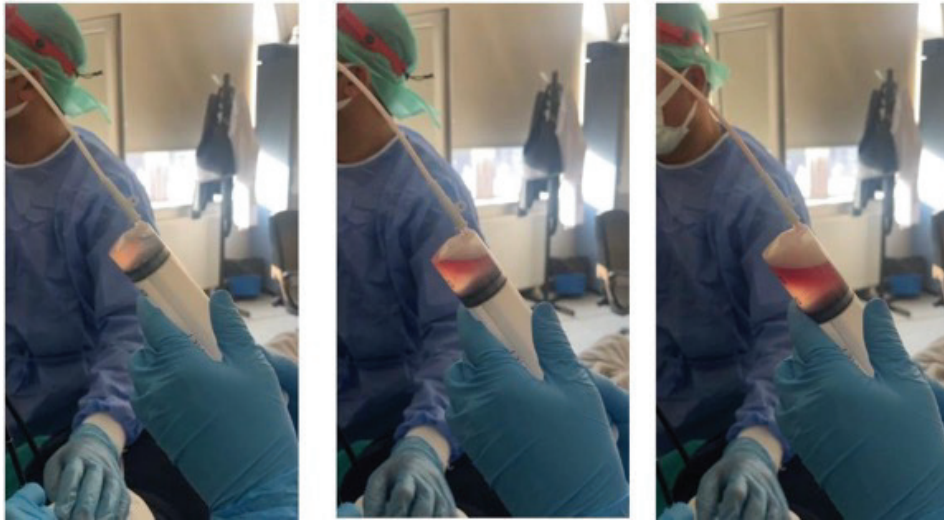
²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Esra Açıkel / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Antinötrofilik sitoplazmik antikor (ANCA) ilişkili vaskülitler, küçük damarların nekrotizan inflamasyonu ile karakterize, genellikle multisistemik tutulum gösteren otoimmün hastalıklardır. Granülomatozis polianjitis, ANCA ilişkili vaskülitler arasında sık görülen ve tipik olarak üst ve alt solunum yollarını etkileyen bir alt tiptir. Sinüzit, epistaksis, pulmoner nodüller ve diffüz alveolar hemoraji (DAH) gibi tutulumlar sık görülür. Bu olgu sunumunda, granülomatozis polianjitis tanısı alan, diffüz alveolar hemoraji ile komplike olan hastanın yönetimi ele alınmıştır.

Olgu: 44 yaşında bilinen servikal disk hernisi tanısı olan sigara kullanımı olmayan erkek hasta 3 aydır olan boğaz ağrısı, kanlı burun akıntısı, yaygın eklem ağrısı ve ateş şikayeti nedeniyle hastanemize başvurmuştur. ANCA ilişkili vaskülit ön tanısı ile romatoloji kliniğinde araştırılan hastanın öksürük, balgam, hemoptizi, nefes darlığı, göğüs ağrısı gibi ek şikayetleri bulunmamaktadır. Fizik muayenesinde anlamlı patolojik bulgu saptanmamış, vital bulguları stabil, oda havasında satürasyonu %94 olarak ölçülmüştür. Laboratuvar incelemesinde kreatinin 0.83 mg/dL, C-reaktif protein 83 mg/L, hemoglobin 13.5 g/dL, trombosit 443 bin/mm³, Antinükleer antikor (ANA) negatif, ANCA çok kuvvetli pozitif (++++), antiproteinaz -3 (pr-3 ANCA) >200 U/mL olarak sonuçlanmıştır. Hastanın paranazal sinüs bilgisayarlı tomografisinde (BT) etmoidal hücrelerde ve her iki maksiller sinüste inflamatuvar yumuşak doku yoğunlukları ile sinüs duvarlarında diffüz kalınlaşma izlenmiştir. Kulak burun boğaz değerlendirmesi sonrası yapılan nazal ve paranasal sinüs biyopsisinde süpüratif nekroz odakları ve epitelioid histiyositlerin yer aldığı granülomatöz iltihap izlenmiştir. Hastanın toraks BT'sinde sağda daha baskın olmak üzere her iki akciğerde peribronkovasküler alanlarda belirgin sentrilobüler buzluca ve subsolid nodüller izlenmiştir. Hastaya DAH ön tanısı ile fiberoptik bronkoskopi aracılı bronkoalveolar lavaj örnekleme planlandı. Sağ orta lobdan alınan BAL tekrarlanan aspirasyonlarla giderek daha kanlı halde ve mikroskopik incelemede hemosiderin yüklü makrofajlar izlendi. Hastaya Granülomatozis Polianjitis ile DAH tanısı konulmuş, 3 gün 1000 mg metilprednizolon tedavisi uygulanmış ve 40 mg ile taburcu edilmiştir. Takiplerinde rituximab tedavisi başlanması planlanmıştır.

Tartışma-Sonuç: Bu olgu, DAH'ın ANCA ilişkili vaskülitlerde önemli bir pulmoner tutulum olduğunu göstermektedir. DAH, genellikle hemoptizi ile prezente olsa da bu vakada olduğu gibi hemoptizi olmadan da ortaya çıkabilmektedir ve BAL örnekleme sırasında giderek kanlı hale gelen aspirat materyali.



Resim 1. BAL sırasında giderek kanlı hale gelen aspirat materyali

Anahtar Kelimeler: ANCA ilişkili vaskülit, Bronkoalveolar lavaj, Diffüz alveolar hemoraji



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-103 İyi Huylu Nadir Görülen Bir Olgu: Trakeobronkopati Osteokondroplastika

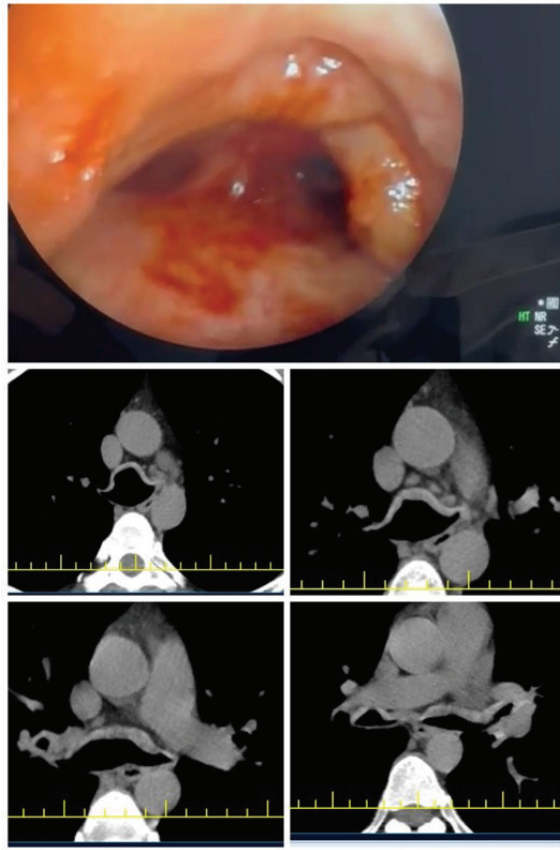
İlayda Çelikkıran¹, Mustafa Çarkıcı¹, Sibel Yurt¹, Ayşe Bahadır¹, Barış Demirkol¹, Mehmet Akif Özgül¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

İlayda Çelikkıran / Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Trakeobronkopati osteokondroplastika (TO), nedeni bilinmeyen nadir görülen iyi huylu bir hastalıktır ve trakeanın anterolateral duvarları boyunca dağılmış, laringotrakeobronşiyal lümeneye doğru uzanan çok sayıda sesil, kıkırdaklı veya kemikli submukozal nodül ile karakterizedir. Nodüler lezyonların çapları 1-10 mm arasında değişir. TO, laringotrakeobronşiyal lümenin stenozuna neden olabilir, arka duvar tutulumu olmaksızın ana bronşlara ilerleme olasılığı vardır. Erkeklerde daha sık olduğu düşünülmeyle birlikte cinsiyet ayrımı net değildir. Bu olgumuzda, dispne şikayetini araştırmak amacıyla erkek hastada çekilen BT taramasında tesadüfen saptanan TO olgusunu bildirmekteyiz.

Olgu: 43 yaşında erkek hasta, 3 yıldır olan nefes darlığı şikayetinin son zamanlarda artması nedeniyle polikliniğimize başvurmuş, 1 hafta önce kanlı balgam şikayeti olmuş. Özgeçmişinde 2017 de vokal kordlarda nodül nedeniyle opere olmuş, benign raporlanmış. 20 paket/yıl sigara öyküsü mevcut 1.5 yıldır kullanmıyor. Konfeksiyonda çalışmakta maruziyet öyküsü yok. Hastanın solunum fonksiyon testinde fev1:%72 fvc:%100 fev1/fvc:%58 olarak görülüp iks+laba başlanmış fakat hastanın semptomlarında gerileme olmaması üzerine toraks bt planlandı. Çekilen toraks bt de trakeada yapısal değişiklik? distalde daralma? nedeniyle hastaya bronkoskopi planlandı. Bronkoskopide vokal kordların üstü dahil tüm havayolunda yer yer havayolunu obstrükte eden hipertrofik-nodüler alanlar mevcuttu, mukoza hiperemik ve fragil spontan kanamaya eğilimliydi. Sağ üst lob girişi hipertrofik fakat açık, orta lob girişi balık ağzı şeklinde daralmış distaline geçilemedi, alt lob bazal segmentler ve superior açık izlendi. Sol ana bronş anterior duvarındaki hipertrofi nedeniyle distali balık ağzı şeklinde daralmış, mukozaya değmekle spontan kanama izlendi distaline geçilemedi. Sağ bronş sisteminden lavaj ve bx alındı. Histopatolojik inceleme, örnekte submukozal kemikleşme ve kıkırdak olduğunu gösterdi.



Resim 1. Trakea duvarında düzensiz kalınlaşmalar/ nodülerite ve Olgunun bronkoskopik görünümü

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Tartışma-Sonuç: TO, hava yolu lümenine doğru uzanan çok sayıda submukozal kemikleşmiş ve/veya kıkırdaklı nodül ile karakterize, nadir görülen iyi huylu bir hava yolu hastalığıdır. Bronkoskopide TO insidansı %0,01-4,2 olarak tahmin edilmektedir. Hastaların klinik belirtileri değişken ve nonspesifiktir. Bazı hastalar asemptomatiktir, bazıları kuru/prodüktif öksürük, hemoptizi, dispne, tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonu, atelektaziden muzdarip olabilir. Tanı tek başına radyolojik olarak konulabilse de bronkoskopi tanıyı doğrulamak ve endobronşial sarkoidoz, amiloidoz, relapsing, polikondrit, papillomatozis, trakeal kalsinozis, karsinom gibi diğer nedenleri ekarte etmek için yapılabilir. Hastalarda nadiren tedaviye ihtiyaç duyulur. Semptom palyasyonu için inhaler tedavi, olgu bazında etkin olduğu bildirilen nsaii, dapson kullanılabilir. Ağır hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda bronkoskopik lazer ablasyon, argon plazma koagülasyon, kriyoterapi, stent, cerrahi rezeksiyon gibi invaziv işlemler tercih edilebilir. Sonuç olarak, TO nadir görülen bir bozukluk olup Bt nin artan sıklıkla kullanımı rastlantısal tanı oranını artırmıştır. Trakeanın kalsifik lezyonlarında ayırıcı tanıda mutlaka yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: trakeobronkopati osteokondroplastika, bronkoskopi, nefes darlığı, bening hava yolu hastalıkları, bilgisayarlı tomografi



PS-104 Sarkomatoid Karsinom Olgusu

Galip Koçyiğit¹, Sümeyye Alparlan Bekir¹, Eylem Tunçay², Efsun Gonca Uğur Chousein³, Demet Turan³

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

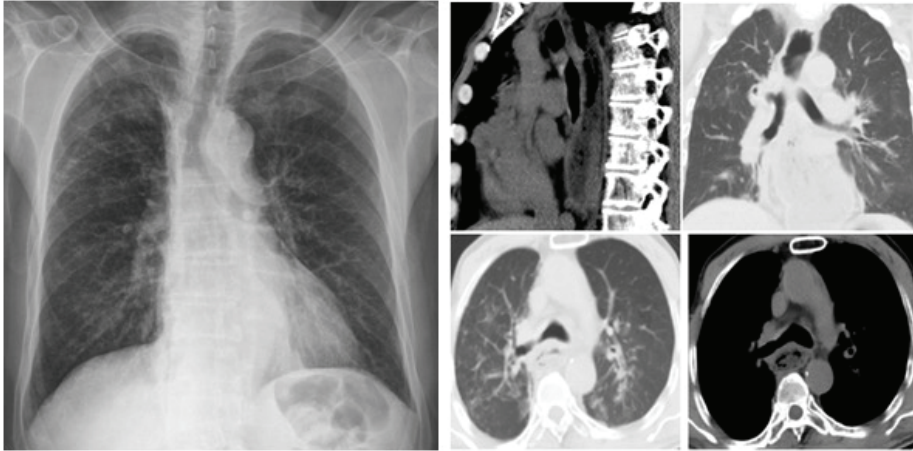
²SBÜ Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

³SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Galip Koçyiğit / SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Sarkomatoid akciğer karsinomu, son derece nadir görülen (%0,3-1,3) az diferansiye küçük hücreli dışı akciğer kanseri türüdür. Bu olguların yarıya yakını tanı aldıklarında evre 1 olmalarına rağmen 5 yıllık sağ kalım oranı %20'dir. Küratif cerrahi tedavinin adjuvan onkolojik tedavilerle desteklenmesi önemlidir.

Olgu: Altmış beş yaşında erkek hasta, öksürükle sağ taraflı atipik göğüs ağrısı, balgamdan kan gelmesi, öksürük, dispne şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan solunum muayenesinde solunum sesleri kabalaşmış, diğer sistem muayeneleri normaldi. Akciğer grafisinde mediasten geniş, trakea üst 2/3'lük kısmında sağa deviasyon ve sağda parakardiyak heterojen infiltrasyon artışı izlendi (Şekil 1). Dış merkez BT'de sağ üst lob ve ana karina seviyesinde endobronşial lezyon izlenmesi üzerine (Şekil 2) Göğüs Hastalıkları servisine interne edildi. Hastanın özgeçmişinde kronik hastalık öyküsü yok, 6 p/y sigara öyküsü mevcut, 20 yıldır ex-smoker ve soygeçmişinde özellik yoktu. Düzenli kullandığı ilacı yoktu. Fizik muayenesinde ve laboratuvar incelemesinde özellik yoktu. Hastaya Fiberoptik Bronkoskopi (FOB) yapıldı. Yapılan FOB'da sağ üst lob sekonder karinaya yakın, sağ üst lob orifisinden protrüze olmuş vasküler yapılı endobronşial lezyon izlenmekteydi. Lezyonun hemorajije meyilli olması ve endobronşiyal tedavi için hasta rijit bronkoskopiye (RB) alındı. Kardiyoloji ve anestezi ile konsülte edilen hastaya FOB / RB açısından düşük-orta risk verildi. Yapılan RB'de ana karina seviyesinde, sağ üst lob sekonder karina üzerine oturmuş, sağ üst lobdan protrüze olmuş tümör dokusu, sağ ana bronşu tam oblitere ediyordu. Lezyon APC ile koagüle edildikten sonra tekrarlayan forceps biyopsiler alındı. Lezyonun sekonder karinadan köken aldığı ve intermedier bronşa doğru ilerlediği izlendi. RB ile mekanik rezeksiyon yapılarak lezyonun tamamı biyopsi forcepsi ile temizlendi. Alınan materyaller patolojiye gönderildi. İşlem kanama kontrolü yapılarak sonlandırıldı. Hasta postop yoğun bakım ünitesi sonrasında 1 gece servis yatışı ile taburcu edildi. Rijit biyopsi patolojisi: Sarkomatoid Karsinom olarak raporlandı. Hasta Cerrahi Konsey'de tartışıldı, operasyon kararı çıkmayan hasta adjuvan tedavi açısından değerlendirilmek üzere Onkoloji Polikliniği'ne yönlendirildi.



Şekil 1: Olgunun başvuru Akciğer Grafisi Şekil 2: Kontrastsız Toraks BT görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Sarkomatoid tip akciğer karsinomları son derece nadir görülmesine rağmen kötü prognoza sahip, klinik ve patolojik özellikleri tam olarak aydınlatılmamış tümörlerdir. Küratif anatomik rezeksiyonlar ve beraberinde eklenecek onkolojik tedaviler uzun dönem sağkalım için tek şans gibi gözükmektedir. Bu kötü prognozlu hastalık için yapılan gen çalışmalarları ve immunoterapi gelecekte yeni bir tedavi seçeneği umudu verebilir.

Anahtar Kelimeler: Sarkomatoid karsinom, Rijit bronkoskopi, Akciğer kanseri

PS-105 Endobronşiyal Lipom

Kadir Canoğlu¹, Erhan Oğur¹, İlyas Kocabağ¹, Onur Metin Atasel¹

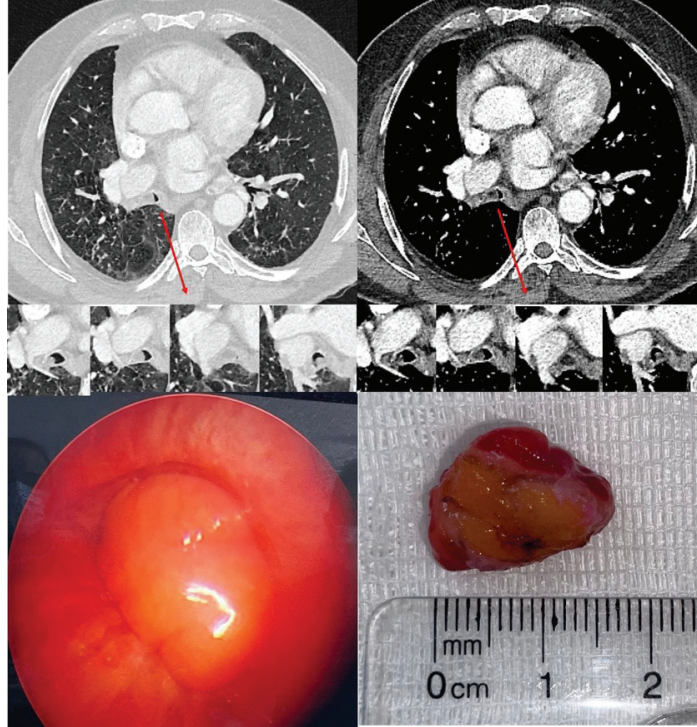
¹Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Kadir Canoğlu / Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Giriş-Amaç: Endobronşiyal lipom oldukça nadir görülen benign bir tümördür. Yavaş büyüyen bu benign tümör, post-obstrüktif pnömoni, kalıcı parankim hasarı gibi patolojilere sebep olabilmektedir. Bununla birlikte bu olgular astım, KOAH gibi yanlış tanımlarla uzun yıllar izlenebilmektedir.

Olgu: 76 yaşında erkek hasta, öksürük, balgam çıkarma ve nefes darlığı şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Çekilen toraks BT'sinde sağ intermediyer bronş içerisinde 14x9 mm boyutlu lezyon izlenmesi üzerine tarafımıza refere edilmiş (Resim 1). Genel durumu iyi, şuuru açık idi. 100 P/Y sigara öyküsü tarifliyordu, 1 yıldır sigarayı bırakmıştı. KOAH tanısıyla inhaler tedavi kullanıyor idi. Hastanın eski radyolojik görüntülerine bakıldığında, 13 yıldan bu yana her yıl bir kez toraks BT çekildiği ve anamnezinden öğrenildiği kadarıyla sık sık pnömoni nedeniyle yatarak tedavi aldığı saptandı. Hastanın toraks BT mediastinal pencerede, lezyonun içerisinde yağ dansitesinde alanlar izlenmesi, daha çok lipom olabileceğini düşündürmekte idi. Hastaya rijid bronkoskopi yapıldı. Sağ intermediyer bronş distalinde, burayı tama yakın tıkayan, lateral duvardan köken alan, saplı düzgün yüzeyli polipoid endobronşiyal lezyon izlendi. Snare ile kesildikten sonra, forseps aracılığıyla ekstrakte edildi (Resim 1). Sap kısmına argon plazma koagülasyon uygulanarak işlem sonlandırıldı. Ekstrakte edilen dokuda, makroskopik sarı renkli lipom ile uyumlu olabilecek alanlar izlendi (Resim 1). Patoloji raporu da polipoid benign lipom olarak raporlandı.

Resim 1



Tartışma-Sonuç: Aynı bölgede tekrarlayan pnömonilerde, bronşü tıkayıcı lezyon akla gelmeli ve bronkoskopi düşünülmelidir. Akciğer tümörlerinin büyük çoğunluğunu malign tümörler oluşturmakta olup; benign tümörler nadir görülmektedir. Endobronşiyal lipom da oldukça nadir görülmektedir. Bu olgu, özellikle toraks BT değerlendirilmesinde, parankim ve mediastinal yapıların haricinde, trakea ve bronş ağacının da dikkatle incelenmesi gerektiğine vurgu yapılmaması amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Endobronşiyal, lipom, benign, girişimsel, pulmonoloji



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-106 Alt Lobtan Dış Çekimi

Abdullah Kansu¹, Hasan Süheyl Yıldız¹, Erva Nur Özçankaya Keresteci¹, Zeynep Eğri Kansu¹

¹Istanbul Medipol Üniversitesi

Abdullah Kansu / İstanbul Medipol Üniversitesi

Giriş-Amaç: Trakeostomili hastalarda aspirasyon riski artmış olup, yabancı cisim aspirasyonu ciddi solunum komplikasyonlarına neden olabilir. Bu olgu sunumunda, sağ alt lob bronş obstrüksiyonu nedeniyle bronkoskopi yapılan ve bronşundan dış çıkarılan bir hastayı sunmaktayız.

Olgu: 52 yaşında kadın hasta. 2014'te geçirilmiş SAK, ve ardından anevrizma sebebiyle yatarak tedavi almış olan hasta takiplerinde trakeostomize edilerek bakım hastası olarak takip ediliyor. Artan sekresyon, öksürük ve solunum sıkıntısı sebebiyle tarafımıza konsülte edildi. Yapılan Toraks BT görüntülemelerinde sağ alt lob girişinde kalsifiye görünen, lob girişini obstrükte eden lezyon izlendi. Hastaya Fleksibl bronkoskopi ile yapılan incelemede, sağ alt lob bronşunda yabancı cisim tespit edildi. Endoskopik olarak çıkarılan cismin hastanın doğal dişi olduğu görüldü. İşlem sonrası hastanın solunumu rahatladı ve takiplerinde komplikasyon gelişmedi.

Toraks BT Kesiti



Hastanın çekilen Toraks BT'sinde sağ alt lob girişini kapatan kalsifiye yabancı cisim izlendi.

Tartışma-Sonuç: Yabancı cisim aspirasyonu, özellikle nörolojik hastalıkları olan veya trakeostomili hastalarda dikkat edilmesi gereken bir durumdur. Bu tür vakalarda bronkoskopi hem tanı koymada hem de tedavide etkin bir yöntemdir. Yutma bozukluğu olan hastalarda yabancı cisim aspirasyonunu önlemek için yutma rehabilitasyonu ve beslenme yöntemleri dikkatle değerlendirilmelidir. Trakeostomili hastalarda solunum sıkıntısı ve obstrüksiyon semptomları mevcutsa, yabancı cisim aspirasyonu akılda tutulmalıdır. Bronkoskopi, bu tür vakalarda erken teşhis ve tedavi açısından hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: yabancı cisim, Trakeostomize

PS-107 Kronik Öksürükte Nadir Bir Sebep – Trakeal Divertikül

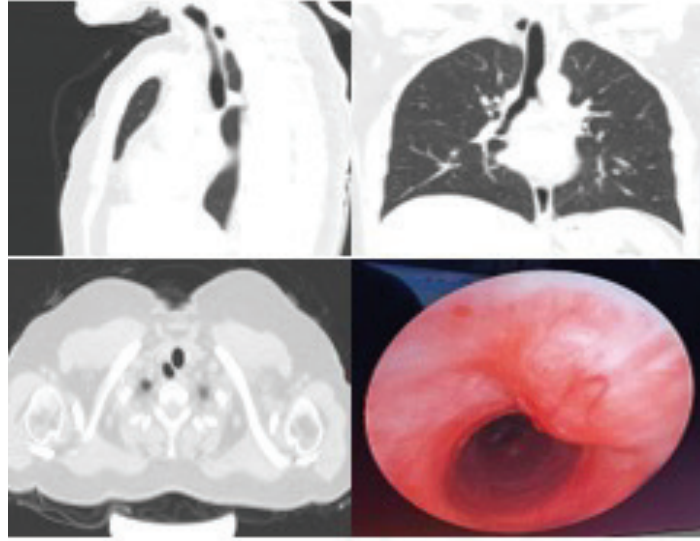
Abdurrahman Koç

Meram Devlet Hastanesi-Konya

Giriş-Amaç: Trakeal divertikül, solunum yolunun nadir görülen bir anomalisidir ve genellikle tesadüfen tespit edilir. Bu yapılar, trakea duvarından dışarı doğru çıkıntı yapan kese şeklindeki anatomik anomalilerdir. Klinik tabloda semptomların belirgin olmaması nedeniyle çoğu zaman asemptomatik kalabilir. Bununla birlikte, büyük divertiküller ya da enfekte olan yapılar nefes darlığı, öksürük ve tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları gibi şikayetlere neden olabilir. 15 yıldır devam eden öksürük nedeniyle başvuran ve trakeal divertikül tanısı alan bir vaka sunulmaktadır.

Olgu: 44 yaşında kadın hasta, yaklaşık 15 yıldır öksürük şikayeti göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hasta, şikayetlerinin yıllar içinde giderek arttığını tarifledi. Öksürük ile alakalı kulak burun boğaz tarafından yapılan rinoskopi normal olarak değerlendirilmiş, genel cerrahi tarafından yapılan endoskopi bulguları normal sınırlarda değerlendirilmiş. Yapılan fizik muayenede solunum seslerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Laboratuvar testleri normal aralıkta ve enfeksiyon bulgusuna rastlanmadı. Hastanın daha önce sigara kullanımı olmadığı ve meslek olarak solunum yolu irritanlarına maruziyeti olmadığı öğrenildi. Hastaya çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde trakea sağ posterolateral duvar komşuluğunda 1,5 cm uzunluğunda ve 1 cm genişliğinde bir divertikül yapısı tespit edildi. Tanıyı kesinleştirmek ve anatomik detayları daha iyi değerlendirmek için bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopi sırasında trakea arka duvarında normalden daha bombe bir görünüm izlendi ancak divertikül girişi ile uyumlu olabilecek belirgin bir orifis izlenmedi.

Toraks BT / Bronkoskopi



Toraks BT sagittal/koronal/transvers kesitlerdeki divertikül yapısı ve Bronkoskopi'de trakeanın posterior duvarındaki bombeleşme izlenmektedir.

Tartışma-Sonuç: Trakeal Divertikül (TD), yaklaşık prevalansı %1-4 olan nadir bir paratrakeal hava kisti türüdür. Trakeal divertiküller iki alt tipe ayrılır: konjenital ve edinilmiş divertikül. Konjenital trakeal divertiküller genellikle trakeanın gelişimi sırasında malformasyonlar olarak ortaya çıkar ve genellikle diğer konjenital durumlarla ilişkilidir. Edinilmiş trakeal divertiküller, trakea duvarındaki zayıf bir noktadan epitel membranın fıtıklaşmasına neden olan intraluminal basınç artışından kaynaklanır. Tedavi seçimi semptom, yaş, fiziksel durum ve gibi çeşitli faktörlere göre kararlaştırılır. Asemptomatik divertiküller için konservatif tedavi önerilir. Konservatif tedavi antibiyotikler, mukolitik ajanlar, bronkodilatörler ve fizyoterapiyi içerir. Semptomatik divertikül için en uygun tedavi cerrahi rezeksiyondur. Bu vaka, uzun süreli öksürük şikayeti olan hastalarda nadir fakat önemli bir tanı olan trakeal divertikülün ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu hastada trakeal divertikül, edinilmiş risk faktörlerinin yokluğu sebebiyle konjenital olarak düşünüldü. Hastamız konservatif yöntemlerle takip edilmektedir. Bu vaka bize, uzun süreli ve etiyolojisi bulunamayan vakaların ileri görüntüleme ve gerekirse bronkoskopik değerlendirme yapılmasının önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Trakeal Divertikül, Kronik öksürük, Bronkoskopi



PS-108 Tanı Güçlüğü Olan Malignite Şüpheli Olguda EBUS Kriyo-nodal Biyopsi Tecrübesi

Abdullah Çağrı Önal¹, Şeyma Kapçık¹, Ahmet Pehlivan¹, Fatma Meyra Söylemez¹, Demet Turan¹, Efsun Gonca Uğur Chousein¹

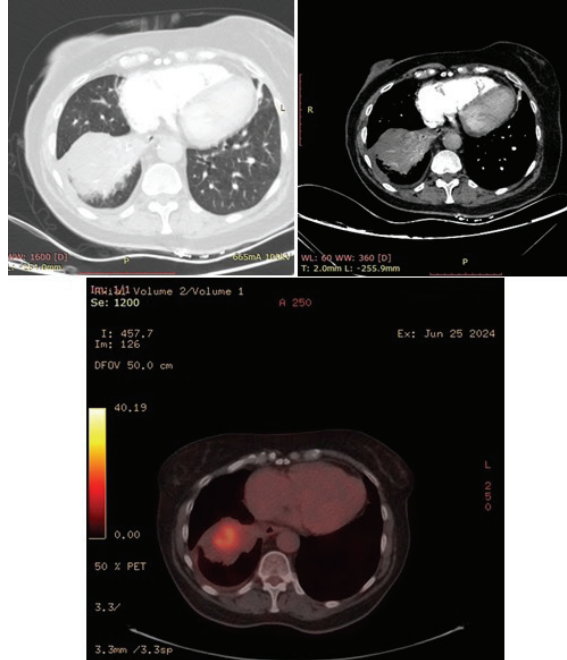
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

Abdullah Çağrı Önal / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Endobronşiyal ultrason (EBUS) eşliğinde transbronşiyal kriyo-nodal biyopsi (TBCNB), son yıllarda mediastinal hastalıkların tanısında ve yönetiminde moleküler analiz için daha büyük doku örneklerine ihtiyaç duyulması nedeni ile yeni ortaya çıkmış bir örnekleme yöntemidir. Konvansiyonel EBUS-transbronşiyal iğne aspirasyonu (TBNA)'da 1 cm'den büyük mediastinal lezyonlarda %82 olan tanı oranı, EBUS-TBCNB'de %93'e ulaşabilmektedir. Amacımız, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH'ta yapılan ilk EBUS-TBCNB tecrübemizi paylaşmaktır.

Olgu: Nefes darlığı ve çarpıntıyla başvuran 73 yaşındaki aktif sigara içen kadın hasta tetkik ve tedavi amacıyla in-terne edildi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ hiler bölgeden başlayıp alt loba uzanan 75x56mm boyutunda konsolidasyon izlendi (Şekil-1a). Ön planda malignite düşünülerek çekilen pozitron emisyon tomografi (PET)'de sağ akciğer alt lob santral alandan başlayıp bazal segment bronşlarını daraltan 32x37mm hipermetabolik kitle (Şekil-1b) ve sol akciğer üst lobda 13 mm çapında spiküle konturlu hipermetabolik nodül izlendi. Fleksibl bronkoskopisi normal olan hastanın 12R (sağ alt lobe) istasyonunda lokalize kitlesinden 3 kez yapılan EBUS-TBNA'lardan biri ön planda "akciğer adenokarsinomu şüphesi" olarak raporlandı ancak mutasyon analizi için yeterli materyali sağlanamadı. Göğüs hastalıkları, göğüs cerrahi ve onkoloji uzmanlarının bulunduğu multidisipliner konseyimizde hastaya EBUS-TBCNB yapılması kararlaştırıldı. Genel anestezi altında konveks prob EBUS ile 12R lokalizasyonunda heterojen kitlesel lezyon izlendi. 4 kez 19G iğneyle aspirasyon yapıp, takiben 1.1 mm kriyo-probla bu yoldan 4 kez 5 saniye süreli kriyo-biyopsiler alındı, komplikasyon izlenmedi. Patoloji sonucu "skuamöz hücreli karsinom" olarak raporlandı. Fonksiyonel inoperabl olan hastanın sol akciğerindeki nodül için stereotaktik vücut radyoterapisi (SBRT), primer kitlesi için kemoradyoterapi planlandı.

Hastanın Toraks Görüntülemeleri



Şekil 1a) Toraks BT'de sağ hiler bölgeden başlayıp alt loba uzanan 75x56mm boyutunda konsolidasyon alanı Şekil 1b) PET'te sağ akciğer alt lob santral alandan başlayıp bazal segment bronşlarını daraltan 32x37mm hipermetabolik kitle

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Tartışma-Sonuç: EBUS-TBNA, malign lenf nodlarının değerlendirilmesi ve akciğer kanserinin evrenmesinde kullanılan tanısal yöntemdir. Son yıllarda, özellikle moleküler analiz için daha büyük doku örneklerine giderek artan bir ihtiyaç duyulmaktadır. Bu amaçla 19G ince iğne ile uygulanan EBUS-TBNA'ya ya da koter ile açılan yolu takiben uygulanabilecek EBUS-TBCNB'yle, günümüzde konvansiyonel EBUS-TBNA'da rutin olarak kullanılan 21G iğne aspirasyonuna kıyasla daha çok materyal alınabilmektedir. Farklı çalışmalar, farklı aparatların eklenmesiyle uygulanan lenf nodu örnekleme metodları ile farklı sonuçlar verebilmektedir. Tanı ve mutasyon analizi açısından konvansiyonel EBUS-TBNA'la yeterli materyal alınamayan hastalarda, EBUS-TBCNB benzer-düşük komplikasyon oranları ile yeni bir alternatif olabilir. Tanı başarısı ve yan etki profili açısından ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer malignitesi, EBUS-TBCNB, EBUS-TBNA



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-109 Endobronşiyal Ultrason (EBUS) ile Transvasküler Geçiş ve Kitle Biyopsisi: Tanı Gerekliliği ve Komplikasyon Riski Arasındaki İnce Çizgide Yürünelmi mi?

Meltem Eşsiz¹, Fatma Arslan¹, Serhat Erol¹

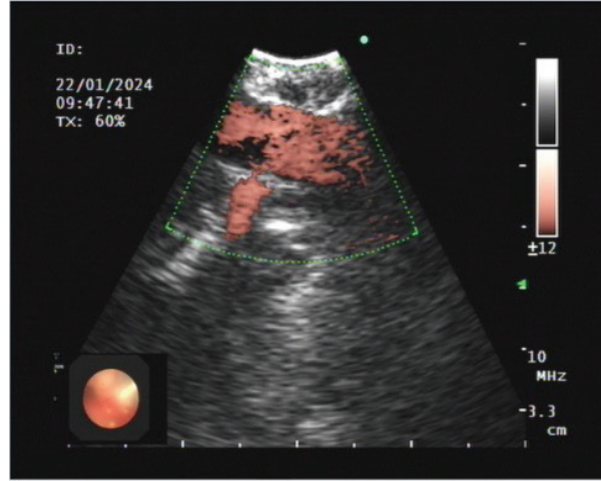
¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Meltem Eşsiz / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Endobronşiyal ultrason (EBUS), hava yolu duvarı, akciğer ve mediastinum içindeki yapıları görüntülemek ve örneklemek için ultrason kullanan bir bronkoskopik tekniktir. EBUS genellikle iyi tolere edilen bir işlem olsa da pnömotoraks, kanama ve sedasyonla ilişkili komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Büyük kanamalar çeşitli araştırmalarda %0,5 ile %1 arasında saptanmıştır. Kanama sebeplerinden biri de transbronşiyal iğne ile vasküler yapılarla denk gelmektir.

Olgu: 76 yaşında erkek hasta, sol akciğer üst lobta kitle saptanması üzerine ileri tetkik ve tedavi için yönlendirilmiş. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) "Sol akciğer üst lobda mediasten ile ara yağ planı seçilmeyen 7x6 cm boyutlarında, üst lob pulmoner arter dalına invaze hipodens alanlar barındıran kitle lezyonu" ve "mediastinal ve hiler bölgelerde büyüğü kitle komşuluğunda aortikopulmoner pencerede 13 mm kısa aksa sahip olmak üzere büyümüş lenf nodları" saptandı. Hastaya çekilen Pozitron Emisyon Tomografi (PET BT)'de tanımlanan kitlede SUVmax: 17,8 ve aortikopulmoner penceredeki lenf nodlarında SUVmax: 8,7 şeklinde patolojik aktivite tutulumları mevcuttu. Hastaya tanı için EBUS yapıldı. EBUS sırasında tanımlı kitle, sol akciğer üst lob lingular segmentten pulmoner arterin bir dalının arkasında görüntülenebildi. Damarsal yapı 4,5 mm olarak ölçüldü. Damar içinden geçilerek biyopsi yapıldı ve işlem komplikasyon olmadan sonlandırıldı. Alınan örneğin patoloji sonucu pulmoner adenokarsinoma ile uyumlu olarak geldi.

Endobronşiyal Ultrason (EBUS) Sırasında İğne ile Transvasküler Geçiş



Tartışma-Sonuç: EBUS sırasında kanama komplikasyonu nedeniyle iğne ile vasküler yapıların içinden geçmek genel bir yaklaşım olarak önerilmez. Literatürde bu konuda yapılmış bir çalışmada, 65 hastaya Endoskopik ultrasonografi (EUS) ve 35 hastaya EBUS ile transvasküler olarak intratorasik lezyonlara biyopsi yapılmış ve işlemin güvenilirliği ve tanı doğruluğu araştırılmış. Hastaların hiçbirinde komplikasyon gelişmemiş ve tanı doğruluk oranı %74,5 olarak görülmüş. On hastada transvasküler EBUS yapılan bir çalışmada ise yine komplikasyon görülmemiş ve tanı doğruluğu %90 olarak saptanmış. Biz de bu vaka ile hastalarda zorlu EBUS işlemlerinde komplikasyon ve hayati öneme sahip tanı koyma işlemi arasındaki ince çizgide verilen kararların önemini vurgulamış olduk. Vakalardaki zorlu kararlarda hastanın göreceği fayda ve risklerin dikkatle incelenmesi gerektiğinin altını çizdik.

Anahtar Kelimeler: Endobronşiyal Ultrason (EBUS), Komplikasyon, Transvasküler geçiş, Akciğer kanseri

PS-110 Buzlu Camların Ardındaki Sessiz Tehlike: Adenokarsinom

Ahmet Pehlivan¹, Abdullah Çağrı Önal¹, Fatma Meyra Söylemez¹, Şeyma Kapçık¹, Demet Turan¹, Efsun Gonca Uğur Chousein¹

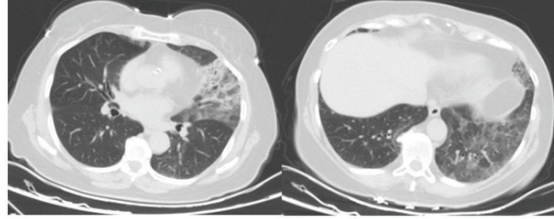
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ahmet Pehlivan / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

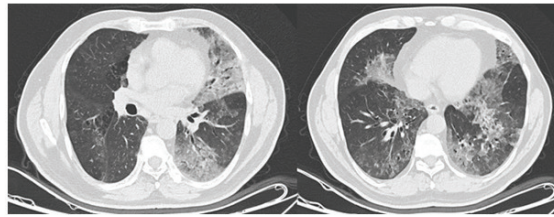
Giriş-Amaç: Lokalize ya da diffüz parankimal akciğer hastalıkları toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde "buzlu cam opasiteleri (BCO)" şeklinde görülebilir. Bu görünüm sıklıkla inflamatuvar ve enfeksiyöz süreçlerle ilişkilendirilse de neoplastik süreçlerde de görülebilir. Akciğer adenokarsinomu, küçük hücreli dışı akciğer karsinomlarının (KHDAK) en yaygın alt tipi olup, histopatolojik ve radyolojik spektrumu içerisinde erken evrede inflamatuvar ve enfeksiyöz süreçlerle kolaylıkla karışabilecek olan BCO şeklinde ortaya çıkabilmekte, sinsi bir seyir gösterebilmektedir. BCO şeklindeki radyolojik görünümün benign nedenlere atfedilmesi, adenokarsinom tanısında gecikmeye yol açabilmekte ve invaziv progresyon riskini artırmaktadır. İki olgumuzun sunulduğu çalışmanın amacı, toraks BT'de buzlu cam opasitelerinin malignite potansiyeline dikkat çekmek, özellikle adenokarsinomun erken evrede saptanmasındaki önemini değerlendirmektir.

Olgu: Olgu1: 67 yaşında kadın hasta 6 aydır olan kuru öksürük, balgam ve 3 gündür eklenen ateş şikayetiyle başvurdu. Bilinen hipertansiyon mevcuttu. 10 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesi doğaldı. Toraks BT'sinde incelemesinde, bilateral dağınık yerleşimli BCO ve yer yer konsolide olan alanlar izlendi. Ampirik antibiyotik tedaviyle 4 hafta sonra kontrol BT önerildi (Figür 1). Kontrolde regresyon olmaması nedeniyle bronkoalveolar lavaj (BAL) ve kriyo-transbronşiyal biyopsi (k-TBB) planlandı. BAL sitolojisinde tümör hücreleri saptanan hastanın k-TBB sonucu primer lepidik adenokarsinom olarak raporlandı. Tedavi amaçlı onkolojiye yönlendirildi. Olgu2: 56 yaş erkek hasta 5 aydır nefes darlığı mevcuttu. Ek hastalığı yoktu. 40 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde bilateral alt alanlarda raller işitilmekteydi. Toraks BT incelemesinde bilateral alt paratrakeal lenfadenopati ve her iki akciğerde yoğun BCO ve yer yer hava bronkogramları içeren konsolide alanlar izlendi (Figür 2). Endobronşiyal Ultrasonografi (EBUS) sonucu antrakoz olarak değerlendirildi. Hastaya BAL+ K-TBB planlandı. Sonuç adenokarsinom olarak geldi, onkolojiye yönlendirildi.

Adenokarsinom ve BCO



Figür 1: Olgu1'e ait toraks BT'de BCO



Figür 2: Olgu2'ye ait toraks BT'de BCO

Tartışma-Sonuç: Toraks BT BCO'nin tanımlanması, akciğer parankim patolojilerinin malign ve benign etiyojileri arasında ayırıcı tanı yapılmasını gerektiren bir bulgudur. Akciğer adenokarsinomunun erken evrelerinde, BCO %60-70 oranında görüldüğü bildirilmektedir. Bu durum, BCO'nin malignite potansiyelinin erken göstergesi olduğunu ortaya koymaktadır. İki olgumuz BCO'nin yalnızca inflamatuvar ya da enfeksiyöz süreçlere bağlı bir bulgu olmadığını, malign süreçler açısından dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Adenokarsinomun erken evrede tespiti, invaziv progresyonun önlenmesi ve sağkalım oranlarının artırılması açısından hayati öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Adenokarsinom, Buzlu Cam Opasitesi



PS-111 Yaygın Değişken Bağışıklık Yetmezliği (CVID) ve Büyük B Hücreli Lenfoma: EBUS'un Tanıdaki Rolü (Olgu Sunumu)

Yusuf Ziya Özçelik¹, Tolga Bağlan¹, Ersin Günay¹

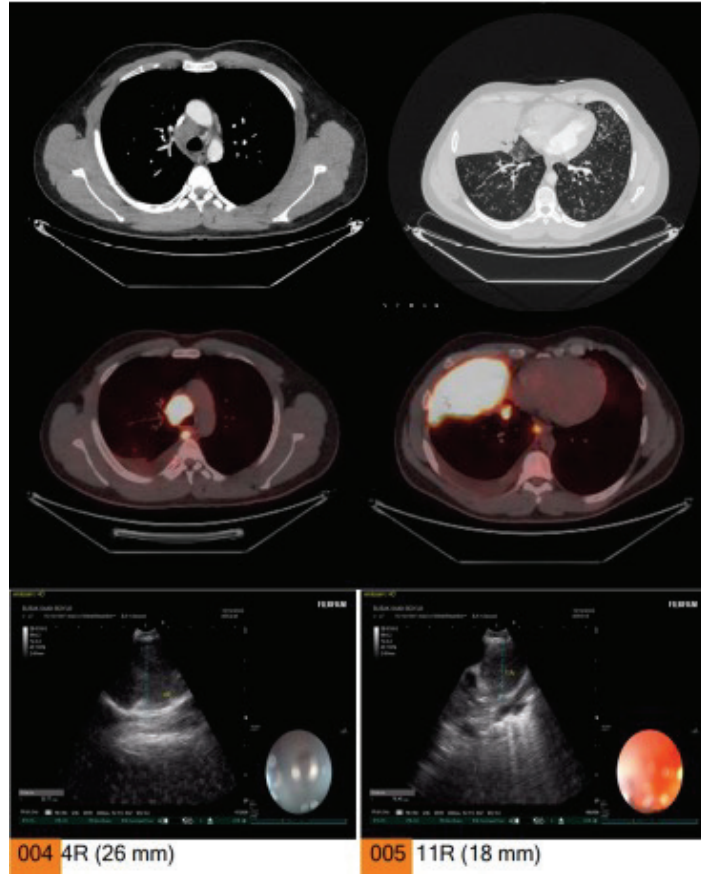
¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Yusuf Ziya Özçelik / Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Büyük B hücreli lenfoma (BBHL), non-Hodgkin lenfomaların en sık görülen ve agresif seyir gösteren alt tipidir. Bağışıklık sistemi bozuklukları, özellikle primer immün yetmezlik sendromları, BBHL için önemli bir risk faktörü oluşturur. Yaygın Değişken Bağışıklık Yetmezliği (CVID), immüoglobulin üretiminde bozukluk ile karakterize olup, maligniteler, enfeksiyonlar ve otoimmün hastalıklar gibi birçok komplikasyonla ilişkilidir. CVID hastalarında lenfoid neoplazm gelişme riski uzun zamandır bilinmektedir. Bu olgu sunumunda, CVID ve bronşektazi tanıları bulunan ve intravenöz immüoglobulin (IVIG) tedavisi alan bir hastada BBHL gelişimi sunulmaktadır. Özellikle Endobronşiyal Ultrasonografi (EBUS) ile yapılan tanısal yaklaşımın önemine vurgu yapılacaktır.

Olgu: 27 yaşındaki erkek hasta, nefes darlığı, balgamlı öksürük ve boyunda ele gelen şişlik şikayetleri ile başvurdu. Hasta, CVID ve bronşektazi tanılarıyla düzenli IVIG tedavisi almaktaydı. Fizik muayenesinde servikal lenfadenopati ve bilateral krepitan raller tespit edildi. Laboratuvar incelemelerinde CRP: 29 mg/L, IgA: 0,62 g/L olarak bulundu. Toraks tomografisinde mediastinal konglomere lenf nodları, bilateral bronşektazi, buzlu cam alanları ve atelektazi gözlemlendi. Pozitron emisyon tomografisi (PET/BT) mediastinal bölgede patolojik FDG tutulumu olan lenf nodlarını ortaya koydu. Hastaya EBUS uygulanarak 4R, 4L, 7, 11R ve 11L lenf nodlarından örneklemeler yapıldı. Histopatolojik incelemede BBHL ile uyumlu bulgular saptandı. Tanı doğrulandıktan sonra hasta hematoloji bölümüne yönlendirilerek R-CHOP rejimi ile kemoterapi planlandı. Tedavi sürecinde IVIG tedavisi devam ettirildi.

Toraks BT/PET/EBUS



Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...



Tartışma-Sonuç: Bağışıklık sistemi bozuklukları olan bireylerde BBHL önemli bir malignite türü olarak karşımıza çıkmaktadır. CVID, hipogamaglobulinemi, tekrarlayan enfeksiyonlar ve kronik inflamasyon gibi faktörlerle lenfoproliferatif hastalıklar için uygun bir zemin oluşturabilir. Literatürde, CVID hastalarında malignite riskinin %8-22 arasında değiştiği ve en sık non-Hodgkin lenfomaların görüldüğü bildirilmiştir. Bu olguda, CVID'e bağlı kronik inflamasyonun ve bronşektazi ile seyreden enfeksiyonların lenfoma gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Bu vaka, EBUS'un mediastinal lenf nodu değerlendirmesinde ne kadar değerli bir tanı yöntemi olduğunu ortaya koymaktadır. EBUS'un sağladığı minimal invaziv biyopsi imkânı, erken tanıyı kolaylaştırarak hastanın hızlı bir şekilde uygun tedaviye yönlendirilmesini sağlamıştır. Sonuç olarak, CVID tanılı hastalar malignite açısından yakından takip edilmeli ve şüpheli durumlarda PET/BT ile birlikte EBUS gibi ileri tanı yöntemleri kullanılmalıdır. Bu olgu, EBUS'un, immün yetmezlik hastalarında lenfoma tanısındaki kritik rolünü vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Büyük B Hücreli Lenfoma, CVID, Bronşektazi, EBUS, Lenfoproliferatif Hastalık



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-112 EBUS ile Zor Bir Lenfoma Tanısı: Küçük Lenfositik Lenfoma

Ayşenur Zengin Budağ¹, Ömer Faruk Budağ¹, Kübra Çalışkan Güneş²,
Selin Küçükuyurt Kaya³, Ersin Günay¹

¹Etlük Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Etlük Şehir Hastanesi Patoloji Kliniği

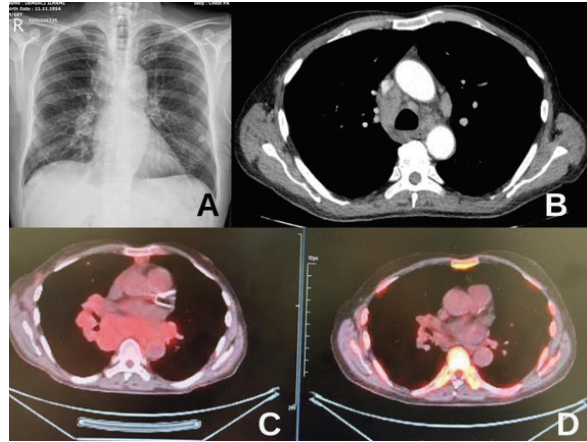
³Etlük Şehir Hastanesi Hematoloji Kliniği

Ömer Faruk Budağ / Etlük Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Endobronşiyal ultrasonografi (EBUS), hava yolları duvarı ve çevresindeki yapıları (lenf nodları, kitleler, vasküler yapılar) görüntüleme imkânı sunan invaziv bir yöntemdir. Radial ve konveks prob EBUS kullanılarak bu yapıların detaylı incelemesi sağlanabilir. EBUS, özellikle akciğer kanserinin evrelemesi, sarkoidoz ve tüberküloz gibi benign hastalıkların tanısında yaygın olarak kullanılmaktadır. Lenfoma tanısı, heterojen klinik ve radyolojik bulguları nedeniyle sıklıkla güçlük arz eder. Bu olgu sunumunda, EBUS kullanılarak Küçük Lenfositik Lenfoma/Kronik Lenfositer Lösemi (SLL/KLL) tanısı konulan ve antineoplastik tedaviden fayda gören 70 yaşındaki bir hasta, literatür eşliğinde sunulmaktadır.

Olgu: Yetmiş yaşında erkek hasta, ateş, öksürük ve sarı renkli balgam şikâyetleri ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 10 paket-yıl sigara öyküsü ve prostat kanseri (operasyon geçirmiş) olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde sağ bazalde ral saptandı. Aile öyküsünde akciğer kanseri bulunan hastanın, akciğer grafisinde hiler genişleme izlenmesi (Şekil 1A) üzerine toraks bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT incelemesinde, her iki akciğer parankiminde tüm loblara yayılmış yamasal buzlu cam opasiteleri, inter- ve intralobüler septal kalınlaşmalar ile mediastende çok sayıda konglomere lenfadenopati (LAP) tespit edildi (Şekil 1B). Bu bulgular üzerine hastaya EBUS ile değerlendirme planlandı. Hastanın 4R, 4L, 7, 11R ve 11L lenf nodlarından standart 22G iğne ile transbronşiyal iğne aspirasyonu (TBNA) yapıldı. Sitopatolojik inceleme sonucunda SLL/KLL tanısı doğrulandı. Hasta, multidisipliner konseyde değerlendirilerek R-BENDA (Rituximab ve Bendamustin) protokolü ile tedaviye başlandı. Tedavinin sonrası çekilen kontrol PET/BT'de lenfadenopatilerin tamamen regrese olduğu gözlemlendi (Şekil 1D).

EBUS ile tanı alan KLL olgusu



Şekil 1: A. Hastanın başvuru anındaki hiler dolgunluğu olan akciğer grafisi, B. Mediastende çok sayıda konglomere lenfadenopati içeren tomografi görüntüsü, C. Tanı ve tedavi öncesi PET-CT de yaygın tutulumu olan lenfadenopatiler, D. Tedavi sonrası kontrol PET-CT de lenfadenopatilerin tamamen regrese olduğu görüntü

Tartışma-Sonuç: EBUS, solid organ malignitelerinin (akciğer kanseri ve ekstratorasik organ metastazları) tanısında yaygın olarak kullanılsa da, lenfoma ve benign hastalıkların tanısı genellikle daha zordur. Bu olgu, EBUS ile tanı koymanın zor olduğu bilinen bir hastada, 22G TBNA iğnesi kullanılarak SLL/KLL tanısının başarıyla konduğunu ve ardından uygun tedavi ile klinik ve radyolojik yanıt elde edildiğini göstermektedir. Sonuç olarak, EBUS, mediastinal lenf nodlarının değerlendirilmesinde minimal invaziv ve etkili bir yöntem olup, lenfoma tanısında doğru örnekleme ve uygun tanısal yaklaşım ile başarılı sonuçlar sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Endobronşiyal Ultrasonografi, Küçük Lenfositik Lenfoma, Mediastinal Lenfadenopati Örnekleme

PS-113 Olgu Serisi: Periferik Pulmoner Lezyonlarda Bronkoskopik Navigasyon Sistemi ile Tanı

Şeyma Kapçık¹, Demet Turan¹, Efsun Gonca Uğur Chousein¹, Abdullah Çağrı Önal¹, Fatma Meyra Söylemez¹, Ahmet Pehlivan¹, Erdoğan Çetinkaya¹

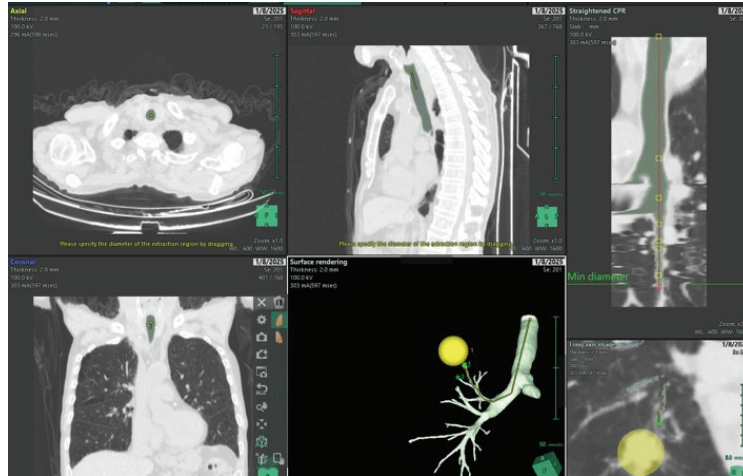
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Şeyma Kapçık / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri, kansere bağlı ölümlerin önde gelen nedenlerindedir. Bilgisayarlı tomografi (BT) taramalarıyla çok sayıda periferik pulmoner nodüller (PPN) tespit edilmektedir. Malignite potansiyeli nedeniyle, PPN'lerden patolojik inceleme kritik öneme sahiptir. Son yıllarda, ultrathin bronkoskop (UTB), sanal bronkoskopi navigasyon (SBN) teknikleri kullanılarak yapılan transbronşiyal biyopsisiyle PPN'lerin tanısında verimlilik artmıştır. Bronkoskopi, lezyonun boyutuna, özelliklerine, lobar konumuna, hilumdan olan uzaklığına ve bronş işaretlerinin varlığına bağlı olarak farklı tanısal oranlar sergileyebilmektedir. Biz de periferik pulmoner lezyonu olan; UTB ve navigasyon yöntemi kullanılarak yapılan biyopsiyle tanı konulan 3 olgumuzu paylaştık.

Olgu: Olgu-1: 77 yaşında, mesane invaziv papiller ürotelyal karsinom tanılı erkek hastanın toraks BT'sinde sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte 2.5 cm boyutlarında nodüler lezyon saptanmıştır. PET BT'de suvmax: 7.2. Tanı amaçlı genel anestezi altında konvansiyonel bronkoskopiyle endobronşial lezyon (EBL) izlenmedi. SBN yoluna göre UTB ile sağ akciğerde yedinci dallanmanın distalinde EBL görüldü. Multipl biyopsiyle skuamoz hücreli karsinom tespit edildi. (Şekil 1) Olgu-2: 60 yaşında erkek, öksürük ve pürülan balgam şikayetleri sebebiyle çekilen toraks BT'de sol akciğer üst lob posterior segmentte kitle görüldü. PET BT'de hipermetabolik, primer akciğeri düşündürülen lezyon görülmesi üzerine bronkoskopi ile ulaşılması güç lokalizasyondaki lezyon SNB ile tarandı. Üst divizyon apikoposterior segmentin apikal segmentinde lezyon saptandı. Genel anestezi altında UTB kullanılarak biyopsi alındı. Patolojisi küçük hücre dışı akciğer kanseri saptanan hasta cerrahiye yönlendirildi. Olgu-3: 64 yaş, bilinen edinsel immün yetmezlik tanılı erkek, rutin tarama sırasında sağ akciğer üst lob anterior segmentte kitle tespit edildi. PET'te primeri akciğer düşünülen yoğun hiper metabolik lezyon izlenmesi üzerine SNB ile tarandı. Sağ akciğer üst lob anterior segmentte kitle görüldü. UTB ile biyopsi alındı. Patoloji sonucu küçük hücre dışı akciğer karsinomu olarak saptandı.

Şekil 1



Tartışma-Sonuç: Tartışma ve Sonuç: Periferik akciğer lezyonlarının değerlendirilmesi ve tanısında görüntü eşliğinde bronkoskopi tekniklerinin rolü giderek artmaktadır. Bu tekniklerde gereken özellikler; akciğerin periferinde de iyi manevra kabiliyeti gösterebilmesi, cihazı yönlendirebilecek iyi bir sistem olması, lezyonun lokalizasyonunu eş zamanlı doğrulayabilme imkanındır. Optimal tanı açısından bütün bu özellikleri birlikte barındıran cihazların geliştirilmesi gerekmektedir. Olgu serimizde akciğerin; fleksible bronkoskopiyle ulaşılabilen periferik lezyonlarda SBN'de yolları saptanarak UTB aracılığı ile örneklemeye yapıldı Yardımcı bronkoskopik aletler ve teknikler ile yapılan transbronşiyal biopsi, küçük periferik akciğer lezyonlarının tanısında uygulanabilir ve güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: periferik pulmoner nodül, sanal bronkoskopi navigasyon, ultrathin bronkoskopi



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-114 Hemoptizi ile Başvuran Berrak Hücreli Renal Hücreli Karsinom Akciğer Metastazı Olgusu

Yaren Özdemir¹, Hamide Gül Şekerbey¹, Sümeyye Alparslan Bekir¹,
Efsun Gonca Uğur Chousein², Demet Turan²

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

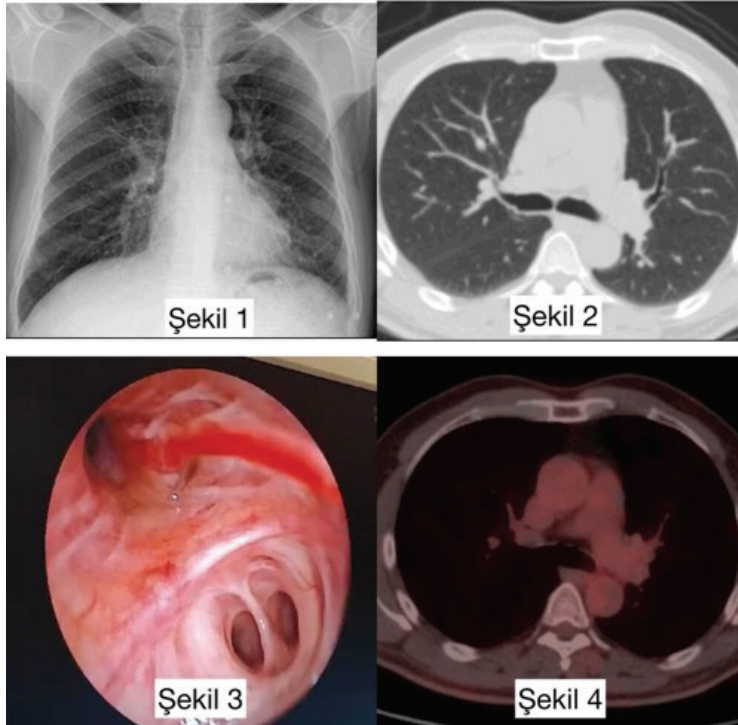
²SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Yaren Özdemir / SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Hemoptizi akciğer kaynaklı kan tükürme olarak tanımlanan, yakından takip edilmesi gereken bir göğüs hastalıkları acilidir. Enfeksiyonlar hemoptizilerin yaklaşık %60-70'ini, primer akciğer maligniteleri %23'ünü oluşturmaktadır. Kanamaların yaklaşık %90'ı bronşiyal arter kaynaklıdır. Berrak hücreli renal hücreli karsinom (ccRCC), renal malignitelerin en yaygın histolojik alt tipidir. ccRCC'de en sık metastaz yeri akciğerdir.

Olgu: Elli sekiz yaşında erkek hasta, balgamda 2 gündür olan kanama şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. (Şekil 1). Özgeçmişinde DM (Diyabetes Mellitus), KAH (koroner arter hastalığı, CAG+stent-) tanıları, 2012de Renal Hücreli Karsinom sebebiyle sol nefrektomi öyküsü mevcuttu. Başvurusunda vitalleri stabil, fizik muayenesinde solunum sesleri bilateral kabalaşmış, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastaya hemoptizi tetkiki için Fiberoptik bronkoskopi (FOB) planlandı. (Şekil 2) FOB'unda sol üst lob apikal segment duvarı eritemli, içinde aspire etmekle kopmayan koagülüm ve yumuşak dokuya tutunan lezyon izlendi (Şekil 3). Mikrobiyoloji sonuçlarında üreme görülmemeyen ve ARB: negatif, Mikobakteri PCR: saptanmayan hastanın FOB sitolojisinde inflamasyon bulguları görüldü. Yaklaşık 1 ay sonra tekrarlayan hemoptizi sebebiyle embolizasyon ve rijit bronkoskopi yapılması amacıyla servise interne edildi. Hastaya dış merkezde sol bronşiyal arter embolizasyonu yapıldı. Çekilen PET-CT'sinde sol üst lob apikal segmentteki lezyonda patolojik FDG tutulumu saptanmadı (Şekil 4). FOB'u tekrarlanan hastanın sol üst lob apikal segmentteki lezyonunun progre olduğu görüldü. Hastaya yapılan rijit bronkoskopide (RB) lezyon alındı. Piyes patolojisi: Berrak hücreli renal hücreli karsinom metastazı ile uyumlu saptandı. RB sonrasında sol üst lobektomi yapıldı. KT planlandı.

Olgu



Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Tartışma-Sonuç: Hemoptizilerin çoğu kendini sınırlar fakat masif hemoptizi yaşamı tehdit eden bir durumdur. Hemoptizi ile başvuran hastada Toraks Bilgisayarlı Tomografi ve bronkoskopik değerlendirme önem arz eder. Tekrarlamayı önleyici tedaviler arasında bronşiyal arter embolizasyonu yer almaktadır, ayrıca fleksibl bronkoskopide kanama riski olan olgularda kitle/koagülüm ayrımı yapılması gereken durumlarda RB yapılabilmektedir. Ayrıca özellikle daha önce malignite öyküsü olan hastalarda şüpheli lezyonda Pet CT'de patolojik kontrast tutulumu olmasa dahi ileri tetkikler ile seçili olgularda malignite saptanabilmektedir. Erken tanı mortalite ve morbidite açısından önem arz etmektedir, zira berrak hücreli renal hücreli karsinom tanısı alan hastaların %20-30'u erken tanı aşamasında metastatiktir, hastaların %30-50'si lokal hastalıkla metastaza ilerler ve lokalize RCC'li hastaların yaklaşık %40'ı ameliyattan sonra bile uzak metastazlara sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Hemoptizi, Metastaz, Berrak Hücreli Renal Hücreli Karsinom



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-119 Akupunktur Sonrası Gelişen İyatrojenik Sağ Akciğer Pnömotoraks Olgusu

Levent Çevik¹, Hanifi Yıldız¹

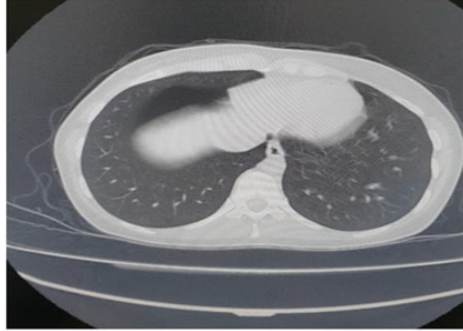
¹Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi

Levent Çevik / Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi

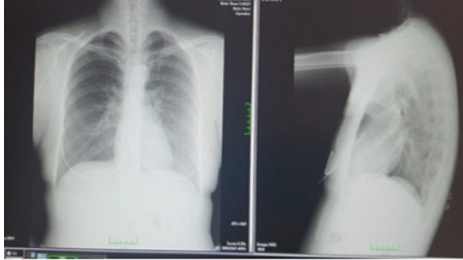
Giriş-Amaç: Akupunktur, bazı durumlarda tıbbi tedavilere alternatif olarak kullanılmaktadır. Akupunktur güvenli bir yöntem olarak kabul edilmesine rağmen literatürde ağrıdan fatal komplikasyonlara kadar geniş bir yelpazede çeşitli komplikasyonlara neden olabileceği bildirilmiştir. fibromyalji tedavisi için akupunktur tedavisi(kuru iğne) uygulanan ve buna bağlı olarak oluşan sağ taraf akciğer pnömotoraks olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 30 yaşında bayan hasta dış merkezde sırt ve boyun ağrısı nedeniyle fizyoterapist tarafından yapılan kuru iğne tedavisi sonrası gelişen nefes darlığı ve sağ taraf göğüs ağrısı nedeniyle acil servise başvurmuş, hastaya çekilen posterior anterior akciğer grafisinde (PAAG) minimal pnömotoraks (PTX) saptanması üzerine toraks tomografisi çekilmiş ve sağ hemitoraksta hafif dereceli PTX tespit edilmiştir (Resim-1), hastaya tüp torakostomi yapılmamış inhaler bronkodilatör ve sürekli oksijen tedavisi için yatış verilmiş, tedavi sonrası çekilen kontrol grafilerde PTX hattında gerileme olması üzerine taburcu edilmiştir. Sonraki kontrol amaçlı başvuruda yapılan fizik muayenesinde; dinlemekle her iki hemitoraks solunuma eşit katılmakta, bilateral solunum sesleri eşit ve doğal duyulmakla birlikte ek patolojik ses duyulmadı, hastanın çekilen kontrol 2 yönlü PAAG'de PTX hattına rastlanmadı (Resim-2), bakılan solunum fonksiyon testinde: FEV1:98 FVC: 90 FEV1/FVC: 108 olarak saptandı, hastada mevcut klinik ve radyolojik muayene sonucunda akut patolojik bulguya rastlanmamış olması nedeniyle hastaya herhangi bir ek tedavi önerilmedi, önerilerle taburcu edildi

Akupunktur sonrası oluşan pnömotoraks olgu resmi



Resim -1: sağ hemitoraksta izlenen minimal pnömotoraks



Resim-2: tedavi sonrası çekilen kontrol 2 yönlü PA grafisi

Tartışma-Sonuç: Literatür incelemesine göre akupunktur hala minimal komplikasyonla etkili ve nispeten güvenli bir yöntem olarak düşünülebilmekle birlikte, özellikle torakal bölgeye yapılacak iğnelere bağlı olarak PTX gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Akupunktur uygulayıcılarının işlem yapılacak bölgenin normal anatomisi, olası anatomik varyasyonlar ile gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olması ayrıca yeterli tıbbi eğitime sahip olması ve tedavinin uygulanacağı birey özelinde işlem öncesi bireysel farklılıklara dikkat etmesi akupunkturun güvenilirliğini ve etkinliğini arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Akupunktur, Pnömotoraks, Fibromyalji

10 Nisan 2025, Perşembe

Poster Bildiri Oturumu 7: İnterstisyel Akciğer Hastalıkları

PS-120 İdiopatik Pulmoner Fibrozis Tanılı Hastada Akciğer Kanseri Gelişimi: 4 Vakanın İncelenmesi

Hasan Süheyl Yıldız¹, Mehmet Bayram¹, Ömer Fatih Ölmez², Harun Muğlu²

¹İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Bilim Dalı

Hasan Süheyl Yıldız / İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Amaç: İdiopatik pulmoner fibrozis (IPF), progresif ve fatal bir hastalık olup, akciğer fibrozisinin neden olduğu kronik progresif bir hastalıktır. IPF hastalarında akciğer kanseri gelişme riski arttığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı, IPF tanısı almış hastalarda akciğer kanseri gelişim sıklığını ve takiplerde gözlemlenen klinik özellikleri incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Yöntem: Çalışmaya, IPF tanısı konmuş ve düzenli takip edilen 4 hasta dahil edilmiştir. Hastaların klinik geçmişi, demografik verileri, tanı zamanı, akciğer kanseri gelişimi ve tedavi süreçleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, akciğer kanserinin tanı zamanlaması, hastaların genel sağlık durumu ve kullanılan tedavi yöntemleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bulgular: Bulgular: Hastaların Tamamı UIP paterni İAH bulguları olan İPF tanısı almış olgulardı. Olguların 3'ü erkek biri kadındı. Yaşları sırasıyla 79, 83, 67 ve 66 idi. Hastaların 3 tanesinde (%75) sigara içimi öyküsü mevcuttu. Bir hasta küçük hücreli akciğer kanseri, 1 hasta klinik radyolojik olarak akciğer kanseri ve uzak metastazlar, 1 hasta küçük hücreli akciğer kanseri, 1 hasta az differansiye küçük hücreli dışı akciğer ca tanısı almıştı. İPF tanısından akciğer kanseri tanısına kadar geçen süre sırasıyla 3 yıl, 5 yıl 7 yıl 2 yıl saptandı. Hastaların 3 üçü vefat etti. Tanıdan ölüme kadar ki süreler İPF ve akciğer kanseri için sırasıyla 5 ve 2 yıl, 6 ve 1 yıl, 9 ve 2 yıl 4. Olgu onkolojik tedavisinin 2. ayında takip altındadır. Hastaların radyolojik görüntülemelerine göre evreleri sırasıyla 2, 2, 3, 2 idi.

Tartışma-Sonuç: Sonuç: IPF hastalarında akciğer kanseri gelişme riski artmış olup, bu durum hastaların prognozunu daha da kötüleştirebilmektedir. Erken tanı ve tedavi stratejilerinin, İPF'li hastaların yaşam kalitesini iyileştirebileceği düşünülmektedir. Bu çalışma, İPF tanılı hastaların düzenli onkolojik takiplerinin önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: İdiopatik pulmoner fibrozis, akciğer kanseri, takip, klinik özellikler, tedavi.



PS-121 Lenfositik İnterstisyel Pnömonide Alışılmadık Radyolojik Prezantasyon

İbrahim Koç¹, Özcan Avcı¹

¹Bursa Şehir Hastanesi/Göğüs Hastalıkları

İbrahim Koç / Bursa Şehir Hastanesi/Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Lenfositik interstisyel pnömoni (LİP) alveoler boşlukların lenfositler, plazma hücreleri ve diğer lenforetiküler elementler tarafından infiltrasyonu ile karakterize yetişkinlerde nadir görülen bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Göğüs radyografisinde baziler retiküler opasiteler, nodüler lezyonlar, hava kistleri, buzlu cam alanları ve konsolidasyon görülebilmekte olup kitle benzeri oluşumlar sık rastlanan bir durum değildir. Bu olgunun sunulmasının amacı nadir görülen LİP'in alışıldık radyolojisinin dışında kitle benzeri oluşumla prezente olmasıdır.

Olgu: Altmış üç yaşında kadın hasta kliniğimize sırt ve karın ağrısı ile beraber yıllardır olan nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Ev hanımı olan herhangi bir maruziyeti veya hobisi olmayan hastanın sigara kullanım hikayesi yoktu. Özgeçmişinde astım, hiperlipidemi ve hipertansiyon tanıları ile düzensiz ilaç kullanmakta olduğu öğrenildi. Çekilen toraks tomografisi "Sağ akciğer alt lobda parahiler 3 cm boyutta spiküle kontürlü kitle lezyonu izlendi. (Şekil 1). Çekilen PET-CT'de tanımlanan lezyonda malignite düzeyinde artmış FDG tutulumu (SUV Max:7) saptandı. Hastaya bilgisayarlı tomografi eşliğinde transtorasik biyopsi yapıldı. Patoloji sonucunda fibrozis ve yoğun nonspesifik lenfoid hücre infiltrasyonu saptandı malignite bulgusuna rastlanmadı. İkinci patoloji konsültasyonu lenfositik interstisyel pnömoni olarak raporlandı.



Şekil 1. Sağ akciğer alt lobda parahiler 3 cm boyutta spiküle kontürlü kitle lezyonu izlenmiştir. Sol akciğer inferior lingular segmentte milimetrik nodüler lezyon izlenmiştir. Met?

Tartışma-Sonuç: Lenfositik interstisyel pnömoni vakalarının çoğunda hava kistleri pulmoner infiltrat gibi bulgular saptanabilmekte ve beraberinde romatoid artrit ve Sjögren gibi hastalıklar saptanabilmektedir. Kesin tanı için cerrahi akciğer biyopsisi gerekir ancak olgumuzda hastanın obez olması ve cerrahiye sıcak bakmaması nedeniyle transtorasik biyopsi sonucunda tanı alınmıştır. Sonuç olarak lenfositik interstisyel pnömoni çoğunlukla radyolojik olarak parankimal hava kistleri ve infiltrasyon ile bulgu verse ve tanı için cerrahi biyopsi gerekse de olgumuz da olduğu gibi kitle benzeri oluşumla prezente olabilmekte ve transtorasik biyopsi de tanı koymada yardımcı olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel, Lenfositik, Pnömoni

PS-122 Çok Nadir Bir Sendrom: Birt Hogg Dube

İbrahim Koç¹, Özge Aydın Güçlü²

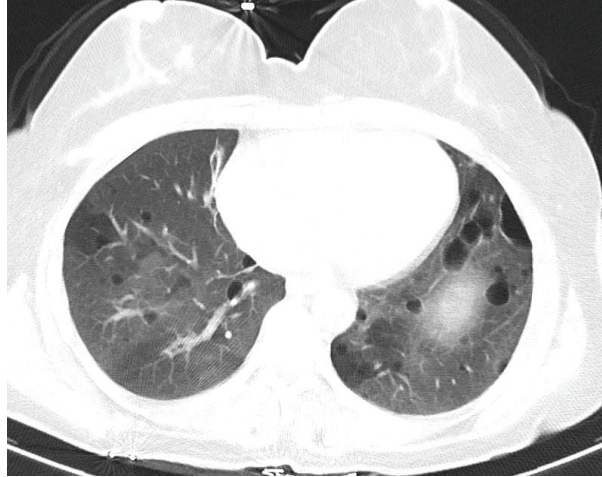
¹Bursa Şehir Hastanesi/Göğüs Hastalıkları

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları

İbrahim Koç / Bursa Şehir Hastanesi/Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Birt-Hogg-Dubé sendromu, ilk olarak 1977'de tanımlanmış olup sıklıkla baş ve boyunda bulunan iyi huylu cilt hamartomları; pulmoner kistler, spontan pnömotoraks ve böbrek kanseri riskinde artış ile karakterize otozomal dominant bir hastalıktır. İnsidansı kesin olarak bilinmemekle birlikte dünya genelinde yaklaşık olarak 200 ailede olduğu bilinen oldukça nadir bir hastalıktır. Birt-Hogg-Dubé sendromu, işlevi hala araştırılmakta olan olası bir tümör baskılayıcı gen olan follikülin proteinini kodlayan follikülin genindeki (FLCN) germ hattı varyantlarından kaynaklanır. Burada tekrarlayan pnömotoraks sonra yapılan değerlendirmelerinde tomografik bulgular ve genetik analiz sonucunda Birt Hogg Dube Sendromu saptanan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Kırkbeş yaşında kadın hasta kliniğimize ara ara olan göğüs ağrısı ve tekrarlayan pnömotoraks nedeniyle başvurdu. Yapılan değerlendirmelerinde kronik bir hastalığının olmadığı sigara kullanmadığı, maruziyeti veya hobisinin olmadığı anlaşıldı. Hastaya üç yıl içerisinde iki defa pnömotoraks nedeniyle tüp torakostomi uygulanmış olduğu öğrenildi. Genel fizik muayene ve dermatolojik değerlendirmede belirgin patoloji saptanmadı. Akciğerin bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğer alt zonlarda daha belirgin iyi sınırlı hava kistlerinin olduğu görüldü (Şekil 1). Folliculin (FLCN) gen analizinde mutasyon saptanan hasta Birt Hogg Dube Sendromu olarak kabul edildi. Böbrek tümörleri Birt Hogg Dube Sendromu tanılı hastalarda görülebilen oluşumlar olduğundan abdominal tomografik değerlendirme yapıldı böbrekte lezyon saptanan hasta ilgili branşlara yönlendirildi.



Şekil 1. Akciğer bilgisayarlı tomografide her iki akciğer alt zonlarda düzgün sınırlı hava kistleri izlenmekte

Tartışma-Sonuç: Birt-Hogg-Dubé (BHD) sendromu, kromozom 17p11.2 üzerinde bulunan follikülin (FLCN) genindeki germ hattı otozomal dominant patojenik varyantlarından kaynaklanır. Folliculin'in tümör baskılayıcı olarak işlev gördüğü düşünülse de tam etki mekanizması bilinmemektedir. Hastalar uzun süre asemptomatik oldukları gibi, cilt lezyonları, böbrek lezyonları veya olgumuzda olduğu gibi tekrarlayan pnömotoraks ile bulgu verebilmektedir. Tanı için hastalıktan şüphelenilmeli özellikle orta ve alt zonlarda iyi sınırlı hava kistleri olan hastalarda FLCN gen mutasyonu için genetik analiz yapılmalıdır. Hastalığın kendisi için kür edici bir tedavi yöntemi olmamakla birlikte tekrarlayan pnömotorakslarda plörödezis açısından değerlendirilmeli ve böbrek tümörlerinin sık görülmesi nedeniyle gerekli tetkikler yapılmalıdır. Olgumuzda yapılan değerlendirmelerde halihazırda dört aile bireyinde daha akciğer alt zonlarında hava kistleri saptanmış olup genetik analiz istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Birt Hogg Dube, Sendrom, Kist, Pnömotoraks



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-123 Astım Nedeni ile Takip edilen Kronik Eozinofilik Pnömoni Olgusu

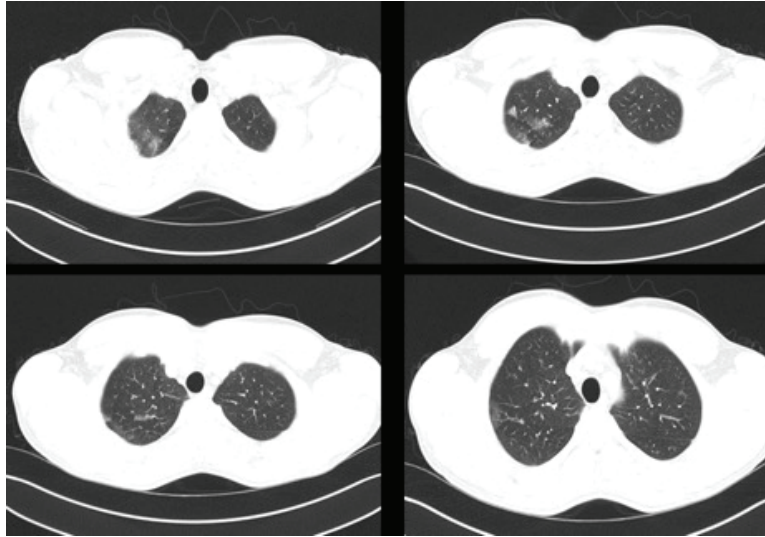
Maşuk Çelikel

Özel Medikal Hospital Hastanesi

Giriş-Amaç: kronik eozinofilik pnömoni (KEP), görüntülemelerde periferik alveoler infiltratlarla seyreden, sistemik ve lokal eozinofili ile karakterize nedeni bilinmeyen nadir bir hastalıktır. Semptomlar arasında subakut/kronik başlangıçlı dispne, öksürük ve genel sistemik bulgular bulunur. Ayırıcı tanıda EP'nin olası nedenleri, özellikle ilaçlar, parazitik enfeksiyonlar, ABPA, EGPA, immun yetmezlik, eozinofilik pulmoner hastalıklar araştırılmalıdır. Ancak KEP birçok vakada idiyopatik kalır.

Olgu: 31 yaşında erkek, beş yıldır astımla takipliymiş. Öksürük, nefes darlığı, hırıltılı solunum, sarı renkli balgam şikayeti mevcuttu. Sigara kullanmamıştı. Son bir yıldır artan solunum şikayetleri ile üç kez steroid gerektiren astım atak geçirmiş. Tetkiklerinde; deri prik testi ve ev akar, aspergillus splgE negatif, total IgE:517 kU/L, eozinofil 2240 c/µl (%21) ve BAL'da eozinofili (%28) ve alınan bronş biyopsisinde eozinofilik infiltrasyon saptandı. Hipereozinofili için bakılan p-ANCA, IgG-A-M, vitamin B12 normaldi. SFT; FEV1/FVC: % 55, FEV1: %47 (1.50 litre), FVC: %87 (3.65 litre), saptandı. HRCT 'de sağ akciğer üst lob posterior ve alt lob süperior segmentte subplevral akciğer parankiminde daha belirgin retiküler dansiteler, buzlu cam infiltrasyonlar ve bronş duvarlarında kalınlaşma izlendi (Resim 1). Hastada hipereozinofilik sendrom saptanmadı. Hastaya KEP tanısı ile metilprednizolon 32 mg başlandı ve 2 hafta sonrası infiltrasyonlarda gerileme, SFT'de artış (FEV1/FVC: % 85, FEV1: %95 (3.24 litre), FVC: %87 (3.91 litre), klinik bulgularda iyileşme görüldü.

Tedavi öncesi Bilgisayarlı Tomografi görüntülemesi



Sağ akciğer üst lob posterior segment ve alt lob siperior segmentlerde yoğunlaşan periferik konsolidasyon ve buzlu cam opasiteleri

Tartışma-Sonuç: KEP'in ayırt edici özelliği akciğerlerde eozinofil birikimidir. Tetikleyici faktör bilinmemekle birlikte, akciğerlerde eozinofil birikiminin eotaksin ve aktivasyon üzerine düzenlenen, normal T hücre ekspresyonu ve salgılanması ve akciğerlerdeki Th2 lenfositlerinden salınan IL-5 gibi eozinofil spesifik kemotaktiklerin etkilerine sekonder olduğuna inanılmaktadır. KEP'te kadınlarda erkeklere göre daha sıktır ve 30-40 yaşlarında insidansı artar; başlangıç kilo kaybı, öksürük ve dispne ile sinsidir. Atopik bir geçmiş yaygındır, ancak astım KEP gelişimi için bir ön koşul değildir. KEP sırasında hava yolu tıkanıklığı gelişebilir, ancak KEP'ten de kaynaklanabilir. Göğüs röntgeni genellikle göç edici olabilen bilateral periferik gölgeler gösterir. Periferik eozinofili yaygındır. KEP'in standart tedavisi oral steroidlerle yapılır, genellikle semptomlarda ve radyografik değişikliklerde dramatik bir iyileşme olur; ancak günlük steroid dozu düşürüldüğünde veya tedavi kesildiğinde nüksler yaygındır. Güncel veriler, tedavi durdurulduğunda, yeterince uzun bir süre takip edilen hastaların çoğunda nükslerin yaygın olduğunu göstermektedir. Bazı raporlar, inhale steroidlerle tedavinin bu durumda bir miktar değer taşıyabileceğini ileri sürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik Pnömoni, astım, hipereozinofili, buzlu cam opasite



PS-124 Bağ Dokusu Hastalığı Akciğer Tutulumu: İki Olgu Nedeniyle

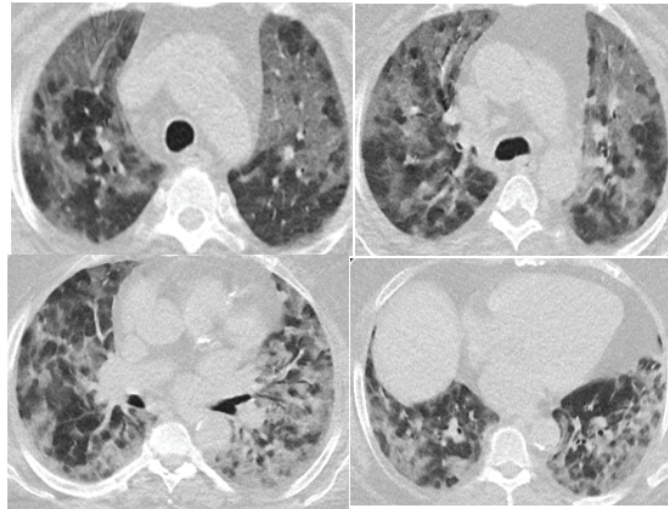
Nevra Güllü Arslan

Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Romatolojik hastalıklara bağlı gelişen difüz parankimal akciğer hastalıkları, oldukça heterojen klinik fenotiplerde karşımıza çıkmaktadır. Kronik inflamasyon, immün-disregülasyona bağlı olarak ortaya çıkan; interstisyel akciğer hastalığı (İAH), pulmoner hipertansiyon, tromboemboli gibi durumlar mortalite, morbiditeyi artırmaktadır. Burada romatizmal hastalık için tipik olmayan semptomlar ile başvurup, altta yatan hastalıkların tespit edildiği olgularımız ile bu konuda farkındalığı artırmayı amaçladık.

Olgu: 1. Olgu: Hipotiroidi, Parkinson, Psöriazis nedeniyle takipli 65 yaş sigara içicisi kadın hasta efor dispnesi ile başvurdu. Akciğer muayenesinde bibaziller velcro ralleri; SFT'de hafif havayolu obstrüksiyonu, difüzyonda hafif kayıp olan hastaya HRCT çekildi. Bilateral tüm zonlarda subplevral alanlarda buzlu cam, interseptal kalınlaşma izlendi. P-ANCA formalin duyarlı (+) olarak tespit edildi, Ağız göz kuruluğu nedeniyle yapılan minör tükürük bezi biyopsisi 'Sklerozan Sialoadenit' olarak raporlandı. Hasta Sjörgen ön tanısı ile Romatoloji tarafından tedavi ve takibe alındı. 2. olgu: Sigara ve çevresel maruziyeti olmayan 68 yaş kadın hasta nefes darlığı yakınması ile başvurdu. Akciğer grafisinde bilateral yaygın heterojen görünüm, kardiyomegali; fizik muayenede oda havasında saturasyon %92, taşikardi, bilateral ral, pretibial ödem saptandı. D-dimer :1,84 µg/ml ve son 1 yıldır trombosit<90000/mm³olan hastaya çekilen pulmoner BT anjioda bilateral segmenter dallarda trombüs saptandı, antikoagülan tedavi başlandı. Ancak hastanın 3 yıl önce çekilmiş toraks BT'sinde de bilateral yaygın yamalı buzlu cam görünümleri olması nedeniyle kollojen doku belirteçleri istendi. ANA İFA benekli (+), Anti-SSA (+), Anti-Sm /RNP: sınır değer olarak tespit edildi. Schirmer testi 5mm altında olan hastanın minör tükürük bezi biyopsisi Sjörgen ile uyumlu geldi.

Olgu 3



HRCT görünümü: bilateral yaygın yamalı buzlu cam alanları

Tartışma-Sonuç: İlk olguda tespit edilen Sklerozan Sialadenit; submandibuler bezi tutan, sert kitle görüntüsü veren, tükürük bezi sirozu olarak da bilinir. Bezde sitotoksik T hücre popülasyonu varlığı, IgG4 (+) plazma hücreleri, atrofi ve sklerozis içermesi nedeniyle IgG4 ilişkili hastalıklar grubuna ait olduğu kabul görmektedir. Olgumuzun Sjörgen ön tanısı ile Romatoloji'de tedavisi devam etmekte, akciğer tutulumu açısından tarafımızca da takip edilmektedir. Otoimmün hastalıklardaki kronik inflamasyon, vaskülopatinin venöz tromboemboli için predispozan faktör olabileceğinden bahsedilmektedir. 2. Olgunun PTE semptomları ile gelip, altta yatan predispozan durumun Sjörgen olması şaşırtıcı bir sonuç olmuştur. Ayrıca son 1 yıldır mevcut olan trombositopeninin Sjörgen hematolojik tutulum ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu 2 olgu ile vurgulamak istediğimiz; İAH'ında girişimsel tanısal işlemlere başvurmadan önce altta yatabilecek romatolojik hastalıkların taranması elzemdir.

Anahtar Kelimeler: interstisyel tutulum, sjörgen

PS-125 Nadir Bir Olgu Olarak Langerhans Hücreli Histiyositoz

Sümeysra Demir¹, Ceyda Anar¹, Bünyamin Sertoğullarından¹, Muzaffer Onur Turan¹, Melike Yüksel Yavuz¹

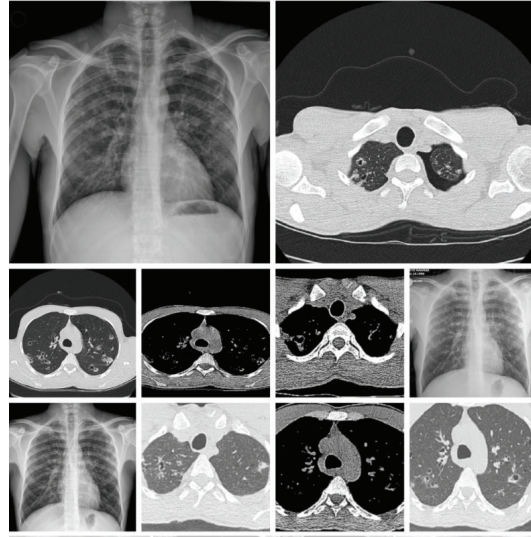
¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Sümeysra Demir / İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner Langerhans Hücreli Histiyositoz (PLHH) öncelikli olarak genç yetişkinleri etkileyen (20-40 yaş) nadir interstisyel akciğer hastalığıdır. Sigara içen bireylerde daha sık görülmektedir. Klinik olarak non prodüktif hastalık ve dispne ile karşımıza çıkar. Yüksek çözünürlüklü bilgisayar tomografide (YÇBT) üst ve orta zonlarda retikülonodüler multiple birleşme eğilimi gösteren nodüller ve kistik görünüm ile karakteristiktir. Çoğunda semptomlar kendiliğinden düzelirken, daha nadir olarak (yaklaşık %5) son evre fibrotik akciğer hastalığına ilerleme görülür. Hastalarda sigaranın bırakılması çoğu zaman yeterli olmakla birlikte kanıt düzeyi yeterli olmasada glukokortikoidlere başvurulabilmektedir. Olgumuzda 25 yaşında, bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan sigara içen PLHH olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 25 yaşında bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan aktif smoker olan hasta 2 haftadır dispne, öksürük nedeniyle başvurdu. FM'de sol akciğer üst zonda yer yer ral ve sol akciğer alt zonda solunum sesleri azalmıştı. Tansiyon 135/80, sO₂99, nbz 78/dk, solunum sayısı 18 idi. CRP20 mg/L, prokalsitonin 0,06 ug/L, ERS30 mm/h idi. Hastanın arteriyel kan gazında ph 7,41, pcO₂ 38, pO₂ 92 SO₂ 98 ve lactat 1,1 idi. PA akciğer grafisinde her iki üst-orta zon periferinde daha belirgin retikülonodüler dansite artımları ve sol akciğerde pnömotoraks ile uyumlu alan mevcuttu (Resim 1). Acil serviste çekilen BT'sinde bilateral dağınık yerleşimli, üst zonlarda daha belirgin, en büyüğü sağ akciğer üst lobta 22 mm olan, yer yer birleşme eğiliminde düzensiz sınırlı multiple kaviter ve non-kaviter pulmoner nodüller mevcuttu (Resim 2,3,4). Bu bulgular dışında sol akciğer anterior ve apikal düzeyde pnömotoraks izlendi. Tüp drenaj ihtiyacı düşünülmeden hastanın takibinde 2. ve 5. günde çekilen PA akciğer grafisinde pnömotoraks tablosu geriledi (Resim 5,6). Hastada ön planda tüberküloz, fungal enfeksiyon, lenfanjiyoleiomyomatozis, Birt-Hogg-Dubé ve LHH 'dan şüphelenildi ve BAL yapıldı. Septik embolide ayırıcı tanıda düşünülerek EKO yapıldı. EKO 'da vejetasyon görülmedi. Böylece septik emboli ekarte edildi. FOB'ta endobronşiyal lezyon izlenmedi. Sağ akciğer üst ve alt lobtan BAL yapıldı. BAL örneğinden CD1a ve S100 çalışıldı. BAL kültüründe üreme olmadı. Patoloji sonucu langerhans hücreli histiyozitozis olarak sonuçlandı. Klinik olarak stabil, şikayetleri regrese olan ve extrapulmoner tutulumu olmayan hastada ön planda sigara bırakması istendi. 1 ay sonra çekilen BT'sinde multiple kaviter lezyonodüllerde regresyon izlendi (Resim 7,8,9).

Resim 1-10



Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak, PLHH nadir görülen, 20-40 yaş arası genç yaşlarda ve sigara içenlerde görülür. Bizim olgumuzda da olduğu gibi radyolojik olarak üst ve orta alanlarda retiküler, retikülonodüler ve kaviteleşmiş nodüler infiltrasyon şeklinde görülen ve spontan pnömotoraks nedeniyle başvuran genç, sigara içen hastalarda ön planda PLHH akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Langerhans, kavite, pnömotoraks



PS-126 Deskuamatif İnterstisyel Pnömoni Olgusu: Tanı ve Takip

Şehmus Işık¹, Tarık Kılıç², Kıymetli Kayan Karadeniz¹

¹Dicle Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

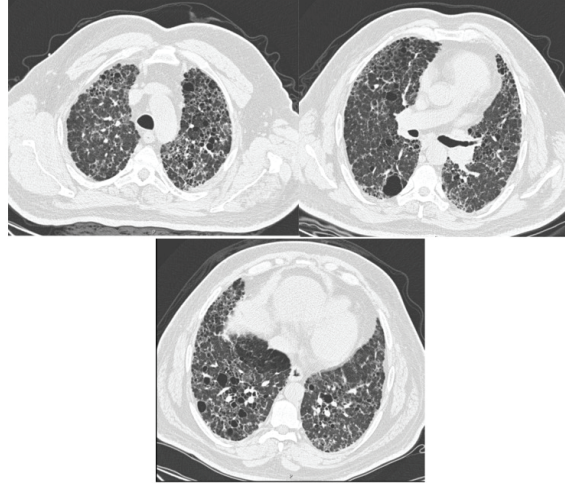
²Muş Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları

Şehmus Işık / Dicle Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Giriş Deskuamatif interstisyel pnömoni (DİP), makrofajların alveol infiltrasyonu sonucu gelişen interstisyel inflamasyon ve fibrozis ile karakterize bir patolojidir. %90 oranında sigara içenlerde görülür. Sık görülmeyen bir durum olduğundan konuya ışık tutmak amacıyla bu olgumuzu sunduk.

Olgu: Olgu 48 yaşında erkek hasta, nefes darlığı ve kuru öksürük nedeniyle dış merkezden tarafımıza yönlendirilmiş. Balgam ve hemoptizi yoktu. Hasta aktif sigara içicisiydi. Balıkçılık yapmakta. Bakılan vitallerinde, oda havasında SpO₂:%92, nabız:96/dk ritmik, TA:130/70 mmHg idi. Yapılan solunum sistemi fizik muayenesinde akciğer sesleri azalmış olarak duyuldu. Bazalarda ral duyuldu. Çomak parmak bulgusu mevcuttu. Solunum fonksiyon testi restriktif karakterdeydi. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde, üst loblarda daha belirgin olan retiküler dansite artışları, plöroparankimal düzensizlikler ve bilateral akciğerlerde kistik lezyonlar mevcuttu. Mevcut bulgular interstisyel akciğer hastalığı düşündürmekteydi. Romatolojik hastalıklar açısından kollajen doku ve Vaskülit paneli çalışıldı. Sonuçlar negatif geldi. Tanı amaçlı akciğer transbronşial biyopsiler alındı. Patoloji sonucu, deskuamatif interstisyel pnömoni lehine geldi. Hastaya sigarayı bırakması önerildi. Dispneik olan hastaya inhaler tedavi verildi. Kontrolde geldiğinde belirgin rahatlama izlenmeyen hastaya oral kortikosteroid başlandı. Uzun süreli bir tedavi planlandığı için tedavisine tüberküloz profilaksisi için İNH eklendi. Takiplerinde oral steroid stoplandı. İnhaler tedaviye devam edildi. Kontrollerinde SFT ve DLCO kayıpları arttı. Tomografisinde kistik lezyonları belirgin derecede yaygınlaştı (Şekil-1). Hasta akciğer nakli açısından değerlendirilmek üzere ileri merkeze yönlendirildi.

Şekil 1



Tartışma-Sonuç: Tartışma Sigara, KOAH ve bronkojenik karsinom gibi hastalıklarla ilişkili olmasının yanında akciğerin interstisyumu tutan parankimal hastalıklarının bazılarında sebep olarak gösterilmektedir. İnterstisyel akciğer hastalıklarından, pulmoner langerhans hücreli histiyositozis (PLCH), respiratuar bronşiyolit ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (RB-İLD) ve deskuamatif interstisyel pnömoni (DİP) sigara ilişkili olarak tanımlanmıştır. Hastaların %10 kadarı tanı anında asemptomatiktir. Efor dispnesi, öksürük, balgam gibi non-spesifik semptomlar görülebilmektedir. Tedavide en önemli müdahale sigaranın bırakılmasıdır. Uzun süreli sistemik steroid en efektif farmakolojik tedavi olarak bulunmuştur. Steroide ek olarak azatioprin gibi bir immünsüpresif tedavi verilmesi hastaların çoğunda hastalığı stabil halde tutar. DLCO'da belirgin düşüş olması akciğer nakli için önemli bir göstergedir ve nakil için hastalar yönlendirilmelidir. Deskuamatif interstisyel pnömoni sık görülmediğinden ve sigara ile ilişkili olduğundan farkındalık olması için bu olgumuzu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Deskuamatif İnterstisyel Pnömoni, Sigara İlgili Akciğer Hastalıkları, İnterstisyel Akciğer Hastalığı Tanısı



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-127 Pulmoner Langerhans Hücreli Histiyo-sitosis:İki Olgu Sunumu

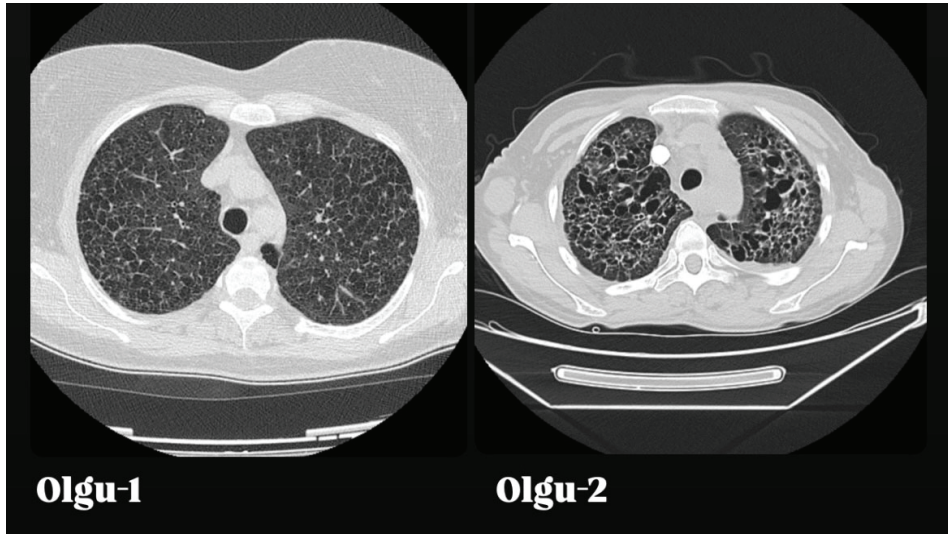
Merve Nur Şahin¹, Melike Yüksel Yavuz¹, Muzaffer Onur Turan¹, Ceyda Anar¹, Bünyamin Sertoğullarından¹

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

Merve Nur Şahin / İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

Giriş-Amaç: Pulmoner langerhans hücreli histiositosis (PLHH) en sık 20–40 yaşları arasında görülen nadir bir interstis-yel akciğer hastalığıdır (1,2). Burada solunum yetmezliği nedeniyle akciğer nakline yönlendirilen iki olgu sunulmuştur.

Olgu: İlk olgumuz, 49 yaş kadın olgu 2014 yılında kliniğimize öksürük, balgam ve nefes darlığı ile başvurdu. Fizik muayenesinde bilateral akciğer bazallerinde ekspiryumda ronküs mevcut idi. 20 paket yıl sigara öyküsü bulunuyordu. Tip 1 solunum yetmezliği ile interne edildi. Toraks BT'de bilateral akciğer parankiminde üst loblarda ağırlıklı olmak üzere pleomorfik şekilli, ince duvarlı, multiple sayıda kistik lezyonlar ve her iki akciğer parankiminde stabil seyirli milimetrik boyutlu pulmoner nodüller izlendi (Resim 1). Fonksiyonel değerlendirmede FVC: % 80, FEV1: % 69, FEV1/FVC:74, TLCO :% 32, KCO: % 46 ve TLC: % 74 idi. FOB ile elde olunan transbronşiyal biyopside CD1a pozitif hücreler izlendi. EKO'da sağ yapılar ve sistolik pulmoner arter basıncı olağan idi. İkinci olgumuz, 44 yaş kadın olgu bir süredir devam eden sağ kolda şişlik ve ağrı nedeniyle başvurduğu ortopedi polikliniğinde çekilen ekstremitelerine dahil olan toraks kesitlerinde bilateral üst zonlarda multiple irregüler kontürlü 1 cm'den küçük kistler ve tüm zonlarda milimetrik nodüller izlenmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş (Resim 1). 20 paket yıl sigara öyküsü olan aktif sigara içicisi idi. Fonksiyonel değerlendirilmede FEV1/FVC:71,FEV1: %85 , FVC %104 idi. BAL' da tipik bulgu saptanmayan olgu radyolojik ve klinik bulgular ile LHH kabul edildi. Takiplerine uyum göstermeyen ve sigarayı bırakmayan olgu 8 yıl sonra sağ pnömotoraks sonrası Tip 1 solunum yetmezliği ve ekspansiyon kusuru gelişmesi üzerine VATS yapıldı. Sağ orta loba yapılan wedge rezeksiyon materyalinde CD1a ve S100 pozitif izlendi. Sistemik tutulum taranması amacıyla çekilen PET-CT'de humerus ve femur proksimalinde heterojen hafif artmış F-18 FDG tutulumu izlendi. Olguya kemik iliği tutulumu açısından kemik iliği biyopsisi yapıldı. Normoselüler kemik iliği izlendi. Her iki olguda oksijen ihtiyacı devam etmesi nedeniyle USOT yazıldı. Bilateral akciğer transplant için transplant kliniğine yönlendirildi. Her iki olguda sistemik tedaviyi reddetti.



Resim 1. Olgu 1 ve 2 bilateral üst ve orta zon hakimiyetinde kistik ve multinodüler tutulum

Tartışma-Sonuç: PLHH nadir bir hastalık olup genellikle genç yaş ve sigara içen olgularda görülür. Radyolojik olarak genellikle üst ve orta zonlarda retikülonodüler, kaviteleşmiş nodüller ve ksitik infiltrasyonlar olarak görülmektedir. Sigara bırakma tedavide ilk yaklaşımdır (3). Tanılı her hasta mutlaka akciğer transplant açısından bilgilendirilmeli ve gerekli yönlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kistik akciğer, langerhans hücre, interstisyel hastalık

PS-128 Kriptojenik Organize Pnömoni: Olgu Sunumu

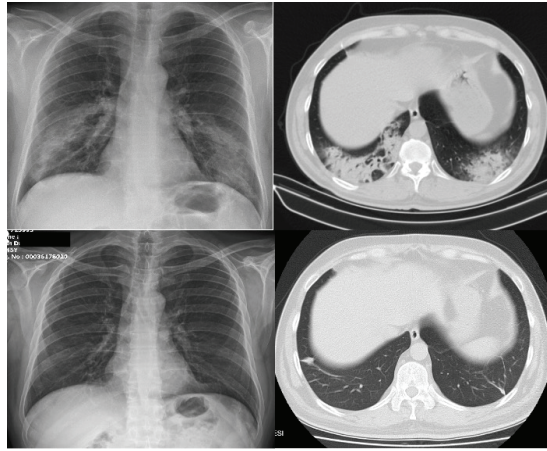
Nurhan Sarıoğlu¹, Seray Kartaloğlu¹, Merve Yumrukuz Şenel¹, Mustafa Çolak¹, Hikmet Çoban¹, Fuat Erel¹

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir

Seray Kartaloğlu / Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir

Giriş-Amaç: Kriptojenik organize pnömoni(KOP);distal hava yollarında, alveoler kanal ve komşu alveollerde görülen idiyoPATİK bir interstisyel pnömonidir. Patolojisinde, inflamatuvar hücre infiltrasyonu, düzensiz alveoler fibroblast proliferasyonu, fibröz doku hiperplazisi ve alveolar boşlukta granülasyon dokusu oluşumu rol oynamaktadır.KOP'da subakut seyirli eforla artan kuru öksürük ve nefes darlığı,ateş,halsizlik, göğüs ağrısı ve artralji gibi semptomlar gözlenmektedir. Radyolojide multifokal konsolidasyon, buzlu cam alanları ve ters halo görünümüne sahip lezyonlar görülmektedir. Tanıya yardımcı olması açısından bronkoskopi ve bronkoalveolar lavaj kullanılmaktadır. Steroid uygulaması KOP'un standart tedavisidir. Biz de antibiyotik tedavisine yanıtız pnömoni tablosu ile tarafımıza yönlendirilen ve kriptojenik organize pnömoni tanısı alan olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 47 yaşında mesleği tornacı olan erkek hasta 4 haftadır devam eden öksürük, beyaz renkli balgam ve halsizlik şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Dış merkezde 14 gün süreyle Moksifloksasin+Piperasilin/Tazobaktam tedavisine rağmen klinik ve radyolojik yanıt alınamadığı için tarafımıza refere edildi. Özgeçmişinde 15p/y sigara mevcuttu. Hastanın başvurusundaki laboratuvar değerleri; Lökosit:9,6x10³/µL,CRP:39,8mg/dL,Sedimentasyon:23mm/sa, Nötrofil:7,7x10³/µL,Eozinofil:0,2x10³/µL. Toraks BT'sinde bilateral alt loblarda yamasal konsolidasyon ve buzlu cam alanları görüldü (Şekil 1). Hastaya tanısız amaçlı bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide endobronşiyal lezyon izlenmedi. Sağ orta lob segmentten bronkoalveolar lavaj yapıldı. Bronş lavajından gönderilen örneklerin mikrobiyolojik kültürlerinde üreme saptanmadı, patolojik incelemede transbronşiyal biyopside epitel altında lenfositler izlendi, kronik inflamasyon olarak rapor edildi. KOP ön tanısı ile Prednizolon 40mg/gün başlandı. 3 ay boyunca steroid tedavisi azaltılarak kesildi.3.ay kontrolünde hastada klinik ve radyolojik olarak regresyon izlendi (Şekil 2). Hasta tedavisiz takibe alındı. Tedavisiz izlemin 1.yılında aktif solunumsal yakınması yoktu. Laboratuvar değerleri: Lökosit:5,2x10³/µL,CRP:<3,06mg/dL,Sedimentasyon:10mm/sa,Nötrofil:3,6x10³/µL,Eozinofil:0,1x10³/µL. Toraks BT'de konsolide alanlarda belirgin regresyon izlendi.



Şekil 1: İlk başvuru radyolojik görüntüleri Şekil 2: 3 aylık Steroid tedavisi sonrası radyolojik görüntüler

Tartışma-Sonuç: KOP, nadir görülen bir hastalıktır. KOP semptomlarının atipik olması, klinik olarak teşhis edilmesini zorlaştırmaktadır. Bizim olgumuzda da 2 hafta boyunca antibiyoterapi ile regrese olmayan grip benzeri semptom ve bulgular mevcuttu. Tanıda, histopatolojik, klinik ve radyolojik verilerin bir arada değerlendirilmeleri gerekmektedir. Radyolojik görüntüleme genellikle hava bronkogramları içeren bibazal, peribronkovasküler, periferik konsolidasyon ve buzlu cam alanları görülmektedir. Olgumuzdaki Toraks BT'de benzer radyolojik bulgular görüldü. KOP için tedavi stratejileri, hastanın klinik durumunun, solunum kapasitesinin ve hastalık şiddetinin değerlendirilmesine dayanır. Tedavide temel olarak steroidler, anti inflamatuvar ve immünosupresif ilaçlar kullanılmaktadır. Olgumuz 3 aylık steroid tedavisine iyi yanıt verdi ve ilaçsız takibe alındı. Klinik ve radyolojik olarak antibiyoterapiye yanıt alınamayan pnömoni tablolarında ayırıcı tanıda KOP düşünölmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kriptojenik Organize Pnömoni, Prednizolon, Bronkoskopi, İnterstisyel, İdiyopatik



PS-130 Bleomisin İlişkili Organize Pnömoni Olgusu

Sümevra Demir¹, Ceyda Anar¹, Bünyamin Sertoğullarından¹, Muzaffer Onur Turan¹, Melike Yüksel Yavuz¹

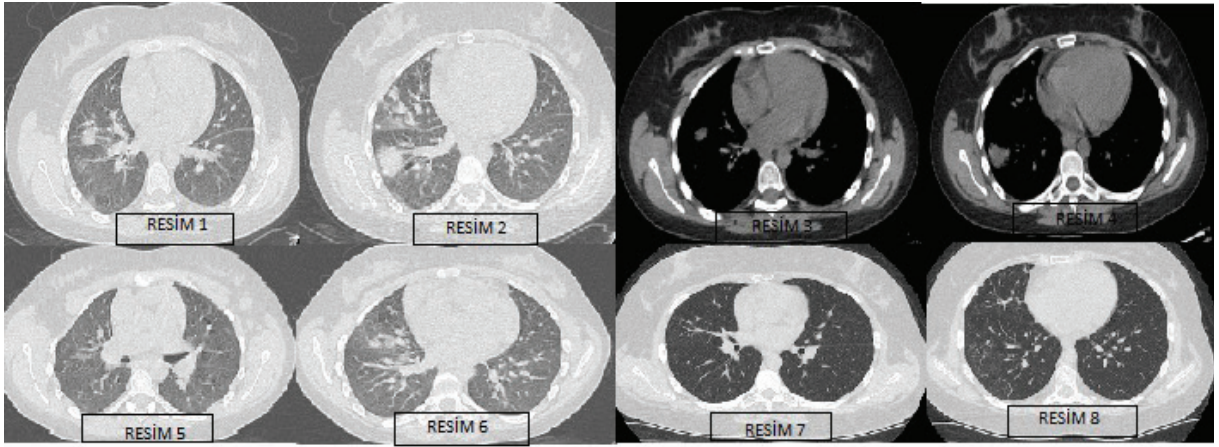
¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sümevra Demir / İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: OPrespiratuar bronşoller, alveoler kanallar ve alveoller içerisinde fibroblastik tıkaçların (Masson cisimcikleri) oluşturduğu polipoid yapılarla karakterizedir.Histopatolojik olarak respiratuar bronşiol ve alveollerde fibroblast kümeleri ve immatür kollojenlerin birikimi ile karakterizedir. Etyolojide; inhalasyon maruziyetleri, ilaç reaksiyonları, viral-mikoplazmal infeksiyonlar, organ transplantasyonları ve konnektif doku hastalıkları gibi çeşitli patolojiler rol alabilir. Genellikle öksürük ve dispne gibi non-spesifik semptomları vardır. Radyolojik olarak OP sıklıkla bilateral yer değiştirebilen yamalı infiltrasyonlar şeklinde görülür.Bu olgumuzda genç yaşta ilaç ilişkili OP vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu: B.S. 20 yaşında Hodgkin lenfoma tanılı,aktif kemoterapi(bleomisin) alan kadın hasta PET BT 'sinde sağ akciğer alt lob lateralde yeni ortaya çıkan yaklaşık 31*26 mm boyutlarında kitlesel lezyon(SUVmax:3.9) ve bilateral boyutsal artış gösteren ,çoğu yeni ortaya çıkmış küçük nodüler lezyonlar(RESİM 1,RESİM 2,RESİM 3,RESİM 4) üzerine onkoloji tarafından tarafımıza yönlendirildi. Hastanın ara sıra non-produktif öksürük dışında aktif semptomu yoktu. Hiç sigara içmemişti .Romatizmal yakınması yoktu. Fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuar incelemesinde WBC:12.020/L CRP:64mg/L Prokasinonin:0.03ug/L idi. Eritrosit sedimentasyon hızı(ESH) 20 idi. Hastanın ilk KT 'sini aldığı sırada çekilen Toraks BTsinde(RESİM 5,RESİM 6) PET BT de görülen lezyonlar mevcut değildi. Radyolojik olarak kriptojenik organize pnömoniye benzemesi sebebi ayırıcı tanı açısından hastadan Antinükleer antikor(ANA),Romatoid faktör (RF), AntiDNA istendi ve negatif bulundu. 6 kür bleomisin alan hastanın pulmoner lezyonlarına yönelik enfeksiyonuda dışlamak için fiberoptik bronkoskopi(FOB) yapıldı ve bronkoalveolar lavaj(BAL) alındı. Endobronşial lezyon görülmedi ve kültür sonucu benign geldi. BAL sıvısının incelemesinde lenfositik alveolit saptandı. Hastaya kesin tanı için tru-cut biyopsi planlandı. Tru-cut biyopsi için hastanın yaşında küçük olması sebebi hasta ve yakınları ileri invaziv işlem kabul etmedi. Hastanın diğer tüm lenfoma buguları silinmişken bleomisin altında yeni ortaya çıkan akciğer lezyonları için klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde ön planda ilaç(bleomisin) ilişkili organize pnömoni düşünüldü. Hastaya oral kortikosteroid başlandı.(40mg/gün metil prednizolon).Tedavinin 6.ayında çekilen Toraks BT de (RESİM 7,RESİM 8)önceki BT de mevcut olan konsolidasyonların tama yakın regrese olduğu görüldü. Kortikosteorid tedavisi doz azaltılarak 12. ayda kesilmesi planlanmıştır.

Resim 1-8.



Tartışma-Sonuç: OP nadir görülen bir durumdur ancak iki taraflı dağınık yerleşimli yer değiştiren konsolidasyon/ infiltrasyonu olan, özellikle de pnömoni olduğu varsayılan antibiyotiklere yanıt vermeyen hastalarda düşünülmelidir. Kortikosteroid tedavi süresi uzun soluklu olduğundan tanının histolojik olarak doğrulanması özellikle gereklidir. İdiyopatik vakalarda prognoz iyi olmakla birlikte özellikle OP'nin lenfoproliferatif veya bağ dokusu hastalığı ile ilişkili olduğu durumlarda daha dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: organize pnömoni, vats, steroid



PS-131 Transtuzumab İlişkili Organize Pnömoni Olgusu

Sümeysra Demir¹, Ceyda Anar¹, Bünyamin Sertoğullarından¹, Muzaffer Onur Turan¹, Melike Yüksel Yavuz¹

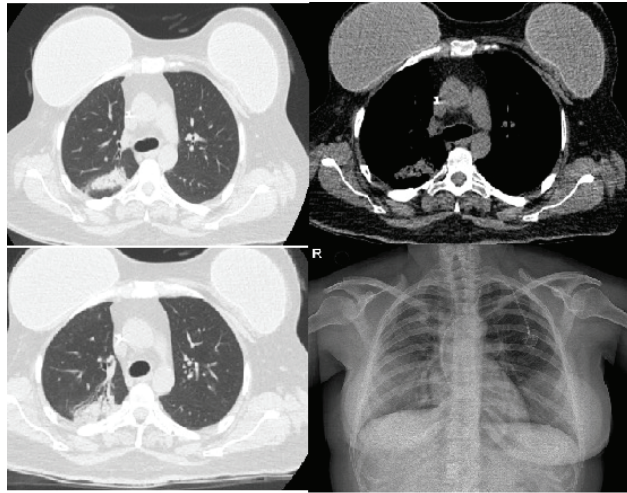
¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Sümeysra Demir / İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Organize pnömoni (OP)respiratuar bronşioler, alveoler kanallar ve alveoller içerisinde fibroblastik tıkaçların (Masson cisimcikleri) oluşturduğu polipoid yapılarla karakterize histolojik bir bozukluktur. Histopatolojik olarak respiratuar bronşiol ve alveollerde fibroblast kümeleri ve immatür kollojenlerin birikimi ile karakterizedir. Etiyolojide; inhalasyon maruziyetleri, ilaç reaksiyonları, viral-mikoplazmal infeksiyonlar, organ transplantasyonları ve konnektif doku hastalıkları gibi çeşitli patolojiler rol alabilir. Genellikle öksürük ve dispne gibi non-spesifik semptomları vardır. Radyolojik olarak OP sıklıkla bilateral yer değiştirebilen yamalı infiltrasyonlar şeklinde görülür.Bu olgumuzda transtuzumab ilaç ilişkili OP vakasını sunmayı amaçladık.

Olgu: Y.G. 45 yaşında metastatik meme karsinomu olan kadın hasta onkoloji takibi sırasında çekilen Toraks BT'sinde sağ akciğerde izlenen konsolidasyon üzerine pnömoni ön tanısı ile dış merkezde göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendiriliyor (Resim 1,2). Özgeçmişinde hipertansiyon ve diyabet mevcuttu. Hasta hiç sigara içmemişti. Hastanın öksürük ve efor dispnesi dışında belirgin semptomu olmayıp hastanın 3. kuşak oral sefalosporin kullandığı öğreniliyor. Bir ay sonra antibiyotiğe rağmen şikayetlerinin geçmemesi üzerine hasta tarafımıza tekrar başvurmuştu. Hastanın fizik muayenesinde sağ akciğer üst ve orta zonda ralleri mevcuttu. Vital bulgularında oksijen saturasyonu 98, nabız 85/dk ve normotansifti. Laboratuvar incelemesinde WBC: 8.700/L CRP: 155 mg/L Prokasinonin: 0.08ug/L idi. Çekilen kontrol Toraks BT 'sinde sağ akciğer üst lob posterior ve alt lob süperior segmentte izlenen konsolidasyon alanın sebat ettiği izlendi (Resim 3). Hastaya enfeksiyonu dışlamak adına bronkoskopi (FOB) yapıldı ve BAL alındı. Endobronşiyal lezyon izlenmedi ve BAL kültürlerinde üreme saptanmadı. Özgeçmişinde kullandığı ilaçlar incelendiğinde malignite nedenli hedefe yönelik tedavi transtuzumab kullandığı öğrenildi. Hastanın radyolojik incelemesinde periferik yerleşimli konsolide alanları ön planda organize pnömoniyi andırırmaktaydı. Pneumotox.com adlı web sitesinden bakıldığında bu ilacın organize pnömoni yaptığı görüldü. Hastanın belirgin pulmoner kliniği yoktu ancak metastatik meme karsinomu nedeni ile mevcut ilaç tedavisine devam edeceği düşünüldüğü için steroid tedavisine başlandı. (48 mg/gün metilprednizolon). Steroid tedavisinin 3. ayında radyolojik ve klinik regresyon izlendi (Resim 4). Hastanın tedavisinin 12 aya tamamlanması planlanmıştır.

Resim-1-4



Tartışma-Sonuç: OP nadir görülen bir durumdur ancak iki taraflı dağınık yerleşimli yer değiştiren konsolidasyon/infiltrasyonu olan, özellikle de pnömoni olduğu varsayılan antibiyotiklere yanıt vermeyen hastalarda düşünülmelidir. Kortikosteroid tedavi süresi uzun soluklu olduğundan tanının histolojik olarak doğrulanması özellikle gereklidir. İdiyopatik vakalarda prognoz iyi olmakla birlikte özellikle OP'nin lenfoproliferatif veya bağ dokusu hastalığı ile ilişkili olduğu durumlarda daha dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: organize pnömoni, transtuzumab, steroid



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-132 Pulmoner Langerhans Hücreli Histiyositozis; Bir Olgu Nedeniyle

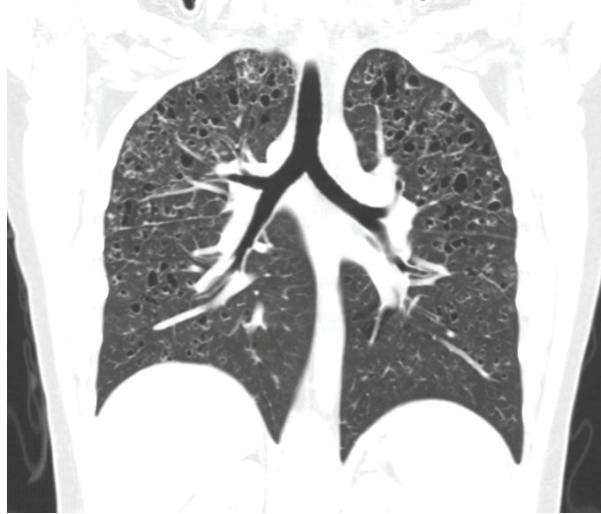
Abdurrahman Koç

Meram Devlet Hastanesi-Konya

Giriş-Amaç: Langerhans Hücreli Histiositoz (LHH), histiosit adı verilen dendritik hücrelerin anormal birikimiyle karakterize nadir bir hastalıktır. LHH tek organ tutulumu ve multisistemik hastalık olmak üzere iki ana gruba ayrılır. Pulmoner LHH (PLHH), sıklıkla genç erişkinlerde, özellikle sigara içicilerinde görülür ve akciğer parankimini etkileyen bir formudur. Klinik spektrum, asemptomatik hastalardan ciddi solunum yetmezliğine kadar değişebilir. Bu çalışmada, uzun süredir olan nefes darlığı şikayetiyle başvuran ve pulmoner LHH tanısı alan genç erkek hasta sunularak, bu nadir durumun tanıs ve klinik özelliklerinin tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi yaşında erkek hasta, yaklaşık beş yıldır devam eden nefes darlığı şikayetiyle göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde bir paket-yıl sigara kullanımı vardı ve ek hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenede belirgin patolojik bulguya rastlanmadı. Laboratuvar tetkikleri normal sınırlar içindeydi. Yapılan solunum fonksiyon testinde orta dereceli obstruksiyon saptandı. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide (HRCT) raporu; 'Her iki akciğer parankiminde yaygın subsantimetrik boyutta dağınık yerleşimli duvar yapısı belirgin garip şekilli kistler izlenmiştir. Kostofrenik açılar korunmuştur. Parankimde birkaç adet mikronodül vardır' şeklindeydi. Yapılan bronkoskopi sırasında alınan sağ akciğer üst lob anterior transbronşial akciğer biyopsi sonucu non-neoplastik bronş mukozası olarak raporlandı. Anamnez ve görüntüleme bulguları ile hastaya pulmoner LHH tanısı konuldu. Hasta sigarayı bırakması yönünde uyarıldı, obstruktif solunum fonksiyon bozukluğu saptanan hastaya uzun etkili inhaler bronkodilatör tedavi başlandı, yakın takibe alındı.

HRCT



Sağ ve sol ana bronş dallanma seviyesinden alınan koronal kesitte üst ve orta seviyelerde baskın tutulum izlenirken bazaller ve sinüslerin kısmen korunduğu izlenmektedir.

Tartışma-Sonuç: Pulmoner LHH, genellikle sigara ile ilişkilendirilen ve genç erişkinlerde daha sık görülen bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Hastalık genellikle sigara içen bireylerde ortaya çıkar ve sigara bırakılması durumunda progresyon durabilir veya gerileyebilir. Tanıda görüntüleme yöntemleri, özellikle HRCT, kritik rol oynar. Üst loblarda nodül ve kistlerin birlikte görülmesi tanı açısından oldukça spesifik bir bulgudur. Kesin tanı, genellikle doku biyopsisi ile doğrulanır. Hastamızda, genç yaşta olmasına rağmen sigara öyküsü ve tipik radyolojik bulgular, pulmoner LHH tanısını desteklemiştir. Tedavide en önemli adım sigarayı bırakmaktır. İleri evre hastalığı olanlarda sistemik steroid veya diğer immünosupresif tedaviler gerekebilir. Ancak bu hasta için sigarayı bırakması, SFT'de obstruktif solunum fonksiyon bozukluğu saptanması sebebiyle inhaler bronkodilatör tedavi ve düzenli takip yeterli görülmüştür. Sonuç olarak, genç yaşta nefes darlığı ile başvuran sigara öyküsü olan hastalarda pulmoner LHH gibi nadir durumlar akılda tutulmalı ve erken tanı konularak tedaviye başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Langerhans hücreli histiyositozis, nefes darlığı, interstisyel akciğer hastalığı

PS-133 Maligniteyi Taklit Eden Diş Teknisyeni Pnömkonyozu

Berfin Songurtekin Türk¹, Sibel Günay¹, Yasin Kocaman¹, Ayşegül Karalezli², Hayriye Tatlı Doğan³

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları A.D.

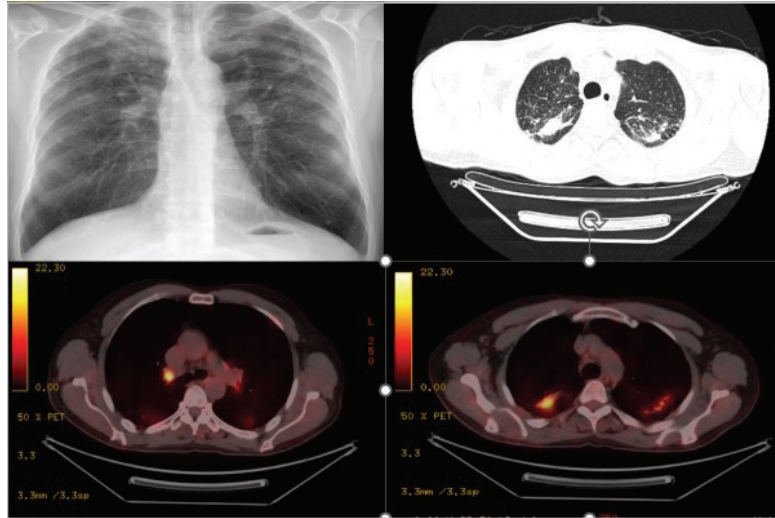
³Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği

Berfin Songurtekin Türk / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Diş teknisyenlerinde pnömkonyoz gelişebileceği 1930'lu yıllardan beri bilinmektedir. Diş teknisyenleri, uyguladıkları işlemler gereği oldukça karmaşık içeriğe sahip bir toz karışımına maruz kalmaktadır. Otopsi raporlarında başta silika olmak üzere birçok mineralin varlığının gösterilmesi, diş teknisyenlerinde ortaya çıkan parankimal patolojinin oluşumunda değişik minerallerin rolü olduğunu desteklemektedir. Kullanılan bu maddelerin yol açtığı interstisyel akciğer hastalığı da "diş teknisyeni pnömkonyozu" olarak adlandırılmaktadır.

Olgu: Trafik kazası sonrası göğüs ağrısı nedeniyle acil servise başvuran 51 yaşında erkek hastanın, çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde (BT) bilateral hiler-bronkopulmoner ve subkarinal lokalizasyonda izlenen bir kısmı konglomere görünümlü lenf nodları, her iki akciğer üst loblarda bir kısmı kitle imajı veren düzensiz sınırlı retikülonodüler infiltratif dansite artım alanları izlenmesi üzerine malignite ön tanısıyla kliniğimize yönlendirilmiştir. Kliniğimize başvurusunda aktif solunumsal yakınması ve bilinen sistemik hastalığı olmayan, 15 paket/yıl sigara kullanımı olup, 16 yıldır ex-smoker olan vakamız, 13-16 yaşları arasında 4 yıl diş teknisyenliği yapmış, 30 yıldır kırtasiyecilik-fotokopçilik işinde çalışıyordu. Solunum sistemi muayene bulguları doğaldı. Hemogram karaciğer fonksiyon testleri (KCFT), böbrek fonksiyon testleri (BFT), C-reaktif protein (CRP) ve sedimentasyon düzeyi normal sınırlardaydı. Serum anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) düzeyi normal, bağ doku markerları negatifti. Solunum Fonksiyon Testinde (SFT) irreversible obstrüksiyon mevcuttu. Karbon monoksit difüzyon kapasitesi (DLCO) normal sınırlardaydı. Pozitron emisyon bilgisayarlı tomografisinde (PET-BT) mediastinal lenf nodlarında ve üst loblardaki kitle imajlarında patolojik artmış Florodeoksiglukoz (FDG) tutulumu izlendi. (SUV max:11.76 ve 8.43). Bronkoskopi ve Endobronşiyal ultrasonografi (EBUS) yapıldı. Endobronşiyal lezyon yoktu, lenf nodu biyopsisinde tanısal özellik izlenmedi. Sağ akciğer üst lob posterordaki lezyondan transtorasik biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu silikozis ile uyumlu bulundu. İnterstisyel akciğer hastalığı konseyinde değerlendirilen olgumuz, diş teknisyeni pnömkonyozu tanısıyla takibe alındı.

Diş Teknisyeni Pnömkonyozu



Tartışma-Sonuç: Diş teknisyenleri uyguladıkları işlemler sırasında silika, çeşitli alaşımlar ve akrilik plastikler dahil olmak üzere farklı tozlara maruz kalırlar. Dolayısıyla pnömkonyoz prevalansı yüksektir. Silikozis de diş teknisyenlerinde en sık rastlanan pnömkonyozlar arasındadır. Biz de çocukluk döneminde maruziyeti olan ve solunumsal yakınması olmayan olgumuzu nadir görülmesi nedeniyle sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Pnömkonyoz



PS-134 İntersitisyel Akciğer Hastalığı Zemininde Gelişen Akciğer Kanseri

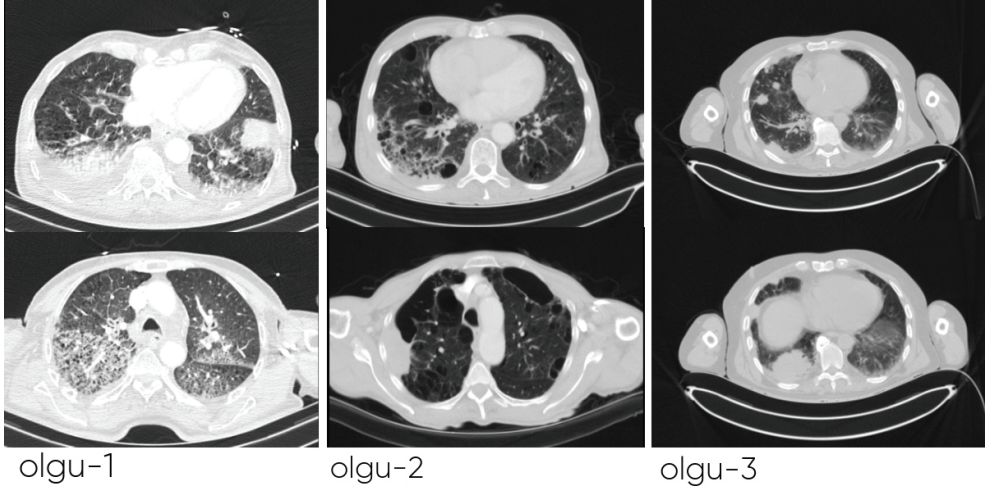
FeYZa Nur Denizler¹, Emine Elçin Faydalı¹, Ercan Kurtipek¹

¹Konya Şehir Hastanesi

FeYZa Nur Denizler / Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: İntersitisyel Akciğer Hastalıkları (İAH) akciğeri diffüz olarak etkileyen, akciğer parankiminde değişik derecelerde inflamasyon, fibrozis ve yapısal bozulmaya neden olan, bir grup hastalıktır. Hastalarda eforla birlikte ilerleyici nefes darlığı, kalıcı nonproduktif öksürük şikayetleri olur. Sigara, ilaç kullanımı, mesleki ve çevresel maruziyetler, romatolojik hastalıklara bağlı veya idiyopatik gelişebilir. Fizik muayenede velcro raller yaygın bir bulgudur. Tanıda anamnez, laboratuvar, akciğer grafisi, solunum fonksiyon testleri, yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi, bronkoalveolar lavaj ve biyopsi önemli rol oynar. Bu posterde İAH tanılı 3 olgumuzda akciğer kanseri gelişimini sunmak istedik.

Olgu: Olgu-1:74 yaş erkek hasta beyin ödemi sebebiyle yoğun bakımda takip edilirken, beyin MR'ında metastaz olduğu düşünülen kitle gözlemlendi. Toraks tomografisinde sol akciğer anterobazal segmentte 38x31 mm boyutlarında düzensiz sınırlı lezyon, bilateral ince retiküler patern izlenmekteydi. Fizik muayenede solunum sesleri azalmıştı. Sigara öyküsü mevcuttu. PET-CT'de sol akciğerdeki kitlede tutulum izlendi. Kitleden alınan biyopside Adenokarsinom tanısı geldi. Hasta için radyoterapi planlandı. Olgu-2:62 yaş erkek hasta dış merkezden polikliniğimize biyopsi için tarafımıza yönlendirilmişti. Eforla nefes darlığı şikayeti vardı. Fizik muayenesinde bazallerde bilateral ral mevcuttu. Toraks tomografisinde her iki akciğer parankiminde alt lob posterobazalde retiküler dansite artımı ve sağ akciğerde 50x30 mm boyutlu kitle izlendi. PET-CT'de sağ akciğer üst loba daki kitlede, mediastendeki lenf nodlarında artmış tutulumlar izlendi. Biyopside tanı skuamöz hücreli karsinom olarak geldi. Hasta onkolojiye yönlendirildi. Olgu-3:65 yaş erkek hasta KOAH ve romatoid artrit tanısı mevcut. Hasta kitle görüntüsü sebebiyle ileri tetkik yapılması için tarafımıza yönlendirilmişti. Fizik muayenede solunum sesleri derinden geliyordu. Sigara öyküsü mevcuttu, mesleği madencilikti. Toraks tomografisinde yaklaşık 5 cm plevral tabanlı santralinde odaksal kaviter görünüm izlenen kitle lezyonu mevcuttu. PET-CT'sinde multiple tutulum ve metastazlar izlendi. Bunun üzerine biyopsi alındı, patolojisi skuamöz hücreli karsinom olarak geldi. Hasta onkolojiye yönlendirildi.



Şekil-1. Olguların BT görüntülemelerinden kesitler

Tartışma-Sonuç: İAH olan hastalar, ileri yaş ve sigara içme öyküsü gibi yaygın risk faktörleri hesaba katıldıktan sonra akciğer kanseri açısından artmış risk altındadır. Akciğer kanseri bu popülasyonda teşhis edilmesi ve yönetilmesi daha zordur ve bu durum sağ kalımın daha düşük olmasına neden olur. Hastalar progresyon açısından takip edilirken aynı zamanda akciğer kanseri gelişme ihtimali açısından dikkatli olunmalıdır. Malignite olasılığının yüksek olduğunu düşündüren endişe verici semptom veya bulguların varlığı, takipte yeni gelişen-büyüyen kitle görüntüsü ileri araştırma gerektirir. Sunduğumuz olgularda malignite kadar progresif olabilen İAH olan hastalarda akciğer kanserinin de eşlik edebileceğini, takipte göz önünde bulundurulması gerektiğine dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: İntersitisyel akciğer hastalığı, Malignite

PS-135 Bir Garip Pulmoner Langerhans Hücreli Histiyoitozis Yolcusu

Seçil Cansu Alkan¹, Esmâ Sevil Akkurt¹, Özlem Düvenci Birben¹, Derya Yenibertiz¹, Göktürk Findık²

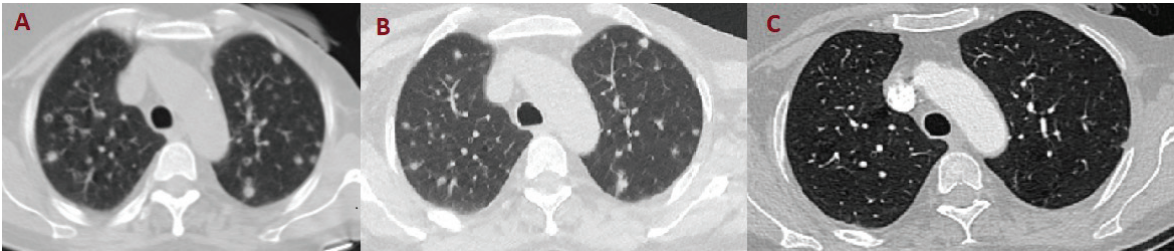
¹Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları

²Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi

Seçil Cansu Alkan / Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Pulmoner Langerhans Hücreli Histiyoitozis (PLHH), CD1a yüzey antijeni içeren Langerhans hücrelerinin dokuları infiltrasyonu ile oluşan, etyolojisi bilinmeyen bir hastalıktır. Daha çok 20-40 yaş arası sigara içen genç erkeklerde görülmekle birlikte her yaşta görülebilen nadir bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Küçük hava yolları, langerhans hücrelerince ve sigara ile indüklenen bir dizi inflamatuvar hücrelerce infiltre olur. Bu inflamasyon sonrasında nodül ve granülomlarla hava yolları yeniden şekillenerek akciğerlerde progresif olarak ilerleyici düzensiz şekilli kistik değişiklikler oluşur. İleri hastalıkta bal peteği görünümü izlenir. Transbronşiyal biyopsi ve/veya bronkoalveolar lavajda CD1a pozitif hücrelerin saptanması tanıyı destekler. Tedavide ilk yapılması gereken sigaranın bırakılmasıdır. Sigara içen hastalarda lezyonlarda ilerleme gözlenirken; sigaranın bırakılmasıyla lezyonlar gerileyebilir. Olgumuzu PLHH tanısı olup sigara içmeye devam ettiği halde akciğerdeki kistik lezyonların kendiliğinden kısa sürede regrese olması nedeniyle sunmayı amaçladık.

Olgu: 60 yaşındaki kadın hasta nefes darlığı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde 50 paket/yıl sigara içme öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede TA:110/80 mmHg Nb:100/dk Solunum sayısı:20/dk idi. Oskültasyonda her iki hemitoraksta yer yer inspiratuvar raller mevcuttu. Hemogram, biyokimya ve tam idrar tetkikleri normaldi. PA akciğer grafisinde retiküler görünüm mevcuttu. 12 yıl önce meme kansinomu tanısı ile opere olduğu öğrenilen hastaya yeniden evreleme amacıyla çekilen PET-BT'de her iki akciğer parankiminde dağınık yerleşimli bir kısmı kaviter büyüğü yaklaşık 1.3 cm çaplı multipl nodüler lezyon alanlarında artmış F-18 FDG tutulumları (SUVmax:2.15) ve her iki hiler bölgede ılımlı düzeyde artmış F-18 FDG tutulumları (SUVmax:2.04) gözlemlendi. (Resim1A). Öncelikle primer malignitenin metastazı düşünüldü. Bilateral multiple nodüler lezyonları olan hastanın tanısal amaçlı girişimsel biyopsisi lezyonların kısmen regrese olması nedeniyle yapılmadı. (Resim 1B) Göğüs cerrahisi tarafından tanısal amaçlı video torakoskopi eşliğinde wedge rezeksiyon yapıldı. Hastanın patolojik tanısı "langerhans hücreli histiyoitozis" ile uyumlu geldi. Postoperatif dönemde aktif sigara kullanımı devam eden hastanın çekilen kontrol toraks tomografisinde nodüllerin ve kistik yapıların belirgin şekilde regrese olduğu görüldü. (Resim 1C)



Resim 1

Tartışma-Sonuç: Pulmoner Langerhans hücreli histiyoitozis, genç erişkinlerde görülen, etyolojisinde sigaranın rol oynadığı düşünülen, progresif olarak ilerleyen, nadir görülen interstisyel bir akciğer hastalığıdır. Bu olgumuzu, yaygın tutulumun ileri yaşta nadir görülmesi, lezyonların metastatik akciğer lezyonlarına benzer görünümde olması ve takibinde sigara kullanımına devam etmesine rağmen lezyonların kısa dönemde spontan regresyon göstermesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: pulmoner langerhans hücreli histiyoitozis, sigara, metastatik akciğer kitleleri



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-136 Sarkoidozun Tanısal Labirenti: Klinik Bulgular ve Tanı Yöntemlerindeki Zorluklar

Yunus Karacaoğlu¹, Ali Rıza Kük¹, Nilüfer Yiğit¹, Sevin Başer Öncel¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

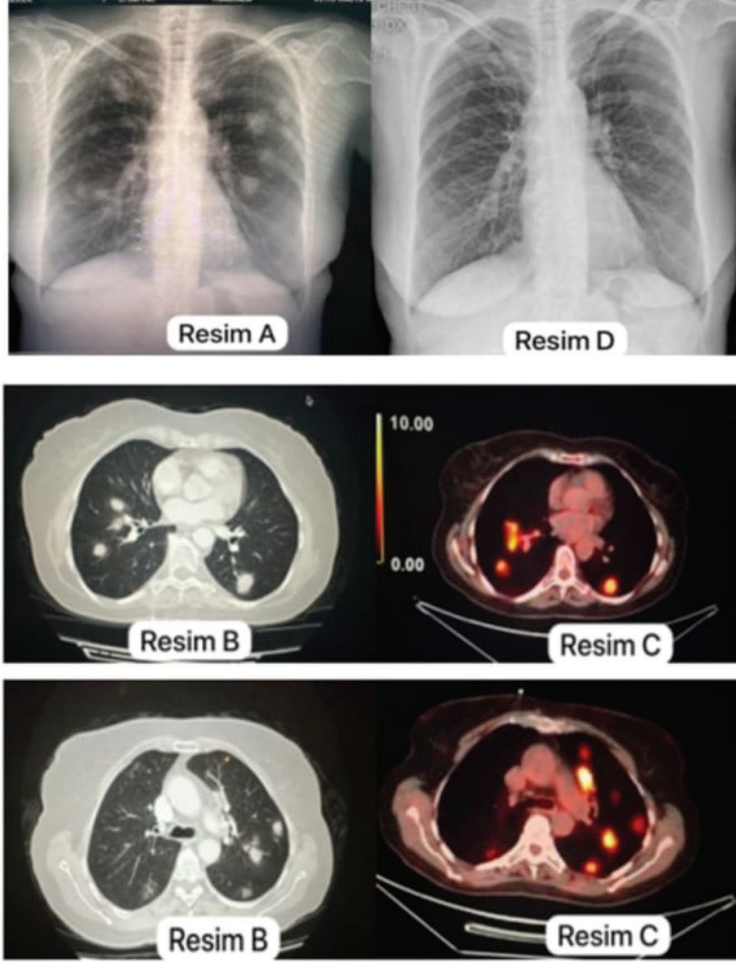
Yunus Karacaoğlu / Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Sarkoidoz en sık akciğerler olmak üzere deri, göz, lenf bezleri gibi birçok organı etkileyebilen sistemik granüloamatöz inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın etyolojisi tam bilinmemekle birlikte genetik yatkınlık, çevresel tetikleyiciler ve immün sistem patolojilerinin rol oynadığı düşünülmektedir. Farklı klinik tablolar ve prognostik özellikler göstermesi nedeniyle tanıda zorluklar yaşanabilir. Vakamızda malignite/metastaz düşünülürken sarkoidoz tanısı konulma sürecini anlatarak, benzer hastalarda sarkoidozun da ön tanılar arasında düşünülmesi gerektiğini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: 62 yaşında bilinen akciğer hastalığı olmayan kadın hasta, öksürük ve nefes darlığı şikayetleriyle başvurdu. Posterior-Anterior akciğer grafisinde (PAAG) bilateral yuvarlak/oval dansiteler, Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde (BT) bilateral akciğerde düzensiz sınırlı metastaz lehine nodülleri görülen hasta ileri tetkik için polikliniğimize yönlendirilmişti. Solunum sistemi muayenesi ve vital bulguları olağandı. Diyabetes mellitus ve hepatosteatoz dışında bilinen kronik hastalığı yoktu. Pozitron Emisyon Tomografisi'nde (PET) parotis bezinde, bilateral akciğer parankiminde, mediastinal lenf nodlarında, batında, pelviste ve lomber bölgedeki cilt altı dahil çeşitli bölgelerde florodeoksiglukoz (FDG) tutulumu saptandı. Tümör belirteçleri negatifti. Hemogram değerleri normaldi. C-reaktif protein (CRP) 15mg/L (normal<5mg/L) olarak bulundu. Hasta Multidisipliner Malignite Konseyi'nde (MMK) tartışıldı. PET-BT'deki FDG tutulumlarından biyopsi planlandı. Girişimsel Radyoloji tarafından lomber bölgede FDG tutan cilt altı lezyondan yapılan biyopsi kronik granüloamatöz inflamasyon raporlandı. Ardından, tarafımızca Endobronşial Ultrasonografi (EBUS) ile mediastinal lenf nodundan, Kulak Burun Boğaz Kliniği tarafından parotis bezinden biyopsiler yapıldı. Her iki biyopsi malignite için negatif-nondiyagnostik bulundu. Tekrar MMK'de değerlendirilip mediastinoskopi önerildi. Göğüs Cerrahisi'nin mediastinal lenf nodu biyopsisi kronik nonnekrotizan granüloamatöz lenfadenit olarak raporlandı. MMK ve İnterstisyel Akciğer Hastalıkları Konseyleri'nce sarkoidoz tanısı konuldu, kortikosteroid tedavisi başlatıldı. 1,5 ay sonra hasta kontrolde değerlendirildi. PAAG'de tama yakın regresyon (Resim D) ve klinik olarak düzelme mevcuttu.

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Resim 1



Resim A:Dış merkezde ilk çekilen akciğer filmi

Resim B: Dış merkezde çekilen kontrastlı Toraks BT Kesitleri

Resim C: Aynı kesitlerin FDG(Florodeoksiglukoz) tutulumu olan PET BT görünütüsü

Resim D:Kortikosteroid tedavisi sonrası çekilen akciğer filmi

Tartışma-Sonuç: Sarkoidoz klinik çeşitliliği ve pek çok hastalıkla benzer özellikler göstermesi nedeniyle tanısal bir labirenti andırır. Bu durum hem hastaların gereksiz tetkiklere maruz kalmasına hem de gecikmiş tanılar nedeniyle tedavi süreçlerinin uzamasına yol açabilir. Özellikle malignite ile ayırıcı tanısının yapılması gerektiğinde multidisipliner yaklaşım şarttır. Sarkoidozda tanı sürecinde doğru zamanda doğru yöntemi tercih etmek kadar hastayı bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmek de kritik öneme sahiptir. Bu olgu, malignite şüphesiyle başlayan tanı sürecinde sarkoidozun göz ardı edilmemesi gerektiğini ve klinik ekiplerin iş birliğinin tedavi başarısını artırmada ne denli önemli olduğunu bir kez daha göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, Sarkoidoz Tanısındaki Zorluklar, Multidisipliner Konsey



PS-137 Nadir Görülen Alveolar Hemoraji Olgusu

Sümevra Demir¹, Ceyda Anar¹, Bünyamin Sertoğullarından¹, Muzaffer Onur Turan¹, Melike Yüksel Yavuz¹

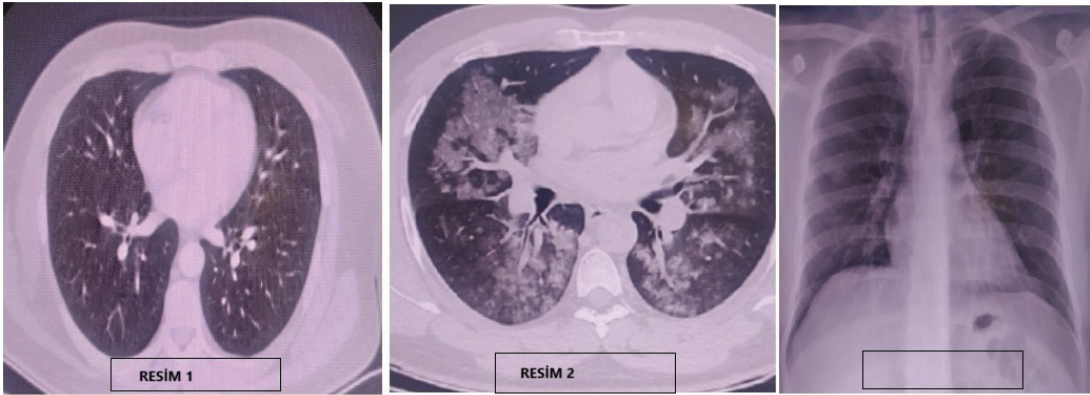
¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Sümevra Demir / İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Diffüz alveoler hemoraji (DAH), az miktarda hemoptiziden hayatı tehdit eden masifhemoptiziye kadar farklı kliniklerde ortaya çıkan nadir bir klinik sendromdur. Etiyolojisindeimmün aracılı sistemik vaskülit, Wegener granülomatozu gibi bağ dokusu bozuklukları vebirtakım ilaçlar rol oynayabilirken, kesin patogenezi henüz bilinmemektedir. Burada bir apendektomi operasyonu sırasında inhale anestezi sevofluran kullanımına bağlı DAH olgusunusunduk.

Olgu: Apandisit ön tanılı 32 yaşındaki erkek hastayı sunuyoruz. Preoperatif klinik, fizik muayene ve laboratuvar değerlerinde özellik yoktu. Ek hastalığı mevcut değildi. Preoperatif değerlendirmede çekilen kontrastlı üst ve alt batin bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde inceleme alanına giren akciğer parankimi normal izlendi (Resim 1). Anesteziyi indüklemek için midazolam 1mg, lidokain 1mg/kg, tiyopental 7mg/kg, roküronyum 0.6mg/kg ve remifentanil0.5mg/kg verildi ve entübasyon yapıldı. Anestezi O₂ (%50), hava (%50) sevofluran (%3) veremifentanil 0.125 mg/kg/dk ile sağlandı. Ameliyatı sorunsuz tamamlanan hastanın extübasyon sırasında bronkospazm ve hipoksemisi gelişti. Alınan oda havası kan gazında PH:7:36 PCO₂: 41.3 mmHg, PO₂:51.5 mmHg , HCO₃: 22.6 saturasyon: %80.4 idi. Yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastanın postoperatif çekilen Toraks BT'sinde bilateral parenkimdesantral ağırlıklı yer yer birbirleriyle birleşme eğiliminde alveoler buzlu cam vafında konsolide – dansiteler izlendi (Resim 2). Entübasyon tüpünde hemoptizi de görülen hastaya extübasyon sonrası çift jakla oksijen desteği verildi. Preoperatifhemoglobin değeri 14.7 olan hastanın Postoperatif 1. Günde hemoglobin değeri 13.8, 2.Günde 13 ve 3. Günde 12 Olarak saptandı. Postoperatif koagülasyon parametreleri vтромбosit düzeyleri sırası ile INR: 1.2 , parsiyel tromboplastin zamanı (Aptt) 15 saniye vтромбosit sayısı da 222 000/ µl idi. Hastanın tedavisinde postoperatif dönemde antibiyoterapi, antitusif ve traneksamik asit kullanıldı. Hastanın ilerleyen günlerde belirgin hemoptizisi olmadı. Vaskülit ve bağ dokusu hastalıkları açısından bakılan serolojik testler normaldi. Hastaya diffüz alveoler hemoraji ön tanısı ile bronkoskopi yapılması planlandı. Postoperatif 5. Gününde hastanın hipoksemisinde gerileme olması ve çekilen kontrol Posterior-anterior akciğer grafisinde bilateral parenkimde izlenen infiltrasyonların regrese olduğu izlendi (Resim 3).

Resim 1-3



Tartışma-Sonuç: Olgumuzda altta yatan başka bir hastalık olmaması nedeniyle DAHı indükleyen sorumlu ajanın inhale anestezi ilaç sevofluran olduğu sonucuna vardık. Bu ilaca bağlı DAH sık görülmemekle birlikte erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcı olabilir. Genel anestezi ajan olarak sevofluran kullanan hastamızda olduğu gibi aniden gelişen solunum yetmezliği ve kanlı balgam hikayesi ya da hemoglobin düşüklüğü varlığı ile birlikte radyolojik görüntüleme olarak biateral akciğer parenkiminde diffüz alveoler infiltrasyonların olması durumunda DAH olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sevofluran, Hemoraji, Hemoptizi



PS-139 Asemptomatik Bir Hastada Pulmoner Alveoler Mikrolitiazis: Tanı Sürecinde Radyolojik Bulguların Önemi

Zeynep Güney¹, Ramazan Eren¹, Umut İlhan², Bahar Aydoğar¹, Halit Çınarka¹, Erdoğın Çetinkaya¹, Mustafa Çörtük¹

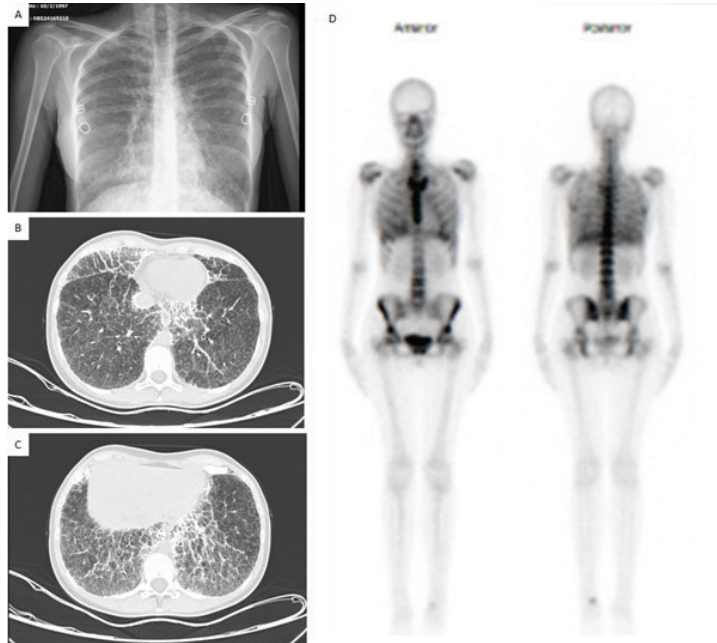
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Tunceli Devlet Hastanesi

Zeynep Güney / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner alveolar mikrolitiazis(PAM),alveollerde kalsiyumfosfat açısından zengin mikrolitlerin birikimiyle karakterize nadir bir kalıtsal akciğer hastalığıdır. Otozomal resesif geçişli bu hastalık,SLC34A2 genindeki mutasyonlarla ilişkilidir. Tanı anında genellikle asemptomatik seyreden PAM, erken dönemde tesadüfen radyografilerle tespit edilir. İlerlemiş olgularda ise öksürük, nefes darlığı ve diğer solunumsal şikâyetler görülebilir. Tanıda karakteristik radyolojik bulgular önemli bir rol oynar; kesin doğrulama genetik analiz ile yapılabilir. Genetik incelemenin mümkün olmadığı durumlarda, diğer yöntemler tanıyı destekler. Bu olguda, solunumsal şikâyeti bulunmayan bir hastada ileri tetkikler sonucu tanı alan PAM vakası ele alınmıştır.

Olgu: Yirmiyedi yaşında, yakınması olmayan kadın hasta, kuzenine kistik fibrozis tanısı konulması üzerine kontrol amacıyla kliniğimize başvurdu. Hastanın bilinen ek hastalık öyküsü ve sigara kullanımı öyküsü yoktu.Fizik muayenesinde solunum sesleri doğaldı. Oda havasında oksijen satürasyonu %98saptandı.Altı dakika yürüme testi sonucunda yürüme mesafesi 638 metre olarak belirlendi. Test sonunda desatürasyon gözlenmedi. Solunum fonksiyon testi sonuçlarında, FVC:3.40(%84), FEV1:2.50(%73),FEV1/FVC:%73,DLCO:17.20(%74) olarak değerlendirildi. Göğüs radyografisinde, sağda daha belirgin, bilateral parakardiyal alanda irregüler görünüm ve orta ile alt zonlarda, özellikle bazallerde belirgin olan mikronodüller izlendi(Resim 1A)Toraks yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi(BT) incelemesinde, her iki akciğerde üst loblardan başlayarak orta zonlara ve bazal segmentlere kadar uzanan, yoğun kalsifikasyon içeren, özellikle subplevral bölgelerde yaygın nodüller gözlemlendi(Resim 1B, 1C)Biyokimyasal incelemede, serum kalsiyum düzeyi 9 mg/dL(N),fosfor 4 mg/dL(N), parathormon 36 pg/mL(N) ve magnezyum 1.9 mg/dL(N) olarak tespit edildi. Böbrek fonksiyon testleri normaldi. Metabolik bir kalsifikasyon nedenini dışlamak için yapılan kemik sintigrafisi (Tc99m HDP I.V.), her iki akciğer parankimine uyan alanlarda pulmoner alveolar mikrolitiazis ile ilişkili artmış aktivite tutulumu gösterdi. Diğer organlarda artmış aktivite tutulumu saptanmaması, metastatik kalsifikasyon tanısını dışladı (Resim 1D). Bu bulgular ışığında, klinik ve radyolojik özellikler doğrultusunda hastaya PAM tanısı konuldu.



UASK 2025



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

Tartışma-Sonuç: PAM, nadir görülen ve genetik mutasyonlarla ilişkilendirilen bir akciğer hastalığıdır. Radyolojik bulguları, erken evrede asemptomatik seyrettiği durumlarda bile dikkat çekicidir. PAM'ın klinikradyolojik özellikleri, minimal semptomlarla belirgin radyolojik tutulum arasındaki uyumsuzlukla dikkat çeker. Özellikle ileri evrelerde kum fırtınası görünümü olarak tanımlanan radyografik görünüm, mikronodüler kalsifikasyonların plevral yüzeyler ve mediasten boyunca yoğun birikimi ile karakterizedir. İleri formlarında, BT bulguları interlobüler septal kalınlaşma, peribronşiyal ve subplevral kalsifikasyonlar ile belirginleşirken, bu yapılar taşakciğer görünümüne neden olabilir. Erken evrelerde kemik sintigrafisi, pulmoner parankimdeki küçük ve radyografik olarak saptanması güç kalsifikasyonların tespitinde önemli bir yardımcı yöntemdir. Bizim olgumuzda da kemik sintigrafisi ve radyolojik incelemeler tanıyı desteklemiştir. PAM'ın tedavisinde sınırlı seçenekler mevcut olup, ileri evre hastalarda akciğer transplantasyonu yaşam kalitesini artıran bir yöntemdir. PAM, nadir görülmesi nedeniyle klinisyenlerin farkındalığını gerektiren bir hastalıktır. Bu olgu sunumu, multidisipliner yaklaşımın erken tanı ve yönetimdeki önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: pulmoner alevoler mikrolitiazis, taş akciğer, kum fırtınası, interstisyel akciğer hastalığı

➔ 10 Nisan 2025, Perşembe

Poster Bildiri Oturumu 8: Minimal İnvaziv Göğüs Cerrahisi

PS-140 Atipik Spontan Trakea Rüptürü ve Cerrahi Tedavisi

Hakkı Ulutaş¹, Hüseyin Daşcı², Selim Serter³, Bilgin Cömert⁴

¹İzmir Ekonomi Üniversitesi Medical Point Hastanesi Göğüs Cerrahisi

²İzmir Ekonomi Üniversitesi Medical Point Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon

³İzmir Ekonomi Üniversitesi Medical Point Hastanesi Radyoloji

⁴İzmir Ekonomi Üniversitesi Medical Point Hastanesi Yoğun Bakım

Hakkı Ulutaş / İzmir Ekonomi Üniversitesi Medical Point Hastanesi Göğüs Cerrahisi

Giriş-Amaç: Trakea rüptürü genellikle travmatik ya da iyatrojenik (daha çok entübasyona bağlı) nedenlerden dolayı görülür. Uzun süre kortikosteroid kullanımına bağlı bağ dokusu zayıflığı ya da anestezi de kullanılan opioid maddesi sonrası gelişen bulantı kusmanın neden olduğu spontan trakea rüptürü çok nadir görülür. Spontan trakea rüptürü hakkında literatürde birkaç olgu bildirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: 60 yaşında kadın hastaya ortopedi tarafından sağ omuza artroskopik operasyon yapılmış. Özgeçmişinde kronik hastalığı ve ilaç kullanım öyküsü bulunmayan olgunun vital bulguları stabildi.

Bulgular: Postoperatif 5. saatte ani başlayan bulantı ve kusma sonrası boyun, yüz ve üst torasik alanda ani gelişen yaygın cilt altı amfizemi saptandı. Yoğun bakıma alınan hastanın çekilen PA akciğer grf'de mediastende, boyun ve yüzde yaygın cilt altı amfizemi saptandı. Boerhave sendromu düşünülen hastaya oral yoldan opak madde verilerek toraks bilgisayarlı tomografi (TBT) önerildi. TBT; bilateral minimal pnömotoraks, yaygın pnömomediastinum, yaygın cilt altı amfizemi saptandı. Özofagus lümeninin intak olduğu olguda distal trakea posteriorunda karinaya kadar uzanan yaklaşık 4 cm' lik rüptür görüldü (Resim 1). Solunum sıkıntısı ve cilt altı amfizemi artan hasta acil şartlarda operasyona alındı. Bronkoskopi eşliğinde hem entübasyon tüpü yerleştirildi hem de rüptür lokalizasyonu tespit edildi. Sağ mini torakotomi ile özofagus serbestleştirilmesi, vena cava superior diseksiyonu, azigos ven kesilmesi, trakea serbestleştirilmesi, 3/0 vicril ile çift kat primer sütür ve azigos ven flebi ile sütür hattının desteklenmesi operasyonu yapıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hastanın 3. gün tüp torakostomisi sonlandırıldı ve 4. gün şifa taburcu edildi. Altı aylık takiplerinde solunumsal problem yoktu.

Trakea rüptürünün toraks BT görüntüsü



Distal trakea posteriorunda karinaya kadar uzanan yaklaşık 4 cm'lik rüptür görüntüsü.

Tartışma-Sonuç: Anestezik maddelere bağlı olduğu düşünülen postoperatif gelişen bulantı kusma gibi barotraumalar, intratrakeal basınç artışları spontan trakea rüptürüne neden olabilir. Erken tanı ile büyük trakea rüptürlerine uygulanacak cerrahi müdahale ile komplikasyonsuz en etkin tedavi sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: "Trakea Rüptürü, Bulantı- Kusma, Pnömomediastinum, Cilt altı amfizemi"



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-141 Segmentektomi Hastalarında Rezeke Edilen Segment Sayısıyla Solunum Fonksiyonları İlişki Var mı?

Berkay Taha Özgür¹, Mahmut Talha Doğruyol¹, Recep Demirhan¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

Berkay Taha Özgür / Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

Giriş-Amaç: Parankim koruyucu cerrahi ile daha az akciğer hacmi rezeke edilmesinin postoperatif dönemde solunum fonksiyonları üzerinde daha iyi koruyucu etki gösterdiği literatürde gösterilmiştir. Biz de kendi kliniğimizde benign ya da malign bir patoloji nedeniyle segmentektomi yapılan hastaların postoperatif 6. aydaki solunum fonksiyon testlerini inceleyerek ve kaybedilen akciğer hacmi ile karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Nisan 2021 ile Temmuz 2024 tarihleri arasında hastanemizde anatomik rezeksiyon yapılan segmentektomileri çalışmamıza dahil ettik. Hastalar preoperatif dönemde bilgisayarlı tomografi, malign etyoloji için pozitron emisyon tomografisi, bronkoskopi ve solunum fonksiyon testleri ile operasyona hazırlandı. Çalışmamızdaki hastalar yaş, cinsiyet, sigara kullanımı, komorbidite, preoperatif tanı, radyolojik tümör boyutu, preoperatif solunum fonksiyon testleri, taraf, cerrahi girişim, rezeke edilen segment sayısı, operasyon süresi, drenaj miktarı, taburculuk süresi, komplikasyon, mortalite, patoloji ve postoperatif 6. ayda yapılan solunum fonksiyon testlerine göre analiz edildi.

Bulgular: Çalışmamıza toplam 50 hasta dahil edildi. Hastaların 28'i erkek (%56), 22'si kadın (%44) olup yaş ortalaması 58.3'tü. Akciğer patolojisine komorbid hastalığı olan hasta sayısı 33 (%66) idi. Malign yada benign etiyoloji nedeniyle segmentektomi planlanan hastalarda malign patolojisi olan vaka sayısı 32 (%64), benign vaka sayısı 18 (%36) saptandı. Ortalama radyolojik tümör boyutu 17.3 mm idi. Tüm hastaların ortalama operasyon süresi 203 dakika iken, taburculuk süresi 5.68 gün olarak hesaplandı. Komplikasyon 50 vakanın 7 tanesinde (%14) görüldü ancak mortalite saptanmadı. 7 vakada (%14) torakotomi insizyonuna gerek duyulurken, 41 vaka (%82) VATS ile tamamlandı. Hastaların preoperatif zorlu ekspiratuar hacim (FEV1) ortalaması 2.4 L/dk iken postoperatif 2.1 L/dk olarak saptandı. Yapılan değerlendirmede hastalarda postoperatif 6. ayın sonunda ortalama akciğerdeki volüm kaybı %10.8 iken, ortalama postoperatif zorlu ekspiratuar hacim kaybı %8.4 olarak tespit edildi.

Tartışma-Sonuç: Segmentektomi, toraks cerrahisinde özellikle de akciğer kanserinde son yıllarda popüler hale gelmiştir. Bunun sebebi daha az parankimal kayıp olmasına rağmen lobektomi ile benzer prognozu olduğunu gösteren yakın zamandaki prospektif çalışmalardır. Aynı zamanda parankim kaybının daha az olması solunum fonksiyonlarını da olumlu yönde etkilemektedir. Bizim çalışmamızda postoperatif solunum fonksiyonu kaybı, akciğerde oluşan volüm kaybına göre daha düşük saptanmış olmakla birlikte sonuçların benzer olduğu izlendi.

Anahtar Kelimeler: Segmentektomi, solunum fonksiyon testleri, minimal invaziv cerrahi

PS-143 Sekonder Akciğer Malignitelerinde Anatomik Rezeksiyon Gerektiren Faktörler

Selçuk Gürz¹, Feyza Bahar Doğan¹, Ayşen Şengül¹

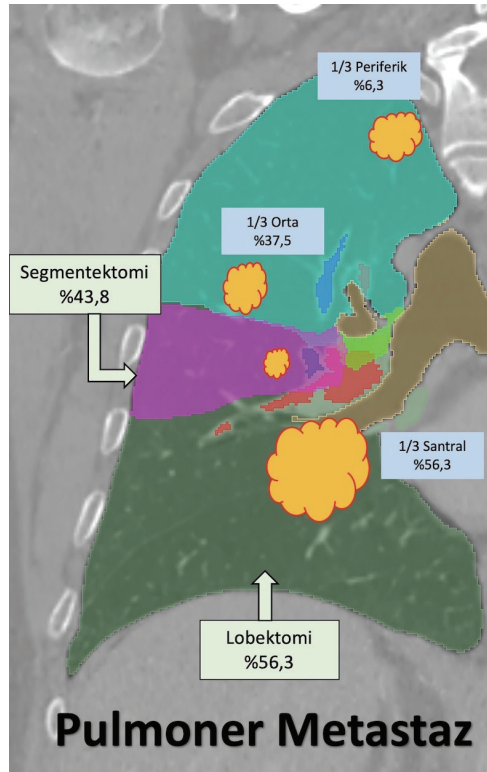
¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

Feyza Bahar Doğan / Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

Giriş-Amaç: Pulmoner metastazların cerrahi tedavisinde wedge rezeksiyon standart yöntemdir; ancak, belirli klinik ve anatomik koşullar daha kapsamlı cerrahi yaklaşımları gerekli kılmaktadır. Bu çalışma, sekonder akciğer malignitelerinde anatomik akciğer rezeksiyonunu gerektiren faktörleri incelemeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışmada, Mayıs 2014 ile Aralık 2024 tarihleri arasında sekonder akciğer malignitesi nedeniyle anatomik akciğer rezeksiyonu uygulanan 16 hasta incelendi. Hastaların demografik bilgileri, tümör özellikleri preoperatif görüntülemeler (bilgisayarlı tomografi taramaları) ve intraoperatif bulgular, anatomik rezeksiyon gerekliliğini değerlendirmek amacıyla incelendi. Veriler istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Ortalama boyutu $32,56 \pm 19,52$ mm olan tümörlerin %56,3'ü santral 1/3, %37,5'i orta 1/3 yerleşimliydi. Tedavi amacıyla rezeksiyon oranı %75 olan çalışmamızda lobektomi oranı %56,3, segmentektomi oranı %43,8 idi. (Resim1) Histopatolojik olarak en sık karşılaşılan malignite kolon (%25) kaynaklı metastazlardı. Uygulanacak cerrahi prosedürü ile tümör lokalizasyonu ($p=0,042$) ve tümör boyutu ($p=0,004$) arasında pozitif yönlü ilişki olduğu tespit edildi. Fissüre olan tümör mesafesi ile rekürrens arasında negatif yönlü ilişki olduğu görüldü. ($p=0,038$)



Resim 1. Pulmoner Metastazların Yerleşim yeri ve Uygulanan Cerrahi Prosedüre Göre Dağılımı

Tartışma-Sonuç: Sekonder akciğer malignitelerinde, tümör boyutu ve yerleşimi rezeksiyonun kapsamını önemli ölçüde etkilerken, fissüre olan mesafenin rekürrens riski üzerinde olumsuz etkileri vardır. Bu çalışma, sekonder akciğer malignitesi olan hastalarda detaylı preoperatif değerlendirme ve bireyselleştirilmiş cerrahi planlamasının, sonuçları optimize etmede kritik role sahip olduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: anatomik rezeksiyon, lobektomi, pulmoner metastaz, segmentektomi



PS-144 Bronkoalveolar Lavaj Sonrası Pnömotoraks

İbrahim Koç¹, Ali Kahraman², İlhami Yapıcı¹, Atilla Pekçolaklar²

¹Bursa Şehir Hastanesi/Göğüs Hastalıkları

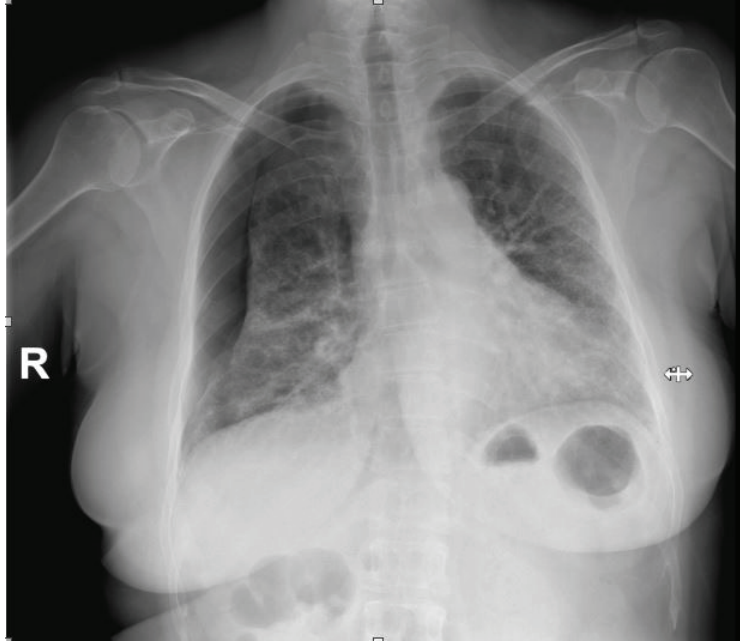
²Bursa Şehir Hastanesi/Göğüs Cerrahisi

İbrahim Koç / Bursa Şehir Hastanesi/Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Bronkoalveolar lavaj (BAL) ile beraber fleksibl bronkoskopi birçok intertisyel akciğer hastalığının ayırıcı tanısında olduğu gibi enfeksiyonların ekarte edilmesinde de güvenle uygulanan bir işlemdir. Beraberinde transbronşiyal mukoza biyopsisi olmadığı sürece BAL'dan sonra pnömotoraks sık rastlanan bir durum değildir. Burada intertisyel akciğer hastalığı ayırıcı tanısı ve olası enfeksiyonu ekarte etmek için yapılan bronkoalveolar lavaj işleminden sonra pnömotoraks gelişen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Altmış üç yaşında kadın hasta kliniğimize çabuk yorulma, nefes darlığı ve kuru öksürük şikayetleri ile başvurdu. Yedi yıl önce böbrek nakli hikayesi olan hasta Tacrolimus ve Deltacortil kullanmakta idi. Akciğer radyolojilerinde her iki akciğerde yaygın subpleval retiküler dansite artışları ve interlobüler septal kalınlık artışları izlendi. Bronkoalveolar lavaj ile birlikte yapılan fleksibl bronkoskopi sonrası çekilen posteroanterior akciğer grafisinde sağ akciğerde pnömotoraks ve bilateral retikülonodüler görünümle beraber buzlu cam alanlar izlendi (Şekil 1).

Şekil 1



Tartışma-Sonuç: İnterisyel akciğer hastalıkları birçok alt türü olan ayırıcı tanı aşaması zorlu olabilen bir hastalık gurubudur. Ayırıcı tanı aşamasında detaylı bir hikaye, fizik muayene, ilaç kullanım ve maruziyet hikayeleri ile beraber radyolojik görüntüleme hekimlere yol gösterici olabilmektedir. Bunlarla beraber tanı koymada zorlanılan seçilmiş vakalarda bronkoalveolar lavaj hem sitolojik değerlendirme hem lenfosit subgruplarının değerlendirilmesi hem de olası bir enfeksiyon açısından yol gösterici olabilmektedir. Olgumuzda işlemden sonra göğüs ağrısı gelişen hastaya çekilen akciğer grafisinde pnömotoraks saptanmış olup tüp torakostomi sonrası düzleşme gözlenmiştir. Sonuç olarak bronkoalveolar lavaj sonrası pnömotoraks nadir görülen bir durum olsa da olgumuzda olduğu gibi işlem sonrası göğüs ağrısı gibi yeni gelişen şikayetlerde hekimlerin dikkatli olması ve hastayı olası komplikasyonlar açısından değerlendirmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnterisyel, Pnömotoraks, Bronkoalveolar Lavaj



PS-145 Primer Pulmoner Paraganglioma: Vaka Sunumu

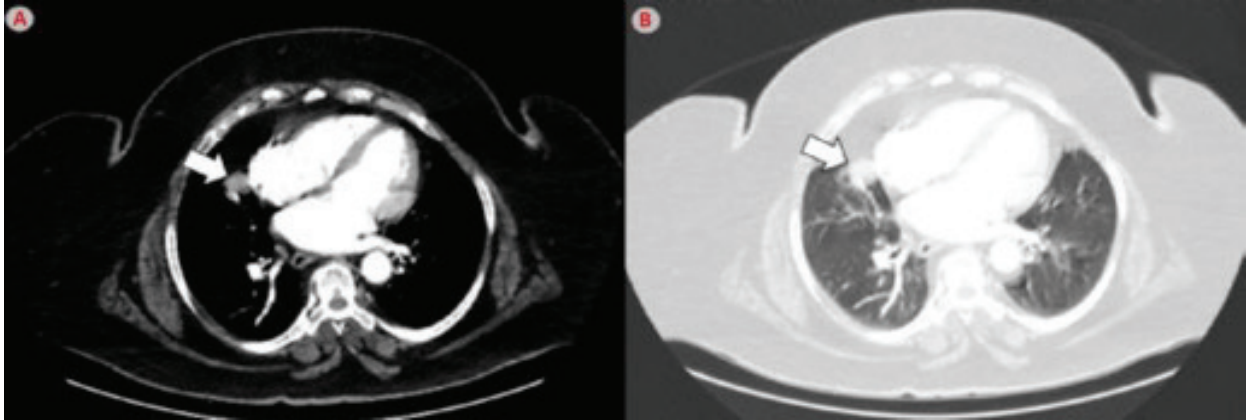
Eren Zenci¹, Argün Kış¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı

Eren Zenci / Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Paragangliomalar sempatik ve parasempatik gangliyonların kromaffin hücrelerinden köken alan, katekolamin salgılayan nöroendokrin tümörlere verilen genel isimdir. Paraganglioma yılda milyonda 2 ila 5 kişiyi etkileyen nadir bir hastalıktır. Paragangliomalar ekstraadrenal kromaffin hücrelerden köken alan tümörlerdir. Yılda 2-8 vaka/milyon oranında rapor edilen tüm kromafin dokusuyla ilişkili tümörlerin %10-18'ini temsil ederler. Burada mediastinal kitle nedeniyle polikliniğimize yönlendirilen ve toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde anterior mediastinal kitle tespit edilen 71 yaşında kadın hastada insidental olarak saptanan intrapulmoner paraganglioma olgusu anlatılmıştır.

Olgu: Son bir aydır devam eden nefes darlığı olan 71 yaşında kadın hasta, Toraks BT'sinde ön mediastende kitle ve parakardiyak alanda yumuşak doku görünümü olması üzerine polikliniğimize başvurdu. Sağ parakardiyak alandaki lezyon ön planda lenfadenopati olarak değerlendirildi. Sternotomi ile mediastinal kitle eksizyonu yapıldı. Lezyonun sağ alt lob mediobazalde olduğu görüldü ve wedge rezeksiyon uygulandı. Mediastinal kitle tiroid dokusu olarak rapor edildi. Wedge rezeksiyon uygulanan dokunun patolojisi GAPP sınıflamasına göre orta diferansiye paraganglioma olarak bildirildi. Postoperatif tedavi ve takip sonucu hasta taburcu edildi. Hastanın takipleri postoperatif 4. ayında devam etmektedir.



Resim 1A ve 1B. (A)parakardiyak alanda yumuşak doku görünümü mediasten kesiti (B)parakardiyak alanda yumuşak doku görünümü parankim kesiti

Tartışma-Sonuç: Burada nadir görülen bir kanserin pulmoner primer paraganglioması (PPP) olarak sunulmasını vurguluyoruz. PPP, pediatrik hastalarda da görülebilen nadir bir akciğer tümörüdür. Lokalizasyonu, morfolojik özellikleri ve nöroendokrin immünohistokimyasal profili nedeniyle karsinoid tümörü taklit edebilir. Son olarak lezyonun karakterizasyonuna yalnızca histopatolojik inceleme olanak sağladı. Akciğerdeki bu nadir malign neoplazmların biyolojik davranışı genellikle olumludur; ancak histolojik parametreleri kesin olarak tahmin edemeyiz. Endobronşiyal tümörlerin ayırıcı tanısında PPP'lar da göz önünde bulundurulmalı ve fonksiyonel olabileceği düşünülerek gerekli önlemler alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: paraganglioma, mediasten, cerrahi



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-146 Pulmoner Corpora Amylacea; Çok Nadir Görülen Bir Olgu

Metin Çelik¹, Ali Hızır Arpat¹, Sermin Alcan¹, Gurbet Yokuş²

¹Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği/Şanlıurfa

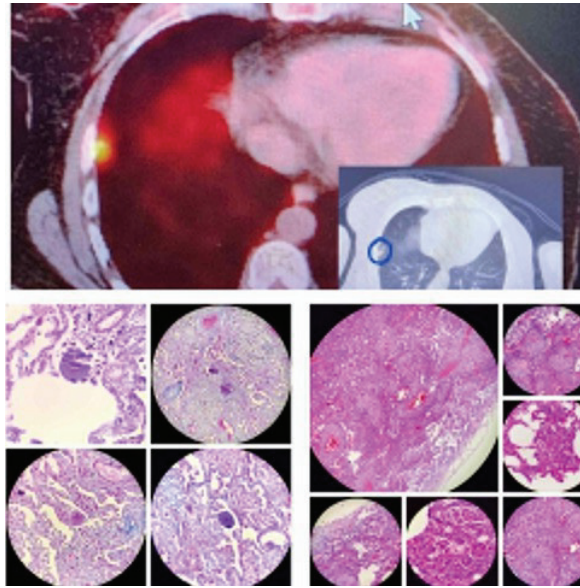
²Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Patoloji/Şanlıurfa

Metin Çelik / Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği/Şanlıurfa

Giriş-Amaç: Corpora amylacea başta prostat, beyin ve akciğer olmak üzere vücudun hemen her yerinde gözlemlenebilen, yaşlanma ve çeşitli kronik hastalıklara bağlı açığa çıkan atık veya potansiyel toksik maddelerin ekstraselüler birikiminden oluşan bir materyaldir. Pulmoner corpora amylacea (PCA), ilk kez 1856'da Friedrich tarafından insidental bir bulgu olarak özellikle yaşlı insanların alveollerinde tanımlanmıştır. Sağ akciğer orta loba wedge rezeksiyon yaptığımız ve tanısı histopatolojik inceleme ile konulmuş, çok nadir görülen PCA olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: Olgumuz meme kanseri nedeniyle 6 ay önce sol mastektomi ve aksiler lenf nodu disseksiyonu yapılan 48 yaşında kadın hastadır. Ameliyat sonrası kemoterapi tedavisi başlanan hastanın takiplerinde aralıklı çekilen 2 adet Pozitron emisyon tomografisi/ Bilgisayarlı tomografi'de nüks veya metastaz izlenmemiştir; ancak çekilen üçüncü PET/CT tetkiki 'Sağ akciğer orta lob lateral segmentte 15x10 mm düzensiz sınırlı dansite artış alanında artmış 18F-FDG tutulumu (SUV-max:7,17) izlenmektedir.' şeklinde raporlanması üzerine ön planda akciğer metastazı düşünülerek hastaya metastazektomi planlandı. Hastaya VATS ile wedge rezeksiyon uygulandı. Wedge rezeksiyon materyalinin patolojik incelemesinde lezyonun mikroskopik incelemesinde malignite lehine bir bulguya rastlanmadığı; ancak tariflenen alanda bazılarının ortasında corpora amylacea materyali bulunan perivasküler ve intraalveolar yerleşimli, nonnekrotizan kompakt granülom yapıları izlendiği ifade edildi. Bazı materyallerin alveol boşluğunda serbest halde, bazılarının ise yabancı cisim reaksiyonu ile çevrilmiş şekilde izlendiği, literatürde yer alan kısıtlı PCA olguları incelendiğinde bu maddeye karşı yabancı cisim reaksiyonu bildirilmediğinden dolayı mevcut granümatöz inflamasyonun PCA nedeni ile mi oluştuğu yoksa granümatöz inflamasyon yanında tesadüfi olarak mı tespit edildiğinin ayırımının yapılamadığı bildirildi. Granümatöz inflamasyon etkenleri yönünden bir bulguya rastlanmamış olup hastamız postoperatif şifa ile taburcu edildi.

PCA'nın görüntüleme ve histopatolojik görüntüleri



Tartışma-Sonuç: Patoloji literatürlerinde PCA patolojik bir bulgu olarak iyi tanımlanmış olmasına rağmen, akciğer biyopsisi ile tespit edilen PCA olguları son derece nadirdir. PCA'nın kesin nedeni hala bilinmemekle beraber farklı görüşler mevcuttur. Hollander ve Hutchins, merkezi parçacıkların özel bir öneme sahip olabileceğini, çünkü parçacık benzeri yabancı materyalin PCA oluşumu için nidus veya çekirdeklenme merkezi olarak hareket edebileceğini belirtmişlerdir. Yapılan başka bir çalışmada PCA'nın klinik olarak bir öneminin olmadığı belirtilmektedir. Sonuç olarak akciğer lezyonlarının ayırıcı tanısında PCA çok düşük ihtimalde olsa düşünülmesi gereken bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer nodülleri, Pulmoner corpora amylacea



PS-147 Göğüs Cerrahinin Gözünden Derin Boyun Enfeksiyonuna Bağlı Akut Mediastinit: İki Hastanın Olgu Sunumu

Funda Cansun

Prof.Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Derin boyun enfeksiyonları, genellikle odontojenik enfeksiyonlar, tonsillofarenjit veya travma sonucu gelişen, boyunun derin anatomik boşluklarını etkileyen ve ciddi komplikasyonlara yol açabilen enfeksiyonlardır (3). Bu enfeksiyonlar, anatomik devamlılık yoluyla mediastene inerek akut mediastinite neden olabilir ve erken dönemde etkili bir şekilde yönetilmezse sepsis ve multiorgan yetmezliği gibi ciddi sonuçlara yol açabilir (4). Bu çalışmada, derin boyun enfeksiyonları sonrası akut mediastinit tanısı konulan ve VATS yöntemi ile mediastinal pencere açılarak başarıyla tedavi edilen iki hasta sunulmuştur.

Olgu: Olgu 1: Otuz dokuz yaşında, kronik bir hastalığı olmayan kadın hasta boyunda şişlik ve sağ submandibular bölgede ağrı şikayetiyle acil servise başvurdu. Boyun palpasyonunda, sağ tarafta 3x3 cm boyutunda, hiperemik, sıcaklığı artmış ve ağrılı bir kitle ve ağız muayenesinde çok sayıda çürük diş olduğu görüldü. Laboratuvar incelemelerinde C-reaktif protein (CRP) seviyesi ise 321 olarak bulundu. Boyun ve thorax bilgisayarlı tomografisi (BT), sağ submandibular bölgeden submental bölgeye ve sağ servikal lenfatik yol boyunca mediastene kadar uzanan sıvı koleksiyonunu ve trakeanın sola doğru deviye olduğunu gösterdi. Toraks BT, sağ paratrakeal bölgede kendini sınırlayan bir apse görüntüsü gösterdi. Video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) planlandı. İşlem sırasında mediastende lokalize sıvının neden olduğu düşünülen bir şişlik gözlemlendi. Mediastinal pencere açılarak pus drenajı sağlandı. Olgu 2: Kırk yedi yaşında diabetes mellitus ve faktör VII eksikliği olan erkek hasta, submental bölgede şişlik şikayetiyle acil servise başvurdu. Laboratuvar incelemelerinde CRP seviyesi 239 olarak bulundu. Apsenin Ludwig anjiniye ilerlemesi ve thorax BT'de mediastinal apse koleksiyonu izlenmesi nedeniyle acil cerrahi müdahale kararı alındı. (Figür 1) Mediastinal pencere açılarak rifampin ve povidon-iyot ile çoklu mediastinal ve torasik lavaj uygulandı. Hastanın trismus düzeldi ve CRP seviyesi dramatik olarak düştü. Her iki hastasında kültürlerinde üreme olmadı.



Figür 1. Ludwig anjini regresyonu ve preoperatif Thorax BT görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Her iki vakada da akut mediastinit yönetiminde erken müdahalenin, ileri görüntülemenin ve minimal invaziv cerrahi tekniklerin kritik rolünü bir kez daha doğrulanmaktadır. Özellikle eşlik eden hastalıkları olan veya ilk tedaviye gecikmeli yanıt veren hastalarda, derin boyun apseleri olan hastalarda aşağı doğru yayılan enfeksiyon belirtileri konusunda dikkatli olmak önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ludwig anjini, Videotorakoskopik minimal invaziv cerrahi, akut mediastinit



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-148 Akciğerin Müsinöz Kistadenomu: Nadir Olgu

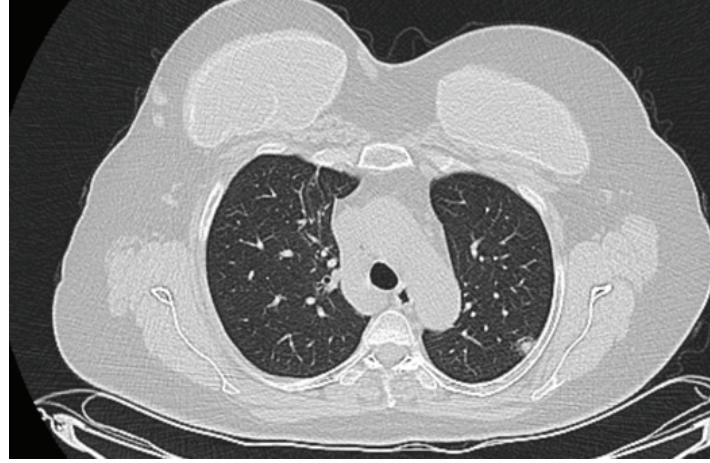
Emrah Karacı¹, Volkan Karaçam¹, Aydın Şanlı¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Emrah Karacı / Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Müsinöz kistadenom, genelde pankreas, over ve apendikste görülen “müsinle dolu ve iyi farklılaşmış kolumnar müsinöz epitel ile kaplı lifli bir duvarla çevrili, lokalize kistik kitle” olarak tanımlanır. Akciğerde dünya çapında az sayıda vaka bildirilmiş olup iyi huylu tümör olmasına karşın çok az vakada maligniteye dönüşüm bildirilmiştir. Bizim olgumuz da primer akciğer kaynaklı pulmoner müsinöz kistadenom olgusunu sunuyoruz.

Olgu: 55 yaşında kadın olgu, yirmi yıl önce meme kanseri (karsinoma in situ) nedeniyle opere olmuş ve tedavisiz takipte iken üç yıl önce sol akciğerinde 5 mm nodülü saptanmış ve takip önerilmiş. Hasta üç yılın ardından başvurusunda sol akciğerdeki nodülde progresyon izlenmiş. Hastanın Toraks BT'sinde sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte plevra tabanlı 8,5 mm nodüler lezyon saptandı (Resim-1). PET-BT'de sol akciğer üst lob apikoposterior segmentteki nodüler lezyonda çevre dokuya göre artmış FDG tutulumu (suv max:2.1) izlendi. Bunun dışında başka patolojik tutulum saptanmadı. Beyin MR sonucunda yer kaplayıcı lezyon izlenmedi. Solunum fonksiyon testleri operasyon için uyumlu olan hastaya cerrahi planlandı. Cerrahi öncesi BT eşliğinde metilen mavisi ile nodül işaretlemesi sonrası Video Torakoskopik (VATS) yöntemle sol üst lobdan wedge rezeksiyon yapılarak frozen gönderildi. Frozen sonucunda ön planda metastaz düşünülmedi, kesin tanı kalıcı kesitlere bırakılması üzerine wedge rezeksiyonda kalınarak ve 5-6-7-10 numaralı mediastinal lenf nodu diseksiyonu da yapılarak cerrahi tamamlandı. Hastanın nihai patoloji sonucu akciğerin müsinöz kistadenomu olarak raporlandı. Hasta akciğer kanseri konseyimizde tartışılarak yakın takibe alındı.



Resim-1. Olgunun Toraks BT görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Pulmoner müsinöz kistadenokarsinomların (PMC) ayırıcı tanısında iyi diferansiyel müsinöz bronkoalveoler karsinom, mucoepidermoid karsinom ve özellikle over veya pankreastan akciğere müsinöz karsinomun soliter metastazı bulunur. Bu yüzden detaylı bir sistemik tarama yapılmalıdır. PMC genelde iyi huylu bir tümördür, cerrahi eksizyon tedavide yeterlidir. Bu yüzden hastamızda wedge rezeksiyonda kalınmış ve tamamlayıcı lobektomi düşünülmemiştir. Postoperatif kemoterapi ve radyoterapiye gerek yoktur. Ancak birkaç vakada nüks ve malignite gelişme riski olduğu bildirilmiştir. Bu yüzden ameliyat sonrası uzun vadeli yakın takip yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner müsinöz kistadenoma, Akciğer kanseri, Wedge rezeksiyon

PS-149 Posterior Mediastende Nadir Görülen Bir Kist: Müllerian Kisti

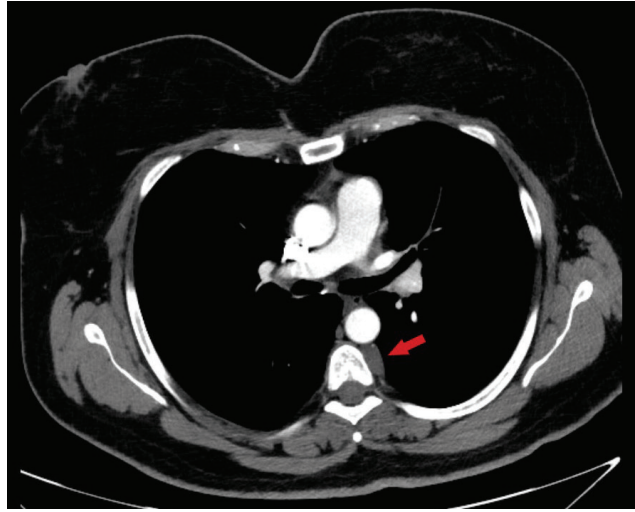
Zeynep Şahin¹, İpek Özbek Bekçi¹, Ezin Cem Yeni¹, Funda İncekara¹

¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Zeynep Şahin / Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Mediastinal kistik lezyonlar, çeşitli etiyolojilere bağlı olarak gelişebilir ve genellikle insidental olarak tespit edilir. Ayırıcı tanıda konjenital, neoplastik ve enfeksiyöz nedenler göz önünde bulundurulmalıdır. Müllerian kistler, nadir görülen mediastinal lezyonlar arasında yer alır ve sıklıkla posterior mediastende yerleşim gösterirler. Literatürde ilk kez 2005 yılında tanımlanan mediastinal müllerian kistlerin sayısı, 2022 yılı itibarıyla yaklaşık 40 olgu olarak rapor edilmiştir. Çoğunlukla 40-60 yaş aralığındaki kadın hastalarda görülen bu kistler, tanı ve yönetim açısından önemli bir klinik tablo sunmaktadır. Bu olgu, posterior mediastende nadir görülen müllerian kistin tanı, cerrahi yönetim ve takip sürecini vurgulamaktadır.

Olgu: Bilinen fibromiyalji ve hipertansiyon tanısı olan elli iki yaşında kadın hasta, dış merkez takibinde posterior mediastende kistik lezyon saptanması üzerine merkezimize başvurdu. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) posterior mediastende, T5 vertebra düzeyinde, yaklaşık 20 mm boyutunda kistik lezyon izlendi. Mediasten görüntülemesi amacıyla yapılan torakal spinal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) desendan aorta posteriorunda, yaklaşık 12x17x18 mm boyutlarında, nöral foramane ve kostovertebral eklem aralığına uzanımı seçilemeyen, düzgün sınırlı, ovaloid şekilli kistik lezyon görüldü. Hastada ayırıcı tanıda torasik kanal kisti, lenfanjiyoma ve bronkojenik kist düşünüldü. Hastaya elektif operasyon (Video Aracılı Torasik Cerrahi: VATS) planlandı. Sol VATS yaklaşımı ile mediastinal kist eksize edildi. Kist eksizyonu sırasında; lezyonun parietal plevranın altında bulunduğu, mavi-mor renkli ve nöral foramenle ilişkisiz olduğu gözlemlendi. Eksize edilen kistin patolojik incelemesinde, iç yüzünü döşeyen epitel; pairedbox gen 8 (PAX8), diffüz keratin 7, östrojen reseptörü (ER) ve progesteron reseptörü (PR) için yapılan immunohistokimyasal boyalarla pozitif boyandı ve lezyon "müllerian kisti" tanısı aldı. Post-operatif herhangi bir komplikasyon göstermeyen hasta, dördüncü gününde göğüs tüpü sonlandırılarak şifa ile taburcu edildi. 6 aylık takibinde henüz nüks gözlenmedi.



Resim 1. Toraks BT görüntüsünde, posterior mediasten yerleşimli T5 vertebra düzeyinde ovaloid şekilli kistik lezyon

Tartışma-Sonuç: Posterior mediastinal müllerian kistler, nadir görülen lezyonlardır. Uygun vakalarda VATS yöntemi, bu kistlerin etkin tedavisini sağlar. Mediastinal kistik lezyonlar için ayırıcı tanıda müllerian kistin düşünülmesi ve göğüs cerrahlarının patoloğlara ön tanı açısından yön vermesi, tanı sürecini kolaylaştırabilir.

Anahtar Kelimeler: VATS, mediasten, müllerian, kist



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-150 İntraparankimal Yerleşimli Asemptomatik Bronkojenik Kist

Murat Kılıç¹, Merve Bıyıklı¹

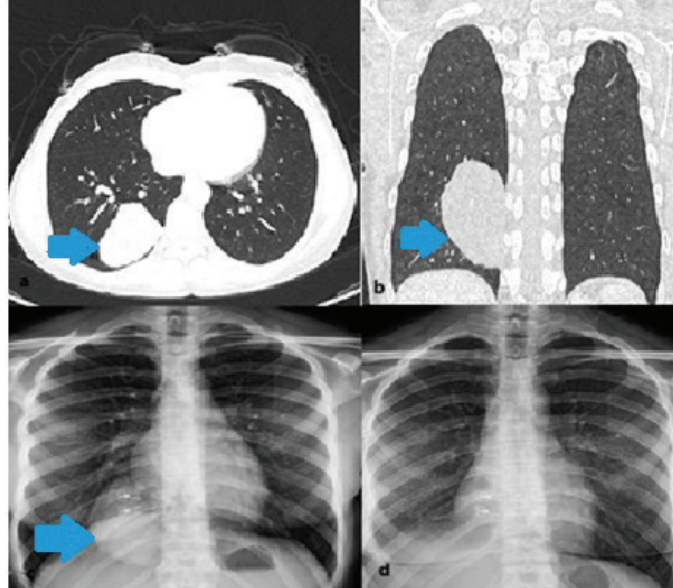
¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Merve Bıyıklı / İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Bronkojenik kistler, gestasyonun 26. ve 40. günleri arasında Ventral Foregut'un anormal dallanması ile oluşan konjenital lezyonlardır ve en sık görülen bronkopulmoner malformasyonlardan biridir. Bu kistler genellikle trakea, ana bronş veya özofagus çevresinde yer alırlar. Çoğunluğu mediastenden köken almasına rağmen, %15-25'i akciğer parankimi içinde, sıklıkla alt loblarda oluşmaktadır. Bronkojenik kistler, yıllarca asemptomatik kalabilmesine rağmen, pek çok çalışma bu kistlerin zamanla çevre dokulara baskı yaparak veya enfekte olarak semptomatik hale geleceğini ileri sürmektedir. Bu semptomlar arasında göğüs ağrısı, disfaji, dispne ve öksürük ön plandadır. Rutin akciğer grafilerinde bronkojenik kistlerin sıklıkla insidental olarak tespit edildiği görülmektedir. Bu kistler, ana hava yollarına yakın, düzgün sınırlı, kalsifiye olmayan, oval veya dairesel homojen dansiteler şeklinde görünürler. Maligniteye dönüşme olasılığı, gelecekte oluşabilecek semptomlar ve nüks ihtimali gibi nedenlerden dolayı, erişkin hastalarda bronkojenik kistlerin eksize edilmesi gerektiği savunulmaktadır.

Olgu: Bilinen bir rahatsızlığı olmayan 23 yaşındaki kadın hastanın iş yeri sağlık muayenesi için çekilen akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda düzgün sınırlı lezyon izlenmesi üzerine tarafımıza yönlendirildi. Hastanın çekilen tomografisinde sağ akciğer alt lobda 3x5 cm boyutunda düzgün sınırlı kistik lezyon izlendi. Tarafımızca Uniportal Vats ile sağ alt lobektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Histopatolojisi bronkojenik kist olarak raporlanan hasta postoperatif 4. günde şifa ile taburcu edildi.

İNTRAPARANKİMAL YERLEŞİMLİ BRONKOJENİK KİSTİN GÖRÜNTÜLERİ



Resim a: Bronkojenik kistin preoperatif aksiyel kesit tomografik görüntüsü. Resim b: Bronkojenik kistin preoperatif koronal kesit tomografik görüntüsü. Resim c: Bronkojenik kistin preoperatif posteroanterior akciğer grafisindeki görüntüsü. Resim d: Postoperatif posteroanterior akciğer grafisi.

Tartışma-Sonuç: Bronkojenik kistler, mediastenin en sık görülen primer kistleridir. Bu kistlerin zaman içerisinde çeşitli komplikasyonlar geliştirebilmesi ve malign değişim gösterme olasılığı, cerrahi tedavi gerekliliğini ön plana çıkarmıştır. Cerrahi tedavi ile bronkojenik kistler başarılı bir şekilde eksize edildiğinden bu tedavi yaklaşımı yaygın olarak kabul görmektedir. Mediasten yerleşimli lezyonlarda, lezyonun komple eksize edilmesi tavsiye edilirken, akciğer lezyonları için lobektomi önerilmektedir. Minimal invaziv tekniklerin kullanılması ile bronkojenik kistlerin tanı ve tedavisi mümkün olup hastaların iyileşme süreçleri hızlandırılabilir ve komplikasyon riski azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Bronkojenik kist, konjenital, mediasten hastalıkları

PS-151 Birt-Hogg-Dube Sendromu: Nadir Bir Pnömotoraks Nedeni

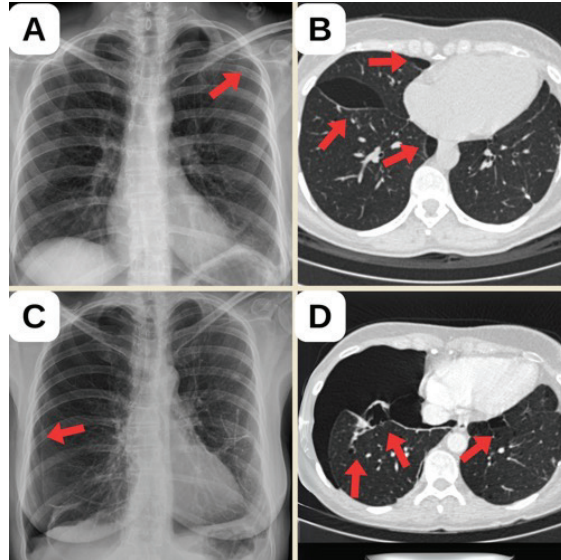
İslam Aktürk¹, Şebnem Dursun¹, Saliha Yılmaz¹, Yusuf Kahya¹, Ayten Kayı Cangır¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

İslam Aktürk / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Birt-Hogg-Dube Sendromu (BHDS) benign cilt lezyonları, böbrek tümörleri ve akciğer kistleri ile karakterize folikülün genindeki mutasyondan kaynaklanan otozomal dominant kalıtmı nadir görülen genetik bir hastalıktır. Literatürde çok farklı klinik belirtiler ile bildirilmesine rağmen tanıya en sık yönlendiren akciğer tutulumudur ve akciğer tutulumunun en sık belirtisi spontan pnömotorakstır. Bu çalışmada tekrarlayan pnömotoraks nedeni ile cerrahi tedavi uygulanan BHDS tanılı hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Nefes darlığı nedeni ile 2015 yılında dış merkezde tetkik edilen 55 yaş kadın hastanın akciğer grafisinde sağ pnömotoraks izlenmesi üzerine hastaya tüp torakostomi uygulanmıştır. 2017 yılında akciğer grafisinde sol pnömotoraks izlenmesi üzerine hastaya tüp torakostomi uygulanmış fakat uzamış hava kaçağı nedeni ile sol VATS ile girişim uygulanarak wedge rezeksiyon ve plörektomi uygulanmıştır (Resim1A). Aynı zamanda hastanın cilt lezyonları izlenmesi üzerine yüzdeki lezyondan biyopsisi yapılmış ve histopatolojik incelemesi fibrofolliküloma olarak raporlanmıştır. Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde (TH BT) alt loblarda yerleşimli multiple hava kistleri saptanmıştır (Resim1B). Hastaya bu süreçte BHDS tanısı konulmuştur. Hasta takiplerinde kliniğimize başvurdu. Nefes darlığı ve batıcı göğüs ağrısı şikayeti ile tetkik edildi ve sağ pnömotoraks saptandı (Resim1C). Hastanın TH BT'sinde alt loblarda belirgin olmak üzere bilateral hava kistleri izlendi (Resim1D). Hastaya sağ VATS ile girişim uygulanarak hava kaçağı izlenen büllöz alanlara wedge rezeksiyon yapıldı ve plörektomi uygulandı. Hasta diğer sistem tutulumları için takip edilmektedir.



Resim 1. Akciğer grafisinde tekrarlayan pnömotoraks (A-C) görüntüsü, TH BT'de akciğer kistleri (B) ve pnömotoraks (D) görüntüsü

Tartışma-Sonuç: BHDS'de benign cilt lezyonları, böbrek tümörleri ve akciğer kistlerinden oluşan üçlü karakteristik olsa da herhangi bir tutulum diğerleri olmadan ortaya çıkabilir. Üç bulgu arasında böbrek tümörü sağkalımı belirleyen en önemli faktördür ve hastaların %16-29'unda görülür. Bu nedenle sendromun erken tanısı son derece önemlidir. Uzun vadeli tekrarlayan böbrek görüntülemesi ve tüm aile bireylerinin taranmasını gereklidir. Hastaların %82-92'sinde bulunan cilt lezyonları genellikle baş, boyun ve üst gövdede lokalizedir, Fibrofolliculomalar en sık saptanan cilt patolojisidir fakat farklı benign karakterli cilt lezyonları da izlenebilir. BHDS tanısı sıklıkla pnömotoraksın varlığına dayanarak yapılır. Yaygın akciğer kistlerinin varlığı ve yerleşimi altta yatan etyolojiye dair ipucu verebilir. BHDS'de genellikle akciğer kistleri düzensiz sınırlı ve alt loblarda olma eğilimindedir. Hastaların %77-89'unda saptanır. BHDS'de genel polülasyo-na kıyasla pnömotoraks geliştirme riski 50 kat artmıştır. Akciğer kistleri tespit edilen ve bilateral pnömotoraks öyküsü olan genç hastalarda BHDS'den şüphelenilmelidir.

Anahtar Kelimeler: birt-hogg-dobe sendromu, pnömotoraks, VATS



PS-152 Nadir Görülen Spontan Hemotoraks Sebebi: Ekstralober Sekestrasyon

Nurcan Gündüz¹, Furkan Yağar¹, Derya Balcı Köroğlu¹, Ömer Faruk Aktaş¹, Şevval Tosun¹, Koray Dural¹

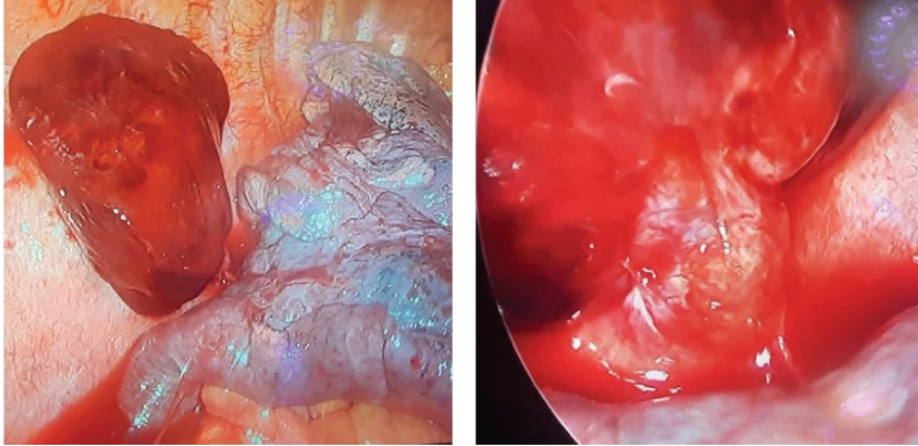
¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Furkan Yağar / Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Spontan hemotoraks(SH) ve pulmoner ekstralober sekestrasyon(ELS) her ikisinde nadir görülen durumlardır. SH nedenleri arasında yaygın olarak pnomotoraks, koagulapati, vasküler patolojiler, neoplaziler görülür. ELS torsiyonuna bağlı nekroza gitmiş karın veya göğüste ağrı, enfeksiyon, kronik öksürük benzeri şikayetlerle başvuran hasta sunuları yapılmıştır. Literatürde bugüne kadar bildirilmiş SH nedeni olan ELS vakası yoktur. Acil servise başvurarak spontan hemotoraks nedeniyle yapılan tetkiklerde tanıya gidilemeyen, operasyonla kanama sebebi olarak ELS teşhisi konulan ve tedavi edilen vakamızı literatürde ilk olması nedeniyle sunuyoruz.

Olgu: 29 yaş erkek hasta, ani başlayan göğüs ve epigastrik ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu. Acil serviste yapılan kontrastlı toraks BT'de sağ hemitoraksta kalınlığı 3cm'e ulaşan plevral efüzyon ve komşuluğunda pasif atelektaziler saptandı. Plevral efüzyon sebebi ile tarafımıza danışılan hastaya sağ hemitorakstan yapılan torasentezde defibrine hemorajik mayii aspire edildi. Travma öyküsü bulunmayan hastada ön planda spontan hemotoraks düşünülmesi sebebi ile göğüs cerrahisi yoğun bakım yatışı yapıldı. Koagülasyon parametreleri ve Ekokardiyografisi normal olan hastanın akciğer grafisinde plevral mayi seviyesinde artma olması üzerine VATS uygulandı. VATS eksplorasyonda sağ hemitoraksta paravertebral alanda akciğer parankimi ile ilişkisi görünmeyen pulmoner sekestrasyon olduğu düşünülen lezyon görüldü. Kanama odağının ELS'nin vasküler bağlantısından olduğu tespit edildi. Stapler yardımı ile lezyon total eksize edilerek kanama kontrolü sağlandı.

Ekstralober Sekestrasyon



ELS'nin ve Vasküler Bağlantısının VATS Görünümü

Tartışma-Sonuç: Plevral boşlukta kan birikmesiyle karakterize olan hemotoraks çoğunlukla toraks travmaları, iatrogenik veya cerrahi nedenlerle görülmesine rağmen travma olmadan görülen SH oldukça nadirdir. SH nedenleri arasında pnomotoraks gelişmesi sırasında mevcut plevral yapışıklıkların kopmasına bağlı kanamalar, kanama bozuklukları, vasküler patolojiler ve neoplaziler sayılabilir. Pulmoner sekestrasyon, normal bronkopulmoner ağaçtan ayrılmış ve anormal bir sistemik arter tarafından damarlanmış, işlevsiz akciğer dokusu ile karakterize nadir bir konjenital malformasyondur. İntralober sekestrasyon(ILS) ve ekstralober sekestrasyon(ELS) olarak iki tiptir. Genellikle ilişkili konjenital anomaliler veya solunum semptomları nedeniyle bebeklik veya erken çocukluk döneminde teşhis edilir, erişkin yaşta ancak tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları, kronik öksürük veya açıklanamayan karın ağrısı gibi çeşitli nonspesifik semptomlar ortaya çıktığında gecikmiş tanıya yol açar. Çok değişken anatomisinin bulunması ve birden fazla sistemik arterin tutulumu önemli tanı ve tedavi zorlukları oluşturur. SH ve ELS için kontrastlı Toraks CT tanı koydurucu tetkikler arasında olmasına rağmen bizim hastamızda tanıya gidilememiştii bunda hastamızda ELS nin vasküler dallanmasının interkostal vasküler sistemden olması etken olabilir. Sonuç olarak çok nadir olsada SH nedenleri arasında vasküler dallanmasından kanayan sekestrasyon komplikasyonunda sayılabilir.

Anahtar Kelimeler: Spontan Hemotoraks, Ekstrapulmoner Sekestrasyon

PS-153 Akciğer'de Benign Tümöre Bağlı Paraneoplastik Sendrom: Sklerozan Pnömositoma

Can Kutlay¹, Gözde Koca¹, Tefrik Kaplan¹, Serdar Han¹

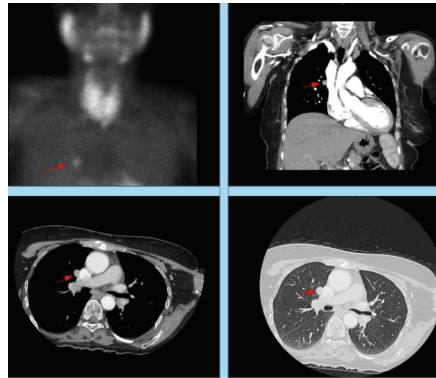
¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Gözde Koca / Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Primer akciğer tümörlerinin %2-5 kadarını benign neoplasmlar oluşturur (1). Dünya sağlık örgütünün akciğer tümörleri sınıflamasında sklerozan pnömositoma epitelyal tümörler içinde sınıflanmaktadır (2). Yavaş büyüyen, asemptomatik, soliter, ortalama 2-3 cm çapında, iyi sınırlı nodüllerdir. Bu tümörler genellikle benign karakter sergilese de dev boyutlu seyrettiği veya lenf nodu metastazı yapabildiği örnekleri bildirilmiştir (3-4). Olgumuzda insidental saptanan benign bir tümör olan sklerozan pnömositomanın yaptığı paraneoplastik sendromu bildirmeyi amaçladık.

Olgu: Hastanemizin acil servisine 30 dakika süren sağ üst ekstremitede güç kaybı ve sağ yüz yarımında uyuşma şikayetiyle başvurmuş 59 yaş kadın hasta. Hastalık geçmişinde tip 2 diyabet, hipertansiyon ve hipotiroidi tanıları mevcut. Hastaya nöroloji kliniğinde DSA yapılmış ve sol internal karotis arter petroz segment rekanalize edilmiş. Laboratuvarında TSH 6.63, kalsiyum 12.5, parathormon 139 olması nedeniyle endokrinoloji kliniğinde hastaya tiroid ultrasonografi (USG) yapılmış. USG'de tiroid izoekoik izlenmesi üzerine ektopik paratiroid adenomundan şüphelenilerek Paratiroid Sintigrafisi (Tc99m-MIBI) tetkik edilmiş. Sintigrafide sağ akciğer üst lob yerleşimli 13 mm boyutunda Tc99m-MIBI tutulumu olan paramediastinal odak görülmesiyle hasta kliniğimize yönlendirildi. Hastaya operasyonda sağ 45° lateral pozisyon verilerek sağ hemitoraksa 3 port insizyonu açıldı. Gözlemde sağ üst lob parankiminde vena cava süperior komşuluğunda 1.5 cm mavi-mor renkli lobülasyon içermeyen, çekinti oluşturmeyen ovoid lezyon izlendi. Lezyona 60/4.8 stapler'lar yardımıyla wedge rezeksiyon uygulandı. Patoloji incelemesi sklerozan pneumositoma olarak raporlandı. İmmünohistokimiyada CK7, TTF-1 ve EMA pozitif izlendi. PR ile nükleer boyanma izlendi ve PTH negatif geldi. Post operatif 1. gün kontrollerinde hastanın kalsiyum değerinin (10.5) normal aralığa indiği görüldü. Takibinde komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 4. günde taburcu edildi.

Kitle- radyoloji



1. Paratiroid sintigrafisi koronal kesit, ok ile işaretli alan akciğer tutulumu 2. Kontrastlı tomografi koronal kesit, ok ile işaretli alan kitle 3. Kontrastlı tomografi mediasten pencere aksiyel kesit, ok ile işaretli alan kitle 4. Kontrastlı tomografi parankim pencere aksiyel kesit, ok ile işaretli alan kitle

Tartışma-Sonuç: Sklerozan pnömositoma ilk tanımlandığında vasküler kökenli olduğu düşünülerek sklerozan hemangioma olarak isimlendirilmiş ancak immünohistokimya tekniğinin gelişmesiyle tümörün tip 2 pnömositler kaynaklı olduğu anlaşılmıştır (5). Sunduğumuz olgudaki tümör parathormon salgılaması yönüyle eşsizdir. Sklerozan pnömositomaya bağlı paraneoplastik sendrom taramalarımızda bulabildiğimiz kadarıyla ilk defa bildirilmektedir. Benito-Martinez ve arkadaşları sklerozan pnömositomalara eşlik eden multipl karsinoid tümörletlerin ACTH sekrete etmesine bağlı ektopik cushing sendromu bildirmişlerdir (3). Ancak bu olguda sadece karsinoid tümörlet ACTH için immüno pozitif boyanmış. Kitlenin cerrahi sınırlar gözetilerek wedge rezeksiyonla çıkarılmasını takiben kalsiyum düzeyi normal aralığa yerleşen hastanın erken dönem takibinde ek bir komplikasyon yaşanmadı. Non-anatomik rezeksiyonla yeterli tedavi sağlanan hastaya poliklinik takibi planlandı.

Anahtar Kelimeler: akciğer benign tümörü, sklerozan pnömositoma, minimal invaziv cerrahi



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-154 Ön Mediastende Kitlesel Lezyon-Lokalize Malign Mezotelyoma

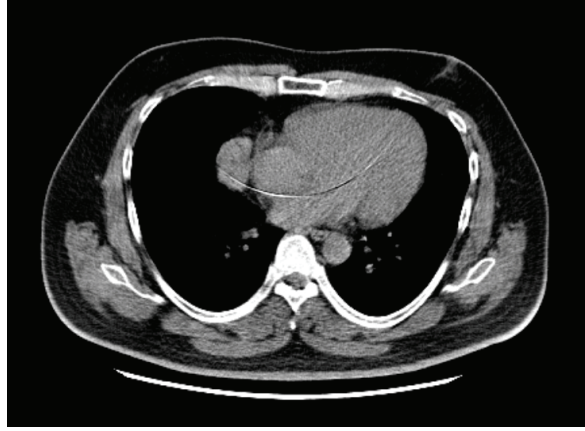
Hilal Doğangün

Ankara Atatürk Sanatoryum eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş-Amaç: Malign mezotelyoma, plevra, periton, perikart veya tunika vajinalis'ten gelişebilen, mezotel hücrelerinden köken alan mezotelyal örtünün primer malign tümörüdür. Mezotelyoma olgularının % 90'ı plevrada görülür.

Olgu: 32 y erkek hasta. Ailede erken yaşta mı öyküsü olması nedeniyle kontrol amaçlı kardiyoloji polikliniğine başvurmuş . Hastaya yapılan eko da atrium komşuluğunda kitle saptanması üzerine bt ve pet bt çekildi.Pet bt de: Sağ atrium lateralinde ekstraparankimal alanda yaklaşık 40x26x19 mm boyutlarında ölçülen yumuşak doku lezyonunda artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax: 8.37) şeklinde raporlandı. Hastaya sağ vats mediastinal ekstraparankimal kitle eksizyonu yapıldı. Patoloji sonucu malign mezotelyoma epiteloid tip olarak raporlandı. Hasta postop 2. Gününde herhangi bir komplikasyon izlenmemesi üzerine dreni sonlandırılarak taburcu edildi. Medikal onkoloji tarafından kt alan hastanın son kt si üzerinden 8 ay geçmiş olup nüks izlenmedi.

Bt görüntüsü



Tartışma-Sonuç: Lokalize malign mezotelyomalar, mikroskopik olarak diffüz malign mezotelyoma görünümünde ancak diffüz yayılma kanıtı olmayan, malign mezotelyomaların nadir görülen bir formudur. Tam rezeksiyonunda prognozu diffüz formdan daha iyi seyreder. Bu lezyonlarla ilgili literatürde sınırlı vaka bulunmaktadır. Vakalar olgu sunumlarıyla sınırlıdır.

Anahtar Kelimeler: mezotelyoma, lokal, cerrahi, plevra, malign

PS-155 Dev Pulmoner Hamartom

Hilal Doğangün¹, Hilal Munzur¹, Hilal Doğangün¹, Funda İncekara¹

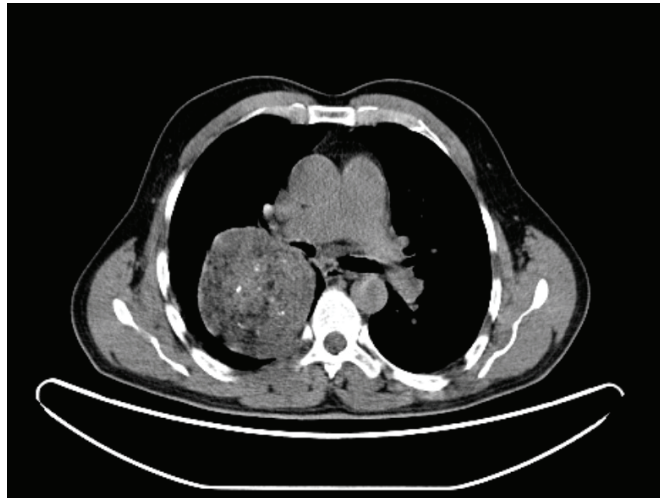
¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Hilal Doğangün / Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner hamartomlar akciğerin en sık rastlanan iyi huylu tümördür. Tüm soliter pulmoner nodüllerin %6'sını oluşturdukları bildirilmiştir. Genellikle asemptomatik olup rastlantısal saptanırlar.

Olgu: 61 yaş erkek hasta Üsye nedeniyle başvurduğu hastanede çekilen paag de kitle saptanması üzerine hasta tarafımıza yönlendirildi. Hastaya pet bt çekildi. Pet bt raporunda : Sağ akciğer üst lob bazali posterioru ve alt lob süperior segment düzeyinde içerisine milimetrik kalsifikasyonlar ve yağ dansitesinde alanlar barındıran yaklaşık 9x8.5x9.5 cm boyutlarında nispeten düzgün sınırlı yumuşak doku dansitesinde heterojen düşük düzeyde artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax: 3.56) şeklinde raporlandı. Hastaya sağ üst lob kitle enüklasyonu+ alt lob süperior segmentektomi uygulandı. Hastanın postop 7. gününde dreni sonlandırıldı. Patoloji sonucu: kondrolipomatöz hamartom olarak raporlandı.

BT görüntüsü



Tartışma-Sonuç: Hamartomlar düzgün sınırlı olmaları, kalsifikasyon içermeleri, yavaş büyümeleri ile ayırıcı tanı oluşturmakta ancak hamartomları ayırt etmek için doku tanısı gerekmektedir. 8 cm'den büyük dev hamartomlar nadir olup literatürde az vaka bildirilmektedir. Cerrahi olarak tedavi ettiğimiz dev hamartom olgusunu sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: hamartom, benign, cerrahi, dev kitle

PS-157 Yüksek Seviye Trakeostomi Lokalizasyonu Nedeniyle PETS Gelişen Hastada Parsiyel Krikotrakeal Rezeksiyon

Recep Tekin¹, Ece Yasemin Demirkol¹, Jelena Grusina Uyumaz¹, Salih Zeki Kadioğlu¹, Mücahit Furkan Öz Saraç¹, Muzaffer Ali Celep¹, Hasan Akın¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

Recep Tekin / Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

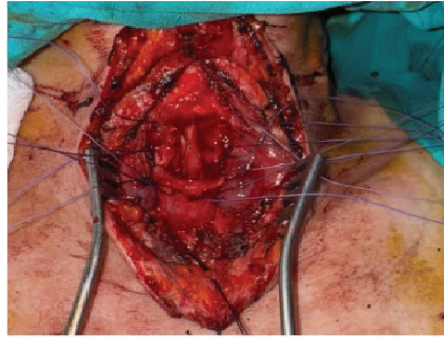
Giriş-Amaç: Trakeanın, entübasyon tüpü ya da trakeostomi sonrasında ortaya çıkan postentübasyon trakeal stenozları (PETS) benign trakea darlıklarının en sık nedenidir. PETS cerahisinde trakeal rezeksiyonda çıkarılacak segment uzunluğunu belirleyen etkenlerden biri de trakeostomi kanül yerleşim lokalizasyonudur. Kanül yerleşim yeri ne kadar yukarıda olursa, bu bölgedeki subglottik stenoz ve krikoid bölgesinin etkilenmesi, daha olasıdır. Bizde yüksek seviye trakeostomi lokalizasyonu nedeniyle PETS gelişmesi sonrası parsiyel krikotrakeal rezeksiyon yapılan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: 74 yaşında kadın hasta, bir yıl önce iskemik svo nedeniyle bir ay orotrakeal entübasyon ve dokuz ay önce dış merkezde trakeostomi açılma öyküsü ile kliniğimize trakeostomi kapatılması için danışıldı. Hastanın trakeostomisinin yüksek seviyeden açıldığı ve kesin krikoid kartilajı destrükte ettiği görüldü (Resim 1). Hasta trakeostomiden havalandırılarak preop LMA içerisinde FOB ile değerlendirildi. Stenotik alanın kord vokallerin hemen altında 3-4 cm olduğu izlendi. Hastaya PETS nedeniyle trakea rezeksiyonu kararı verildi. Kord vokalleri korumak amaçlı oblik kesi uygulandı ve parsiyel krikotrakeal rezeksiyon yapıldı (Resim 2). Anostomoz sonrası LMA ile ventile edilen hastanın vokal kord ödemi nedeniyle yeterli ventilasyon oluşturamamasından dolayı intraoperatif yeniden entübe edildi. Yoğun bakımda entübe takip edilen hastaya post op 3. gün vokal kordların durumunu değerlendirmek için uyanık FOB yapıldı. Sol vokal kordun hareketli olduğu görüldü. Bunun üzerine anostomoz hattının striktürel yapısını koruyabilmek için Montgomery T-tüp yerleştirilmesine karar verildi. Bronkoskopik görüntüleme eşliğinde anostomoz hattının iki cm altından trakeostomi insizyonu açılarak T-tüp yerleştirildi (Resim 3,4). Post op 4 gün genel durumu stabilleşen hasta servise alındı.

Olgunun görselleri



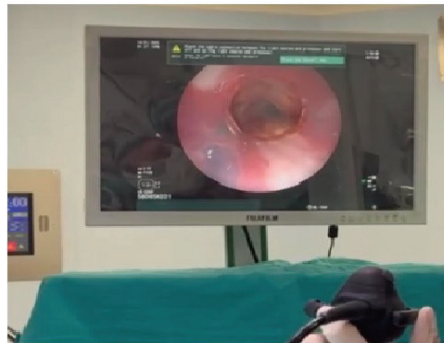
Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4

Resim 1- Trakeostomi kanül lokalizasyonu Resim 2- Parsiyel krikotrakeal rezeksiyon görüntüsü Resim 3- T-tüp takılması sonrası anostomoz hattı değerlendirilmesi Resim 4- T-tüpün karinaya uzaklığının değerlendirilmesi

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Tartışma-Sonuç: Trakeostomi genellikle 2 ve 3. veya 3 ve 4. trakeal halkalar arasından yapılır. Bunun dışında bir yer seçildiğinde hem anatomik yapılar hem de solunum yolu üzerindeki işlevsellik olumsuz etkilenebilir. Fakat acil durumlar söz konusu olduğunda, bu durum kaçınılmaz hale gelebilir. Yüksek seviyeye yerleştirilen trakeostomi, vokal kord hasarı ve pets geliştiğinde trakeal rezeksiyon genişliğinin arttırılması ve buna bağlı teknik zorluklara sebep olabilir. Trakeostomi, daha alt seviyeye yerleştirildiğinde ise vasküler yapıların hasar görme riski artabilir. Trakeostomi kanülünün hatalı yerleştirilmesine bağlı olarak postentübasyon trakeal stenoz geliştiğinde, parsiyel krikotrakeal rezeksiyon yapılması gerekebilir. Parsiyel krikotrakeal rezeksiyon sonrasında T tüp yerleştirilmesi, iyileşme sürecini kolaylaştıran, iyileşme fazı sırasında striktür gelişmesini önleyen, hava yolunu açık tutan ve komplikasyonları engelleyen önemli bir adımdır. Ancak bu işlem ve sonrasındaki takip, özen ve dikkat gerektirir.

Anahtar Kelimeler: PETS cerrahisi, trakeostomi, krikotrakeal rezeksiyon



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-158 Yetişkin Erkek Olguda Kaburganın Langerhans Hücreli Histiyositozu

Günel Babayeva Şenkaya¹, Emrah Karacı¹, Nigar Alizade¹, İlkkay Kaya¹, Volkan Karaçam¹, Aydın Şanlı¹

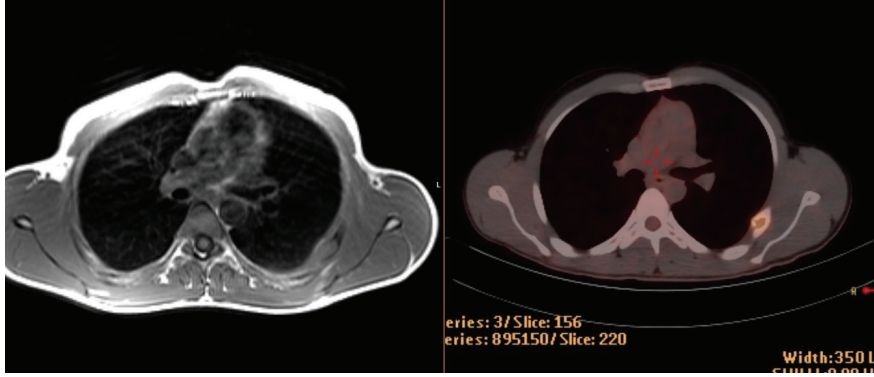
¹Dokuz Eylül Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Günel Babayeva Şenkaya / Dokuz Eylül Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Langerhans hücreli histiyositoz (LHH) genellikle enfeksiyon veya maligniteyi taklit eden, çeşitli nonspesifik klinik ve radyolojik bulgular gösteren, tipik olarak pediatrik ve ergen hasta popülasyonunda görülen, ancak yetişkinlerde de görülebilen nadir bir hastalıktır. LHH bir veya birden fazla organ sisteminde Langerhans hücrelerinin proliferasyonu ile karakterize edilir. İskelet tutulumu en sık LHH'li yetişkinlerde görülür ancak kaburga tutulumu yaygın değildir. Yetişkin erkek olguda soliter kaburga lezyonu olan LHH vakasını sunuyoruz.

Olgu: 27 yaş erkek olgu, sol tarafta yakın zamanda başlayan ve progrese göğüs ağrısı şikayetiyle başvurdu. Toraks BT taramasında sol 4.kosta posterolateral arkusta deformasyon ve medüller ekspansiyon gösteren 2.6 × 0.6 × 1.7 cm boyutlu lezyon izlenmiştir. Lezyonda kondroid veya osteoid matriks bulunamadı. Daha önce travma ve bilinen malignitesi yoktu. PET-CT'de sol 4. kosta dorsolateral kesiminde izlenen litik-ekspansif kemik lezyonu ile uyumlu alanda artmış (SUVmax:5.4) 18FDG tutulumu izlenmiştir. Multidisipliner konseyde malign tümör düşünülen olguya cerrahi kararı verilmiştir. Olguya tarafımızca sol 4. Kosta parsiyel cerrahi rezeksiyonu uygulandı. Rezeke edilen kitlenin histopatolojik incelemesinde, belirgin nükleer girintiler ve oluklar içeren Langerhans hücrelerinin proliferasyonu ve eozinofil infiltrasyonu görüldü. İmmünohistokimyasal boyama CD1a ve S-100 için pozitif ve histopatolojik inceleme LHH ile uyumlu olarak sonuçlandı. Ameliyattan sonra, bir yıllık takipte lokal nüks veya uzak metastaz bildirilmedi.

Şekil 1. Toraks MRG-PET-CT



Toraks MRG: Sol 4.kosta posterolateral arkusta medüller ekspansiyon ve deformasyon gösteren lezyon; PET-CT: sol 4. kosta dorsolateral kesiminde izlenen litik-ekspansif kemik lezyonu ile uyumlu alanda artmış (SUVmax:5.4) 18FDG tutulumu izlenmiştir.

Tartışma-Sonuç: LHH'nin etiyolojisi ve patogenezi hala belirsizdir. LHH herhangi bir organı etkileyebilmesine rağmen, kemik tutulumu yetişkinler arasında en yaygın olanıdır ve monostotik (tek bölge) tutulum polioostotik (çoklu bölge) tutulumdan daha yaygındır. LHH vakalarının %50'sinden fazlası kafatasında olmakla aksiyel iskelete eğilimlidir. Uzun kemikler(%17),vertebralar(%13), pelvis(%13) ve kaburgalar(%6) daha az sıklıkla etkilenir. Kaburga tutulumu yetişkinlerdeki lezyonların %25'ken, çocuklarda lezyonların %8'ini oluşturuyor. Kemiksel LHH'nin görüntüleme özellikleri, tutulum yerine ve hastalığın evresine bağlı olarak önemli ölçüde değişir. Kemik lezyonları genellikle tek veya çoklu yuvarlak veya oval şekilli litik lezyonlar olarak görülür. Kaburga lezyonları ekspansil olabilir veya agresif olabilir ve bazen yumuşak doku kitlesi eşlik eder. LHH'nin tedavisi çeşitli klinik özellikleri ve standart tanı ve değerlendirme kriterlerinin olmaması nedeniyle tartışmalı olmaya devam etmektedir. Hastalık lokalize olduğunda cerrahi eksizyon önerilir. Ancak yüksek riskli organlar (karaciğer, dalak, kemik iliği) tutulmuşsa veya çoklu lezyonlu tek sistem hastalığı veya multi-sistem hastalıkları durumunda sistemik kemoterapi önerilir. Lezyon biyopsisinin klinik semptomlarına, görüntüleme özelliklerine ve patolojik bulgularına göre hastamız izole kaburga LHH'si olarak değerlendirildi ve yüksek riskli organ tutulumu olmayan tek sistem hastalığı olarak sınıflandırılarak, kemoterapi uygulanmadan cerrahi eksizyonu yapıldı.

Anahtar Kelimeler: Langerhans hücreli histiyositoz, kaburga, tümöral lezyon



PS-159 Maligniteyi Taklit Eden Bilateral Ekinokokus Alveolaris

Murat Kılıç¹, Merve Bıyıklı¹

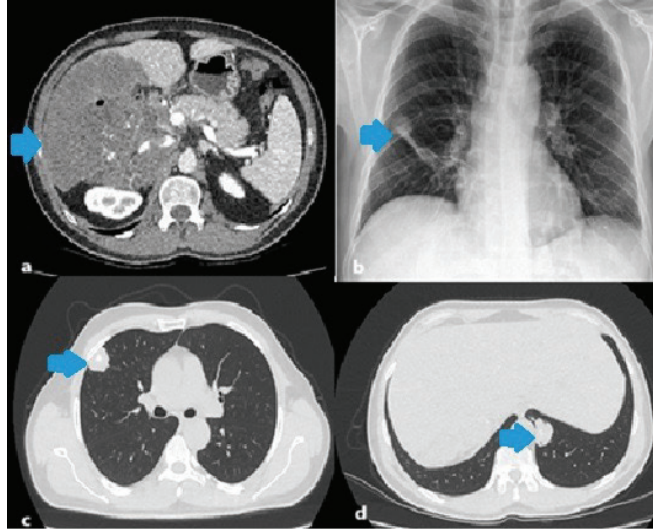
¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Merve Bıyıklı / İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Alveolar ekinokokkoz, helmintlerin sestod sınıfından olan Echinococcus Multilocularis'in metacestod (larval) evresinin insanlarda neden olduğu bir hastalıktır. Enfekte etçil son konak hayvanların dışkılarıyla atılan yumurtalarla kontamine gıdaların insanlar tarafından alınmasıyla hastalık ortaya çıkar. Kronik olarak ilerleyen, uzun süre asemptomatik bir dönem ile karakterize, invaziv tümör benzeri, çoklu ve ekzojen olarak tomurcuklanan bir lezyon olarak gelişmektedir. Bu nedenle tespiti genellikle tesadüfen olmaktadır. Akciğer tutulumunda hastada sıklıkla öksürük ilk belirtidir. Akabinde ateş, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, hemoptizi, balgam ve dispne gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Pulmoner alveolar ekinokokkların insidansı düşük olmakla birlikte maligniteyi de taklit edebilirler.

Olgu: Bilinen bir hastalığı olmayan 45 yaşında karın ağrısı ile tarafımıza başvuran erkek hastanın incelenen tomografik görüntülerinde; karaciğer sağ lobda kitle, sağ akciğer üst lobda subplevral yerleşimli 2x3 cm boyutunda ortasında kalsifiye alanlar bulunan lobüle kontürlü, sol akciğer alt lobda 1x2 cm boyutunda düzensiz sınırlı lezyon izlendi. Hastaya Uniportal Vats ile sağ üst loba wedge rezeksiyon yapıldı. Histopatolojisi Ekinokokkus Alveolaris olarak raporlandı. İki hafta sonra Uniportal Vats ile sol alt loba wedge rezeksiyon yapıldı. Histopatolojisi Ekinokokkus Alveolaris olarak raporlanan hastaya genel cerrahi tarafından sağ hepatektomi yapıldı. Histopatolojisi Ekinokokkus Alveolaris olarak raporlanan hasta şifa ile taburcu edildi.

Preoperatif Ekinokokkus Alveolaris'in Görüntüsü



Resim a: Preoperatif karaciğerde Ekinokokkus Alveolaris'in tomografik görüntüsü. Resim b: Preoperatif posteroanterior akciğer grafisinde Ekinokokkus Alveolaris görüntüsü. Resim c: Preoperatif sağ akciğer Ekinokokkus Alveolaris'in aksiyel kesit tomografik görüntüsü. Resim d: Preoperatif sol akciğer Ekinokokkus Alveolaris'in aksiyel kesit tomografik görüntüsü.

Tartışma-Sonuç: Ekinokokkus Alveolaris nadir görülen ve tedavi edilmediği takdirde %90 ölümlü sonlanan zoonoz bir hastalıktır. Tedavisi için cerrahi, kemoterapi ve girişimsel prosedürler dahil olmak üzere multidisipliner yaklaşım gerektiren çeşitli seçenekler vardır. Maligniteyi de taklit edebilen Ekinokokkus Alveolaris'in minimal invaziv yöntemler ile tanı ve tedavisi mümkün olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ekinokokkus Alveolaris, alveolar kist, akciğer kisti



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

10 Nisan 2025, Perşembe

Poster Bildiri Oturumu 9: Minimal İnvaziv Göğüs Cerrahisi, Torasik Onkoloji

PS-160 Raptiye Aspirasyonu: Fleksibl Bronkoskopi ile Başarıyla Çıkarılan Yabancı Cisim Olgusu

Şevval Tosun¹, Furkan Yağar¹, Ömer Faruk Aktaş¹, Eda Yılmaz¹, Derya Balcı Köroğlu¹, Koray Dural¹

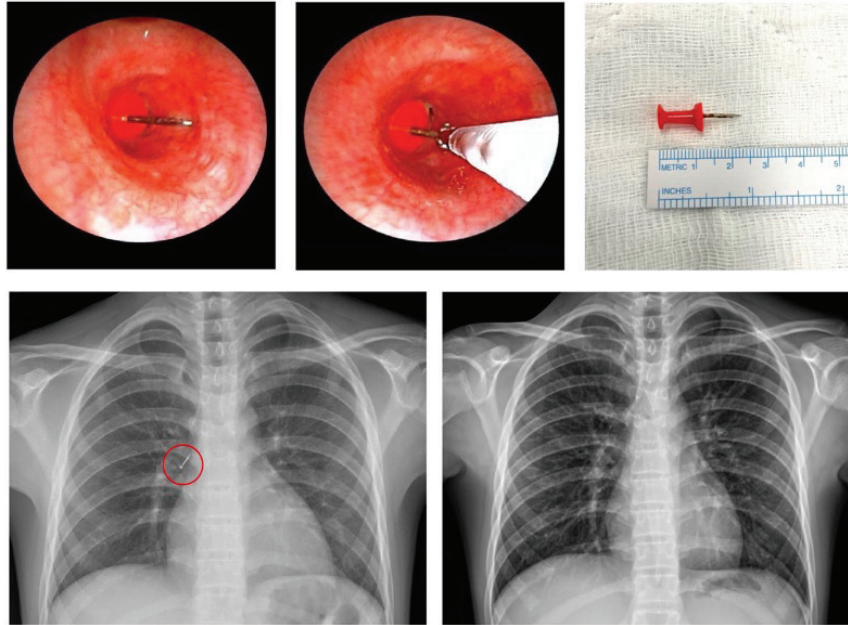
¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Şevval Tosun / Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Yabancı cisim aspirasyonu (YCA), bir nesnenin solunum yoluna kaçması sonucu meydana gelen ve hava yolunda kısmi veya tam tıkanıklığa yol açan tıbbi bir acil durumdur. Yabancı cismin (YC) doğrulanması ve çıkarılması için doğrudan laringoskopi veya bronkoskopi ile görüntüleme yapmak gerekebilir. Bu olguda 15 yaşında bir hastada raptiye aspirasyonunu ve bu yabancı cismin bronkoskopi ile çıkarılmasını sunmayı amaçlıyoruz.

Olgu: 15 yaşındaki erkek hasta raptiye aspirasyonu sonrası acil servise başvurdu. Yapılan radyolojik görüntülemelerde sağ hemitoraksta yabancı cisim görüldü. Preoperatif hazırlıklarının tamamlanmasının ardından fleksibl/rijit bronkoskopi yapılması planlanan hasta acil operasyona alındı. Genel anestezi altında entübasyon tüpünün içerisinden fleksibl bronkoskopi ile ilerlendi, sağ alt lob bronş girişinde aspire edilen yabancı cisim görüldü. Alt lob bronş girişine keskin ucu yukarı bakar şekilde yerleşmiş olan raptiye bronkoskopi forceps ile tutularak çıkarıldı. Yabancı cisim çıkarıldıktan yapılan bronkoskopik incelemede bronş duvarında herhangi bir yaralanma ve kanama odağı izlenmedi. İşlem rijit bronkoskopi ihtiyacı olmadan fleksibl bronkoskopi kullanılarak tamamlandı.

Hastanın işlem öncesi - sonrası grafileri ve işlem sırasındaki bronkoskopik görüntüsü.



Önce

Sonra

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Tartışma-Sonuç: Trakeobronşiyal yabancı cisim aspirasyonlarından sonra, özellikle çocuklarda, kardiyopulmoner arrest ve ani ölüm görülebilir. Yabancı cismin bulunduğu yere göre klinik belirtiler değişkenlik gösterebilir; bazı durumlarda hiçbir belirti olmazken, diğerlerinde öksürük veya nefes darlığı gibi semptomlar ortaya çıkabilir. İğne veya raptiye gibi keskin yabancı cisimlerin aspirasyonu, hayatı tehdit eden kritik bir tıbbi acil durum olarak kabul edilir. Yabancı cismin çıkarılmasında, tanının hızlı konulması, cismin yerinin belirlenmesi ve bronkoskopi (rijit veya fleksibl) ya da bronkotomi gibi açık cerrahi seçeneklerin göz önünde bulundurulması kritik öneme sahiptir. Radyografiler madeni para, metal oyuncaklar gibi radyopak yabancı cisimlerin tespit edilmesinde etkilidir fakat yemek parçaları, kuruyemiş gibi radyodens maddelerin aspirasyonunun tespit edilmesinde yeterli değildir. Yabancı cisim aspirasyonlarının tanı ve tedavisinde fleksibl veya rijit bronkoskopi altın standarttır. Klinik tecrübemize dayanarak yabancı cisim aspirasyon şüphesi olan hastalara kesin tanı için bronkoskopi yapılmasını öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Yabancı cisim aspirasyonu, Bronkoskopi



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-162 Nadir Görülen Bir Olgu: Katamenial Pnömotoraks

Büşra Aydın¹, Saliha Bayraktar¹, Atilla Özdemir¹, Recep Demirhan¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

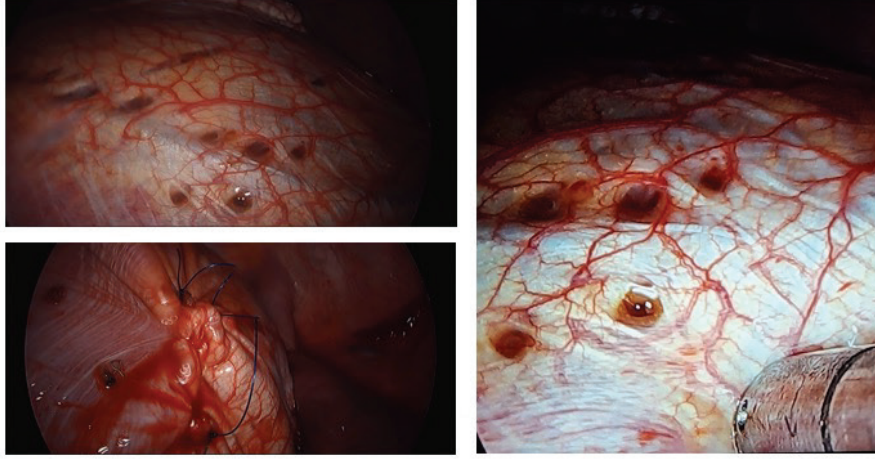
Büşra Aydın / Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

Giriş-Amaç: Katamenial pnömotoraks nadir görülen sekonder spontan pnömotoraks nedenidir. Menstrasyonu takip eden genellikle ilk 72 saat içinde gelişen ve tekrarlayan pnömotoraks atakları ile karakterize bir durumdur. Biz bu çalışmamızda nüks pnömotoraks nedeni ile opere ettiğimiz ve diyafram üzerinde porları bulunan katamenial pnömotoraks olgusuna cerrahi yaklaşımı sunmayı amaçladık.

Olgu: Geçirilmiş sağ taraflı pnömotoraks öyküsü bulunan 44 yaşında kadın hasta nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Görüntülemelerinde sağ hemitoraksda nüks pnömotoraks saptandı. Menstruasyon döneminde olduğu öğrenilen hastanın detaylı anamnezinde daha önceki iki pnömotoraks atağında da menstruasyon döneminde olduğu öğrenildi. Hasta katamenial pnömotoraks tanısı ile operasyon planlanarak kliniğimize interne edildi. Hastaya video yardımcı cerrahi (VATS) ile büllektomi ve plörektomi yapıldı. Peroperatif diyafram üzerinde çok sayıda porlar izlendi. Diyafram üzerindeki porlar prolen suture ile primer suture edildi. Operasyon komplikasyonsuz sonlandırıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 5. gün cerrahi şifa ile taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç: Katamenial pnömotoraksda ektopik endometrial doku ve/veya diyafram üzerinde porlar izlenebileceği akılda tutulmalıdır. Tekrarlayan pnömotorakslara yol açtığından öncelikli olarak cerrahi tedavi tercih edilmelidir.

Peroperatif görüntüler



Anahtar Kelimeler: katamenial pnömotoraks, video yardımcı cerrahi, diyafragmatik por

PS-163 Pectus Excavatum Cerrahisinde Cryo Analjezi Kullanımı

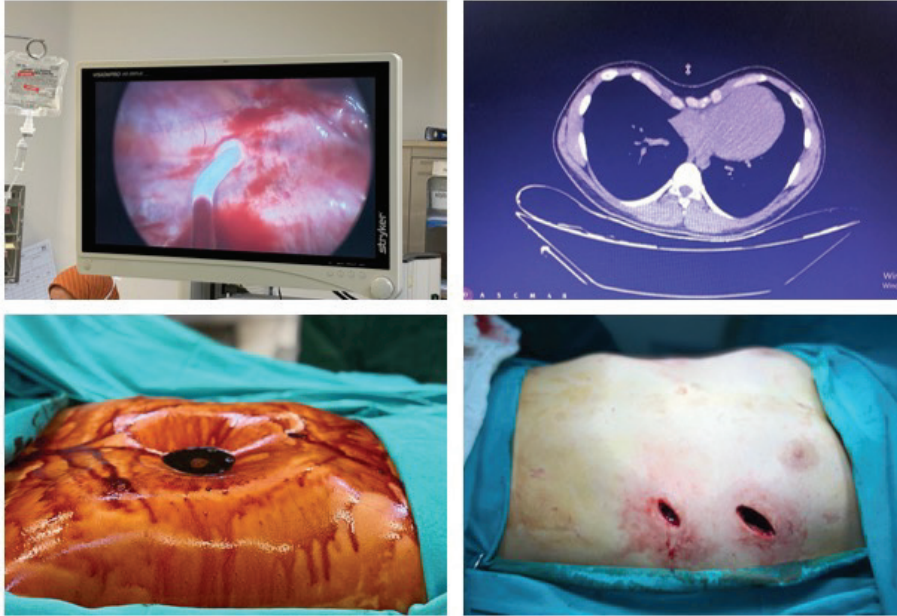
Dağıstan Bozkurt¹, Oğuzhan Bayraktar¹, Merve Özbek Doğançay¹, Celal Buğra Sezen¹, Mustafa Vedat Doğru¹, Özkan Saydam¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Dağıstan Bozkurt / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pectus ekskavatum en sık görülen göğüs duvarı deformitesidir ve tüm doğumsal göğüs duvarı deformitelerinin yaklaşık %90'ını oluşturur. Minimal invaziv cerrahi ile tedavisinde Video-torakoskopi yardımı ile Donald Nuss ve arkadaşlarının geliştirdi pektus barının sternum arkasına yerleştirilmesi günümüz cerrahisinde yaygın olarak kullanılmakta. Fakat bu işlemler sonrası hastalarda görülen ağrı şikayeti sonucu hastanın hareket kısıtlılığı cerrahi başarı oranını düşürmekte olup erken dönem yoğun analjezi kullanımı olmaktadır. Cryo analjezi ise sinirleri dondurmanın etkisini kullanan transkutanöz, mikroinvaziv ve oldukça etkili bir ağrı yönetimi yöntemidir. Bu yöntemin en büyük avantajı, hastaların opioidler de dahil olmak üzere analjeziklere olan bağımlılığını kırması veya azaltmasıdır. Ağrı kaynağı olan sinirler; kriyoanaljezi ile dondurularak ağrı hissinin beyine iletimi engellenir. Böylece, hastaların ağrıyı hissetmemesi sağlanır.

Olgu: 16 yaş erkek hasta, göğüsünde deformite şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın geçmiş dönemde vacum tarzı non invaziv tedavi almadığı öğrenildi. Hastaya Nuss operasyonu önerildi. Hastaya genel anestezi altında çift lümen entübasyonda VATS ile bilateral 3, 4, 5, 6, 7. İnterkostal sinirlerine cryo analjezi uygulandı. Hastanın göğüs deformitesini düzelterek şekilde 300 mm ve 310 mm olmak üzere iki pectus barı yerleştirildi. Pectus ekskavatum deformitesinin gerilediği görüldü. Hastanın postop takiplerinde ağrı hissinin olmaması ve hastanın erken dönemde hareket kısıtlılığının olmadığı görüldü.



Tartışma-Sonuç: Göğüs duvarı deformitesi cerrahisi tarih boyunca ağrısı nedeni modifiye edilmiş olup minimal invaziv cerrahi ile de son dönem tercih edilen cerrahi olmuştur. Minimal invaziv cerrahiye rağmen pektus barlarının basısına bağlı interkostal sinirlerdeki hasar ağrı oluşturmaktadır. Cryo naljezi minimal invaziv cerrahiye destekleyen bir yöntem olup bu olguda yüksek verimlilik vermiştir. Bu teknikle alakalı pectus cerrahisinde çalışma sayısı yeterli olmayıp yapılacak çalışmalarla verilerin genişletilmesi yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Pectus, cryo, minimal invaziv, VATS, pectus excavatum



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-164 Pulmoner Sekestrasyon: VATS (Videotorakoskopik) Segmentektomi Olgumuz

Sebahattin Sefa Ermancık¹, Furkan Süral¹, Mehmet Büyükeveli¹, Muhammed Çağrı Özcan¹, Necati Solak¹, Mehmet Çetin¹, Koray Aydoğdu¹

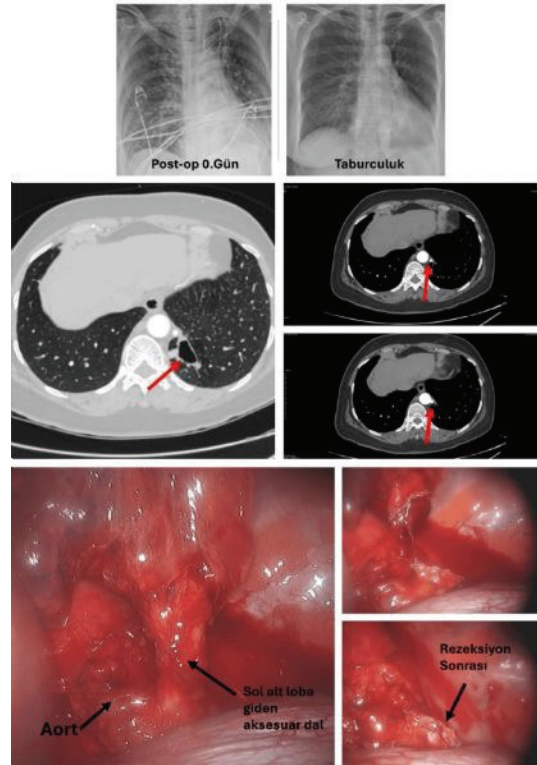
¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Sebahattin Sefa Ermancık / Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner sekestrasyon, solunum yollarında nadir görülen konjenital bir anomali olarak tanımlanmaktadır ve hem çocuklarda hem de yetişkinlerde cerrahi müdahale gerektirebilmektedir. Bu durum, işlevini kaybetmiş akciğer dokusunun kavitasyon veya infiltrasyon ile ortaya çıkmasına sebep olabiliyor. Genellikle doğrudan sistemik dolaşımdan arter dalı olarak kanlanır. Yapılan çalışmalarda, çocuklarda erken cerrahi müdahalenin, ilerleyen yaşlarda gelişebilecek solunum semptomlarını önleyebileceği belirtilmiştir. Ayrıca, nadir de olsa bu lezyonların malign dönüşüm gösterebileceği ve bu nedenle cerrahi müdahalenin tercih edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Olgu: 46 yaş kadın hasta sık pnömoni öyküsü ve hemoptizi öyküsü ile kliniğimize başvuruyor. Yapılan görüntülemelerde sol alt lob düzeyinde sekestre alanlar görüldü. Aorttan dal aldığı görülen alt lob posterior segmentte kavite formasyonu görüldü. Hastaya operasyon kararı verildi. Hastaya pre-op bronkoskopi yapılmıştı. Endobronşiyal lezyon görülmedi. Hastaya VATS (Videotorakoskopik) ile sol alt lob posteriorda non-anatomik segmentektomi uygulandı. Sol posterior sinüste aort üzerinden köken alan ve sol alt loba giden aksesuar arter görüldü. 9 numaralı lenf nodu eksize edildi. Post operatif 3.günde göğüs tüpü sonlandırıldı. Post operatif 4.gün hasta taburcu edildi. Takiplerinde komplikasyon görülmedi. Patoloji sekestrasyon lehine raporlandı. 9 numaralı lenf nodu reaktif raporlandı.

Tartışma-Sonuç: Pulmoner sekestrasyon, nadir görülen bir akciğer anomalisi olup hem çocuklarda hem de yetişkinlerde cerrahi müdahale ile tedavi edilebilmektedir. Cerrahi tedavi, lezyonun semptomatik hale gelmesini ve nadir de olsa malign dönüşüm riskini önlemek amacıyla önerilmektedir. Çocuklarda erken yaşta yapılan müdahalenin uzun dönemde solunum sorunlarını önlediği ve genellikle olumlu sonuçlar sağladığı görülmüştür. Bu bağlamda, pulmoner sekestrasyonun cerrahi yönetimi güvenli ve etkili bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir.



Anahtar Kelimeler: Pulmoner Sekestrasyon, VATS, Videotorakoskopi, Segmentektomi

PS-165 Hiperhidrozis Nedeniyle Torakal Sempatektomi Yapılan Hastada Gelişen Pnömomediastinum: Olgu Sunumu

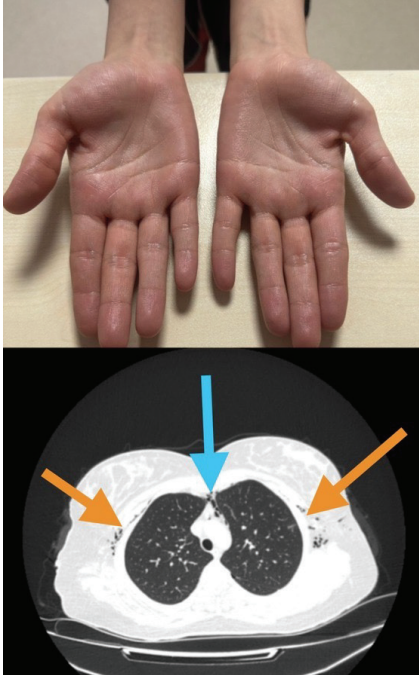
Mahmut Özbey¹, Hasan Doğan¹, Gülgün Feyza Özatakan¹

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Göğüs Cerrahi

Gülgün Feyza Özatakan / Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Göğüs Cerrahi

Giriş-Amaç: Hiperhidroz, termoregülasyon için fizyolojik olarak ihtiyaç duyulandan daha fazla miktarda ter salgılanmasıdır. Primer fokal hiperhidroz genellikle aksiller, avuç içleri ve ayak tabanlarını etkiler. Uygun tedavi yaklaşımının seçimi, öncelikle tutulum bölgesinin (örneğin aksiller, palmar, plantar veya kraniyofasiyal bölge) dikkate alınmasıyla başlar.¹ Hiperhidrozis cerrahisinde temel amaç mümkün olan en az komplikasyon ile kuru bir cilt elde edebilmektir. Bu dengeyi kurabilmek için şikayete uygun seviyede blokasyon yapmak hedef olmalıdır.² Burada primer fokal hiperhidrozu olan hastaya yapılan torakal sempatektomi sonrası çok nadir bir komplikasyon olan gelişen pnömomedias-tinumlu bir olgu sunuldu.

Olgu: 25 yaş kadın hasta 20 yıldır el ve ayaklarında terleme şikayetiyle polikliniğe başvurdu. (Resim 1) Şikayetleri çok şiddetli olan hastaya torakal sempatektomi planladı. Operasyonda bilateral hemitoraksta T4 koterize edildi. Sağ hemitoraksta uzamış hava kaçağı olması nedeniyle intraoperatif 16 fr göğüs tüpü konularak ameliyat sonlandırıldı. Kaçağın kesilmesi üzerine tüp torakostomisi çekilip post operatif 1.gününde taburcu edilen hasta post operatif 2.gününde öksürmeyle olan sırt ağrısı şikayetiyle acile başvurdu. Genel durum orta-iyi, satürasyon: %98 kalp hızı:90 atım/dk, arteriyel tansiyon: 110/70 mmHg, solunum sayısı:20 ateş: 36.5°C idi. Fizik muayenesinde patoloji saptanmayan hastanın bilgisayarlı tomografisinde mediastinal alanda hava imajları (pnömomedias-tinum) görüldü. (Resim 1). Hasta takip amaçlı göğüs cerrahi servisine yatırıldı. Takiplerinde cerrahi girişim uygulanmadı, nazal oksijen tedavisi verildi. Takipleri günlük posteroanterior akciğer grafisi ile yapıldı. Takiplerinde pnömomedias-tinde belirgin azalma olması üzerine 5.gününde taburcu edildi.



Resim 1. Üstte palmar hiperhidrozu olan hasta görülüyor. Mavi okla işaretli yerde pnömomedias-tinum ve turuncu oklarla işaretli yerde subkutan amfiden görülüyor.

Tartışma-Sonuç: Genel olarak, minimal invaziv torasik prosedürlerle ilgili komplikasyonlar açık cerrahi yaklaşımla ilgili olanlara benzerdir; ancak bazı komplikasyonlar daha önemli olabilir. Bunlara kanama potansiyeli ve cerrahinin teknik yönleriyle ilgili komplikasyonlar dahildir. Ancak toraksın negatif basıncının bozulduğu girişimlerde pnömomedias-tinum gelişebileceği de unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Primer fokal hiperhidrozis, Minimal invaziv torasik cerrahi, Pnömomediastinum, Videotorakoskopi, Endoskopik torasik sempatektomi



PS-166 Kostal Kartilaj Greft Alınması Sonrası Gelişen Ekonder Pnömotorak: Olgu Sunumu

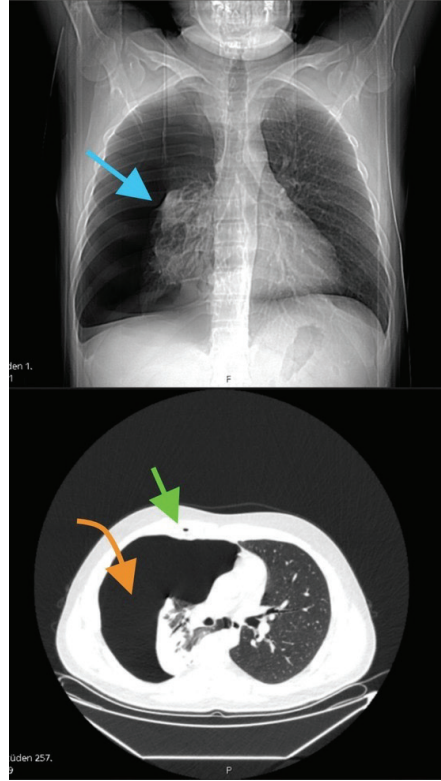
Mahmut Özbey¹, Hasan Doğan¹, Gülgün Feyza Özatakan¹

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Göğüs Cerrahi

Gülgün Feyza Özatakan / Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Göğüs Cerrahi

Giriş-Amaç: Rinoplasti hem kulak burun boğaz hem de plastik cerrahi tarafından medikal ve estetik amaçlar için uygulanan bir prosedürdür. Revizyon rinoplasti ve septoplasti vakalarında septal kartilaj yokluğunda kostal kartilaj ideal greft materyalidir.1 Burada rinoplasti için kostal kartilaj grefti alınan ve sekonder pnömotoraks gelişen bir olgu sunuldu.

Olgu: 29 yaş erkek hasta dış merkezde 1 hafta önce rinoplasti operasyonu geçirmiş olup operasyondan sonra progresif artan nefes darlığı şikayetiyle acile başvurdu. Özgeçmişinde bilinen hastalığı ve kullandığı ilaç yoktu. Genel durum orta-iyi, satürasyon:90, kalp hızı:120atım/dk, arteriyel kan basıncı:120/80 mmHg, solunum sayısı:22 ateş:37.5 °C idi. Fizik muayenesinde sağ hemitoraksta dinlemekle solunum sesleri alınamadı, başka patolojik muayene bulgusu yoktu. Posterioanterior akciğer grafisinde sağ hemitoraksta pnömotoraks görüldü. (Resim 1). Travma öyküsü olmayan hastada çekilen bilgisayarlı tomografide kostal kartilajdan alınan greft ve sağ hemitoraksta pnömotoraks görüldü. (Resim 1) Hastaya acil serviste 32 fr tüp torakostimi uygulandıktan sonra servise yatırıldı. Takiplerinde akciğer grafisi ekspansiyon olan ve tüp torakostomiden kaçacağı kesilen hastanın 3.gününde tüpü çekildi. Hastanın takipleri posterioanterior akciğer grafisi ile yapıldı. Tüp torakostomi sonrası 10. Gününde komplikasyonu olmayan hastanın tüp yeri sütürleri de alınarak takipten çıkıldı.



Resim 1. Mavi okla posterioanterior akciğer grafisinde pnömotorak hattı, yeşil okla kostalkartilaj alınan bölge ve turuncu okla bilgisayarlı tomografide pnömotoraks görülüyor

Tartışma-Sonuç: Kıkırdak doku alınarak yapılmış rinoplasti vakalarında parietal plevra açılmadan ve kostal kartilajın bir göğüs cerrahi hekimi gözleminde yapılması komplikasyonu azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Minima invaziv torasik cerrahi, Pnömotoraks

PS-167 Akciğer Patolojilerinde Zor Tanılar: Hipersensitivite Pnömonisi, Akciğer Adenokarsinomu ve Tüberküloz Birlikteliği

Fatih Güler¹, Elçin Ersöz Köse¹, Serda Kanbur Metin¹, Sena Yıldız Gündoğdu¹, Merve Yumuşak¹, Mustafa Akyl¹, Serkan Bayram¹, Aykut Erdağı²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

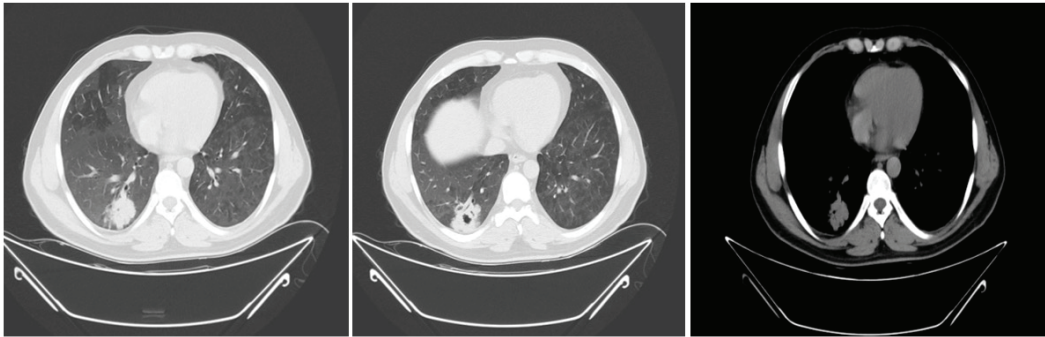
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Patoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

Fatih Güler / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş-Amaç: Hipersensitivite pnömonisi (HP), çeşitli çevresel etkenlerin inhalasyonu ile oluşan, immünolojik olarak indüklenebilen bir akciğer hastalığıdır. Akciğer kanseri, ileri idiyopatik pulmoner fibroziste (IPF) artmış sıklıkta (%10-15) tanımlanmıştır. HP'deki histolojik fibrotik özellikler IPF'dekileri taklit ettiğinden, HP'nin akciğer kanseri için başka bir risk faktörü olduğu varsayılmaktadır. Ayrıca M. tuberculosis enfeksiyonunun bağışıklık sistemini baskılaması, DNA hasarı ve inflamatuvar faktörlerin üretimi akciğer kanseri için bir risk faktörü oluşturmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi bölümüne başvuran hastanın kayıtları, görüntülemeleri retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Öksürük, balgam, halsizlik, nefes darlığı şikayeti ile göğüs hastalıklarına başvuran 42 yaş erkek hastanın herhangi bir ek hastalığı yoktu. 14 paket/yıl sigara öyküsü olan hasta 12 yıldır sigara içmiyordu. Otomotiv imalat işçisi olarak (tozlu ortamda) çalışan hasta 12 yıl önce tüberküloz tanısı ile 6 ay tedavi aldığı öğrenildi. Hastanın toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde her iki akciğer orta ve alt loblarda yaygın mozaik atenüasyon, peribronşiyolar kalınlaşmalar izlenmiştir. İnterstisyel akciğer hastalığı ön tanısı ile kliniğimizde Haziran 2022'de video-torakoskopik olarak sağ akciğer alt lob superior ve orta lobdan wedge rezeksiyon yapıldı, patoloji sonucu hipersensitivite pnömonisi olarak raporlandı ve hastaya oral steroid tedavisi başlandı. Hastanın takiplerinde çekilen toraks BT ve pozitron emisyon tomografisinde (PET-BT) sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte 48x31mm çapında progresse lezyon (Suvmax: 8,35) saptandı (Resim 1). Fiberoptik bronkoskopiye (FOB) sağ intermedier bronş girişini daraltan mukozal düzensizlik izlendi, biyopsi alındı, kültür gönderildi, üreme olmadı, malignite izlenmedi. 28.02.2024 tarihinde hastaya bilobektomi inferior yapıldı. 15.03.2024'de ekspansiyon kusuru ve CRP yüksekliği nedeniyle kliniğimize yatışı yapılan hastaya göğüs tüpü takıldı, FOB yapılan hastada fistül görülmedi ve mikobakteri kültürü gönderildi. Hastanın patoloji sonucu adenokarsinom olarak raporlandı. T3N1M0 (Evre 3A) olan hasta 22.04.2024'de ilk doz kemoterapisini (KT) aldı. Mikobakteri kültüründe üreme olması nedeniyle 24.04.2024 tarihinde tüberküloz tedavisi başlandı. 15.08.2024 tarihinde 4 kür KT aldı ve hasta kür kabul edildi.



Resim 1. Toraks BT görüntülerinde sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte 48x31 mm çapında lezyon.

Tartışma-Sonuç: Tüberkülozla ilişkili akciğer fibrozisi ve iltihabının genetik hasara yol açabildiği, akciğer kanseri geliştirme şansını artırabildiği bilinmektedir. Benzer şekilde HP akciğer kanseri için başka bir risk faktörüdür, sıklıkla fibrozisin belirgin olduğu alt periferik akciğer loblarında yerleşmiştir. Bu hastaların erken evrede bile yönetiminde, klinisyenlerin ikinci bir primer akciğer kanseri olasılığı konusunda dikkatli olmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: hipersensitivite pnömonisi, tüberküloz, idiyopatik pulmoner fibrozis, akciğer adenokarsinomu



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-168 Sigara İçmemiş veya 10 Paket/Yıl ve Altında İçmiş Akciğer Kanseri Hastalarının Yaşam Tarzı Değerlendirmesi

Ayşe Yağmur Şahin¹, Çağan Asparuk¹, Fatma Ezgi Altun Acar¹, Aslıhan Aras¹, Beyza Yılmaz¹, Hüseyin Cem Tigin¹, Naciye Mutlu¹, Murat Kıyık¹

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

Ayşe Yağmur Şahin / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri hastalarının yaklaşık %85-90'ı sigara kullanımıyla ilişkilendirilmektedir. Sigara içen bireylerin akciğer kanseri geliştirme riski, içmeyenlere göre yaklaşık 20-30 kat fazladır. Ancak, sigara içmeyenlerde de akciğer kanseri görülebilir. Bu durumlar genellikle genetik faktörler, çevresel maruziyetler veya beslenme tarzı gibi nedenlerle ilişkilidir. Biz de bu çalışmayla sigara içmemiş veya 10 paket/yıl ve altında sigara içme öyküsü olan akciğer kanseri tanılı hastaların yaşam tarzını araştırmayı planladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız tek merkezli retrospektif kohort çalışmasıdır. Hastanemize son 10 yılda başvuran ve sigara içmemiş veya 10paket/yıl altında sigara içme öyküsü olan akciğer kanseri tanılı hastalara yaşam tarzı anketi uygulandı. Bu ankette hastaların eğitim durumu, çalışma durumları, yaşadıkları yer, egzersiz yapma durumları, hobisinin olması, özgeçmişinde akciğer hastalığı olması, asbest ve biomass maruziyeti, ciddi bir yaşam olayının olması, beslenme tarzları ve kahve tüketim alışkanlığı gibi bilgiler kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamızda 31 hasta ile ön verileri değerlendirdik. Hastaların 7'si(%22,6'sı) erkekti ve yaş ortalaması 64,42 bulundu. 21 hasta(%67,7) hiç sigara içmemişken, 10 hasta(%32,3) 10paket/yıl ve altında sigara içmişti. 15 hasta(%48,4) hiç çalışmamıştı. Hastaların 14'ü(%45,2) egzersiz yapmıyordu. 13 hastanın(%41,9) herhangi bir hobisi yoktu. Sadece 5 hastanın(%16,1) özgeçmişinde en az bir akciğer hastalığı vardı. Hastaların 30'unda(%96,8) biomass maruziyet öyküsü vardı. 21 hasta(%67,7) en az bir ciddi yaşam olayı yaşamış olduğunu belirtmekteydi. Akciğer kanseri hücre tiplerine bakıldığında, en sık adenokanser(19 hasta, %59,4) olduğu görüldü. Hastaların beslenme tarzı incelendiğinde 13 hastanın(%41,9) dengeli beslendiği, 9 hastanın(%29) karbonhidrat ağırlıklı beslendiği görüldü. 18 hastanın(%58,1) kahve tüketim alışkanlığı olduğu görüldü.

Tartışma-Sonuç: Sigara tüketimi akciğer kanserinin bilinen en önemli risk faktörü olmaya devam etsede, yaşam tarzı ve çevresel faktörler de bu hastalığın gelişiminde önemli rol oynayabilir. Çalışmamız bir ön çalışma olup planlanan örneklem büyüklüğüne henüz ulaşamamıştır. Sonuçlarımız, sigara tüketimi düşük olan akciğer kanseri hastalarında yaşam tarzı faktörlerinin önemine dikkat çekmektedir. Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre biomass maruziyeti ve hastanın karşılaştığı ciddi bir yaşam olayının akciğer kanseri gelişiminde rol oynadığı düşünülebilir. Gelecekte daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak prospektif çalışmalar, yaşam tarzı ve çevresel faktörlerin akciğer kanseri üzerindeki etkisini daha iyi anlamamızı sağlayabilir. Özellikle biyolojik maruziyetlerin, beslenme alışkanlıklarının ve önemli yaşam olaylarının detaylı incelenmesi, bu hastalığın önlenmesine yönelik stratejiler geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, biomass maruziyeti, beslenme tarzı, yaşam tarzı, egzersiz.

PS-169 Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'ne Başvuran 75 Yaş ve Üzeri Hastalarda Akciğer Kanseri Görülme Oranı ve Etiyolojik Faktörler

Aslıhan Aras¹, Çağan Asparuk¹, Fatma Ezgi Altun Acar¹, Ayşe Yağmur Şahin¹, Ali Kıracı¹, Naciye Mutlu¹, Hüseyin Cem Tigin¹, Murat Kıyık¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Aslıhan Aras / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri, yaşla birlikte görülme sıklığı artan bir hastalıktır. Gelişmiş ülkelerde ortalama hastalık yaşı 70 civarında olup olguların yaklaşık %66'sı 65 yaş üzerindedir. Bu sebeple yaşlı olgularda kanser tanı, tedavi ve takibi önem kazanmaktadır. 75 yaş ve üzeri hastalarda akciğer kanseri görülme oranının yaş ile ilişkisini gösteren sınırlı sayıda araştırma olması nedeniyle bu konuyu inceleyen bir çalışma yapmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız tek merkezli retrospektif Kohort olarak planlandı. Hastanemiz polikliniğine 01.12.2024 tarihinden itibaren başvuran 75 yaş ve üzeri hastalara anket uygulandı. Hastaların iş öyküsü, yaşadıkları yer, akciğer hastalığı öyküsü, asbest maruziyeti, sigara ve tütün kullanımı, hobileri, gelir durumları, varsa geçim sıkıntısı, medeni durumu, hastalar üzerinde etkisini hala devam ettiren olumsuz yaşam olayı, evcil hayvan besleme durumu, ek hastalıkları, ailedeki kanser öyküsü gibi bilgileri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmamızda önveri olarak 30 hasta taradık. Hastaların 13'ü(%43.3) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 81.3 olarak hesaplandı. 30 hastanın 15'i Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı(KOAH), 8'i astım, 5'i akciğer kanseri, 1'i pulmoner emboli, 1 intersitisyel akciğer hastalığı tanılıydı. Hastaların 14'ü(%46.7) hiç sigara içmemiş, 3'ü aktif içici (%10), 13'ü (%43.3) ise sigarayı bırakmıştı. 19 hastada(%63.3) günümüzde etkisi hala devam eden ciddi yaşam olayı öyküsü mevcuttu. 13 hastanın(%43.3) en az bir hobisi mevcuttu. 5 hasta (%16.6) önceden tanı almış akciğer kanseriydi ve bu hastaların 1'i (%20) hala sigara içmekte, 4'ü (%80) sigara içip bırakmıştı, 3'ünde (%60) ise ciddi yaşam olayı öyküsü mevcuttu.

Tartışma-Sonuç: 75 yaş ve üzeri hastalarda sigara bırakan olgular yüksek oranda olmasına rağmen geçmişte sigara öyküsünün olması akciğer kanseri oluşumunda etkilidir. Sigara kullanımının yanı sıra, ciddi yaşam olayları, hobisinin olup olmaması da akciğer kanseri gelişiminde etkili olabilir. Ancak örneklem sayısının azlığı ve retrospektif tasarım, çalışmamızın önemli sınırlılıklarıdır. Çalışmamız bir ön çalışma olup hala devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: ileri yaş, akciğer kanseri, sigara.



PS-170 Özefagus Operasyonu Sonrası Sağ Mediastinal Yalancı Kaviter Görünüm Olgu Sunumu

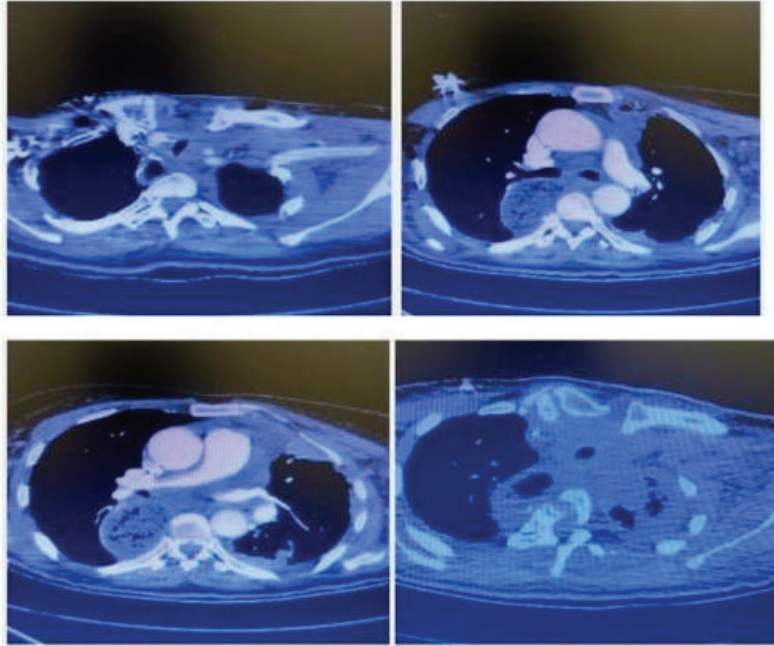
İrem Hacer Türkmen¹, Yasemin Arı Yılmaz¹

¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

İrem Hacer Türkmen / Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Akciğer parankimi içinde oluşan nekroz sonucunda gelişen, 4 mm'den kalın duvarlı, duvarları inflamatuvar/nekrotik akciğer dokusu ve/veya neoplastik elemanlardan oluşan boşluklara kavite denir. (1) Kaviter akciğer hastalıklarına en sık enfeksiyonlar, otoimmün hastalıklar ve maligniteleri neden olur. Tanıda yalancı kavite görünümü yapabilecek nedenleri dışlandıktan sonra algoritmik yaklaşım önemlidir. (2-3) Biz bu olgumuzda faringo-larino-özefajektomi operasyonu olan bir hastanın tomografi görüntüsünün kaviter görünüm ile karıştırılmasını tartışmayı amaçlıyoruz.

Olgu: 51 Yaş kadın hasta Son 4-5 gündür artan nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Hastanın kronik hepatit B enfeksiyonu, akciğer karsinomu ve özefagus karsinomu öyküsü mevcut. Kemoterapi alıyor, radyoterapi uygulanmamış. 1 yıldır aynı olan öksürük ve mukoid balgamı mevcut. Hemoptizi, göğüs ağrısı, kilo kaybı gibi ek şikayetleri yok. Hasta acil servisten sağ mediastinal kavite nedeni ile danışılıyor. Muayenesinde: Bilinç açık, koopere-oryante Tansiyon:110/80 mmHg, oda havası parmak satürasyonu: %90, nabız:92/dk Akciğer oskültasyonunda bileteral ronküs mevcuttu. Toraks tomografi görüntüsünde sağ akciğer üst lob posterior-alt lob superior segmentlerince görünmeye başlayan kaviter alan dikkat çekmekteydi. Multiple parankimal nodül ve sol akciğer bazalinde sekel değişiklikler mevcuttu. (Resim1-4)Hastanın e-nabız kayıtları incelendiğinde özefagus kanseri nedeniyle total faringo-larino-özefajektomi operasyonu geçirdiği anlaşıldı. Hastanın özefagusu alınarak midesi servikal bölgeye çekilmişti. Benzer vakaların toraks tomografi görüntüleri açısından literatür tarandığında yeterli bilgiye ulaşılamadı.



Toraks BT Görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Hastaları değerlendirirken bu vaka özelinde anamnezin önemini tekrar vurgulamak istiyoruz. Anamnez alırken hastalara bütüncül yaklaşılmalı, tüm hastalıkları geçirdiği operasyonlar ve kullandığı ilaçlar not edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: kavite, toraks bt, özefagus ca.

PS-171 Küçük Hücreli Akciğer Kanserinde Maksillofasial Bölge Metastazı Olgusu

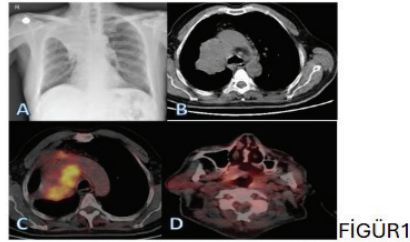
Mukaddes Şimşek¹, Melike Aloğlu¹, Mümin Kurt¹, Pınar Akın Kalabak¹

¹SBÜ Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

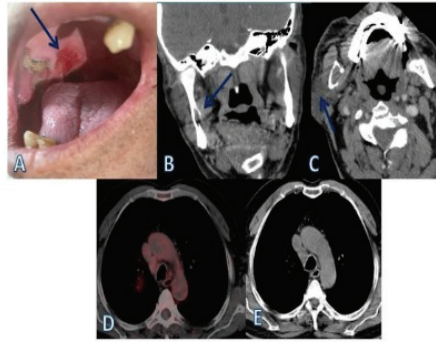
Mukaddes Şimşek / SBÜ Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri tüm dünyada kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir ve sıklıkla metastatik evrelerde tanı almaktadır. Kemik akciğer kanserinde en sık metastaz bölgesidir. Mandibula en sık etkilenen kemik olup küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) tanısı ile izlediğimiz olguda gelişen mandibula metastazını sunmayı amaçladık.

Olgu: 66 yaşında erkek hasta, 60 paket-yıl sigara içeriyor. Bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hipertansiyon tanıları vardı. Hasta öksürük, balgam, nefes darlığı şikayeti polikliniğimize başvurmuştu. Akciğer grafisinde sağ akciğer üst zonda hacim kaybı ve fissürde çekilme (golden S sign) izlendi (Figure1A). Toraks BT' sinde sol akciğer üst lobta 7x6 mm lik düzensiz sınırlı nodül ve sağ akciğer üst lobta 4cm boyutunda mediastene invaze kitle görünümü saptandı (Figür1B). Hastaya bronkoskopi yapıldı ve sağ akciğer üst lobta endobronşiyal bir lezyon saptandı, biyopsi alındı. Histopatolojik olarak KHAK tanısı alan olgunun PET BT' sine göre sağ ac üst lobda 7 cm lik yapılamayan lezyonda artmış flüorodeoksiglukoz (fdg) tutulumu izlendi (Figür 1C). Sağ mandibula ramusunda, asimetrik şüpheli litik görünüm ve fdg tutulumu izlendi (Figür 1D). Hastanın yaklaşık 2 aydır olan sağ çenede ağrısı olduğu öğrenildi. Hastanın sadece mandibula metastazı olması ve bunun dışında uzak metastaz düşünülmemesi nedeni ile öncelikle kemoradyoterapi planlandı. Hastaya 4 kür kemoterapi ve torakal radyoterapi uygulandı. Kontrol PET-BT de primer lezyon ve mediastinal lenf nodlarıyla beraber sağ mandibula ramusundaki tutulumun olmadığı izlendi (Figür 2B). Tedaviden 2 ay sonra sağ mandibulada progresse lezyon izlendi. Muayenesinde sağ mandibula ramus arka 1/3 medial yüzde ele gelen şişlik, ağız içinde hiperemik lezyon görüldü (Figure 2A) ve çene ağrısında artış başladı. Çekilen MR'da sağ mandibula ramusu ve alveolar proçesi düzeyinde 26 x 17 mm lik ekspansil, kortikal destrüksiyona yol açan, lezyon görüldü. Çekilen boyun bt'de mandibula ramusunda ~ 22x13 mm lik, kortekse defektif görünümlere neden olan litik-ekspansil kitle izlendi (Figür 2B ve 2C). Hasta torasik onkoloji konseyinde tartışıldı, çene cerrahisi görüşü alındı. Metastaz kabul edilen olguda metastaz alanına RT ve profilaktik beyin ışınlaması için IMRT uygulandı. Radyoterapi sonrası 6. ayda malignite yönünden stabil olan hasta pnömoni nedeni ile kaybedildi.



FIGÜR1



FIGÜR2

Tartışma-Sonuç: Akciğer kanserinde mandibula metastazı daha az sıklıkta olmakla beraber KHAK dede görülebilir. Hayat kalitesini düşüren çok semptomatik bir lokalizasyon olması nedeni ile ayırıcı tanı süreci yapıldıktan sonra hastalarda palyasyon hızlıca sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer kanseri, mandibula, metastaz.



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-172 Küçük Hücreli Akciğer Kanserinde Fasiyal Sinir Paralizisi: Olgu Sunumu

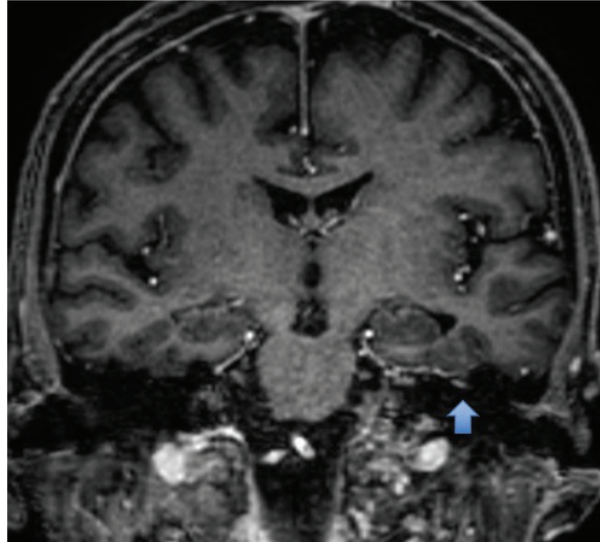
Beytullah Bayındır¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Beytullah Bayındır / Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Fasiyal sinir paralizisi, fasiyal sinir metastazı, küçük hücreli akciğer kanseri **Özet:** Akciğer kanseri dünyada halen kadınlarda ve erkeklerde kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir. Akciğer kanserinde en sık metastaz izlenen organlar kemik, santral sinir sistemi, karaciğer, sürrenal bezler ve karşı akciğerdir. Bu makalede nadir olması nedeniyle fasiyal sinir paralizisiyle prezente olan küçük hücreli akciğer kanseri olgusu sunulmuştur

Olgu: Elli beş yaş erkek hasta, 1 aydır göğüs ağrısı, eforla nefes darlığı, bilateral alt ekstremitelerde uyuşukluk ve son 2 haftadır yüzün sol tarafında uyuşma şikayetiyle başvurdu. Ateş, gece terlemesi ve son 1 ayda iştahsızlıkla birlikte yaklaşık 10 kg kaybetmişti. 40 paket-yıl sigara içme öyküsü mevcuttu. Alkol ve madde kullanımı yoktu. 20 yıl önce 2 kardeşi tüberküloz geçirmiş, kendisi temaslı olduğu için 6 ay süreyle INH profilaksisi almıştı. Fasiyal sinir paralizisi nedeniyle çekilen temporal kemik manyetik rezonans görüntüleme: Sol petroz kemikte karotid kanalı çevreleyen Meckel Cave'e uzanım gösteren komşu kemik yapılarıdestrükte eden metastazla uyumlu lezyon, kalvaryumda yaygın metastazla uyumlu lezyonlar, solda 7. ve 8. sinirlerde metastazla uyumlu kontrast tutulumu izlendi (Resim-1). Metastaznedeni olabilecek primer odağa yönelik taramada, Toraks Bt'de sol ana bronşu çevreleyen ve pulmoner arteri invaze eden kitle (Resim-2), karaciğer ve vertebralarda metastazla uyumlu çoklu kitle izlenen hastanın PET-Bt' sinde karaciğerde en belirgin segment 7-8bileşkesinde 54x48 mm boyutlarında artmış yoğun FDG tutulumu gösteren hipodensparankim lezyonları (SUVmax:11.60) saptandı. Ultraonografi eşliğinde karaciğerden biyopsi alındı. Olası bir lenfoproliferatif hastalığı dışlamak amaçlı kemik iliği örnekleme ve yayması yapıldı. Karaciğer patoloji sonucu "Küçük hücreli nöroendokrin karsinom" olarak raporlandı (immünohistokimya boya sonuçları: Pankeratin-Yaygın sitoplazmik noktasal pozitif, CD56-Yaygın pozitif, Sinaptofizin- Yaygın pozitif, TTF1(spt 24)- Yaygın pozitif, Ki-67; %95)Kemik iliği biyopsisi küçük hücreli nöroendokrin karsinom metastazı olarak raporlandı. Mevcut bulgularla hasta metastatik Küçük Hücreli Akciğer Kanseri olarak kabul edildi. Medikal onkoloji bölümünce Sisplatin ve Etoposid tedavisi planlandı.



Resim 1. Solda 7.kranial sinirde metastazla uyumlu kontrast tutulumu

Tartışma-Sonuç: Akciğer Kanselerinde, özellikle Küçük Hücreli Akciğer Kanserinde Fasiyel Paralizi gibi farklı organ metastazları ilk bulgu olabilir, hekimler bu konuda dikkatli olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fasiyal sinir paralizisi, fasiyal sinir metastazı, küçük hücreli akciğer kanseri



PS-173 Hava Kisti Sebebi ile Opere Edilen Farklı İki Olguda Beklenmedik İki Patoloji

Hilmi Keskin¹

¹Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

Hilmi Keskin / Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

Giriş-Amaç: Literatüre hava kisti mevcut iki olguda toraks tomografisi görüntülerinde malignite lehine bulgu olmasın rağmen biri prekanseröz diğeri ise malign olarak sonuçlanan patoloji sonuçlarının sunulmasını amaçlamaktayız

Olgu: Vaka 163 yaş erkek hasta 1 hafta önce dış merkezde pnömotoraks tanısı ile göğüs tüpü ile takip edilip taburcu edildikten 3 gün sonra sol total kollabe olarak acil servise başvurdu. Hastada sekonder spontan pnömotoraks etyolojisi açısından çekilen toraks ct de sol alt lobda hava kisti yapısı görüldü.(figür A-B)Elektif akciğer wedge rezeksiyon sonrası patoloji raporu " Histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgular ön planda skuamöz hücreli karsinom ile uyumlu olmakla birlikte üriner sisteme ait kötü diferansiye ürotelyal karsinom tam olarak dışlanamadı. Alt üriner sistemde tümöral bir bulgu yoksa olgu primer skuamöz hücreli karsinom olarak kabul edilebilir." olarak raporlanmıştır. Rapor sonrası hastaya pet ct istenmiş, herhangi bir patolojik tutulum tespit edilmemiş ve hastaya tamamlayıcı lobektomi ısrarla önerilmiş fakat hasta cerrahi kabul etmeyerek medikal onkoloji ve radyasyon onkolojisi takibine geçmiştir. Vaka 226 yaş kadın hasta insidental yakalanan hava kisti sebebi ile göğüs cerrahisi polikliniğine yönlendirilmiş.(figür C-D) 8 P/Y sigara öyküsü mevcut. Aktif pulmoner semptom yok. Elektif cerrahi sonrası patoloji raporu " Atipik Adenomatöz Hiperplazi ile uyumlu bulgular, bül, amfizematöz değişiklikler, fokal antrakotik değişiklikler, atipik adenomatöz hiperplazi alanı 1mm'den küçük olup cerrahi sınırla ilişkisizdir. " olarak raporlanmıştır.

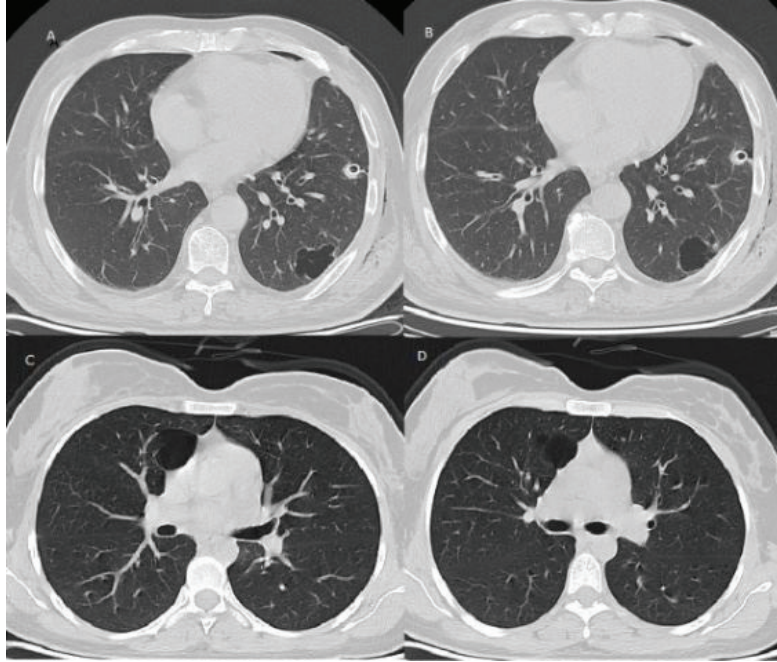


Figure 1; A-B 1. vakada bahsedilen hava kisti kesitsel görüntüleri, C-D 2.vakada bahsedilen hava kisti kesitsel görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Her iki vakada da ön planda benign hadiseler düşündürülen görüntüler mevcut olup hastalardan biri malign biri ise prekanseröz lezyon olarak rapor edilmiştir. Akciğer lezyonlarında tanısız invaziv işlem gerektirmeyen hadiselerde dahi yapılan cerrahilerde prekanseröz ve malign hadiseler gösterilmiştir. Olgularımızın akciğerin hava kistlerinde rutin olarak önerilmeyen cerrahi veya takip açısından literatüre farklı bir bakış açısı sunacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: atipik adenomatoid hiperplazi, hava kisti, skuamöz hücreli karsinom



PS-174 Primer Akciğer Malign Mezenkimal Neoplazm

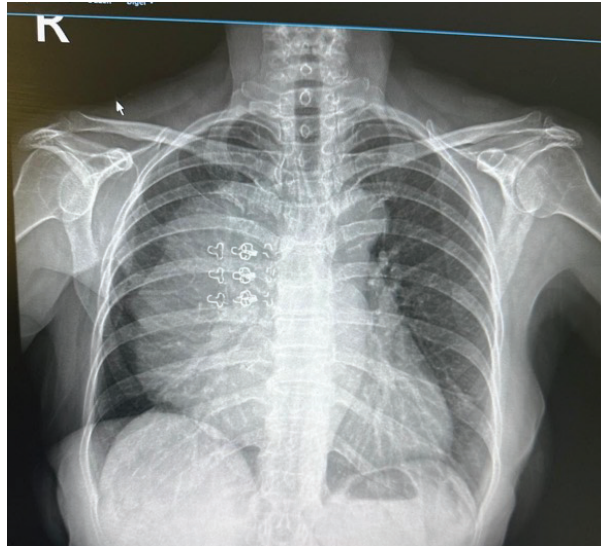
Haldun Şevketbeyoğlu¹, İsmail Yılmaz¹, Mustafa Çetinkaya¹

¹Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Trabzon

Haldun Şevketbeyoğlu / Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi Trabzon

Giriş-Amaç: Primer mezenkimal tümörler, akciğerin oldukça nadir görülen tümörleridir. Mezenkimal tümörler tüm kanserlerin yaklaşık %1 ni oluşturur ve en sık yerleşim yerleri ekstremitedir (%59). Nadir görülmeleri nedeniyle tedavileri ve prognozları sınırlıdır. Klinik genellikle asemptomatiktir. Torasik malign mezankimal tümörler nadir görülür. Akciğer, toraks duvarı, mediasten veya diğer bağ doku kaynaklı olabilir. Genellikle kapsülsüz, hücreden zengin ve çevre dokuya invazyon gösterirler. Radyasyona Bağlı Sarkomlar: Çeşitli hastalıklardan dolayı uygulanan radyasyon tedavilerinden sonra görülebilen kanser türüdür. Genellikle radyoterapi yapılan alanlarda yerleşim gösterirler ve uzun yıllar sonra ortaya çıkabilir.

Olgu: 59 yaşında öksürük nefes darlığı göğüs ağrısı mevcut. PA akciğer filmi sağda dev kitle görünümü mevcut (resim 1). 31/10/2024 toraks bt Ön mediastenden sağ paramediastinal alana uzanan, sağ akciğer segmentlerini komprese edip volümünü azaltan, kalp ve anavasküler yapılar ile bitişik komşuluk gösteren, süperior vena kavayı ve sağ atriumu basılayan, 147x115x164 mm boyutunda hipodens solid kitlesel lezyon izlendi. 8/11/2024 pet ct Toraks-Mediasten İncelemesinde: Sağ akciğer üst lob anterior segment ve orta lobun neredeyse tamamını kaplayarak üst lob posterior segmente, mediastene, plevraya ve toraks ön duvarına uzanım gösteren, üst lob bronşunu oblitere eden yaklaşık 16x10.5 cm boyutlu düzensiz sınırlı kitle lezyonunda nonhomojen patolojik FDG tutulumu (SUVmax:16.2) izlenmiştir. Mediasten sola deviyeye görünümde olup mediastinal lenfatik istasyonlarda patolojik FDG tutulumu gösteren lenf nodu saptanmamıştır. Batın - pelvis ve Kas-İskelet Sistemi ik FDG tutulumu izlenmemiştir.2016 Yılında Sağ meme ca (meduller karsinom) T3N0M0 4 Kür KT VE RT tedavi görmüş , sağ radikal mastektomi operasyonu geçirmiş. 2024 yılı sağ akciğerde kitle primer akciğer malign mezenkimal neoplazm (akciğer sarkom) tanısı ile akciğerlerde meme ca tedaviden 8 yıl sonrası hızlı radyolojik progresyonlu seyirliydi. Transtorasik iğne aspirasyon biyopsisi ile tanı konuldu. hasta kt/ rt tedavi görmekte kitle boyutunda küçülme saptandı.



Resim 1. Sağ akciğerde dev kitle görünümü

Tartışma-Sonuç: primer akciğer sarkom nadir görülmesi (PA) radyografide dev kitle görünümlü olması. meme ca tedavi sonrası gelişmesi yönü ile nadir görülmesi nedeni ile sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: malign mezenkimal neoplazm, meme ca, RT, KT

➔ 11 Nisan 2025, Cuma

Poster Bildiri Oturumu 10: İnterstisyel Akciğer Hastalıkları

PS-176 Anti-PL-7 ve Anti-OJ Antikorlarının Birlikte Pozitifliğinin İzlendiği Anti-Sentetaz Sendromu Olgusu

Nermin Özen¹, Esra Açikel¹, Sema Nur Doğru¹, Emine Uslu², Özlem Özdemir Kumbasar¹

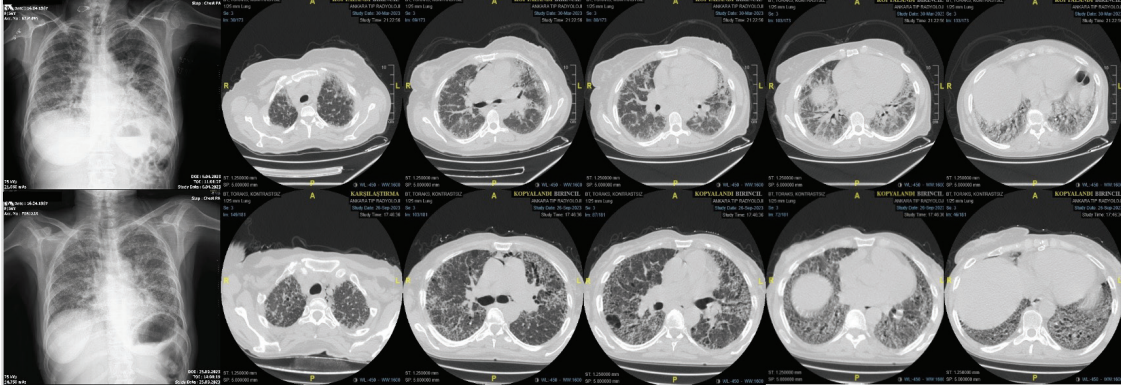
¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bilim Dalı, Ankara

Nermin Özen / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Giriş-Amaç: Anti-sentetaz sendromu (ASS), akciğerler, cilt, eklemler ve kaslar dahil olmak üzere çeşitli sistemleri etkileyen idiyopatik enflamatuar miyopatiler spektrumunda yer alır. Tanıda, ateş, artrit, interstisyel akciğer hastalığı (İAH), Raynaud fenomeni, mekanik eller dahil olmak üzere klinik semptomlarla birlikte aminoasil-transfer RNA sentetaza karşı antikorların gösterilmesi gerekir. Anti-PL-7, anti-PL-12 ve anti-OJ antikorları olan hastalar genellikle belirgin bir özellik olarak izole İAH ile kendini gösterir.

Olgu: 55 yaşında bilinen ek hastalığı olmayan kadın hasta, son 1 ayda artan kuru öksürük, mMRC3 seviyesinde nefes darlığı şikayetiyle dış merkeze başvurduğunda çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde akciğer alt loblarda belirgin olmak üzere retiküler dansiteler, eşlik eden buzlu cam görünümleri izlenmesiyle tarafımıza yönlendirilmiş ve ileri inceleme amacıyla hastaneye yatırılmıştır. Öz geçmişinde depresyon sonrası yoğun toz maruziyeti dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde bibaziller velcro raller duyuldu. Hastanın yatışında tekrarlayan, antibiyoterapiye yanıt vermeyen ateşi mevcuttu. Solunum yolu viral-bakteriyal paneli negatif bulundu ve kültürlerinde üreme saptanmadı. Solunum fonksiyon testinde restriktif tipte ventilatuar bozukluk saptandı, difüzyon kapasitesi ölçümüne koöper olamadı. Romatoid faktör: 54 IU/mL, Anti Nükleer Antikor zayıf pozitif saptandı. Bilgisayarlı toraks tomografisi fibrotik NSİP olarak değerlendirilen (Resim 1), Romatolojik değerlendirmesinde artrit, mekanik el, Raynaud fenomeni olmayan hastada miyozit paneli gönderilerek anti-PL-7 ve anti-OJ antikorları pozitif saptandı. ASS olarak değerlendirilen hastaya 80mg/gün metilprednizolon tedavisi başlandı ve ateş yanıtı alındı. Romatoloji tarafından tedavide Siklofosamid ve Takrolimus planlandı, metilprednizolon azaltma protokolüne geçildi. Hasta akciğer nakli açısından değerlendirilmek üzere nakil merkezine yönlendirildi. Takiplerinde spontan sağ pnömotoraks saptanan hastaya göğüs cerrahisi tarafından tüp torakostomi uygulandı, 14 günlük takip ve plöredex sonrasında tüp torakostomi sonlandırıldı. Romatoloji ile ortak takiplerine devam edilen hastanın Siklofosamid 6 küre tamamlandıktan sonra Takrolimus tedavisinin yanına Mikofenolat mofetil eklendi. Oksijen ihtiyacının giderek artmasıyla yüksek akım oksijen tedavisine geçildi, yoğun bakım takibine alındı, solunum eforunun artması ve hedef saturasyonun sağlanamaması üzerine entübe edildi. Entübasyondan bir gün sonra gelişen arrestte etkin kardiyopulmoner resüsitasyona yanıt alınamadı. Kötü prognoz kriterleri olan, hızlı ilerleyici seyir izlenen bu ASS olgusu tanı alışından sekiz ay sonra ölümle sonuçlandı.



Resim 1. Hastanın başvuru (üstte) ve oksijen ihtiyacı artışı sırasındaki (altta) posteroanterior akciğer filmi ve toraks bilgisayarlı tomografileri karşılaştırmalı olarak görülüyor.

Tartışma-Sonuç: ASS tanılı hastalar, farklı klinik belirtilerden oluşan spektrumla ve değişken prognozla karşımıza çıkabilir. Anti-PL-7 ve anti-OJ antikorlarının birlikteliği oldukça nadir izlenmekle birlikte bu antikorların varlığı olgumuzda olduğu gibi hızla ilerleyen İAH ile seyrebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anti-OJ Antikoru, Anti-PL-7 Antikoru, Anti-sentetaz sendromu



PS-177 IPF Tanısıyla Takipli Hastada Hiperbilirubineminin Nedeni: Pankreas CA

Dildar Duman¹, Feray Fildişi¹, Ahmet Kürşat Karaman², Mehmet Çoban³

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

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

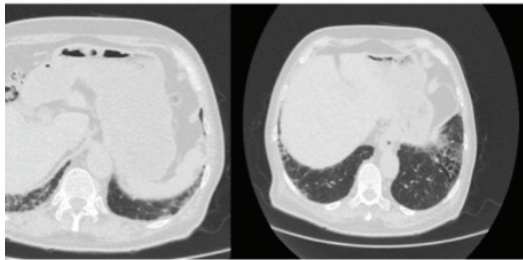
³Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Feray Fildişi / Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

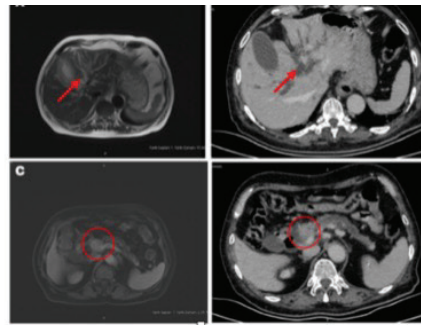
Giriş-Amaç: İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF), progresif seyreden, mortalitesi birçok kanserden daha yüksek olan fibrotik interstisyel akciğer hastalığıdır. Pirfenidon, İPF'de progresyonu yavaşlatmak amacıyla kullanılan bir anti-fibrotik ilaçtır. Ancak yan etki olarak; bulantı, kusma, iştah kaybı, ciltte döküntü, kaşıntı, fotosensitivite, karaciğer enzim yüksekliği, nadiren sarılık, halsizlik, baş dönmesi, solunum yolu enfeksiyonları, alerjik reaksiyonlar görülebilmektedir.

Olgu: 82 yaşındaki erkek hasta, geçirilmiş tüberküloz, hipotiroidi, BPH, HT, hepatit-c, ciltte bazal hücreli Karsinom tanıları mevcuttu. Nisan 2024'te nefes darlığı şikayetiyle başvurduğunda; Toraks HRCT'sinde (şekil-1) her iki akciğer alt lobda retiküler dansite artışı, yer yer bal peteği görünümü UIP paterni ile uyumlu görüldü. SFT ve DLCO'da restriktif patern izlenen, romatolojik markerlar negatif saptanan hastaya İPF tanısı konuldu ve pirfenidon 600mg 1x1 tedavisi başlandı, titrasyonla pirfenidon dozu 600mg 4x1e yükseltildi. İlk aylarda ilaç tedavisine bağlı bulantı, halsizlik, baş dönmesi gibi yan etkiler görülmesi üzerine pirfenidon dozu 600mg 2x1'e kadar düşürüldü, takiplerinde kcft ve bilirubin değerleri normaldi. Ancak 8.ay kontrolünde iştahsızlık ve 10 gündür devam eden kaşıntı şikayetleri olduğunu söyleyen hastanın kan tetkikinde AST:305U/L ALT:431U/L ALP:822U/L GGT:2189U/L T.bil:7.20mg/dl D.bil:4.47mg/dl l.bil:2.73mg/dl saptandı.Pirfenidon kullanımına bağlı hepatotoksisite şüphesiyle hastaneye yatırılan hastanın pirfenidon tedavisi stoplandı. IV hidrasyon ve N-asetilsistein infüzyonu başlandı. Karaciğer fonksiyonları takip edilerek, dahiliyeye konsülte edildi ve kolestatik hepatit/biliyer patolojiler düşünülerek çekilen batın ultrasonunda safra kesesi volümü artmış, intrahepatik safra yolları dilate ve koledok çapı artmış izlendi, koledok proksimalinde patoloji saptanmadı, distali ve pankreas başı yoğun gaz nedeniyle değerlendirilemedi. Hastanın kontrastlı üst batın MR-MRCP ile birlikte değerlendirilmesi önerildi. (şekil-2) Dahiliye akut kolanjit şüphesiyle ERCP yapılabilecek merkeze sevk edilmesi ve genel cerrahi görüşü alınmasını önerdi. Genel cerrahi tarafından sonuçlarla değerlendirilen hasta pankreas başı tümörü şüphesi ile ileri merkeze sevk edildi, ERCP işlemi yapıldı, metal stent takılarak safra akışı sağlandı. Takiplerinde transaminaz ve bilirubin değerlerinde gerileme görülen hasta genel cerrahi servisinden kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Pankreas ve safra yollarının görüntülenmesi



Şekil-1:Nisan 2024 Toraks BT görüntüsü



Şekil-2: Kontrastlı üst abdomen BT'de pankreas başı kitle görüntüsü (B,D) Batın MR'da dilate safra yolları görüntü

Tartışma-Sonuç: Antifibrotik kullanımına bağlı kcft ve bilirubin yüksekliği gibi yan etkiler görülebilir. Ancak her kcft ve bilirubin yüksekliğini antifibrotik tedaviye bağlamadan önce nadir görülen pankreas ca da dahil olmak üzere diğer olası ayırıcı tanıları göz önüne almak gerekir.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik Pulmoner Fibrozis, Pirfenidon, Pankreas Ca, Hiperbilirubinemi



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-178 Üveit Sekelinden Granümatöz Polianjitise

Sena Bahadırođlu¹, Nalan Ogan¹

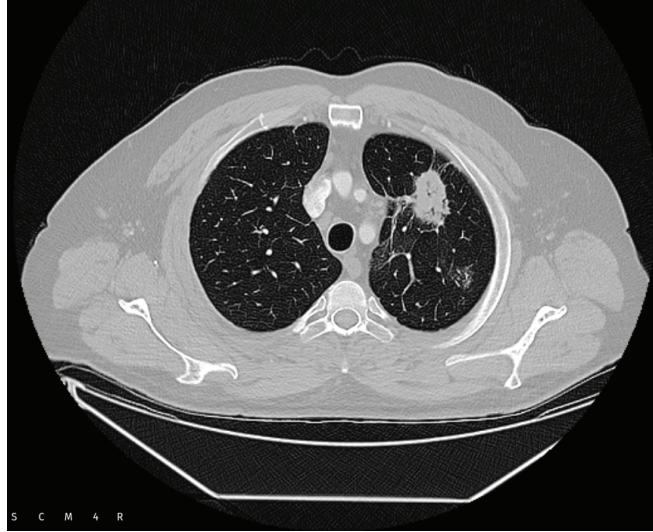
¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Sena Bahadıroğlu / Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Vaskülitler, kan damarlarının inflamatuvar destrüksiyonu ile karakterize heterojen bir grup hastalıktır. Vaskülitler tutulan damar özelliğine göre klinik bulgu verebilir. Primer vaskülitler damar tutulum özelliklerine göre büyük, orta ve küçük damar vaskülitleri olarak ayrılır. Granümatöz polianjiit (GPA) ANCA ilişkili küçük damar vaskülitidir. GPA en yaygın olarak üst ve alt solunum yolları ve böbrekler etkilenir. Ayırıcı tanıda klinik seyir, laboratuvar tetkikleri, patolojik incelemeler ve radyolojik görüntülemeler yardımcı olmaktadır.

Olgu: 58 yaş erkek hasta bilateral granümatöz üveit sekeli olan hastanın operasyon öncesi çekilen posterior anterior akciğer grafisinde (PAAC) sol akciğer üst zonda konsolüde alan tespit edilmesi üzerine kliniğimize yatırıldı. Öksürük ve balgam şikayeti vardı. 15 paket/yıl aktif smokerdı. Emekli esnaftı. Üveit dışında bilinen bir hastalığı yoktu. Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) her iki akciğerde dağınık yerleşimli en büyüğü sol üst lob apikoposterior segmentte yaklaşık 37x32 mm boyutunda, düzensiz konturlu, yer yer spiküler, içerisinde hava bronkogramları izlenen konsolide alanlar görüldü. Kan tahlilinde sedimantasyon 46, C-ANCA ifa 1/32 pozitif, C-ANCA elisa 33,1 pozitif, ANA 1/3200 nükleer homojen pozitif, ACE 120, lg G 26.84, quantiferon testi negatifti diğer sonuçlarında özellik yoktu. Ekosunda ejeksiyon fraksiyonu 55, sistolik pulmoner arter basıncı 34+5 mmhg ölçüldü. Fiberoptik bronkoskopi lavajında kronik inflamasyon izlenen bronş epitel fragmanları görüldü. Sol akciğer üst lob anterior segmentteki kitlesel lezyondan yapılan transtorasik ince iğne aspirasyonu biyopsi patolojisinde alveolar çatıyı bozan yoğun polimorf nüveli lökosit infiltrasyonu, fibrine nekroz içeren nötrofil baskın lökositoklastik tipte küçük damar vaskülitisi/ kapillariti bulguları, fibroblastik odaklar yanı sıra granülo m benzeri yapılanma, yer yer eozinofiller ve pigmentli histiositler görüldü. KBB, nörolojik ve nefrolojik açıdan özellik saptanmadı. Ön planda GPA düşünölen hasta romatoloji kliniğine yönlendirildi.

BT



Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak GPA çeşitli semptomlarla ortaya çıkabilmektedir. Bu olgumuzda üveit takip ve tedavisi yapılan hastanın GPA tanısı alması anlatıldı.

Anahtar Kelimeler: GPA, ANCA, granümatöz.

PS-179 Kistik Akciğer Hastalığı ile Gelen Bir Olgu: Hafif Zincir Hastalığı

Hatice Reva Saraç¹, Ekrem Cengiz Seyhan¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Hatice Reva Saraç / Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Kistik akciğer hastalıkları, nadir görülen bir grup patolojiyi içerir ve farklı etiyojilere bağlı olarak gelişebilir. Bu hastalıklar, genetik, enfeksiyöz, malign veya otoimmün nedenlerle ortaya çıkabilir. Hafif zincir hastalığı, plazma hücrelerinin monoklonal protein üretimi ile karakterize nadir bir durumdur ve kistik akciğer lezyonlarına neden olabilir. Bu çalışmada, nefes darlığı şikayeti ile başvuran ve kistik akciğer hastalığı tanısı alan bir olgu sunulmuştur ve bu olguda, nadir görülen bir kistik akciğer hastalığı tablosu ile başvuran hastada tanı sürecini ve hafif zincir hastalığı ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.

Olgu: 23 yaşında erkek hasta, artan nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurdu. Başvuru sırasındaki tansiyon:112/82, saturasyon:94, nabız:70, ateş:37.3 idi. Hastanın 10 yaşından beri iki kez pnömotoraks geçirme öyküsü ve fokal segmental glomerüloskleroz nedeniyle 2 yıldır diltacortil kullanımı vardı. Laboratuvar incelemelerinde Alfa 1 antitripsin, ANCA ve kollajen markerlar negatif idi. Protein elektroforezinde albümin normale göre düşük (50.3), gamma globülin normale göre yüksek(19.9) idi. Kappa hafif zincir düzeyi: 44.8(↑), Lambda hafif zincir düzeyi: 35(↑) idi. HRCT incelemesinde bilateral kistik oluşumlar ve fibrotik değişiklikler görülen hastada interstisyel akciğer hastalığı ön planda düşünülerek yapılan bronkoalveoler lavaj (BAL) tetkikinde CD1 (-) ve hücre sayımında %85 makrofaj, %10 lenfosit, %5 nötrofil saptandı. Meslek hastalığı konsültasyonu yapıldı, anlamlı bulguya rastlanmadı. Kardiyoloji konsültasyonunda PAP:35 mmHg olması dışında bir bulgu yoktu. Hematoloji konsültasyonu da yapılan hastaya hafif zincir hastalığı ön tanısı ile kemik iliği aspirasyonu planlandı. Alınan örneklerin Hematoloji incelenmesi sonucu hastaya hafif zincir hastalığı tanısı konuldu.



Resim 1. Hastanın Başvuru Anındaki BT'si

Tartışma-Sonuç: Kistik akciğer hastalıkları, multidisipliner bir yaklaşım gerektiren karmaşık klinik tablolardır. Bu olguda, hafif zincir hastalığı tanısı ile kistik akciğer lezyonları arasındaki ilişki vurgulanmıştır. Bu durum, nadir bir tanı sürecine işaret etmekte olup ileri hematolojik ve genetik analizlerin önemini ortaya koymaktadır. Hafif zincir hastalığı tedavisi için günümüzde kemoterapi, immünmodülatör tedaviler (lenalidomid, bortezomib) ya da olog kök hücre nakli uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: kistik, hafif zincir hastalığı



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-180 Hipersensitivite Pnömonisinin Nadir Bir Nedeni: Üflemlerli Çalgı Kullanımı

Dildar Duman¹, Murat Kavas¹, Betül Mut Bayram¹, Nalan Adıgüzel¹, Serkan Bayram¹

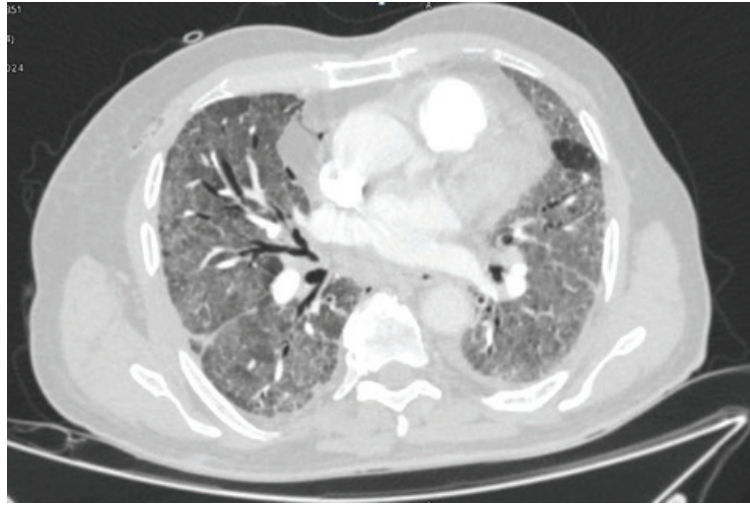
¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Betül Mut Bayram / Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Hipersensitivite pnömonisinde tanı; maruziyeti belirlemek ve diğer olası tanıları dışlamak üzerine kuruludur. Meslek hastalığı tanısı; klinik ve meslek anamnezinin alınması ve nedenselliğin kurulmasıyla başlar. Tanı için kesin kriterler ve tanısal testlerin seçimi tartışmalıdır. Presentasyon HP için tipik olduğunda teşhis; maruziyet öyküsü, klinik değerlendirme, HRCT ve antijenden uzaklaşmaya verilen cevaba dayanabilir. Kesin tanı konulamadığında en sık sonraki adım akciğer biyopsisidir. Olgumuz ilk başvurusunda malignite açısından tetkik edilen ancak cerrahi biyopsi sonrası İAH atak olarak değerlendirilen, solunum yetmezliği süreci yaşayan, patolojisi hipersensitivite pnömonisi ile uyumlu bulunan, en önemli maruziyetin tulum çalmak olduğu zor bir olgu olması nedeniyle sunuldu.

Olgu: 73 yaşında erkek hasta, bilinen hipertansiyon tanısı mevcut, mesleği tulum çalgıcılığı. Çekilen toraks BT'de insidental olarak sağ akciğer üst lob anterior segmentte mediastene invazyon düşündüren 32*30 mm düzensiz sınırlı kitle lezyon izlenmesiyle tarafımıza başvurdu. Çekilen PET-BT'de kitle lezyonda artmış FDG tutulumu, dağınık yerleşimli, artmış FDG tutulumları gösteren, bazıları kaviter görünümde bilateral multiple parankimal nodüler lezyonlar, bilateral periferik yerleşimli, minimal artmış FDG tutulumları gösteren, intersitisyel ve septal kalınlaşmaların eşlik ettiği buzlu cam dansiteli yoğunluk artışları izlendi. Yapılan FOB'da endobronşial lezyon izlenmedi, alınan sitoloji inflamasyonla uyumlu görüldü. Bronş ARB, bronş lavaj kültürü, mantar kültürü, galaktomannan negatifti. Mediastende 7, 4L, 11R istasyonlarında 1.5 cm büyüklüğünde lenf nodları görülerek EBUS yapıldı. Patolojide antrakoz görüldü. Tanı amaçlı rijit bronkoskopi ve mediastinoskopi yapıldı, örneklenen lenf nodları frozen biyopside negatif görülerek sağ akciğer üst lobdaki kitle lezyondan wedge biyopsi yapıldı, frozen negatif görülerek işlem sonlandırıldı. Patoloji mozaik patern gösteren fibrotik ve balpeteği alanları, kronik inflamasyon bulguları, reaktif lenfoid hiperplazi olarak sonuçlandı. Bu süreçte hasta hipoksemi nedeniyle önce servise, yüksek oksijen ihtiyacı nedeniyle ardından YBÜ'ye interne edildi. Hasta İAH atak olarak değerlendirildi. Bakılan romatolojik belirteçleri negatif izlendi. Çekilen toraks BT'de her iki akciğer parankiminde yaygın mozaik atenüasyon, traksiyon bronşiektazisi, bilateral alt loblarda retiküler dansite artışları görüldü. Kronik Üflemlerli Çalgı Hipersensitivite Pnömonisi tanısıyla Metilprednizolon tedavisi başlandı. Hastanın takiplerinde oksijen ihtiyacında azalma oldu, klinik radyolojik iyileşme izlendi.

Toraks BT kesiti



Hastaya ait, traksiyon bronşiektazisi, buzlu cam infiltrasyonları, interseptal kalınlaşmaların izlendiği toraks BT kesiti

Tartışma-Sonuç: HP'de maruziyeti saptayabilmek ve uygun klinik radyolojik presentasyon çok önemli olmakla birlikte bazen tanı için cerrahi biyopsi gerekebilir. Ancak İPF dışında fibrotik HP gibi İAH'larda da ataklar görülebileceği ve cerrahi biyopsinin bunun nedenlerinden biri olduğu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mesleki Hipersensitivite Pnömonisi, Üflemlerli Çalgı



PS-181 Nadir Bir Olgu Olarak Pemetreksete Bağlı İlaç Akciğeri

İsmail Altuğ Demir¹, Ceyda Anar²

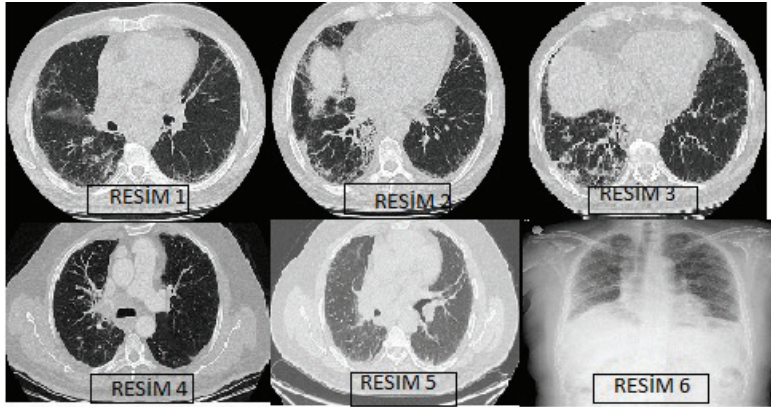
¹İzmir Buca Seyfi Demirsoy Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Ataürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

İsmail Altuğ Demir / İzmir Buca Seyfi Demirsoy Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: İlaçlara bağlı akciğer hasarı çeşitli sitotoksik ve nonsitotoksik ilaçlara bağlı gittikçe daha fazla görülen akut ve kronik akciğer hastalıklarına neden olmaktadır. Akciğer parankimi üzerine olan toksik etkiler genellikle interstisyel akciğer hastalığı tablosu geliştirmektedir. İlaça bağlı difüz akciğer hastalığı tanısı için, ilaca maruz kalma, akciğer hasarının histolojik kanıtlanması ve diğer nedenlerin dikkatle dışlanması gerekir. Bizim olgumuzda pemetreksete bağlı akciğer toksisitesi gelişen bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Hastamız 78 yaşında metastatik akciğer adenokanser tanılı olup onkoloji polikliniğimize rutin kontrol amaçlı başvurmuştur. Akciğer kanseri nedeni platin, pemetrekset almaktaydı. Hastanın yaklaşık 3 aydır olan öksürük ve dispne şikayeti mevcuttu. Takibinde çekilen BT'sinde kemoterapi öncesi çekilen BT de olmayan sağ akciğer alt lobda belirgin her iki akciğerde periferik alanlarda yerleşimli bal peteği görünümü, traksiyon bronşektazileri, retiküler dansiteler izlendi. (RESİM1 RESİM 2 RESİM 3). Hastanın kemoterapi öncesi çekilen BT'sinde bu alanlar görülmedi.(RESİM 4 RESİM 5),5 ay gibi kısa bir sürede geliştiği için ön planda ilaç akciğeri olabileceği düşünüldü. Pneumotox.com'dan bakıldığında pemetreksetin pnömonitis tablosu yaptığı görüldü. Göğüs hastalıklarına konsülte edildi. Hasta göğüs hastalıklarınca değerlendirilip ilaca sekonder pnömonitis olarak değerlendirildi. Hastanın sft 'sinde fvc 59 fev1 45 dlco 35 olarak görüldü. Ekartasyon için göğüs hastalıklarınca FOB ve BAL yapıldı.FOB ta EBL izlenmedi. BAL da üremesi olmadı .Patolojisinde alveolar makrofajlar, solunum epitel hücreleri ve daha az sayıda lenfosit seyrek skuamöz epitel izlendi. Hastaya 32 mg metilprednizolon başlandı. Bu sırada hastanın kemoterapatik ilacı gemsitabin ile değiştirildi.1 hafta sonra kliniğinde bariz düzelleme görüldü.3 ay sonra hastanın değerlendirilmesinde dispne ve öksürük şikayetinin tamamen geçtiği görüldü. Hastanın 3 ay sonra çekilen PAAC grafisinde bu görünüm regrese izlendi.(RESİM 6).Kontrol SFT sinde fev1 :67 fvc:65 dlco: 60 olarak değerlendirildi. Hastanın metilprednizolon tedavisi doz azaltılarak 6 aya tamamlandı.



Resim 1-6.

Tartışma-Sonuç: Altta yatan hastalık için kullanılan ilaç tedavileri ile akciğer toksisitesi gelişebilmektedir. Tedavi yaklaşımında asıl amaç ilaç kullanımına bağlı gelişen enflamatuvar yanıtı baskılamak ve fibrozis gelişmesini önlemektir. Bu nedenle İBAH'da tedavide ilk yaklaşım sorumlu olduğu düşünülen ajanın kesilmesidir. Bu ilaçlar primer akciğer hastalıklarına benzer çeşitli klinik tablolara yol açabilmektedir. İBAH da klinik tablo başlangıçta şiddetliyse (solunum yetmezliği varsa) veya ilaç maruziyeti ortadan kalkmasına rağmen progresyon görülüyorsa kortikosteroid tedavi başlanması önerilir. Sonuç olarak tedavi altındaki bir hastada yeni gelişen semptom veya radyolojik bulgu varlığında ilaca bağlı akciğer hastalığı ayırıcı tanı da mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pemetrekset, metilprednizolon.



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-182 Aritminin Ayırıcı Tanısında Nadir Bir Etken: 2 Olgu Üzerinden Kardiyak Sarkoidoz

Abdullah Çağrı Önal¹, Gamze Babür Güler², Binnaz Zeynep Yıldırım¹

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

²Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji

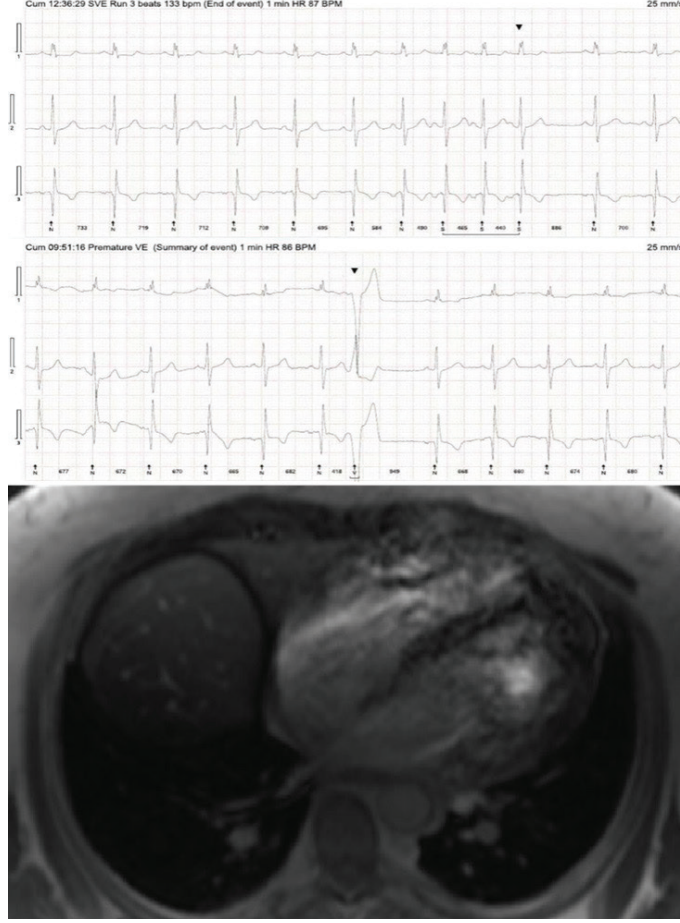
Abdullah Çağrı Önal / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Sarkoidoz, farklı organlarda granülom oluşumuyla seyreden multisistemik, idiyopatik bir hastalıktır. En sık akciğerde görülmekle birlikte hastalığın en morbid tutulumlarından birini kardiyak sarkoidoz (KS) oluşturmaktadır. KS, hastaların %5'inde görülmektedir. Otopsi ve kardiyak görüntüleme çalışmalarındaysa sarkoidozlu hastaların %25'inde kardiyak tutulum tahmin edilmektedir. KS, kalpte inflamasyon, granülom oluşumuyla seyreder. Miyokardit, fibrozis, kardiyomyopati'ye bağlı semptomlar gösterir. En sık çarpıntı, presenkop-senkop, dispne, göğüs ağrısı görülür. Aritmiler, kalp yetmezliği ve ani kardiyak ölüm görülebilir. Biz de Yedikule Göğüs Hastalıkları EAH'ta tetkiki sırasında KS tanısı alan ve aritmiyle seyreden 2 olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: Olgu-1) Bilinen kronik hastalığı olmayan 41 yaşındaki kadın hasta, 2,5 yıldır olan göğüs ağrısı ve çarpıntıyla kardiyolojiye başvurmuş. Elektrokardiyogramında taşiaritmi, sık ventriküler ekstrasistoller (VES), ekokardiyografisinde hafif sol ventrikül (LV) dilatasyonu, grade 1 LV diastolik disfonksiyon, hafif mitral + triküspit yetmezliği görülen hastaya diltiazem, bisoprolol, torasemid, asetilsalisilat tedavisi başlanmış. Tedavi altında aritmisi süren olgu, Kardiyak MR'da sarkoidoz şüphesi olması üzerine polikliniğimize yönlendirilmiş. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde bilateral hilar lenfadenomegali görüldü, parankim tutulumu görülmedi. Endobronşiyal ultrasonografi iğne aspirasyonunda (EBUS-İA) non-nekrotizan granümatöz iltihap ve serumda ACE: 64 (U/L) gelmesi üzerine sarkoidoz uyumlu görülüp metilprednizolon başlandı. Metilprednizolon sonrasında kardiyak bulguları geriledi, bisoprolol dışında kardiyak ilaç gereksinimi kalmadı. Hasta metilprednizolon 20mg/gün ve metotreksat 12,5mg/gün ile takibimiz altındadır. Olgu-2) Bilinen allerjik astım tanısıyla salmeterol/flutikazon ve desloratadin/montelukast kullanan 47 yaşındaki erkek hasta, tarafımıza düzenli tedaviye rağmen dispne, eforla göğüs ağrısıyla başvurdu. Solunum fonksiyon testi (SFT) FEV1: 2,86L, FVC: 3,38 L (%80), FEV1/FVC: %84, DLCO: %112 görüldü. Toraks BT'sinde mediastinal lenfadenomegali görülen hastaya yapılan EBUS-İA, non-nekrotizan granümatöz iltihap olarak sonuçlandı. Sarkoidoz uyumlu düşünülen hasta, SFT ve Toraks BT'sinin aktif şikayetleriyle uyumlu olmaması üzerine kardiyolojiye yönlendirildi. Kardiyolojide hipertansiyon saptanan hastanın ritim holter'inde sık VES'ler görüldü (Şekil-1a). Kardiyak MR'ı normal ejeksiyon fraksiyonu, minimal LV dilatasyonu, LV duvarında noniskemik fibrozis alanlarıyla (Şekil-1b) KS uyumlu izlendi. Aritmisi nedeniyle implantabl kardiyoverter defibrilatör planlandı (ICD). Hastaya olmesartan/hidroklorotiyazid, nebivolol ve benidipin başlanıp tarafımıza yönlendirildi. Sarkoidoz nedeniyle metilprednizolon başlanan hasta şu anda ICD sırasında, metilprednizolon 24 mg altında kısmi klinik iyileşme gözlemlendi ve takiplerine devam ediyor.

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

EKG ve Kardiyak Görüntüleme



Şekil 1a) Ritim holterinde sık VES'ler Şekil 1b) Kardiyak MR'da LV duvarında noniskemik fibrozis alanı

Tartışma-Sonuç: KS, sarkoidozlu hastaların küçük ancak önemli kısmını oluşturmaktadır. Semptomları akciğer sarkoidozuyla benzemesi nedeniyle atlanabilmektedir. KS'nin mortal seyretme riski mevcuttur ve immünsüpresan tedaviyle kontrol edilebilmektedir. Bundan dolayı sarkoidoz tanısı alan hastaların tanı ve takibi sırasında kardiyoloji kontrolü altında olmaları KS'nin erken tanı ve takibinde önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aritmi, Kardiyak Sarkoidoz, Sarkoidoz



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-183 Maligniteyi Taklit Eden Sarkoidoz Olgusu

Dina Serin¹, Beyzanur Karlıdağ¹, İrem Şerifoğlu Rahatlı¹, Emine Argüder²

¹Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

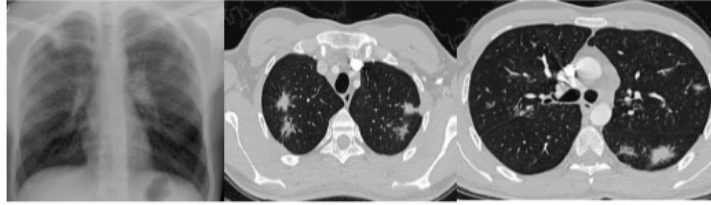
²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Dina Serin / Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

Giriş-Amaç: Sarkoidoz nedeni bilinmeyen, multisistemik, granülomatöz bir hastalıktır. Patogenezi çok net belirlenmiş olmasa da genetik olarak yatkınlığı olan bir bireyde bir veya daha fazla antijenin tetiklediği hücreli immün yanıt sonucunda oluştuğu kabul edilmektedir. Uyumlu klinik ve/veya radyolojik tablo, histopatolojik olarak kazeifikasyon nekrozu içermeyen granülomlar ve benzer tabloyu yapabilecek diğer nedenlerin dışlanması ile tanı konulabilmektedir. Tarafımızca malignite yönünden ileri tetkik edilen ancak takiplerinde sarkoidoz tanısı alan olgumuzu literatür ışığında sunduk.

Olgu: Yirmiyedi yaşında erkek hasta grip benzeri semptomlar nedeniyle hastaneye başvuruyor. Akciğer grafisinde her iki akciğerde multipl nodüller yer yer kitle benzeri lezyonlar olması nedeniyle toraks bilgisayarlı tomografi (BT) planlandı (Resim 1). Toraks BT'de prevasküler, paratrakeal, subkarinal, bilateral hiler en büyüğü subkarinal alanda kısa çapı 12.5 mm boyutunda olmak üzere multiple lenfadenopatiler (LAP) izlendi. Bunlara ek olarak her iki akciğerde en büyüğü sol akciğer alt lob superior segmentte 23 mm boyutunda izlenen periferinde retiküler dansite artımlarının eşlik ettiği multiple nodüller izlendi (Resim 2,3). PET-BT'de lenfadenopatilerde (SUVmax:13.37) ve akciğerlerdeki lezyonlarda (SUVmax:13.76) tutulum saptandı (Resim 4,5,6). Hastaya bronkoskopi yapıldı ancak endobronşiyal lezyon saptanmadı. Sağ akciğer üst lobdaki kitlesel lezyondan BT eşliğinde transtorasik biyopsi yapıldı. Histopatolojik incelemede Langhans tipi dev hücreler ve epitelioid histiositlerle karakterize non-nekrotizan granülomatöz reaksiyon saptandı. EZN ile aside rezistan basil izlenmedi. İnterferon gama salınım testi, ARB incelemeleri, Bartonella ve Brucella testleri negatif bulundu. Serum ACE düzeyi 85 U/L (üst sınır: 63 U/L), 24 saat idrar kalsiyum 124 mg/24 saat (üst sınır 300 mg/24 saat) olarak sonuçlandı. Göz muayenesi normaldi. Hasta tüm bu değerler ile evre 2 sarkoidoz olarak kabul edildi. Solunum fonksiyon testleri ve 6 dakika yürüme testleri normal olan ekstra organ tutulumu olmayan hasta tedavisiz izleme alındı.

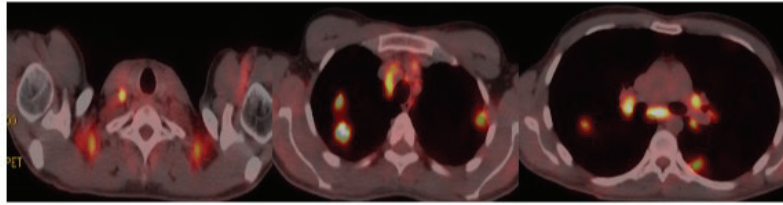
Olgunun torakal görüntülemeleri



Resim-1

Resim-2

Resim-3



Resim-4

Resim-5

Resim-6

Tartışma-Sonuç: Sarkoidoz sıklıkla mediastinal LAP'lere neden olmaktadır. Bunun yanısıra çeşitli akciğer parankim bulguları da görülebilir. Parankimde en sık üst ve orta zonların etkilendiği yamalı veya difüz retikülonodüler infiltratlar görülebilir. Bizim olgumuzda olduğu gibi mediastinal LAP'lerin eşlik ettiği kitle benzeri görüntülerde primer akciğer malignitesi ya da metastatik akciğer malignitesi ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Bunun için gerekli doku örneklerinin sağlandığı yöntemlerle ayırıcı tanı yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sarkoidoz, Granülomatöz, Malignite



PS-184 Nadir Görülen Bir İnterstisyel Akciğer Hastalığı Olan Plöroparankimal Fibroelastozis Olgu Sunumu

Ayşenur Zengin Budağ¹, Ömer Faruk Budağ¹, Ersin Günay¹

¹Etilik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

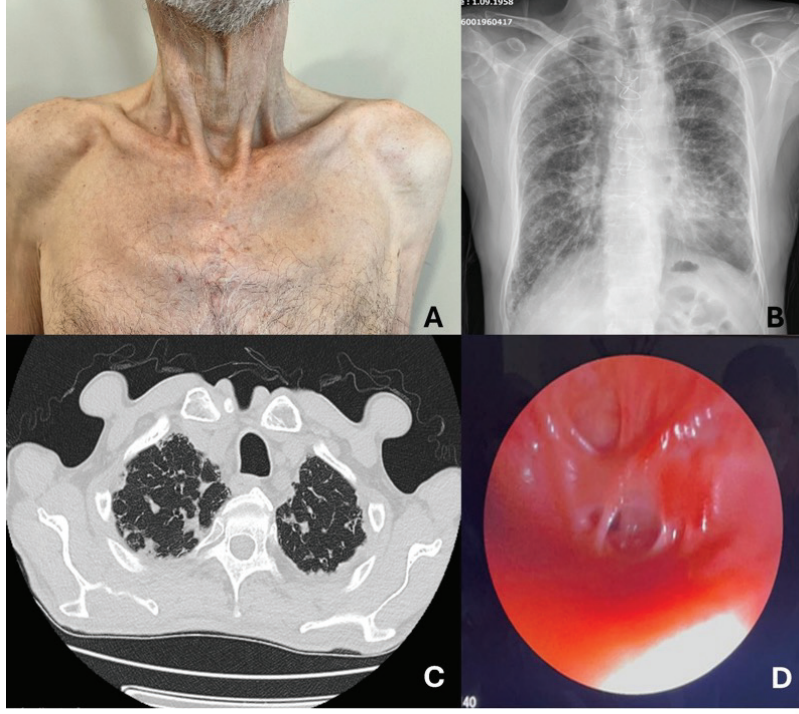
Ayşenur Zengin Budağ / Etilik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: İdiyopatik plöroparankimal fibroelastozis (PPFE), akciğerlerin üst loblarını ağırlıklı olarak tutan, nadir görülen ve yavaş ilerleyen bir idiyopatik interstisyel pnömonidir (İİP). Hastalıkta plevral kalınlaşma, subplevral parankimal konsolidasyonlar ve üst lob fibrozisi görülmektedir. Olağan interstisyel pnömoni ve nonspesifik interstisyel pnömoni paternleri de eşlik edebilir. Klinik olarak hastalarda tekrarlayan enfeksiyonlar, nefes darlığı ve kuru öksürük sık görülmektedir. Tanıda yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) ön planda kullanılmakta olup bazı vakalarda tanının kesinleştirilmesi için akciğer biyopsisi gerekebilir. Hastalığın tam bir tedavisi olmamakla birlikte kortikosteroidler bazı olgularda fayda sağlayabilir. PPFE genellikle ilerleyici seyir gösterir ve 5 yıllık sağkalım oranları %25-60 arasında değişkenlik göstermektedir. Biz de PPFE tanısı konulan ve steroid tedavisinin 6. ayında semptomları gerileyen bir olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: Altmış altı yaşında erkek hasta, yedi aydır mevcut olan nefes darlığında artış, iştahsızlık ve kilo kaybı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Sigara kullanma öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde suprasternal çentik belirginliği, bilateral bazallerde velkro ralleri izlendi. Solunum fonksiyon testlerinde FEV1 %49, FVC %38, FEV1/FVC %75 ve DLCO %53 olarak saptandı. Akciğer grafisinde bilateral retiküler dansiteler mevcuttu. Toraks BT incelemesinde sağ akciğer orta lob ve üst lob anterior, sol akciğer lingula ve üst lob anterior da subplevral traksiyon bronşiektazileri, periferik retiküler fibrotik dansiteler ve plevral kalınlaşmalar izlendi. Her iki akciğerde silindirik tip bronşiektazi alanları da mevcuttu. İnterstisyel akciğer hastalığının etyolojik araştırması amacıyla hastaya bronkoskopi yapıldı. Sol alt lob superior segmentten bronkoalveolar lavaj ve biyopsi alındı. Ayrıca sol alt lob bazal segmentte bronş duvarları arasında tama yakın obliterasyona neden olan web benzeri yapılar izlendi ve bu bölgeden de mukozal biyopsi örnekleri elde edildi. Bronkoalveolar lavaj ve patoloji non-spesifik geldi. Olgu, multidisipliner interstisyel akciğer hastalıkları konseyinde tartışıldı. Klinik ve radyolojik olarak PPFE tanısı konuldu ve metilprednizolon tedavisi başlanmasına karar verildi. Hastanın 6. ay takibinde klinik şikayetlerinde belirgin gerileme saptandı.



PPFE Olgu Görselleri



Şekil 1: A. Hastanın inspeksiyonunda derin suprasternal çentik görünümü, B. Akciğer grafisinde yaygın retiküler dansite artışı, C. Toraks BT parankim kesitinde derin suprasternal çentik ve üst lob ağırlıklı subplevral retiküler dansite artışı, D. Bronkoskopide sol alt lobda tama yakın obliterasyona neden olan web şeklinde tıkanıklık

Tartışma-Sonuç: İdiyopatik plöroparankimal fibroelastozisin etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. PPFE genellikle progresif seyir gösteren bir hastalık olmakla beraber, bazı olgularda kortikosteroid tedavisi semptomatik iyileşme sağlayabilir. Bizim olgumuzda da erken dönemde başlanan kortikosteroid tedavisine klinik ve radyolojik yanıt alınmıştır. PPFE, farkındalığın artması ve erken tanınması gereken nadir bir interstisyel akciğer hastalığıdır.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik İntersitisyel Pnömoni, Plöroparankimal Fibroelastozis, Suprasternal Çentik, Mukozal Webler

PS-185 İdiyopatik Pulmoner Fibrozis Tedavisinde Yan Etki Yönetiminde Karşılaşılan Zorluklar: Olgu Sunumu

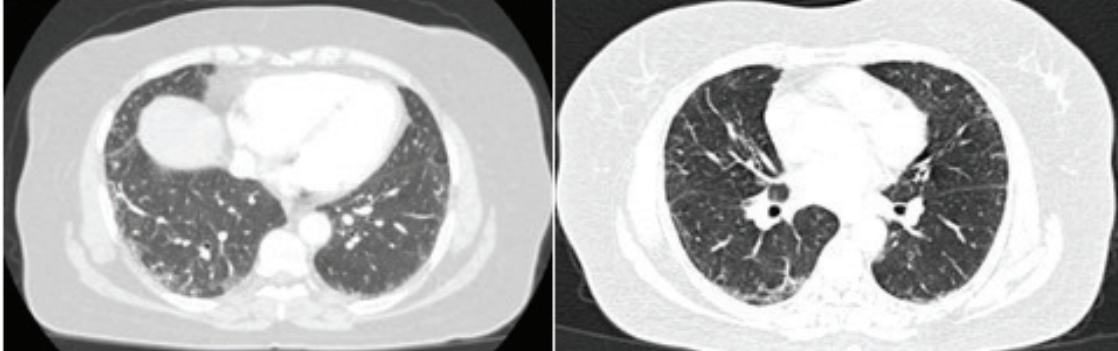
Ezgi Cengiz¹, Gülrü Polat¹

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

Ezgi Cengiz / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: İdiyopatik pulmoner fibrozis (İPF) ileri yaşta görülen ve alveollerin hasar alması ile seyreden, uzun zamanlı öksürük, nefes darlığı, yorgunluk gibi semptomlarla gelişen bir hastalıktır. 50-85 yaşlar arasında ve erkeklerde daha sık rastlanmaktadır. Fibrozis artış hızı hastalarda değişiklik göstermektedir. Fizik muayenede inspiryumda ral duyulur. Tanı amaçlı akciğer grafisi, solunum fonksiyon testleri, saturasyon, akciğer tomografisi, ekokardiyografi ve bronkoskopi ile biyopsi gibi tetkikler istenmektedir. İPF tanısı sonrası solunum fizyoterapisi, sigarayı bırakma ve yaşam kalitesini arttıracak önerilerde bulunulur. Medikal tedavide ise antifibrotik ilaç olarak nintedanib ve pirfenidon kullanılmaktadır. Akciğer transplantasyonu da ileri tedavi seçeneğidir. Antifibrotik tedavi verdiğimiz olguda yan etkiler nedeniyle yaşanan zorlukları paylaşmak için olguyu sunduk.

Olgu: 58 yaş kadın hasta 1 yıldır özellikle efor sonrası belirginleşen dispne şikayeti ile dış merkeze başvurmuş ve toraks tomografisi (Figür 1) ile tarafımıza yönlendirilmiş. 3 yıl muhabbet kuşu beslemiş, 1 yıldır uzaklaştırmış. Soygeçmişinde anne ve abide akciğer hastalığı (büzüşme?) nedeni ile genç yaşta eksitus öyküsü mevcut. Dinlemekle bilateral alt zonlarda inspiratuar raller mevcuttu. FEV1 % 86, FEV1/FVC %86 ölçüldü. BAL yapıldı hücre oranları alveolar makrofaj %72, lenfosit %10, nötrofil %14, eozinofil %4 saptandı. Pnömoni ön tanısı ile antibiyoterapi başlandı, 1 ay sonra kontrole çağırıldı. Lezyonların benzer devam etmesi üzerine kriyobiyopsi yapıldı, interstiyel akciğer hastalığını düşündürecek morfolojik bulgu izlenmediği raporlandı. VATS biyopsi önerildi fakat hasta kabul etmedi takibi alındı 6 ay aralıklarla kontrole çağırıldı. Progresyon saptanması üzerine (Figür 2) VATS biyopsiyi kabul eden hasta olası usual interstiyel pnömoni olarak değerlendirildi. Nintedanib başlandı fakat 1 yıl sonra ishal, kilo kaybı nedeniyle pirfenidona geçildi fakat fotosensitif nedeni ile devam edilemedi. Hasta ailede erken yaşta ölümler olması nedeniyle ilaç kullanmak konusunda ısrarcıydı. Yeniden nintedanib 100 mg olarak endikasyondışı başvururak başlandı. İshal yakınması için lopermid eklendi. İshal yakınması kontrol altına alındı. Tedaviye 100 mg olarak devam edildi doz artırımına gidilmedi.



Figür 1

Figür 2

İPF tanılı hastanın geliş ve kontrol BT görüntüsü

Tartışma-Sonuç: İPF, progresyon ile giden hayatı tehdit eden bir hastalıktır. Hastalığın geri döndürülmesi mümkün olmamakla birlikte antifibrotiklerle hastalığın yavaşlatılması hedeflenmektedir. Elimizde iki ilaç alternatifi olması nedeniyle ilaç değişikliği yapmadan önce yan etkileri yönetmek için her şeyin yapıldığından emin olmak, ilaç değişikliği kararını kolay vermemek gerekir. İlk ilaç değişikliğini yaparken acele ettiğimizi düşünerek endikasyondışı başvuru ile ilacı düşük dozda yeniden başladık ve gerekli önlemleri alarak doz azaltarak tedaviye devam ettik.

Anahtar Kelimeler: İPF, ilaç değişimi, yan etki



PS-186 Tamoksifen İlişkili Organize Pnömoni

Elif Yüksel Çiççi¹, Hülya Çelenk Ergüden¹, Ayşegül Karalezli²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

Elif Yüksel Çiççi / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Organize pnömoni akciğerlerdeki alveoller ve interstisyel dokularda oluşan inflamasyonla karakterize bir hastalıktır. Bu durum, genellikle alveol duvarlarında ve çevresindeki dokularda iltihaplanma ve sonrasında doku onarımına yönelik fibrotik değişikliklerin görüldüğü bir tablo oluşturur. Organize pnömoni, belirli bir hastalık olmayıp, bir klinik sendromdur ve çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişebilir. Bu etkenler arasında bakteriyel ya da viral enfeksiyonlar, otoimmün hastalıklar, bazı ilaçlar veya bilinmeyen nedenler yer alır. Bu olgumuzda tamoksifen ilişkili organize pnömoni olgusunu sunmayı planladık.

Olgu: Meme duktal karsinom tanısı alan 58 yaş kadın hasta, kitle eksizyonu ve radyoterapi sonrasında idame tedavi olarak başlanan Tamoksifen kullanımının 4. ayında 1 aydır olan kuru öksürük, aralıklı olan batıcı vasıflı göğüs ağrısı ve efor dispnesi ile Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvurdu. Görüntülemesinde solda üst zon periferde, orta ve alt zonda yaygın nonhomojen dansite artışı mevcuttu (Resim-1). Hastaya radyasyon pnömonitis ön tanısı ile 1 ay metilprednisolon tedavisi verildi. Kontrol görüntülemesinde regresyon izlendi, sadece alt zonda nonhomojen dansite artışı mevcuttu (Resim-2). Bir ay içerisinde metilprednisolon kullanımı azaltılarak kesildi. Dört ay sonra hasta öksürük ve dispne ile tekrar başvurdu. Kontrol görüntülemesinde sağ akciğer alt lobda yeni gelişen infiltrasyon izlendi (Resim-3). Oral kortikosteroidsiz 3 ay takip sonrasında kontrol görüntülemesinde sağ akciğer üst lob segmentlerinde plevral tabanlı konsolidasyon alanı geliştiği görüldü (Resim-4). Tamoksifen ilişkili organize pnömoni olarak değerlendirildi, 32 mg metilprednisolon başlandı. Genel cerrahiye konsülte edilerek Tamoksifen tedavisi kesildi. Metilprednisolon tedavisi altında takibinde lezyonların tamamen regrese olduğu gözlemlendi (Resim-5).

Tartışma-Sonuç: Tamoksifen ilişkili organize pnömoni, ilacın nadir bir komplikasyonu olmakla birlikte, bu tedaviyi gören hastalarda akciğer semptomlarının gelişmesi durumunda dikkate alınmalıdır. Erken tanı ve tedavi, hastaların iyileşme şansını artırır. Tedavi sürecinde dikkatli izleme gereklidir, çünkü olgumuzdaki gibi ilaç tedavisi devamı ve metilprednisolon kesilmesi durumunda, organize pnömoninin tekrar etmesi söz konusu olabilir. Meme kanseri nedeniyle radyoterapi öyküsü de olan hastalarda radyasyon pnömonitisi ile ayırıcı tanının önemi ve literatürde nadir görüldüğü için tamoksifene bağlı organize pnömoni olgumuzu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Meme kanseri, Tamoksifen, Organize pnömoni

PS-187 Pulmoner Alveoler Proteinozis : 2 Olgu Sunumu

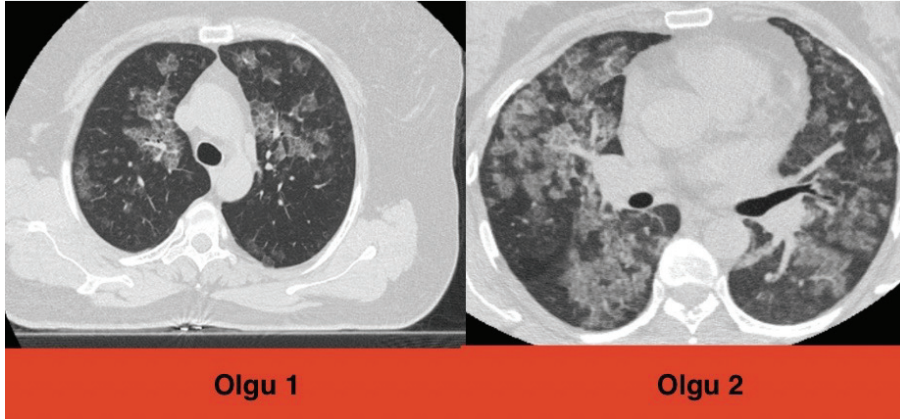
Serkan Ekinci¹, Hadice Selimoğlu Şen¹, Abdurrahman Şenyiğit¹

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

Serkan Ekinci / Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları A.D. , Diyarbakır, Türkiye

Giriş-Amaç: Pulmoner alveoler proteinozis (PAP) alveollerde Periyodik asit-Schiff (PAS) pozitif boyanan fosfolipoproteinöz materyalin birikimi ile karakterize etiyolojisi bilinmeyen, nadir görülen diffüz bir akciğer hastalığıdır. İmmün-sitokimyasal ve genetik çalışmalar konjenital alveoler proteinozisin surfaktan proteinlerinin bir veya daha fazlasındaki anormallikten kaynaklandığını göstermektedir. Tanıya sıklıkla segmental lavaj ile alınan intraalveoler materyalin veya açık akciğer biyopsi materyalinin pozitif boyanması ile ulaşılır. İki farklı PAP olgusu nadir görülmesi nedeniyle, tanı ve tedaviye dikkat çekme amacı ile sunuldu.

Olgu: Olgu1: Kırkaltı yaşında kadın hasta, yaklaşık 7 ay önce başlayan nefes darlığı şikayeti ile hastanemize başvurdu. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT)'de bilateral yaygın buzlu cam alanları ve interlobuler septal kalınlaşmalar görüldü (arnavut kaldırımı görünümü) (Resim1). Hastaya VATS ile wedge rezeksiyon yapıldı ve patoloji sonucu "Pulmoner Alveoler Proteinozis " olarak raporlandı. Hastaya genel anestezi altında total akciğer lavajı planlandı. İşlemi kabul etmeyen ve dispne dışında semptomatik olan hasta klinik ve radyolojik takibe alındı. 4 ay sonra yapılan kontrol BT'sinde lezyonlar radyolojik olarak tamamen gerilemişti. Olgu2: Kırkbeş yaş kadın. Serviks kanseri nedeniyle pre op risk değerlendirmesi için kadın doğum servisinden konsulte edildi Yaklaşık 4 ay önce efor dispnesi ve öksürük yakınması mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral multipl opasiteler görüldü. Arteriyel kan gazı tetkikinde pO₂ 48.2 mmHg, pCO₂ 36.7 mmHg, oksijen saturasyonu %85 idi. Toraks BT'de her iki akciğerde tüm loblarda yaygın buzlu cam sahaları interlobüler septal kalınlaşma izlendi (Resim1) . Bronkoalveoler lavaj (BAL) sıvısı makroskopik olarak sarımtırak süt görünümünde olup yapılan histokimyasal incelemede PAS (+) boyandı. Mevcut radyolojik görüntüler ve PAS(+)'liği nedeniyle PAP tanısı konuldu. Hastaya terapotik amaçlı total akciğer lavajı yapıldı. Oksijen ihtiyacı azalan ve akciğer grafilerinde belirgin gerileme görülen hasta taburcu edildi.



Resim 1. Olguların toraks bilgisayarlı tomografi görünümü

Tartışma-Sonuç: PAP 'ın konjenital, otoimmün (idiyopatik) ve sekonder olmak üzere üç tipi tanımlanmıştır. Genellikle 20-50 yaşlar arasında görülmektedir. Efor dispnesi, kuru öksürük en sık görülen semptomlardır. Olguların 1/3'ü asemptomatiktir ve rutin radyolojik tetkikler sırasında bulunur. Toraks BT'de arnavut kaldırımı (carazy paving) görüntüsü ve parankimde yama tarzı buzlu cam opasiteler tipiktir. Olguların % 20'sinde spontan iyileşme görülür. PAP için günümüzde kullanılan standart tedavi total akciğer lavajıdır. Şiddetli pulmoner alveolar proteinozisli hastalarda inhale rekombinant insan GM-CSF'nin bir miktar terapotik etkinliği gösterilmiştir; ancak hafif ila orta şiddette hastalığı olan hastalardaki etkisi hala belirsizdir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner alveoler proteinozis, total akciğer lavajı, PAS(+)



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-188 Mikst Bağ Doku Hastalığı ile İlişkili İntersitisyel Akciğer Hastalığı : Olgu Sunumu

Ayşenur Zengin Budağ¹, Ömer Faruk Budağ¹, Ersin Günay¹

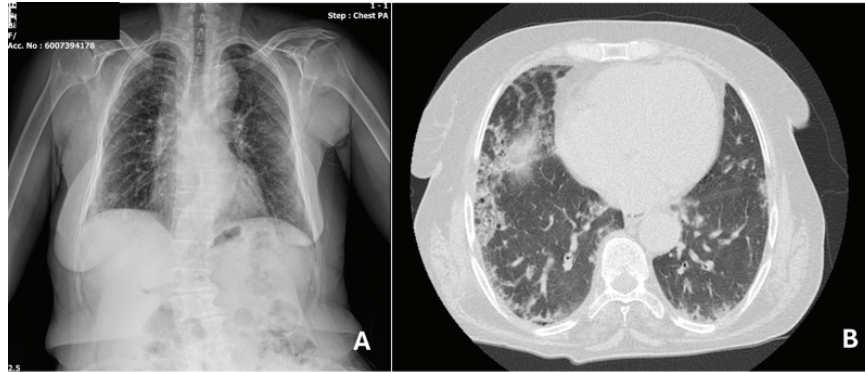
¹Etlük Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Ayşenur Zengin Budağ / Etlük Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Mikst Bağ Doku Hastalığı (MBDH), lupus, skleroderma ve polimiyozit hastalıklarının bazı klinik bulgularının bir arada seyretmesi ve anti-RNP antikorlarının varlığı ile karakterize edilen sistemik bir otoimmün hastalıktır. Kadınlarda erkeklere oranla 5-10 kat daha sık görülmektedir. Kendine özgü bir kliniği olmamakla birlikte, overlap sendromu niteliğinde olup diğer bağ doku hastalıklarının bulgularını sergileyebilir. Akciğer tutulumu sık olmakla birlikte, hastaların çoğu asemptomatik seyretmektedir. Görüntüleme en sık buzlu cam konsolidasyonu ve non-spesifik interstisyel pnömoni (NSIP) paternleri görülmekte olup, nadiren bal Peteği konsolidasyonu ve sentrilobüler nodüller izlenmektedir. MBDH'de interstisyel akciğer hastalığı (IAH) progresyonu için anti-Ro52 varlığı öngörücü bir belirteçtir. Ayrıca, hastalığın seyri üzerinde anti-RNP antikor titresinin belirleyici olduğu gösterilmiştir. Bu olgu sunumunda, MBDH tanısı olan ve olağan interstisyel pnömoni (OIP) paterni saptanan bir hastayı literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş yaşında kadın hasta, kronik kuru öksürük şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Ev hanımı olan hastanın, MBDH dışında ek hastalığı bulunmamaktadır. Bir yıldır metilprednizolon, metotreksat ve hidroksiklorokin kullanmaktaydı. Sigara içmeyen ve biomass maruziyeti olan hastanın fizik muayenesinde çomak parmak, bilateral velkro ralleri ve üst ekstremitelerde eklem şişliği mevcuttu. Yüksek çözünürlüklü toraks tomografisinde (YÇBT), sağda daha belirgin olmak üzere her iki akciğerde ağırlıklı olarak subplevral yerleşimli yaygın bal Peteği görünümü saptandı. Hastaya IAH etyolojik araştırması için bronkoskopi yapıldı ve bronkoalveolar lavaj (BAL) alındı. Flow sitometri analizinde %22 lenfosit hakimiyeti ve CD4/CD8 oranı 0,3 olarak saptandı. Solunum fonksiyon testi normal sınırlarda olup, DLCO %79 olarak bulundu. Altı dakikalık yürüyüş testinde hastanın 180 metre yürüyebildiği gözlemlendi. Altı aylık takip sürecinde hastanın semptomlarında artış ve radyolojik olarak hafif derecede progresyon izlendi. Hasta multidisipliner interstisyel hastalık konseyi tarafından değerlendirildi. MBDH'ye bağlı sekonder akciğer tutulumu ve progresif pulmoner fibrozis olarak değerlendirilen hastaya antifibrotik (Nintedanib) tedavisi başlandı.

Mikst Konnektif Bağ Doku Hastalığına sekonder akciğer tutulumu



Şekil 1: A. Akciğer grafisinde subplevral ve bilateral bazallerde yaygın retiküler dansite artışı, B. Tomografide her iki akciğerde ağırlıklı olarak subplevral yerleşimli yaygın bal Peteği görünümü

Tartışma-Sonuç: MBDH nadir görülen sistemik bir otoimmün hastalık olup, seyri boyunca birçok organ ve sistemde kronik inflamasyon gelişebilmektedir. MBDH'de en sık NSIP paterni beklenirken, bu olguda olağan interstisyel pnömoni paterni saptanmıştır. Bu durum, MBDH'ye bağlı akciğer tutulumunun farklı paternler gösterebileceğini ve bireysel değerlendirmenin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca, progresif pulmoner fibrozis gelişen hastalarda antifibrotik tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi gerekliliği gösterilmiştir. Sonuç olarak, MBDH tanılı hastaların akciğer tutulumunun yakından izlenmesi, erken tanı ve uygun tedavi seçeneklerinin uygulanması hastalık prognozu açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Mikst Konnektif Bağ Doku Hastalığı, Olağan İntersitisyel Pnömoni, Progresif Pulmoner Fibrozis, Antifibrotik Tedavi

PS-189 Vats ile Tanı Alan İPF Olgusunda Postop Alevlenme

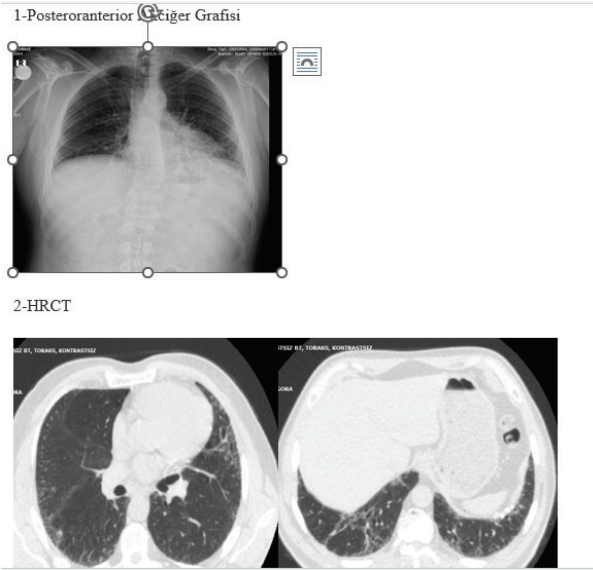
Feride Tamay Tatlı¹, Fatma Demirci Üçsular¹, Enver Yalnız¹

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

Feride Tamay Tatlı / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: İdiyopatik pulmoner fibrozis (İPF), olağan interstisyel pnömoninin (UIP) radyolojik ve histolojik özellikleri ile ilişkili, nedeni bilinmeyen, ileri yaşta görülen, kronik, fibrozan interstisyel pnömonidir. Dispne ve akciğer fonksiyonlarında ilerleyici kötüleşme ile karakterizedir ve kötü prognoza sahiptir. Efor dispnesi, öksürük, yorgunluk en belirgin yakınmalarıdır. Genellikle klinik ve radyolojik bulgularla tanı konulur. Nadir olgularda da cerrahi biyopsiye başvurulur. İPF'nin kür sağlayacak tedavisi henüz yoktur. Medikal tedavide antifibrotik ajanlar kullanılır. İPF alevlenmeler ile seyreden bir hastalıktır. Cerrahi biyopsi de hastalığın alevlenmesine neden olabilir. Olgumuz da tanı amaçlı VATS yapılan hastada alevlenme görülmesi nedeni ile sunulmuştur.

Olgu: 49 yaşında erkek hasta 3 yıldır efor dispnesi, halsizlik şikayetleriyle başvurdu. 20 yıl demir fabrikasında çalışma, 7 yıldır vinç operatörlüğü yapma öyküsü mevcuttu.15 paket/yıl (p/y) sigara kullanmıştı. Özgeçmiş ve soygeçmişte özellik yoktu. Fizik muayenede vital bulgular olağandı, dinlemekle bilateral bazallerde nadir raller duyuldu. Çomak parmak yoktu. Rutin hemogram, biyokimya olağandı. Romatolojik markerlar negatifti. FVC: 3.18 , %88 , FEV1: 3. %94 , FEV1/FVC: %87 DLCO(hb): 5.35 , %59 ölçüldü. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT)de bilateral akciğerin orta, alt zonlarında subplevral ve santral parankim kesitlerinde buzlu cam alanları, retikülasyon saptandı. Bulgular belirsiz UIP patern ile uyumluydu. Bronkoscopiyle bronkoalveolar lavaj ve transbronşiyal biyopsi non-diagnostik olarak değerlendirildi. Multidisipliner konsey kararı sonucunda VATS ile biyopsi yapıldı. Patolojisinde temporal heterojenite, paraseptal ve interstisyel fibrozis, bronşiyolizasyon, düz kas proliferasyonu, fibroblastik odaklar, bal peteği görünümü izlendi. Patolojisi kesin UIP, radyolojisi belirsiz UIP olarak değerlendirilen hastaya İPF tanısı kondu.Cerrahiden 1 hafta sonra semptomlarında belirgin artış, solunum yetmezliği, HRCT'de buzlu cam alanlarında belirgin artış izlendi.Olası diğer nedenler ekarte edildi. Hasta postop dönemde İPF alevlenmesi olarak değerlendirildi. Hastaneye yatırılarak 3 gün pulse steroid(metilprednizolon) verildi. Doz azaltılarak 2 ayda kortikosteroid tedavisi sonlandırıldı. Multidisipliner konsey kararı ile hastaya antifibrotik tedavi başlandı.



Tartışma-Sonuç: İPF alevlenmelerle seyreden, progresif bir hastalıktır. Geçirilen enfeksiyonlar, aspirasyon, ilaç kullanımı yanı sıra akciğer biyopsileri, bal ve bronkoscopi gibi girişimsel işlemler de İPF alevlenmeye sebep olmaktadır. Olgumuzda da cerrahi biyopsi sonrası alevlenme görülmüştür. Cerrahi işlem sonrası hastaların alevlenme dahil olmak üzere diğer tüm komplikasyonlar açısından yakın takip edilmesi, cerrahi biyopsi kararının multidisipliner konsey kararı ile verilmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: ipf, ipf alevlenme, cerrahi biyopsi



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-190 Plöroparankimal Fibroelastozis: Nadir Bir Olgu

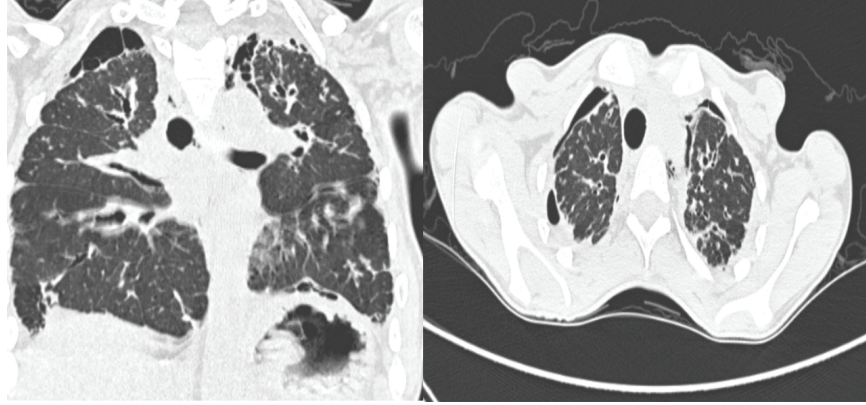
Serkan Ekinci¹, Veysi Tekin¹, Hadice Selimoğlu Şen¹

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

Serkan Ekinci / Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D., Diyarbakır, Türkiye

Giriş-Amaç: Plöroparankimal fibroelastozis (PPFE), esas olarak üst lobları tutan visseral plevra, subplevral parankim, intraalveolar ve septal yapıların progresif fibrozisi ile karakterize nadir görülen bir idiopatik interstisyel pnömonidir. Her ne kadar fibrozisin üst loblarda baskın olduğu bildirilse de, tüm akciğerde uniform fibrozis belirlenen PPFE olguları da mevcuttur. Hastaların kliniği spesifik olmayıp sık görülen semptomlar arasında egzersiz dispnesi, plöretik göğüs ağrısı ve kronik öksürük yer almaktadır. Hastalar sıklıkla zayıftır ve ileri dönemde üst loblarda ilerleyici hacim kaybıyla beraber vücut kütlelerinin azalmasıyla platitoraksa gelişebilir.

Olgu: 21 yaş kadın hasta, tekrarlayan solunum enfeksiyonları, progresif dispne ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Sigara kullanım öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde kaşektik görünüm, wheezing, bilateral krepitan raller mevcuttu. Oda havasında satürasyon % 92 idi. Spirometride şiddetli restriktif patern saptandı. Akciğer grafisinde bilateral akciğer parankiminde, üst lob periferik kalınlaşmanın eşlik ettiği yamasal konsolide alanlar izlenmekteydi. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT)'de sağ hemitoraksta apekte en kalın yerinde 1.9 cm'ye ulaşan pnömotoraks sağ akciğer üst loblarda amfizematöz değişiklikler, sağ akciğer üst lob posteriora subplevral ateletazik konsolidasyon ve her iki akciğerde üst loblarda plevroparankimal bant formasyonları dikkati çekti (Resim1). Romatoloji değerlendirmesinde kollajen doku paneli negatifti ve romatolojik hastalık düşünülmüdü. VATS kama biyopsi sonucu 'fokal subplevral fibrozis' ile uyumluydu. Mevcut bulgularla hastada, PPFE düşünüldü.



Resim 1. Yüksek Çözünürlüklü Bilgisayarlı Tomografide Plevra ve Parankimal Fibrozis

Tartışma-Sonuç: PPFE'de tanı koymada radyolojik görüntüleme yöntemleri oldukça önemlidir. YÇBT'de erken dönemde bilateral üst lob apikalde subplevral nodüller ve retiküler opasiteler izlenir. Hastalık progrese oldukça pleuroparankimal kalınlaşma, retikülasyon, septal kalınlaşma ve traksiyon bronşiektazileri gelişir. Son dönemde üst loblarda büyük kistler ve buller görülebilir. Buna bağlı pnömotoraks riskinde artış olmaktadır. Histopatolojik incelemede, visseral plevra fibrozis ile birlikte intraalveolar fibrozis ve elastozis saptanır. Bir dizi hastalık ilişkisi tanımlanmış olsa da, PPFE'nin kesin olarak tanımlanmış tek bir nedeni yoktur ancak klinik veriler tekrarlayan pulmoner enfeksiyonla bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir. Klinik seyir, hastaların çoğunda progresyon eğilimindedir. Aile öyküsü olanlarda, genç, kadın hastalarda ve alt loblarda ÖP paterni varlığında hızlı ve progresif seyir görülmektedir. Ancak uzun süre stabil olan hastalar da mevcuttur. Antifibrotik ilaçların PPFE'deki etkisi tam olarak bilinmemektedir. Ancak hastalığı stabilize edip progresyonu yavaşlatabilir. FVC'deki azalma, idiopatik pulmoner fibrozise benzer şekilde PPFE'de de progresyonu gösterir. İlerlemiş olgularda destek tedavi yapılabilir. Ancak kesin tedavisi akciğer transplantasyonudur.

Anahtar Kelimeler: plöroparankimal fibroelastozis, platitoraks, akciğer transplantasyonu

PS-191 Langerhans Hücreli Histiositoz

Tuğçe Türk¹, Zehra Dilek Kanmaz¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tuğçe Türk / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner langerhans hücreli histiositoz(LCH) akciğerlerde langerhans hücre infiltrasyonunun görüldüğü etiyojisi bilinmeyen nadir interstisyel akciğer hastalığıdır. Klinik spektrumu non-produktif öksürük, nefes darlığından spontan pnömotoraksa kadar çok geniş olup olguların % 90'ından fazlası sigara içicisidir. Akciğer LCH'si olan yetişkinlerde semptomların stabilizasyonu ve iyileşmesi için sigarayı bırakmak kritik öneme sahiptir, sigarayı bıraktıktan sonra takip önerilir. Şiddetli veya ilerleyici hastalığı olan hastalar ve multisistem hastalığı olan hastalar için sistemik tedavi önerilir. En çok önerilen tedavi kladribindir, ancak uygun hastalarda BRAF veya MEK inhibitörlerinin kullanımı da düşünülmelidir.Bu çalışmamızda Langerhans hücreli histiositoz X tanılı dört hastayı sunduk.

Olgu: 1.olgu 67 yaşında erkek hasta. Öksürük, sırt ağrısı şikayetiyle polikliniğimize başvurmuş.50 paket/yıl sigara kullanımını mevcut. İskemik kalp hastalığı tanısı mevcut. Bilgisayarlı tomografi(BT)'sinde bilateral buzlu cam infiltrasyonu kavite mevcut. Pet-bt de enfeksiyon ön planda düşünülmüştür. Arb negatif neticelenmiştir. Fleksibl bronkoskopi(Fob) yapılmıştır. Her iki akciğer üst lob bronşundan lavaj örneği alınmıştır. Patoloji ,arb negatif neticelenmiştir. Sağ akciğer video yardımcı torakoskopi(vats) - wedge rezeksiyon yapılmıştır. Tanı LCH gelmiştir. Sigarayı bırakması önerilmiştir. Semptomları olan hastaya glukokortikoid tedavisi başlanmıştır. Yıllık takiplerine devam edilmektedir.2.olgu 49 yaşında kadın hasta . Nefes darlığı şikayetiyle polikliniğimize başvurmuştur. Aktif sigara içicisi 60 paket/yıl sigara içme öyküsü mevcut. Kronik hastalığı yok. İki akciğerde üst loblarda yaygın çoğu kaviter hale gelmiş nodül, hava kistleri izlendi.BT raporunda kistik akciğer hastalıkları düşünüldüğü belirtilmiştir. Göğüs cerrahisi sağ akciğer vats-wedge rezeksiyon yapmıştır. Patoloji sonucu LCH uyumlu bulunmuştur. Sigarayı bırakması önerilmiştir .Pulmoner Rehabilitasyona yönlendirilmiştir. Sigarayı bıraktıktan sonra semptomlarında gerilemiştir. Takipleri devam etmektedir.3.olgu 35 yaşında kadın hasta. Bilinen kronik hastalığı yok. Nefes darlığı , öksürük şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Aktif sigara içicisi.40 paket/yıl sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Toraks BT istendi. İki akciğerinde üst loblarda yoğun, hava kistleri izlenmekteydi. Ön planda kistik akciğer hastalıkları düşünüldü. Tanı amacıyla sağ üst lob wedge rezeksiyon yapıldı. Tanı LCH geldi. Sigarayı bırakması önerildi. İnfluenza aşısı önerildi. Hematolojiye yönlendirildi. Başka organ tutulumu olmadığından tedavi düşünülmeydi. Minimal semptomu olan hastaya glukokortikoid başlandı. Takibine devam ediliyor..4.olgu 60 yaşında erkek hasta nefes darlığı şikayetiyle hastanemiz polikliniğine başvurdu. Toraks BT 'sinde kistik lezyonları mevcuttu. Fob yapıldı. Sol üst lob posteriorndan Bronkoalveoler Lavaj gönderildi. Hastanın s100 ve CD1a pozitif geldi. LCH tanısı konuldu. Sigarayı bırakması önerildi. Asemptomatik hastanın takiplerine ilaçsız devam edilmektedir.

Tartışma-Sonuç: Tedavide ilk seçenek sigarayı bırakmak olmakla birlikte progresif vakalarda cytarabine, vinblastine, cladribine gibi ilaçlar kullanılmaktadır. Kistik akciğer hastalıklarının ayırıcı tanısında Pulmoner langerhans hücreli histiositoz düşünülmelidir.



Langerhans Hücreli Histiositoz



Olgu 1 : Tedavi Öncesi Toraks BT

Tedavi Sonrası Toraks BT

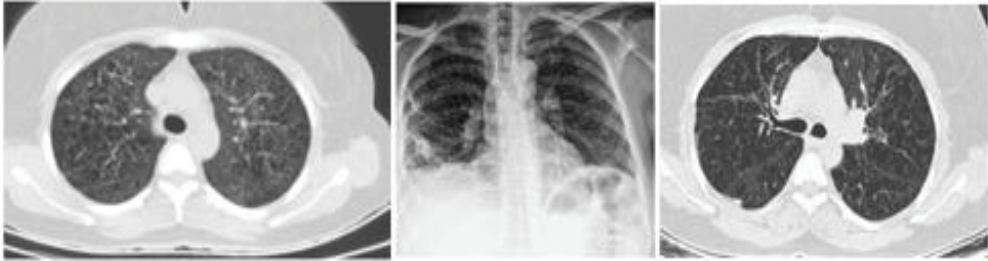
Tedavi Sonrası PAAG



Olgu 2: Sigara Kullanırken Toraks BT

Sigara Kullanırken PAAG

Sigara Biraktıktan sonra Toraks BT



Olgu 3: Tedavi Öncesi Toraks BT

Tedavi Öncesi PAAG

Tedavi Sonrası Toraks BT



Olgu 4 : Sigara Kullanırken Toraks BT

Sigara Biraktıktan sonra BT

Sigara Biraktıktan sonra PAAG

Tedaviden sonra/Sigara bıraktıktan sonra BT PAAG görüntüleri

Anahtar Kelimeler: Kistik Akciğer Hastalıkları, Pulmoner Langerhans Hücreli Histiositoz, Sigara

PS-192 Pulmoner Langerhans Hücreli Histiositozis: 4 Olgu Nedeni ile

Fatıma Yıldız¹, Dildar Duman¹, Mustafa Akyl¹

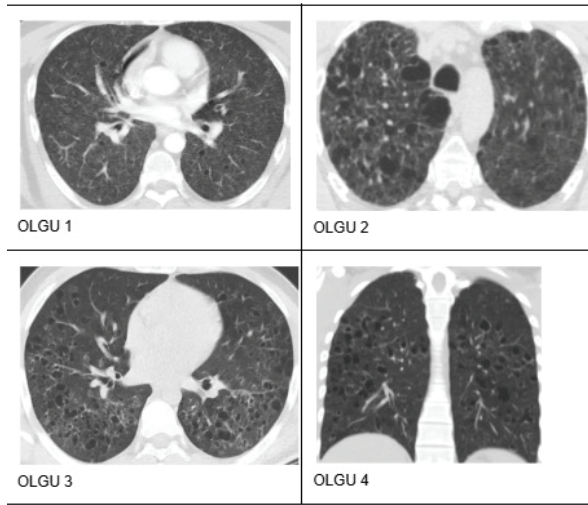
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Fatıma Yıldız / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner langerhans hücreli histiositozis (PLHH) akciğerlerde langerhans hücre infiltrasyonunun görüldüğü nedeni bilinmeyen nadir görülen bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Tedavide kortikosteroid, immunsupresif kullanımı ve klinik takip seçenekleri gündeme gelmektedir. Kliniğimizde tanı konan ve tedavisiz takip edilen dört PLLH olgusunu sizlere sunduk.

Olgular: OLGU 1: 43 yaş erkek 25/paketyıl smoker hasta iki aydır olan prodüktif öksürük ile başvurdu. Akciğer tomografisinde multiple kistik görünüm olan hastaya wedge rezeksiyon yapıldı. S-100: pozitif, CD1a: pozitif görüldü. Sitolojisi akciğer interstisyumunda bronşial odaklı eozinofil, lenfosit, plazmosit ve langerhans hücrelerinden oluşan yıldızlı, selüler nodüller, nodüller çevresinde kahverengi pigment yüklü makrofajlar, mikrokistik oluşumlar, fibrozis olarak sonuçlandı. PLHH tanısıyla hasta takibe alındı. 3 ay sonra spontan pnömotoraks gelişen ve tüp takılan hastada iyileşme görüldü. Sekiz senedir tedavisiz takip ettiğimiz hastamızda progresyon gözlenmedi. OLGU 2: 50 yaş smoker erkek hasta dört aydır olan nefes darlığı ve kilo kaybı ile başvurdu. Çekilen akciğer tomografisinde akciğeri homojen olarak etkileyen yaygın septal kalınlaşmalar ve her iki akciğerde dağınık yerleşimli milimetrik çok sayıda kistik lezyon izlendi. İleri işlem kabul etmeyen ve klinik radyolojik olarak LHH olarak değerlendirilen hastanın bir yıllık takibinde değişiklik izlenmedi. OLGU 3: 20 yaş erkek hasta beş aydır olan öksürük şikayeti ile başvurdu. 8 paket/yıl sigara öyküsü olan hastanın akciğer grafisinde retikülonodüler görünümü olup HRCT de akciğer orta ve üst zonlarda dominant yaygın kistik değişiklikler mevcuttu. Yapılan bronkoskopiye S100 ve CD1a negatif gelen hastaya vats biyopsi yapıldı ve PLHH ile uyumlu bulundu hastanın iki senedir takibi devam etmekte olup klinik ve radyolojik açıdan stabil seyretti. OLGU 4: 22 yaş 8p/y smoker olan erkek hasta öksürük ile başvurdu akciğer tomografisinde parankimde farklı şekil ve boyutlarda, çok sayıda kist ve kistlere eşlik eden nodüller görüldü. Yapılan FOB-BAL'ında CD1a ve S100 negatif, CD68 ise pozitif. İleri tetkiki kabul etmeyen hasta klinik radyolojik olarak PLLH kabul edildi. Sigarayı bırakan ve beş senedir takipte olan hastada progresyon görülmeydi.

OLGU TORAKS BT GÖRÜNTÜLERİ



Şekil 1

Tartışma-Sonuç: PLHH tedavisi konusunda randomize kontrollü çalışmalar yapılmamış olup klinikte steroid immunsupresif ve onkolojik ilaçlar kullanılabilir. Ancak PLHH'nin öncelikli tedavisi sigarayı bırakmak olup ilaç tedavisi olmaksızın takip bu hastalarda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner langerhans hücreli histiositozis, interstisyel akciğer hastalıkları



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-193 Nadir Görülen Pulmoner Nörofibromatozis Olgusu

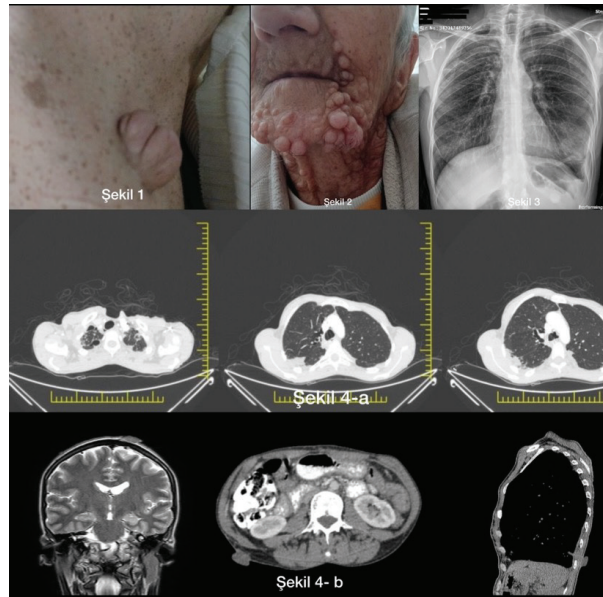
Sefa Murat Devran¹, Raghad Avcı¹, Ramazan Şahin¹, Levent Arafat¹, Barış Demirkol¹,
Ayşe Bahadır¹, Sibel Yurt¹, Mehmet Akif Özgül¹

¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Sefa Murat Devran / Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Ülkemizde nadir izlenen bir hastalık olan nörofibromatozis (NF), deri, sinir sistemi ya da her ikisini birden tutan, genetik geçişli heterojen bir hastalıktır. NF tip 1 ve NF tip 2 olmak üzere iki grup şeklinde değerlendirilir. Hastalığın en sık görülen, klasik veya periferik formu olan NF-1, 1882 yılında von Recklinghausen tarafından tanımlanmıştır. Göğüs duvarında kutanöz ve subkutanöz nörofibromlar, kifoskolyoz, kosta deformiteleri, torasik neoplazmalar, akciğer parankiminde büllöz, amfizematöz ve fibrotik değişiklikler şeklinde patolojiler görülebilir. Biz bu olgu sunumu ile NF-1'in akciğer parankimi tutulumunu ve etkilerini sunmayı amaçladık.

Olgu: Otuz sekiz yaş, kadın hasta 3 aydır artan nefes darlığı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde opere Gastrointestinal stromal tümör (GIST), TBC öyküsü mevcuttu. Sigara öyküsü yoktu. Soygeçmişinde annesi ve erkek kardeşinde nörofibromatozis tanısı mevcuttu. Tüm vücutta yaygın 'café-au-lait' lekeleri ile nörofibromları izlendi (Şekil1). Annesinde de yüzünde ve deride yaygın nörofibromlar olduğu öğrenildi (Şekil 2). Solunum sesleri bilateral azalmış ve bilateral üst zonlarda yer yer inspiratuvar ral vardı. Oda havasında olan hastanın vital bulguları stabildi. SFT'de FEV1: 2,88 L (%86), FVC: 3,12 L (%67), FEV1/FVC: %92 idi. Biyokimya normal sınırlarda idi. Akciğer grafisinde sol hemitoraks alt zonda opasite artışı ve sinüs künt olarak izlendi. Bilateral üst zonda daha çok sağda opasite artışı izlendi (Şekil 3) ve kontrastlı toraks BT'de bilateral akciğer parankiminde yer yer traksiyon bronşektazisi ve üst lob apikalde büllöz ve amfizematöz değişiklikler, sağ akciğer alt lob anterior ve sol akciğer alt lob anterior segmentlerinde fibroatektatik sekel değişiklikler ve plöroparankimal sekel kalınlaşmalar izlendi. Ciltte toraks duvarında ekzofitik yerleşimli nörofibromlar izlendi. Heller endeksi 2.12 ölçülmüş olup pektus karinatum ile uyumlu izlendi. (Şekil 4a ve b)Yapılan klinik ekzom dizi analizinde NF1 geninde patojenik varyant heterozigot olarak saptanmıştır. Nöroloji konsültasyonu sonrası NF1 tanısı konuldu. Mevcut pulmoner bulgular, sistemik ve genetik sonucu eşliğinde değerlendirildiğinde konsey kararı ile hastamıza Nörofibromatozis ilişkili diffüz akciğer hastalığı (NF-DLD) tanısı konuldu.



Tartışma-Sonuç: NF1'in geniş bir yelpazede pulmoner ve göğüs duvarı patolojileri ile karşımıza çıkabileceği unutulmamalıdır. Hastamızda görülen GIST, NF1 hastalarında en sık görülen nörolojik olmayan tümördür. NF1 tanılı hastalar özellikle malignite gelişme riski açısından yakın takibe alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İntersitiyel Pulmoner Hastalık, Nörofibromatozis, Gastrointestinal stromal tümör, Nörofibrom, Café-au-lait

PS-194 Kronik Eozinofilik Pnömonisi: Tanıdan Tedaviye Bir Olgu

Kadriye Nazlı Kara¹, Mediha Gönenç Ortaköylü¹, Belm Akbaba Bağcı¹, Büşra Özboilat¹, Ömer Kağan Gül¹, Ayşenur İlkyaz¹, Furkan Doğan¹

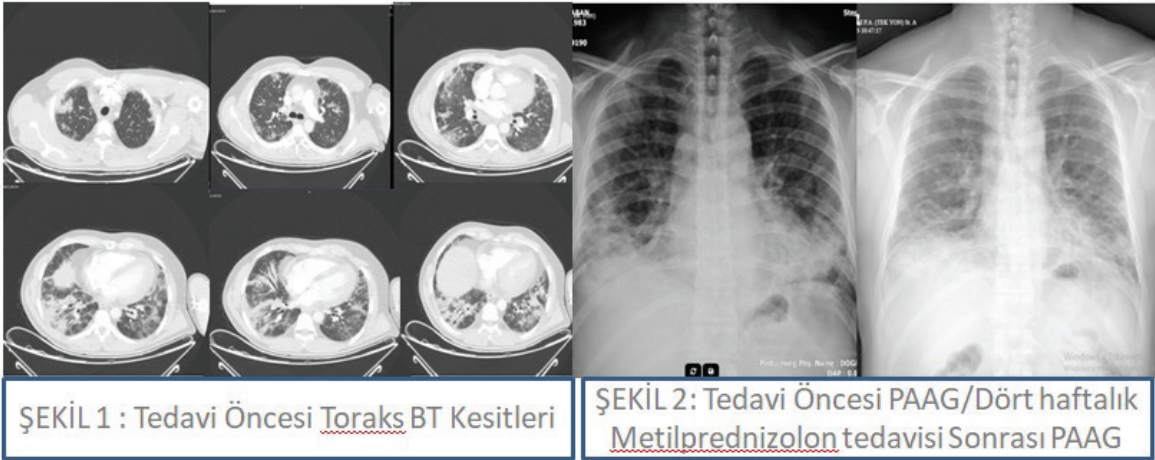
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Kadriye Nazlı Kara / Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Kronik eozinofilik pnömoni (KEP), akciğerin interstisyum ve alveolar boşluklarında eozinofillerin anormal ve belirgin birikimi ile karakterize bir idiyopatik hastalıktır. Alerjik hastalıklarla birlikteliği, periferik eozinofili ve serum IgE yüksekliği görülebilir. KEP, genellikle kortikosteroide dramatik yanıt verir ve tanısında bronkoalveolar lavajda %25'in üzerinde eozinofili olması ile konur.

Olgu: 41 yaşında, bilinen astım tanılı erkek hasta, polikliniğe nefes darlığı, öksürük ve hırıltılı solunum şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenesinde solunum seslerinde kabalaşma duyulan hastanın akciğer grafisinde dağınık infiltrasyonlar görüldü. Hastanın CURB-65 skoru 1 olarak belirlendi. Başlangıçta pnömoni ön tanısı ile makrolid grubu antibiyotik tedavisi başlandı ve hasta kontrol muayenesi için çağrıldı. Kontrol muayenesinde, hastanın akciğer grafisinde radyolojik progresyon izlendi. Toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. BT sonucunda, her iki akciğerde yaygın konsolidasyona varan, buzlu cam dansitesinde infiltrasyon alanları görüldü. Yapılan laboratuvar testlerinde, CRP: 51 mg/dl, Hb: 12.3 g/dl, nötrofil sayısı: $9.21 \times 10^3/\mu\text{L}$, WBC: $18.6 \times 10^3/\mu\text{L}$ ve total IgE: 7500 IU/ml olarak ölçüldü. Bu bulgular, pnömoni ön tanısını desteklese de, hastanın klinik durumu daha ayrıntılı bir şekilde değerlendirildi. Yatış değerlendirmesi sonucunda, hastanın semptomları ve laboratuvar bulguları, kronik eozinofilik pnömoni (KEP) ön tanısını düşündürdü. Hastaya intravenöz metilprednizolon ve 3. kuşak sefalosporin tedavisi başlandı. Fiberoptik bronkoskopi (FOB) ve bronkoalveolar lavaj (BAL) uygulandı. BAL sonucunda, alveoler histiosit %40, eozinofil lökosit %25, nötrofil lökosit %15, lenfosit %5, bronş epitel hücreleri %10 ve eritrosit %5 olarak tespit edildi. Eozinofil oranının %25 olarak ölçülmesiyle tanı doğrulandı. Hasta, alerji uzmanına konsulte edildi. Gaitada parazit aranması 3 kez negatif bulundu, cilt testinde (prick test) Aspergillus dahil atopi saptanmadı. Aspergillus antijen testi negatif sonuç verdi. Hastanın kontrol grafisinde radyolojik gerileme görüldü. Hasta, bir hafta boyunca 32 mg, bir hafta boyunca 16 mg ve bir hafta boyunca 8 mg oral metilprednizolon tedavisi alarak kontrole çağrılmak üzere taburcu edildi. Üç hafta sonra, kontrol grafisinde radyolojik gerileme izlenen hastanın takibine devam edilmektedir.

RADYOLOJİ



Tartışma-Sonuç: Kronik eozinofilik pnömoni, astım, alerjik hastalıklar, ilaç reaksiyonları ve çevresel alerjenlere bağlı gelişebilir. Yavaş iyileşen pnömoni, bilateral infiltrasyon ve yüksek eozinofil oranı ile düşünülmelidir. Geri dönüşümsüz fibrozis sonucu zaman zaman fizyolojik açıdan önemli kısıtlayıcı akciğer fonksiyon bozukluklarına yol açar; ancak bu bozukluklar genellikle hafif olduğundan, nadir görülen bir morbidite veya ölüm nedenidir. Tekrar edebileceği unutulmamalı, hastaların tedavisinde gerekirse multidisipliner değerlendirmelere başvurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Eozinofil, infiltrasyon, kortikosteroid



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

➔ 11 Nisan 2025, Cuma

Poster Bildiri Oturumu 11: İnterstisyel Akciğer Hastalıkları

PS-195 İlerleyici Dispne ve Öksürükle Başvuran Pulmoner Alveolar Mikrolitiazis Olgusu

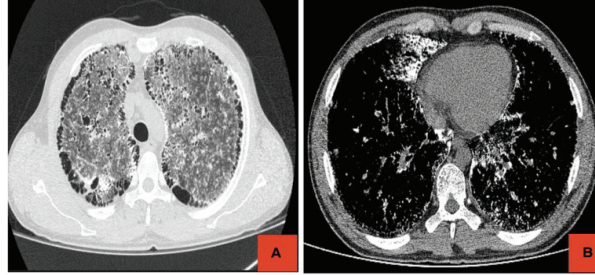
Emrullah Urtekin¹, Veysi Tekin¹, Abdurrahman Şenyiğit¹

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

Emrullah Urtekin / Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D., Diyarbakır, Türkiye

Giriş-Amaç: Pulmoner Alveolar Mikrolitiazis (PAM) kalsiyum fosfat çökeltilerinin intraalveoler birikiminin neden olduğu nadir bir hastalıktır. Etiyoloji tam olarak bilinmemekle birlikte, hastaların birçoğunda pozitif aile öyküsü mevcuttur. Kalsiyum fosfat birikimi, SLC34A2 geni tarafından kodlanan sodyum-fosfat IIb taşıyıcı proteinindeki fonksiyon bozukluğundan kaynaklanmaktadır. Hastalar genellikle tanı anında asemptomatik olup, öksürük, eforla olan nefes darlığı ve nadiren solunum yetmezliği kliniği ile de başvurabilirler. Direkt grafide; genellikle bilateral alt zonlarda belirgin yaygın mikronodüler görünüm karakteristiktir. Tanıda yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) önemli bir yere sahiptir. Kesin tanı akciğer biyopsisi ile konur.

Olgu: 36 yaşında erkek hasta son 1 yıldır devam eden nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde her iki akciğer bazalde ral mevcuttu. Hemogram, biyokimya ve idrar tetkikleri normaldi. Solunum fonksiyon testlerinde (SFT); FEV1: 2.76 L (%92), FVC: 3.40 L (%98), FEV1/FVC: %81 idi. Karbonmonoksit difüzyon kapasitesi (DLCO): %64, olarak saptandı. YÇBT'de; alt zonlarda belirgin olmak üzere akciğer parankiminde bilateral yaygın mikronodüler kalsifikasyon saptandı (Şekil 1a-1b). Tanıya yardımcı olarak Tc-99m (MDP) verildikten sonra yapılan tüm vücut kemik sintigrafisinde akciğer bazallerde artmış tutulum saptandı. Hasta klinik ve radyolojik olarak PAM kabul edilerek takibe alındı.



Resim 1. YÇBT'de bilateral mikrolit görünümü.

Tartışma-Sonuç: Pulmoner alveolar mikrolitiazis (PAM), alveolar boşlukta kalsiyum-fosfat kristallerinin birikmesine neden olan nadir bir akciğer hastalığıdır. En yaygın görülen bulgular dispne, kuru öksürük, göğüs ağrısı ve yorgunluktur. Akciğer grafisinde mikrolitler kum fırtınası benzeri görünüme neden olmaktadır. Toraks BT'de de intraalveolar kalsifikasyonlar, mikronodüller, buzlu cam opasiteleri, septal kalınlaşmalar ve subplevral kistler görülebilmektedir. SFT genelde normal olup hastalığın ilerleyen dönemlerinde restriktif tipte bozukluk ve difüzyon testinde düşme saptanır. Tipik radyografik bulguların varlığında ve SCL34A2 mutasyonunun gösterilmesi ile tanı konulmaktadır. Genetik tanı mümkün olmadığında, bronkoalveolar lavaj veya akciğer biyopsisi ile mikrolitlerin gösterilmesi gerekmektedir. Hastalığın ayırıcı tanısında özellikle miliyer tüberküloz, sarkoidoz, pnömokonyozlar ve pulmoner hemosiderozis gibi benzer radyolojik görünümlere sahip hastalıklara dikkat edilmelidir. Hastalar en sık miliyer tüberküloz tanısı ile yanlış tedavi almaktadır. PAM'da onaylanmış tıbbi veya genetik bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Erken dönemlerde saptanan PAM olgularında disodyum etidronat ile mikrolit birikiminde radyolojik olarak gerileme olduğuna dair bazı yayınlar bulunmaktadır. Günümüzde tek etkili tedavi yöntemi akciğer transplantasyonudur.

Anahtar Kelimeler: pulmoner alveoler proteinozis, mikrolit, SCL34A2 mutasyonu

PS-196 Lenfanjiroleiomyomatozis : Akciğerin Nadir Görülen Kistik Hastalığı Üzerine Bir Olgu Serisi

Sümeyye Sedef¹, Pınar Mutlu¹

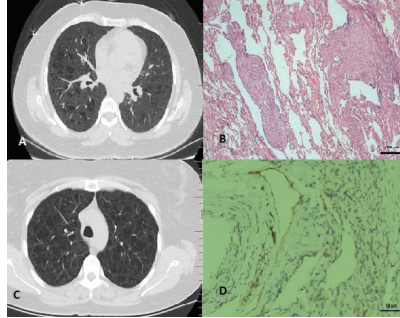
¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Sümeyye Sedef / Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Lenfanjiroleiomyomatozis (LAM), çoğunlukla doğurganlık çağındaki kadınları etkileyen nadir bir akciğer hastalığıdır. Hastalık, sporadik veya tuberosklozosis sendromunun bir parçası olarak ortaya çıkabilir. Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte hastalığın menarş öncesi görülmemesi, menapoz sonrası ise nadiren karşılaşılmaması sebebiyle östrojenin hastalığın progresyonunda önemli bir rolü olduğunu düşündürmektedir. LAM hastaları genellikle efor dispnesi ve pnömotoraks ile başvururlar. Tanı için yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) önerilir ve genellikle her iki akciğerde yaygın ince duvarlı, yuvarlak hava kistleri görülür. Kesin tanı için akciğer biyopsisi gerekir. Nadir görülmesine rağmen kliniğimizde son 2 yılda LAM tanısı alan 5 hasta, literatür eşliğinde sunuldu.

Olgu: Olgu 1:40 yaşındaki kadın hasta, dispne ve öksürük şikayetleriyle başvurdu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde(BT) ince cidarlı hava kistleri ve bleb formasyonları görüldü. Yapılan wedge rezeksiyon patolojisinde, akciğer parankiminde multipl benign lenfatik kanallar, irregüler amfizem, atelektatik değişiklikler, deskuamasyon bulguları izlendi. LAM ile uyumlu görülerek sirolimus tedavisi başlandı. Olgu 2:42 yaş kadın hasta 3 aydır artan efor dispnesiyle başvurdu. Toraks btsinde düzgün konturlu multipl hava kistleri, peribronşial duvar kalınlaşması sebebiyle pulmoner lenfanjiroleiomyomatozisden şüphelenildi. Wedge rezeksiyon sonrası patolojik olarak lenfanjiroleiomyomatozis tanısı konularak sirolimus tedavisine başlandı. Olgu 3:2011 yılında patolojik olarak LAM tanısı alan 54 yaş kadın hasta artan nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Toraks btsinde yaygın ince cidarlı hava kistleri izlendi. Sirolimus tedavisinin devamı önerildi. Olgu 4:Lenfanjiroleiomyomatozis tanılı 52 yaş kadın hastanın nefes darlığı ve öksürük şikayeti mevcut.2019 yılında iki kere pnömotoraks öyküsü vardı.Akciğer parankiminde bilateral dağınık olarak yerleşim gösteren yuvarlak şekilli, ince duvarlı multiple hava kistleri görüldü. Bulgular değerlendirildiğinde lenfanjiyoleiomyomatozis ile uyumlu olarak raporlandı. Sirolimus başlandı. Olgu 5:48 yaş kadın hastanın toraks btsinde yaygın hava kistleri ve eşlik eden yer yer bronşektaziler görüldü. LAM ön tanısı koyuldu ancak hasta ileri tetkik ve tedaviyi kabul etmedi.

Olgulara ait toraks bt ve patoloji kesitleri



Şekil A: 1.olguya ait toraks tomografisinde ince cidarlı hava kistleri ve bleb görüntüsü Şekil B: 1.olguya ait patoloji kesitinde izlenen Alveolar duvarda genişlemiş lenfatikler ve kas dokusu proliferasyonu Şekil C: 2.olguya ait toraks tomografisinde düzgün konturlu multipl hava kistleri ve kistlere sekonder normal akciğer parankiminde belirgin azalma Şekil D: 2.olguya ait patoloji kesitinde izlenen dilate lenfatik kanallar

Tartışma-Sonuç: Lenfanjiyoleiomyomatozis (LAM) akciğerleri, böbrekleri ve lenfatikleri etkileyen bir hastalıktır, progresiftir ve solunum yetmezliğine yol açabilir.Nefes darlığı, tekrarlayan pnömotoraks, şilotoraks ve hemoptizi gibi semptomlar en sık başvuru sebeplerindedir. Tedavinin amacı semptom kontrolü, hayat kalitesini iyileştirmek ve progresyonu yavaşlatmaktır. Sirolimus,hormon replasman tedavileri ve akciğer transplantasyonu gibi farklı tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Sirolimus, mTOR inhibitörü bir makrolid antibiyotiktir. T lenfosit aktivasyonunu ve B lenfosit farklılaşmasını önler. Bizim olgularımızda hastalığın tipik özelliklerine uygun yaş aralığındaki kadın hastalarda görülmüş olup literatürü desteklemektedir ancak nadir görüldüğü bilinmesine rağmen bölgemizde son 2 yıl gibi kısa sürede radyolojik ve patolojik olarak LAM tanısı alan 5 olgu olması nedeniyle literatüre katkı yapmak amacıyla olgu serimizi sunduk.

Anahtar Kelimeler: Tuberosklozosis, Pnömotoraks, Pulmoner lenfanjiroleiomyomatozis, Sirolimus



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-197 COVID-19 İle Tetiklenen Polianjitis Granulomatozis Akciğer Tutulumu Olgusu

Muhammed Fatih Yalçinkaya¹, Ayşe Baççıoğlu¹

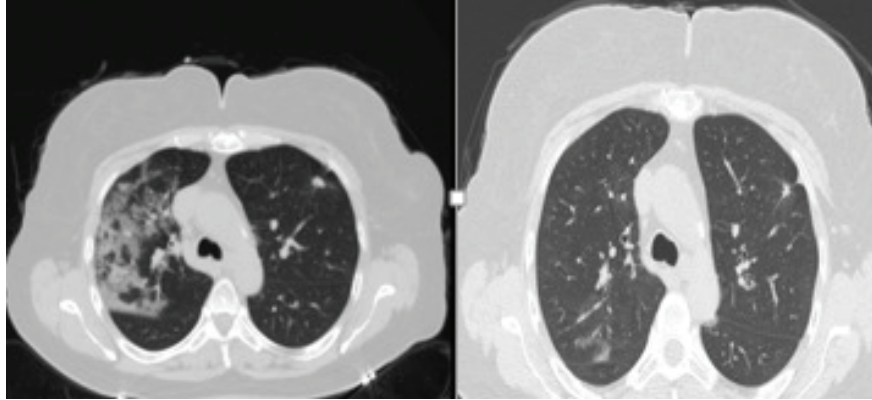
¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Muhammed Fatih Yalçinkaya / Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Polianjitis granülomatozis (GPA) küçük-orta boy damarların nekrotizan vaskülit ile karakterize kronik granülatöz hastalıktır. Tek bir organla sınırlı veya %50-90 sıklıkla akciğer tutulumu görülebilmektedir. Burada yeni koronavirüs-19 hastalığı (COVID-19) sonrası akciğer komplikasyonları gelişen immüno-supresif GPA olgusu sunulmuştur

Olgu: 53-y-kadın COVID-19 PCR (+) ardından 20.gününde nefes darlığı, öksürük ve halsizlikle göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Gelişinde oksijen (O₂) saturasyonu %94, akciğer bazallerinde krepitan ralleri dışında sistem muayene bulguları normaldi. Özgeçmişinde GPA (2012'den beri) tanısı ve stres inkontinansı vardı. Siklofosfamidin mesane yan etkileri nedeniyle azatiopirin kullanılmaktaydı. Son 5 yıldır semptomları kontrol altında iken, COVID-19 sonrası akciğer enfeksiyonu nedeniyle yatışı yapıldı. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) COVID-19 uyumlu olabilecek bilateral santral ve periferik parankim alanlarında buzlu cam lezyonları vardı. Yatış c-reaktif protein (crp): 55.9 mg/L, sedimentasyon: 75 mm/st, idararda proteinurinin dışındaki kan değerleri normaldi. Hastanın daha önce c-antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) pozitifliği bulunmakta olup, yatışında c- ve p-ANCA, ANA, anti-ds-dna'sı negatifti. Yatışındaki nazo-faringeal sürüntü viral solunum paneli negatifti. CMV-IgM negatif ve IgG (160) pozitif geldi. Hastaya bronkopnömoni tanısıyla moksifloksasin, inhaler kortikosteroid (KS) ve bronkodilatör başlandı. Ancak, nefes darlığı ve öksürük şikayetlerinin artması, yüksek ateş ve p-a grafide infiltrasyon artışı nedeni meropenem, metil-prednizolon 40 mg/gün ve lenfopenisi için de tmp-smx eklendi. Ancak nefes darlığı arttı ve O₂ saturasyonu % 88'e düştü. Yeni toraks BT'de sol üst lobda yeni nodüler-konsolide dansite artımı (kavite), bilateral periferik baskın buzlu cam opasitesi zemininde konsolide alanlarda artış ve bilateral plevral effüzyon izlendi. Ateşi 38 derece oldu; kan-ıdrar kültürlerinde üreme olmadı. Romatolojinin bölümünün de önerisiyle GPA akciğer tutulumu tanısıyla puls KS (1000 mg/gün) 3 gün verildi. Sonrasında kliniğinde, laboratuvar ve pa grafisinde iyileşme görüldü. Genel durumu düzelen hasta oral KS ve inhaler tedaviyle taburcu edildi. Altı ay sonraki kontrol BT'de lezyonları tamamen gerilemişti.

TEDAVİ ÖNCESİ VE SONRASI



Tartışma-Sonuç: Bu olgu COVID sonrası GPA'ya bağlı akciğer tutulumu gelişmesi açısından ilginçtir. Klinik ve radyolojik özelliklerdeki benzerlik göz önüne alındığında, GPA ile COVID-19 arasında ayırım yapmak zordur. Akciğerde kavite-prekaviter dansiteler, proteinüri, antibiyotiğe yanıtızlık ve KS'e yanıt gibi özellikler, GPA'yı COVID-19'dan ayırmaya yardımcı olur. Özellikle atipik prezentasyonlu immüno-supresif GPA hastalarında COVID-19 ve sonrası akciğer bulgularının değerlendirilmesinde enfeksiyonun yansıra vaskülit aktivasyonu açısından dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Polianjitis granülomatozis, pnömoni, covid-19

PS-198 NSIP Ve SJÖGREN Birlikteliğinde Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon

Mehmet Burak Öztürk¹, Nalan Ogan¹

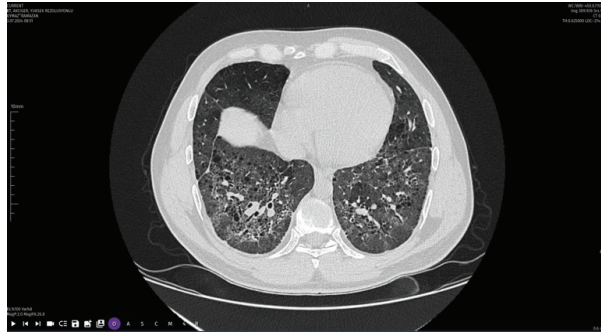
¹Etlik Şehir Hastanesi

Mehmet Burak Öztürk / Etlik Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner arteriyel hipertansiyon (PAH), pulmoner hipertansiyon ailesinde olan, progresif, tedavi olmadan yüksek morbidite ve mortaliteye yol açan pulmoner vasküler yapının hastalığıdır. Nonspesifik interstisyel pnömoni (NSIP), yaygın pulmoner tutulum ile görülebilen, buzlu cam dansitesi başta olmak üzere interstisyel paterni farklı tutulumları ile görülebilen bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Birçok farklı etiyojiden kaynaklanabilen bu durumda, romatolojik hastalıkları olmak üzere birçok ayırıcı tanı bulunmaktadır. Bu olguda, Sjögren Sendromuna sekonder olarak değerlendirilen ve PAH ile beraber görülen bir hasta sunulmaktadır.

Olgu: Kırk iki yaşında erkek hasta, 3-4 gün içinde nefes darlığında artış olması üzerine acile başvurmuş. Direk grafide yaygın infiltratifasyon ve oda havasında arteriyel kan gazında desatürasyon olması nedeniyle servise yatırıldı. Fizik muayenesinde bilateral ralleri mevcut olan hasta için yapılan ileri araştırmada, çekilen Toraks Tomografisinde (TBT) yaygın buzlu cam ve traksiyon bronşiektazi olması nedeniyle NSIP ön tanısı düşünüldü. Hastanın yapılan Ekokardi-yografi'sinde (EKO) sistolik pulmoner arteriyel basıncı (sPAB) 62+10 mmHg olarak görülen hastaya istenilen kontrol ekokardiografide de benzeri olarak artmış sPAB (52+10 mmHg) olarak görüldü. Pulmoner hipertansiyon teyidi için yapılan sağ kalp kataterizasyonunda pulmoner vasküler direnç 8 wood ünite, kapiiler wedge basıncı:4 mmhg ve pulmoner arter basıncı 50 mmhg olarak saptandı. Hastada pre-kapiller PAH düşünüldü. Etiyoloji açısından romatolojik doku belirteçleri de gönderilen hastanın Anti-sentromer pozitifliği gözlemlendi. Romatolojik sorgulamasında kuru göz, kuru ağız tarifleyen ve göz muayenesi de kuru göz ile uyumlu olan hastanın Romatoloji tarafından Sjögren ön tanısı için yapılan minör tükürük bezi biyopsisinde de Sjögren Sendromu ile uyumlu olarak görüldü. Sjögren'e sekonder interstisyel akciğer hastalığı ve pulmoner hipertansiyon düşünüldü. Multidisipliner konseyde değerlendirilen hastaya 32 mg metilprednizolon ve mikofenolat mofetil başlandı. Şu anda tedavisinin 3. ayında olan hastanın kontrol EKO'suna göre PAH açısından ilaç tedavisinin başlanması planlandı.

TORAKS BT GÖRÜNTÜSÜ



Tartışma-Sonuç: Sjögren sendromu, birçok farklı klinik ile kendisini gösterebilen multisistemik bir hastalıktır. Pulmoner tutulumu, sistemik tutulumun bir parçası olarak görülebildiği gibi, pulmoner tutulum olmadan da pulmoner hipertansiyona yol açabilen bir durumdur. Kendisi sendromik olarak yaygın organ tutulumu ile gidebilen, CREST sendromu, ve bu hastada hem akciğer tutulumu (NSIP), hem sistemik tutulum (Primer Pulmoner Hipertansiyon) komponenti olduğu durumlarda, sistemik immunsupresif tedavi hastalık kontrolü için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: NSIP, sjögren, pulmoner arter hipertansiyon



PS-199 Fonksiyon Kaybı Oluşturmayan Bir Lagerhans Hücreli Histiyozis Olgusu

İzel Boztaş¹, Fatma Demirci Üçsular¹

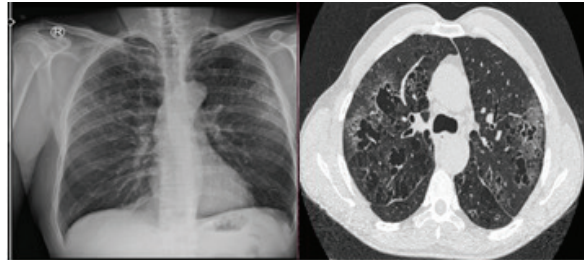
¹SBÜ, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

İzel Boztaş / SBÜ, Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner Langerhans Hücreli Histiyozis (LHH) CD1a yüzey antijeni içeren Langerhans hücrelerinin dokuları infiltrasyonu ile oluşan etiyolojisi bilinmeyen nadir bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Klinik spektrumu non-produktif öksürük, nefes darlığından spontan pnömotoraksa kadar olup olguların %90'ından fazlası sigara içicisidir. Hastaların %20-25'i tanı anında asemptomatikdir. Toraks BT 'de üst ve orta zonlarda retikülonodüler ve kistik görünümünün olması karakteristiktir. Bronkoskopide yapılan bronkoalveolar lavaj (BAL)'da total lenfosit sayısı artmış. CD4/CD8 azalmıştır.Langerhans hücreleri (CD1a) hücrelerinin %5'in üzerinde olması güçlü bir tanı kriteridir. Standart tedavisi olmamakla birlikte ilk basamak tedavi sigaranın bırakılmasıdır.Sigara bırakmasına rağmen hastanın semptomları devam ederse kortikosteroid de verilebilir. Olgumuz nadir görülen bir hastalık olduğundan sunulmuştur.

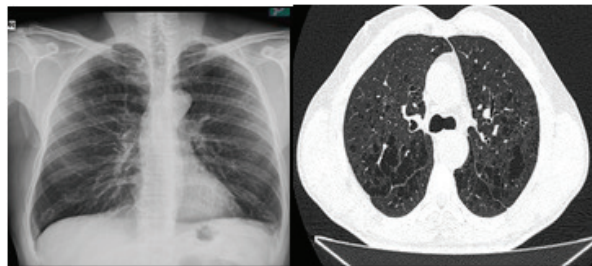
Olgu: 54 yaşında erkek hasta çalıştığı iş yerinde rutin sağlık tarama işlemleri sonrası tarafımıza yönlendirilmesi ile polikliniğimize başvurdu. Hasta cam kesme ve takma işinde çalışıyordu. Hayvan besleme öyküsü yok ve aktif sigara içicisi olup 86 paket/yıl sigara öyküsü mevcut olduğu öğrenildi. Bilinen kronik hastalığı olmayan hastanın soy geçmişinde özellik mevcut değildi. Hastanın romatolojik markerları negatif gelmiştir. Aktif şikayeti olmayan hastanın fizik muayenesinde oskültasyonda solunum sesleri normaldi. Hastanın yapılan SFT ve DLCO değerleri: FEV1/FVC:%72, FVC:5 L(%115), FEV1:4.19L(%110), DLCO:7.81ML/mmHg/DK(%73).Hastanın yapılan görüntüleme tetkiklerinde Posteroanterior(PA) akciğer grafisinde bilateral akciğerde üst-orta zon periferinde daha belirgin olmak üzere yaygın kistik retikülonodüler dansite artımları mevcuttu (Şekil 1). Çekilen Toraks BT'sinde üst loblarda daha belirgin sağ orta lob, sol linguler segment ve her iki alt lob süperior bazal segmentlerde yer yer kistik, yer yer bronşiektaziler, kalın cidarlı hava kistleri ve her iki üst lob anterior segmentlerde kortikal akciğerde bal peteği akciğer görünümü izlendi (Şekil-2). Hastanın yapılan bronkoskopi sonucunda BAL yaymalarında %85 alveolar makrofaj,%7 lenfosit,%2 nötrofil lökosit,%3 eozinofil, %3 bronş epitel hücreleri izlenmiştir. İHK ile S-100 (-),CD1a (%5 üzerinde+) izlenmiştir. Yoğun sigara içicisi olan hastaya radyolojik ve patolojik sonuçları eşliğinde LHH tanısı konuldu. Sigara bırakması önerildi. 2 yıl aralıklı takiplerinde semptomlarında ilerleme olmadı (Şekil-3).

Görüntüleme Tetkiki



Şekil-1 Tanı anı PAAG

Şekil-2:Tanı anı toraks BT kesiti



Şekil-3:Kontrol PAAG

Şekil-3 :Kontrol toraks BT kesiti

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Tartışma-Sonuç: LHH en sık 20–40 yaşları arasında görülen nadir bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Gerçek prevalans ve insidansı bilinmemektedir. Olguların %75–80'inde ilk tanı anında non–produktif öksürük, nefes darlığı bulunurken olgumuzda olduğu gibi semptomsuz vakaların da görülebileceği akılda tutulmalıdır. Aynı zamanda 54 yaşındaki olgumuzda olduğu gibi orta –ileri yaşta da olabileceği akılda tutulmalıdır. Olguların % 90'ından fazlasının sigara içicisi olması patogenezinde sigaranın önemli bir yer tuttuğunu düşündürmektedir. Olgumuzda olduğu gibi sadece sigaranın bırakılması ile hastalığın progresyonunun engellenebildiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Langerhans hücreli histiyositozis, sigara, CD1a, kistik retikülonodüler dansite



PS-200 MPO ANCA Pozitifliği ile İlişkili İntertisyel Akciğer Hastalığı: Bir Olgu ile

Gözde Mit¹, Müçteba Enes Yayla², Miraç Öz¹, Serhat Erol¹

¹ankara üniversitesi tıp fakültesi göğüs hastalıkları ad

²ankara üniversitesi iç hastalıkları ab,romatoloji bd

Gözde Mit / Ankara üniversitesi tıp fakültesi göğüs hastalıkları ad

Giriş-Amaç: Çeşitli nedenlerle çekilen toraks bilgisayarlı tomografilerinde (BT) raporlanan akciğer parankim bulgularının ayırıcı tanısı çok geniştir. Kesin tanı için hastanın hobileri, maruziyetleri, ek hastalıkları ve kullandığı ilaçların sorgulanması, hastanın radyolojik ve romatolojik olarak multidisipliner değerlendirilmesi önemlidir. Multidisipliner değerlendirmenin önemini vurgulamak için Perinükleer Antinötrofil Sitoplazmik Antikor (MPO ANCA) pozitifliği ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (İAH) tanısı alan bir olguyu amaçladık.

Olgu: Yetmiş üç yaşında kadın hasta diabetes mellitus tanısı ile endokrinoloji kliniğinde takip edilirken çekilen posterioanterior akciğer grafisinde mediastende genişleme, trakeada sağa deviasyon, bilateral hiler dolgunluk ve alt zonlarda heterojen gölge koyulukları görülmüştür (Şekil 1). İleri tetkik için çekilen torak BT'de fibroatelektatik değişiklikler, her iki akciğerde periferik ve alt loblarda baskın buzlu cam, konsolidasyon sahaları ve yer yer ters halo görünümü saptanmıştır (Şekil 2). İnterstisyel akciğer hastalığı açısından etiyolojiye yönelik olarak romatolojik değerlendirmesi yapılmış ve ANCA++ ve MPO ANCA 19.9 U/ml olarak yüksek görülmüştür. Romatoloji kliniği ile yapılan değerlendirmede hastanın mevcut radyolojik bulgularını açıklayacak başka hastalık saptanmaması üzerine ANCA ilişkili İAH tanısı konulmuştur. Solunum fonksiyon testlerinde akım hızları ve difüzyon kapasitesi ölçümü normal olan hastada fonksiyonel kayıp olmaması ve komorbiditeleri olması nedeniyle hasta tedavisiz takibe alınmıştır.

Tartışma-Sonuç: MPO ANCA varlığının nötrofillerin aktivasyonu ile otoimmün yanıtı tetiklediği, aktive olan nötrofillerin lokal olarak elastaz veya nötrofil hücre dışı tuzakları gibi proteolitik enzimler salgılayarak pulmoner doku hasarına ve fibrozise neden olduğu düşünülmekte olup, tekrarlayan alveolar hemorajilerin de pulmoner fibrozis yaptığı düşünülmektedir. Sıklıkla 65 yaş ve üzerinde, erkek cinsiyette daha sık görülmekte olup radyolojik olarak; yaygınlıkla buzlu cam opasiteleri, retikülasyon, interlobüler septal kalınlaşma, konsolidasyon, nodüler patern ve bal peteği fibrozisi şeklinde görülebilir. Hastalarda en sık görülen radyolojik patern olağan interstisyel pnomonidir. Bu grup hastalarda radyolojik ve romatolojik değerlendirmenin ayrıntılı yapılması, multidisipliner yaklaşımla tanının doğrulanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: ANCA, İAH, RF, buzlu cam görüntüsü



PS-201 Bir Olgu Sunumu: Hipersensitivite Pnömonisi

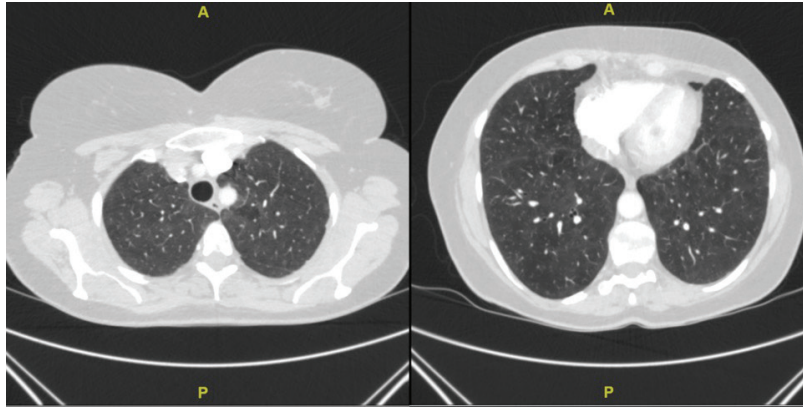
Vahide Özdemir¹, Selen Doğan¹, Deniz Doğan Mülazimoğlu¹, Turan Acıcan¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.

Vahide Özdemir / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.

Giriş-Amaç: Hipersensitivite pnömonisi (HP) çeşitli antijenlerin inhalasyonu sonucu gelişen, parankimin ve küçük hava yollarının immün aracılı, iltihabi ve/veya fibrotik hastalığıdır. Klinik prezentasyon maruziyet tipi süresi ve hastanın immün sistemine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Aynı antijene maruz kalan kişilerin küçük bir kısmında hastalık geliştiğinden hastalığın genetik bir predispozisyonu olduğu düşünülmektedir. Antijen tespiti, hastalığın sağaltımında kritik öneme sahiptir. Biz de antijen tespitinde zorlandığımız bir olguyu, bunu hatırlatmak amacı ile sunuyoruz.

Olgu: 61 yaşında, non-eozinofilik astım tanılı kadın hasta 1 yıldır ara ara olan hırıltılı solunum, mMRC-III düzeyinde nefes darlığı ile tarafımıza başvurdu. Solunum fonksiyon testinde (SFT) FVC:2.08L (%72), FEV1:1.59L (%65), FEV1/FVC:%77, DLCO: %39, oda havasındaki arter kan gazında (AKG) pH:7.47 PaCO₂: 29 mmHg PaO₂: 55 mmHg SaO₂: %89 HCO₃: 23 mmol/L görüldü. Fizik muayenesinde solunum sesleri doğal ve hemogram, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi; fakat D-Dimer 873 ng/mlFEU saptandı. Çekilen akciğer grafisinde patolojik bulgu görülmedi. Dispne tarifleyen, AKG'si hipoksemik hipokapnik, SFT'de DLCO düşüklüğü, D-Dimer yüksekliği saptanan hastaya pulmoner tromboemboli (PTE) ekartasyonu açısından pulmoner bilgisayarlı tomografili anjiyografi çekildi: PTE ile uyumlu dolum defekti görülmezken her iki akciğer alt loblarda mozaik perfüzyon izlendi. Ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %60, sistolik pulmoner arter basıncı 25 mmHg ve kalp boşlukları normal boyutta saptandı. Olası interstisyel akciğer hastalığı açısından istenen romatolojik immün markerları negatif saptandı. Antijen maruziyet öyküsü sorgulandığında hastanın 1 yıldır evinde boğma rakı ürettiği ve evinin alt katında 500 adet muhabbet kuşu yetiştirildiği, dükkanın havalandırma filtresinin hastanın evinin balkonuna açıldığı öğrenildi. Maruziyet ve semptom süresinin birbiriyle uyumlu olması nedeniyle ön tanıda HP düşünülerek alternatif tanıları dışlamak amacıyla hastadan bronkoalveolar lavaj (BAL) alındı. BAL sıvısında %93 lenfosit %6 monosit/makrofaj %1 granülosit, lenfositlerin %91 T hücre ve CD4/CD8 oranı 1.7 olarak raporlanması üzerine HP tanısı kondu. Hastaya 0.5mg/kg metilprednisolon tedavisi başlandı. Hastanın antijenden uzaklaştırılması için muhabbet kuşu presipitan antikor sonuçları beklenmektedir. Pozitif çıkması durumunda muhabbet kuşlarından uzaklaştırılması, negatif çıkması durumunda evde boğma rakı üretiminden vazgeçmesi önerilecektir.



Toraks Bilgisayarlı Tomografide Mozaik Perfüzyon Paterni

Tartışma-Sonuç: Öksürük ve nefes darlığı semptomlarıyla gelen hastaların akciğer grafileri normal olsa bile HP açısından ayrıntılı anamnezleri alınmalıdır. Çünkü olguların akut, subakut dönemlerinde grafileri normal olabilir. Tedavide en önemli bileşen antijen maruziyetinin en kısa sürede kesilmesidir, hastanın etkenden uzaklaştırılması çoğu olguda yeterli olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hipersensitivite Pnömonisi, Interstisyel Akciğer Hastalığı, Maruziyet



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-202 Çoklu İlaç Alerjisi Olan ve Pirfenidona Bağlı Cilt Reaksiyonları Gelişen Olgu

Dildar Duman¹, Mesut Çınar¹, İsmet Bulut¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Mesut Çınar / Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF): İdiyopatik pulmoner fibrozis nedeni bilinmeyen progresif seyreden tedavisiz sağkalımı 3-5 yıl arasında bildirilen fibrotik interstisyel akciğer hastalığıdır. Tedavisinde hastalık progresyonunu yavaşlatmada etkili olduğu gösterilen antifibrotik ilaçlar: pirfenidon ve nintedanib kullanılmaktadır. Pirfenidon kullanımında bulantı kusma en sık bildirilen yan etki olmakla birlikte fotosensivite %10-15 hastada görülebilen önemli bir yan etki oluşturur.

Olgu: 64 yaşında, bilinen meme CA(2009 yılında opere olmuş, kemoterapi ve radyoterapi almış)tanısı olan kadın hasta haziran 2023 den itibaren İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF) tanısı ile takip ediliyor. İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF) tanısı ile titrasyon ile pirfenidon tedavisi başlanan hasta 4x600 mg pirfenidon ile tedavisine devam etmekte iken tedavinin 1. Yılında pnömoni nedeniyle servise yatırıldı. Servis yatışında moksifloksasin başlanan hastada antibiyotik sonrası kolda kızarma ve kaşıntı şikayetleri olması üzerine ilaç stoplandı ve şikayetleri geriledi. İPF tedavisine devam edilen hasta eylül 2024 'te el kol ve yüzde daha belirgin olmak üzere tüm vücutta olan ciltte morarma ve renk değişikliği tarifledi, pirfenidon stoplandı. Dermatoloji tarafından konsülte edilen hasta fotokontakt dermatit olarak değerlendirildi. Cilt biyopsisi yapılan hastanın biyopsi sonucu ashy dermatozis olarak raporlandı ve fototerapi başlandı. Hasta alerji ve immünoloji kliniği ile konsülte edildi. Nintedanib açısından prick ve opt testi yapıldı ve negatif bulundu. Hastaya nintedanib 150 mg 2x1 başlandı. Takiplerinde cilt lezyonlarında gerileme olan hastanın tedavisine Nintedanib ile devam edildi.

İLAÇ REAKSİYONU



Tartışma-Sonuç: İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF) tedavisinde pirfenidon ile birlikte ciltte renkte koyulaşma, fotosensivite, dermatit gibi yan etkiler görülebilir. İlaç yan etkileri geliştiğinde dermatoloji ve alerji ve immünoloji kliniği ile birlikte değerlendirmek, gereklilik halinde ilaç değişikliğini düşünmek önemlidir.

Anahtar Kelimeler: "İlaç reaksiyonu" "İPF" "ASHY dermatozis" "pirfenidon"

PS-203 Malignite Ön Tanısıyla Yönlendirilen ve Hipersensivite Pnömonisi Tanısı Konulan Zor Olgu

Dildar Duman¹, Mesut Çınar¹, Mustafa Akyıl², Ahmet Kürşat Karaman³, Halide Nur Ürer⁴

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

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

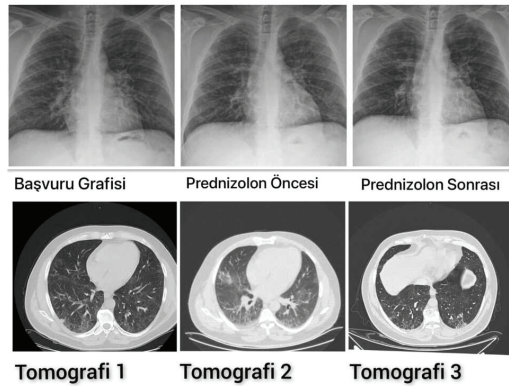
³Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

⁴Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

Mesut Çınar / Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: İnterstiyel akciğer hastalıkları farklı klinik ve radyolojik prezentasyonlarla karşımıza gelebilir. Akciğerde nodüller varlığında interstiyel bulgular eşlik ediyorsa İAH ayırıcı tanıda yer alır. Bu hastaların ayırıcı tanısında NSIP, HP ve UIP ayırıcı tanısında zorlanılan ve en sık görülen İAH'larını oluşturur. Burada nodül ve malignite nedeniyle tekik edilen ve cerrahi biyopsi dahil patoloji konsültasyonlarını içeren zorlu tanısal yolculukta hipersensitivitepnömonisi tanısı konulan olgumuzu sunduk.

Olgu: 43 yaşında bilinen kronik hastalığı olmayan, aktifsmokerhasta dış merkezde çekilen toraks BT sinde sağ akciğerde nodul izlenmesi üzerine malignite ön tanısıyla PET CT tetkiki yapılmış, PET-CT de belirgin FDG tutulumu olmamış ve ileri tetkik amacıyla merkezimize yönlendirilmişti. Esas patolojinin interstiyel akciğer hastalığı olduğu düşünülen olguya Toraks HRCT çekildi ve radyolojik olarak retiküledansite artışları ve buzlu cam dansiteleri izlendi. Romatolojikmarkerlar negatif olan ve romatoloji görüşü de alınan hastada bağ dokusu hastalığı düşünülmedi. FOB ve BAL yapılan hastada Bal da cd4/cd8:2,17 lenfosit:%7 nötrofil:%31 makrofaj:%53 eozonofil:%7 bulundu. Ayırıcı tanıda NSIP? HP? UIP? Yer alan hastaya VATS-Wedge biyopsi yapıldı.Patoloji sonucunda yaygın akciğer fibrozisi, lenfosit infiltrasyonu ve alveol lümenlerinde çok sayıda makrofaj tespit edilmiştir. Başka bir merkezde yapılan patoloji sonucunda subplevral alandan başlayarak septalar boyunca uzanım gösteren fibrozis alanları, intraalveolarmakrofajlar, multinükleerhistiositler, yaygın amfizematöz değişiklikler, interstisyumu genişleten lenfoidagregatlar ve eozinofil lökositlerin eşlik ettiği lenfoplazmositer iltihaplı hücre infiltrasyonu görülmüştür. Konseyde değerlendirilen hastanın patolojisi bir üst merkeze yönlendirilmiş ve alveollerde kümelenmiş makrofajlar ile nadiren intraalveoler mason cisimcikleri gözlemlenmiştir. Ayrıca, interstiyel bölgede fokal lenfosit birikimleri ve bazı fibroblastik odaklar mevcuttur. Makrofaj kümelerinde antrakotik ve esmer pigment birikimi tespit edilmiştir. İnflamasyon, köpüksü makrofajlarla eşlik etmekte ve traksiyon bronşiektazileri ile mikroskopik bal peteği kistleri saptanmıştır. Bu bulgular, fibrotik tipte hipersensitivitepnömonisi ile uyumlu görünmektedir şeklinderaporlandı. Hasta konseyde sınıflandırılmayan İAH olarak tekrar görüşüldü, biyopsi ve üç patoloji değerlendirmesi sonucunda hasta hipersensitivitepnömonisi olarak kabul edildi. Aralık 2024'te prednizolon başlandı. Hastanın kontrollerinde kısmi klinik ve radyolojik regresyon izlendi ve prednizolon dozu azaltılarak tedavisine devam edildi.



Tartışma-Sonuç: İnterstiyel akciğer hastalıklarında HP, NSIP ve UIP ayırımında zorlanılan 3 hastalık grubunu oluşturur. Cerrahi biyopsi sonrasında bile kesin tanıda zorlanılabilir, bu hastalarda radyoloji ve patolojinde olduğu multidisipliner yaklaşım önemlidir.

Anahtar Kelimeler: "Malignite" "hipersensitivite pnömonisi" "multidisipliner yaklaşım"



PS-204 Skuamöz Hücreli Akciğer Kanseri Sonrası Karmaşık Seyir: Tümör, Pnömoni ve İnterstisyel Akciğer Hastalığı Üçgeni

Yusuf Yararlı¹, Onur Fevzi Erer¹

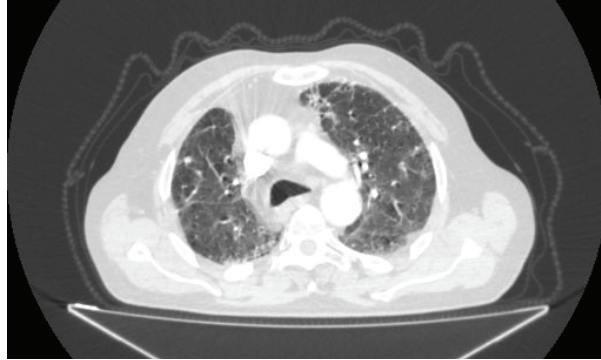
¹Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları EAH

Yusuf Yararlı / Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları EAH

Giriş-Amaç: Bu vaka da , skuamöz hücreli akciğer karsinomu (SCC)tanısı almış ve sağ üst lobektomiyapılmış bir hastada, tümör progresyonu, pnömoni, interstisyel fibrozis bulguları veromatolojik bir bağ dokusu hastalığının eşlik ettiği nadir bir durumun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 79 yaşında erkek hasta SCC tanılı hasta kontrol amaçlı polikliniğimize başvuruyor. Onkolojik hikayesinde Mayıs 2023 'de bronkoskopi sonrası SCC tanısı alarak sağ üst lobektomi uygulanmış. Patolojik evresi T4 N1 saptanmış. Hastaya adjuvan olarak 4 kür sisplatin ve vinorelbin ile kemoterapi almış, radyoterapi verilmemiştir. Mesleği; 60 yıldır kaynakçılık yapmaktadır. Ek hastalıkları; 10 yıldır KOAH olduğunu belirtiyor ve halen bronkodyalator kullanmaktadır. Fizik bakı: hafif dispneik görünümde, TA: 120 /80 mm Hg , SS: 22/ dk , Nabız : 100/dk , Sağ da torakotomi izi mevcut . Sağ hemitoraks solunuma daha az katılıyor. Bilateral bazallerde inspiratuar raller mevcut . Parmaklarda kuğu boynu deformitesi mevcut .Hastanın yapılan kemoteapi bitiminin 3 .ayında yapılan radyolojik kontrollerinde sağ akciğer orta lobta nodül ve bilateral bazallerde kontrollerinde progresyon gösteren traksiyonbronşiektazisi ve bal peteğibulguları saptanmıştır. Hasta kemoterapi dönemi sonrasında pnömoni tanısıyla iki kez antibiyotik tedavisi kullandığını belirtiyor. Hastanın radyoloji ile yapılan konsültasyonunda sağ akciğer orta lobta görülen lezyona BT eşliğinde ince iğne biyopsisi uygun görülmedi, interstisyel akciğer hastalığı bulgularında progresyon olduğu belirtildi. Nüks açısından hastaya bronkoskopi yapıldı. BAL ve bronş aspirason sonuçlarında malignite ve spesifik enfeksiyon bulgusuna rastlanmadı. Hastanın mesleği, fizik bakı bulguları interstisyel akciğer bulguları olması nedeni ile romatolojik tetkikleri istendi. anti-CCP >200, RF pozitif saptanarak romatoloji konsültasyonu istendi. Romatoloji tarafından bağdoku ilişkili interstisyel akciğer hastalığı tanısı düşünülerek mikofenolat mofetil vekortikosteroid başlanmıştır. Bir yıllık takipleri sonucunda opere akciğer karsinomu, romatoid nodül (takiplerde stabil) ve romatoid artrit'e bağlı interstisyel akciğer hastalığı olarak değerlendirilen olgu halen onkolojik ve romatolojik takiplerine devam etmektedir.

NODÜL



2024,12. AY BT TORAKS

Tartışma-Sonuç: Bu olgu, skuamöz hücreli akciğer kanserine bağlı lobektomi sonrası, bağ doku hastalığı ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (İAH) ve pnömoninin aynı anda seyrettiği karmaşık birtabloyu yansıtmaktadır. Fibrozis bulgularındaki ilerleme, bal peteği patenti ve traksiyonbronşiektazisi, İAH'nin doğal seyrini işaret ederken, tümör progresyonunun varlığı da klinik durumu daha karmaşık hale getirmiştir. Sigara öyküsü ve meslek geçmişi, hastanın akciğer patolojilerine yatkınlığını artıran faktörlerdir.. Romatolojik markerların pozitifliği, bağ doku hastalıklarının pulmoner fibrozisle ilişkisini güçlendirmektedir. Bu vakadan çıkarılacak sonuç, SCC tanılı ve cerrahi sonrası takip edilen hastalarda, immünolojik hastalıklar ve İAH'nin göz ardı edilmemesi gerektiğidir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, interstisyel, SCC AC CA

PS-205 Antisentetaz Sendromu İle İlişkili Miyozit ve İnterstiyel Akciğer Hastalığı: Bir Olgu İle

Dilara Kış Gökcecik¹, Miraç Öz Kahya¹, Müçteba Enes Yayla², Serhat Erol¹

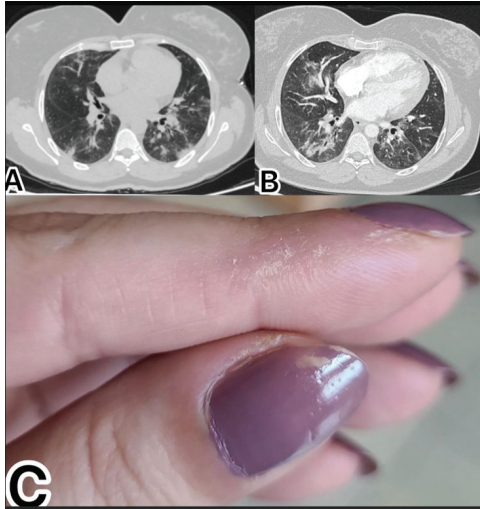
¹Ankara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD.

²Ankara Üniversitesi İç Hastalıkları AD,Romatoloji BD.

Dilara Kış Gökcecik / Ankara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD.

Giriş-Amaç: İnterstiyel akciğer hastalığı (İAH), inflamatuvar miyopatili hastalarda morbidite ve mortalitenin önde gelen nedeni olmasına rağmen, otoimmün miyozitin mevcut tanımı ve tanı kriterleri, akciğer tutulumu olan hastaların büyük bir kısmını kapsamak için yetersiz kalmaktadır. Kliniğimizde takip ettiğimiz olgumuzu miyozit ilişkili İAH'ın tanı ve tedavi zorlukları olması ve nadir görülmesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

Olgu: Kırk bir yaşında, kadın hasta nefes darlığı nedeniyle dış merkezde değerlendirilmiş ve toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) yaygın buzlu cam opasiteleri görülmüş (Şekil 1A). Pnömoni kabul edilerek verilen antibiyotik tedavisine klinik, radyolojik yanıt alınamamış. İAH ön tanısıyla fiberoptik bronkoskopi yapılmış, bronkoalveoler lavaj (BAL) örneği alınmış. BAL sitolojisinde polimorfonükleer lökositler, eozinofiller, bronş epitel hücreleri ve mukoid materyal görülmüş, malignite yönünden negatif saptanmış. Romatolojik hastalıklar açısından değerlendirilmiş, yapılan tükürük bezi biyopsisinde romatolojik hastalık düşündürülecek bulgu saptanmamış. İleri tetkik planlanan hastaya Sol üst lob wedge rezeksiyon yapılmış. Patolojik değerlendirmede lenfosit infiltrasyonu ve masson cisimcikleri saptanmış. Bulgular kronik interstiyel inflamasyonun ön planda olduğu fokal organizasyon bulgularının yer aldığı pulmoner parankim hasarı olarak değerlendirilmiş. Hasta tetkikler sonucunda idiyopatik interstiyel pnömoni kabul edilmiş. Metilprednisolon 60 mg/gün 4 ay kullanmış sonrasında kesilmiş, mikofenolat mofetil 1*500 mg başlanmış 1 hafta kullandıktan sonra ilacını bırakmış.3 ay tedavisiz takip edilen ayaklarda,ellerde ve göz kapağında şişlik şikayetleri olması nedeniyle kliniğimizde değerlendirilen hastanın fizik muayenesinde el parmakların yan iç bölgelerinde deride kuruma,çatlama (maknist eli) görüldü (şekil 1C), oskültasyonda her iki akciğer bazallerinde raller duyuldu. Romatolojik değerlendirmesi yapıldı, Anti Ro 52++, miyozit panelinde EJ+++ olarak sonuçlandı. Toraks BT'de bilateral tüm lob ve segmentlerde alt loblarda daha belirgin düşük yoğunluklu kötü sınırlı, fokal buzlu cam opasitesinde parankim alanları görüldü ve miyozit ilişkili interstiyel akciğer hastalığı lehine yorumlandı (Şekil 1B). Romatoloji kliniğiyle birlikte değerlendirildiğinde antisentetaz sendromu ile ilişkili miyozit tanısı konuldu. Hastanın fonksiyonel değerlendirmesinde restriktif ventilatuar defekt ve difüzyon kapasitesinde ileri derecede azalma saptandı. Takrolimus 2x1 mg ve metilprednisolon 12 mg/gün tedavisi başlanarak takibe alındı.



Şekil 1. A. Dış merkezde çekilen toraks BT, yaygın buzlu cam opasiteleri B. Kliniğimize başvuruda çekilen toraks BT, bilateral alt zonlarda düşük yoğunluklu kötü sınırlı, fokal buzlu cam opasitesiteleri C.Makinist eli. Parmakların lateralinde deride kuruluk, çatlama ve soyulma.

Tartışma-Sonuç: Antisentetaz sendromu ilişkili İAH nadir görülen durumlardan biridir. İAH etiyojisi araştırılan hastalarda ayrıntılı anamnez ve fizik muayeneden sonra immünolojik markerların değerlendirilmesi önemlidir. Miyozit spesifik otoantikörlerin şüphelenilen hastalarda çalışılması gerekmektedir. Bu nedenle hem romatoloji hem de göğüs hastalıkları klinikleri için tanı ve tedavi zorluğu olan bu grup hastaların yönetiminde multidisipliner bir yaklaşım önemlidir.

Anahtar Kelimeler: İAH, Anti sentetaz sendromu, Miyozit, Maknist Eli



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-206 İdiyopatik Pulmoner Fibrozis Tanısında Cerrahi Biyopsinin Rolü

Onur Binici¹, Fatma Demirci Üçsular¹

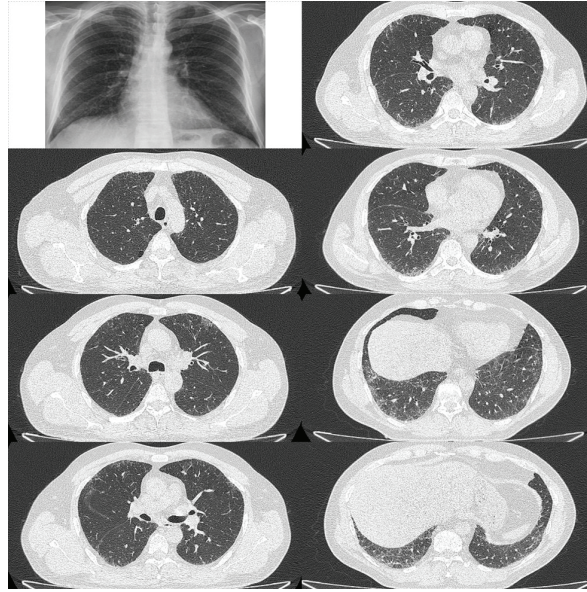
¹SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH

Onur Binici / SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF) kronik ve progresif seyreden bir interstisyel akciğer hastalığıdır (İAH). Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide (YÇBT) paternin kesin olduğu durumlarda cerrahi biyopsiye gerek kalmadan multidisipliner konsey ile tanı koyulabilir (>%90 güvenilirlik). Ancak klinik ve radyolojik bulgularla tanı konulamayan şüpheli olgularda İPF'nin ayırıcı tanısı için doku biyopsisi kullanılmalıdır.

Olgu: 52 yaşında erkek hasta bir yıldır nefes darlığı ve öksürük şikayetinin son zamanlarda artması üzerine başvurdu. Fizik muayene ve vital bulguları olağandı. Solunum sesleri dinlemekle olağan, çomak parmak saptanmadı. Hastanın bilinen ek hastalığı ve ilaç kullanımı yoktu. 25 paket-yıl aktif sigara içicisiydi. Ailesinde akciğer hastalığı öyküsü yoktu. PA akciğer grafisinde; orta ve alt zonlarda retiküler tarzda heterojen dansite artışı mevcuttu. YÇBT'de; her iki akciğerde bazal ağırlıklı, subplevral alanlarda yaygın retiküler patern, buzlu cam dansitesinde opasite artımı saptandı. Radyolojik bulgular belirsiz olağan interstisyel pnömoni (OIP) paterni ile uyumlu idi. Hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronkoalveolar lavajda; alveolar makrofajlar (%94), nötrofiller (%3), lenfositler (%3), bronş epitel hücreleri izlendi. Mikrobiyolojik üreme saptanmadı ve sitolojisi benigni. Spirometresinde; FVC: 3,68L (%91), FEV1: 3,2L(%98), FEV1/FVC: %87 idi. Romatolojik biyobelirteçleri negatif ve romatoloji konsültasyonunda hastalık saptanmadı. Hastaya İAH konsey kararı ile video eşliğinde torakoskopik cerrahi biyopsi yapıldı. Patolojik değerlendirilmesinde alveol duvarında interstisyel fibrozis, aktif fibroblastik bağ doku artımı ve bronşiolizasyon alanı izlenen hastanın bulguları "Olası Usual İnterstisyel Pnömoni paterni" ile uyumlu saptanan hasta İAH konseyinde yeniden değerlendirilerek idiyopatik pulmoner fibrozis olarak kabul edildi ve hastaya antifibrotik tedavi başlandı.

Başvuru Anında Radyolojisi



Hastanın başvuru anındaki PA akciğer grafisi ve YÇBT kesitleri

Tartışma-Sonuç: Eğer radyolojik olarak kesin veya olası OIP paterni varsa, anamnezde başka bir İAH'ı düşündüren bulgu yoksa cerrahi biyopsiye ihtiyaç olmadan İPF tanısı koyulur. HRCT'de belirsiz patern veya alternatif tanıları düşündüren bulgular varsa cerrahi biyopsi ile tanının doğrulanması gerekir. Biyopsinin İPF tanısındaki yeri ve önemini vurgulamak, prognozu kötü olan hastalığın tanısının konularak erken dönemde takip ve tedavi altına alınmasının gerekliliğini vurgulamak için olgumuzu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi Biyopsi, İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF), İnterstisyel Akciğer Hastalığı (İAH), Olağan İnterstisyel Pnömoni (OIP)



PS-207 COVID-19 Sonrası Gelişen Pulmoner Fibroziste Uzun Dönem Takip Ve Tedavi Yaklaşımı: Olgu Sunumu

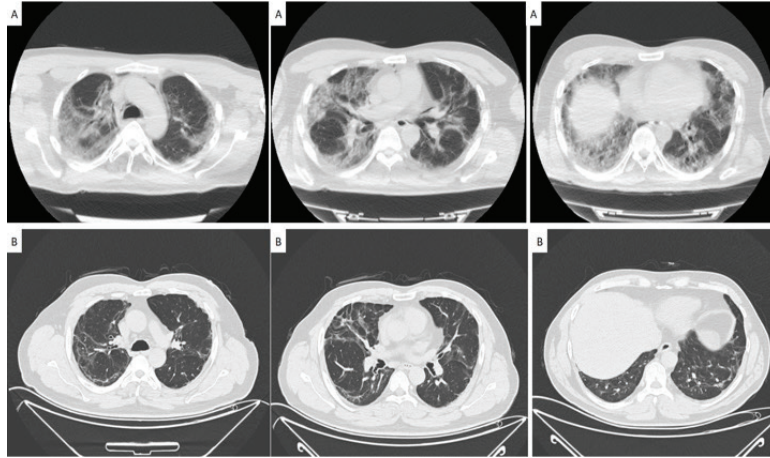
Merdiye Serdaroğlu¹, Ramazan Eren¹, Gizem Nur Akbalık¹, Elif Yelda Niksarlıoğlu¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Merdiye Serdaroğlu / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: COVID-19 sonrası gelişen pulmoner fibrozis, interstisyel akciğer hasarı ve kollajen birikimi ile karakterize olup, progresif solunum fonksiyon kaybına yol açabilir. Klinik olarak dispne ve egzersiz intoleransı görülürken, radyolojik olarak retiküler opasiteler ve traksiyon bronşiektazileri saptanabilir. Antifibrotik ajanlar(nintedanib,pirfenidon) post-COVID fibroziste potansiyel tedavi seçenekleri arasında değerlendirilmekte olup,etkinlikleri kesinleşmemiştir. Bu olguda, COVID pnömonisi sonrası gelişen fibrotik süreçte antifibrotik tedavi başlanan bir hasta sunulmaktadır.

Olgu: Bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), hipertansiyon ve iskemik kalp hastalığı öyküsü bulunan 48 yaşındaki erkek hasta, nefes darlığı ve efor dispnesi şikayetleri ile acile başvurdu. Toraks BT'de, üst zonlarda santral bronkovasküler alanda ve alt zonlarda periferde yoğunlaşan bilateral multifokal buzlu cam opasiteleri saptandı (Resim 1A). Hastada hipoksik solunum yetmezliği gelişmesi üzerine COVID-19 pnömonisi tanısıyla solunum yoğun bakıma yatırıldı. Yoğun bakımda 15 gün boyunca non-entübe olarak takip edilen hastaya, hipoksik solunum yetmezliği ve yaygın parankimal tutulum nedeniyle üç gün süreyle pulse steroid (250 mg/gün) ve yüksek akımlı oksijen tedavisi uygulandı ve ardından 80 mg'a düşürülerek kademeli azaltılması planlandı. Yoğun bakım sonrası izlem amacıyla servise devredilen hastaya 40 mg prednol tedavisiyle devam edildi. Hastanın uzun süreli yoğun bakım yatışı süresince kilo kaybı ve steroide bağlı miyopati geliştiği gözlemlendi. Bu nedenle hastaya pulmoner rehabilitasyon ve beslenme desteği sağlandı.Takiplerinde kilo alımının gerçekleştiği ve miyopatinin gerilediği izlendi. Hasta, prednol 16 mg ile evde uzun süreli oksijen tedavisi planlanarak taburcu edildi. Taburculuk sonrası yapılan kontrollerinde fonksiyonel ve radyolojik değerlendirmeler gerçekleştirildi. Hastanın klinik semptomlarında kötüleşme gözlenirken, solunum fonksiyon testlerinde FVC'de %7(1 yıllık takipte %83'ten %76'ya düştü), DLCO'da %12 (1 yıllık takipte % 73'ten % 61'e düştü)oranında düşüş saptandı. Toraks BT'de buzlu cam opasitelerinde kısmi regresyon izlenmesine rağmen, fibrotik patenin belirginleştiği(fibrotik bantlar,traksiyon bronşiektazisi, retikülasyon artışı) tespit edildi(Resim 1B).Bu bulgular doğrultusunda antifibrotik tedavi gerekliliği açısından değerlendirilerek, hastanın eş zamanlı olarak klopidogrel ve asetilsalisilik asit kullanımı nedeniyle pirfenidon tedavisi için endikasyon dışı başvuru yapıldı.Takip sürecinde hastanın klinik olarak stabil, fonksiyonel ve radyolojik progresyon izlenmediği saptandı. Bunun üzerine prednol tedavisi kesildi ve hasta antifibrotik tedavi ile izlenmeye devam edilmektedir.



Tartışma-Sonuç: COVID-19 pnömonisi sonrası gelişen pulmoner fibrozis, özellikle ağır hastalık öyküsü olan ve yoğun bakım desteği almış hastalarda uzun vadeli solunumsal sekellerle ilişkilidir. Bu olgu, erken dönemde başlanan kortikosteroid ve antifibrotik tedavinin uygun hasta seçiminde klinik stabilizasyon sağlayabileceğini göstermektedir. Sonuç olarak, COVID-19 sonrası gelişen fibrotik akciğer hastalığında, erken tanı, bireyselleştirilmiş tedavi stratejileri ve multidisipliner hasta yönetimi, hastaların prognozunu iyileştirmede kritik rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Covid, pulmoner fibrozis, post covid, antifibrotik, immünsüpresif tedavi



PS-208 Sjögren Sendromunda Organize Pnömoni Olgusu

Süreyya Hakan Demiraslan¹, Aydanur Ekici¹

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

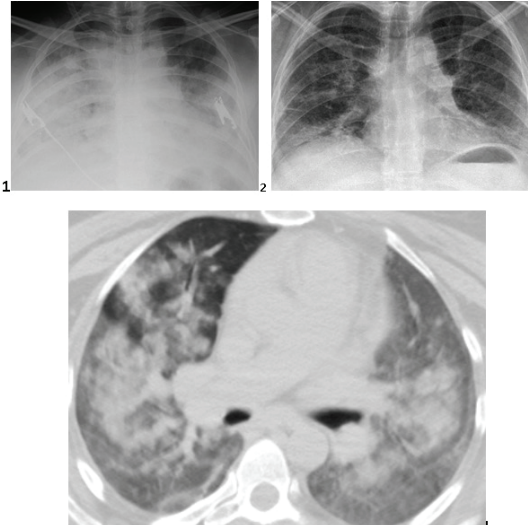
Süreyya Hakan Demiraslan / Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Sjögren sendromu 1926'da Gougerot tarafından tanımlanmıştır. Daha çok kadınlarda görülür. Romatoid artrit sonrası en sık görülen ikinci multisistem otoimmün hastalıktır. Göz ve ağız kuruluğu, tükürük bezlerinin lenfositik infiltrasyonu ile karakterizedir. Ekzokrin bez tutulumu harici vaskülit, akciğer, böbrek veya nörolojik tutulum gibi sistemik belirtiler ortaya çıkabilir. Sjögren sendromunun pulmoner belirtileri içinde hava yolu anormallikleri, interstisyel akciğer hastalığı ve lenfoproliferatif bozukluklar yer alır. İntertisyel tutulumun en yaygın bulgusu spesifik olmayan interstisyel pnömonidir. Organize pnömoni, olağan interstisyel pnömoni ve lenfositik interstisyel pnömoni gibi diğer türleri nadirdir.

Olgu: 51 yaş bilinen hipertansiyon, pulmoner trombo-emboli ve sjögren sendromu tanılı kadın hasta 2 gündür olan nefes darlığı, öksürük, sırt ağrısı ile başvurdu. Ateş 37 °C, nabız 93, solunum sayısı 29, SpO2 %56, tansiyon 135/76 mmHg, solunum sesleri bilateral ralleri vardı. Labaratuvar sonuçları crp 87.7 mg/L, prokalsitonin 0.8 ng/mL, wbc 31.07X10³ uL, nötrofil 27.39 X10³ uL, lenfosit 1.99 X10³ uL. Kan gazında pH 7.48, PCO2 25.2 mmHg, PO2 28.3 mmHg, HCO3 18.6 mmol/L. Covid ve influenza antijenleri negatifti. Acil serviste non-invaziv mekanik ventilasyon uygulanmış. Toraks CT'de bilateral üst loblarda ağırlıklı buzlu cam dansitesi zemininde yer yer birleşe eğiliminde yaygın yamasal konsolide alanlar izlendi. Hasta yoğun bakıma interne edildi. Yoğun bakımda non-invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı olmadı, nazal oksijen ve aralıklı high-flow ile takip edildi. Prednizolon 80 mg, furosemid 20 mg 2x1, moksifloksasin 400 mg, meropenem 1 gr 3x1, enoksaparin sodyum 4000 ANTI-XA IU 2X1 başlandı. Hastanın prednizolon tedavisi 250 mg'ye çıkıldı. 3 gün 250 mg pulse steroid verildi akabinde her gün doz azaltılarak 40 mg'ye düşüldü. Hastanın pulse steroid sonrası grafisinde belirgin regresyon izlendi. High-flow ihtiyacı kalmadı. Hipoksemisi devam etmekle beraber nazal oksijen ile satürasyon %90 üzeri takip edildi. Hastaya USOT raporu çıkarıldı. Sjögren sendromu'nun interstisyel tutulumu organize pnömoni olarak değerlendirildiğinden ve kemik dansitometresinde osteoporoz olmadığı için taburculuğunda da steroid tedavisi planlandı. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç: Olgumuz ilk başvurusundaki kliniği bilateral alveolar opasitelerle seyretmesi non-invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı olması nedeniyle ön planda ARDS düşünülmesine rağmen sjögren sendromu da olması, nadir olmasına rağmen bilateral yamasal opasitelerle seyir göstermesi nedeni organize pnömoni olarak değerlendirildi ve pulse kortikosteroid tedavisi ile dramatik bir radyolojik ve klinik yanıt görüldü.

PAAG ve CT Görüntüsü



1.hastanın yatış grafisi 3.hastanın yatış tomografisi 2.hastanın taburculuk grafisi

Anahtar Kelimeler: sjögren sendromu, organize pnömoni, kortikosteroid

PS-209 Amiodaron İlişkili Pulmoner Toksikite

Fatmanur Bağcı¹, Hülya Çelenk Ergüden¹, Ayşegül Karalezli¹

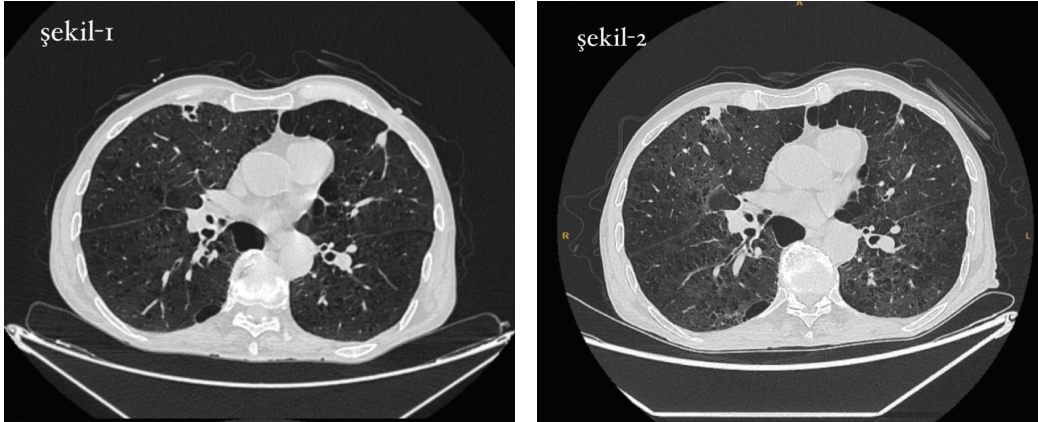
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara Türkiye

Fatmanur Bağcı / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara Türkiye

Giriş-Amaç: Amiodaron, esas olarak sınıf III antiaritmik bir ilaçtır ve atriyal fibrilasyonda en sık kullanılan ilaçlardan biridir. Amiodaron tedavisinin yan etkilerinden biri de farklı tipte parankimal akciğer hastalığına neden olmaktadır.

Olgu: KOAH ve atriyal fibrilasyon tanılı, 4 yıl önce serebrovasküler olay öyküsü olan 72 yaşında erkek hasta nefes darlığı ve son 3 ayda yaklaşık on kilo kaybı şikâyeti ile başvurdu. Nefes darlığı sebebiyle mükerrer başvuruları nedeniyle yaklaşık 2 aydır prednol kullandığı öğrenildi. Halen 16mg prednol kullanan hasta 4 aydır da amiodaron kullanmaktaydı. Solunum sesleri bilateral azalmış ve 2 lt/dk oksijen ihtiyacı mevcuttu. Akciğer tomografisinde kaviter ve nodüler lezyonları (şekil 1), sentriasiner, paraseptal amfizem alanları ve hava kistleri görüldü. Olası mantar enfeksiyonu nedeniyle kullandığı prednol doz azaltılarak kesildi, bronkoskopi sonucunda galaktomannan pozitifliği ve Candida albicans üremesi görülünce antifungal tedavi başlandı, ancak tedavi yanıtı olmadı ve gittikçe dispne ve oksijen ihtiyacında artış oldu. (10lt/dk). Eş zamanlı hipertiroidi nedeniyle araştırılan hastada amiodaron ilişkili tirotoksikoz düşünüldü. Göz dibi muayenesinde korneada amiodaron kaynaklı intrasitoplazmik lameller birikintileri izlendi. Tekrarlanan toraks BT'sinde(şekil-2) önceki toraks Bt'sine(şekil-1) göre akciğerde bilateral buzlu cam alanlarında artış izlendi. Amiodaron kesildi, amiodaron kaynaklı tirotoksikoz ve akciğer toksisitesinin yönetimi için 40 mg prednol ve metimazol başlandı. Bu tedavi ile hastanın kliniği düzeldi ve oksijen ihtiyacında azalma oldu. Antifungal tedaviye yanıt olmayınca kesilmişti, antibiyotiksiz izlenen hastada afr regrese izlendi. Kliniği düzelen hasta takibinde efor sonrası kardiyak arrest gelişmesi üzerine ex oldu.

TORAKS BT



Tartışma-Sonuç: Literatürde, amiodaron kullanımına bağlı pulmoner toksisitenin (buzlu cam opasiteleri, pulmoner nodüller) ve tirotoksikozun (tip1 tirotoksikoz iyot yüklenmesine bağlı artmış tiroid hormon sentezi; tip 2 tirotoksikoz tiroid folikülünün destrüksiyonuna bağlı hormon salınımı) düşük dozda kullanımında bile birçok kez rapor edildiği görülmektedir. Pulmoner toksisitenin klinik semptomları hafif olabileceği gibi, şiddetli ve yaşamı tehdit edici düzeylere de ulaşabilir. Erken tanı konulmasıyla, çoğu hasta amiodaronun kesilmesi ve kortikosteroid tedavisi ile olumlu sonuçlar almaktadır. Ayrıca, amiodaron kullanan tüm hastalar dikkatlice izlenmeli ve toksisite gelişirse erken teşhis için uygun takip sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Amiodaron akciğer toksisitesi, Amiodaron, ilaç toksisitesi



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-210 Ailesel İdiyopatik Pulmoner Fibrozis

Özlem Sena Yönet¹, Aydanur Ekici¹, Mehmet Savaş Ekici¹

¹Kırıkkale üniversitesi tıp fakültesi hastanesi

Özlem Sena Yönet / Kırıkkale üniversitesi tıp fakültesi hastanesi

Giriş-Amaç: İdiyopatik pulmoner fibrozis(İPF) etiyojisi bilinmeyen akciğer biyopsisinde usually interstisyel pnömoni görünümünde ilerleyici bir akciğer hastalığıdır. Ailesel İPF bir ailenin iki veya daha fazla üyesinde görülen histolojik olarak doğrulanmış İPF olarak tanımlanır. Ailesel pulmoner fibrozis, büyük olasılıkla değişken penetrasyona sahip otozomal dominant bir özellik olarak kalıtsaldır. Bugüne kadar, İPF tanısı almış 100 aile saptanmıştır. Biz de babası ve kardeşinde İPF tanısı olan hastamıza İPF tanısı koyduk.

Olgu: 70 yaşında kadın hasta 1 aydır olan öksürük, balgam çıkaramama şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde babasının da Kombine pulmoner fibrozis ve amfizem sendromu olduğu ve ex olduğu öğrenildi. Abisinin de ipf tanısı aldığı ve tedavisinin devam etmekte olduğu öğrenildi. Hastanın polikliniğe başvurusunda Spo2: %96'ydi. solunum sesleri : velcro ral duyumaktaydı. Çekilen yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi(YRBT) de bazallerde bal peteği ve yaygın subplevral retiküler dansite artışı mevcuttu .Kollajen doku hastalıkları açısından romatolojiye yönlendirildi. Kollajen doku markerları istendi, negatif geldi. Hasta servisimize yatırıldı. 6 dk yürüme testi yapıldı. Yürüme testi öncesinde, hastanın spo2 %86, tansiyonu 120/80, nabızı 125, BORG dispne skoru 5ti. Yürüme testi sonrasında spo2 %75, tansiyonu 128/95, nabız 133tü, BORG dispne skoru 9du. Hasta 30 metre yürüdü, 2 dakika yürüyebilirdi, testi tamamlayamadı. Hasta solunum fonksiyon testi(SFT) yaptı. SFT'de FEV1: %95 , FVC: %85, FEV1/FVC : 92,1 Hastaya DLCO yapıldı. DLCO % 44 ml/min/mmHg, DLCO (corr) % 46 ml/min/mmHg, DLCO/VA %68 ml/min/mmHg. Oksijensiz arter kan gazında pH 7,411, pCO2 46,3 mmHg, pO2 75,3 mmHg, sPO2 %93,5. Hastanın beyaz küre değeri 5,41 x 10³ µl, hemoglobin değeri 12,2 g/dl, C-reaktif protein 2,1 mg/L olarak görüldü.

Tartışma-Sonuç: İdiyopatik pulmoner fibrozis nedeni bilinmeyen kronik bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Geçtiğimiz yıllarda aile üyelerinde birden fazla kişilerde görüldüğü gözlemlenmiştir ve bu da hastalığın kalıtsal olabileceğini göstermektedir. Bu da bizde anamnezde aile öyküsünün ne kadar önem arz ettiğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik Pulmoner Fibrozis, Ailesel, İlerleyici, Kalıtım;

PS-211 Yaygın Değişken İmmün Yetmezlik Komplikasyonu: GLILD

Gülsüm Genç Akçor¹, Sibel Kara², Özlem Erçen Diken², Sinem Berik Safçı²

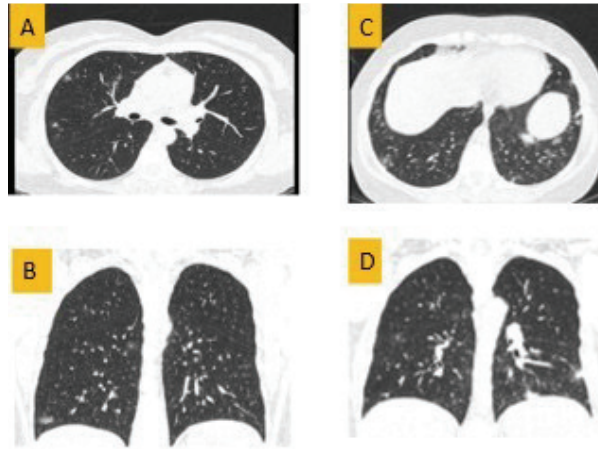
¹Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²SBÜ Adana Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Gülsüm Genç Akçor / Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Yaygın değişken immün yetmezlik (CVID), erişkinlerde görülen en sık primer immün yetersizlik durumudur. Bozulmuş B hücre diferansiyasyonu sebebiyle immunoglobulinlerin sentezinde yetersizlik ile karakterizedir. Granülatöz Lenfositik İnterstisyel Akciğer Hastalığı (GLILD), CVID hastalarının %8-22'sinde görülür. Nadir, enfeksiyöz olmayan, ciddi komplikasyondur. Sıklıkla splenomegali ve yaygın lenfadenopatilerle seyreden multisistemik granülatöz lenfoproliferatif bozukluğun pulmoner göstergesidir. 20 ila 50 yaş arasındaki kadınlarda siktir. GLILD asemptomatik ya da öksürük, dispne gibi semptomlarla ortaya çıkabilir. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (HRCT) taramasında sıklıkla akciğerin alt bölgelerinde nodüller, konsolidasyonlar ve buzlu cam anormallikleri yüksek oranda GLILD'i düşündürür. Kesin tanı biyopsi ile konabilir. Histopatolojisinde lenfositik İAH, non-nekrotize granülomlar ve peribronşiyolar lenfositik inflamasyon ile karakterizedir. Tedavi çoğunlukla immüsupresif tedavidir. Kontrolsüz enflamasyon ve granülomlar immunomodülatör tedavi gerektirebilir.

Olgu: 39 yaşında bilinen mevsimsel alerjik rinit ve astım tanısı olan kadın hastanın 2 yıldır sık üst solunum yolu enfeksiyonu, öksürük ve nefes darlığı şikayetleri mevcut. Dış merkezde immunoglobulin G-A-M düşük titre edilmiş ve oral kortikosteroid tedavisi verilmiş. Hastanın solunum fonksiyon testinde hafif obstrüksiyon görüldü. Karbonmonoksit difüzyon testi düşük (43) görüldü. Hastadan kontrol IgM:0,2 IgG:4,1 IgA:0,05 IgG1:3,01 IgG2:0,25 görüldü, düşük saptandı. EBV PCR ve CMV PCR negatif sonuçlandı. CVID tanısı alan hastanın çekilen HRCT'sinde sağ üst lobdan başlayan buzlu cam tarzında fokal yuvarlak nodüller görüldü. (Resim 1A ve 1B) Hastaya pnömöni ön tanısıyla tedavi başlandı fırsatçı enfeksiyonlar açısından tarandı. Aspergillus ve galaktomannan negatif geldi. 3 ay sonra çekilen HRCT'de nodüllerde sayı ve boyut olarak belirgin artış görüldü. (Resim 1C ve 1D) Hastadan bronkoskopi ile bronkoalveolar lavaj alındı. Kronik inflamasyon lehine sonuçlandı. Mikobakteri arb kültürü negatif geldi. Hasta tanısız video yardımlı torasik cerrahi (VATS) wedge rezeksiyon işlemi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucunda granülom içeren lenfositler ile karışık iltihabi hücre infiltrasyonu olarak rapor edildi. Hastaya oral kortikosteroid tedavisi başlandı. CVID nedenli intravenöz immunoglobulin (IVIg) rutin tedavisine eklendi. Hastanın nodül çap ve sayısında regresyon görüldü. Hastanın CVID zemininde GLILD komplikasyonu olduğu patolojik ve tedavi yanıtı olarak doğrulandı.



Resim 1: A: HRCT aksiyal kesit bilateral dağınık yerleşimli subsolid nodüler lezyonlar, B: HRCT koronal kesit bilateral alt loblarda baskın nodüler lezyonlar, C:HRCT aksiyal kesit alt loblarda baskın progresyon gösteren nodüler lezyonlar, D:HRCT koronal kesit

Tartışma-Sonuç: CVID hastalarında nadir ancak ciddi bir komplikasyon olan GLILD tanı ve tedavisinde gecikmeler hastalığın progresyonu önemli ölçüde etkilemektedir. İmmüsupresör tedaviye klinik ve radyolojik yanıt oldukça yüz güldürücüdür. Bu nedenle pulmoner komplikasyon olan GLILD her zaman akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: CVID, İAH, İmmün yetmezlik, HRCT, Kortikosteroid



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-212 Hipofiz ve Akciğer Tutulumu Olan Langerhans Hücreli Histiositozis Olgu Sunumu

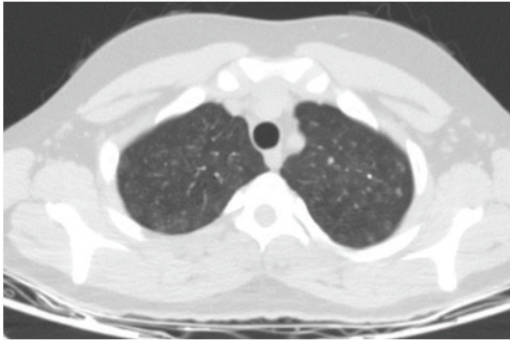
Sedanur Özyüksel¹, Hüseyin Yunus Doğan¹, Hatice Reva Saraç¹, Deniz Çağın İşler¹, Berke Mert İskender¹, Ekrem Cengiz Seyhan¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

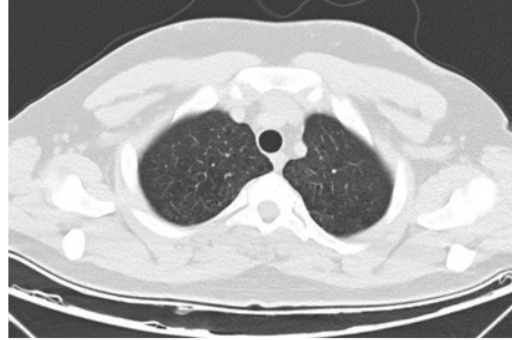
Sedanur Özyüksel / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Langerhans hücreli histiositoz(LHH), kemik iliği miyeloid dentritik hücrelerin proliferasyonu ile karakterize nadir bir hastalıktır. En sık kemikler tutulmakla birlikte, cilt, lenf nodları, karaciğer, dalak, oral mukozaya, akciğer, merkezi sinir sistemi, hastalığın diğer hedef bölgelerdir. Akciğer tutulumunda nonproduktif öksürük, nefes darlığından spontan pnömotoraksa kadar çok geniş bir klinik spektrumu olup olguların % 90'dan fazlası sigara içicisidir. Yüksek çözünürlüklü bilgisayar tomografide üst ve orta zonlarda retikülonodüler ve kistik görünüm karakteristiktir. Bu olgu sunumunda diabetes insipidus, sekonder adrenal yetmezlik ve pulmoner tutulumlu langerhans hücreli histiositozis birlikteliği görülen bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 22 yaş erkek hasta tarafımıza altı aydır olan öksürük şikayetiyle başvurdu. Bilinen diabetes insipidus ve adrenal yetmezliği olan, desmopressin ve hidrokortizon kullanan hastanın 4 paket/yıl sigara kullanım öyküsü mevcuttu. Hastanın başvuru anındaki sPO2:96, nabız: 82, Ta: 125/85, ateş :36.6 olup fizik muayenede jinekomasti dışında ek özellik yoktu. PA grafi normal olup HRCT'de her iki akciğerde üst zonlarda daha belirgin izlenen yaygın milimetrik nodüler-asiner infiltrasyon alanları, eşlik eden bronşektazik değişiklikler ve milimetrik hava kistleri mevcuttu. Ön planda histiositozis ve hipersensitivite pnömonisi düşünülen hastaya kriyobiopsi, BAL ve TBB planlandı, alınan örneklerde herhangi bir tanı konulamayan hasta cerrahi servisine VATS+Wedge rezeksiyon yapılmak üzere yönlendirildi. Operasyon öncesi istenen SFT'de FEV1:3.65(%80), FEV1/FVC:89, FVC:4.45(%82), DLCO:24(%74) olarak ölçüldü. Operasyon sonrası alınan materyalin patolojik incelemesinde langerhans hücreli histiositoz tanısı konulan hasta halihazırda hidrokortizon tedavisi kullanmakta olup hastaya sigarayı bırakması önerilerek takiplerine devam edildi.



Resim 1: Başvuru esnasında çekilen HRCT'de her iki akciğerde üst zonlarda izlenen yaygın milimetrik nodüler-asiner infiltrasyon alanları, milimetrik hava kistleri



Resim 2: Bir yıl sonra çekilen HRCT'de her iki akciğer apeksinde peribronkovasküler düşük dansiteli retikülonodüler infiltrasyonlar ve eşlik eden kümeleşmiş yoğun ince cidarlı hava kistleri

Tartışma-Sonuç: Langerhans hücreli histiositoziste tedavi hastalığın bulunduğu organ sistemine, lezyonların yaygınlığına ve özgül organ fonksiyon bozukluğunun varlığına göre planlanır. Pulmoner tutulum görülen hastalığın tedavisinde ilk basamak sigaranın bırakılmasıdır. Progresif ve sistemik semptomu olan hastalarda steroidler kullanılabilir. Olgumuzda da hipofiz tutulumu nedeniyle hidrokortizon tedavisine ek olarak sigarayı bırakma önerisiyle takibe devam edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: langerhans hücreli histiositozis, diabetes insipidus, hipofiz, adrenal yetmezlik, langerhans hücreli histiositozis, diabetes insipidus, hipofiz, adrenal yetmezlik

PS-213 Endobronşial Sarkoidoz

Büşra Yıldız¹, Emine Özşarı¹

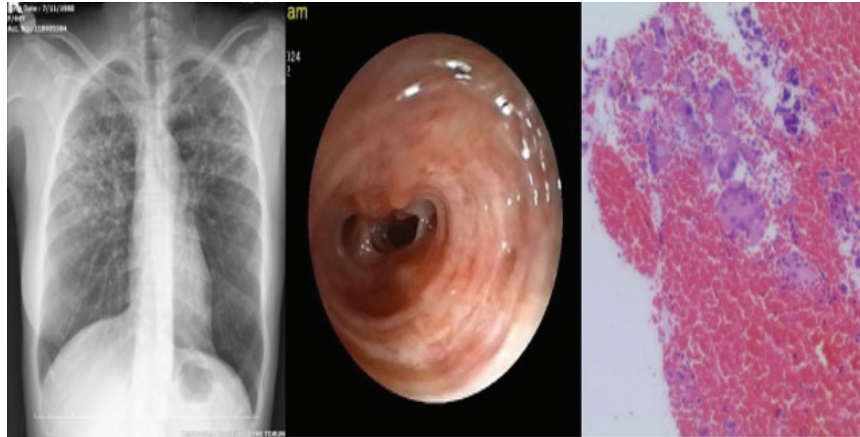
¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırması Hastanesi

Büşra Yıldız / Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırması Hastanesi

Giriş-Amaç: Sarkoidoz sık görülen, multisistemik granülomatöz bir hastalıktır. Hastaların yaklaşık %90'ında intratorasik lenf nodları ve akciğer parankimi tutulumu izlenmekle beraber, daha az sıklıkla hava yolları etkilenebilir ve mukozal eritem, granülom, plaklar, nodüller, bronşiyal stenoz, traksiyon bronşektazileri gözlenebilir. Hava yollarında mukozal granülomlar bronkoskopik olarak 'çakıl taşı' görünümüne sebep olabilir.

Olgu: 43 yaşında kadın hasta kolelitiazis nedeniyle preoperatif değerlendirme esnasında akciğer grafisinde bilateral üst ve orta zonlarda retikülonodüler opasiteleri olması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Hasta tekstil işinde çalışıyordu. Özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellikli bulgusu yoktu. Hastanın 2 aydır devam eden kuru hafif öksürük dışında solunumsal şikayeti yoktu. Fizik muayenesinde üst zonlarda solunum seslerinde kabalaşma dışında ek bulguya rastlanmadı. Laboratuvar tetkikleri olağan sınırlardaydı. Akciğer grafisi incelendiğinde üst ve orta zon hakimiyetinde bilateral retikülonodüler opasiteler izlendi. Hastadan solunum yolu PCR, arb, tüberküloz ve balgam kültürü istendi, sefuroksim tedavisi başlandı. Kontrolde tetkiklerde etken saptanmaması ve kontrol grafisinde infiltrasyonlarda regresyon izlenmemesi üzerine istenen toraks bt incelendiğinde üst loblarda ağırlıklı tomurcuklu ağaç görünümü peribronşial kalınlaşmaları minimal traksiyon bronşektazileri izlendi. Serum ACE ve PPD istendi. Ayırıcı tanı açısından bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide sol bronşiyal sistemde daha fazla olmak üzere mukozadan kabarıklık toplu iğne başı büyüklüğünde multipl nodüler lezyonlardan biyopsi alındı., ppd anejik olarak değerlendirildi. Serum ACE 68 U/L olarak sonuçlandı. Bronş mukoza biyopsisinin kazeifiye olmayan granülom olarak raporlanması üzerine hastaya evre 2 sarkoidoz tanısı konularak hastaya metilprednisolon tedavisi başlandı. Takiplerinde akciğer grafisindeki infiltrasyonları ve hastanın semptomlarının gerilemesi üzerine kortikosteroid dozu tedrici olarak azaltılarak tedavisine devam edildi.

Sarkoidoz



hastanın radyolojik, bronkoskopik ve patoloji görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Sarkoidoz sık görülen, multisistemik granülomatöz bir hastalıktır. Hastalarda daha az sıklıkla hava yolları tutulumu izlenebilir. Mukozal granülomlar, eritem, endobronşial lezyonlar görülebilir. Hava yollarında mukozal granülomlar bronkoskopik olarak 'çakıl taşı' görünümü izlenebilmektedir. En sık semptom öksürük olmakla beraber nefes darlığı, hemoptizi, balgam gibi semptomlar eşlik edebilir. Vakamızda ana bronşlar, lobar segmenter bronşlarda mukozal tutulum bronkoskopi ile makroskopik olarak gösterilmiş, mukozal biyopsilerde izlenen granülom yapıları ile hastaya endobronşial sarkoidoz tanısı konmuştur. Ayrıca radyolojik görüntülemelerinde izlenen tomurcuklu ağaç görünümü, bronşiolit tablosu nedeniyle hastada distal hava yolu tutulumu da eşlik etmektedir. Sarkoidoz hastalarında hava yolu tutulumu da olabileceği unutulmamalı, ayırıcı tanıda yer alabilecek tüberküloz, malignite gibi süreçlerin ekarte edilebilmesi adına bronkoskopik ve patolojik değerlendirme önemli yer almaktadır. Aynı zamanda gelişebilecek hava yolu obstrüksiyonu ve komplikasyonlarına karşı dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: sarkoidoz, bronkoskopi, granülom



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-214 Kronik Eozinofilik Pnömoni: Olgu Sunumu

Mehmet Gülhan Ordu¹, Fatma DEMİRÇİ ÜÇSULAR¹, Enver YALNIZ¹

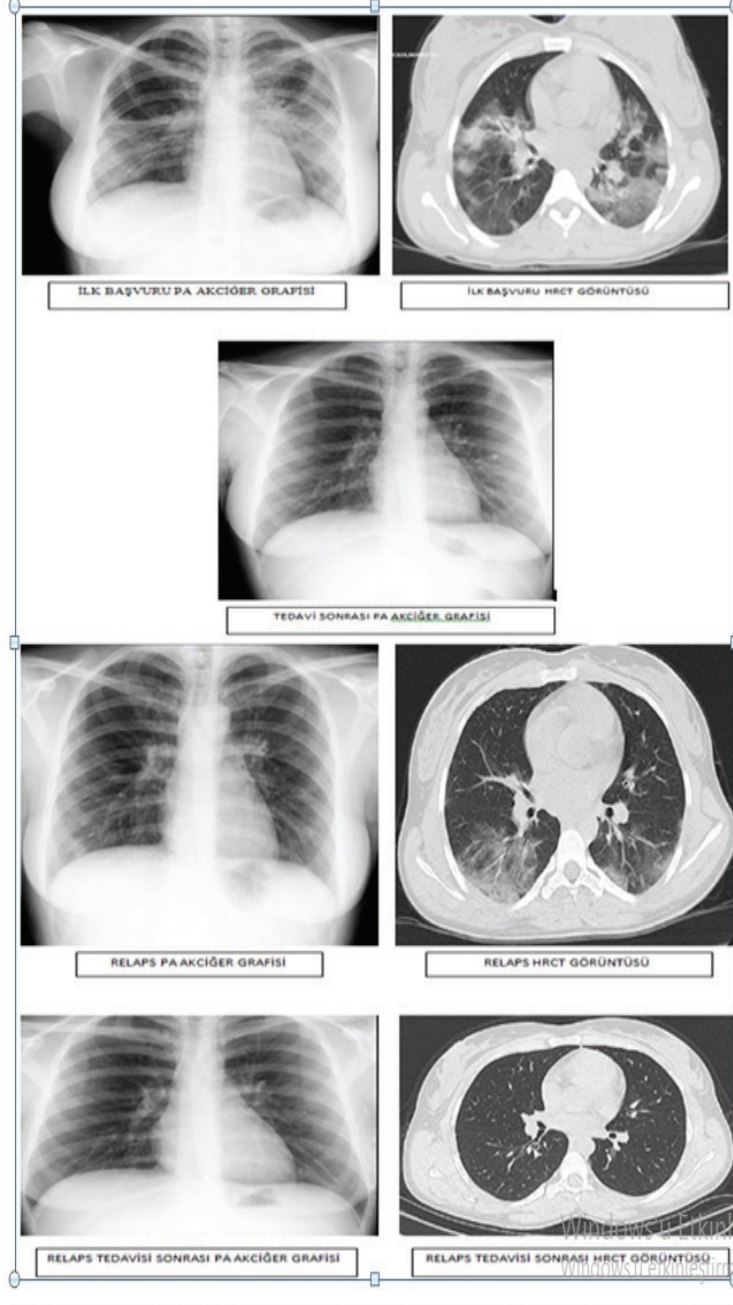
¹SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve cerrahisi hastanesi

Mehmet Gülhan Ordu / SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve cerrahisi hastanesi

Giriş-Amaç: Kronik eozinofilik pnömoni (KEP), akciğerin interstisyum ve alveolar boşluklarında eozinofillerin anormal birikimi ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Genellikle iki haftadan uzun süren solunumsal semptomların varlığı, alveolar (BAL hücre sayımında %40 eozinofil) ve/veya periferik kan (1000/mm³) eozinofilisi, radyolojik olarak periferik dominans gösteren akciğer infiltratları ve sebebi bilinen eozinofilik akciğer hastalıklarının dışlanması ile tanı konur. Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT)'de en sık yama tarzında, tek veya çift taraflı alveolar konsolidasyon ve buzlu cam görüntüleri izlenir. KEP tedavisinin temelini kortikosteroidler oluşturur, ilaç tedavisinin azaltılması veya kesilmesi ile relaps sıklığıdır.

Olgu: 21 yaşında kadın hasta yaklaşık 2 aydır eforla nefes darlığı, öksürük şikayetleriyle başvurdu. Öz ve soy geçmişinde hastalık tanımlamıyor. Sigara öyküsü yok. Hayvan besleme öyküsü yok. PA akciğer grafisinde her iki orta ve alt zonlarda opasiteler izlendi. Hastanın; lökosit: 13700 K/uL, eritrosit sedimentasyon hızı: 55 mm/saat, CRP: 11 mg/l, biyokimyası olağan, total Eozinofil: 7200/mm³, total IgE: 121, romatolojik markerları negatif, TIT olağan saptandı. Gaitada parazit negatifti. Hastanın spirometrisi restriksiyon ile uyumluydu. YRBT; Her iki akciğer orta ve alt lobta ağırlıklı olarak periferik multifokal hava bronkogramları içeren konsolidasyon alanları, buzlu cam dansitesinde opasiteler saptandı. Bronkoalveolar lavajda; makrofaj %20, lenfosit %5, nötrofil %10 ve eozinofil %65' idi. Hastaya kronik eozinofilik pnömoni tanısı kondu. Oral metilprednizolon (0.5 mg/kg/gün) tedavisi başlandı. 1 ay sonra doz kademeli olarak azaltılarak idame dozdan (4 mg/gün) tedavi 12 aya tamamlandı. Hasta, tedavi bitiminden yaklaşık 5 ay sonra son 1 aydır başlangıç yakınmalarıyla başvurdu. Lökosit: 9.200 /µl, sedimentasyon: 34 mm/sa, total eozinofil: 2.500 IU/ml, total IgE total: 206 IU/ml' idi. YRBT' sinde bilateral, multifokal, yamalı buzlu cam ve yer yer konsolide alanları mevcuttu. Relaps (nüks) KEP kabul edildi. Kortikosteroid başlandı. Tam yanıt alındı. Tedavi süresi nüks olgu olduğu için 2 yıla uzatıldı. 8 yıldır nüks saptanmadı.

Görüntülemeler



KEP göğüs grafisi ve toraks BT

Tartışma-Sonuç: KEP relapsların sık gözleendiği bir eozinofilik pnömonidir. Relapsların çoğu erken kesilen steroid ile ilişkilidir. Relapsla seyreden, uzun süreli düşük doz kortikosteroid ile kontrol altına aldığımız olgumuzu nadir görüldüğü için ve benzer hastaların takibinin tedavinin kesildiği dönemde sık yapılması gerektiğini vurgulamak için sunmayı uygun gördük.

Anahtar Kelimeler: Kronik eozinofilik pnömoni, eozinofili, bronkoskopi, steroid, relaps



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-215 Tedaviye Rağmen Düzelmeyen Organize Pnömoni Olgum Var, Ne Yapmalıyım?

Burak Tülü¹, Furkan Yapan¹, Serdar Can Güven¹, Hatice Kılıç², Ebru Ünsal²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

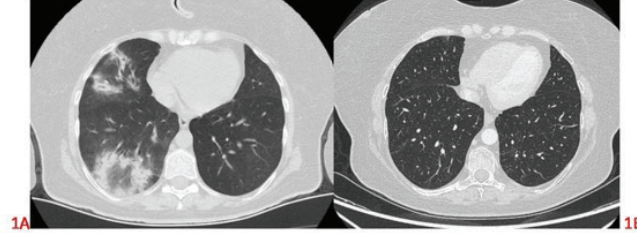
²Ankara Yıldırım Beyazıt Tıp Fakültesi

Burak Tülü / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

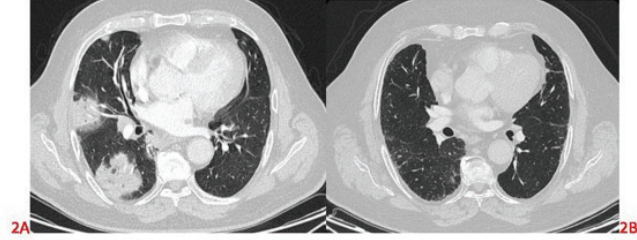
Giriş-Amaç: Bronşiolitis obliterans organize pnömoni(BOOP), respiratuar bronşioler, alveoler kanallar ve alveoller içerisinde fibroblastik tıkaçların oluşturduğu polipoid yapılarla karakterize histolojik bir bozukluktur. Etiyolojide; enfeksiyonlar, ilaç reaksiyonları, inhalasyon maruziyeti, organ transplantasyonları ve konnektif doku hastalıkları gibi patolojiler rol almaktadır. Etiyoloji saptanamazsa, bu durum idiopatik BOOP (kriptojenik organize pnömoni) olarak tanımlanmaktadır. Kortikosteroidlere iyi yanıt verirler. Ancak kortikosteroidlere yanıt alınamayan veya kortikosteroidlere kontrendikasyon gelişen seçilmiş vakalarda immunsupresyon ajanlar kullanılabilir. Uzun süreli kortikosteroid tedavisi alan ve takibinde Azatioprin tedavisine geçilen üç olguyu literatürde birkaç olgu sunumu şeklinde nadir olması nedeniyle sunduk.

Olgu: (Olgu 1)54 yaşında kadın hasta öksürük ve dispne şikâyetleriyle tarafımıza başvurdu. Bilgisayarlı Toraks Tomografisi'nde (BTT); bilateral periferik yerleşimli önce 'halo' 3 ay sonra ise başka segmentlerde 'ters halo' özelliğinde konsolidasyonlar saptandı. Transtorasik biyopsi (TTİAB) yapıldı; patolojisi BOOP olarak raporlandı. Hastaya kortikosteroid 40 mg başlandı. 1 yıllık redüksiyon şeması ile takip edilirken, 14. ay kontrol BTT'de yeni konsolidasyon olması ve ağır osteoporoz gelişmesi üzerine tedavi düşük doz kortikosteroid ve Azatioprin olarak planlandı. Takibinde steroid tedavisi kesilerek Azatioprin 3*50 mg şeklinde devam edildi. BTT'de regresyon saptanan hasta stabil izlenmektedir. (Şekil 1a, 1b). (Olgu 2)74 yaşında erkek hasta dispne, öksürük ve balgam şikâyetleri ile ayaktan 15 gün antibiyotik tedavisi almasına rağmen şikâyetleri gerilmemesi üzerine hastanemize başvurdu. BTT'de; bilateral multilober periferik konsolidasyonlar saptandı. Tanısal amaçlı TTİAB yapıldı. Patolojisi; BOOP olarak raporlandı. Hastaya 1 mg/kg kortikosteroid başlandı. Takibinde kortikosteroid bağlı kan şekeri yüksek seyretmesi nedeniyle ilaç dozu hızlı düşürüldü; ancak hastanın lezyonları progrese oldu. Hastaya Azatioprin 2*1 50 mg tedavisi eklendi. Takibinde; radyolojik olarak regresyon izlendi. (Şekil 2a, 2b) (Olgu 3)71 yaşında erkek hastaya 2017 yılında yapılan TTİAB sonucu ile BOOP tanısı kondu. Hasta izlemde kortikosteroid tedavisi altında düşük dozlarda 3 kere relaps görülmesi ve cillte kortikosteroidle bağlı deri incilmesi purpura ve kan şekerlerinin düzensizlikleri görüldü. Hastaya steroid-sparing ajan olarak Azatioprin 2*1 50 mg tedavisi eklendi. Takibinde; radyolojik olarak regresyon izlendi.

Tedavide Yanıt



Tedavi öncesi ve tedavi sonrası hastanın toraks Bt si (hasta 1)



Tedavi öncesi ve tedavi sonrası hastanın toraks Bt si (hasta 2)

Olgularımızın tedavi öncesi ve tedavi sonrasında kontrol Bilgisayarlı Tomografileri

Tartışma-Sonuç: BOOP tanılı olgular kortikosteroid tedaviye iyi yanıt vermelerine rağmen tedavi kesildiğinde sık relaps göstermektedirler. Uzun süreli kortikosteroid tedavi ile sıklıkla yan etki gelişmekte ve olgunun radyolojik regresyonu için gereken yüksek dozları hasta tolere edememektedir. Bu nedenle kombinasyon tedavide Azatiopürin; tedavisi zor BOOP olgularında akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bronşiolitis Obliterans, Organize Pnömoni, Kortikosteroid, Nüks, Azatiopürin



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

➔ 11 Nisan 2025, Cuma

Poster Bildiri Oturumu 12: Torasik Onkoloji

PS-216 Trabectedin ile İlişkili Nadir Bir Pulmoner Ödem Olgusu

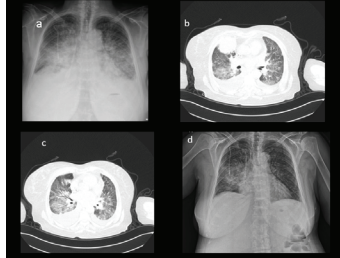
Maşuk ÇELİKEL

Özel Medikal Hospital Hastanesi

Giriş-Amaç: Trabectedin, bilinen sık oluşan pulmoner advers reaksiyonu olmayan nispeten yeni bir kemoterapidir. Bugüne kadar kardiyotoksiteden trabectedine bağlı pulmoner ödem hakkında birçok vaka yayınlandı. 64 Yaşında bir kadın, 2 gün boyunca istirahat ve eforda kötüleşen nefes darlığı ile başvurdu. Geçmiş tıbbi öyküsünde böbrek leiomyosarkom, nöroendokrin küçük hücreli akciğer kanseri nedeniyle takip ve tedavisi vardı.

Olgu: Leiomyosarkom tedavisi için trabectedin'in ilk dozundan 2 gün sonra artan nefes darlığı ile acil servise başvuran hastaya yatışı yapıldı. Göğüs radyografisinde bilateral yeni oluşan yaygın buzlu cam opasiteleri ve plevral efüzyonlar tespit edildi. Ekokardiyografide sistolik veya diyastolik disfonksiyon gösterilmedi. Toraks tomografisinde, önceki bulgularla benzer şekilde bilateral buzlu cam opasiteleri, havabronkogramı, septal kalınlaşma ve plevral efüzyonlar görüldü. Ek olarak sağ akciğer üst lobda göğüs duvarına invaze kitle ve metatstik pulmoner nodüller izlendi. Hastada ateş yoktu ve laboratuvar incelemelerinde lökositoz saptanmadı. Enfeksiyon araştırmalarında kan kültürleri, Crp, Troponin I, CK-MB ve Prokalsitonin negatif bulundu. Yüksek bir kreatinin (2.5 mg/dL) ve üre seviyesi (125 mg/dL) olduğu kaydedildi. Tekrarlanan ekokardiyografide, sistolik veya diyastolik disfonksiyon gösterilmedi. Bronkoskopi, ciddi trombotopeni ve ciddi solunum yetmezliği nedeniyle uygulanamaz olarak değerlendirildi. Hastaya 60 L/dakika oksijen akışıyla %100 FiO2 sağlayan yüksek akımlı nazal oksijen tedavisi gerekli oldu. Diüretikler ve yüksek doz steroidlerle hasta klinik olarak iyileşme gösterdi. Hipoksemi için gerekli FiO2 oranının uygulanması ile azaldığı gözlemlendi. Kontrol akciğer görüntülemelerinde plevral efüzyon ve konsolidasyonlarda belirgin regresyon izlendi. Bu vakada, hastanın trabectedin başladıktan sonra akciğerlerde yeni oluşan dağınık buzlu cam opasiteleri vardı.

Başvuru anında ve tedavi sonunda akciğer görüntüleri



a-) başvuruda çekilen Posterior -Anterior Akciğer Grafisinde Billateral konsolidasyon ve plevral efüzyon izlenmektedir. c-d-)Billateral buzlu cam opasiteleri, konsolidasyon ve plevral efüzyon izlenmektedir. Ek olarak b görüntüsünde sağ ön göğüs duvarını invaze eden kitlesel lezyon mevcuttur. d-)Tedavinin 10. gününde çekilen Posterior -Anterior Akciğer Grafisinde plevral efüzyon ve konsolide alanlarda belirgin regresyon oluştuğu gözlemlenmektedir.

Tartışma-Sonuç: Bir vaka serisinde kardiyak toksisite bağlı trabectedin ile ilişkili pulmoner ödem bildirilmiştir. Ancak trabectedin ilişkili non-kardiyak pulmoner ödem bildirilen bir vaka bildirilmiştir. Bununla birlikte, bu vakada, hastanın yatışı boyunca birçok ekokardiyogram, Elektrokardiyografi ve kardiyak enzimler elde edildi ve sonuçların normal olması kardiyak toksisiteden uzaklaştırdı. trabectedinin kardiyak olmayan pulmoner ödeme ve muhtemelen kemoterapi ile indüklenen pnömonite neden olabileceği sonucuna varıldı. Bu olumsuz reaksiyon, döngü 1'in önceden bildirilen 10. gününün aksine birinci ve ikinci döngülerden sonra 2. gün kadar erken olabilir. Gelecekte daha fazla patoloji araştırması gereklidir. Klinisyenler, trabectenin kardiyak olmayan pulmoner ödem ve muhtemelen pnömonit ile ilişkili olabileceğinin farkında olmalıdır. Böylece erken teşhis ve tedaviler garanti edilir.

Anahtar Kelimeler: Trabectedin, Pulmoner ödem, advers etki, toksisite, solunum yetmezliği



PS-217 Akciğer ve Beyin Metastazı ile Başvuran Nadir Görülen Agresif Seyirli Gingival Malign Melanom Olgusu

Fatma Nur Kazankaya Öztaş¹, Pınar Çimen²

¹Dr. Halil İbrahim Özsoy Bolvadin Devlet Hastanesi

²Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Fatma Nur Kazankaya Öztaş / Dr. Halil İbrahim Özsoy Bolvadin Devlet Hastanesi

Giriş-Amaç: Melanomların %90'ından fazlası ciltte görülürken, melanomların %1'den biraz fazlası mukozal yüzeylerden kaynaklanır. Primer oral malign melanom nadirdir, tüm melanomların %0,2-8'ini temsil eder ve tüm oral malignitelerin %0,5'ini oluşturur. Prognozu kötü olan agresif bir tümördür. Bu çalışmada akciğer dahil bir çok organa metastaz yapan oldukça agresif seyir gösteren, nadir görülen oral mukozanın primer malign melanom olgusunu sunuyoruz.

Olgu: 54 yaş erkek hasta iki haftadır olan bulantı kusma, baş ağrısı, nefes darlığı şikayetleri dış merkeze başvuruyor, yapılan tetkiklerinde beyinde ve akciğerde kitle tespit edilmesi üzerine tetkik edilmek üzere hastanemize yönlendiriliyor. Özgeçmişinde bilinen ek hastalık, operasyon öyküsü yok. 70 paket/yıl aktif smokerdı. Hastanın sistemik muayenesinde ağız içinde yaklaşık 4x2cm boyutunda hemorajik görünümde vejetan lezyon görüldü(resim-1). Yapılan dış konsültasyonunda tümör olabileceği belirtilmesi üzerine, metastaz ön tanısı ile gingival bölgeye iiab yapıldı. PET/CT'de sol akciğer alt lob laterobazal segmentte izlenen plevraya oturan yaklaşık 4cm uzun akslı parankim lezyonunda malignite düzeyinde artmış SUV tutulumu görüldü. Bu bölgeye de BT eşliğinde transtorasik iiab planlandı. PET/CT'de mediastinal konglomere lenf nodları, sol sürrenal, beyin ve kemikte multipl alanlarda artmış FDG tutulumları izlenmiştir. Hastanın kranial MRG'sinde görülen ve semptomu neden olan serebellumda büyüğü 36x33 mm boyutunda, sağ frontal düzeyde 40x32 mm boyutunda etraflarında vazojenik ödemin eşlik ettiği metastatik kitle lezyonlarına yönelik nöroloji ve radyasyon onkoloji konsültasyonları sonucunda anti-ödem tedavisi ile birlikte palyatif RT başlandı. Hastanın mandibular gingiva ve sol akciğerden alınan ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucu malign melanoma ile uyumlu geldi. Kranial RT'si tamamlanan hasta medikal onkoloji ile konsülte edildi. Tedavisinin devamı ve takibi için sevk edildi.



Resim 1

Tartışma-Sonuç: Oral mukoza melanomları (OMM) kutanöz melanomlara göre çok daha nadir görülür. OMM'da prognoz kötüdür. Hastaların 5 yıl yaşama şansı %40'ın altındadır. Prognozda etkili olan başlıca faktör erken teşhistir. Oral melanomların uzun bir süreç içerisinde semptom göstermeden yayılmaları prognozu kötü etkiler. OMM'nin kötü prognozunda etkili diğer faktörler bölgesel invazyon ve metastaz kapasitesinin yüksek olmasıdır. Oral melanomlar çevre dokulara invaze olmanın yanı sıra komşu lenf bezlerine, karaciğer, akciğer ve kemik iliğine metastaz yapmaktadır. Tüm kanserler gibi melanomların tedavisinde esas olan erken teşhistir. Erken evrede yeterli cerrahi rezeksiyon ile kür şansı vardır. Ancak vakamızda hastalık ileri evre olduğu için cerrahi rezeksiyon şansı bulunmamaktaydı ve kemo-terapi için medikal onkolojiye yönlendirildi.

Anahtar Kelimeler: mukozal malign melanom, metastatik akciğer hastalığı

PS-218 Akciğer Kanseri Araştırılan Hastada Rastlantısal Yabancı Cisim

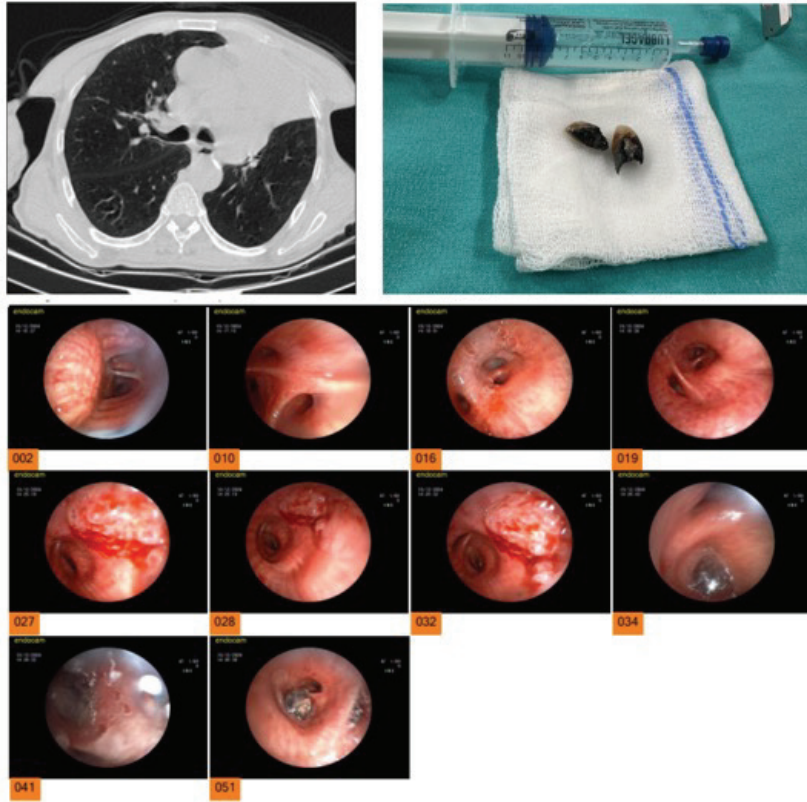
FeYZa Nur Denizler¹, Emine Elçin Faydalı¹, Ercan Kurtipek¹

¹Konya Şehir Hastanesi

FeYZa Nur Denizler / Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için önemli bir ölüm nedenidir. Dünya genelinde hem erkeklerde hem de kadınlarda kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir. Akciğer kanserleri başlıca iki gruba ayrılır: küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) ve küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK). KHDAK grubunda olan skuamöz hücreli kanser ülkemizde en sık görülen akciğer kanseri türüdür. Erkeklerde daha sıktır, sigara kullanımı ile yakından ilişkilidir. Tanıda risk faktörlerinin sorgulanması, fizik muayene ve görüntüleme önemlidir. Akciğer grafisinde şüpheli görüntülerin olması üzerine öncelikle bilgisayarlı tomografi istenir. Yatılım hakkında bilgi sahibi olmak için manyetik rezonans görüntüleme(MR), kemik sintigrafisi, ultrasonografi veya PET-BT(pozitron emisyon tomografi) görüntülemeleri yapılabilir. Kesin tanı biyopsiyle konur. Biyopsi bronkoskopik, transtorasik, cerrahi yöntemlerle veya torasentezle yapılabilir.

Olgu: 57 Yaş, mental retarde, KOAH ve 100p/y sigara kullanım öyküsü olan hastamız nefes darlığı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Solunum sesleri azalmış, saturasyon oda havasında 86 idi. Çekilen akciğer grafisinde sol akciğerde opasite artışı, toraks tomografisinde sol üst lob tıkayıcı özellikte kitle ve atelektazik alan görülmesi üzerine malignite şüphesiyle PET görüntüleme ve bronkoskopi planlandı. PET görüntülemesinde sol akciğer üst lob santral bölgede 32x28mm ve 15x18mm boyutlarında, üst lob bronşunu tam tıkayan kitle ve prekarinalde, sol hiler-peribronşialde, subkarinalde, paraaortik ve subaortik bölgelerde tutulum gösteren lezyonlar izlendi. Yapılan bronkoskopi sol üst lob girişini tam tıkayan endobronşial kitle ve her iki akciğerde alt loblarda yabancı cisim saptandı. Kitleden biyopsi örnekleri alındı ve rijit bronkoskopi yapılması için göğüs cerrahisine devredildi, yabancı cisimler çıkartıldı. Yabancı cisimlerin hastanın aspire ettiği kendi dişleri olduğu saptandı. Alınan örnekler patolojiye gönderildi ve skuamöz hücreli karsinom olduğu öğrenildi.



Şekil 1. Hastanın BT'sinde atelektazik alan, yabancı cisim, bronkoskopi görüntüleri

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Tartışma-Sonuç: Yabancı cisimin aspirasyonu, yabancı cismin kazara hava yoluna kaçması ile ortaya çıkan hayatı tehdit edici acil durum olarak tanımlanabilir. Çoğunlukla çocuklarda olmak üzere erişkinlerde de görülebilmektedir. Tanısında öykü, fizik muayene ve radyoloji önemlidir. Yabancı cisim aspirasyonunun klinik ve radyolojik bulguları, aspire edilen materyalin boyutu ve derecesine, seviyesine, obstrüksiyonun akut veya kronikleşmesine bağlı olarak çok farklı şekillerde olabilir. Ani solunum durmasına veya bizim vakamızda olduğu gibi uzun yıllar asemptomatik kalmasına kadar değişiklik gösterebilir. Hasta yakınlarından alınan anamnezde aspirasyonu düşündürecek bir olay yaşanmadığı öğrenilmiş ve yapılan görüntülemelerde yabancı cisme rastlanmamıştı. Bu olguda bronkoskopinin tanıdaki değerinin yüksek olduğu ve bronkoskopi yapılırken patolojik durum gözlene bile diğer sağlam alanların da dikkatlice incelenmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Bronkoskopi, Yabancı cisim aspirasyonu, Malignite



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-219 Opere Hepatoselüler Karsinomdan Yıllar Sonra Gelişen İzole Pulmoner Metastaz

Rukiye Öztürk¹, Kübra Hasanoğlu², Osman Yakşi², Emine Afşin¹

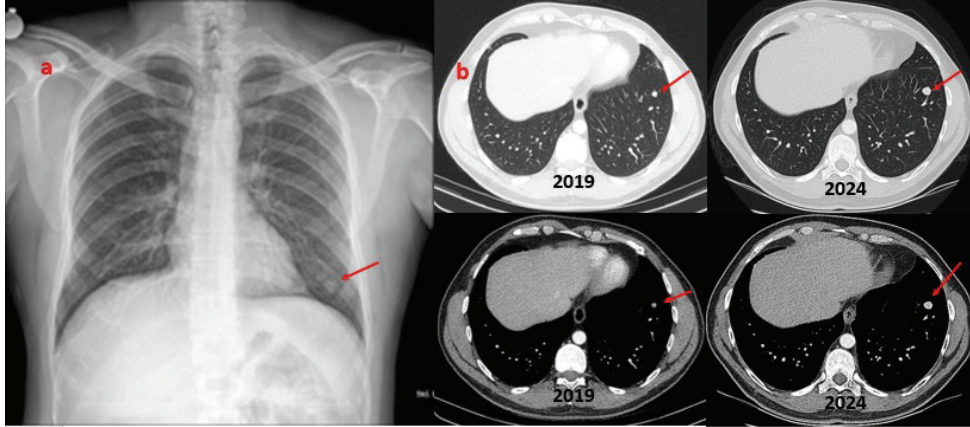
¹Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları AD.

²Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi AD.

Rukiye Öztürk / Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları AD.

Giriş-Amaç: Soliter pulmoner nodül (SPN) akciğer parankimiyle çevrili, 3 cm'den küçük yuvarlak opasitelerdir ve genellikle asemptomatiktir. Tesadüfen saptanan SPN'lerin %50-60'ı benign, %40-50'si malign lezyonlardır. Malign grubun %90'ını primer karsinom, %10'luk kısmını ise toraks dışı tümörlerin metastazı oluşturmaktadır. Nodülün boyut artışı kanser riskini arttırmaktadır. 10-15 mm boyutundaki nodüllerin kanser riski %11,1'dir. SPN'lerin karakterizasyonu için PET-BT hassas bir görüntülemidir. Ancak bronkoalveolar ve karsinoid tümör, 1 cm'den küçük nodüller, malignitelerin tek metastazı ve hiperlipsemi gibi bazı benign durumlarda da kesin sonuçlar verememektedir. Opere hepatoselüler karsinom (HCC) olan olgumuz yıllar sonra PET-BT'de FDG tutulumu olmadan soliter pulmoner nodülde progresyon izlenmesi ve opere edildiğinde HCC metastazı almış olmasından dolayı sunulmaktadır.

Olgu: 39 yaş, erkek hasta, aralıklı balgam yakınması nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Solunum sistemi muayenesinde özellik yoktu. Sigara kullanım öyküsü olmayan hastaya 12 yıl önce HCC nedeniyle karaciğer sağ lob rezeksiyon yapılmış, kemoterapi ve radyoterapi almamıştı. Ailesinde meme ve akciğer kanseri öyküsü mevcuttu. Akciğer grafisinde sol alt zonda nodüler dansite artışı ve toraks BT'de sol alt lobda 12 mm boyutunda konturu düzenli, kalsifiye olmayan SPN izlendi (Resim 1a). Eski görüntülerle kıyaslandığında boyut artışı görüldü (Resim 1b). PET-BT'de nodül ve karaciğer dahil diğer sistemlerde de FDG tutulumu izlenmedi. Nodüle yönelik sol alt lob wedge rezeksiyon yapıldığında patoloji sonucu; HCC metastazı olarak raporlandı. Akciğer metastazından dolayı radyoterapi uygulanan hasta onkoloji tarafından takip edilmektedir.



Resim 1. Resim 1a; akciğer grafisinde sol alt zonda nodüler dansite artışı, 1b;2019 ve 2024 toraks BT parankim ve mediasten axial kesitlerinde nodülün progresyonu izlenmekte

Tartışma-Sonuç: Olgumuzda HCC öyküsünden yıllar sonra SPN'de progresyon saptanarak wedge rezeksiyonla HCC metastazı tanısı konuldu. SPN'lerin en sık malign nedeninin primer akciğer kanseri olduğu, akciğer dışı bir organdan akciğere metastazın en sık periferik ve multipl olması beklense de SPN şeklinde de metastaz görülebilmektedir. HC-C'de tekrarlayan tümörün çoğunlukla rezeksiyon sonrası 2-10 yıl içinde olduğu bildirilmiştir. Viola ve arkadaşlarının bildirdiği bir vakada HCC nedenli yapılan karaciğer transplantasyonundan 12 yıl sonra SPN olarak metastaz bildirilmiştir. HCC en sık metastazı akciğere yapmaktadır ve genellikle multipl metastaz olması nedeniyle cerrahiye de uygun değildir. Lam ve arkadaşları pulmoner metastazı olan 9 hastaya metastaz rezeksiyonu yapmış ve sağ kalımda olumlu sonuçlar elde etmiştir. Tomimaru ve arkadaşları HCC sebebiyle pulmoner metastaz rezeksiyonu yaptıkları hastalarda nüks görülmediğini bildirmiştir. Olgumuzda olduğu gibi alta bilinen malignitesi olan SPN olgularında; malignitesi remisyonda da olsa metastaz olasılığı akla gelmeli ve patolojik tanı süreci başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: soliter pulmoner nodül, metastaz, hepatoselüler karsinom

PS-220 Atipik Seyirli Erken Nüks Gösteren Akciğer Adenokarsinom Olgusu

Nilüfer Doruk¹, Aydın Çiledağ¹, Ayşegül Gürsoy Çoruh², Cabir Yüksel³, Ahmet Demirkazık⁴, Akın Kaya¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Nilüfer Doruk / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Erken evre adenokanser hastalarında standart tedavi yaklaşımı rezeksiyondur. Ancak, küratif rezeksiyona rağmen hastaların %30 -%55'inde nüks gelişebilmektedir. Nüksün neden geliştiğini belirlemek için çalışmalar yapılmış ve standart evreleme yöntemleriyle tespit edilemeyen gizli mikro-metastatik kanser hücrelerinin bulunabileceği öne sürülmüştür. Rezeksiyondan sonra nüks riski 4 yıla kadar devam edebilmektedir. Bu sunumda, kısa sürede ve yaygın olarak nüks gösteren atipik seyirli bir olgu anlatılmaktadır.

Olgu: 66 yaşında kadın hasta 2023 Kasım ayında kliniğimize nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Hastanın hipertansiyon tanısı mevcuttu ve sigara öyküsü bulunmuyordu. Akciğer grafisinde sol üst zonda düzensiz sınırlı heterojen opasite izlenmesi üzerine çekilen bilgisayarlı tomografi (BT)'de; sol akciğer üst lobda 75x50mm solid lezyon ve PET-BT'de ilgili lezyonda SUVmax 16.6 tutulum izlendi. Vücutta diğer alanlarda patolojik 18F-FDG tutulumu saptanmadı. Hastaya bronkoskopi ve EBUS yapıldı. Endobronşiyal lezyon saptanmayan hastanın, bronş lavajı ve mediastinel lenf nodları örneklemeinde malignite izlenmedi. Transtorasik akciğer biyopsisi adenokarsinom ile uyumlu görüldü. Ocak 2024'de sol üst lobektomi ve mediastinel lenf bezi diseksiyonu yapıldı. Patoloji sonucu müsinöz ve non-müsinöz mikst adenokarsinom olarak sonuçlandı. T2N0M0 olarak değerlendirilen hastaya 4 kür gemitabin tedavisi verildi. Nisan ayında kemoterapisi tamamlanıp takibe alınan hastanın ağustos ayında kontrol BT'sinde her iki akciğerde dağınık buzlu cam dansitelerine eşlik eden yeni gelişimli nodüler opasiteler izlendi. Enfeksiyon ön tanısı ile antibiyotik tedavisi başlandı. Tedavi sonrasında da lezyonlarda regresyon görülmedi. Romatolojik ve kardiyak nedenler dışlandı. Tanı amacı ile hastadan bronkoskopi eşliğinde bronş lavajı alındı. Lavaj sitolojisinde malignite saptanmadı, kültürde üreme olmadı ve ARB negatif görüldü. Çekilen tomografide buzlu cam alanlarında artış izlendi ve sağdaki buzlu cam alanından transtorasik biyopsi alındı. Patoloji sonucu iyi diferansiye müsinöz adenokarsinom infiltrasyonu olarak sonuçlandı.

Tartışma-Sonuç: Olgumuzda rezeksiyon sonrası kemoterapi verilmesine karşın 5 ay gibi kısa sürede akciğerde yaygın nüks izlenmiştir. Adenokanser olgularının enfeksiyöz bir süreci taklit edebilecek nitelikte prezente olabileceği ve rezeksiyon sonrası kısa sürede nüks gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: metastaz, adenokarsinom, nüks



PS-221 Sjögren Sendromu Akciğer Tutulumu Şüphesi ile Yapılan Biyopsiden Gelen Adenokanser Tanısı

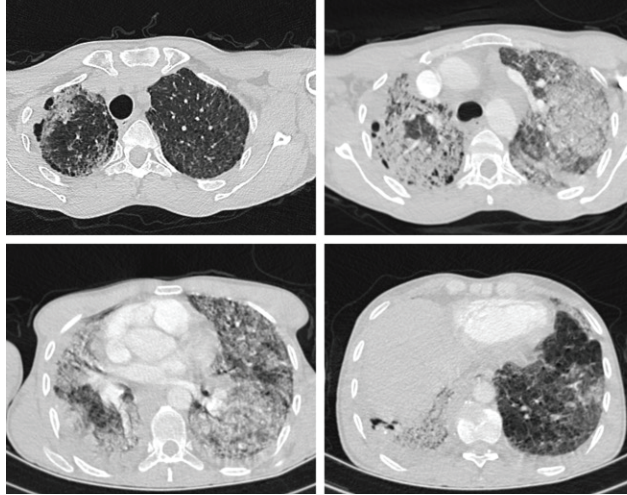
Emine Elçin Faydalı¹, Feyza Nur Denizler¹, Ercan Kurtipek¹

¹Konya Şehir Hastanesi

Emine Elçin Faydalı / Konya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: İnterstiyel Akciğer Hastalıkları; ilaçlar, inorganik veya organik tozlara maruziyet ile, Romatolojik hastalıklar sonucu gelişebileceği gibi idiyopatik de olabilmektedir. Radyolojik ve patolojik bulgular tanıda yol göstermekle birlikte öncelikle ayrıntılı anamnez alınarak altta yatan hastalığın dışlanması, idiyopatik ya da sekonder hastalık kararının verilmesi gerekmektedir. Anamnez ile fizik muayene bulguları, rutin laboratuvar testleri, eski ve güncel akciğer grafileri, solunum fonksiyon testleri birlikte değerlendirilmelidir. İnterstiyel Akciğer hastalıklarının ayırıcı tanısında yüksek rezolusyonlu bilgisayarlı tomografi ve/veya bronkoalveoler lavaj yardımcı olacaktır. Bu olgumuzda Sjögren Sendromuna bağlı interstiyel akciğer hastalığı düşündüğümüz bir hastamızda yapılan wedge biyopsi ile tanının 'adenokarsinom' gelmesi nedeniyle sunduk.

Olgu: Bilinen hastalığı olmayan 44 yaş erkek hasta nefes darlığı ve kuru öksürük şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Sigara 40 paket/yıl idi. Yapılan fizik muayenesinde bilateral velcro ral vardı, saturasyon oda havasında %95 idi ve çomak parmağı mevcuttu. Bunun üzerine yapılan görüntülemesinde her iki akciğerde subplevral milimetrik büllöz yapılar, interlober septal kalınlaşma ve sağ akciğer alt lobda daha belirgin olmak üzere yaygın fibrozis ile uyumlu görünüm ve buzlu cam dansitesinde alanlar izlenmekteydi. Hastanın yapılan bronkoscopisinde endobronşiyal lezyon görülmemesi üzerine romatolojik hastalık açısından Romatoloji'ye danışıldı. İstenecek tetkikleri ve tükürük bezi biyopsi sonucu hasta Sjögren Sendromu Akciğer tutulumu kabul edildi. Antifibrotik başlanması açısından değerlendirilen hasta radyolojik olarak arada kalındığı için biyopsi kararı alındı, bu sebeple Göğüs Cerrahisi ile görüşülerek akciğer wedge biyopsi planlandı. Yapılan biyopsi sonucu 'Adenokarsinom' raporlanan hasta onkolojiye yönlendirildi.



Şekil-1. Her iki akciğer alt ve üst loblarda yaygın konsolidasyon, buzlu cam yoğunluğunda infiltrasyonlar, üst loblara baskın bal peteği görünümü

Tartışma-Sonuç: Sjögren Sendromu, azalmış lakrimal ve tükürük bezi fonksiyonu ile karakterize ve özellikle lakrimal ve tükürük bezleri olmak üzere ekzokrin bezlerinin lenfositik infiltrasyonu ile ilişkili kronik bir inflamatuvar hastalıktır. Sjögren sendromunun solunum komplikasyonları arasında hava yolu mukoza kuruluğu, çeşitli interstiyel akciğer hastalıkları, Hodgkin dışı lenfomalar, plevra kalınlaşması veya efüzyonu ve nadiren tromboembolik hastalık veya pulmoner hipertansiyon bulunur. Sjögren sendromunun görüntülemesinde sıklıkla Spesifik olmayan interstiyel pnömoni (NSIP) paterni olmakla birlikte, Olağan interstiyel pnömoni(UIP) paterni, Lenfoid interstiyel pnömoni (LIP) ve foliküler bronşiyolit, Foliküler bronşiyolit, Organize pnömoni (OP), Nodüler lenfoid hiperplazi, nadiren de Pulmoner nodüler amiloidoz görülebilir. Bu olgumuzu interstiyel akciğer hastalığı düşünülen bir hastada interstiyel pnömoniler araştırılarak aynı zamanda eş zamanlı bir malignite de olabileceğine dikkat çekmek için sunduk.

Anahtar Kelimeler: Sjögren Sendromu, İnterstiyel Akciğer Hastalığı, malignite

PS-222 25 Yaş Erkek Hastada Küçük Hücreli Akciğer Karsinomu

Nilay Tarhan¹, Hülya Doğan Şahin¹, Emine Sena Dikmentepe¹

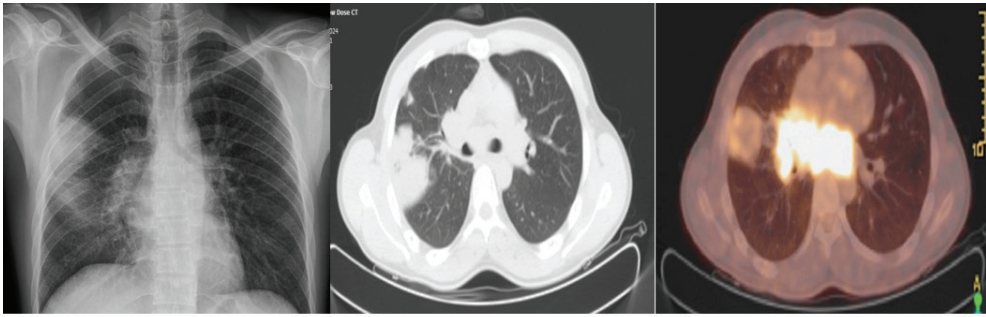
¹Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Nilay Tarhan / Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri, dünya çapında kanser kaynaklı ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir. Akciğer kanseri daha çok orta ileri yaş, sigara içicisi, meslek maruziyeti olan genetik risk faktörü taşıyan kişilerde görülür. Son çalışmalar, genç insanlarda akciğer kanseri insidansının arttığını bildirmektedir. Genel popülasyonda olduğu gibi 35 yaş altındaki yetişkinlerde de en sık görülen akciğer kanseri türü adenokarsinomdur. KHAK hastaları, 40 yaşından küçük akciğer kanseri hastalarının %0 ila %5'ini oluşturur ve yaştan bağımsız olarak kötü prognozudur. Genç insanlarda ileri evre akciğer kanseri oranının yüksek olmasının başlıca nedeninin gecikmiş tanı olduğu düşünülmektedir. Ayrıca genetik faktörlerin daha ön planda olduğu varsayılmaktadır. Bu olgu ile amacımız sigara içmeyen genç hastalarda ayırıcı tanıda akciğer kanseri olasılığını göz ardı etmemek gerektiğini vurgulamaktır.

Olgu: Sigara içmeyen, inşaat işçisi 25 yaşında erkek hasta hemoptizi ve sırt ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın ek hastalığı olmadığı ve soygeçmişinde anneannesinde pankreas kanseri olduğu öğrenildi. Hastanın çekilen akciğer grafisinde sağ akciğer orta zonda periferik homojen dansite artımı görülmesi üzerine tomografi ile ileri inceleme planlandı. Hasta Toraks BT'de sağ hilusta 47x52 mm boyutlarında lobüle konturlu sol pulmoner arteri daraltan kitlesel lezyon görülmesi üzerine bronkoskopi planlandı. (Şekil-1 ve Şekil-2) Yapılan bronkoskopiye sağ akciğer intermedier bronş lateral segment girişinde endobronşiyal lezyon izlendi, lezyondan forceps biyopsi yapıldı. Biyopsi patolojisi küçük hücreli karsinom olarak raporlandı. Hastanın evresinin belirlenebilmesi için gerekli tetkikler yapıldı. PET-BT'de sağ pulmoner arteri daraltan, sağ akciğer santralinde yaklaşık 5,2x6,6 cm boyutlu kile lezyonu ile uyumlu alanda artmış (SUV max:8,4) 18 FDG tutulumu izlenmiştir.(Şekil-3) Evre 3B T3N2 MO olarak değerlendirildi. Sınırlı evre KHAK olan hastaya Etopozid/Cisplatinden oluşan kemoterapi protokolü 3 kür uygulandı. 33 gün radikal RT uygulandı. Tedavisine immunoterapi ile devam ediliyor. Kontrol PET BT'de regresyon izlenmiştir.

Görüntüleme tetkiki



Şekil 1:Tanı anı PAAG grafisi

Şekil-2:Tanı anı toraks BT

Şekil-3:Tanı anı PET-BT

Tartışma-Sonuç: Solunum sistemi semptomları ile başvuran genç hastalarda akciğer kanseri ön tanı olarak düşünülen bir durum değildir. Ancak erken tanı ve tedavi akciğer kanseri hastalarında sağ kalım açısından büyük önem taşımaktadır. Literatürde 35 yaşında sigara içmeyen erkek hastada küçük hücreli akciğer kanseri saptandığını belirten bir olgu sunumuna rastlanmıştır. Bizim hastamızın, 25 yaşında olmasına ve sigara içmemesine rağmen küçük hücreli akciğer kanseri tanısı konulması oldukça dikkat çekicidir. Solunum sistemi semptomlarıyla gelen genç hastalarda sigara içmese dahi akciğer kanserinin ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: genç hasta, malignite, küçük hücreli akciğer karsinomu, sigara



PS-223 Malignite ile Karışan Fibröz Displazi

Efecan Haskan¹, Gülşah Günlüoğlu¹, Nurdan Şimşek¹, Havvanur Özçelik¹

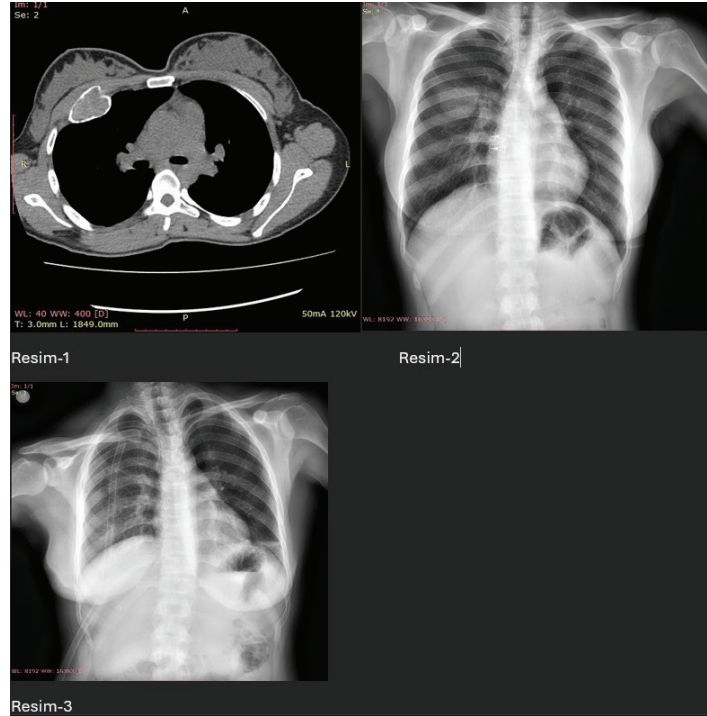
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Efecan Haskan / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Fibröz displazi; etiyojisi ve patogenezi tam olarak aydınlanmamış, bir veya fazla sayıda kemiği tutan, normal kemik dokusunun yerini bağ dokusunun almasıyla karakterize bir hastalıktır. Bütün kemikler bu hastalığa yakalanabilir ve tutulum genellikle tek taraflıdır. Bazı durumlarda görüntüsü ve semptomları sebebiyle malignite ile karışmaktadır. Bu vakamızda ise malignite ile karışan bir fibröz displazi olgusu anlatılacaktır.

Olgu: 27 yaşında kadın hasta hastanemize yaklaşık 1 yıldır süren sağ göğüs ağrısı şikâyeti ile başvurmuş. Hastanın hemogram ve biyokimya değerleri doğal olarak görülmüş. Çekilen Akciğer Grafisinde sağ orta-üst zonda yaklaşık 3 cm büyüklüğünde kitle imajı veren görünüm izlendi (Resim-1). Bunun üzerine Toraks Bilgisayarlı Tomografisi çekildi: Göğüs ön duvarda sağ meme posteriorunda kostada, yaklaşık olarak 5x3 cm boyutunda, ekspansiyon oluşturan kistik kitlesel lezyon izlenmiştir (Resim-2). Hastaya cerrahi operasyon planlandı. 3.kot anteriorda görülen ekspansil lezyon eksize edildi ve patolojiye yollandı. Patoloji sonucu kemiğin fibröz displazisi olarak geldi. Operasyon sonrası kontrol Akciğer Grafisi çekildi (Resim-3). Hasta 1 gün müşahede altında tutularak poliklinik kontrolüne gelmesi gerektiği söylenerek taburcu edildi.

Olgu



Tartışma-Sonuç: Fibröz displazi, normal kemik elemanlarının fibröz doku ve olgunlaşmamış kemik ile ilerleyici olarak yer değiştirmesi ile karakterizedir. Fibröz displazi'nin görüntüleme özellikleri, belirli bir lezyonun altta yatan histopatolojisine bağlıdır. Düz radyografilerde ve tomografide lezyonlar klasik olarak silik homojen bir yoğunluk artışıyla birlikte değişken derecede mineralizasyonla karakterize buzlu cam görünümüleriyle tanımlanır. Radyografiler medullada tek taraflı fuziform genişleme, kortikal kalınlaşma ile deformite ve artmış trabekülasyon gösterir. Kosta fibröz displazisi akciğerde bir kitle olarak ortaya çıkabilir. Fibröz displazinin çeşitli görünümleri, komplikasyonları ve birlikteliklerinin bilinmesi, doğru tanı ve uygun tedaviyi sağlamak için önemlidir. Hem küratif hem de tanı amaçlı olarak ve maligniteyi ekarte etmek için ilgili kosta eksize edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: displazi malignite ekspansil kitle

PS-224 Miyastenik Krizle Karışan Trakeal Stenoz

Veysi Tekin¹, Esra Kada¹, Süheyla Aydın²

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

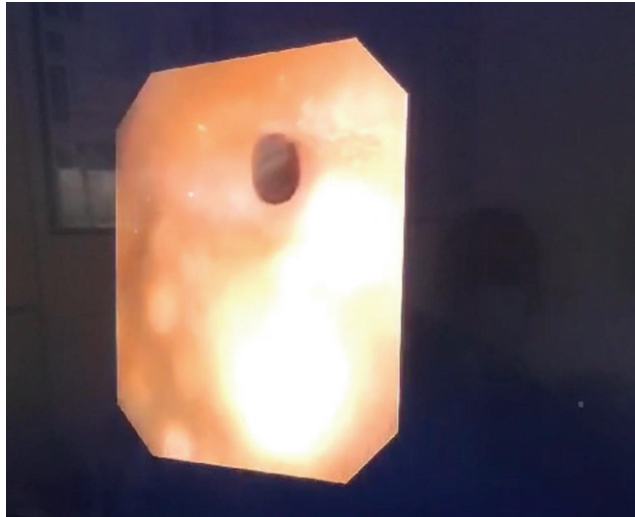
²Diyarbakır Selahattin Eyyübi Devlet Hastanesi

Veysi Tekin / Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Yaygın bir solunum yolu rahatsızlığı olan trakeal stenoz, sıklıkla tümör veya tüberküloz nedeniyle oluşur veya entübasyon veya kesinin bir komplikasyonudur. Trakeal stenoz ciddi bir morbidite ve mortalite sebebidir. Biz de radyoterapi sonrası nadir görülen trakeal stenoz vakamızı sunmak istiyoruz.

Olgu: 52 yaşında kadın hasta meme ca tanılı kontrollerinde insidental olarak ön mediastende kitle tespit edilmiş. Trucut biyopsi yapılmış olup patoloji sonucu timoma olarak raporlanmış ve myastenia graves tanısı konmuş. Kemoterapi ve daha sonrasında radyoterapi almış. Hasta 52 gün radyoterapi almış. RT sonrası nefes darlığı şikayeti nedeniyle Nöroloji yoğun bakıma yatırılmış. Burada hastaya plazmaferez ve IVIG tedavisi verilmiş. Tedaviye rağmen nefes darlığı şikayeti geçmeyen ve balgam atmakta ciddi zorlanan hastaya nöroloji tarafından toraks tomografisi çekilerek patolojik bir durum açısından hasta bize konsülte edildi. Toraks CT: Trakeanın distalinde şüpheli lezyon görülmesi üzerine hastaya bronkoskopi planlandı. Yapılan bronkoskopik işlemde trakea distalinde ileri derecede daralma olduğu görüldü. Dilatasyon açısından göğüs cerrahiye konsülte edilmesi önerildi.

Bronkoskopik Trakeal Stenoz



Trakeal Darlık

Tartışma-Sonuç: Trakeal darlık hayatı tehdit eden önemli bir komplikasyondur. Myastenik kriz gibi bazı durumlarla karışabilmektedir. Trakeal stenoz yapabilecek çeşitli girişimsel işlemler ve tedavilerden sonra nefes darlığı şikayeti geçmeyen ve stridoru olan hastalar değerlendirilirken trakeal stenoz açısından göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Timoma, Myastenik Kriz, Trakeal Stenoz



PS-225 Subksifoid S1 Segmentektomi: Olgu Sunumu

Zübeyir Özdemir¹, Ezgi Nilay Yağcı Kazanasamaz¹, Oğuzhan Bayraktar¹, Dağıstan Bozkurt¹,
Mustafa Vedat Doğru¹, Celal Buğra Sezen¹, Özkan Saydam¹

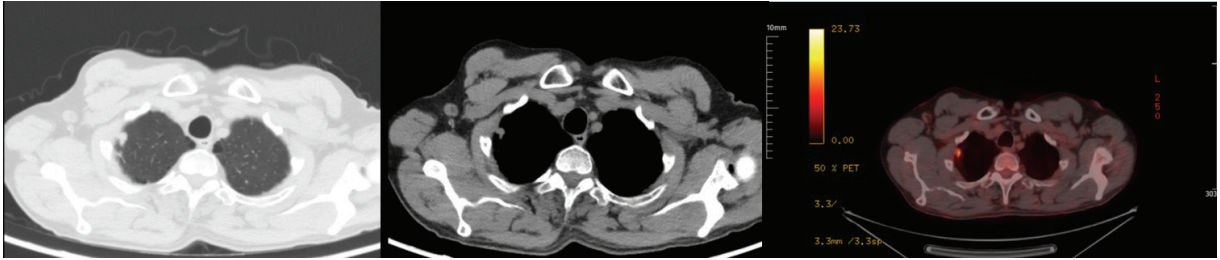
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Zübeyir Özdemir / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş-Amaç: Günümüz teknolojisinin gelişmesi yeniliklerin tıp ve cerrahi alanında da yaygın uygulanılmasının önünü açmaktadır. Yenilikler artık sadece mortalitenin azaltılmasını değil morbiditenin de azaltılmasını amaçlamaktadır. Hastaların postoperatif dönemde yüksek ağrı duyması nedeniyle artık geleneksel torakotomi insizyonu sadece ekstended olgularda ve kanama kontrolü açısından başvuru bir yöntem olmaktadır. Subksifoid insizyon, günümüzde interkostal sinir hasarını en aza indiren yöntemlerden biri olarak kabul görüldüğünden uygulanma sıklığı giderek artmaktadır.

Olgu: Elli yaş erkek hasta, 13 yıl önce sağ orta lobta tespit edilen nodül nedeni takiplerinde yeni gelişen sağ üst lob apikal bölge lateralinde yerleşimli 5x8mm boyutlarında subplevral nodül saptandı. Hastaya evreleme amaçlı PET/ BT çekildi. Uzak metastaz dışlanan hastanın sağ akciğer apikal bölge lateralinde subplevral 5x8 mm boyutlu nodüler lezyonda orta düzeyde artmış FDG tutulumu izlendi (SUVmax:5.05) ve lezyon malignite kuşkululu olarak değerlendirildi. Erken evre olarak kabul edilen, yapılan solunum fonksiyon testinde FEV1 %98 olması nedeniyle akciğer rezeksiyonunu tolere edebilecek olan olguya subksifoid uniportal S1 segmentektomi planlandı. Genel anestezi indüksiyonu ve çift lümenli endotrakeal tüp ile entübe edilen olgu 70 derece sırt eğimli açı ile olguya lateral dekübit pozisyonu verildi. Subksifoid 4 cm'lik insizyon açıldı, sırasıyla apikal segment veni, apikal segment arteri ve apikal segment bronşu dönüldü ve stapler yardımı kesildi. 4R ve 7 nolu lenf nodları örnekledi, 32 f toraks dreni toraksa yerleştirildi ve ameliyat sonlandırıldı. Postoperatif takiplerinde kaçak ve hemorajik drenajı olmayan olgu postoperatif 2.günde tüpü sonlandırılarak taburcu edildi. Patoloji sonucu bronştan 2,5 cm uzunlukta subplevral yerleşimli plevrada kalınlaşmalara sebebiyet veren tümör boyutu 1,7x1,5x0,7 cm olan yüksek dereceli adenokarsinom, STAS pozitif, PL1, lenfovasküler invazyon izlenen, perinöral invazyon ve tümör cerrahi sınır tutulumu izlenmeyen olgu patolojik T1BN0M0 Evre 1A2 olarak kabul edildi.

Toraks BT ve PET/BT görüntüsü



Tartışma-Sonuç: Subksifoid insizyonuyla yapılan rezeksiyonlar onkolojik cerrahi prensiplerini gözeterek hasta konforunu yüksek tutan cerrahi tekniklerden biridir. Deneyimli merkezlerde seçili olgularda yaygın olarak uygulansa da deneyimsiz merkezlerde öncelikle wedge rezeksiyonlar ile başlanarak yöntem yaygınlaştırılabilir. Geleneksel VATS aletlerinden daha uzun alet gereksinimi ve görece kanama kontrolünde yaşanabilecek sorunlar yöntemin kısıtlılıklarındandır.

Anahtar Kelimeler: Subksifoid, Segmentektomi

PS-226 Sternotomi ile Mediastinal Kitle Eksizyonu ve Sol Üst Lobektomi

Ezgi Nilay Yağcı Kazanasmaz¹, Zübeyir Özdemir¹, Oğuzhan Bayraktar¹, Merve Özbek Doğançay¹, Mustafa Vedat Doğru¹, Celal Buğra Sezen¹, Özkan Saydam¹

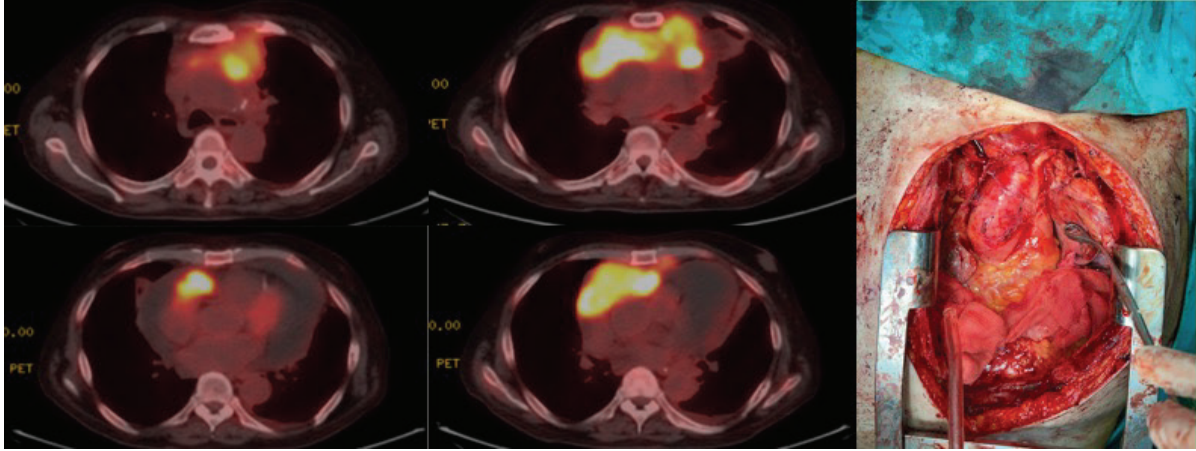
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Zübeyir Özdemir / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş-Amaç: Timik Skuamöz Hücreli Karsinom (TSCC) nadir görülen bir neoplazi olmasına rağmen diğer timik karsinom subtiplerine göre sağkalım oranları daha yüksektir. Tanı anında uzak metastaz ve unrezektable olmayan vakalarda komplet rezeksiyon en iyi sağkalım sonucunu verir. Kemosensitivitesi görece yüksek olan TSCC, unrezektable kabul edilen vakalarda kemoradyoterapi ile tedavi edilebilir. Heterojenitesi yüksek olan timik karsinom subtiplerinde kemoradyoterapiye yanıtı olmayan olgularda tümör yükünü azaltıcı cerrahi sağkalımı arttırmak için uygulanabilir bir tedavi yöntemidir.

Olgu: Yetmiş yaş erkek hasta, kilo kaybı şikayeti ile tetkik edilen olguda anterior mediastinal kitle saptanması nedeniyle kitleye tru-cut biyopsi yapıldı, patoloji sonucu az diferansiye karsinom olarak sonuçlanması üzerine irrezektable kabul edilen olguya terapötik 33 seans radyoterapi ve 11 kür kemoterapi uygulandı. Kontrol PET/BT'te kitlenin yoğun FDG tutulumunun sebat etmesi üzerine tarafımıza yönlendirilen olguya tümör yükünü azaltıcı cerrahi amacıyla sternotomi insizyonu açıldı, anterior mediastende perikardı ve sol üst lobu invaze eden kitle görüldü, frenik sinirden frenik sinire kadar kitle serbestlendi, eksize edildi ve sol üst lobektomi yapıldı. 3 ve 5 numaralı mediastinal lenf nodu örnekledi. 1 adet 32 f transmediastinal, 1 adet 32f dren sol hemitoraksa yerleştirildi ve ameliyat sonlandırıldı. Patoloji sonucu 16x9x5,5 cm boyutlarında ince kapsüle görümlü üzerinde 9x6 cm ölçüde perikard barındıran mediastinal kitle timüs kökenli skuamöz hücreli karsinom, sol üst lobektomi timüs kökenli skuamöz hücreli karsinom infiltrasyonu, 3 ve 5 nolu mediastinal lenf nodu antrakotik lenf nodu olarak histopatolojik tanı konuldu. Bronş, vasküler ve perikard cerrahi sınır negatif olarak değerlendirildi.

PET/BT ve Perop Görüntü



Tartışma-Sonuç: Timik Skuamöz Hücreli Karsinom (TSCC), erken evre cerrahi ile küratif tedavi sağlanabilirken, ileri evrelerde seçili olgularda deneyimli merkezlerde tümör yükünü azaltıcı cerrahinin sağkalıma katkısı bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Timik Skuamöz Hücreli Karsinom, Sternotomi, Anterior Mediasten



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-227 Nadir Olarak Görülen Akciğerin İyi Huylu Clear Cell Tümörü; PEComa Olgu Sunumu

Levent Çevik¹, Hanifi Yıldız¹

¹van yüzüncü yıl üniversitesi dursun odabaş tıp merkezi hastanesi

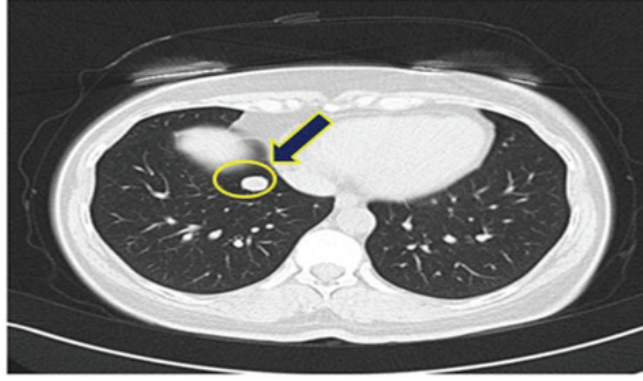
Levent Çevik / van yüzüncü yıl üniversitesi dursun odabaş tıp merkezi hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğerin PEComa'sı (berrak hücreli "şeker" tümörü), muhtemelen perivasküler epiteloid hücrelerden (PE-C'ler) kaynaklanan nadir görülen; Klinik özellikleri, radyolojisi ve patolojisi özel özelliklere sahip selim bir tümördür. 33 yaşındaki bir kadında tespit edilen nadir bir pulmoner PEComa olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 33 yaşında kadın hasta, ara sıra olan sırt ağrısı nedeniyle tarafımıza başvurmuş olup ek şikayeti yoktu, hastanın B semptomu, sigara öyküsü ve bilinen herhangi bir sistemik hastalığı yoktu, bakılan vital değerleri normal aralıkta olup, yapılan fizik muayenede akut belirgin patolojik bulguya rastlanmadı, çekilen akciğer grafisinde sağ akciğer orta-alt zonda nodüler lezyon görülmesi üzerine çekilen toraks BT'de sağ akciğer alt lobda yaklaşık 14x12 mm ebatlı nodüler lezyon izlendi (Resim-1). Akabinde hastaya PET-CT çekildi ve parankimal solid nodülde düşük düzeyde artmış 18F-FDG tutulumu izlendi (SUVmaks:1,8). Hasta göğüs konseyde görüşülüp cerrahi olarak eksizyon yapılmasına karar verildi. Hastaya göğüs cerrahisi tarafından sağ akciğer wedge rezeksiyon yapıldı, nodülden yapılan histopatolojik incelemede; Frozen tanı: Öncelikle benign neoplazma olarak değerlendirildi. Mikroskopik incelemeler (Resim-2) de belirtilmiş olup, patolojik incelemede, tümör hücrelerinin immünohistokimyasal boyama sonuçları PEComa tanısını desteklemiştir. HMB45 pozitifliği ve PAS boyası ile intrasitoplazmik granüllerde gözlenen glikojen içeriği, PEComa için tipik bulgulardır. Diğer markerler (Melan-A, SMA, TTF-1, EMA, Sinaptofizin, vb.) negatif bulunmuş olup, renal hücreli karsinom gibi ayırıcı tanılar dışlanmıştır. Cerrahi sınırlarda da tümör izlenmemiş olup, postoperatif dokuzuncu ayda kontrol amaçlı çekilen toraks BT'de sağ akciğer alt lop posteriora yeni nodüler lezyona saptanmadı (Resim-3). Tüm bu gelişmeler sonucunda hasta operasyon sonrası tedavisiz takip altına alındı.

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Pecoma olgu sunumu resimleri

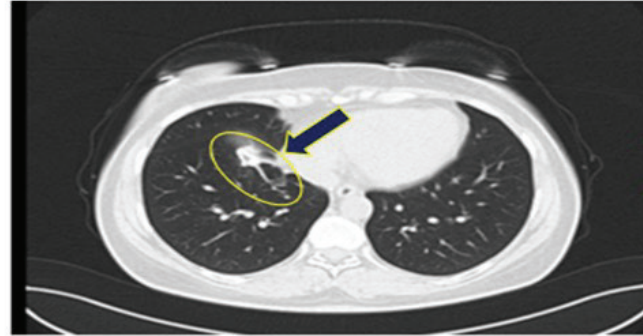


Resim-1: sağ akciğer alt lobda yaklaşık 14x12 mm ebatlı nodüler lezyon

MİKROSKOPİ:

Kesitlerde akciğer parankiminde yerleşimli, düzgün sınırlı, içerisinde yer yer tek katlı küboidal epitel ile döşeli alveolar yapıları da sıkışmış olduğu izlenen difüz paternde gelişim gösteren, belirgin hyalinize fibröz septal çati barındıran neoplazmi izlenmektedir. Neoplazmada ayrıca kalsifikasyon odakları mevcuttur. Neoplastik hücreler geniş şeffaflı granüller sitoplazmalı, yuvarlak-oval nükleusu, küçük nükleolu, brominden belirgin hücresel sınırlar ile ayrılan, genellikle hafif pleomorfizm gösteren hücrelerdir. Belirgin mitotik aktivite ya da nekroz izlenmemiştir. Yapılan immünohistokimyasal çalışmalarda neoplastik hücreler HMB45 ile soyrek pozittir. MelanA, Sinaptofizin, SMA, Pan-keratin, Desmin, CD34, CD31, CD163, CD68, EMA, TTF-1 ve S100 ile negattir. STAT6 ile anıamlı boyanma izlenmemiştir. PAS boyası ile intrasitoplazmik granüllerde boyanma izlenmiştir.

Resim-2: patoloji raporunda yer alan nodüle ait mikroskopik bulgular



Resim-3: postoperatif sağ akciğer alt lop posteriorda dens operatif

görünüm dikkati çekmekte olup herhangi bir nodüler lezyon saptanmadı

Tartışma-Sonuç: Akciğerlerin berrak hücreli "şeker" tümörü olan PCEoma, akciğerin son derece nadir, iyi huylu lezyonlarıdır. Klinik özellikleri, radyolojisi ve patolojisi özel özelliklere sahip nadir bir iyi huylu olan bu tümör akciğerin diğer daha yaygın tümörleriyle benzerlikleri ve fazla aşına olunmaması nedeniyle doğru bir tanıyı almasını engelleyebilir. Bu lezyonun klinik, sitolojik ve immünohistokimyasal özelliklerine aşına olmak, ön tanıda daha fazla düşünmek bu lezyonların prospektif olarak doğru bir şekilde teşhis edilmesini ve böylece etkin tedavinin yapılmasını sağlayabilir. Bu vaka, nadir görülen pulmoner PEComa'ların tanı ve tedavisinde literatüre katkı sağlamaktadır. Olgumuza benzer; benign maling ayırımı fark etmeksizin nadir görülen patolojik tanıya sahip olguların özellikle genç meslektaşlarımızın aklına daha sık gelmesi ve literatürü güncel tutması adına daha çok bildirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: PEComa, Akciğer, Şeker Hücreli Tümör



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-228 Akciğer Metastazı Olan Adrenokortikal Karsinom: Olgu Sunumu

Büşra Oral¹, Serap Akçalı Duru¹, Ezgi Erdem Türe¹

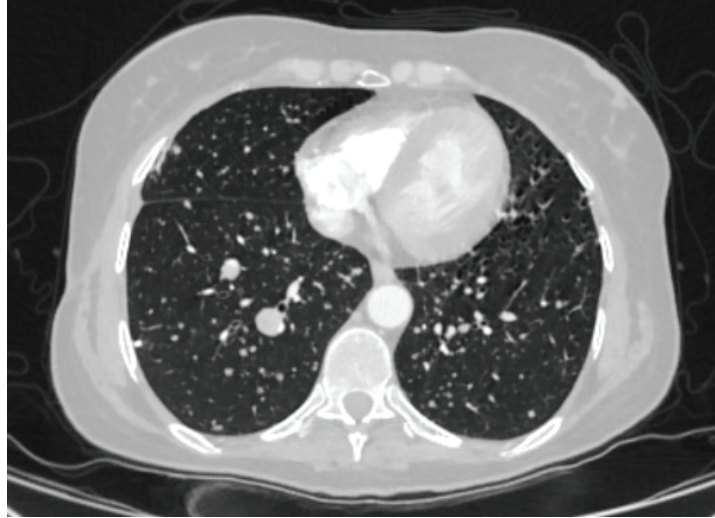
¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim dalı

Büşra Oral / Ankara Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim dalı

Giriş-Amaç: Adrenokortikal karsinom (AKK), yılda 1-2 vaka/milyon oranında görülen, nadir rastlanan ve kötü prognozlu bir malignitedir. Genellikle tanı anında çevre dokuya invazyon ya da akciğer gibi uzak organlara metastaz yapmış halde saptanır. Hastalar çoğunlukla hiperkortizolizm, virilizasyon ve tümör kompresyonuna bağlı semptomlarla ortaya çıkar. Bazı hastalarda bu bulgular olmadan ek semptomlar görülebilir. Bu olgu sunumunda, hormonal semptomları olmayan akciğer metastazı yapmış ve pulmoner semptomlar ile kendini gösteren bir adrenal karsinom olgusu sunulmuştur.

Olgu: 54 yaşındaki kadın hasta, dispne ve baş ağrısı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Hastanın tansiyon düzensizlikleri ve ara ara olan nefes darlığı şikayeti nedeni ile yapılan görüntülemelerinde sağ sürrenal bezde kitle görünümü izlendi. Tüm vücut FDG-PET çekiminde sol akciğer üst lob anterior segmentte subsantimetrik, superior linguler segmentte ve alt lob superior segmentte, inferior linguler segmentte en büyüğü 1 cm çapında ve alt lob bazal segmentlerde multipl parankimal nodül (SUVmax:1.15), sağ sürrenal gland lokalizasyonunda yaklaşık 81x62 mm boyutunda kitlesel lezyonda (SUVmax:5.71/11.99) heterojen aktivite artışı mevcut saptandı. Hastaya sağ sürrenalektomi yapıldı. Akciğer wedge biyopsi yapılması planlandı. Sağ akciğerden wedge biyopsi yapıldı ve hastanın kliniği ile birlikte değerlendirildiğinde (adrenal glandda izlenen 8 cm'lik kitle) bulgular patologlar tarafından "adrenokortikal karsinom metastazı" olarak saptandı. Takiplerinde hastada klinik iyileşme gözlemlendi. Hasta tıbbi onkoloji tarafından medikal tedavi planı ile takibe alındı.

Akciğer metastatik nodülleri



Adrenokortikal karsinom akciğer metastatik nodüllerin parankim penceresinde görünümü

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Laboratuvar parametreleri

Glukoz	70 mg/dL
Kreatinin	0.69 mg/dL
GFR	100 ml/dk/1.73 m ²
AST	16 U/L
ALT	9 U/L
Na	144 mmol/L
K	3.5 mmol/L
Cl	103 mmol/L
CRP	0.55 mg/L
WBC	5670 10 ³ mL
Hgb	10.4 g/dL
PLT	242.000 10 ³ /mL

Hastanın başvuru anındaki laboratuvar parametreleri

Tartışma-Sonuç: Bu vaka, akciğer metastazı olan adrenokortikal karsinomun nadir görülen bir sunumunu açıklamaktadır. Hastanın semptomlarının farkında olunması, hastalığın erken teşhisi ve tedavisinde önemli bir rol oynayabilir.

Anahtar Kelimeler: "akciğer metastazı", "adrenokortikal karsinom"



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-229 Pulmoner Epiteloid Hemanjioendotelyoma: Çok Nadir Bir Olgu

Batuhan Rıza Ecer¹, Saltuk Burhan Dal¹, Dilara Gürsoy¹, Deniz Nart², Tevfik İlker Akçam¹

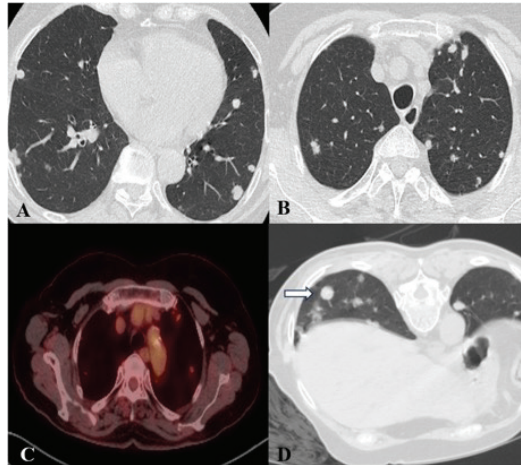
¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi ABD

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji ABD

Batuhan Rıza Ecer / Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi ABD

Giriş-Amaç: Epiteloid hemanjioendotelyoma (EHE), vasküler endotelial ve pre-endotelial hücrelerden kaynaklanan, prevalansı milyonda birden az olan bir neoplazmdır. İlk kez 1982'de Weiss ve Enzinger tarafından epiteloid görünümü, hemanjiyom-anjiyosarkom arasında özellikler gösteren, kemik ve yumuşak dokunun vasküler bir tümörü olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise EHE'yi 2002 yılında metastatik potansiyele sahip lokal agresif tümörler kategorisinde tanımlamıştır. EHE genellikle ekstremitelerde oluşur ancak akciğer, beyin, karaciğer ve lenf nodlarında da oluşabilir. Ayırıcı tanıda epiteloid hemanjiyom, epiteloid sarkom, epiteloid anjiyosarkom ve metastatik karsinom bulunur. Bu olgu sunumundaki amacımız akciğerin neoplazmlarının ayırıcı tanısında oldukça nadir görülmesine rağmen pulmoner epiteloid hemanjioendotelyomanın (PEH) da göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamaktır.

Olgu: 72 yaşında, bilinen romatoid artrit, hipertansiyon, hipotiroidi, hiperlipidemi ve medüller tiroid kanseri tanıları olan, özgeçmişinde sigara kullanım öyküsü olmayan hasta 3 aydır devam eden öksürük ve balgam şikayetiyle dış merkez göğüs hastalıkları kliniğine başvurmuş. Hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) " her iki akciğerde farklı lob ve segmentlerde multiple, çapları milimetrik ve 2.5 cm arasında değişen solid parankimal nodüller, medias-tende paratrakeal, karinal ve subkarinal lokalizasyonlarda milimetrik lenf nodları"(Resim 1A ve 1B) izlenmesi üzerine hasta pozitron emisyon tomografisi (PET) ile değerlendirilmiş. Hastanın PET'inde " her iki akciğerde yer alan multiple nodüller lezyonların çoğunda artmış florodeoksiglukoz (FDG) tutulumları (SUVmax:3.91)"(Resim 1C) izlenmesi üzerine sağ akciğer alt loba yönelik tru-cut biyopsi uygulanmış (Resim 1D). Hastanın gönderilen tru-cut biyopsi örneklerinin patoloji raporunda neoplazm bulgusuna rastlanmaması üzerine hasta cerrahi tanı amacıyla tarafımızca servis izlemine alındı. Video assisted torakoskopik cerrahi (VATS) ile sol akciğer üst ve alt loba benzer morfolojideki nodüllerden wedge rezeksiyon ile örnekleme yapıldı. Gönderilen ameliyat materyalinin patolojisi " üst lob örneğinde 1 cm boyutlu, alt lob örneğinde beş adet 4-9 mm boyutlu hyalinize nodüllerin patolojisi epiteloid hemanjioendotelyoma ile uyumludur" olarak raporlandı. Hastanın patoloji preparatlarından next-generation sequencing (NGS) çalışılması planlandı ve medikal tedavisinin düzenlenmesi amacıyla medikal onkolojiye yönlendirildi.



Resim 1. A ve B. Kontrastsız toraks bilgisayarlı tomografisi aksiyel kesitte bilateral multiple solid pulmoner nodüller C. Pozitron emisyon tomografisi aksiyel kesitte bilateral multiple solid pulmoner nodüller D. Tru-cut biyopsi uygulanan pulmoner nodülün bilgisayarlı tomografi aksiyel kesitteki görünümü

Tartışma-Sonuç: Bilateral multiple pulmoner nodüllerin ayırıcı tanısında öncelikli olarak metastatik hastalık (en sık neden), sarkoidoz, tüberküloz, septik emboli, romatoid nodüller, Wegener granülatozu, amiloidoz, arteriyovenöz malformasyon, hamartom, parazitik hastalıklar akla gelmektedir. Olgu, ayırıcı tanıda pulmoner epiteloid hemanjioendotelyomanın da göz önünde bulundurulması gerektiğini hatırlatmak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Akciğer Kanseri, Hemanjioendotelyoma, Pulmoner nodül

PS-230 Kostanın Nadir Görülen Soliter Plazmasitoması

Murat Kılıç¹, Merve Bıyıklı¹

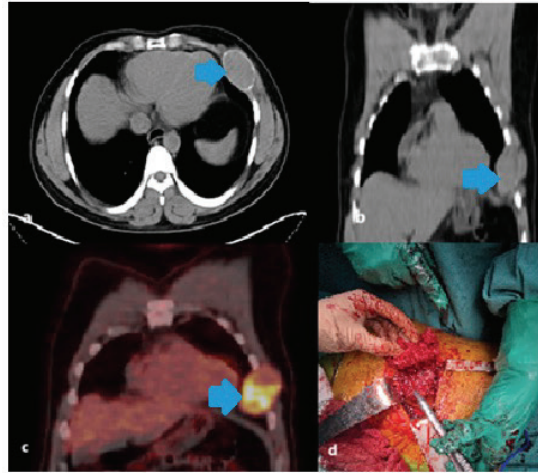
¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Merve Bıyıklı / İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Soliter Plazmasitom plazma hücre diskrazileri olarak bilinen hematolojik malignitelerin alt grubudur. Tüm hematolojik neoplazmların %10'unu oluşturan nadir, lokalize bir neoplazmdır. Oluşum yerine göre soliter kemik plazmasitomu ve ekstramedüller plazmasitomu olarak ikiye ayrılır. Tipik olarak vertebra veya pelvis kemiklerinde görülür ve kostada görülmesi daha nadirdir. Hastalığın yayılımına dair bir kanıt olmaksızın yalnızca bir veya iki izole kemik lezyonunun varlığı ile karakterize edilir. Genellikle cerrahi rezeksiyon ve radyoterapi ile tedavisi mümkündür. Tanı görüntüleme bulgularına ve patolojiye dayanır. Çoğu durumda, direk grafide kemiğin osteolitik lezyonları olarak görülür.

Olgu: Bilinen bir hastalığı olmayan 42 yaşında erkek hasta yan ağrısı ve şişlik şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Travma veya tüberküloz öyküsü yoktu. Laboratuvar bulgularında patoloji saptanmadı. Kan sayımı, kalsiyum ve böbrek paneli normaldi. Çekilen tomografik görüntüsünde sol 6. kot anterolateralinde litik ekspansiv karakterde, 6x4 cm boyutunda kitle izlendi. Tarafımızca sol minitorakotomi ile 6. Kot 3 cm güvenlik marjı ile parsiyel olarak rezekt edildi. Operasyon sırasında makroskopik olarak plevrada tutulum izlenmedi. Histopatolojisi Soliter Plazmasitom olarak raporlanan hasta postoperatif 4. günde şifa ile taburcu edildi.

SOLİTER PLAZMASİTOMA'NIN TOMOGRAFİK VE İNTRAOPERATİF GÖRÜNTÜLERİ



Resim a: Sol 6. Kotta litik ekspansiv kitlenin aksiyel kesit toraks görüntüsü. Resim b: Sol 6. Kotta litik ekspansiv kitlenin koronal kesit toraks görüntüsü. Resim c: Pozisyon Emisyon Tomografisinde kitlenin görüntüsü. Resim d: Kitlenin intraoperatif görüntüsü.

Tartışma-Sonuç: Soliter Plazmasitom, monoklonal plazma hücrelerinin infiltrasyonundan kaynaklanan osteolitik lezyondur. Soliter Plazmasitom, Multipl Miyelom belirtisi olmaksızın lokalize bir şekilde neoplastik monoklonal plazma hücrelerinin birikmesiyle karakterizedir. Yumuşak dokuları etkileyen ekstramedüller plazmasitomu ve pelvis, kaburga, vertebra ve omurgayı etkileyen soliter kemik plazmasitomu olarak sınıflandırılır. Multipl miyelomda bulunanlarla aynı olan monoklonal plazma hücrelerinden oluşan lokalize bir tümördür. Klinik olarak, etkilenen bölgede şişlik ve ağrı ile karakterizedir. Torakolomber vertebra en çok etkilenen bölgedir. Kostal köken nadiren tanımlanmıştır. Tipik olarak tomografik görüntülemesinde ilişkili ekstraplevral yumuşak doku kitlesi ve litik lezyonlar olarak görülür. Sıklıkla rezekt edilebilir ve prognoz genellikle iyidir. Multiple Miyelom'a ilerleme riski vardır. Kaburga da litik tümörü ile karşılaşıldığında Soliter Plazmasitom da akla getirilmelidir. Cerrahi tam rezeksiyonun küratif olması beklenir. Tedavinin amacı Multiple Miyelom'a dönüşümü ve nüksü önlemektir. Kostalarda litik lezyon ile karşılaşıldığında Soliter Kostal Plazmasitomu akla gelmelidir. Cerrahi rezeksiyon ve radyoterapi ile tedavisi mümkün olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ekstramedüller Plazmasitomu, Multipl Miyelom, plazma hücreleri, Soliter Kemik Plazmasitomu



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-231 Elastofibroma Dorsi'nin Cerrahi Tedavisi

Murat Kılıç¹, Merve Bıyıklı¹

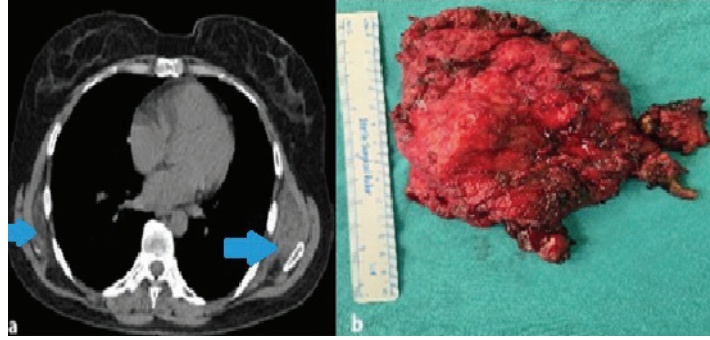
¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Merve Bıyıklı / İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Elastofibromalar; çoğunlukla toraks duvarı, serratus anterior ve latissimus dorsi kası arasındaki infraskapular bölgede bulunan iyi huylu yumuşak doku tümörleridir. Bu lezyonların patogenezi belirsizdir ancak skapula ile torasik duvar arasındaki sürtünmeden kaynaklanan tekrarlayan mikrotravma, fibroelastik dokunun reaktif hiperproliferasyonunun neden olduğu düşünülmektedir. Bu lezyon gerçek bir neoplazm değil, elastik liflerin reaktif hiperplazisidir. Kapsüllenmiş fibröz dokunun elastin bileşeninin proliferasyonu ile karakterize edilen torasik duvarın iyi huylu bir tümörüdür. Patolojik olarak, Elastofibroma Dorsi kirli beyaz renkli, kapsülü olmayan ve yağ dokusu çizgileri içeren lifli bir lezyon şeklindedir. Bazı elastofibromlarda kistik dejenerasyon görülebilir.

Olgu: Bilinen bir hastalığı olmayan 43 yaşında 7 aydır mevcut olan sırtta ağrı şikâyeti ile kliniğimize başvuran hastanın fizik muayenesinde sol subskapular bölgede palpe edilen 2x3 cm boyutunda sert, fikse kitle izlendi. Tomografisinde solda daha büyük olmak üzere bilateral serratus anterior kası altında toraks ile bağlantılı olmayan düzensiz sınırlı heterojen kitle izlendi. Tarafımızca sol paraskapular kesi ile kitle total olarak eksize edildi. Histopatolojisi Elastofibroma Dorsi ile uyumlu gelen hasta postoperatif 3. günde şifa ile taburcu edildi. Semptom olmadığı için, karşı taraftaki lezyon eksize edilmedi.

ELASTOFİBROMA DORSİ'NİN TOMOGRAFİK VE İNTRAOPERATİF GÖRÜNTÜSÜ



Resim a: Preoperatif kitlenin aksiyel kesit tomografik görüntüsü. Resim b: İntraoperatif eksize edilen kitlenin görüntüsü.

Tartışma-Sonuç: Elastofibroma Dorsi genellikle toraks duvarı ile skapulanın alt ve medial kısımları arasında oluşan, iyi huylu yumuşak doku kitlesidir. Bu lezyon, intermusküler boşluklara doğru genişleyen, fibroelastik ve yağlı dokudan oluşan solid bir kitle ile karakterizedir. Elastofibroma agresif bir davranışı taklit edebilir ve malign tümörlerle ayırıcı tanısı bazen zordur. Elastofibromalar, sadece semptomatik olduklarında rezeksiyonun endike olduğu yumuşak doku tümörleridir. Gereksiz tıbbi incelemeleri ve müdahaleleri önlemek için, subskapular yumuşak doku tümörleriyle karşılaştığında Elastofibroma Dorsi akla getirilmelidir. İyi huylu davranışı nedeniyle, yalnızca semptomatik hastalarda veya malignite şüphesinde cerrahi rezeksiyon önerilir.

Anahtar Kelimeler: Göğüs duvarı tümörleri, Elastofibroma Dorsi, Elastin

PS-232 İdiyopatik Pulmoner Fibrozis Zemininde Gizlenen Malignite

Murat Kılıç¹, Merve Bıyıklı¹

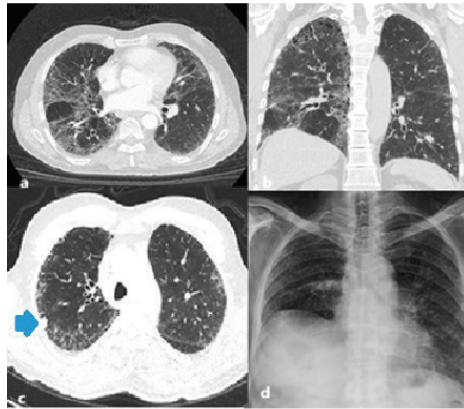
¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Merve Bıyıklı / İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF), kronik, ilerleyici, solunum semptomları ve fizyolojik bozuklukla karakterize bir interstisyel akciğer hastalığı türüdür. Etyolojisi bilinmemekle birlikte, genetik yatkınlık, sigara kullanımı, ev içi ve iş yeri maruziyetiyle ilişkili çevresel risk faktörleri gibi hastalığın başlama ve ilerleme olasılığını artıran birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Genetik olarak duyarlı bir bireyde tekrarlayan alveoler epitel hasarına karşı anormal bir inflamasyon olduğu düşünülmektedir. Bunların hepsi akciğer parankiminde ve damar sisteminde tekrarlayan mikro yaralanmalara neden olur ve bu da bir dizi inflamatuvar yanıt ve fibrozisi tetikler. Bunlar arasında, eş zamanlı amfizemle birlikte sigara içimi, İPF hastalarında çoğunlukla küçük hücreli dışı akciğer kanseri gelişme riskini artırabilir. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide (HRCT) İPF'nin karakteristik görüntülerinin belirlenmesi tanı sürecinde anahtar rol oynamaktadır.

Olgu: Öksürük, nefes darlığı şikâyeti ile kliniğimize başvuran 73 yaşında erkek hastanın çekilen tomografisinde her iki akciğerde subplevral yerleşimli bal peteği görünümüleri, yer yer traksiyon bronşektazileri ve eşlik eden düzensiz retikülasyon alanları izlenmesi üzerine İdiyopatik Pulmoner Fibrozis ön tanısı ile Uniportal Vats ile sağ üst ve alt loba wedge rezeksiyon yapıldı. Histopatolojisi İdiyopatik Pulmoner Fibrozis ile uyumlu olarak raporlanan hastanın cerrahi sonrası 2 yıllık takiplerinde sağ akciğer üst lob posterior segmentte, 16x15 mm boyutunda plevraya uzanan, içerisinde hava bronkogramları izlenen ve antibiyoterapiye rağmen boyutlarında gerileme olmayan konsolide alan izlenmesi üzerine hasta tekrar kliniğimize yönlendirildi. Tarafımızca Revats ile sağ üst loba wedge rezeksiyon yapıldı. Frozen sonucu Skuamöz Hücreli Karsinom gelmesi üzerine minitorakotomi ile üst lobektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Histopatolojisi Skuamöz Hücreli Karsinom, lenf nodları reaktif, T1BN0M0 evre 1A2 olan hasta postoperatif 5. günde şifa ile taburcu edildi.

AKCİĞER PARANKİMİNDEKİ FİBROZİSİN VE NODÜLÜN GÖRÜNTÜSÜ



Resim a: Preoperatif aksiyel kesit tomografik toraks görüntüsünde akciğer parankimindeki fibrozis görüntüsü. Resim b: Preoperatif koronal kesit tomografik toraks görüntüsünde akciğer parankimindeki fibrozis görüntüsü. Resim c: Hastanın takiplerinde ortaya çıkan periferik nodülün tomografik görüntüsü. Resim d: Postoperatif posteroanterior akciğer grafisi görüntüsü.

Tartışma-Sonuç: İdiyopatik Pulmoner Fibrozis (İPF), daha önce kriptojenik fibrozis olarak bilinen, fibrozis ve kötüleşen akciğer fonksiyonu ile karakterize, öncelikle 50 yaş ve üzeri bireylerde görülen kronik, ilerleyici bir hastalıktır. İnterstisyel akciğer hastalığının semptomları spesifik değildir ve çoğu hasta ilk radyografik değişiklikler meydana geldikten birkaç yıl sonra semptomlar ortaya çıkar. Tanı, belirgin radyografik ve histopatolojik bulgularla desteklenir. Tedaviler İPF'nin ilerlemesini geciktirebilir, bu nedenle erken tanı esastır. İdiyopatik Pulmoner Fibrozis ile takipli hastalarda medikal tedaviye yanıt vermeyen buzlu cam dansiteleri ve nodüllerde malignite ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır ve erken aşamalarda tespit edilirse onkolojik prensiplere uygun cerrahi tedavisi mümkün olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnterstisyel Akciğer Hastalığı, malignite, İdiyopatik Pulmoner Fibrozis



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-233 Endobronşiyal Tutulum ile Prezente Olan Pulmoner Glomus Tümörü

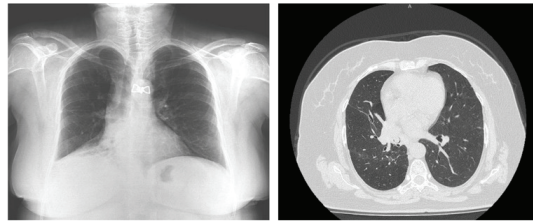
Ekin Kelleci¹, Ramazan Şahin¹, Muhammet Atif Karagöl¹, Barış Demirkol¹, Sibel Yurt¹, Ayşe Bahadır¹, Mehmet Akif Özgül¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

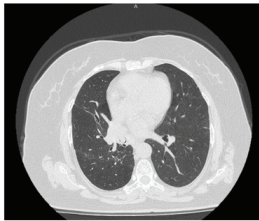
Ekin Kelleci / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Glomus tümörleri immünohistokimyasal olarak düz kas özellikleri gösteren, vücut ısısını düzenleyen ciltteki glomus cisimciklerinden veya subkutanöz hücre dokusundan kaynaklanan, genellikle dermis ya da subkütis bölgelerinde, subungual yerleşimle birlikte tekil ya da çoklu lezyonlar şeklinde ortaya çıkabilen, nadir, genellikle ekstremiteelerde lokalize, benign ve yumuşak doku neoplazmidir. En sık orta yaşlı erkeklerde görülmektedir. Benign bir tümör olmasına rağmen, nadiren çevre dokulara infiltrasyon göstererek malign özellikler sergileyebilir. Ekstrakutanöz glomus tümörleri nadiren mide, ileum, trakea, akciğer ve böbrek gibi visseral organlarda bildirilmiştir. Toraks içerisinde sıklıkla trakea ve ana bronşlarda görülmekle birlikte daha nadiren distal bronşları ve parankimi tutabilir. Çoğunlukla asemptomatik olup, büyük hava yolları tutulumu olduğunda hemoptizi ve öksürükle prezente olabilir. Tedavide cerrahi rezeksiyon en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu olguda, kronik öksürük ve tekrarlayan pnömoni öyküsü bulunan bir kadın hastaya rijid bronkoskopi ile glomus tümörü tanısı konulmasının ardından sağ akciğer alt bilobektomi tedavisi uygulanması sunulmuştur.

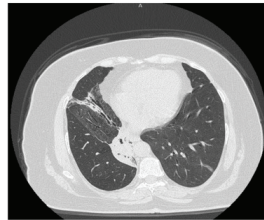
Olgu: 58 yaş kadın hasta öksürük, balgam şikayeti ve sık tekrarlayan pnömoni öyküsüyle polikliniğimize başvurdu. Bilinen DM, HT ve astım tanıları mevcuttu. Fizik muayenesinde ve laboratuvar bulgularında patoloji saptanmadı. PA akciğer grafisinde sağ kardiyofrenik sinüste havalanma alanları barındıran yoğunluk artışı görüldü (Şekil 1). Toraks BT'de intermedier bronşta endobronşiyal lezyon ve alt lob bronşu boyunca devam eden, peribronşiyal alandan plevraya uzanım gösteren hava bronkogramları içeren konsolidasyon alanları izlendi (Şekil 2, 3 ve 4). FOB'da intermediyer bronştaki lezyondan alınan biyopsinin patolojik değerlendirmesinde kapiller hemanjiom şüphesi belirtildi. FDG-PET'te tanımlanan alanlarda ılımlı artmış FDG tutulumları dikkati çekti (SUVmaks: 8). Prevasküler, paraaortik, sağ alt paratrakeal ve subkarinal alanda ılımlı FDG tutulumu gösteren lenf nodları izlendi (SUVmax: 2.8). EBUS'ta sağ alt paratrakeal ve subkarinal alandaki patolojik lenf nodları örnekledi, granülatöz iltihap veya malignite yönünde bulguya rastlanmadı. Rijid bronkoskopide multipl biyopsiler alındı ve histopatolojik olarak glomus tümörü olarak raporlandı. Cerrahi konsey sonrası sağ akciğer alt bilobektomi yapıldı ve patoloji malignite potansiyeli belirsiz glomus tümörü olarak sonuçlandı.



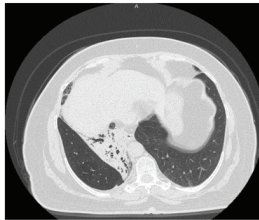
Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3



Şekil 4

Tartışma-Sonuç: Ekstrakutanöz glomus tümörleri benign yapılar olup son derece nadir görülmektedir. Toraks tutulumu olması durumunda genellikle trakea ve ana bronşların etkilendiği bildirilmiştir. Bu tümörler, çıkarılmadıkları takdirde masif hemoptizi gibi komplikasyonlara neden olabileceğinden, cerrahi rezeksiyon temel yaklaşımdır. Bu olgu sunumuyla, sağlık profesyonelleri arasında bu nadir durumla ilgili farkındalığı artırmayı amaçlamaktayız.

Anahtar Kelimeler: cerrahi rezeksiyon, rijid bronkoskopi, glomus tümörü, endobronşiyal lezyon

PS-234 Nadir Görülen Bir Olgu: Bronşioler Adenom

Murat Kılıç¹, Merve Bıyıklı¹

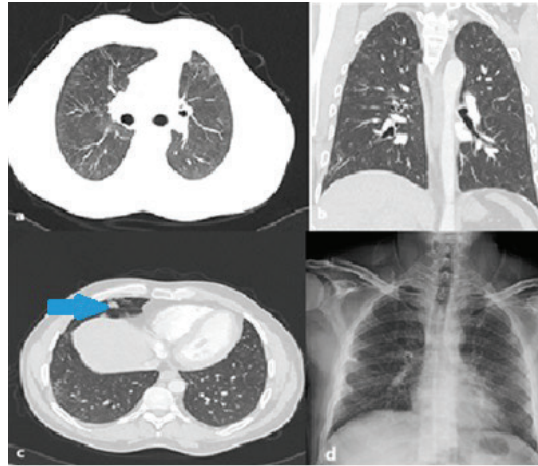
¹İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Merve Bıyıklı / İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Silyalı mukonodüller papiller tümör (CMPT)/Bronşioler adenom, papiller yapıya sahip nadir bir akciğer tümörüdür. Müsinöz hücreler, silyalı kolumnar hücreler ve baskın olarak papiller yapıya sahip bazal hücrelerden oluşan üçlü hücreli bileşenlerle karakterize bir tümördür. Klinikopatolojik özellikleri ve tedavi yöntemleri tam olarak açıklanmamıştır. İnsidansı düşüktür ve prognoz iyidir. Genellikle bilgisayarlı tomografide periferik akciğer alanlarında tesadüfen tespit edilir. Klinik seyri yavaş ilerler. Radyolojik ve patolojik görünümleri benign ve malign süreçleri taklit edebilir.

Olgu: Koah ile takipli 50 yaşında erkek hastanın incelenen tomografik toraks görüntülemesinde her iki akciğerde periferik dansite artışları, buzlu cam dansitesinde parankim alanları, sağ akciğer alt lobda 1x1 cm boyutunda düzensiz sınırlı konsolide alan izlenmesi üzerine merkezimize yönlendirildi. Tarafımızca Uniportal Vats ile sağ üst ve alt loba wedge rezeksiyon yapıldı. Histopatolojisi Bronşioler adenom olarak raporlanan hasta postoperatif 3. günde şifa ile taburcu edildi.

BRONŞİOLER ADENOM'UN GÖRÜNTÜSÜ



Resim a: Hastanın preoperatif akciğer parankim yapısının aksiyel kesit tomografi görüntüsü. Resim b: Hastanın preoperatif akciğer parankim yapısı, koronal kesit tomografi görüntüsü. Resim c: Preoperatif sağ akciğer alt lobda nodül görüntüsü. Resim d: Postoperatif 3. gün posteroanterior akciğer grafisi.

Tartışma-Sonuç: Bronşioler adenom, bronş mukoza epitelinden kaynaklanan iyi huylu bir tümördür. Genellikle belirgin semptomlar olmaksızın soliter periferik akciğer nodülleri olarak görülür. Çoğu rutin tomografi çekimleri sırasında tesadüfen tespit edilir. Bazı vakalara primer akciğer kanseri eşlik eder. Cerrahi tedavi majör tedavidir. Periferik yerleşmiş solid bir nodül veya bir Ground Glass Opacity (GGO) olarak görülebilirler. Adenokarsinom veya müsinöz adenokarsinom ile kolayca karıştırılabilirler. Çoğunlukla tomografik görüntülemelerde hava dansiteleri içeren soliter, lobüle, tümörler olarak ortaya çıkar. Sıklıkla akciğer alt loblarında yerleşim gösterirler. Adenokarsinomla birliktelik gösterebilen bu lezyonlar, sublober rezeksiyon veya akciğer rezeksiyonu ile tedavisi mümkün olabilen lezyonlardır.

Anahtar Kelimeler: Silyalı mukonodüller papiller tümör, pulmoner adenom, malignite



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-235 Sarkomlarda Lenf Nodu Diseksiyonu Yapılmalıdır

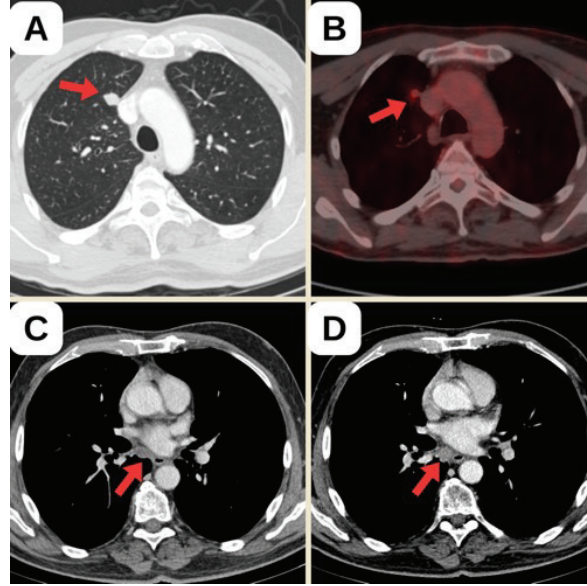
İslam Aktürk¹, Şebnem Dursun¹, Ahmet Altıntaş¹, Yusuf Kahya¹, Bülent Mustafa Yenigün¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

İslam Aktürk / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Anjiosarkom, vasküler endotelden kaynaklanan nadir görülen agresif, malign bir tümördür. Tüm yumuşak doku sarkomlarının %2'ini oluşturur. Derin yerleşimli diğer sarkomların aksine daha çok cilt ve yumuşak dokuda görülür. En sık baş boyun bölgesinde görülürler. Metastaz yapabilirler ve en sık metastaz yeri akciğerdir. Lenf nodu metastazı nadir görülür. Bu çalışmada akciğer metastazı ve mediastinal lenf nodu metastazı yapmış, baş boyun anjiosarkomu olan bir hastanın sunulması amaçlandı.

Olgu: 6 yıl önce boyun yerleşimli anjiosarkom nedeni ile operasyon ve adjuvan kemoradyoterapi öyküsü olan 63 yaş erkek hasta kliniğimize geçmeyen öksürük şikayeti ile başvurdu. Akciğer grafisinde patoloji saptanmayan hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde (TH BT) sağ akciğer üst lob apikal segmentte 1.5 cm çaplı lezyon saptandı. 18-FDG PET/BT'sinde lezyonda SUVmax 3,1 tutulum rapor edildi. Hastaya multidisipliner onkoloji konseyi görüşü alınarak cerrahi kararı verildi. Hastaya sağ VATS ile girişim uygulanarak lezyondan doku örneği alındı ve frozen patoloji nöroendokrin tümör olarak raporlandı. Bunun üzerine hastaya sağ üst lobektomi ve sistematik mediastinal lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Hasta postoperatif 3. gün taburcu edildi. Nihai patoloji raporu 10R nolu lenf nodu metastatik ve akciğer lezyonu anjiosarkom metastazı olarak raporlandı. Hastanın postoperatif 7. ayında çekilen TH BT'sinde subkarinal lenf nodu büyümüş izlenmesi üzerine çekilen 18-FDG PET/BT lenf nodunda SUVmax 3,1 tutulum rapor edildi. Bunun üzerine yapılan EBUS'da subkarinal lenf nodunda malignite saptanmadı. Takipte progresyon izlenmesi üzerine hastaya tıbbi onkoloji tarafından kemoterapi başlandı.



Resim 1. TH BT'de sağ akciğer üst lobda 1.5 cm lezyon (A), lezyonun PET-BT görüntüsü (B), takipte progresse izlenen mediastinal lenf nodu (C-D)

Tartışma-Sonuç: Anjiosarkom 60 ila 70 yaş arasındaki bireylerde daha yaygındır. Anjiosarkom gelişimi için en yaygın risk faktörleri kronik lenfödem ve radyoterapidir. Çoğu metastaz, tümör hücrelerinin hematogen yayılması nedeniyle oluşur. Çoğu karsinomda bölgesel lenf nodu metastazı mevcut ve kötü prognoz bir göstergesi iken sarkomlarda lenf nodu metastazı nadirdir. Sinovyal sarkom, malign fibröz histiositom, epiteloid sarkom, anjiosarkom, rabdomyosarkom ve berrak hücreli sarkom diğer sarkom türlerinin aksine daha fazla lenf nodu metastazı yapma eğilimindedir. Primer akciğer kanseri cerrahisinde lenf doku diseksiyonu rezeksiyona ek standart bir prosedürdür. Buna karşın metastaz cerrahisinde fikir birliği yoktur. Bu vakada da görüldüğü gibi sarkomların akciğer metastazlarında dahi lenf nodu metastazı saptanabilmektedir. Sarkom metastazektomisinde de lenf nodu diseksiyonu yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: anjiosarkom, metastazektomi, lenf nodu diseksiyonu, VATS

11 Nisan 2025, Cuma

Poster Bildiri Oturumu 13: Torasik Onkoloji

PS-237 Timik Epitelyal Hiperplazi (Mikroskopik Timoma) ile Karakterize Olgu Serimiz

Nurcan Ünver¹

¹S.B.Ü Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H, İstanbul

Nurcan Ünver / S.B.Ü Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H, İstanbul

Giriş-Amaç: Timik tümörler nadirdir fakat erişkinlerde primer mediastinel tümörlerinin %25-30 kadarını oluştururlar. Uluslararası İnterdisipliner Timoma Grubu (ITMIG) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflandırmasında timomaların daha kesin, tekrarlanabilir bir alt tiplendirilmesi ve timomalar ile timik karsinomlar arasındaki ayırım için histolojik ve immünohistokimyasal tanı kriterlerinin gözden geçirildiği yeni düzenlemeler yapılmıştır. WHO 2021 sınıflamasında mikroskopik timoma (neoplastik olma olasılığı düşük küçük timik. epitel hücre yuvaları; timoma öncüsü gibi artık görünmemektedir) ve sklerozan timoma (farklı bir timoma formu olmaktan ziyade mevcut timomanın sklerotik değişimi gibi görünmektedir) terimleri artık kullanılmamaktadır. Mikroskopik timomaların, timomaların öncüleri olarak rolleri, kanıtlanamamıştır. Mikroskopik timomalar, timik epitelyumun nodüler hiperplazisi olarak bildirilmiştir. Ancak bu lezyonların lenfoid stromaya sahip mikronodüler timoma'nın atipik bir alt tipini mi yoksa B tipi timomanın mikronodüler bir alt tipini mi temsil ettiği hala belirsizdir. Biz çalışmamızda artık kullanılması önerilmemekle birlikte timik neoplazi nedeniyle yapılan cerrahilerde bu tip lezyonların görüne oranlarını ve mikroskopik timoma odaklarının klinik önemini saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya hastanemiz göğüs cerrahisi birimince 2011-2023 tarihleri arasında timik kitle nedeniyle opere edilen toplam 301 olgunun mikroskopik incelemesinde, timik epitelyal hiperplazi (mikroskopik timoma) odağı saptanan 15 (%0,4) olgu alındı. Olgulara ait klinikopatolojik veriler hastane bilgi sisteminden elde edildi. Olgulara ait doku kesitleri patoloji bölümü arşivlerinden çıkarılarak ışık mikroskopi altında tekrar değerlendirildi. Elde edilen sonuçlar diğer parametrelerle karşılaştırıldı. Tam rezeksiyon yapılan olgular değerlendirmeye alındı. Klinik olarak yaş, cinsiyet, Myastenia gravis birlikteliği, makroskopik olarak tümör çapı, kapsül varlığı ve invazyonu, çevre doku varlığı ve invazyonu değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen olguların yaşları 24-71 yaş arasında olup ortalama yaş 50.6 idi. Olguların 6'sı (%40) kadın, 9'u (%60) erkekti. Tümör çapları 2-13 cm arasında değişmekte olup, ortalama çap 5.3 cm ölçüldü. 5 olguda olguya timik kist eşlik etmekte idi. Herhangi bir invazyon saptanmadı. 8 olgunun kliniğinde Myastenia gravis birlikteliği mevcuttu.

Tartışma-Sonuç: Timik epitelyal tümörler, ortaya çıkış semptomları, klinik ve biyolojik davranışları ve histopatolojik görünüşleri geniş bir spektruma sahip olan lezyonlardır. Mikroskopik timoma odaklarının varlığı bazı çalışmalarda önemi belirsiz lezyonlar olarak görülmekle birlikte, prognostik önemi ve timoma öncü lezyonları olup olmadığı hakkında kesin kanıt mevcut değildir. Nadir görülen lezyonlar olsada bu lezyonların mikroskopik değerlendirilmesinin doğru yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Bu sayede hastaların takip ve tedavileri doğru bir yaklaşımla gerçekleştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Mikroskopik timoma, Timik epitelyal tümör, Myastenia gravis



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-238 Astım Semptomları ile Prezente Olan Sağ İntermedier Bronş Tümörüne Cerrahi Yaklaşım

Saliha Bayraktar¹, Mahmut Talha Doğruyol¹, Recep Demirhan¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

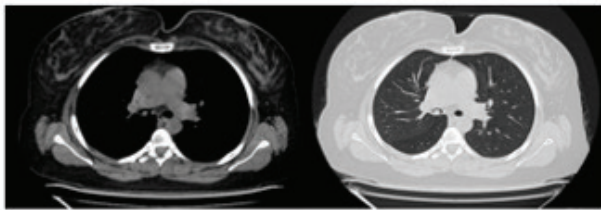
Saliha Bayraktar / Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

Giriş-Amaç: Primer trakeobronşial tümörler nadir görülen neoplazmlardır. Etkilenen hastalar genellikle astım veya obstrüksiyona bağlı gelişen enfeksiyon semptomları ile başvururlar. Ancak bu semptomlar her zaman tümöre spesifik değildir. Endobronşial malign kitlelerde parankim infiltrasyonu ve bronş dışına yayılım yok ise izole bronşial sleeve rezeksiyon yapılabilir. Olgumuzda düşük dereceli nöroendokrin tümörlerde parankim koruyucu izole bronşial sleeve rezeksiyonun rolünü vurgulamayı amaçladık.

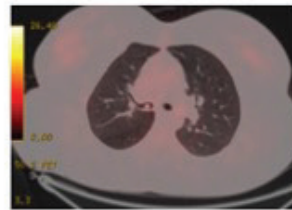
Olgu: Yirmi dokuz yaşında kadın hasta 1 yıl önce nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile hastaneye başvurmuş. Astım ön tanısı ile dış merkezde tedavi başlanmış. Özgeçmişinde özellik olmayan hastada hemoptizi şikayeti gelişmesi sebebiyle ileri tetkik yapılmış. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ intermedier bronşta 16x9 mm boyutlarında yumuşak doku dansitesinde polipoid görünüm saptanması üzerine kliniğimize başvurdu. Klinik evreleme amacı ile hastaya pozitron emisyon tomografisi (PET-BT) çekildi. PET-BT'de sağ akciğer ana bronş distalinde yerleşimli, patolojik düzeyde florodeoksiglukoz tutulumu göstermeyen, polipoid lezyon raporlandı. Yapılan bronkoskopide sağ intermedier bronşta polipoid yapıda lezyon izlendi ve lezyonun distaline geçilebildiği görüldü. Üst lob bronş ağzı açık izlendi. Lezyondan forceps ile biyopsi alındı. Frozen section (F/S) sonucu düşük gradeli nöroendokrin tümör olarak raporlandı. Nihai patoloji sonucu sonrası sağ torakotomi ile izole bronşial sleeve rezeksiyon kararı alındı. İntermedier bronş seviyesinden segmental rezeksiyon yapıldı. Cerrahi sınırlar için F/S negatif olması üzerine 3/0 polipropilen sütür ile uç uca anastamoz yapıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta beşinci günde taburcu edildi. Tümör nihai patolojisi tipik karsinoid tümör, cerrahi sınırlar negatif olarak raporlandı. Hasta cerrahi konseyde görüşüldü adjuvan tedavi gerekli görülmedi. Postoperatif 6. ayında asemptomatik ve sorunsuz şekilde takip edilmektedir.

Tartışma-Sonuç: Tipik karsinoid tümörler sıklıkla endobronşial yerleşim gösterdikleri için astım benzeri obstrüktif hastalıklarla karışabilmektedir. Astım tedavisine yanıt vermeyen genç hastalarda endobronşial lezyon açısından ileri görüntüleme ve bronkoskopi gereklidir. Bronşial segmental rezeksiyona imkan veren trakeobronşial malign kitlelerde izole bronşial sleeve rezeksiyon hem parankim koruyucu olduğundan hem de solunum kapasitesinde kayba yol açmadığından öncelikli olarak tercih edilebilir.

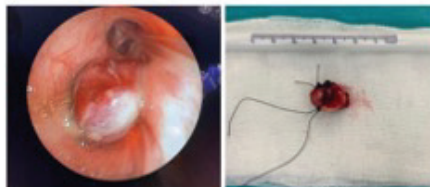
Preoperatif ve peroperatif görüntüler



Resim 1: Toraks BT'de sağ akciğer intermedier bronşta 16x9 mm boyutlarında saptanan polipoid kitle



Resim 2: Lezyonun PET-BT görüntüsü



Resim 3A

Resim 3B

Resim 3A: Lezyonun preoperatif bronkoskopik görüntüsü
Resim 3B: İntermedier bronş segmental rezeksiyon materyali

Anahtar Kelimeler: izole bronşial sleeve rezeksiyon, astım, nöroendokrin tümör, endobronşial kitle

PS-239 Diyafragmanın Altında/Üstünde Bulunan Lezyonların Ayırımında Radyoloji Yeterli Mi?

Ömer Topaloğlu¹, Elvan Şentürk Topaloğlu², Kerim Tülüce¹, Neslihan Özçelik², Gökçen Sevilgen¹, Hasan Türüt¹

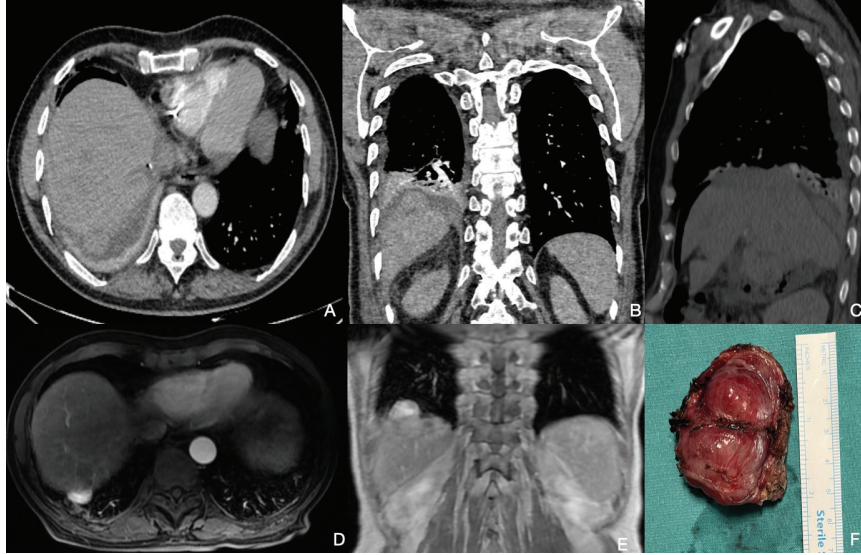
¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Ömer Topaloğlu / Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Diyafragmanın anatomik lokalizasyonu nedeniyle toraks ve karın boşluğu organları ile sıkı komşulukları mevcuttur. Bu nedenle malign plevral effüzyon ve malign peritoneal hastalıklar gibi neoplazmalarla sık sık etkilenmesine rağmen, primer diyafragma kaynaklı tümörleri çok daha nadir görülmektedir.

Olgu: 65 yaşında erkek olgu 1 aydır sağ üst kadranda ağrısı ile genel cerrahi kliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde özellikle bulunmayan hastaya yapılan radyolojik görüntüleme üst abdomen BT ve MR'da karaciğer segment 7 düzeyinde subdiyafragmatik üç adet büyüklükleri yaklaşık 34*14 mm boyutunda nodüler lezyon izlendi (Resim 1A, 1B, 1C, 1D ve 1E). Lezyonlardan yapılan trucut insizyonel biyopsi patoloji sonucu düşük dereceli sarkom olarak geldi. Hastaya genel cerrahi tarafından laparotomi yapıldı ancak lezyon tespit edilemedi ve lezyonun subdiyafragmatik olmadığı supra diyafragmatik olduğu düşünüldü. Hasta tarafımıza danışıldı. Hastaya sağ VATS eksplorasyon yapıldı. Diyafragma üzerinde lezyonlar tespit edildi. Lezyonların etrafında 1 cm'lik cerrahi margin oluşturacak şekilde diyafragma tam kat olarak enerji cihazı ile kesildi. Lezyonların bulunduğu diyafragma alanının yer yer karaciğere sıkı yapışık olduğu ancak karaciğere invaze olmadığı görüldü. Lezyonun bulunduğu diyafragma alanı çıkarıldı (Resim 1F). Diyafragmada açık kalan rezeksiyon sahası karaciğer üzerinden diyafragmanın yapışık olan alanlar serbestlenerek açık alan uç uca getirildi ve diyafragma primer olarak onarıldı. Hasta serviste takip edildi ve sorun gelişmeyen hasta taburcu edildi. Uzun dönem patoloji sonucu malign mezenkimal tümör olarak raporlandı ve hasta onkoloji takibine verildi.



(Resim 1A, 1B, 1C, 1D, 1E ve 1F)

Tartışma-Sonuç: Diyafragma tümörleri teşhis edilir edilmez hemen malign – benign ayırımını kesin yapabilmek için cerrahi olarak çıkarılmalıdır. Bazen radyolojik görüntüleme yöntemlerinde lezyonların yeri yanıltıcı olabileceğini akıldan tutulması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Diyafragma Tümörleri, VATS, Radyoloji, Primer Onarım



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-240 Nadir Görülen Bir Akciğer Kanseri Olgusu: Miyofibroblastik Sarkom

Aybüke Karakaş¹, Hatice Canan Hasanoğlu²

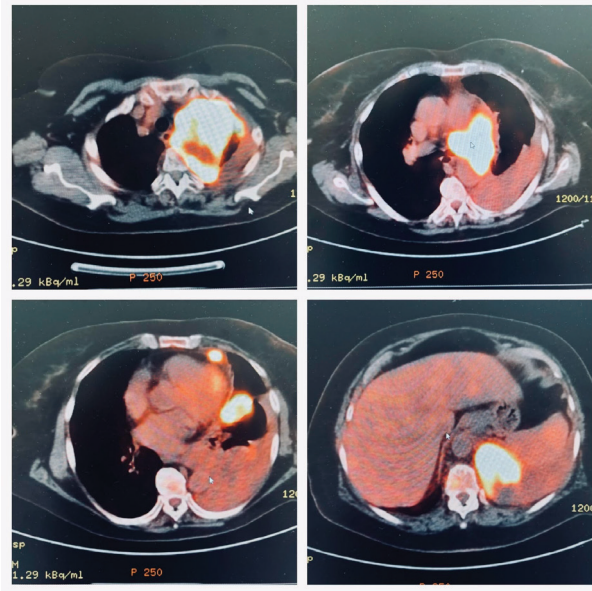
¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD

Aybüke Karakaş / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğer kanserleri dünyada en sık görülen kanserler arasındadır. Akciğer kanserleri başlıca küçük hücreli akciğer kanseri ve küçük hücreli dışı akciğer kanseri olarak sınıflandırılmaktadır. Sarkomlar ise oldukça nadir görülen tümörlerdir ve küçük hücre dışı akciğer kanserleri sınıfına girer. Nadir görülmesi sebebiyle patolojik tanısı yüksek dereceli miyofibroblastik sarkom olarak sonuçlanan bir olgumuzu sunmaktayız.

Olgu: Meme, endometrium ve papiller tiroid kanseri öyküsü olan 70 yaş kadın hasta öksürük, balgam ve göğüs ağrısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Çekilen Toraks BT' de sol hilustan sol üst lob ve plevraya uzanım gösteren 87x62 mm kitle ve 5.8 cm derinliğe ulaşan plevral efüzyon izlenen hastanın malignite ileri tetkik amacıyla göğüs hastalıkları servisimize yatışı yapıldı. Çekilen PET/CT'de tanımlanan mediastinal kitledeki suvmax 42.72, sol diyafragma krusundaki 75x50 mm plevral kitlede suvmax 34.18 ve perikard anteriorda 11x9 mm yumuşak doku dansitesindeki lezyonda suvmax 19.88 olarak raporlandı. Sol mediastinal-plevral alanda tanımlanan kitle primer malignite, sol hemitoraksta tanımlanan diğer bulgular ise primer malignitenin metastatik yayılımı olarak değerlendirildi (Resim 1). Bronkoskopi planlanan ve işlem yapılan hastada sitolojik tanı elde edilemedi. Plevral sıvıdan gönderilen sitoloji sonucu önemi belirsiz atipi olarak sonuçlandı. Hastaya EBUS işlemi planlandı ancak TSH yüksekliği nedeniyle çok yüksek risk verilen hastada işlem uygulanamadı. Hastaya transtorasik biyopsi planlandı. Komplikasyonsuz yapılan işlem sonrası sitoloji ALK pozitif yüksek dereceli miyofibroblastik sarkom ile uyumlu malign mezankimal tümör olarak sonuçlanmış olup tıbbi onkoloji kliniği önerileri ile takip ve tedavisine başlandı.



Resim 1. PET/CT Görüntülemesi

Tartışma-Sonuç: Sarkomatoid akciğer karsinomları son derece nadir görülen (%0,3-1,3) küçük hücreli dışı akciğer kanseri türüdür. Olguların yarıya yakını tanı aldıklarında evre 1 olmalarına rağmen 5 yıllık sağ kalım oranı %20'dir. Yüksek dereceli miyofibroblastik sarkom ise oldukça nadir karşılaşılan bir alt tipidir. Literatür taramasında plevranın miyofibroblastik sarkomu bir olguda rapor edilmiştir. Bizim olgumuzda plevrada tanımlanan kitlenin primer malignite olarak değerlendirilmesi nedeniyle bu olguya örnek teşkil etmektedir. Nadir görülen bir kanser olduğu için çoğu zaman patolojik tanıyı koymak zaman almaktadır. Bu hastalarda en erken şekilde tanı konularak multidisipliner yaklaşım ile tedavi planı oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, mezenkimal tümör, miyofibroblastik sarkom



PS-241 Primer Pulmoner Klasik Nodüler Tip Sklerozan Hodgkin Lenfoma: Nadir Bir Olgu

Elif İrem Engür¹, Sıla Begüm Gölcük Gök¹, Meltem Kurt Yüksel³, Cabir Yüksel², Serhat Erol¹, Özlem Özdemir Kumbasar¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.

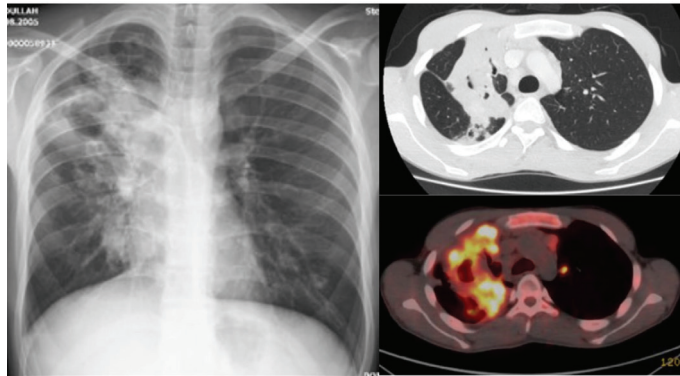
²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD.

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD., Hematoloji BD.

Elif İrem Engür / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.

Giriş-Amaç: Primer pulmoner Hodgkin lenfoma (PPHL) pulmoner lenfomaların %1'inden daha az görülen, ektranodal klonal lenfoid bir neoplazmdir. Hastalar asemptomatik olabileceği gibi solunumsal semptomları ve sistemik inflamatuvar bulguları olabilir. Çoklu kavitasyonlu pulmoner nodüller ile görülen PPHL oldukça nadirdir. Özellikle genç hastalarda tedaviye yanıt oranı yüksek olduğundan hastalığın farkında olmak oldukça önemlidir.

Olgu: 18 yaşında bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta, 3 ay önce başlayan öksürük, sarı renkli balgam şikayetleri için dış merkeze başvurmuş. Dış merkezde çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) kaviter lezyonlar izlenmiş ve sağ akciğerdeki nodüler lezyondan transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi (TTİAB) alınmış, nekrotik dokular ve mikst tip inflamatuvar hücreler gelmesi üzerine spesifik tanı konulamamış, geniş spektrumlu çoklu antibiyoterapi almasına rağmen şikayetlerinin gerilememesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Tüberküloz, Aspesgillus, Sitomegalovirüs DNA, Epstein-Barr virüsü DNA, Covid PCR ve balgam ARB, Galaktomannan, Brucella Aglutinasyon, solunum yolu viral-bakteriyel panel, balgam kültürü, kan kültürü gönderildi, negatif saptandı. Çoklu antibiyoterapi sonrasında çekilen toraks BT'sinde sağ supraklavikular, mediastinal ve hiler sayıca ve boyutça artmış lenfadenopatiler ile sağ akciğer üst lobda, santralinde kavitasyon izlenen geniş konsolidasyon alanı ve her iki akciğerde önceki BT sine göre boyutça ve sayıca artış gözlenen, bir kısmında kavitasyon gözlenen kitle ve nodüller raporlanmış. Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)'te sağ akciğerdeki kavitasyonlu kitle lezyonunda SUVmax:20.6, bilateral çoklu nodüler kitle lezyonlarında SUVmax:15.3, bilateral hiler alandaki çoklu lenf nodularında SUVmax:13.8, sağ supraklaviküler SUVmax:9.3 ile kemik iliğinde SUVmax:5.9 diffüz patolojik aktivite artışı raporlandı. (Görsel 1) Sonuçlar üzerine malignite ekartasyonu amacıyla endobronşial ultrasonografiyle lenf nodu örnekleme yapıldı ve nonspesifik inflamasyon bulguları görüldü. Spesifik tanıya ulaşılamaması nedeniyle sağ supraklaviküler lenf nodu, ardından kemik iliği aspirasyon biyopsisi yapıldı ancak tanı elde edilemedi. Ultrason eşliğinde sağ üst lobdaki kitleden alınan TTİAB sonucunda hematolenfoid bir maligniteden şüphelenilmiş olup tanı netleştirilmesi amacıyla hematoloji tarafından açık akciğer biyopsisi önerildi. Göğüs cerrahisinde sağ skalen lenf nodu biyopsisi yapıldı. Klasik nodüler sklerozan tip Hodgkin lenfoma tanısı konulan hasta tedavi düzenlenmesi amacıyla Hematolojiye yönlendirildi.



Resim1: Posteroanterior akciğer grafisi, Toraks BT görüntüsü, PET BT görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Lenfomanın kesin tanısı için lenf nodu morfolojisinin görülmesi önemlidir bu nedenle İAB, tru-cut biyopsilerle tanı konulsa dahi eksizyonel biyopsiler morfolojinin görülmesini sağladığı için kesin tanı sağlamaktadır. Primer pulmoner lenfomalar sık olmamakla birlikte görülse bile PPHL oldukça nadir görülmektedir. Çoklu kavitasyonlu pulmoner nodüllerin ayırıcı tanısında PPHL ön tanısı göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Primer Pulmoner Hodgkin Lenfoma, Kavite, Nodül, Malignite, Lenfoma



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-242 Jel Benzeri Plevral Efüzyon: Tanısal Bir İpucu

Merve Ezgi Ünal

Nevşehir Devlet Hastanesi

Giriş-Amaç: Plevral efüzyon, plevra boşluğunda sıvıların patolojik birikimidir. Sıvının biyokimyasal analizine bağlı olarak eksüda veya transüda olarak sınıflandırılan birçok etiyojisi mevcuttur. Enfeksiyonlar, maligniteler ve diğer inflamatuvar süreçler eksüda efüzyonlarına neden olurken; transüda efüzyonları konjestif kalp yetmezliği, nefrotik sendrom ve karaciğer sirozu gibi genellikle plevra boşluğundaki ortostatik ve onkotik basınçları bozan bozukluklar nedeniyle oluşur. Daha yüksek plevra sıvı viskozitesi; tüberküloz gibi enfeksiyonlarla ve malignitelerle ilişkilendirilir. Bu, sıvının zengin hyaluronik asit içeriğinden kaynaklanır ve jelatinimsi bir efüzyon olarak ortaya çıkabilir. Plevral efüzyon, çeşitli patolojilerin ortak bir sunumudur ve nedeninin belirlenmesi makroskopik, biyokimyasal, mikrobiyolojik ve hücrel analizlerle kolaylaştırılır. Sıvının analizine yönelik sistematik bir yaklaşım, klinik tanıların azaltılmasını sağlar. Literatürde jelatinöz plevral sıvı ile kendini gösteren ve malign plevral mezotelyoma kesin tanısı alan birkaç vaka bildirilmiştir. Göğüs dreninden boşaltılmayan jelatinöz bir plevral efüzyon saptanan ve malign plevral mezotelyoma tanısı alan 81 yaş erkek hasta sunulmaktadır.

Olgu: Nefes darlığı şikayetiyle başvuran HT tanılı, alt ekstremitte paraplejik, 81 yaş erkek hasta, toraks tomografisinde solda belirgin olmak üzere bilateral plevral efüzyon izlenmesi üzerine sol tüp torakostomi uygulandı. Biyokimyasal analizinde eksüdatif özellikler gösteren (plevral protein 13 g/L, albumin 6 g/L, LDH 340 U/L) sarı renkte seröz vasıfta bir plevral sıvı drene edildi. Ancak sıvı drene edilir edilmez jelatinleşti ve akışkanlığı kayboldu (Resim 1). Yakın zamanda dış merkezde sol servikal lenfadenopatiler nedeniyle trucut iğne biyopsi uygulanmış ve 'malign epitelyal tümör (sinonazal adenokarsinomla uyumlu)' olarak sonuçlanmış olmasına rağmen; nonasbest erionitten zengin toprağa sahip Nevşehir ilinde yaşamış olması nedeniyle malign plevral mezotelyomadan şüphelenildi. Sıvıda tüberküloz dahil olmak üzere herhangi bir üreme olmadı. Hasta maalesef yandaş hastalıkları nedeniyle tedaviye başlanamadan dren uygulamasından 4 gün sonra vefat etti. Plevral sıvı sitolojisi ise 'Malign Plevral Mezotelyoma' olarak raporlandı.



Resim 1. Kapalı sualtı drenaj şişesinde jelöz sıvı

Tartışma-Sonuç: Plevral efüzyonla ilişkili çoğu hastalıkta, sıvı analizi önemli tanısal bilgiler sağlar ve bazı durumlarda, yalnızca sıvının makroskopik görünümü bile tanı için yol göstericidir. Bu olgumuzda görüldüğü gibi malign plevral mezotelyoma ve diğer plevral malignitelerin, jelatinimsi özelliklere sahip viskoz bir plevral efüzyon olarak ortaya çıkabileceği aklımızda olmalı ve plevral efüzyonun ilk analizinde tanısal bir ipucu olarak kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: plevral efüzyon, malign plevral mezotelyoma, Jelatin

PS-243 Akciğer Kanserinde Enfeksiyonu Taklit Eden Cilt Metastazı

Emine Sena Dikmentepe¹, Hülya Doğan Şahin¹

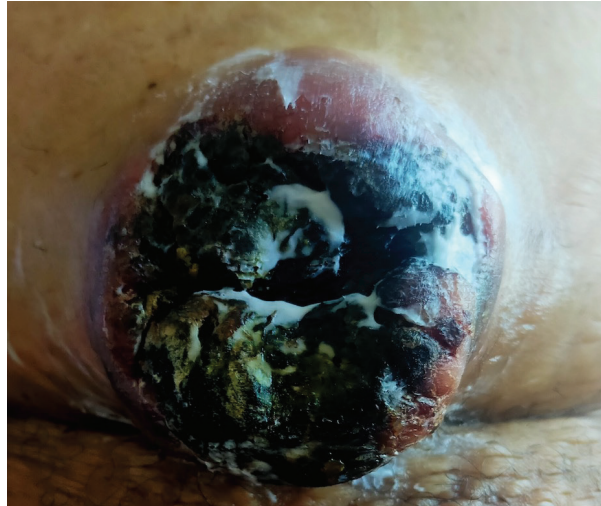
¹SBÜ İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Emine Sena Dikmentepe / SBÜ İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Akciğer kanseri nedeniyle her yıl dünyada yaklaşık 1 milyon kişi ölmektedir. Cilt metastazı nadir olup, %1-12 oranında görülmektedir. Başka iç organ metastazı olmadan da görülebilir. Bu metastatik lezyonlar bazen enfeksiyon kliniği ile gelebilmektedir. Biz de bu vakayı nadir görülmesi ve enfeksiyon kliniği ile başvurusu nedeniyle sunmaya uygun bulduk.

Olgu: 56 yaşında kadın hasta, hastanemizde skuamöz hücreli akciğer karsinomu tanısı ile takipli olup yaklaşık 2 aydır artarak devam eden halsizlik, yaygın vücut ağrısı, batın ön duvarında ve sağ kolda pürülan akıntılı lezyon şikayetleriyle başvurdu. Ateş 37.2 °C ve diğer vital bulgular olağan görüldü. Fizik muayenede arkadan dinlemekle sağ hemitoraksta alt-orta alanda lokalize ronküs duyuldu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Özgeçmişinde hipertansiyon tanısı ve 2014 yılında meme karsinomu nedeniyle opere olduğu, tedavisiz izlemde olduğu görüldü. 22 paket-yıl sigara öyküsü olup 4 yıldır kullanmadığı öğrenildi. 2020'de TTİABx ile skuamöz hücreli akciğer karsinomu tanısı alan hasta, T2N0M0 görülmesi üzerine göğüs cerrahisi tarafından sol alt lobektomi yapıldı. Cerrahi evrelemesi T2bN0M0 (plevra invazyonu+) olarak sonuçlandı ve adjuvan 4 kür gemsitabin-sisplatin verildi. Ekim 2023'te sağ alt lob ve mediastinal lenf nodunda nüksetmesi üzerine 4 kür daha gemsitabin-sisplatin verildi, kısmi progresyon izlendi. Radyasyon onkolojisi tarafından mediastinal lenf nodu metastazları için radyoterapi verildi. Yaklaşık 3 ay sonraki başvurusunda ilk kez izlenen batın ön duvarı ve sağ kolda yer alan lezyonları için istenen yüzeysel doku USG'sinde sağ omuzda cilt altı yerleşimli 1x0,5 cm ve batın ön duvarda benzer özelliklerde 1,5x1 cm lenf nodu izlendi, genel cerrahiye konsülte edilen hastaya biyopsi önerildi. CRP 317 mg/L ve 30.000 µL lökosit görülüp pürülan akıntı olması üzerine alından kültürde *Enterococcus Species* üredi, uygun antibiyoterapi başlandı. Kısmi CRP yanıtından sonra yapılan biyopsisi malign epitelyal tümör/ az diferansiye küçük hücreli dışı karsinom metastazı lehine sonuçlandı. Medikal onkoloji tarafından cilt metastazı sonrası nivolumab verilmesine karar verilen hasta hızlı progresyon, antibiyoterapiye rağmen artmaya devam eden akut faz reaktanları ve klinik kötüleşme sonucu cilt metastazı saptanmasından 2 ay sonra exitus oldu.

Batın Ön Duvarda Enfekte Metastatik Lezyon



Tartışma-Sonuç: Akciğer kanserinde nadiren de olsa cilt metastazı izlenebilmektedir. Takipte nonspesifik tedaviye yanıtı olmayan cilt lezyonları metastatik bir lezyon açısından mutlaka değerlendirilmelidir. Bu tür cilt lezyonlarının akciğer kanseri hastalarında tedavi sürecini değiştirebileceği bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: akciğer kanseri, cilt metastazı, enfeksiyon



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-244 Bronkoskopide İzlenen Endobronşiyal Lezyonların Makroskopik Görünümünün Önemi

Pınar Güler¹, Nevin Fazlıoğlu¹, Mithat Fazlıoğlu², Sevil Karabağ³

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları A.D.

²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi A.D.

³Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji A.D.

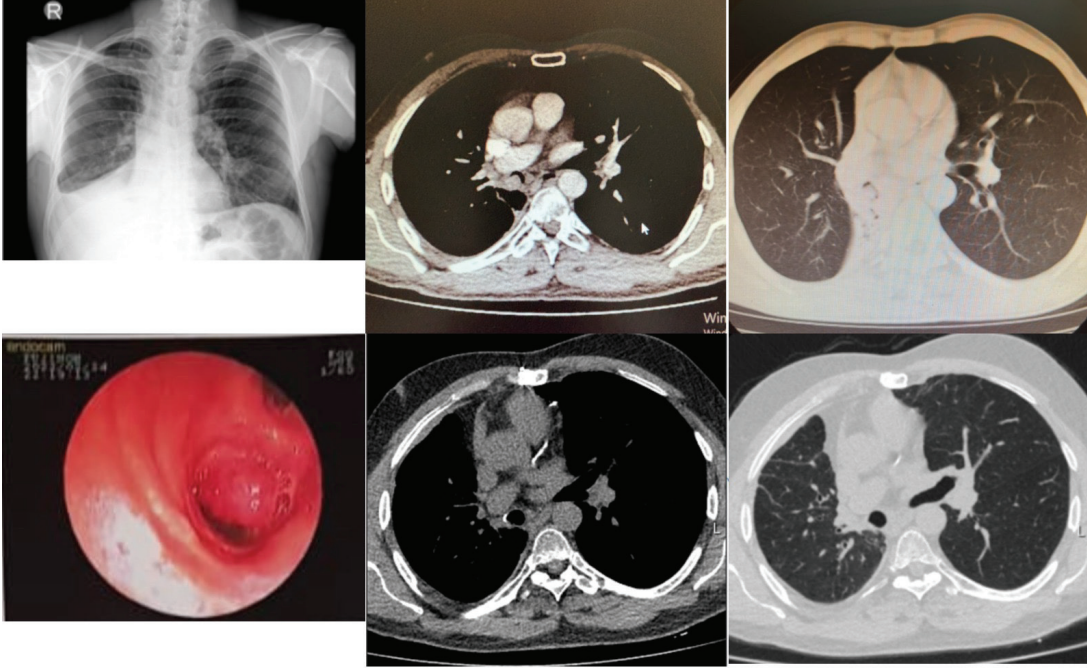
Pınar Güler / Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları A.D.

Giriş-Amaç: Bronkoskopi akciğer kanseri tanısında özellikle endobronşiyal anormalliklerin araştırılmasında en değerli ve sık olarak kullanılan invaziv bir yöntemdir. İyi bir bronkoskopik inceleme, akciğer kanseri şüphesi olan hastalarda çok yüksek tanı oranlarına sahiptir ve hatta bazı hastaları gereksiz daha ileri invaziv tanı ve evreleme yöntemlerinden ve gereksiz cerrahi işlemlerden kurtararak, bunlara bağlı mortalite, morbidite ve maliyeti de önlemiş olmaktadır. Karsinoid tümörler epitel hücrelerinden köken alan akciğerin nöroendokrin tümörleri (NET) arasında yer almaktadır. Patolojik olarak ezilme artefaktı olan veya az sayıda tümör hücresi içeren küçük biyopsilerdeki değerlendirmelerde NET içerisinde yer alan küçük hücreli karsinomla bazen karıştırılabilmektedir. Olgumuzu; karsinoid tümörlerin endobronşiyal makroskopik tipik olarak görülen özelliklerini patoloji kliniği ile paylaşmamızın tanının doğru ve hızlı konulmasındaki önemini belirtmek için sunmayı amaçladık.

Olgu: 43 yaşında, erkek hasta, geçmeyen öksürük ve kanlı balgam çıkarma şikayetleriyle doktora başvuruyor. Hastanın 19 paket/yıl sigara öyküsü mevcut. FM'de dinlemekle sağ alt zonda solunum sesleri azalmış duyuluyor. İstenecek Pa Akciğer grafisinde sağ alt zonda atelektazisi izlenmesi üzerine çekilen Toraks BT'sinde sağda intermedier bronşta şüpheli endobronşiyal lezyon ve atelektazi tespit edilmiş. Bunun üzerine hastaya bronkoskopi işlemi uygulanıyor. Hastanın ilk bronkoskopisi 'sağ ana bronşta distale geçişi engelleyen endobronşiyal lezyon izlendi' şeklinde raporlanmış ve patoloji sonucu 'küçük hücreli karsinom' olarak sonuçlanması üzerine onkoloji tarafından tedavi rejimi belirleniyor; hasta kemoterapi ve radyoterapi alıyor. 2 yıl sonrasında şikayetlerinin devam etmesi ve kontrol Toraks BT'sinde lezyonunda tedaviye rağmen belirgin bir değişiklik görülmemesi üzerine hasta polikliniğimize yönlendiriliyor. Hastaya bu bilgiler ışığında tekrar bronkoskopi yapılmasına karar verildi. Bronkoskopisinde intermedier bronş girişinde lateral duvardan kaynaklanan, lümeni %80 daraltan, üzeri düzgün mukoza ile kaplı ve vaskülerizasyonu belirgin, saplı polipoid yapıda kitle lezyonu izlendi. Tanımlanan lezyondan uygun yerden biyopsi alındı. Patoloji kliniğine lezyonun makroskopik görünümü ile ilgili detaylı klinik bilgi verildi ve görselleri paylaşıldı. Patoloji sonucu 'Nöroendokrin tümör, öncelikle tipik karsinoid tümör' olarak raporlandı. Girişimsel Pulmonoloji kliniğinde endobronşiyal olarak kitle eksize edildi. Hastanın tedavi sonrasında yakınması kalmadı; kür olan hasta göğüs hastalıkları poliklinik kontrollerine devam etmektedir.

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

PA Akciğer, Toraks BT ve Bronkoskopik Görüntüleri



Tedavi Öncesi PA ve Toraks BT görüntüleri, Bronkoskopik görüntüsü, Tedavi sonrası Toraks BT görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Özellikle endobronşial lezyondan şüphelendiğimiz hastaların bronkoskopisinde gördüğümüz endobronşial lezyonun makroskopik görünümü özellikle tipik karsinoid tümörler için çok önem arz etmektedir. Bu konuda patoloji kliniğini ayrıntılı bilgilendirerek ve sıkı iletişim içerisinde bulunarak tanıya hızlı ve doğru şekilde ulaşabiliriz.

Anahtar Kelimeler: bronkoskopi, karsinoid tümör, biyopsi, makroskopik görünüm



PS-245 **Appendiks Adenokarsinoma Metastazının Nadir Görülen Formu: Unilateral Masif Plevral Efüzyon**

Nur Sena Şen¹, Yücel Akkaş², Hatice Kılıç³

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

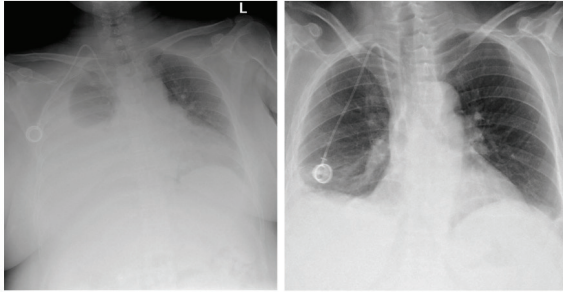
²SBÜ/Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

³AYBÜ Tıp Fakültesi/ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Nur Sena Şen / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

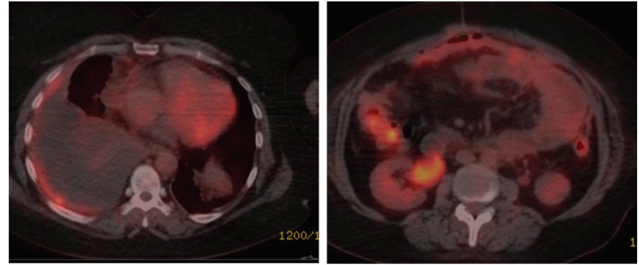
Giriş-Amaç: Apendiks adenokarsinomu (AA), belirgin histopatolojik alt tipleri olan ve metastazının öncelikli olarak peritona sınırlı olduğu nadir bir malignitedir. Tüm kanserlerin %1'ini oluşturur. AA'lı hastaların çoğu, apandisit semptomları ile başvurur ve apendiksin patolojik incelenmesi sırasında tanı alır. Nöroendokrin özelliklere sahip bazı apendiks neoplazmlarının plevral efüzyona neden olduğu nadiren bulunmuş olsa da, müsinöz özelliklere sahip AA'da bu durum tek bir olgu şeklinde bildirilmiştir. Dispne şikayetiyle başvuran ve unilateral masif plevral effüzyon saptanan olgu, etiolojide literatürde malign plevral appendiks adenokarsinomu metastazı tanısı almış ikinci olgu olması nedeni ile sunulmuştur.

Olgu: İki bin yirmi üç yılında biyopsi ile apendiks adenokarsinoma tanısı alarak 6 kür kemoterapi (KT) alan, 49 yaş kadın hasta acil servise nefes darlığı ve göğüs ağrısı nedenleriyle başvurdu. Fizik muayenede sağ tarafta solunum sesleri azalmış duyulan hastanın akciğer grafisinde sağ tarafta masif plevral efüzyon saptandı. (Resim-1a) Hastaya toplam 3 kere boşaltıcı torasentez yapıldı ve plevral efüzyon örnekleri gönderildi. Gönderilen tetkiklerde, plevral efüzyon eksüda vasfında sonuçlandı. Plevral efüzyon kültüründe herhangi bir üreme olmadı. Hastanın boşaltıcı torasentez sonrası oksijen ihtiyacında azalma, plevral efüzyonda gerileme görülsede takiplerinde plevral efüzyonda artış olması nedeniyle dispnesi ve oksijen ihtiyacında artış görüldü. Hastaya malign plevral efüzyon açısından PET-BT planlandı. PET-BT ile sağ hemitoraksta tanımlanan hipermetabolik plevral kalınlaşma alanları, sağ akciğerde izlenen hipermetabolik nodül yeni gelişimli olup öncelikle metastaz ile uyumlu olarak değerlendirildi. (Resim-2) Bunun üzerine hastaya, göğüs cerrahisi tarafından video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) yapıldı. VATS ile gönderilen biyopsi apendiks adenokarsinoma metastazı/infiltrasyonu uyumlu olarak sonuçlandı. Göğüs hastalıkları tarafından takibi sonlanan hasta tekrar KT planlanması amacıyla tıbbi onkolojiye başvurması amacıyla taburcu edildi. Hastanın taburculuk sonrası aktif KT aldığı ve plevral efüzyonunda regresyon izlendiği görüldü. (Resim-1b)



Resim 1a: Hastanın başvuru PAAG

Resim 1b: Tedavi sonrası PAAG



Resim 2: Sağ plevral efüzyon ve appendikste FDG tutulumu

Tartışma-Sonuç: Plevral efüzyonun en yaygın nedenleri arasında konjestif kalp yetmezliği, malignite, pnömoni yer almaktadır. Akciğer kanseri ise malign plevral efüzyonun en yaygın nedenidir. Olgumuzda paylaşılan müsinöz apendiks adenokarsinomu metastazı olarak plevral efüzyon klinik olarak sık rastlanılan bir durum değildir. Olgumuz, tekrarlayıcı boşaltıcı torasenteze rağmen kalıcı regresyon izlenmeyen plevral efüzyonu olan olgularda mutlaka ileri tetkik yapılması gerekliliği ile literatürde tek bir olgu izlenen, çok nadir apendiks vermikülaris malign plevral metastazı saptanması nedeni ile paylaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Plevral Efüzyon, Metastaz, Apendiks, Adenokarsinoma, Malign



PS-246 Akciğer Karsinomu ile İlişkili Paraneoplastik Büllöz Pemfigoid Olgusu

Sibel Karasu¹, Gülistan Karadeniz¹, Sedat Tunçok¹, Nur Yücel¹

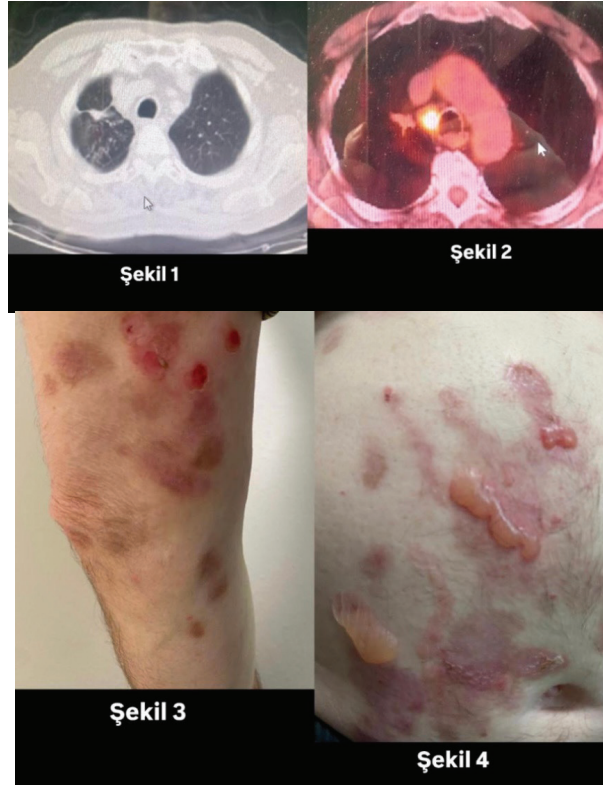
¹SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sibel Karasu / SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Büllöz pemfigoid kronik, otoimmün, edinilmiş bir subepidermal büllöz hastalıktır. Çoğunlukla eritematöz taban veya normal cilt üzerinde gergin, büyük büllözlerle ortaya çıkar. Doku eozinofilisi olan subepidermal büllözler büllöz pemfigoidin karakteristik histopatolojik özellikleridir. Literatürde büllöz pemfigoid ile birlikteliği olan birçok internal malignite bildirilmiştir. Parotis karsinomu, meme kanseri, akciğer kanseri, kolorektal kanser, endometriyal kanser, B hücreli lenfoma, renal hücreli karsinom, kolanjiyokarsinom, özofageal karsinom, endometriyal kanser, mesane kanseri vb. Biz de nadir görülmesi nedeniyle skuamöz hücreli akciğer karsinomu ile eş zamanlı paraneoplastik büllöz pemfigoid tanısı alan olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 57 yaşında erkek hasta yaklaşık 3 haftadır öksürük, bacaklarında ve göbek çevresinde patlayan büllöz lezyonlar nedeniyle dış merkeze başvurmuş. Akciğer grafisinde sağ üst lobda nodüler dansite saptanması üzerine Toraks BT'si çekilen hasta sağ üst lobta nodül ve mediastinal lenfadenopatiler saptanması üzerine tarafımıza ileri tetkik için yönlendirilmişti. Öz geçmişinde DM, ASKH, hiperlipidemi tanıları olup PET/CT'de sağ akciğer üst lobta hiler bölgedeki 1.2cm'lik lezyonda artmış FDG tutulumu (SUVmax 3.4), sağ alt paratrakeal bölgede 1.4 cm'lik lenf nodunda artmış FDG tutulumu (SUVmax 9.9) izlendi. Yapılan bronkoskopi: Sağ üst lob apikoposterior dıştan bası ile daralmış, mukozal infiltrasyon ve vejetan lezyon görüldü. TBİAB ve forceps biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu 'Skuamöz hücreli akciğer karsinomu' (T1N2M0) olarak raporlandı. Dermatoloji konsültasyonu sonrası punch biyopsisi yapılan hastanın patolojisi 'Büllöz Pemfigoid' ile uyumlu olarak raporlandı. Dermatoloji tarafından hastaya sistemik steroid tedavisi başlandı. Akciğer karsinomu tedavisinin memleketinde olmasını isteyen hastaya sonuçları ile birlikte bilgi verildi.

Akciğer Karsinomunun Radyolojik Görüntülemeleri ve Eşlik Eden Büllöz Lezyonlar



Şekil 1:Sağ üst lobta nodüler dansite Şekil 2:Sağ hiler lenfadenopati Şekil 3 ve Şekil 4:Alt ekstremitte ve göbek çevresinde büllöz döküntüler

UASK 2025



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

Tartışma-Sonuç: Paraneoplastik büllöz pemfigoid akciğer kanserlerinde, özellikle skuamöz hücreli karsinomda nadiren bildirilmiştir. Bu nedenle büllöz lezyonlar görüldüğünde akciğer kanseri de dahil olmak üzere birçok malignite akla getirilmelidir. Büllöz pemfigoidin konvansiyonel tedavisi akciğer kanseri tedavisiyle (cerrahi, kemoterapi, radyoterapi) birlikte uygulandığında cilt lezyonlarının başarılı bir şekilde çözülmesi sağlanabilir. Büllöz lezyonu olan hastalarda altta bulabilecek akciğer kanserini atlamamak için toraks BT çekilmesi ve gereğinde ileri tetkik yapılması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Büllöz Pemfigoid, Skuamöz Hücreli Karsinom, Paraneoplastik, Akciğer Karsinomu

PS-248 Endobronşiyal Metastazla Seyreden Sinovyal Sarkom:Nadir Bir Olgu Sunumu

Zeynep Berna Uçar¹, Ramazan Şahin¹, Barış Demirkol¹, Ayşe Bahadır¹, Sibel Yurt¹, Mehmet Akif Özgül¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

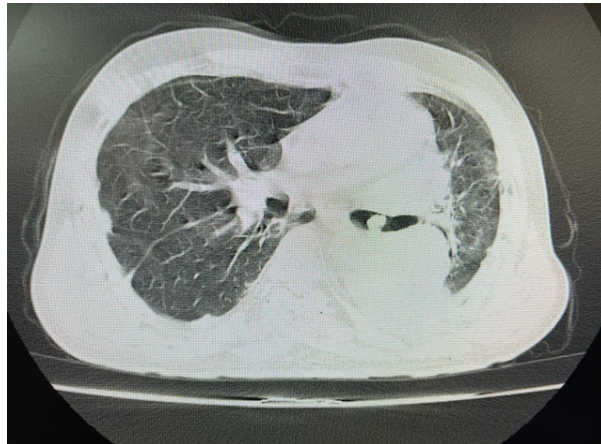
Zeynep Berna Uçar / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Sinovyal sarkomlar, tüm yumuşak doku sarkomlarının %5-10'unu oluşturmaktadır olup, kötü prognozlu seyreder. Genellikle 20-40 yaş aralığındaki bireylerde görülür. En sık periaortiküler bölgelerde olmak üzere ekstremitelerde yerleşim gösterir; bunun yanı sıra boyun, mediasten, kalp, damarlar, akciğerler ve özofagus gibi vücudun farklı bölgelerinden de köken alabilir. Sinovyal sarkomlar en sık akciğere metastaz yaparken, endobronşiyal metastazlar oldukça nadirdir. Bu olgu sunumunda, primeri alt ekstremitede kökenli sinovyal sarkomun akciğere ve endobronşiyal yapıya metastaz yaptığı nadir bir vaka sunulmaktadır.

Olgu: 45 yaşında erkek hasta, yaklaşık bir aydır artan nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. 2019 yılında alt ekstremitede şişlik nedeniyle yapılan biyopsi sonucu sinovyal sarkom tanısı almıştı. İleri tetkiklerde akciğere multiple metastaz saptanmış ve hastaya gemcitabin, dosetaksel, ifosfomid ajanlarını içeren kemoterapi tedavisi verilmiş, ayrıca akciğere palyatif radyoterapi uygulanmıştı. Son kemoterapisini yaklaşık bir ay önce almıştı. Bir ay önce sol hemitoraksta gelişen plevral efüzyon ve pnömotoraks nedeniyle göğüs tüpü uygulanmış ve sonrasında plöredez işlemi gerçekleştirilmişti. Fizik muayenesinde sol akciğer solunum sesi azalmıştı. Oda havasındaki saturasyon %97, dakika solunum sayısı ise 32 idi. Başvuru esnasında, iki gün önce dış merkezde çekilen toraks tomografisinde, sol akciğer alt lobunda bronşu oblitere eden ve sol akciğerde aerasyonu tamamen engelleyen yaklaşık 120x100 mm boyutlarında kitlesel lezyon izlenmiş, ayrıca parankimde multiple kitle görünümü saptanmıştı. Göğüs hastalıkları servisine yatırılıp hastaya rijid bronkoskopi uygulandı. Sol ana bronş distali, üst lobu örten vaskülarize tümör dokusu ile tam tıkalıydı. Argon plazma ile tümör dokusu koterize edilip, mekanik rezeksiyon uygulandı ve sol üst lob açığa kavuşturuldu. Ana bronştan sol alt loba doğru tümör dokusu argon ve multipl biyopsilerle açılmaya çalışıldı; alınan biyopsi örneği, sinovyal sarkom metastazi ile uyumlu bulundu. Takiplerinde solunum yetmezliği ve septik şok gelişen hasta, yoğun bakımda exitus oldu.

Tartışma-Sonuç: Sinovyal sarkom, mezenşimal ve epitelyal diferansiyasyon gösterebilen, hızlı ilerleyen ve ölümcül seyirli bir yumuşak doku tümördür. En sık akciğere metastaz yapmasına karşın, göğüs ağrısı, dispne ve öksürük gibi şikayetlerle başvurabilir. Endobronşiyal metastazlar oldukça nadir olmakla birlikte, solunum yolu obstrüksiyonuna yol açarak takipne ve solunum yetmezliği tabloları oluşturabilir. Bu bağlamda bronkoskopinin hem tanısal hem de tedavi edici rolü büyüktür. Bu nadir vaka, sinovyal sarkomun akciğer ve endobronşiyal metastazlarının tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

Toraks BT



Anahtar Kelimeler: sarkom, endobronşiyal tedaviler, bronkoskopi



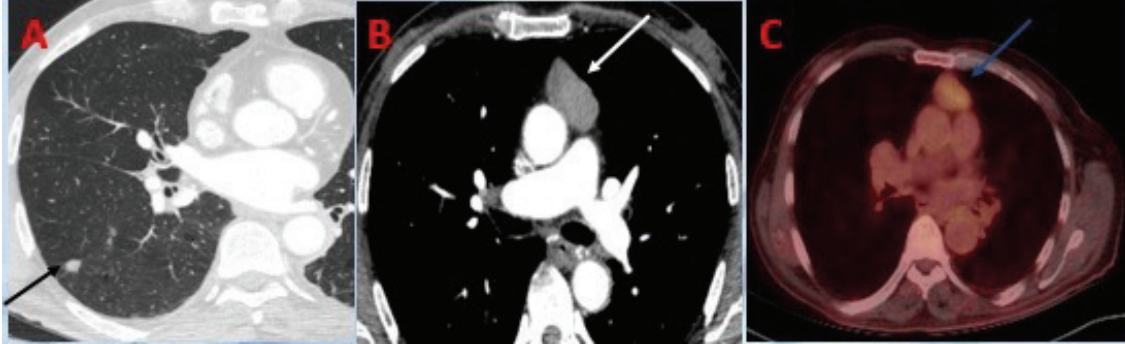
PS-249 Senkron Timoma ve Akciğerin Skuamöz Hücreli Karsinomunun Eş Zamanlı Torakoskopik Rezeksiyonu

Rza Mammadov

Ege Üniversitesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Timomalar ve timik karsinomlar timik epitelden türeyen, tedavinin temelini cerrahinin oluşturduğu, mediastinumun nadir görülen primer tümörleridir (1). Timoma ve primer akciğer kanseri birlikteliği literatürde nadir olarak bildirilmekle birlikte tıbbi görüntüleme teknolojisinin geliştirilmesi ile daha sık tespit edilmeye başlanmıştır (2,3). Pulmoner ve mediastinal lezyonların rezeksiyonunda video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) yaygın olarak kullanılmaya başlansa da bu hastalıklar için eş zamanlı VATS ile ilgili deneyimler sınırlıdır (4,5). Bildirilen raporlar daha çok senkron timoma ve akciğer adenokarsinomunun eş zamanlı rezeksiyonu ile ilgilidir (6-8). Senkron timoma ve akciğerin skuamöz hücreli karsinomunun eş zamanlı torakoskopik rezeksiyonu oldukça nadir bildirilmiştir. Eş zamanlı VATS sağ alt lobektomi ve timektomi uyguladığımız senkron timoma ve akciğerin skuamöz hücreli karsinomu vakasını sunuyoruz.

Olgu: 76 yaşında erkek hasta, hemoptizi ve kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Pulmoner tromboemboli ve kronik obstruktif akciğer hastalığı öyküsü mevcuttu. İnguinal herni nedeniyle operasyon öyküsü ve 40 paket yıl sigara öyküsü vardı. Fizik muayenesinde bilateral alt ekstremitelerde varis mevcuttu. Solunum fonksiyon testinde FEV1 2090 ml ve %83 saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) sağ akciğer alt lob superiorunda 1 cm nodül ve prevasküler mediastinal kompartmanda 38x23 mm boyutlarında lobüle konturlü yumuşak doku dansitesi izlenmiş (Resim A,B). Bronkoskopiye sağ akciğer alt lob posterior bazal segmentte endobronşial lezyon izlenmiş. Biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak raporlandı. Pozitron emisyon tomografisi (PET/BT) sağ akciğer alt lob posterior bazal segment düzeyinde 1 cm SUV(SUVmax:3,9) nodül, mediastende 3,8 x 2,1 cm (SUVmax:2,8) yumuşak doku lezyonu saptanmış (Resim C). Hastaya aynı seansta aynı kesiden sağ alt lobektomi ve timotimektomi planlandı. VATS sağ alt lobektomi uygulandı. Anterior mediastende yaklaşık 5 cm sert natürde kitle keskin ve künt diseksiyonla total olarak eksize edildi ve etraf yağlı dokular çıkarıldı. Lobektomi materyalinin histopatolojik inceleme sonucu "skuamöz hücreli karsinom", anterior mediastinal kitlenin histopatolojik inceleme sonucu "tip AB timoma" olarak raporlandı.



Resim A: Toraks BT parankim penceresi, sağ akciğer alt lobda 1 cm nodül(siyah ok) Resim B: Toraks BT mediasten penceresi, anterior mediastende 38x23 mm yumuşak doku kitlesi(beyaz ok) Resim C: PET BT görüntüsü, anterior mediastende 3,8 x 2,1 cm (SUVmax:2,8) yumuşak doku kitlesi(mavi ok)

Tartışma-Sonuç: Uniportal ve biportal VATS, seçilmiş eş zamanlı pulmoner ve mediastinal lezyonların eş zamanlı rezeksiyonu için güvenli ve etkilidir, ancak endikasyonlar ve operasyonel detayların daha fazla değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Timoma, Akciğer kanseri

PS-250 Sarkomatoid Akciğer Karsinom Olgusu

Niyazi Çağkan Demirci¹, Naz Kartal¹, Hatice Canan Hasanoğlu², Yetkin Ağaçıran³

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

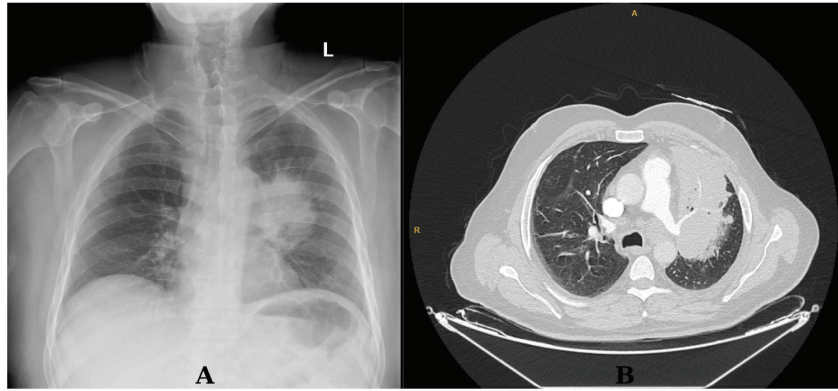
²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları

³Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Patoloji

Niyazi Çağkan Demirci / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Sarkomatoid akciğer karsinomu (SAK), küçük hücreli dışı akciğer kanserinin (KHKDAK) oldukça malign, agresif ve heterojen özellikler gösteren bir alt grubudur. Bu hastalık, akciğer kanseri vakalarının yaklaşık %0.1-0.4'ünü oluşturur. Genellikle sigara kullanımı olan, ileri yaşlı erkeklerde görülür ve erken evrelerde tespit edilse bile olumsuz bir seyir izler. Tüm evreler için ortalama sağkalım 9-12 aydır. Olgumuz nadir görülmesi nedeni ile sunulmuştur.

Olgu: Bilinen hipertansiyon (HT), koroner arter hastalığı (KAH) tanıları olan 64 yaş erkek hasta, 20 gündür olan hemoptizi ve az miktarda balgam şikayetleri ile hastaneye başvurdu. Hastanın 80 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Oda havası SpO₂: %95 ve dinlemekle sol hemitoraksta kaba raller mevcuttu. PA akciğer grafisinde sol hiler bölgeyi içine alan, kenarları düzensiz, parakardiyak yaklaşık 6x4 cm boyutlarında kitle görünümü mevcuttu (Resim 1A). Anestezi hazırlıkları sırasında sallanan dişini çektiğini istememesi üzerine planlanan bronkoskopi işlemi yapılamadı. Toraks BT'de; Sol akciğer üst lobda paramediastinal alanda yaklaşık 57x35x38 mm boyutlarında kitle pulmoner artere invaze izlendi (Resim 1B). PET-CT'de; sol akciğer üst lobdaki hipermetabolik kitle (SUVmax: 30.61), yaygın hipermetabolik mediastinal lenf nodları malignite ve metastaz ile uyumlu olarak değerlendirildi. Sol akciğerdeki kitleden transtorasik biyopsi yapıldı. Sonuç gelmedi. Biyopsi sonrası hemoptizi miktarının artması ve hemoglobinin 4 birim düşmesi nedeni ile kliniğe yatırıldı. Anestezi olmadan yapılan bronkoskopide sol akciğer ana bronşuna girer girmez üst lob girişinin endobronşial lezyon ile tıkalı olduğu görüldü. Kitle üzerinde damar ve nekrotik alanlar mevcuttu. Buradan alınan biyopsi patoloji sonucu sarkomatoid karsinom ile uyumlu olarak raporlandı. Bronkoskopi işleminden 1 hafta sonra genel durumu kötüleşen hasta yoğun bakım ünitesine devredildi. Takiplerinde genel durumu daha da kötüleşen hasta, tedavi başlanmadan hayatını kaybetti.



Resim 1. Hastanın ilk hastane başvurusunda kitleye yönelik eş zamanlı olarak çekilen PA akciğer grafisi ve Toraks BT kesiti

Tartışma-Sonuç: Sarkomatoid akciğer karsinomu, radyolojik olarak genellikle tek, büyük (4-18 cm çapta), periferik ve üst loblarda yerleşimli tümörlerdir. Tanı anında büyük çoğunluğu plevra ve komşu vasküler yapılara invazyon gösterirler. Sarkomatoid akciğer karsinomları nüks ve metastaz yapmaya eğilimlidirler. Erken evrede rezeksiyon iyi sonuçlar vermesine rağmen 5 yıllık sağkalım oranları düşüktür. Kemo-radyoterapiye dirençlidir. Rezeksiyon sonrası sağkalımı iyileştirmek için yapılan gen çalışmaları ve immünoterapi umut vermektedir. Ancak bu nadir görülen tümör ile ilgili daha geniş vaka serilerini içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer, Sarkomatoid, Kanser, Karsinom



PS-251 Larsen Sendromu Tanılı Bir Hastada Kistik Akciğer Lezyonları: Embriyonel Karsinomun Nadir Bir Metastazı

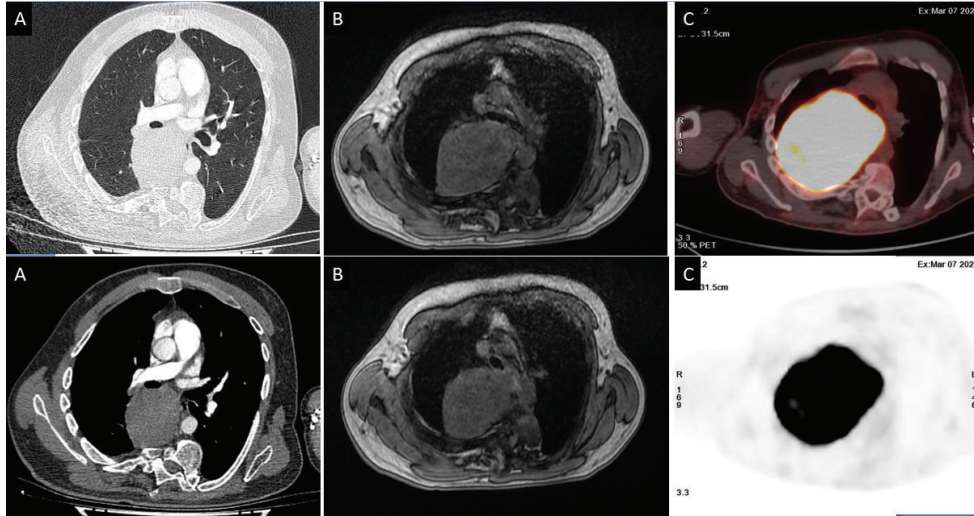
Ayşe Nur Yılmaz¹, Ramazan Eren¹, Öznur Yıldız¹, Elif Yelda Niksarlıoğlu¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Ayşe Nur Yılmaz / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Larsen Sendromu, FLNB(filamin-B) ve CHST3(karbonhidrat sülfotransferaz-3)genlerindeki mutasyonlardan kaynaklanan, nadir görülen bir genetik hastalıktır. Bağ dokusundaki gevşeklik ile karakterize olan sendrom; belirgin kraniofasial anomaliler, servikal kifoz ve çok sayıda eklem çıkığı gibi tipik klinik bulgularla kendini gösterir. Tanı açısından patognomonik kabul edilen fenotipik özellikler arasında hipertelorizm, geniş alın, burun kemerinde çökme ve yassılaşıma gibi karakteristik yüz deformiteleriyle birlikte eklem hiper mobilitesi, vertebra anomalileri ve çoklu eklem çıkıkları yer almaktadır. Bu makalede, testis tümörü şüphesiyle preoperatif değerlendirme sırasında toraks BT'de lezyon saptanması üzerine tarafımıza yönlendirilen, ileri tetkikler sonucunda akciğerde embriyonel karsinom tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: Yirmi yedi yaşındaki erkek hasta, testis tümörü ön tanısıyla preoperatif değerlendirme sürecinde yapılan görüntülemelerde akciğerde kitlesel lezyon saptanması üzerine ileri tetkik amacıyla kliniğimize yönlendirildi. Sigara öyküsü ve sistemik B semptomları bulunmayan hastanın fizik muayenesinde sol testis boyutunda belirgin artış mevcuttu. Özgeçmişinde kalça kırığı nedeniyle geçirilmiş cerrahi müdahale öyküsü mevcuttu. Dış merkezde çekilen toraks BT'de sağ alt lobta 65mm çapında kistik lezyon ve parankimde 47mm çapında sıvı içerikli kontrastlanmayan kistik oluşumlar tespit edilerek ayırıcı tanıda kist hidatik düşünülmüş. Devamında yapılan toraks MRG'de posterior mediastende prevertebral alanda 7.5x6.5cm boyutlarında heterojen lezyon izlenerek, kist hidatik olasılığı vurgulanmış. Hastanın başvuru anında akut faz reaktanlarının yüksek olması nedeniyle kist hidatik ve malignite ön tanılılarıyla servise yatırılarak antibiyoterapi başlandı. Kist hidatik indirekt hemaglutinasyon testi negatif sonuçlandı. Mikrobiyolojik kültürlerinde üreme saptanmadı. PET/BT değerlendirmesinde, sağ akciğer alt lob anterobazal segmentte yoğun FDG tutulumu (SUVmax:15.45)gösteren 53mm genişliğinde kitlesel lezyon, aynı lobda SUVmax:10.28 olan 14mm çapında nodül, sol testiste SUVmax:8.6 olan heterojen kitlesel lezyon saptandı. Sağ hemitorakstaki lezyondan tru-cut biyopsi yapıldı. Histopatolojisinde az diferansiye karsinom tespit edildi. Testis tümör şüphesiyle immünohistokimyasal incelemede embriyonel karsinom ile uyumlu bulundu. Hasta medikal onkolojiye yönlendirilerek bleomisin, etoposid, sisplatin (BEP) protokolüyle üç kür kemoterapi uygulandı. Takiplerde kitlesel lezyon alanlarında kısmi regresyon gözlemlendi. Hastada taburculuk sonrası solunum yetmezliği gelişti ve exitus oldu.



Resim 1. A:Toraks BT'de sağ alt lobta 65mm çapında kistik lezyon ve parankimde 47mm çapında sıvı içerikli kontrastlanmayan kistik oluşumlar B:Toraks MR'de posterior mediastende prevertebral alanda 7.5x6.5cm boyutlarında heterojen lezyon C:PET-BT'de sağ akciğer alt lob anterobazal segmentte yoğun FDG tutulumu (SUVmax:15.45) gösteren 53mm genişliğinde kitlesel lezyon, aynı lobda SUVmax:10.28 olan 14mm çapında nodül, sol testiste SUVmax:8.6 olan heterojen kitlesel lezyon

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Tartışma-Sonuç: Embriyonel karsinomun en sık metastaz yaptığı organlardan biri akciğer olmasına rağmen, literatürde Larsen sendromu ile ilişkili akciğer metastazı bildirilmiş bir olgu bulunmamaktadır. Bu olgu, Larsen sendromu tanısı olan genç bir hastada testis tümörüne sekonder gelişen akciğer metastazının tanı, takip ve tedavi sürecini içeren ilk olgu olma özelliği taşımaktadır. Özellikle, kistik akciğer lezyonlarının ayırıcı tanısında metastatik süreçlerin göz önünde bulundurulması gerektiği vurgulanmalıdır. Bu nadir olgu, gelecekte benzer vakalar için tanısal ve klinik farkındalığın artırılmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: larsen sendromu, embriyonel karsinom, akciğer



PS-252 Kaviter Lezyon ile Kendini Gösteren Hodgkin Lenfoma Olgusu

Ali Kırac¹, Çağan Asparuk¹, Fatma Ezgi Altun Acar¹, Aslıhan Aras¹, Ayşe Yağmur Şahin¹, Beyza Yılmaz¹, Naciye Mutlu¹, Hüseyin Cem Tigin¹, Murat Kıyık¹

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

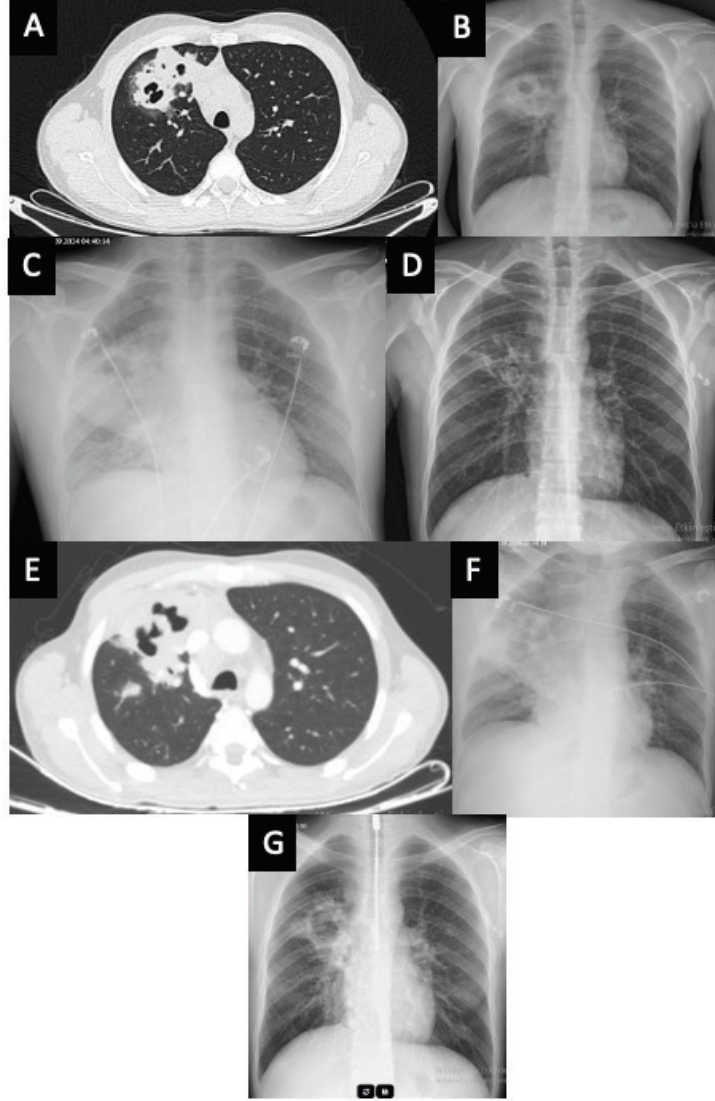
Ali Kırac / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Giriş-Amaç: Lenfomalar, bağışıklık sisteminin hücresel elemanlarından kaynaklanan malign neoplazmlardır. Hodgkin lenfoma (HL), genelde mediasten ve baş-boyun bölgelerinde görülürken, akciğer tutulumu daha nadir olup genellikle ilerleyen evrelerde meydana gelir. HL'nin akciğer tutulumu, çoğunlukla tek veya çok sayıda nodül ya da kitle şeklinde ortaya çıkar. Kaviter lezyonlar kemoterapi sonrası gelişebilse de, tanı anında son derece nadir görülmektedir. Kaviter lezyonlar, tüberküloz gibi enfeksiyonlar veya romatizmal hastalıklarla karışabileceği için, HL'nin ayırıcı tanısında zorluk yaratabilir. Biz de bu sunumumuzda, kaviter lezyon ile kendini gösteren bir HL olgusunu ve tanı sürecinde karşılaşılan zorlukları sunmayı amaçladık.

Olgu: 36 yaşıında, 15paket/yıl sigara öyküsü olan hasta son bir yıldır olan öksürük, balgam, kilo kaybı, gece terlemesi şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide sağ üst lobta kaviter lezyon, medias-tende hiler bölgede 1,2cm'lik lenf nodları görülmüş. Nonspesifik antibiyoterapi başlanan hastaya yapılan fiberoptik bronkoskopi (FOB) tanısıl bir sonuç elde edilememiş. Kreşe hemoptizi de gelişen hasta tüberküloz düşünülerek hastanemize yönlendirilmiş. Servisimize interne edilen hastanın balgam tetkikleri istendi ve geniş spektrumlu anti-biyoterapi başlandı. MPO3 ve PR3 ANCA tetkikleri negatif olarak sonuçlandı. Yapılan transtorasik ince iğne aspirasyon biopsisi ile alınan örneklerde mikobakteri PCR, ARB, nonspesifik kültür, mantar kültürü negatif sonuçlandı. Yatışı sırasında masif hemoptizi gelişen hasta yoğun bakım ünitesine (YBÜ) nakledildi. Radyolojik olarak progresyon da görülmesi üzerine hastaya deneme antitüberküloz tedavi izoniyazid 300mg po, rifampisin 600mg po, pirazinamid 1500mg po, streptomisin 1g im şeklinde başlandı. YBÜ takibinde hemoptizi gerileyen hasta yeniden servisimize nakledildi. Antitüberküloz tedavisine devam edilen hastada klinik ve radyolojik olarak iyileşme görülerek taburcu edildi. 47 gün antitüberküloz tedavi sonrası hemoptizi tekrarlayan hasta yeniden servisimize interne edildi. Genel anestezi altında FOB yapılan hastanın sol üst lob anterior segmentten alınan transbronşiyal biyopsinin patoloji sonucu klasik HL olarak raporlandı. Antitüberküloz tedavisi kesilen ve onkoloji bölümü tarafından kemoterapi başlanan hastamızın takip ve tedavisi hala devam etmektedir.

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

Olgumuza ait radyolojik görüntüler



A: Olgunun hastanemize ilk başvurduğunda çekilen toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüsü B: Olgunun hastanemize ilk başvurduğunda çekilen posteroanterior akciğer grafi (PAAG) görüntüsü C: Olgunun deneme antitüberküloz tedavi başlanmadan önceki PAAG görüntüsü D: Olgunun antitüberküloz tedaviye başlandıktan sonraki PAAG görüntüsü E: Olgunun HL tanısı aldığı zaman çekilen toraks BT görüntüsü F: Olgunun HL tanısı aldığı zaman çekilen PAAG görüntüsü G: Olgunun kemoterapi başladıktan sonra çekilen PAAG görüntüsü

Tartışma-Sonuç: HL, genellikle lenfatik sistemde ve mediasten bölgesinde yerleşim gösterse de, akciğer tutulumunun kaviter lezyonlarla birlikte görülmesi nadirdir. Yine de akciğerde kaviter lezyon tespit edilen hastalarda özellikle tüberküloz gibi enfeksiyonlar, romatizmal hastalıklar, vaskülitler, akciğer malignitelerinin yanında HL da akılda tutulmalı ve hastalar bu açıdan da tetkik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kaviter Lezyon, Hodgkin Lenfoma, Tüberküloz, Hemoptizi



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-253 Yüksek Kuşkulu Malign Nodülde Güncel Bir Tedavi Şansı: Stereotaktik Vücut Radyasyon Terapisi (SBRT)

Elif Akıncı Aydınlı¹, Esra Aytekin Soydan¹, Selen Doğan¹, Deniz Doğan Mülazımoğlu¹, Turan Acıcan¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD

Elif Akıncı Aydınlı / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD

Giriş-Amaç: Stereotaktik Vücut Radyasyon Terapisi (SBRT), normal dokuya radyasyonu en aza indirirken tümöre hedeflenerek radyasyon kullanan bir tekniktir. Bu hedefleme, küçük-orta büyüklükteki tümörlerin tek veya sınırlı sayıda doz fraksiyonunda tedavisine olanak tanır.

Olgu: 67 yaş erkek hastanın KOAH, Tip2 DM, HT tanıları olup 1 senedir eforla olan nefes darlığı ve sıkıştırıcı göğüs ağrısı fark etmiş. 20paket/yıl sigara öyküsü olan hasta KOAH tanısı ile LABA+LAMA altında takipliymiş. Bu şikayetlerle kliniğimizde tetkik edilen hastanın posteroanterior akciğer grafisinde sol hiler bölgede düzenli sınırlı gölge koyuluğu ve lateral grafide L2-3 hizasında posterior alanda düzensiz sınırlı 15mm çapında yuvarlak opasite görüldü. Hastaya çekilen Pulmoner Arter Bilgisayarlı Tomografi Anjiyografide (PBTA); Sol ana pulmoner arter anevrizması ile sol akciğer alt lob posterior bazal segmentte 19x16mm boyutlarında, düzensiz sınırlı nodül izlendi. 18F-FDG POZİTRON EMİSYON TOMOGRAFİSİ (PET-BT) yapıldığında; tanımlı lezyonda SUVmax:6.4, Mediastende paratrakeal, aortikopulmoner, subkarinal ve her iki hiler-bronkopulmoner lenf nodlarında SUVmax:4.8, üst abdomende pericölyak alanda soliter lenf nodunda SUVmax:5.1 olarak yorumlandı. EBUS ile 4L, 4R, 7, 11R ve 11L numaralı lenf nodlarından TBNA örnekleri alındı fakat sitolojik incelemede fibrotik antrakozik lenf nodları ile uyumlu değerlendirildi. TTİABx yapılan hastada ileri derecede hiposellüler materyal izlendi ve malignite dışlanamadı. Göğüs cerrahisi tarafından Evre1 Akciğer malignitesi yönünden anlamlı kabul edilmekle birlikte düşük difüzyon kapasitesi (FEV1 1720ml %55, DLCO %23), Tip 1 Solunum yetmezliği (paO2:51 mmHg) varlığı ve Sol pulmoner arter anevrizması nedeniyle hasta inoperable kabul edilerek hasta SBRTye yönlendirildi. 1 fraksiyon 1250 cGy/frk, 4 fraksiyon 1000 cGy/frk SBRT uygulandı. 3 ay sonraki kontrol Toraks BT'de sol akciğer alt lob posterior bazal segmentte tanımlanan, düzensiz sınırlı nodül 13x9 mm ölçülmüş olup boyutlarında yaklaşık %40-50 küçülme gözlemlendi. Hastanın radyolojik takibine devam edilmektedir.

Tartışma-Sonuç: Radyolojik ve sitolojik incelemeler ile malignite dışlanamayan fakat özellikleri malignite yönünden yüksek kuşkulu olan ve erken evrelerde yakalanan olgularda cerrahi şansı yanı sıra SBRT muhakkak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: SBRT, Nodül, Malignite



PS-254 Ön Mediasten Yerleşimli Akciğer Squamoz Hücreli Karsinom

Sena Bahadıroğlu¹, Kerem Ensarioğlu¹, Emine Bahar Kurt¹, Derya Balcı Köroğlu²

¹Göğüs Hastalıkları Kliniği, Etlik Şehir Hastanesi, ANKARA

²Göğüs Cerrahisi Kliniği, Etlik Şehir Hastanesi, ANKARA

Sena Bahadıroğlu / Göğüs Hastalıkları Kliniği, Etlik Şehir Hastanesi, ANKARA

Giriş-Amaç: Mediastinal tümörler nadir görülen neoplazilerdir. Yetişkinlerde mediastinal tümörlerin çoğunluğu timomalardır (%35), genelde anterior mediastende yerleşirler. Mediastinal tümörler sıklıkla asemptomatiktir. Bu olguda ses kısıklığı ile gelen etyolojik neden olarak anterior mediasten tümörü olan bir hasta sunuldu.

Olgu: Yetmiş bir yaş erkek hasta, kulak burun boğaz kliniği tarafından tarafımıza yönlendirildi. Bir ay önce başlayan ses kısıklığı şikayeti olan hastanın 45 paket/yıl sigara öyküsü vardı. Fizik muayenesi ve rutin laboratuvar doğal olan hastada ileri araştırma için istenilen toraks ve boyun bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde anterior mediastende 7x4.5 cm ölçülen, düzensiz sınırlı, içerisinde nekroz alanları bulunduran solid kitlesel lezyon ve sol akciğer üst lobta kitleden net ayrımı yapılamayan 40x15 mm ölçülen spiküle konturlu alan görüldü. Kranial görüntülemesinde ek bulgu olmayan hastanın pozitron emisyon tomografi görüntülemesinde anterior mediastende prevasküler alanda hiler düzeye dek uzanan; aorta, sol pulmoner arter, sol ana bronş ve perikard ile sınır ayrımı net olarak yapılamayan, konglomere LAP/kitlesel lezyon (SUVmax: 14.46); komşuluğunda sol akciğer üst lobta 45x19 mm boyutlu lezyon mevcuttu (SUVmax: 14.40). Kitleden biyopsi için göğüs cerrahisi video yardımcı göğüs cerrahisi (VATS) mediastinal kitle biyopsisi sonucu immünohistokimyasal olarak CD5 VE CD117 ile diffüz pozitiflik izlenmemesi öncelikle akciğer kaynaklı skuamöz hücreli karsinomu (SCC) fakat tipik karsinom tamamen dışlanamadı. Hastanın fiberoptik bronkoskopisinde aşikar malignite görülmemesi ile torasik onkolojide değerlendirilme sonucu ile unrezektable akciğer SCC tanısı kabul edilerek eş zamanlı kemoradyoterapi tedavisi planlandı.

Tartışma-Sonuç: Ses kısıklığı ile gelen hastalarda mediastinal tümör patolojileri, olası bası sebebi ile değerlendirilmelidir. Eşlik eden hastalıkları, diğer semptomları sorgulanmalıdır. Toraks BT ile ön mediasten lezyonlarının kolaylıkla saptanabileceği ve en sık görülen patolojiler dışında da nadir etyolojiler olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: anterior mediasten, bilgisayarlı tomografi



PS-255 Nadir Görülen Pulmoner Schwannom Olgusu

Raghad Avcı¹, Levent Arafat¹, Barış Demirkol¹, Ayşe Bahadır¹, Sibel Yurt¹, Mehmet Akif Özgül¹

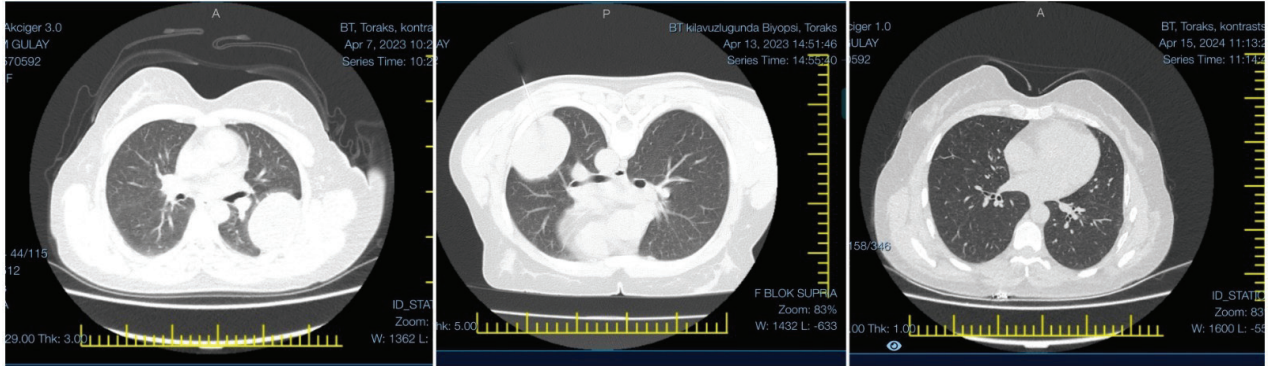
¹Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Raghad Avcı / Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Schwannomlar, sinir kılıfındaki Schwann hücrelerinden köken alan, iyi huylu ve yavaş büyüyen tümörlerdir. Herhangi bir sinirde görülebilmekle birlikte, akciğer gibi nadir bölgelerde rastlanmaları tanı koymayı zorlaştırabilir. Klinik bulgular genellikle spesifik olmayıp, nadir lokalizasyonlar tanı sürecini karmaşıklaştırır. Bu bildiriye pulmoner schwannom olgumuzu paylaşmayı planladık.

Olgu: Otuz yedi yaşında kadın hasta, göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetleriyle polikliniğimize başvurmuştur. Özgeçmişinde bilinen bir hastalık öyküsü yoktur ve sigara içme alışkanlığı bulunmamaktadır. Fizik muayenede, hastanın vital bulguları stabildir ve biyokimya test sonuçları normal sınırlarda izlenmiştir. Toraks BT incelemesinde her iki akciğerde hafif buzlu cam dansiteleri gözlemlenmiş, sol akciğer alt lobda, subplevral alandan parankime doğru uzanan, yaklaşık 5x6,5 cm boyutlarında düzgün konturlu nodüler opasite tespit edilmiştir. (Şekil 1) CO-RADS 2 olarak değerlendirilen bu bulgular, COVID-19'dan ziyade diğer enfeksiyonları düşündürmüştür. Başlangıçta, sol akciğerin göğüs duvarından kaynaklanan mezenkimal bir tümör olasılığı üzerinde durulmuş ve biyopsi yapılması kararlaştırılmıştır (Şekil 2). Biyopsi sonucu, düşük dereceli iğsi mezenkimal tümör bulguları göstermiştir. Cerrahi işlem öncesinde solunum fonksiyon testleri normal sınırlarda (FVC: 102%, FEV: 91%, FEV1/FVC: 94%) bulunmuş, ardından hastaya cerrahi eksizyon uygulanmış ve sol üst lob anterior segmentektomi ile birlikte 6, 7 ve 10 numaralı lenf nodları çıkarılmıştır. Patolojik incelemede, lezyonun yaygın 'ancient' değişiklikler gösteren sellüler schwannom olarak tanımlandığı belirlenmiştir. Postoperatif dönemde hasta normal seyir izlemekte olup, takibi devam etmektedir. (Şekil 3)

Intrapulmoner Schwannoma



Tartışma-Sonuç: Intrapulmoner schwannomlar son derece nadir görülmektedir. Semptomlar ve görüntüleme bulguları genellikle spesifik olmadığından, ameliyat öncesi tanı koymak oldukça zordur. Tam rezeksiyon ve prognozu iyileştirecek doğru tanının konulmasında biyopsi ve immünohistokimyanın rolü büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Schwannoma

11 Nisan 2025, Cuma

Poster Bildiri Oturumu 14: Yoğun Bakım, Pulmoner Vasküler Hastalıklar

PS-256 Viral Pnömoni İlişkili ARDS ile Gelen Akciğer Adenokarsinom Olgusu

Özgün Yönetci¹, Eslem Gül¹, Aslıhan Yalçın¹, Mehmet Rasih Sonsöz², Faruk Oran², Sibel Yurt¹, Ayşe Bahadır¹, Barış Demirkol¹, Mehmet Akif Özgül¹

¹1. SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

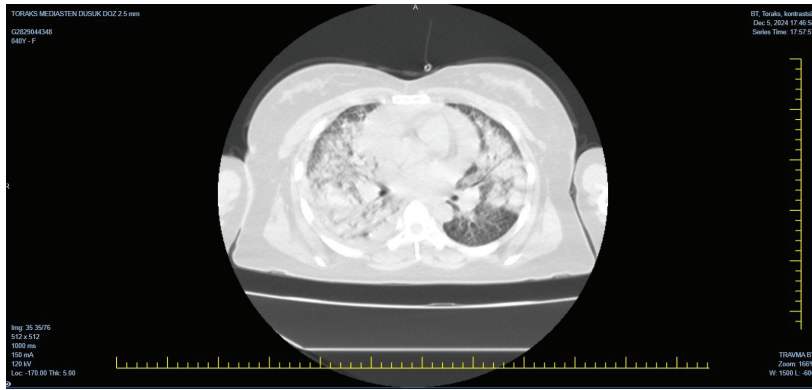
²2. SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

Özgün Yönetci / 1. SBÜ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş-Amaç: Akciğer adenokarsinomu; küçük hücreli dışı akciğer kanserinin en sık görülen alt tipidir. Sıklıkla periferik ve subplevral alanlarda yerleşim gösterir. Tipik klinik pattern dışında atipik radyolojik alt tipleri vardır. Atipik formu, solunum yetmezliği yapan diğer patolojilerden ayırt etmek önemlidir. Bu bildiriye; Akut Solunum Sıkıntı Sendromu (ARDS) ile gelen ve akciğer adenokarsinom tanısı koyduğumuz olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 40 yaşında kadın hasta, Macaristan'dan Tayland'a aktarmalı uçuşu sırasında, ani gelişen nefes darlığı ile acil servise getirilmiş. Özgeçmişinde özellik olmayan hasta fizik muayenesinde dispneik, takipneik, ortopneik idi. 8 L/dk basit maske ile saturasyonu % 91, nabız 130/dk, ortalama kan basıncı 75 mmHg idi. Dinlemekle dinlemekle bilateral skapula altı ince-orta ralleri mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral yaygın yama tarzı infiltratlar, Toraks BT'de; bilateral multifokal konsolidasyon alanları izlendi. (şekil-1) Oksijen ihtiyacı ve solunum iş yükünde artma olması üzerine yoğun bakım ünitesine alındı. PaO₂/FiO₂ 125 olunca entube edilerek mekanik ventilatöre bağlandı. USG değerlendirmelerinde perikard tamponadı ile uyumlu bulgular saptandı, EF normal idi. Kardiyoloji kliniğince acil perikardiyosentez uygulandı, sıvı serohemorajik gelince sitoloji için örnek gönderildi. Solunum yolu viral paneli sonucu negatif saptandı. Takiplerinde 5 gün pron pozisyonuna alındı, oksijenasyonda düzelme kaydedildi. 9. gününde ekstübasyon protokolüne geçildi, 14. günde yeniden radyolojik infiltratlarında ve oksijen ihtiyacında artma gelişti. Yeniden PaO₂/FiO₂ oranı 150 altına düşen hastaya yeniden pron pozisyonu denendi ancak fayda görmedi, inhale nitrik oksit desteği başlandı, kısmen fayda gördü. Medikal tedavi ve akciğer koruyucu ventilasyon desteği altında gaz değişimi düzeldi ancak radyolojik olarak progrese oldu. Gönderilen perikard sıvısı sitoloji sonucu beklenmedik şekilde primer akciğer adenokarsinom metastazı ile uyumlu çıktı. 38. gününde refrakter septik şok nedeni ile kaybedildi.

Toraks BT





AKG

Ph	7.45
Pco2	33.5mmHg
Po2	45mmHg
So2	80
Hco3	23.3mmol/L
BE	1

Tartışma-Sonuç: Viral solunum yolu PCR testi özellikle Covid-19 olgularında % 58 yanlış negatif sonuç verebilir bilgisinden yola çıkarak bu olguda ön tanımız viral pnömoni ilişkili ARDS idi. Başlangıç tedavi protokolü bu yönde oluşturuldu. Perikard sıvısının serohemorajik olması dışında öykü ve klinik olarak malignite düşündürecek bulgusu yoktu. Sitoloji sonucunun perikarda tutulumu olan adenokanser ile uyumlu gelmesi klinik olarak bir türlü düzelmeyişini ve radyolojik progresyonu açıklar nitelikte idi. Literatürde nadir de olsa ARDS kliniğine neden olan akciğer adenokarsinom olguları bildirilmiştir. Bu yüzden ARDS tablosunda olup PCR negatif olan olgularda radyoloji viral pnömöniye benzese de ayırıcı tanıda akciğer kanseri unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: ARDS, akciğer kanseri, viral pnömoni

PS-257 Suda Boğulmaya Klinik Yaklaşım: İki Farklı Olgu Yönetimi

Melike Bedir Güney¹, Şeyma Tunç¹

¹Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Melike Bedir Güney / Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Suda boğulma, havayolunun su maruziyeti sonucu meydana gelen solunumsal bir bozukluktur. Tatlı su aspirasyonu doğrudan vasküler endotelial hasara yol açarak akciğer ödemi tablosunun ortaya çıkmasına neden olurken; tuzlu su aspirasyonu intravasküler alandan proteince zengin sıvıların alveollere difüzyonunu sağlayarak alveolar ödem gelişimine yol açmaktadır. Suda boğulmalar; aspire edilen sıvının miktarı ve hastaya bağlı olarak asemptomatik tablodan, akut respiratuar distres(ARDS) gibi geniş bir klinik spektrum sergileyebilir. Çalışmamızda iki farklı klinik ile başvuran suda boğulma olgusuna yer verdik.

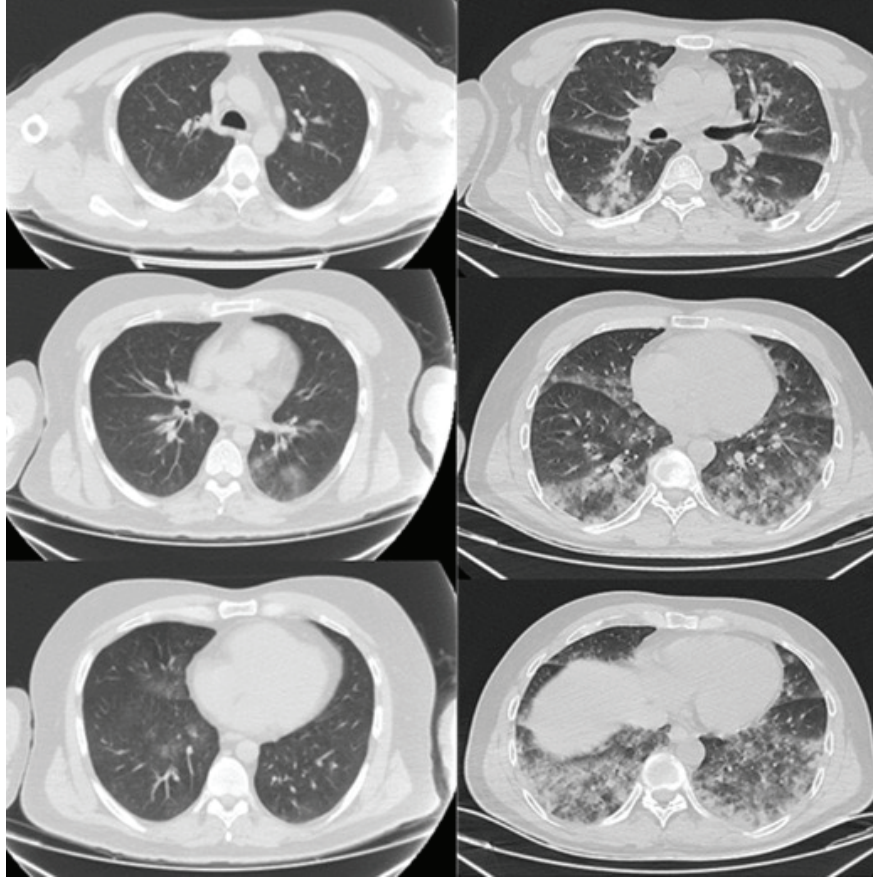
Olgu: OLGU 1: 38 yaşında, bilinen hastalık öyküsü bulunmayan erkek hasta, denizde mahsur kalma sonucu suda boğulma tanısıyla kliniğimize başvurmuştur. Hastanın oda havasındaki oksijen satürasyonu %96, dakikada solunum sayısı 20 olarak ölçülmüştür. Fizik muayenede solunum sesleri doğal bulunmuştur. Laboratuvar incelemelerinde kreatin kinaz(CK) 15,746 U/L, C-reaktif protein(CRP) 20 mg/L, Laktat 2 mmol/L olarak belirlenmiştir. Toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral yamasal buzlu cam dansiteleri gözlemlenmiştir. Hastaya ampirik antibiyoterapi başlanmış ve hidrasyon önerisiyle taburcu edilmiştir. 48 saat sonraki kontrollerinde, hastanın şikayetlerinde gerileme gözlemlenirken, laboratuvar değerlerinin normalleştiği ve kontrol akciğer grafisinde patolojik bulgu saptanmadığı görülmüştür. OLGU 2: 43 yaşında, bilinen hastalık öyküsü olmayan erkek hasta, denizde boğulma sonrası solunum güçlüğü ile hastanemize başvurmuştur. Hastanın oda havasındaki oksijen satürasyonu %88, dakikada solunum sayısı 26 olarak tespit edilmiştir. Fizik muayenede oskültasyon ile bilateral ince raller duyulmuştur. Laboratuvar incelemelerinde kan gazında solunumsal alkaloz tablosu saptanmıştır. Akut faz reaktanları negatif olmakla birlikte, troponin düzeyi 87 ng/L olarak bulunmuştur. Toraks bilgisayarlı tomografisinde alt loblarda ağırlıklı olarak bilateral yaygın buzlu cam paterni görülmüştür. Hasta yakın takibe alınmış, nasal oksijen ve aralıklı noninvaziv mekanik ventilatör desteği sağlanmıştır. Ampirik antibiyoterapi ve intravenöz prednisolon 40 mg/gün dozunda başlatılmıştır. 72 saatlik gözetim sonrası, hastanın takipnesinde gerileme yaşanmış, oda havasındaki satürasyonu %98'e yükselmiş ve kontrol grafisinde buzlu cam dansitelerinin regrese olduğu gözlemlenmiştir.



Olguların toraks bilgisayarlı tomografi kesitleri

Olgu 1

Olgu 2



Tartışma-Sonuç: Suda boğulma vakalarında erken tanı ve tedavi hem hayat kurtarıcıdır hem de hastanede kalış süresini kısaltabilir. Ağır solunum distres bulguları gösteren hastalarda ARDS protokolüne uygun tedavi yaklaşımları önerilse de hafif-orta dereceli semptomları olan hastaların yönetimi konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Bu tür vakalarda, klinik değerlendirme ile tedavi stratejileri belirlenmelidir. Suda boğulma vakalarının daha fazla olgu sunumu ile desteklenmesi, bu hastaların yönetiminde etkinliği artıracak rehberler geliştirilmesine ve klinik pratiğin iyileştirilmesine olanak tanıyacaktır.

Anahtar Kelimeler: suda boğulma, ARDS, alveolar ödem

PS-258 Kontrolsüz Hepatotoksik İlaç (INH) Kullanımı Sonrası Gelişen Şiddetli Toksik Hepatit Ve Yoğun Bakım Yönetimi

Birgül İbişoğlu¹, Sevde Çelik², Ahmet Oğuzhan Küçük³, Mehtap Pehlivanlar Küçük³

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

²Dahiliye Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi

³Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Tıp Fakültesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi

Birgül İbişoğlu / Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi

Giriş-Amaç: İzoniazid (INH), başta tüberküloz tedavisinde olmak üzere tüberküloz dışı mikobakteriyel enfeksiyonlar için de kullanılmaktadır. INH kaynaklı hepatotoksitenin başlangıcı hastaların yaklaşık %50'sinde tedavinin ilk iki ayında görülür. Genellikle semptomatiktir kontrol altına alınmazsa ölümcül olabilir. Bu yazıda 54 yaşında INH nedenli şiddetli toksik hepatit gelişen bir hastanın tedavi süreci literatür eşliğinde sunulmuştur.

Olgu: Bilinen hipertansiyon, kalp ritim bozukluğu, evre 4 Hodgkin lenfoma tanılı OKIT planında ve 3 ay önce tüberküloz profilaksisi amacıyla INH başlanan erkek hasta artan halsizlik, kaşıntı, sarılık şikayetleri ile acil servise başvurdu. Fizik muaynesinde cildi ve sklerası ikterik görünümündeydi (Şekil-1). Hastanın alınan tetkiklerinde ALT:3078 u/l, AST:2281 u/l, Alkalin fosfataz:349 u/l, total bilirubin:15,77 mg/dl, direkt bilirubin: 8,47 mg/dl, Hb:12,2 g/dl, plt :152.000, aPtt:33/sn, inr:1,36 (Tablo- 2) olması üzerine INH nedenli toksik hepatit olarak değerlendirilen hasta yoğun bakım ünitemize devir alındı. Hastanın INH kesilip sıvı resusitasyonu ve NAC başlandı. Hastaya 3 gün üst üste albumin eşinde plazmaferez yapıldı. Hastaya aminoasit, rifaksimin, L-ornitin L-aspartat, takviyeleri başlandı. Günlük lavman ile gayta çıkışı sağlandı. Bu sırada olası progresyon için karaciğer nakil merkezleri ile irtibat kuruldu. Hepatik ensefalopati açısından yakın bilinç durumu takibi yapıldı. Takiplerinde KCFT gerileyen ve bilinç bozukluğu gelişmeyen hastanın nakil ihtiyacı olmadı ve servise devredildi.

Hastanın ikterik cilt ve sklera görüntüsü.



Laboratuvar değerleri



	CRP	Kreatinin mg/dl	Alt/Ast u/l	Bilirubin/Plaz- maferez Sonrası mg/dl	Amonyak µmol/l	Hemoglo- bülin g/dl	Trombosit	INR	APTT sn
ACİLE GELİŞ	15,3	1,3	3078/2281	15,77		12,2	152.000	1,36	34,22
1.GÜN DIŞ SERVİS	19,5		2910/2357	19,25		12,4	141.000	1,37	33,15
1.GÜN YBÜ YATIŞ	14,4	0,87	2763/1967	27,08/21,35	67,7	12,1	148.000	1,37	33,82
2.GÜN YBÜ YATIŞ	16,4	0,84	2044/1450	24,42/17,8	43,4	14	154.000	1,46	37,33
3.GÜN YBÜ YATIŞ	17,8	1,06	1193/876	22,59/19,37	52,6	12,4	156.000	1,34	33,27
4.GÜN YBÜ YATIŞ	20,4	1,13	890/626	23,07	21,02	13,5	141.000	1,22	28,14
5.GÜN YBÜ YATIŞ	18,7	1,01	829/486	22,15		11,7	159.000	1,33	31,97
6. GÜN YBÜ YATIŞ	10,5	0,87	637/297	17,43	40,5	10,8	156.000	1,36	26,18

CRP:C-reaktif protein, Alt:Alanin aminotransferaz, Ast:Aspartat aminotransferaz ,Inr: International normalized ratio,
Aptt:Aktive parsiyel tromboplastin zamanı

Tartışma-Sonuç: Biçok ilacın hepatotoksik, nefrotoksik, nörotoksik, kardiyotoksik özelliği vardır. INH metabolitleri ile ilişkili olarak hepatotoksisiteye neden olur ve tedavi sırasında sık KCFT takibi gerekir. INH hepatiti potansiyel olarak ölümcül bir karaciğer hasarıdır. INH hepatotoksitesinde en önce yapılması gereken INH ve diğer hepatotoksiklerin zamanında kesilmesidir. Şiddetli vakalarda karaciğer nakli gerekebilir. Sonuç olarak hastamız INH ve hepoksik ilaçların kesilip ve plazmaferez ile karaciğer nakline gerek kalmadan başarılı bir şekilde tedavi edilip taburcu edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: INH, Hepatit, Plazmaferez



PS-259 VV- Ecmo Hastasında Klinik Karar Vermede Yatak Başı Akciğer X-Ray Değerlendirmenin Fark Yaratan İncelikleri

Tanay Özkan¹, Umut Topal¹, Mehtap Pehlivanlar Küçük², Ahmet Oğuzhan Küçük²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bilim Dalı

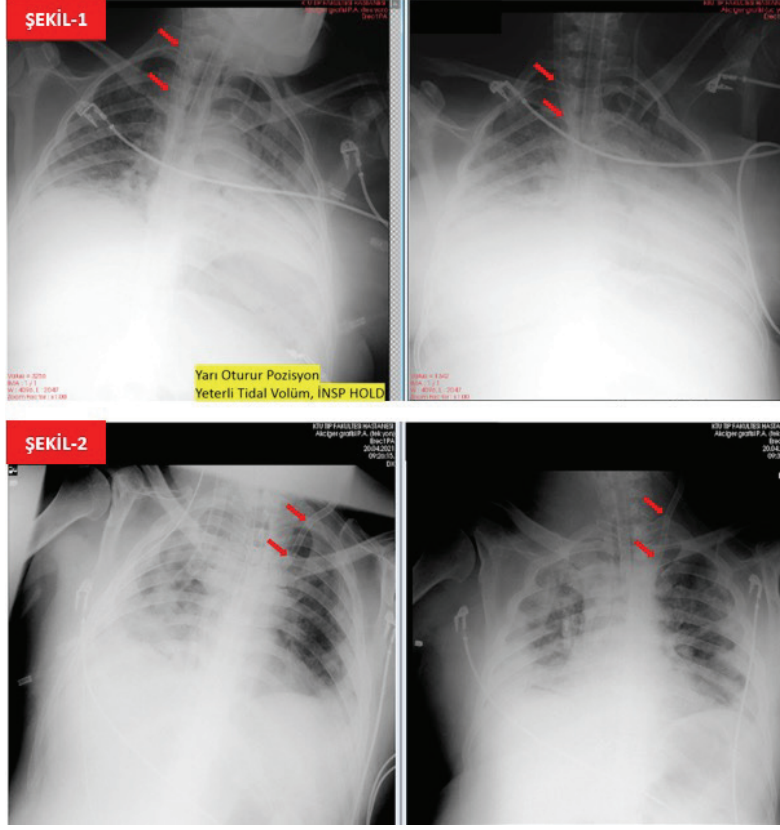
Tanay Özkan / Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: ELSO kılavuzları ultrasonografi ve akciğer X-ray görüntülemelerinin ECMO hastasının klinik kararlarında yeterli ve güvenli olduğunu vurgulamakta. Akciğer tomografisinin(CT) ise; kritik hastanın riskli transferini gerektirdiğinden sadece klinik kararlarda değişiklik yapacak ise çekilmesini önermektedir.Ancak halen ECMO hastasında X-ray çekilme sıklığı ve incelikleri konusunda yeterli veri bulunmamaktadır.

Olgu: OLGU-1:32 yaşında 35 haftalık gebe hasta SARS CoV-2 PCR(+) saptanması ve NST'nin bozulması üzerine acil C/S'a alınmıştır. Dördüncü gününde desaturasyonunda derinleşme olması nedeniyle yoğun bakım ünitesine alınarak 3 gün pulse metilprednizolon(250 mg/gün) ve tocilizumab 800 mg tedavileri uygulanmış. Yatışının 10.gününde genel durumunda bozulma, radyolojik progresyon nedeniyle hasta entübe edilerek tarafımıza refere edildi. ARDS tablosunda akciğer koruyucu mekanik ventilasyon stratejileri uygulanarak A/C moda ve 16saat prone pozisyonda takip edildi. Hedef oksijenasyon sağlanamayınca ECMO desteğine alındı. Hasta yatışının 10.gününde extübe edilerek highflow nazal kanül ile takibe alındı. Takibinin 14.gününde hasta ECMO'dan ayrıldı, 18.gününde servisine devir edildi. (Şekil-1). OLGU-2Hipertansiyon, vertigo, panik atak tanıları olan 48 yaşında erkek hasta SARS CoV-2 PCR(+) saptanması üzerine ağır ARDS ile dış merkezden entübe edilerek, SpO2 %70 ile devir alındı. Kürarize edilen hasta akciğer koruyucu mekanik ventilasyon stratejileri uygulanarak ve 16 saat prone pozisyonda takip edildi. Aralıklı pron pozisyonda 1 gün takip edilen hasta 2. Gün hedef oksijenasyon sağlanamayınca VV-ECMO desteğine alındı ve Hasta 8 gün ECMO da takip edildi. ECMO'dan ayrıldıktan sonra 4 gün boyunca highflow nazal kanül ile takip edildi, takibinin 13.gününde nazal kanül 2lt ile servise devir edildi (Şekil-2). Hastalar günlük akciğer radyografisi ile klinik progresyon kararı açısından değerlendirildi ve steroid dozları ayarlandı.



Olgular yatak başı akciğer x-ray'leri



2 ECMO hastamızın; yarı oturur pozisyonunda, yeterli tidal volüm verilerek ve inspiryum hold manevrası yaptırılarak çekilen yatak başı akciğer x-ray'leri

Tartışma-Sonuç: VV-ECMO hastasının, özellikle COVID pandemisi sırasındaki, radyolojik progresyon/regresyon kararını verebilmek hekimler için güçlük yaratan bir klinik sorundu. CT görüntülemenin kritik hastanın transferinin güç olması, öte yandan elektrik impedans tomografinin(EIT) henüz yaygınlaşmaması, en kolay yatak başı sistem olan akciğer X-Ray tetkiklerinin doğru çekim ve değerlendirmesinin önemini arttırmaktadır. Kliniğimizde ECMO hastasının akciğer grafileri mutlaka teknisyen ve hekim ile, kanüllerin güvenliği sağlandıktan sonra hasta yarı oturur pozisyondayken, uygulanan dinlenme ventilasyon ayarları değiştirilerek tidal volümleri mümkün olduğunca güvenlik sınırları içerisinde arttırılarak ve mutlaka "inspiryum hold" manevrası ile çekilmektedir. Ard arda uygun teknikle çekilmiş ve sıradan rutinde çekilmiş grafiler arasındaki fark; infiltrasyonların yaygınlığının değerlendirilmesinde doğruluk oranını ciddi oranda etkiler. Doğru teknik ve volümlerde çekilmemiş X-Ray görüntülemeler yukarıdaki hastalarda da gösterildiği üzere klinik kararları etkileyebilecek farklılara neden olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ECMO, Akciğer X-ray, SARS CoV-2

PS-260 Mediastinal Lenfadenopati Sanılan Bronkopulmoner Arteriyel Fistül Olgusu

Helin Beyazgül¹, Mutlu Onur Güçsav¹, Utku Eren Özkaya²

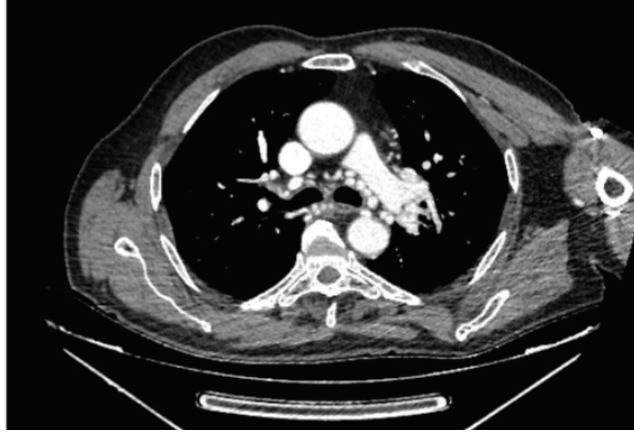
¹Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı

Helin Beyazgül / Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Bronkopulmoner arteriyel fistül bronşiyal arterlerin; pulmoner arter, pulmoner ven, azigos veni veya bunların dallarıyla anormal bağlantısı olmasıdır. Konjenital olabileceği gibi ağır KOAH, travma, tüberküloz enfeksiyonu, akciğer transplantasyonu ve radyoterapi sonrasında edinsel olarak da gelişebilmektedir. Hastalar asemptomatik olabileceği gibi hemoptizi, epistaksis, efor dispnesi gibi semptomlarla kendini gösterebilir. Mediastinal lenfadenopati (LAP) tetkik amacıyla tarafımıza yönlendirilen ancak yapılan tetkikler sonucunda mediastinel alanda bronkopulmoner arteriyel fistülleri saptanan hastamızı literatürde nadir bir vaka olması sebebiyle sunuyoruz.

Olgu: 63 yaşında erkek hasta efor dispnesi ile başvurduğu merkezde çekilen kontrastsız toraks BT'de sol pulmoner arteri çevreleyen, 40x30 mm boyutlarında kitlesel lezyon ve en büyüğü 10 mm boyutunda multiple mediastinal lenfadenopatiler saptanması üzerine tarafımıza yönlendirilmişti. Hastanın fizik muayenesi ve laboratuvar parametreleri olağandı, özgeçmişinde 60p/yıl sigara dışında ek özellik yoktu. Hasta endobronşiyal ultrasonografi (EBUS) işlemine alındı. Endobronşiyal ultrasonografide sol pulmoner arter komşuluğundaki kitlesel lezyon ve mediastinal lenfadenopati olarak düşünülen alanların tortioze genişlemiş bronşiyal arter dalları ile uyumlu vasküler ağlar olduğu görüldü. İşlem komplikasyonsuz sonlandırıldı. Lezyonların ileri tetkiki için aort fazında toraks BT anjiyografi istendi. BT anjiyografide mediastinal alanı dolduran kontrast tutulumunun olduğu variköz vasküler yapılar izlendi (Şekil-1). Konseyde değerlendirilen hasta DSA (Digital Subtraksiyon Anjiyografi) işlemine alındı. Bronşiyal arter kataterize edildikten sonra pulmoner arter dolumu ve tübüler vasküler lezyonlar izlendi. Sol hiler bölgedeki lezyonun bronkopulmoner arteriyel fistül olduğu görüldü. Subklaviyen arterden yapılan çekimlerde sol internal mammarian arterden ve sol tiroservikal arterden beslenen mediasten içerisinde uzanım gösteren çok sayıda tübüler vasküler yapılar izlendi. Embolizasyon işlemi yapıldıktan sonra hastamız yakın zamanlı kontrolle taburcu edildi.



Şekil-1. Mediastende tortioze görünümde bronşiyal arter dalları ve sol pulmoner arteri çevreleyen fistül

Tartışma-Sonuç: Bronkopulmoner arteriyel fistüller nadir olarak görülen vasküler anomalilerdir. Hastalar çoğunlukla asemptomatik olduğu için tanı konması oldukça zordur. Çoğunlukla periferik yerleşim göstermekte olup nadiren olgumuzdaki gibi mediastende de görülebilir. Bu nedenle mediastinel girişim yapılacak hastalarda komplikasyonları önlemek için işlem öncesi mutlaka kontrastlı görüntüleme yapılmalıdır. Tedavisinde transkateter embolizasyon, segmentektomi veya lobektomi uygulanarak hastada pulmoner hipertansiyon, masif hemoptizi, paradoks emboli gibi ölümcül komplikasyonlar önlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mediasten, fistül



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-261 Gezici İnfiltrasyonlar- Organize Pnömoni? Emboli?

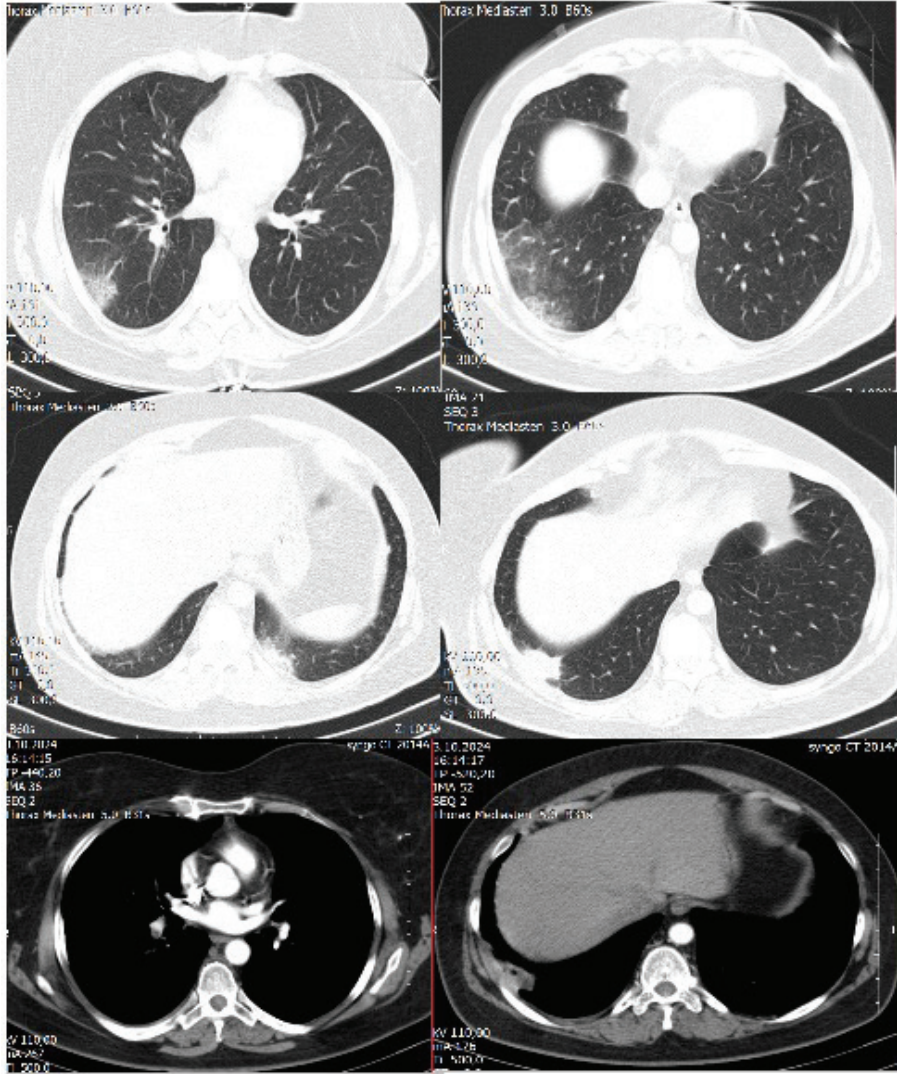
Elif Karasal Guliyev

Atakent Cihan Hastanesi

Giriş-Amaç: Akut semptomlar nedeniyle başvuran hastalarda klinik, radyolojik ve laboratuvar sonuçlarına uygun olarak verilen tedavi sonrası kontrol radyolojik görüntülemelere yönelik ayırıcı tanılara da dikkat edilmelidir. Pnömoni tedavi sonrası klinik ve laboratuvar düzelme izlenen ancak radyolojik olarak gezici infiltrasyonlar olan hastamızda ön planda organize pnömoni düşünülmeyle birlikte periferik akciğer lezyonu – Hampton hörgücü? Açısından istenen d-dimer sonucunun yüksek gelmesi ile çekilen bt anjioda pulmoner emboli tespit ettiğimiz hastamızı sunmayı amaçladım.

Olgu: 53 yaş, kadın hasta, bilinen bel fıtığı dışında kronik hastalık öyküsü yok. Evde köpek besliyor. Demir çelik fabrikasında çalışma öyküsü var (işyerinde tiner kokusu maruziyeti mevcut). Annede akciğer kanseri öyküsü mevcut. 3 gündür devam eden öksürük, balgam, gezici tarzda plöretik ağrı ile acile başvuran hastanın acilde yapılan tetkiklerde CRP: 119 ve lökositoz mevcut. Acilde çekilen BT'de sağda pnömoni ile uyumlu infiltrasyon ve solda alt lobda periferik dansite mevcut. Hastaya ayaktan verilen kinolon tedavisinden sonra klinik düzelme izlenen hasta 1 ay sonra radyolojik kontrolde çekilen BT'de Sağ akciğer alt lob laterobazal segmentte subplevral 35mm'lik alanda konsolidasyon ve komşuluğunda sağda ince plevral efüzyon mevcuttur. Tedavi sonrası kontrol önerilir. Sağ akciğer üst lob apikal segmentte, üst lob posterior segmentte nodüler dansite artışları, sol akciğer üst lob inferior lingular segmentte fokal buzlu cam, alt lob medial bazal segmentte fokal konsolide alan mevcuttur. Enfeksiyon markerları negatif olan hastanın plöretik ağrısı son 3 gündür tekrar başlamış. Periferik lezyonları olan hastada organize pnömoni? Viral pnömoni? Emboli parankim bulgusu? Açısından ayırıcı tanıya gidildi. D-dimer değeri 3363 (lab üst sınırı:500) olan hastaya BT anjio çekildi. BT anjio; Sağ pulmoner arterde lobar dalları içinde akıma kısmen izin veren trombüs ile uyumlu dolum defektleri izlenmektedir. Hastaya antikoagülan tedavi başlandı. Tedavi sonrası 5. günde plöretik ağrısının geçtiğini ifade etti.

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...



BT kesitleri

Tartışma-Sonuç: Pnömoni semptomları ile başvuran hastamızda tedavi sonrası plöretik vasıfta ağrısı devam ettiğinden, Wells skoru düşük (0) olmasına rağmen plevral tabanlı akciğer dansitesi – Hampton hörgücü? açısından istenen D-dimer sonucu yüksek gelmesiyle BT anjio çekilmiştir. Pnömoni sonrası gezici infiltrasyonlar nedeniyle ön planda organize pnömoni düşünülse de radyolojik bulguların ayırıcı tanısına da dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamak istedim.

Anahtar Kelimeler: pnömoni, gezici infiltrasyonlar, eozinofili, emboli



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-262 Pulmoner Emboliyi Taklit Eden Swyer-James-Macleod Sendromu

Aylin Keçeli¹, Özlem Erçen Diken², Sibel Kara², Sinem Berik Safçı², Yasin Duman¹

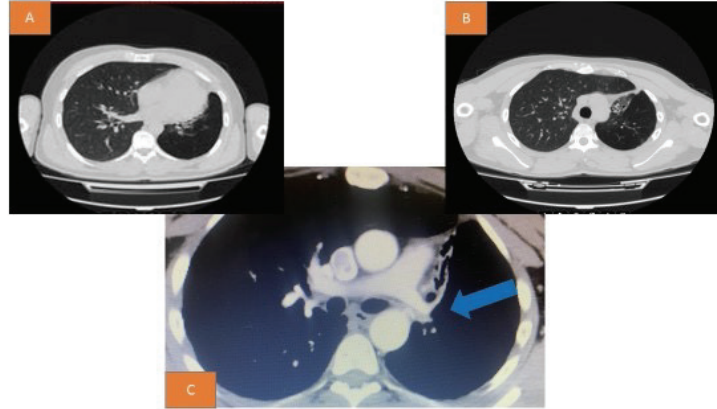
¹. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği Adana, Türkiye

². SBÜ, Adana Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Adana, Türkiye

Aylin Keçeli / 1. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği Adana, Türkiye

Giriş-Amaç: Swyer-James-MacLeod Sendromu (SJMS), bronşiyal hava yolu tıkanması olmadan tek akciğer lobunun havalanma fazlalığı ile hiperlüsen görünüm ve azalmış vaskülarite ile karakterize radyolojik bir durumdur. Çocukluk çağında geçirilen viral bronşiyolit veya pnömoniler sonrası obliteratif bronşiyolit geliştiği ve etkilenen akciğerin hipoplazisi ile sonuçlanan bir durum olduğu düşünülmektedir. Etkilenen akciğer diğerinden daha küçüktür ve hava hapsi ile birlikte. Aynı taraf pulmoner arterlerin hipoplazisi ve azalmış vaskülarite ile de birlikte.

Olgu: 33 yaşında erkek hasta, bir haftadır olan hemoptizi yakınması ile acil polikliniğine başvurdu. Endoskopisi yapılan hastanın gastrointestinal sistem kanaması düşünülmemiş ve trakeasında taze kan görüldüğü raporlanmıştı. Hemoptizisi takipte artış gösteren hasta göğüs hastalıkları tarafından değerlendirildi. Hastanın fizik muayenesinde sol akciğerinde solunum sesleri azaldığı saptandı. Çekilen posteroanterior (PA) akciğer filminde sol hemitoraksta hiperlüsen, diyafragmada elevasyon ve volümde azalma görüldü. Tek taraflı hiperlüsen ve hemoptizi ayırıcı tanısı için pulmoner bilgisayarlı tomografisinde (BT) anjiyografi çekildi. Pulmoner BT anjiyografide sağ ana pulmoner arter ve sağ akciğer vaskülaritesi normal görünümdeyken, sol ana pulmoner arter hipoplazik ve dalları normalden ince görünümde saptandı (Resim 1). Akciğer BT, sol akciğer üst lobda atelektaziye bağlı volüm kaybı ve bronşektaziler, sol pulmoner arter hipoplazisi görüldü. Ventilasyon ve perfüzyon sintigrafisinde, sol akciğerde perfüzyon defekti saptandı. Hastanın yapılan spirometrik incelemesinde de restriksiyon saptandı. Hastanın yapılan ekokardiyografisi hafif pulmoner yetmezlik ve mitral kapak uçlarında kalsifikasyon şeklinde raporlanmıştı. Hastaya mevcut bulgularla Swyer-James-Macleod Sendromu (SJMS) tanısı konuldu.



Resim 1. A: Sol akciğerde volüm kaybı, B: Bronşektazik alan, C: Sol ana pulmoner arterde hipoplazi

Tartışma-Sonuç: SJMS'unun tanısı radyolojik bulgulara dayanır. Radyolojik değerlendirme; akciğer filmi, yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT), BT-anjiyo, MR-anjiyo, anjiyografi ve ventilasyon/perfüzyon sintigrafilerini kapsar. Sonuç olarak; pulmoner arter agenezi tanısı, mortaliteyle sonuçlanabilen ciddi komplikasyonlara yol açması nedeniyle çok önemlidir. Hemoptizi ile başvurup pulmoner emboli ön tanısıyla araştırılıp erişkin yaşta Swyer-James-MacLeod Sendromu tanısı alan hastamızı tek taraflı hiperlüsen ve vaskülaritede azalmada, ayırıcı tanılarda düşünülmesi gerektiği ve nadir vaka olması nedeni ile sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: hemoptizi, Macloed, pulmoner arter, Swyer-James

PS-263 Mekanik Kalp Kapak Yüksek Doz Warfarin Kullanımına Bağlı Tekrarlayan Diffüz Alveoler Hemoraji

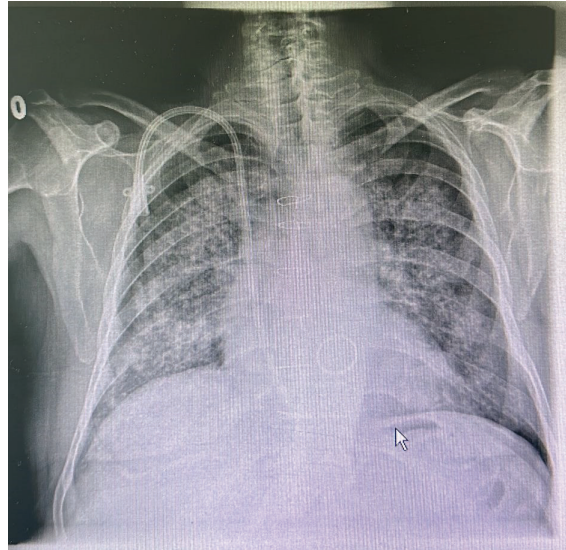
Haldun Şevketbeyoğlu¹, İsmail Yılmaz¹, Mustafa Çetinkaya¹

¹Trabzon Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi

Haldun Şevketbeyoğlu / Trabzon Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Warfarin, arteriyel ve venöz tromboembolik olayların önlenmesi için sık kullanılan, Diffüz Alveoler Hemoraji (DAH) nadir sebep olan oral antikoagülandır. Amaç: Olgumuzda kronik böbrek yetmezlikli mekanik mitral kapak hastasının, idame tedavide Warfarinin yüksek doz kullanım sonrası gelişen tekrarlayan DAH olgusudur. Warfarine bağlı tekrarlayan DAH Nadir ancak yakından izlenmesi gereken bir hastalıktır. Mortaliteyi önlemek için mümkün olan en kısa sürede tedaviye başlamanın ve bu tip olguların idame tedavisinde takiplerin önemini vurgulamaktır.

Olgu: 76 Yaş Erkek hasta nefes darlığı, öksürük, hemoptizi şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Son 10 yıldır mekanik mitral kapak hastalığına bağlı Warfarin kullanmaktaydı FM: Her iki Hemitoraks da arkada ince raller oskulte edildi. Artmış İNR CRP dışı tetkikler normaldi. Klinik Radyolojik incelemeler sonucunda solunum semptomlarının DAH nedenli olduğu ortaya kondu. Yoğun bakım daha sonra servis takiplerinde metil-prednizolon, Taze donmuş plazma, ES, K vitamini tedavi aldı. Tedavi sonrası İNR normale döndü. Klinik durum düzeldi. 2. ay Takiplerinde DAH düzeldiği doğrulandı. 4. ay tekrar nöks DAH gelişti. Aynı süreçler ile tedavi tekrarlandı.



Resim 1. Akciğer radyografisinde bilateral diffüz infiltratlar

Tartışma-Sonuç: Warfarin gibi antikoagülanların kullanılmasına bağlı komplikasyon olarak DAH nadiren tarif edilmiştir. İlaçların kesilmesiyle kısa sürede infiltrasyonlar kaybolur. DAH solunum yetersizliği gelişimine sebep olabilir. Erken tanı ve tedaviye gereksinim gösteren ciddi bir sendromdur. Pulmoner ödem ve infeksiyon olmadan ciddi, fulminant DAH'de birkaç saatlik gecikme bile, ölümlü sonuçlanabileceğinden intravenöz metil-prednizolon 3 gün boyunca günde 1 gram olarak (altta yatan etiyolojiye bakılmaksızın hemen verilmelidir. Altta yatan hastalıklar Good-Pasteur sendromu (G-P), mikroskopik polianjit (MP), sistemik lupus eritematoz (SLE), sistemik vaskülit, Behçet hastalığı, idiyopatik pulmoner hemosiderosis (IPH), warfarin yüksek dozuyla birlikte mitral kapak hastalığı ve kronik böbrek yetersizliği (KBY) olabilmektedir. Warfarin tedavisi; dar terapötik penceresi ilaç etkileşimi dahil birçok faktör etkileşimli olduğundan yakın izlem gereklidir. Warfarin toksisitesi hastanın klinik durumunu kısa sürede kötüleştirebilen yaşamı tehdit eden durum olan tekrarlayan DAH a yol açabilir. Bu nedenle warfarin tedavisi gören hastalarda inr takiplerinin ve semptomların yakından izlenmesi mortaliteyi önlemek için gereklidir. DAH de mümkün olan en kısa sürede tedaviye başlamak son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Diffüz Alveoler Hemoraji (DAH), Warfarin, ilaç toksisitesi



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-264 Yumuşak Doku Absesine Türk Lokumu Uygulayan Bir Hastada Pulmoner Septik Emboli

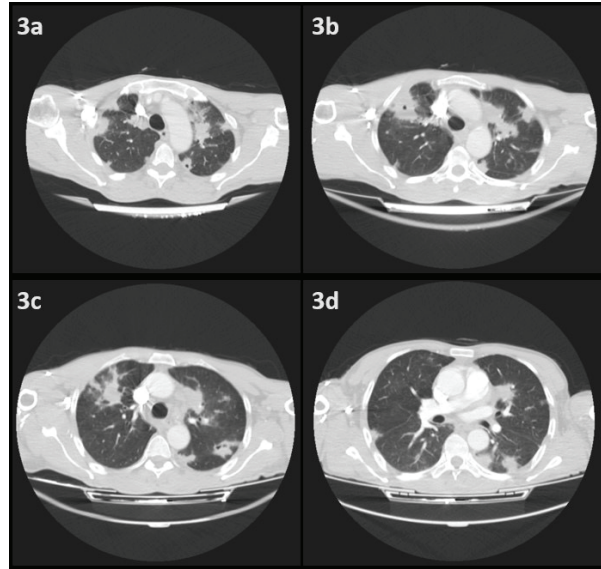
Halil İbrahim Çalışır

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi

Giriş-Amaç: Septik pulmoner emboli (SPE), genellikle enfekte bir odaktan gelen bakteriyel veya fungal embolilerin pulmoner dolaşıma ulaşması ve akciğerlerde enfekte nodüller oluşturmasıyla karakterize edilen ciddi bir klinik tablodur. Klinik belirtileri genellikle nonspesifik olup ateş dispne, göğüs ağrısı ve hemoptizi gibi semptomlarla seyredebilir. Bu sunumda, gluteal abseye Türk lokumu ile pansuman yapılması sonucu gelişen ve septik akciğer embolisi ile komplike olan nadir bir olgu sunulmaktadır.

Olgu: 58 yaşında erkek hasta, nefes darlığı, kilo kaybı ve balgamda kan görme şikayetleri ile başvurdu. Hasta son 1 ay içerisinde 12 kg kilo kaybı olduğunu belirtti. Öksürük, balgam, gece terlemesi ve iştahsızlık şikayetleri bulunmuyordu. Hastanın 7 paket/yıl sigara kullanımı mevcuttu. Fizik muayene bulguları normal sınırlardaydı. Pulse oksimetri ile satürasyonu %96, akciğer ve kardiyak oskültasyonu normaldi. Sağ gluteal bölgede belirgin bir abse gözlemlendi; hasta yara bölgesine Türk lokumu ile pansuman yaptığını ifade etti. Derin ven trombozu açısından yapılan Homans testi negatifti. Pretibial ödem saptanmadı. CRP ve sedimentasyon yüksekliği olan hastaya geniş spektrumlu ikili antibiyotik tedavisi başlandı. Akciğer grafisinde bilateral nodüler dansiteler izlendi. Hemoptizi sebebiyle hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı, kanama odağı tespit edilmedi, bronşiyal yapıları normal izlendi. D-Dimer yüksek olan hastanın pulmoner BT anjiyografide pulmoner arter ve dallarında pulmoner tromboemboli lehine dolum defekti izlenmedi. BT de plevra ile ilişkili kaviter lezyonlar saptandı. Ekokardiyografisinde kardiyak patoloji izlenmedi. Hastanın kan kültüründe metisiline dirençli Staphylococcus epidermidis üredi. Balgam kültüründe gram pozitif koklar görüldü. Ultrasonografi eşliğinde transtorasik kalın iğne biyopsisinde, tümör negatif ve biyopsi örneğinin bir ucunda iltihaba sekonder fibroblastik aktivitenin belirgin olduğu bağ doku diğer ucunda ise nötrofil ve makrofajdan zengin iltihabı infiltrat izlenmektedir. Hasta gluteal abseye bağlı septik pulmoner emboli olarak değerlendirildi ve antibiyogramında duyarlılığı olan anitibiyoterapisine devam edildi. Kontrol akciğer grafisinde lezyonlarında gerileme izlendi.

Plevra ile ilişkili kaviter lezyonlar barındıran, multiple parankimal ve plevroparankimal nodüller



Tartışma-Sonuç: Bu olguda, enfeksiyonun kaynağı olarak sağ gluteal bölgede gelişen bir abse tanımlanmıştır. Ancak hastanın yara bölgesine Türk lokumu gibi bilimsel olmayan bir yöntemi uygulaması, enfeksiyonun ilerlemesine ve sistemik komplikasyonlara yol açmış olabilir. Enfeksiyon kaynağının hızlı ve doğru bir şekilde tanımlanması, multidisipliner bir yaklaşımla yönetimi ve erken tedavi başlanması, septik pulmoner embolilerin prognozunu iyileştirmek için vazgeçilmezdir. Literatürde, erken dönemde başlanan uygun geniş spektrumlu antibiyotik tedavisinin mortalite oranlarını azalttığı ve enfeksiyon kontrolünde önemli bir katkı sağladığı belirtilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Septik Pulmoner Emboli, Yumuşak Doku Enfeksiyonu, Türk Lokumu Pansumanı

PS-265 Nadir Görülen Bir Olgu: Post-enfeksiyöz Diffüz Alveolar Hemoraji

Emine Keleş¹, Begüm Erdemir Süllü¹, A. Fusun Ülger¹

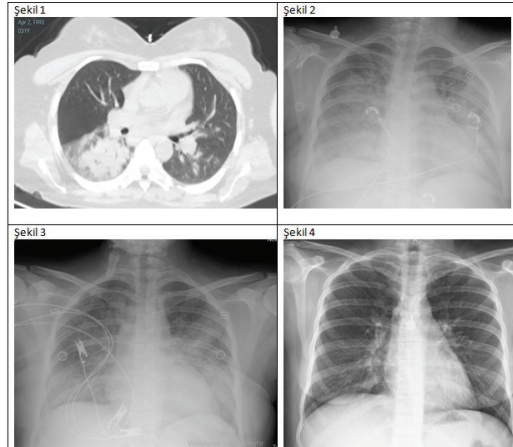
¹Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi

Emine Keleş / Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Diffüz alveolar hemoraji (DAH); alveoler septalardaki harabiyete bağlı olarak, alveoler boşluklar içine oluşan yaygın kanama sonucu, dispne, hemoptizi, anemi ve bilateral alveoler konsolidasyonlara yol açan yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bir hastalıktır. Etiyolojisinde immün ve non-immün nedenler sorumludur. Erken tanı hayati önem taşır, hızlı tanı ve tedavi gerekir. Olgumuz; etiyojide non-immun nedenler nadiren görülmesine rağmen enfeksiyon sonrası diffüz alveolar hemoraji gelişmesi nedeniyle sunuldu.

Olgu: 31 yaşında; bilinen ek hastalığı, kullandığı ilacı olmayan bayan hasta; 1 haftadır süren ateş, halsizlik, çarpıntı ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde; oksijen saturasyonu %86 oda havasında, nabız: 123/dk oskültasyonda; bilateral akciğer alt zonlarda ral duyuldu, diğer sistem muayenesi normal saptandı. Tetkiklerinde Hemoglobin 7,9 g/dl, karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme ve C-reaktif protein: 246 mg/L saptandı. Yapılan bilgisayarlı tomografisinde (Şekil 1) Bilateral akciğer parankiminde alt loblarda belirgin buzlu cam, peribronşial infiltrasyon, ve konsolidasyon saptandı. Bakteriyel pnömoni ön tanısı ile seftriakson ve nasal oksijen başlandı. Yatışının 2. gününde artan oksijen ihtiyacı ve akciğer grafisinde yaygın bilateral artmış infiltrasyon (Şekil 2) saptanması nedeniyle hasta yoğun bakıma verildi. Derin anemi, hızlı progresyon ve tipik akciğer bulguları ile alveolar hemoraji düşünülerek romatolojik markerları istendi, bronkoskopi ile bronkoalveolar lavaj alındı. DAH ön tanısıyla pulse steroid tedavisi başlandı. Takiplerinde akciğer grafisinde infiltrasyonların gerilediği (Şekil 3) görüldü. Hemoglobin takibinde düşüş izlenmedi. BAL kültüründe enterobacter ve Klebsiella üremesi saptandı. Steroid tedavisi kademeli olarak azaltılan hasta; tedavinin 7. Gününde oksijen ihtiyacı gerilemesiyle servise nakledildi. Tetkiklerinin sonucuyla romatoloji konsültasyonunda romatizmal patoloji düşünülmüdü. Bronkoalveolar lavaj sitolojisinde: Yayma preparatlarda eritrositler, bronş epitel hücreleri az sayıda inflamatuvar hücre, alveoler makrofajlar izlendi. Akut faz reaktanları gerileyen, oksijen ihtiyacı kalmayan, akciğer grafisinde belirgin regresyon (Şekil 4) olan hasta oral antibiyotik ve steroid tedavisi azaltılarak taburcu edildi.

Alveolar hemoraji tomografi bulgusu ve izlem görüntüleri



Hastanın gelişinde pnömonik konsolidasyon saptanan tomografi kesiti, Alveolar hemoraji düşünülen progrese olan PAAG, tedavi yanıtı izlenen takip akciğer grafi görüntüleri,

Tartışma-Sonuç: Pulmoner enfeksiyonların DAH ile ilişkili olduğu nadiren bildirilmektedir, Bağışıklık sistemi yeterli hastalarda DAH'a en sık influenza A (H1N1), dang humması, leptospirosis, sıtma ve Staphylococcus aureus neden olmaktadır. DAH, hemoptizi, yaygın alveoler infiltratlar, hematokritte düşüş ve hipoksemik solunum yetmezliğinin varlığıyla tanımlanabilir. Açıklanamayan alveoler infiltrasyon alanları olan hastalarda, derin anemi, hematokrit düşmesi halinde; DAH düşünülmelidir. Erken tanı ve agresif tedaviye yönelik sistematik yaklaşım, hastalıkla ilişkili morbidite ve mortaliteyi azaltacaktır. Nadir de olsa enfeksiyon sonra da görülebileceği ve bu konuda farkındalık olması, açısından vakamız sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Alveolar hemoraji



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-267 Pulmoner Arter Agenezisi olan Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon Olgusu

Kemal Yüce¹, Selvi Aşkar¹, Müntecep Aşkar², Mesut Özgökçe³

¹Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Kardiyoloji Ana Bilim Dalı

³Radyoloji Ana Bilim Dalı

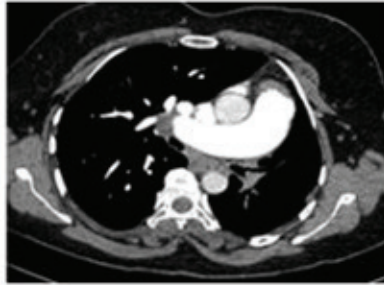
Kemal Yüce / Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Pulmoner Arter Agenezisi konjenital bir anomali olup vasküler yapının gelişiminde ve buna bağlı olarak kan akışında anomallikler mevcuttur. Bu durum kan akışı ve basınç dağılımında önemli değişiklikler oluşturmaktadır olup, yavaşlayan kan akışı Pulmoner Hipertansiyona ve trombüs oluşumuna katkıda bulunur. Zaman içerisinde organize olan trombüsler Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon gelişimine neden olur. Pulmoner Arter Agenezisi olan ve zaman içerisinde kronik emboli ve Pulmoner Hipertansiyon gelişen bir olgunun sunulması planlandı

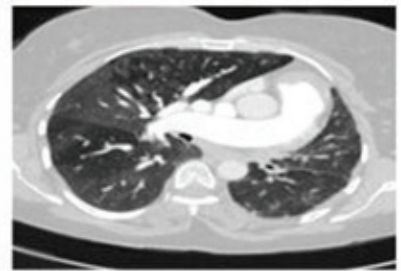
Olgu: 44 yaşında kadın hasta, Göğüs Hastalıkları Polikliniğine öksürük, balgam ve uzun süredir devam eden nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Akciğer grafisinde sol akciğer volümü azalmış olarak görüldü (Resim 1A). Hastaya çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografide Pulmoner trunkus ve sağ ana pulmoner arter çapı geniş olarak ölçüldü. Sağ Ana pulmoner arter distalinde trombüs ve Bilateral yaygın mozaik sahalar izlendi. Sol ana pulmoner arter izlenmedi. (Resim 1B, 1C). Hastaya yapılan Ekokardiyografide Sistolik Pulmoner Arter Basıncı yüksek ölçüldü. Yapılan Sağ Kalp Kataterizasyonunda Ortalama PAB değeri 68 mmHg, PVR: 12.7 Wood Ünite saptandı. Başka herhangi bir Konjenital Anomaliye, Romatolojik hastalığa ve Kalıtsal Trombofili oluşturan bir nedene rastlanmadı. Hastaya çekilen V/P sintigrafisinde Yüksek Olasılıklı Emboli olarak değerlendirildi. BNP değeri 372, 6 dakika yürüme testi 340 metre, Kardiyak İndeksi 2.72 lt/dk/m² olan fonksiyonel sınıfı III olan hastaya Guanilat Siklaz Stimülatörü başlandı.



RESİM 1A: AKCİĞER GRAFİSİ



RESİM 1B: KONTRASTLI TORAKS BT KESİTİ



RESİM 1C: TORAKS BT KESİTİ

RESİM 1A-B-C

Tartışma-Sonuç: Pulmoner Arter Agenezisi, Pulmoner Hipertansiyon nedeni olabileceği gibi, kan akışının bozukluğuna bağlı oluşan trombüslerde Pulmoner Hipertansiyon oluşumuna katkıda bulunmaktadır. KTEPH akut embolilerin %3 ünde görülmekle birlikte Pulmoner Arter Agenezisi KTEPH için bir risk faktörü olabilir

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Arter Agenezisi, KTEPH, Pulmoner Emboli, Pulmoner Hipertansiyon



PS-268 Desfluran Sonrası Gelişen Alveolar Hemoraji Olgusu

Tarık Kılıç¹, Şehmus Işık², Hadice Selimoğlu Şen²

¹Muş Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Tarık Kılıç / Muş Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Alveolar hemoraji, immün veya non-immün nedenlere bağlı olarak gelişebilen bir klinik durumdur. Non-immün sebepler arasında ilaç kullanımı da önemli bir yer tutmaktadır. Desfluran sonrası alveolar hemoraji gelişen bu olgumuzu da görünürlük sağlamak adına sunmak istedik.

Olgu: 22 yaşında erkek hasta, böbrek taşı nedeniyle yapılan cerrahi işlem sonrası gelişen hemoptizi nedeniyle tarafımıza danışıldı. Genel anestezi altında yapılan işlemde inhalasyon anesteziği olarak desfluran kullanılmış. Hastada ani başlayan nefes darlığı, öksürük ve hemoptizi mevcuttu. Kan miktarı bir çay bardağı kadarmış. Hastanın özgeçmişinde, 2 yıl önce ateşli silah yaralanması mevcuttu. Sağ akciğerde yaralanma sonrası lobektomi yapılmış. Hasta kliniğe alınıp stabil hale geldikten sonra görüntüleme yapıldı. Hastanın klinikte bakılan vitallerinde, oda havasında SpO₂:%93, nabız:115/dk ritmik, TA:110/70 mmHg idi. Kontrol kan tetkiklerinde hemoglobin düşüşü yoktu. Pulmoner emboli şüphesiyle BT Anjiyografi çekilen hastanın tomografisinde emboli izlenmedi. Sol akciğerde daha belirgin olmak üzere bilateral santral opasiteler görüldü. Ön planda diffüz alveolar hemoraji (DAH) düşünüldü. Hastaya bronkodilatör nebül, traneksamik asit, seftriakson ve klaritromisin başlandı. Solunumu rahatlatıp, regresyonu hızlandırması için metilprednizolon 40 mg eklendi. Hastanın iki gün arayla çekilen akciğer grafileri değerlendirildiğinde belirgin regresyon olduğu görüldü (Şekil-1). Klinik olarak rahatlayan, solunum sıkıntısı geçen, hemoptizisi kesilen hasta taburcu edildi. Metilprednizolon tedavisi beş güne tamamlandı. Taburculuk sonrası göğüs hastalıkları poliklinik kontrolü önerildi.

Tedavi Öncesi (Sol), Tedavi Sonrası (Sağ)



Tartışma-Sonuç: Alveolar hemoraji, alveolo-kapiller bazal membran hasarına bağlı olarak alveolar boşluğa kanama olması sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Klinik spektrumu geniştir. Hemoptizi, akciğer grafisinde bilateral infiltratlar, anemi olması durumunda akla diffüz alveolar hemoraji gelmelidir. Ancak bu triad hastaların yalnızca üçte birinde görülür. İmmün ve non-immün sebeplere bağlı olabilir. Amiodaron, nitrofurantoin, antikoagülanlar gibi bazı ilaçların alveolar hemoraji yaptığı bilinmektedir. Bu nedenle hastalarda ilaç kullanımı kesinlikle sorgulanmalıdır. Desfluran ve sevofluran gibi inhalasyon anesteziklerinin de post-op alveolar hemoraji yaptığını gösteren olgular mevcuttur. Desfluran sonrası hemoptizi gelişen bu olgumuzda da hemoraji nedeni olarak anestezi madde kullanımını düşündük. Oksijen, destek tedavisi ve kısa süreli kortikosteroid kullanımı sonrası klinik ve radyolojik olarak düzelen hastamızı da şifa ile taburcu ettik. Literatüre katkı olması ve görünürlük açısından bu olgumuzu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Alveolar Hemoraji, Desfluran, Kortikosteroid



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-269 CO Intoksikasyonu Sonrası Akut Multiorgan Trombozu Olgusu: PTE Ve SVH Birlikteliği

Tuba Bilgili¹, Hatice Feyza Topal¹

¹Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tuba Bilgili / Sütçüimam Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Pulmoner tromboemboliler (PTE) genellikle akut karbonmonoksit (CO) zehirlenmesi durumlarında yatış sırasında gelişir. Olgumuz akut CO zehirlenmesinden hemen sonra gelişen PTE- SVO birlikteliği olması açısından dikkat çekici olduğu için sunmayı planladık. Ülkemiz genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olan, her yıl binlerce kişinin hastaneye yatışına neden olan karbonmonoksit (CO) zehirlenmesi, yapısında karbon taşıyan bileşiklerin tam yanmaması sonucu gelişir.CO renksiz, tatsız, kokusuz, iritasyon olmayan bir gazdır. Normalde serum karboksihemoglobin (COHb) seviyesi % 0.4-0.7 iken sigara içenlerde bu oran daha yüksek saptanır. CO, hemoglobine bağlanarak karboksihemoglobin oluşturur. Karbon monoksit (CO) zehirlenmesi hipoksi ve inflamasyona neden olarak endotel disfonksiyonuna ve hiperkoagülabiliteye yol açar. İnflamasyon ayrıca venöz tromboembolizmde de rol oynayabilir. Bu nedenle, derin ven trombozu ve pulmoner emboli (PE) riski, CO zehirlenmesi olan hastalarda genel popülasyona göre önemli ölçüde daha yüksektir (1).

Olgu: 69 yaşında kalp yetmezliği tanılı kadın hasta. Öncesinde herhangi bir şikayeti olmayan, akşam saatlerinde eşiy-le beraber soba yakıp uyuyan hastayı evde bilinci kapalı, yatar şekilde bulmuşlar. 112 ile götürüldüğü dış merkez acilde alınan kan gazında COHb : 3.0 , PCO2 : 48 , PO2 : 27 , Sao2: 47 olan hasta CO intoksikasyonu olarak değerlendirilmiş ve nefes darlığı olan hastaya çekilen Pulmoner BT Anjiyoda ana arterlerden segmenter dallara uzanım gösteren tromboemboli izlenmiş. Dış merkez Beyin BT'de kanama izlenmeyip Diffüzyon MR(Şekil 5)'da sol temporal lobta diffüzyon kısıtlılığı izlenmiş.Hastaya Hiperbarik oksijen tedavisi verilip hastanemize sevk edilmiş. Hasta acil serviste bilinci açık, oryantasyon- kooperasyon kısmi idi. Acildeki EKOsunda EF %55, PAB 50 ,sağ boşluklar dilate şeklinde yorumlandı.Geliş d-dimer değeri 9,44 mikrogram/ml ve troponin değeri 224 ng/ml idi.Hastaya Göğüs Hastalıkları adına yoğun bakım yatışı verildi. Tedavisi düzenlendi, oksijen desteği sağlandı. SVH açısından Nöroloji bölümünün önerisiyle Ecopirin 100 mg başlandı. Takiplerinde d-dimer ve troponin değeri geriledi.3 gün yoğun bakım yatışı ardından vitaller stabil hasta serviste oksijensiz takip edildi. Antikoagülan raporu çıkarılarak taburcu edildi.



Pulmoner BT Anjiyografi

Tartışma-Sonuç: Karbonmonoksit zehirlenmesinden sonra venöz tromboembolizm riskinin araştırıldığı bir çalışma sonucunda risk, CO zehirlenmesinden sonraki 0 - 90. günlerde önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan ve özellikle kış aylarında riskin artmasıyla her yıl binlerce kişinin hastaneye yatışına neden olan karbonmonoksit (CO) zehirlenmesine karşı dikkatli olunmalı , intoksikasyondan sonra muhtemel venöz tromboemboli açısından alert olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: karbonmonoksit, intoksikasyon, pulmoner emboli

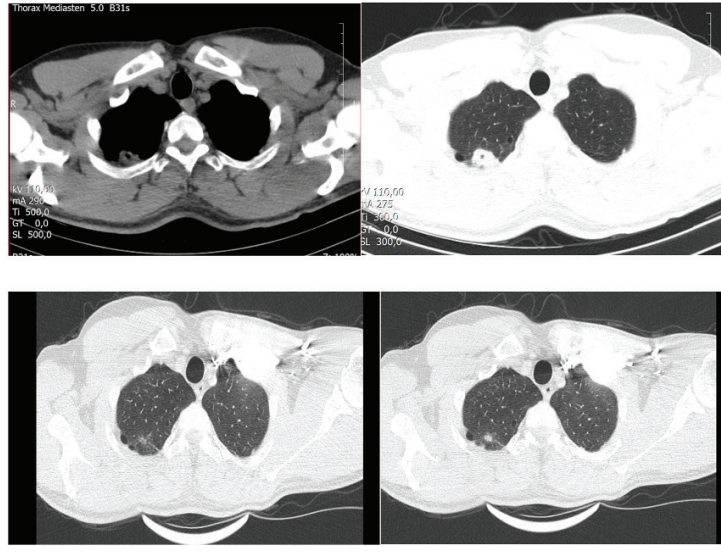
PS-270 Üst Lob Kaviter Lezyon Ayırıcı Tanıları ile Olgu Sunumu

Elif Karasal Guliyev

Atakent Cihan Hastanesi

Giriş-Amaç: Poliklinikte anamnez ile değerlendirdiğimiz hastalarda ayırıcı tanıları genellikle hastaların yakınmalarının süresi, karakterine göre değerlendiresek de bazen sadece radyolojik bulguları da göz önünde bulundurmalıyız. 1 haftadır hareketle artan omuz ve sırt ağrısı tarifleyen hastamızda ön planda miyalji düşünülmeyle birlikte çekilen akciğer grafisinde sağ üst zonda sol üst zona kıyasla dansite farkı saptanması üzerine ileri tetkik ettiğimiz hastamızı sunmayı amaçladım.

Olgu: 45 yaş, erkek hasta, bilinen kronik hastalık öyküsü yok. Bir beyaz eşya bayisinde tamirci olarak çalışıyor. Ailede malignite öyküsü yok. 25 p/y aktif smoker. 1 haftadır omuz ve sırt ağrısı ile polikliniğe başvuran hastanın akciğer grafisinde akciğer üst zonlar arasında dansite farkı izlenmesi üzerine hastaya toraks BT istendi. BT'de; Sağ akciğer üst lob apikal segmentte plevral kalınlaşma ile devamlılık gösteren yaklaşık 26x18mm boyutunda içerisinde santral kavite bulduğu hafif kitle formasyonunda alan mevcuttur (malignite? sekel?) olarak yorumlandı. Hastanın BT'de izlenen kaviter lezyon ayırıcı tanısına yönelik hemogram, biyokimya, vaskülit markerları çalışıldı. Enfeksiyon markerları ve otoantikoarlar normal sonuçlandı. Yine ayırıcı tanıya yönelik 3 kez sabah balsam ARB gönderildi ve negatif sonuçlandı. Hastaya malignite tetkik amacıyla PET-BT çekildi (lezyonun SUV max:2,3). Histopatolojik değerlendirme önerildi. Biyopsiye kadar geçen sürede hastanın omuz ağrısında artış ve akut başlayan nefes darlığı yakınması olması üzerine acil başvurusu sırasında D-dimer istendi. D-dimer sonucu 4000 (lab üst sınır:500) olması üzerine BT anjio çekildi. Ana pulmoner arter dallarında tromboemboli lehine dolum defekti saptandı. Hastaya DMAH başlandı, coumadinize edildi. Antikoagulan tedavi altında emboli tanısı öncesinde planan biyopsi öncesi 1. Ay kontrol BT çekildi. BT'de sağ üst lobda izlenen kaviter lezyonda tama yakın regresyon izlendi.



Tedavi öncesi ve sonrası BT kesitleri

Tartışma-Sonuç: Miyalji yakınmalarıyla başvuran hastalarda radyolojik görüntüleme yapılması ve radyolojik olarak lezyonların ayırıcı tanısına yönelik risk faktörü olmasa bile değerlendirme yapılması önemlidir. Bizim hastamızda polikliniğe başvuru yakınması miyalji tedavisi ile gerilemesine rağmen radyolojik anormallik nedeniyle tetkik ettiğimiz, emboli açısından Wells skoru düşük (0) olmasına rağmen kaviter akciğer lezyonlarında embolinin de ayırıcı tanıda yer almasına dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamak istedim.

Anahtar Kelimeler: emboli, kaviter lezyon, omuz ağrısı, smoker, üst lob



PS-271 İdiyopatik Pulmoner Hemosiderozis

Kadir Canoğlu¹, Erhan Oğur¹, Erdoğan Dadaş², Gülşah Kesgin¹, Şeyma Başlılar¹, İlyas Kocabağ¹

¹Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

²Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

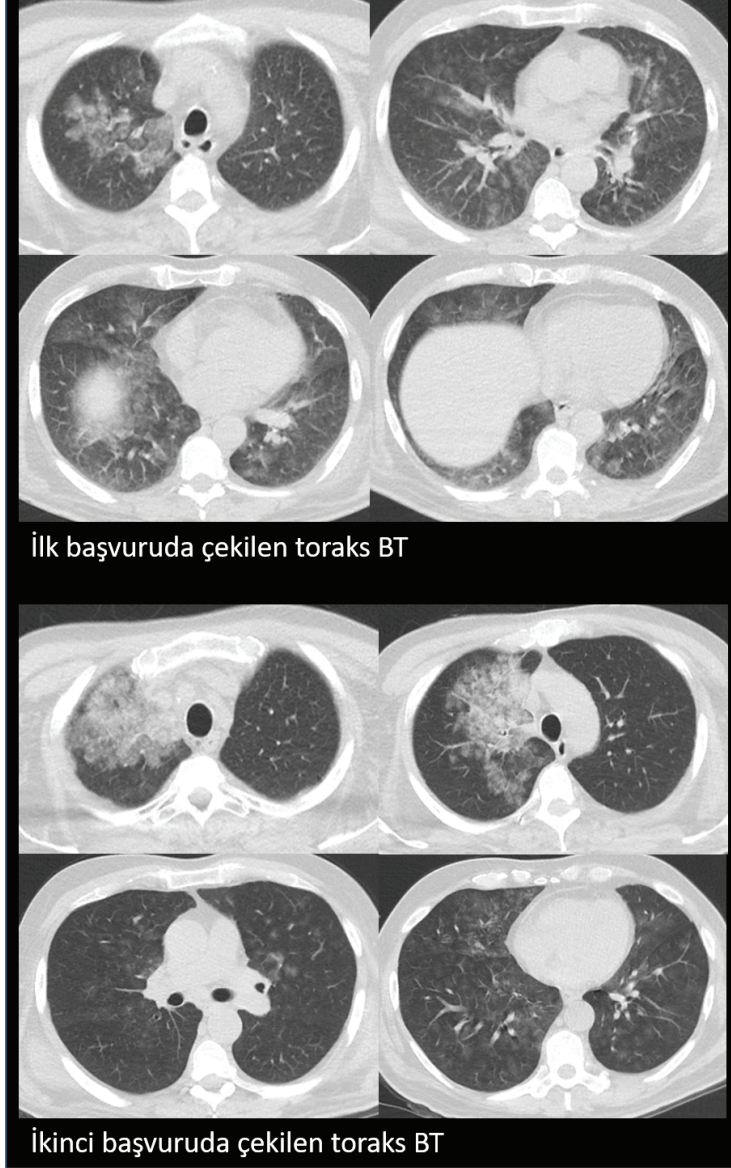
Kadir Canoğlu / Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Giriş-Amaç: İdiyopatik pulmoner hemosiderozis hemosiderin yüklü makrofaj birikimiyle sonuçlanan, tekrarlayan difüz alveoler hemoraji ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Pulmoner hemosiderozisin otoimmün hastalıklarla birlikteliği sıktır. İdiyopatik şeklinde sınıflandırılabilmesi için, sekonder sebeplerin ekartasyonu gerekmektedir.

Olgu: 67 yaşında erkek hasta, hırıltılı solunum, öksürük, yaklaşık 1 yemek kaşığı kadar olan ağızdan parlak kırmızı renkli kanama olması sebebiyle acil servise başvurmuş. Genel durumu iyi, şuuru açık, oryante ve koopere imiş. Başvuru sırasında TA:150/80 mmHg, nabız:116/dk, ateş:36.6 oC, SpO2:%95 (oda havasında) saptanmış. Dinlemekle bilateral alt zonlarda inspiratuar raller duyuldu. Biyokimyasal parametrelerinde BK:12400/mm³, nötrofil:%58, platelet:263000/mm³, CRP:2.8, INR:1.05, PT:12.4 saptandı. Acil serviste çekilen pulmoner BT anjiyografide pulmoner emboli ile uyumlu dolum defekti saptanmadı. Parankim değerlendirmesinde sağ üst lobda daha belirgin olmak üzere alveoler infiltrasyonlar ve buzlu cam dansiteleri, interlober septal kalınlaşmalar izlendi (resim 1). Hasta hemoptizi tanısıyla yatırıldı. İkili nonspesifik antibiyoterapi başlandı. Otoimmün markırları negatif saptandı. Bronkoskopisinde sağ üst lob apikal segmentte yoğun koagulum izlendi. Balgam ARB negatif, nonspesifik kültürde üreme saptanmadı. Solunum PCR örneğinde viral etkene rastlanmadı. Hastaya bronşiyal arter embolizasyonu yapıldı. Hasta 2 hafta sonra yine hemoptizi ile başvurdu ve kliniğe yatırıldı. Toraks BT'de yine diffüz alveoler hemoraji ile uyumlu görünüm izlendi (resim 2). Bronkoskopi tekrarlandı, yine aynı segmentte koagulum izlendi. Koagulum temizlendikten sonra altta endobronşiyal lezyon ile uyumlu olabilecek görünüm izlendi. Buradan biyopsi yapılması sonrasında orta düzeyde kanaması oldu. Soğuk lavaj, traneksamik asit, adrenalin ve ankaferd uygulanarak kontrol altına alınabildi. Malignite ön tanısıyla PET/BT çekildi, sağ üst lobdaki buzlu cam alanlarında SUVmax 3.28 FDG tutulumu dışında patoloji saptanmadı. Kanamasız dönemde tekrar bronkoskopi yapıldı, önceki bronkoskopide izlenen endobronşiyal lezyon ve koagulum görülmedi. Ancak distal subsegment dalında milimetrik mukozal kabarıklık izlendi. Hastaya embolizasyon sonrası nüks hemoptizi olması sebebiyle cerrahi kararı verildi. Göğüs cerrahisi tarafından sağ üst lobektomi yapıldı. Patolojisinde yaygın hemosiderin yüklü makrofajlar, yabancı cisim tipi dev hücreler, kalın duvarlı damar yapıları, hafif fibrozis, bronş etrafında hafif kronik inflamasyon saptandı. Hasta idiyopatik pulmoner hemosiderozis olarak kabul edildi.

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

İlk ve ikinci başvuru anında çekilen toraks BT parankim penceresi görüntüleri



Tartışma-Sonuç: Bu olgu, idiyopatik pulmoner hemosiderozisin her ne kadar nadir görülen bir hastalık olsa da, erken tanı konmasının mortalite ve morbiditeyi azaltabilmesi bakımından farkındalık yaratabilmek amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: idiyopatik, pulmoner, hemosiderozis, vasküler



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-272 Akut Pulmoner Tromboemboli'de Nadir Bir Etiyoloji: Nöromiyelitis Optika Spektrum Bozuklukları

Umur Topal¹, Funda Öztuna¹, Mehtap Pehlivanlar Küçük², Deha Çebi Öztürk³, Serra Keskin¹

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Bilim Dalı

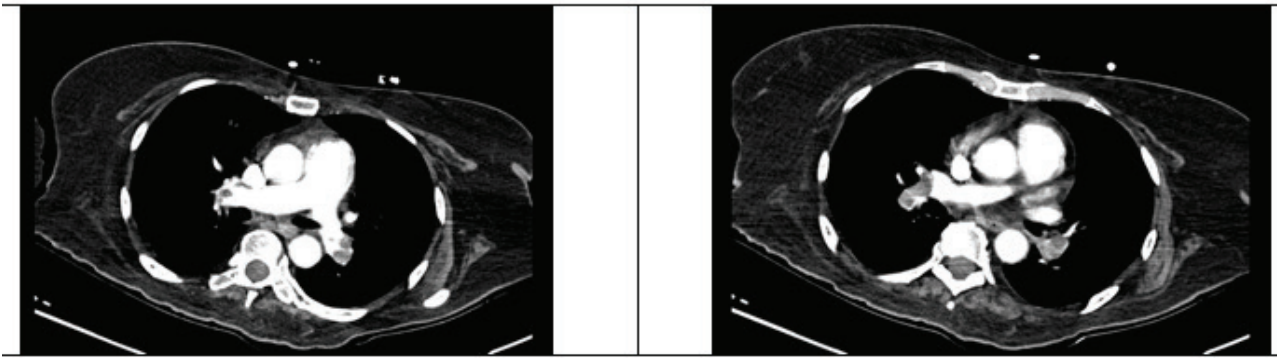
³Ahi Evren Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Umur Topal / Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Nöromiyelitis optika spektrum bozuklukları (NMOSD), tekrarlayan bir seyirle karakterize, merkezi sinir sisteminin otoantikör aracılı inflamatuvar bir hastalığıdır. Bu otoimmün bozukluk ile ilgili inflamatuvar sitokinler endotel hücreleri ve trombositlerin aktivasyonunu artırabilir ve pıhtılaşma kaskadını destekleyebilir. NMOSD'li hastalar artmış venöz tromboembolizm (VTE) riski ile birliktelik gösterir. Bu vakada NMOSD tanılı ve akut pulmoner tromboemboli geçiren hastanın sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 55 yaş, kadın, eylül ayından beri alt ekstremité güçsüzlük olması nedeniyle tetkik edilmektenken Guillain Barre Sendromu ön tanısı ile serviste 5 gün kadar IVIG almış. Klinik olarak yanıt alınamayan hastanın üst ekstremité distalinde kuvvet kaybı, gaitasını hissetmeme, idrar çıkışında azalma olmaya başlaması nedeniyle ileri tetkikleri merkezi-mizde devam etmiş. Fizik muayenesinde alt ekstremité bilateral 1/5 ve üst ekstremité distal bilateral 4/5 kuvvet kaybı olan hastada derin tendon reflesi alınamamaktaymış. EMG'de bilateral alt ve sağ üst ekstremitéde seyrelme paterni mevcut, ön boynuz tutulumu ile uyumlu olarak yorumlanmış. 1. motor nöron bulgusu olması nedeni ile beyin manyetik rezonans görüntülemesinde bilateral kortikospinal traktus tutulumu olan hastada nöroloji tarafından NMOSD düşünülmüş. 7 gün 1000 mg pulse steroid verilmiş, kademeli olarak doz düşülmüş. 3 kere plazmaferez yapılmış. Takibinde nefes darlığı olan ve desaturasyon gelişen hastanın Pulmoner BT anjiosunda her iki pulmoner arter, segment ve subsegment dallarında akut tromboemboli ile uyumlu dolun defekti mevcut olduğu saptandı (Şekil 1). Gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle antikoagülan tedavi alamayan hastaya vena cava inferior filtresi takıldı. Oksijen ihtiyacı artan, hipotansiyonu derinleşen, inotrop ihtiyacı gelişen, CRP 17.6 mg/L den 366.7 mg/L'ye yükselen hasta septik şok, masif pulmoner emboli ön tanıları ile yoğun bakım ünitemize devir alındı. EKO 'da sağ yetmezlik bulguları olmayan kardiyak markerlarında artış olmayan başlangıç sıvı resüsitasyonu ile klinik düzelmeye sağlanan hastada masif pulmoner tromboemboli dışlandı. Hastane ilişkili pnömoni düşünülerek hastaya Piperasilin-Tazobaktam tedavisi başlandı. Balgam kültüründe Haemophilus influenzae üremesi oldu. Klinik düzelmeye sağlanan hasta nöroloji servisine devir edildi.

PULMONER ANJİO BT



Sol ve Sağ Ana Pulmoner Tromboemboli İle Uyumlu Dolun Defektleri

Tartışma-Sonuç: PTE; NMOSD tanılı, özellikle immobil, ileri yaş ve kortikosteroid tedavisi verilen hastalarda sık görülen bir komplikasyon olabilmektedir. NMOSD tanılı hastalarda göğüs ağrısı, nefes darlığı, hemoptizi, desaturasyon gelişmesi durumunda akut PTE akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Derin ven trombozu (DVT), pulmoner emboli (PE), Nöromiyelitis optika spektrum bozuklukları (NMOSD)

➔ 11 Nisan 2025, Cuma

Poster Bildiri Oturumu 15: Pulmoner Vasküler Hastalıklar

PS-273 Viral Pnömoniye Taklit Eden Septik Emboli Olgusu

Şeyma Fersan Karakanlı¹, Barış Demirkol¹, Mehmet Akif Özgül¹, Sibel Yurt¹, Ayşe Bahadır¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

Şeyma Fersan Karakanlı / Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

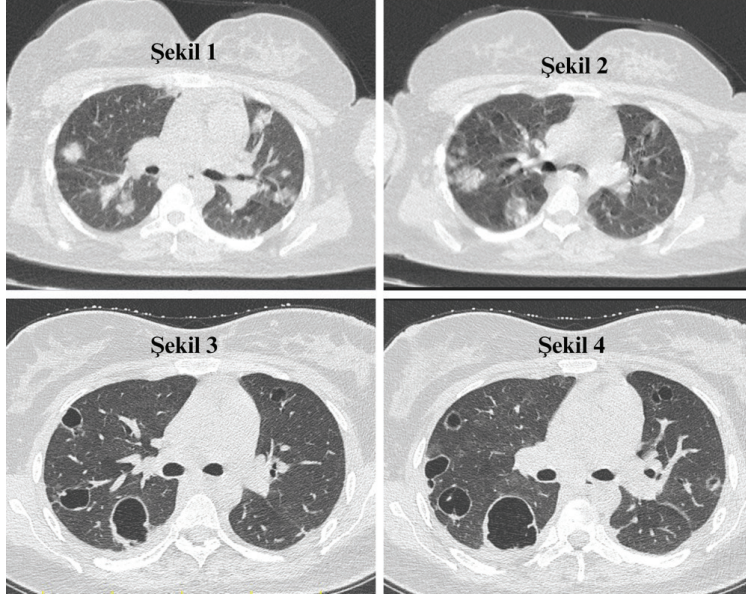
Giriş-Amaç: Septik emboli, enfekte bir trombüsün dolaşım yoluyla vücudun farklı bölgelerine taşınması sonucu oluşur ve genellikle endokardit, venöz tromboz ya da diğer enfeksiyöz süreçlerle ilişkilidir. Bu emboliler, organ hasarına yol açarak ciddi komplikasyonlar oluşturabilir; özellikle akciğerlerde pnömoni, solunum yetmezliği ve bunlara bağlı olarak mortaliteye sebep olabilir. Bu çalışmada, erken dönemde klinik-radyolojik bulgular ile viral pnömoni tanısı almış ve antiviral tedavi altında iken kötüleşen, bu nedenle yapılan ileri tetkiklerde septik emboli tanısı konulan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: 26 yaşında kadın hasta, acil servise 10 gündür süren öksürük, nefes darlığı, ateş, idrar ve gaita kaçırma, bacaklarda kızamıklık ve vücutta yaygın ağrı şikayetleriyle başvurdu. Albinizm dışında kronik hastalık öyküsü yoktu. Sigara öyküsü bulunmayan, nazal kanülle (3 lt/dk ile %92) takip edilen hastanın muayenesinde solunum seslerinde her iki akciğerde yaygın inspiratuar ince vasıflı raller işitildi. Toraks tomografisinde, her iki akciğerde periferde daha baskın olmak üzere multifokal buzlu cam alanlar ve yer yer infiltratif odaklar gözlemlendi. Nöroloji ve kardiyoloji konsültasyonları normal sonuçlandı. Hastanın acilde takiplerinde klinik kötüleşmesi ve desatürasyonunun artması (10 lt/dk maske O₂ ile %89) nedeniyle yoğun bakıma alındı. Mevcut radyolojik bulgular nedeniyle viral pnömoni ön planda düşünülerek antiviral tedavi ve atipik pnömoniye de kapsayacak tedavi başlandı. Kan kültürü, balgam kültürü ve solunum viral paneli gönderildi. 3. günde kan kültüründe Metisilin Dirençli Staphylococcus aureus (MRSA) üredi, diğer tetkikler normaldi. MRSA üremesi sonrası radyolojik olarak ayırıcı tanıda septik emboli de yer alması nedeniyle transözofageyal ekokardiyografi yapıldı; ileri derecede triküspit yetersizliği, anterior leaflet perforasyonu ve 12x5,5 mm boyutunda hareketli hipoekojen kitle görüldü. Endokardit tanısı ile hastanın antibiyotik tedavisi revize edildi ve yenilenen toraks tomografisinde, her iki akciğerde dağınık, periferik ağırlıklı çok sayıda asimetrik ve farklı kalınlıkta yaygın kaviter lezyonlar izlendi. Önceki tomografi ile karşılaştırıldığında, lezyonların buzlu cam formundan kaviter lezyonlara dönüştüğü gözlemlendi. Hastaya ek olarak septik emboli tanısı konuldu ve tedavi sonrası anlamlı klinik-radyolojik yanıt alındı. Hastanın ayaktan kliniğimizde takibi yapılmaktadır.

Tartışma-Sonuç: Hastanın antiviral ve antibiyotik tedavisine rağmen bulguların gerilememesi, septik emboli tanısının konulmasını sağlamıştır. Özellikle acil servise başvuran, tomografi bulguları viral pnömoni ile uyumlu görülen hastalarda septik emboli açısından dikkatli olunmalıdır. Ayrıca, Staphylococcus aureus'un pnömoni ve endokardit nedeniyle septik emboli oluşturabileceği akılda tutulmalıdır.



Şekiller



Tomografi Bulguları

Anahtar Kelimeler: Septik Emboli, Pnömoni, Staphylococcus Aureus

PS-276 Pulmoner Emboli Sonrası Gelişen Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon Olgusu

Bünyamin Sertoğullarından¹, Melike Yüksel Yavuz¹, Muzaffer Onur Turan¹, Ceyda Anar¹, Nihan Kahya Eren², Rozerin Çiçek¹

¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Rozerin Çiçek / İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş-Amaç: Kronik tromboembolik pulmoner hipertansiyon (KTEPH), pulmoner arterlerin organize olmuş trombüsle obstrüksiyonu, pulmoner mikrovasküler yatakta sekonder yapılanma ile gelişen pulmoner hipertansiyon (PH)'dur. KTEPH nedeni olan trombüsler BT anjiyografi ile görülebilecek şekilde büyük damarlarda olabileceği gibi V/P sintigrafisinde saptanabilecek kadar küçük ve periferik damarlarda oluşabilir (1). KTEPH tanı ve tedavisinin gecikmesi durumunda gelişen sağ kalp yetmezliği, yüksek morbidite ve mortalite riski taşır. Periferik yerleşimli V/Q sintigrafisi ile tanı koyduğumuz bir olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 74 yaşında kadın hasta 1 haftadır olan nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayeti ile başvurusu sonrası Tip 1 solunum yetmezliği ile servise yatırıldı. Özgeçmişinde 12 yıl önce PTE geçirme hikayesi vardı. TBT angiografide akut PTE ile ilgili dolun defekti saptanmadı fakat ana pulmoner arter çapı 47 mm, periferik damarlarda ani kesilmeler olarak ölçüldü (Resim-1). Yapılan ekokardiyografide SPAP 70 mmHg, TY velositesi 3.9 m/sn ve sağ kalp yapılarında genişleme görüldü. V/Q sintigrafisinde kronik emboli ile uyumlu bulgular saptandı. Yapılan sağ kalp kateterizasyonunda ortalama pulmoner arter basıncı 35 mmHg ve PVR 5 Wood/U ölçüldü. Pulmoner hipertansiyon konsey değerlendirmesi sonucunda KTEPH tanısı kondu. Hastaya riociguat 3*0.5 mg başlandı 3x2.5 mg düzeyine çıkıldı rivaroksaban 20 mg*1 tablet başlanmasına karar verildi. Başlangıç NYHA Class 3 olan hastanın dispnesi geriledi ve hastamızın takibine devam ediyoruz.

Resim 1.



Tartışma-Sonuç: KTEPH pulmoner emboli geçiren olguların %1-3 kadarında gelişebilmektedir. Riociguat KTEPH olgularında onay almış tek ilaçtır (2). Plasebo ve riociguat tedavisini karşılaştıran bir çalışmada riociguat kullanan grupta 1 yılın sonunda dispne, hemoptizi gibi semptomların azaldığı 6 dakika yürüme testinde iyileşme izlenmiştir (3). KTEPH her yaşta görülebilen erken tanı konmaz ise yüksek mortalite ve morbidite ile sonuçlanan bir hastalıktır. Bu nedenle açıklanamayan dispnesi olan ve KTEPH radyolojik ipuçları taşıyan hastalar dikkatle değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon, Pulmoner Emboli, Riociguat



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-277 Ağır Astım Ayırıcı Tanısında EGPA

Dilara Şevval Sağlık¹, Saltuk Buğra Kaya¹, Betül İnal¹

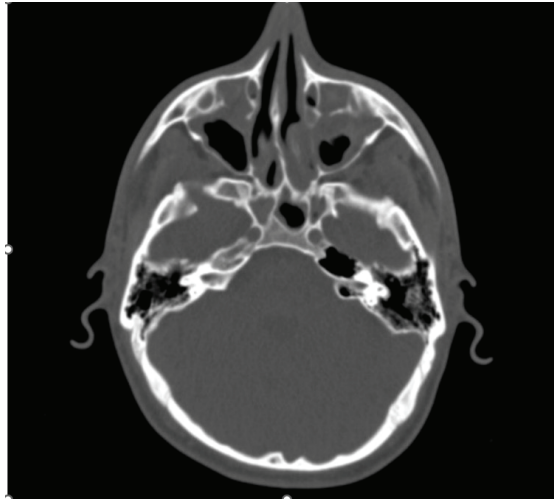
¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dilara Şevval Sağlık / İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş-Amaç: Polianjiitisle birlikte seyreden eozinofilik granülomatozis (Churg Strauss sendromu); sıklıkla solunum sistemini tutan ve özellikle küçük ve orta çaplı damarları etkileyen, astım ve doku eozinofilisi ile karakterize, sistemik nekrotizan bir vaskülitir. Astım, hipereozinofili ve nekrotizan sistemik vaskülit triadı ile karakterizedir. Hastaların yaklaşık %90'ında astım mevcut olup özellikle eozinofili ile karakterize ağır astımlı olgularda mutlaka akla gelmelidir. Bu olgu tedaviye yanıt vermeyen ağır astım ve eozinofili varlığında her ne kadar yaş olarak uymasa da ayırıcı tanıda EGPA düşünülmesi gerektiğinin altını çizmektedir.

Olgu: 19 yaş erkek hasta dış merkez acil servise nefes darlığı şikayeti nedeniyle başvurdu. Acil serviste hastada solunum yetmezliği gelişmesi üzerine hasta entübe edildi. 4 gün öncesinde öksürüğü olması sebebiyle aile hekimliğine başvuru öyküsü mevcut; amoksisilin klavunik asit reçete edilmiş, düzenli bir şekilde ilacını kullanmış. Hastanın ailesinden alınan bilgiye göre bebekken penisilin allerjisi ve son 5 yıldan beri astımı var. Düzenli inhaler tedavi almamakta olup lüzum halinde salbutamol kullanıyormuş. Ağır astım atak ve anafaksi ön tanısı ile merkezimize refere edilen hastanın ilk muayenesinde anafaksi lehine cilt bulgusu saptanmadı. Hastanın entübe edildiği sırada hipotansiyonu olmamış. Dış merkez toraks BT incelemesinde patolojik bulgu izlenmedi. Hasta 2 mg/kg metilprednizolon, salbutamol, ipratropium ve antibiyotik tedavisine rağmen dirençli bronkospazmın devamı nedeniyle ekstübe edilemedi. Entübe takip edildiği günlerde roküronyum almasına rağmen ekstübasyon 10.günde yapıldı. Ağır astım etiyojisi araştırılan hastanın yapılan tetkiklerinde yüksek kan eozinofil sayısının dikkat çekmesi üzerine EGPA araştırıldı. Her ne kadar EGPA tanı kriterlerinde ANCA testleri olmasa da hastada istenildi ve negatif tespit edildi. Çekilen paranazal BT'de kronik sinüzit lehine dansite artışları vardı. Ekstübe olduktan sonra üst ekstremitelerde güç kaybı gelişen hasta için nöroloji konsültasyonu istendi ve yapılan EMG'de nöropati tespit edildi. Ağır astımı, yüksek kan eozinofil sayısı, kronik sinüziti ve nöropatisi nedeniyle hastaya EGPA tanısı konuldu ve romatolojiye danışılarak sistemik steroid, LABA/yüksek doz IKS, nazal steroid, montelukast ile birlikte mepolizumab 100 mg/28 gün tedavisi başlandı. Tedavinin birinci ayında kontrole gelen hastanın kan eozinofil sayısı normal aralığa indi. Astım semptomları kontrol altına alındı. Hastanın güç kaybı azalmaya başladı. 2.ay kontrolünde güç kaybı tamamen ortadan kalktı.

Paranasal Sinüs BT



Paranasal Sinüs BT'de kronik sinüzit lehine dansite artışı

Tartışma-Sonuç: Ağır astım nedeniyle takip edilen hastalarda kan eozinofil sayısı yüksekse ayırıcı tanıda EGPA düşünülmesi gerekmektedir. Olgumuz yaşı itibarıyla her ne kadar vaskülit açısından uyumsuz olsa da mevcut veriler ışığında EGPA tanısı aldı ve tedaviden fayda gördü.

Anahtar Kelimeler: astım, eozinofili, EGPA



PS-278 Nadir Bir Hemoptizi Nedeni: İzole Tek Tarafli Pulmoner Arter Agenezisi

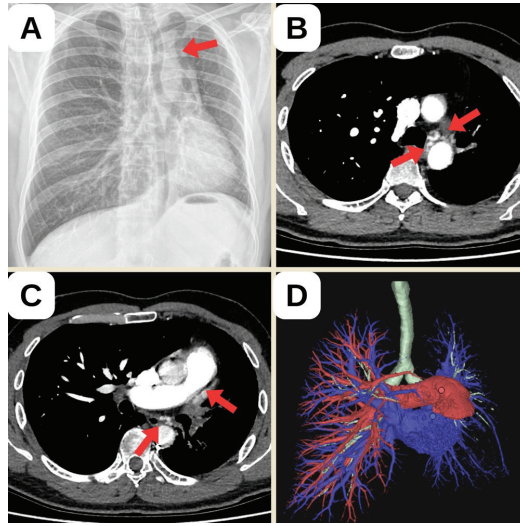
İslam Aktürk¹, Saliha Yılmaz¹, Aleyna Kılıç¹, Yusuf Kahya¹, Ayten Kayı Cangır¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

İslam Aktürk / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Hemoptizi, yakın takip gerektiren ve yaşamı tehdit edebilen önemli bir semptomdur. Sıklıkla tüberküloz ve pnömoni gibi akciğer enfeksiyonlarında, bronşektazi ve havayolu malignitelerinde görülür. Tek tarafli pulmoner arter agenezisi (TPAA) hemoptizinin çok nadir bir nedenidir ve tek tarafli pulmoner arterin yokluğunu tanımlamaktadır. İnsidansı 200.000'de bir olarak tahmin edilmektedir. TPAA genellikle konjenital kalp hastalıkları ile birlikte görülmektedir. İzole TPAA daha nadir görülür. Bu çalışmada hemoptizi nedeni ile başvuran, izole TPAA saptanan ve pnömonektomi yapılan nadir bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonu ve hemoptizi nedeni ile dış merkezde tetkik edilen 32 yaş erkek hastanın akciğer grafisinde (Resim1A) sol hemitoraksta hacim kaybı, sol diyafram yüksekliği, trakea ve mediastinal yapıların sola deviasyonu izlenmesi üzerine çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografide (TH BT) bronşiyal arterlerin dilatasyonu ve sol pulmoner arter agenezisi izlenmiştir (Resim1B-C). Medikal tedaviye rağmen hemoptizinin devam etmesi üzerine hastaya bronşiyal arter embolizasyonu yapılmıştır. Hasta tekrarlayan hemoptizileri olması üzerine kliniğimiz refere edildi. Fizik muayenede sol hemitoraks solunuma daha az katılmaktaydı ve solda solunum sesleri azalmıştı. Hastaya multidisipliner konsey görüşü alınarak cerrahi kararı verildi. Hastaya torakotomi ile girişim uygulanarak sol pnömonektomi uygulandı. Hasta postoperatif 3. ayında semptomsuz takip edilmekte.



Resim 1. Akciğer grafisinde sol hemitoraksta hacim kaybı, sol diyafram yüksekliği, trakea ve mediastinal yapıların sola deviasyonu (A), TH BT'de sol pulmoner arterin yokluğu ve bronşiyal arterlerin dilatasyonu (B), Synapse 3D uygulamasında vasküler yapıların 3D görünümü ve sol pulmoner arterin yokluğu (D).

Tartışma-Sonuç: TPAA ilk kez 1868'de Frantzel tarafından tanımlanmıştır. Embriyogenez sırasında altıncı aort arkının gelişimsel kusuru nedeni ile oluşmaktadır. Genellikle erken bebeklik döneminde tanı konur ancak bazı vakalarda erişkin dönemine kadar asemptomatik olabilir. Egzersiz intoleransı, hemoptizi, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları ve göğüs ağrısı gibi çeşitli belirtiler ile ortaya çıkabilir. Sol tarafli atreziler genellikle kardiyak patolojiler ile birlikte iken (%80) sağ tarafli bu birliktelik daha düşük orandadır (%53-63). Etkilenen akciğerdeki azalmış kan akımı; siliyer aktivitenin bozulmasına, alveolar hipokapni ve bronkospazma yol açarak tekrarlayan enfeksiyonların gelişmesi ve nefes darlığına yol açabilir. Kompansatuvar olarak dilate olmuş bronşiyal arterler hemoptiziye davetiye çıkarmaktadır. Asemptomatik hastalar pulmoner hipertansiyon takibi için izlenirken semptomatik hastalarda ise cerrahi rezeksiyon ve embolizasyon tedavi seçenekleri arasındadır. İzole TPAA'da şikayetlerin spesifik olmaması tanıda gecikmelere yol açmaktadır. TPAA tekrarlayan hemoptizinin nadir nedenlerinden olsa da ani ölümlere neden olabilir. Semptomatik hastalarda cerrahi tedavi seçeneği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: hemoptizi, pulmoner arter agenezisi, pnömonektomi



PS-279 Genç Yaşta Pulmoner Emboli ve Guillain-Barré Sendromu: Nadir Bir İkili Klinik Tablo

Oğuzhan Sedef¹, Uğur Gönügür¹

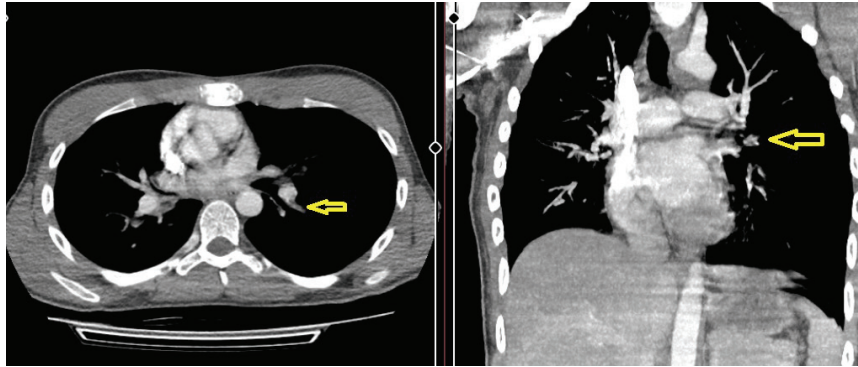
¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Oğuzhan Sedef / Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner tromboemboli(PTE),çoğunlukla bacak derin venlerinde oluşan trombüsün pulmoner arter ve/veya dallarını tıkaması ile gelişir. Asemptomatik tromboemboliden ani ölüme neden olabilecek ciddi embolilere kadar değişir. En sık görülen semptomlar ani başlangıçlı nefes darlığı, batıcı göğüs ağrısı, çarpıntı, hemoptizi ve bacaklarda şişlikle birlikte ağrı olmasıdır. Guillain-Barré Sendromu(GBS) ise periferik sinir sisteminin akut başlangıçlı, bağışıklık bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkan hastalıktır. Biz de PTE ile birlikte Guillain-Barré Sendromu olan olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: 20 yaş erkek hasta 3 gündür olan nefes darlığı, öksürük, balgam şikayeti ile acil servise başvurdu. Asker birliğinden 2 gün önce bacaklarda ağrı ve yürüyememe şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Santral görüntüleme yapılmış, akut patoloji saptanmayınca taburcu edilmiş. Sigara öyküsü yok.3 ay önce 1 kez esrar kullanımı mevcut. Ek hastalığı yok. Muayenede bilinci açık, oskultasyon olağan. Bilateral alt ekstremitelerde ısı, çap farkı görülmedi. Oda havası satürasyonu %85,tansiyon 113/72,nabız 140,ateş 36.8 idi. Kontrastlı pulmoner anjiyografi bilgisayarlı tomografisinde sol akciğer alt loba giden segmenter arterde ve bilateral distal pulmoner arter dallarında emboli açısından şüpheli dolun defektleri izlendi. Bilateral alt venöz doppler ultrasonografisinde derin ven trombozu izlenmedi. Tarafımızca Pulmoner emboli ön tanısıyla göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Yatışının 1.saatinde alt ekstremitelerden başlayıp üst ekstremitelere yayılan kas gücü kaybı oluştu. Tabloya takipne, taşikardi eklenince yoğun bakıma çekilip Noninvaziv mekanik ventilasyon başlandı. Nöroloji konsültasyonu istendi. Nöroloji tarafından GBS ön tanısıyla lomber ponksiyon yapıldı. Lomber ponksiyon tetkiklerinde protein 993 glukoz 96 görüldü. Hastaya GBS tanısı konuldu. PTE açısından enoksaparin sodyum ve GBS açısından IVIG başlandı. Takipnesi gerileyen, genel durumu toparlayan hasta 8 gün yoğun bakım takibinden sonra servise alındı. Oksijen ihtiyacı kalmayan hasta uzun süre immobilizasyon sonrası tedavi açısından fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümüne devredildi.

Pulmoner BT Anjiyografi Görüntüsü



sol akciğer alt loba giden segmenter pulmoner arterde şüpheli dolun defekt

Tartışma-Sonuç: PTE etyolojisinde immobilitet, travma, malignite gibi birden çok sebep vardır. GBS nadir görülen fakat ciddi morbidite ve mortalite ile seyreden immün aracı, periferik sinir hasarı ile giden nörolojik tablodur. Genellikle bakteriyel, viral hastalıklardan haftalar sonra ortaya çıkar ve bunlar dışında çeşitli etkenler GBS'ye sebep olabilir. Olgumuzda görüldüğü gibi %25 hastada yoğun bakım takibi gerektiren solunum güçsüzlüğü ortaya çıkabilir. Tedavide plazmaferez ve intravenöz immunglobulinler yer alır. GBS tanısı alan hastaların %30'unda takip sırasında invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı doğar. Bizim hastamız ise noninvaziv mekanik ventilasyon ile takip edildi. Uzun süreli yoğun bakım takibi veya kas gücü kaybına bağlı immobilizasyon sonrası komplikasyonları arasında PTE görülebilir. Olgumuzda literatürden farklı olarak GBS komplikasyonu olan immobilizasyona bağlı pulmoner tromboemboli görülmemiş olup immobilizasyon henüz gelişmemiş iken PTE tanısı ile interne edilip sonrasında GBS tanısı almıştır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Tromboemboli, Guillain-Barré Sendromu



PS-281 Pnömoniye Taklit Eden Wegener Granülomatozisi

Zeynab Jafarova¹, Hediye Yılmaz², Şeyda Şahika Mutlu³, Şehsuvar Ertürk³, Serhat Erol¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nefroloji Bilim Dalı

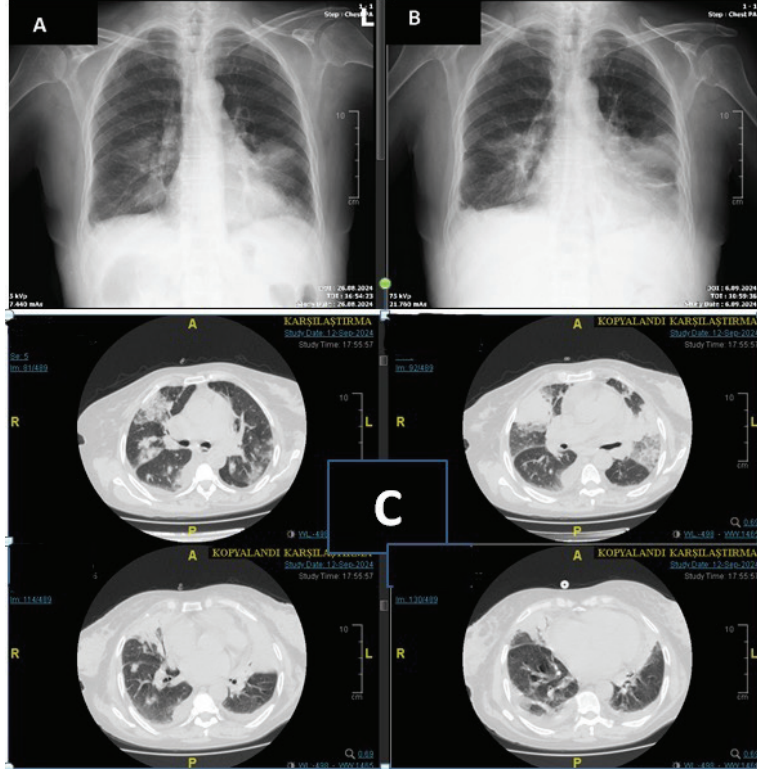
Zeynab Jafarova / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Wegener Granülomatozisi(WG) üst ve alt solunum yollarını, böbrekleri tutan, granülomlarla karakterize, dünya genelinde insidansı 10-20/1.000.000 olan, oldukça nadir görülen sistemik bir vaskülitir. Böbrek tutulumu olan olgularda yüksek kan basıncı, bacaklarda şişlik, hematuri; akciğer tutulumu olan olgularda öksürük, hemoptizi, wheezing görülebilir. Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde(BT) en sık görülen radyolojik bulgu infiltrasyon veya kaviteasyon gösteren soliter/ multipl nodüllerdir. Genelde ileri yaşlarda sınırlı form daha sık ortaya çıkar. İleri yaş kötü prognoz işareti olarak kabul edilmektedir. Hastalığın histopatolojik tanısı nekrotizan granülomatoz vaskulitin gösterilmesiyle konulur. Burada ateş, eritrosit sedimantasyon hız yükseliği, halsizlik, nefes darlığı bulguları olan, progresif böbrek yetmezliği saptanan, geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine rağmen pulmoner lezyonlarda progresyon gözlenen, böbrek biyopsisi sonrasında WG tanısı alan bir vaka sunumu planlanmıştır.

Olgu: 64 yaşında bronşektazi tanılı kadın hasta 15 gündür olan halsizlik, kuru öksürük, mMRC 2 düzeyinde nefes darlığı ve kilo kaybı şikayetleriyle tarafımıza başvurdu. 2-3 gündür devam eden iştahsızlık şikayeti de mevcuttu. Öz geçmişinde 30 paket-yıl sigara içme öyküsü dışında özellik yoktu. Solunum seslerinde sağ akciğer bazalinde ral duyuldu. Tarafımızca hospitalize edildi. Laboratuvar tetkiklerinde C-reaktif protein(CRP): 164mg/L , sedim: 88mm/saat, lökosit: $8,44 \times 10^9/L$, kreatinin: 1,33mg/dL olarak izlendi . Posteroanterior akciğer grafisinde(PAAG) bilateral, orta-alt zonda non-homojen gölge koyuluğu, sağ kostafrenik sinüs silik görüldü. Hastaya pnömoni ön tanısıyla sefalosporin+kinolon tedavisi başlandı. Takiplerinde oksijen ihtiyacı gelişti ve ateş semptomu eklendi. Crp progresyonu ve lökositoz izlenen hastanın çekilen PAAG'de sol orta-alt zonda gölge koyuluğunda artış izlendi. Toraks BT çekildi: her iki akciğerde yaygın, çevresinde buzlu cam dansitesinde alanların izlendiği konsolidasyonlar, bilateral plevral effüzyon görüldü. Enfeksiyon hastalıklarına konsülte edilerek tedavisi imipenem olarak düzenlendi. Hemoptizi tarifleyen hastaya bronkoskopi yapıldı. Aktif kanama ve endobronşial lezyon saptanmadı. Takiplerinde kreatinin değeri 4,56mg/dL'e kadar progrese oldu. Hematurisi gelişti. Tam idrar tetkikinde eritrosit:132, kan:80, idrar sediment incelemesinde dismorfik eritrositler, yer-yer akantositler görüldü, eritrosit silendir görülmedi. ANCA+++ olan hasta böbrek biyopsisi planıyla Nefrolojiye devredildi. Biyopsi sonucu Pauci-İmmun Nekrotizan Glomerulonefritle uyumlu olarak raporlandı.



Görüntülemeler



A-Başvuru PAAG'si, B-Oksijen ihtiyacı geliştiğinde çekilen PAAG'si (tedavinin 12. günü), C-Oksijen ihtiyacı geliştiğinde çekilen Toraks BT (tedavinin 12. günü)

Tartışma-Sonuç: WG klinik olarak üst ve alt solunum yolu, göz, cilt, böbrek gibi organların tutulumuna ait yakınmalarla karşımıza çıkabilen, uç organ hasarı nedeniyle, hayatı tehdit eden tablo izlenebilen bir hastalıktır. Bu hastaların çeşitli, non-spesifik klinikle başvurabileceğini, anamnez ve etkin fizik muayeneyle WG'in ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla bu olgu paylaşıldı.

Anahtar Kelimeler: Wegener, Pnömoni, Vaskulit



PS-282 Hemoptizi ile Başvuran Tek Taraflı Pulmoner Arter Agenezisi: Olgu Sunumu

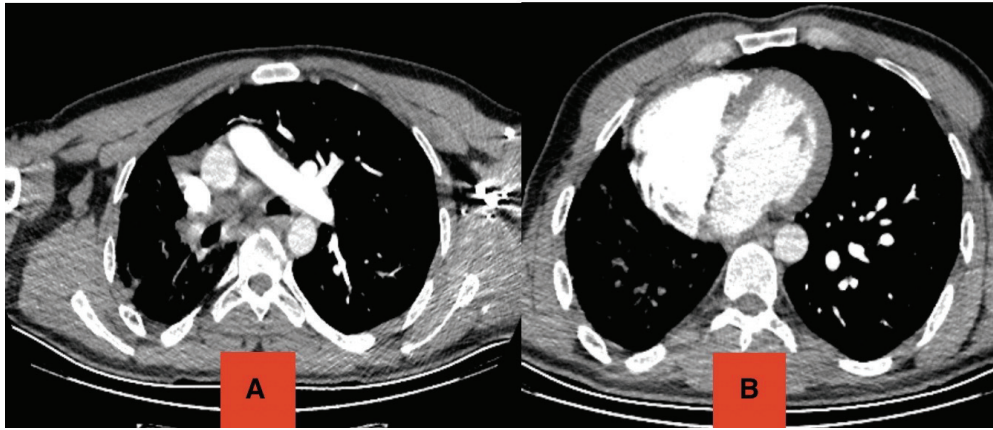
Şeyda Can¹, Hadice Selimoğlu Şen¹, Veysi Tekin¹, Süreyya Çetin Yılmaz¹

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

Şeyda Can / Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları A.D, Diyarbakır, Türkiye

Giriş-Amaç: Konjenital tek taraflı pulmoner arter yokluğu, sıklıkla kardiyovasküler anomalilerin eşlik ettiği nadir bir anomalidir. Semptomatik hastalar, genellikle göğüs ağrısı, plevral effüzyon, rekürren akciğer infeksiyonları, dispne veya hemoptizi yakınmaları ile başvururlar. Tanısında; bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme, ventilasyon-perfüzyon(V/Q) sintigrafisi, ekokardiyografi, kardiyak kateterizasyon gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Hastalığın komplikasyonları arasında masif hemoptizi, pulmoner hipertansiyon, solunum yetmezliği, sağ kalp yetmezliği ve sayılabilir. Erişkin yaşta hemoptizi şikayeti ile başvuran pulmoner arter agenezili olgu nadir görülmesi nedeni ile sunuldu.

Olgu: 26 Yaşında erkek hasta son 24 saatte 2 su bardağı kadar hemoptizi şikayetiyle acil servisimize başvurdu. 6 yıl önce hemoptizi şikayetiyle dış merkezde yatış öyküsü dışında özgeçmişinde anlamlı bir bilgi yoktu. 8 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Akciğer grafisinde; sağ hemidiyafram yüksek yerleşimli, sağ hemitoraksın hacmi azalmış, kalp-mediasten ve trakea sağa deviye ve sağ hilus silik olarak izlendi (Resim1A). Hastaya çekilen BT-Pulmoner anjiyografide sağ akciğere giden pulmoner arter segmentleri gözlenmedi (Resim1B). Fiberoptik bronkoskop ile yapılan incelemede bronş yapısı normal olarak gözlemlendi. Ekokardiyografide EF%60, hafif triküspit yetmezliği ve sPAB:25 mmHg olarak saptandı. Ventilasyon-perfüzyon (V/Q) sintigrafisinde ventilasyon normal saptandı. Hiler ve parahiler bölgede perfüzyon izlenmezken akciğerin periferinde perfüzyon mevcuttu ancak azalmıştı. Hemoptizisi olan hastaya bronşial arter embolizasyonu yapıldı ve takipte hemoptizi şikayeti tekrarlamadı.



Resim 1. Bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografide sağ pulmoner arter agenezisi

Tartışma-Sonuç: Pulmoner arter agenezisi, etkilenen tarafın aortik ark ile bağlantısındaki rotasyon ve migrasyonundaki malformasyonlar nedeniyle oluşur. Kimi yazarlar bu anomaliye, agenezi teriminden ziyade 'pulmoner arterin proksimal kesintisi' terimini kullanırlar. Pulmoner arterin intraparakimal distal kısmı küçük çaplı olmasına karşın, korunmuştur. Etkilenen tarafın akciğerinde pulmoner arterler hilusta kör olarak sonlanır ve akciğere kan desteği başta ana bronşiyal arterler olmak üzere interkostal, internal mammarian, subklavian ve innominate arterlerin transplevral dallarından gelir. Hemoptizi, hipertrofiye uğramış ektazik kollateral dolaşımın, bronşların submukozasına kanamasından dolayı gelişir. Hemoptizi masif olduğunda sistemik kollaterallere embolizasyon yapılabilir. Yetişkin çağda tanı alanlar, çoğunlukla asemptomatik olduğundan, başka nedenlerle çekilen akciğer grafisiyle farkedilirler. Sağ pulmoner arter yokluğu olan hastaların %20'sinde pulmoner hipertansiyon gelişmektedir. Konjenital pulmoner arter yokluğu en sık, tek taraflı hiperlusen akciğerle seyreden Swyer-James-MacLeod sendromu ile karışır. Ayırıcı tanı akciğer V/Q sintigrafisi ile yapılır. Sintigrafik incelemede agenezi olgularında perfüzyon azalmışken, ventilasyon vardır. Swyer-James sendromunda ise hem ventilasyon hem perfüzyonda azalma vardır.

Anahtar Kelimeler: pulmoner arter agenezisi, Sywer-James Mac Load, hiperlusen akciğer



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-283 Pulmoner Arter İntimal Sarkom

Neslihan Fener¹, Elif Tanrıverdi¹, Erdoğan Çetinkaya¹

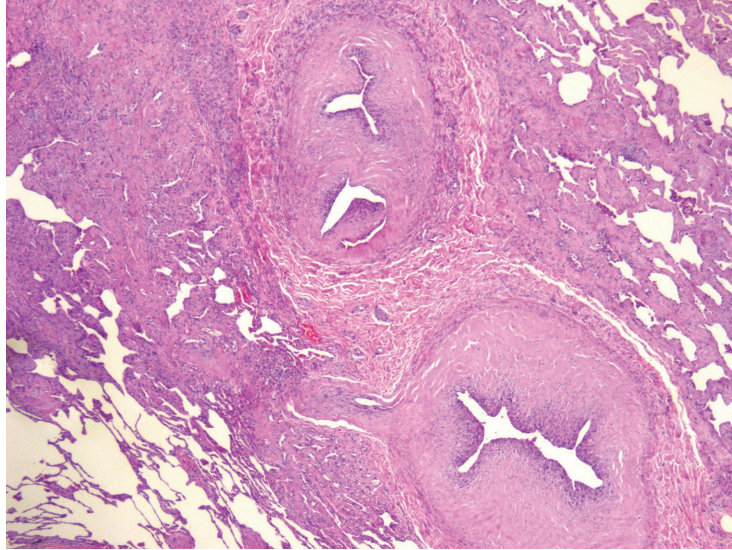
¹S.B.Ü. Yedikule göğüs Hastalıkları ve Göğüs cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Neslihan Fener / S.B.Ü. Yedikule göğüs Hastalıkları ve Göğüs cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Pulmoner arter sarkomları, pulmoner arterin stromal hücrelerinden kaynaklanan nadir ve agresif neoplazmlardır. Prevalansları yalnızca %0,001 ila %0,03 arasındadır ve farklılaşmamış sarkom en yaygın patolojik tiptir. Pulmoner arter sarkomları genellikle mural ve intimal sarkomlar olarak ikiye ayrılır. Mural sarkomlar genellikle büyük damarların medial düz kası boyunca gelişen tipik leiomyosarkomlardır, esas olarak vena kava ve nadiren pulmoner arteri içerirler. İntimal sarkomlar pulmoner arter ve aort boyunca büyük kan damarlarının intimal tabakasını etkiler.

Olgu: 43 yaş kadın hasta. 1 yıldır öksürük şikayeti var. Balgam, göğüs ağrısı, gece terlemesi, kilo kaybı yok. Sigara kullanmamış. 3 hafta önce gribal enfeksiyon öyküsü var. İnfluenza pozitif gelmiş. 1 hafta yatarak tedavi almış. Kteph hastası, adempas kullanıyor. SPO2:98 NABIZ:84 Solunum Sesleri :Insprium sonu raller (16.04.2024) FVC :2.27(%61) , FEV1: 1.88(%62) , FEV1/FVC : %82.81 , DLCO : 12.86(%59)(17.04.2024) 374 metre , NBZ : 97/dk. SPO2 : 97.22 OCAK 2024: FOB: Her iki bronş sistemi açık ve doğal, mukozaları hiperemik, vaskülaritesi artmış. Sağ üst -orta ve alt lobdan ve sol üst lobdan bronş lavajı yapıldı. Bronş lavajında birkaç şüpheli atipik hücre görüldü. Arb, mikobakteri kültürü ve tbc pcr negatif. Kollajen doku belirteçleri negatif. Hastaya cerrahi biopsi yapıldı. Patolojik incelemede intertisyumda damarlarda yaygın tromboz, organizasyon, rekanalizasyon, belirgin intimal kalınlaşma, media tabakasında fibrozis, parankimde fokal enfarktüs odağı, bazı damar lümenlerinde endotel hücre proliferasyonu, rekanalizasyon bulguları görüldü. Res(1,2) Hasta interstisyel akciğer hastalıkları konseyinde tekrar değerlendirildi ve biopsi tekrarı önerildi. Ağustos 2024' de akciğer sağ üst lobektomi yapıldı. Histopatolojik incelemede fokal alanda miksoid değişimler gösteren, pleomorfik iğsi hücreli malign mezenkimal tümör saptandı. İmmünohistokimyasal çalışmada CD K4 pozitif reaksiyon tespit edildi ve pulmoner intimal sarkom düşünülen hastada MDM 2 amplifikasyonu saptanması ile tanı kesinleşti.

Pulmoner arter intimal sarkom



Pulmoner arter endotel hücrelerinde atipik proliferasyon

Tartışma-Sonuç: Pulmoner arter intimal sarkomu klinik olarak tromboembolizm hastalıklarına benzer. Farklı tedavi seçenekleri ve prognoz nedeniyle bu iki hastalığın ayırıcı tanısının yapılması çok önemlidir. Patolojik tanı nihai tanıdır.

Anahtar Kelimeler: Sarkom, pulmoner arter, MDM ; CD K

PS-284 Pulmoner Arteriyovenöz Malformasyon

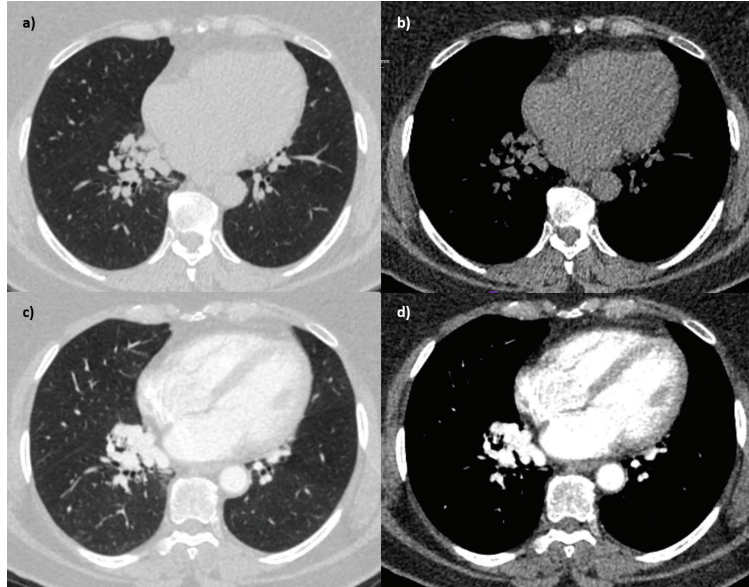
Kadir Canoğlu¹, Yaren Özgüler¹, Ahmet Agah Kan¹, Atilla Berke Özüs¹, Fadime Sultan Albez¹, Meserret Sena Hızlı¹, Şeyma Başlılar¹

¹Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Kadir Canoğlu / Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Giriş-Amaç: Pulmoner arteriyovenöz (A-V) malformasyon, pulmoner arter ve venlerin anormal birleşmesidir. Anormal dilate damarlar ile pulmoner arterlerden pulmoner venlere doğru sağdan sola şant yaratmaktadır. Nadir görülmekle birlikte, dispne, hemoptizi, hipoksemi ve pulmoner nodül ile infiltrasyonların ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

Olgu: 60 yaşında kadın hasta, eforla ve sırt üstü yatınca nefes darlığı şikayetleriyle başvurdu. OSAS tanısıyla CPAP kullanım öyküsü dışında bir hastalığı yoktu. Dış merkezde kardiyoloji poliklinik başvurusunda herhangi bir patoloji saptanmamış, Sigara içmiyordu. Başvuru sırasında TA:130/80 mmHg, nabız:70/dk, ateş:36.5 oC, oda havasında SpO₂:%97 saptandı. Dinlemekle solunum sesleri tabii idi. Biyokimyasal parametrelerinde BK:12900/mm³, nötrofil: %65, platelet:337000/mm³, CRP:4.3 saptandı. Spirometrik değerlerinde FEV₁/FVC %87, FEV₁ %88, FVC %90 sonuçlandı. Çekilen kontrastsız toraks BT görüntülemesinde sağ alt lobda santral yerleşimli infiltrasyon izlenmesi üzerine ikili nonspesifik antibiyoterapi başlanmış (Resim 1a ve 1b). Kontrol kontrastsız toraks BT'de mevcut infiltrasyon sebat etmesi üzerine hastaya bronkoskopi yapıldı. Sol akciğerde yer yer antrakoz dışında patoloji saptanmadı. Sağ akciğer alt lobdan bronş lavajı alındı. Bronş lavaj ARB negatif, nonspesifik kültürde üreme saptanmadı. Sitolojisinde lenfositler ve histiyositler izlenen hiposellüler nondiyagnostik mayi olarak raporlandı. Hastaya malignite ve A-V malformasyon ön tanılarıyla çekilen kontrastlı toraks BT'de sağ akciğer alt lob santral alanda, pulmoner arter ve venler ile ilişkili yaklaşık 5 cm çapa ulaşan A-V malformasyonu düşündürülen tortuoz vasküler yapılar izlendi (Resim 1c ve 1d). Hasta kemoembolizasyon için girişimsel radyolojiye refere edildi.



Tartışma-Sonuç: A-V malformasyon her ne kadar nadir görülse de, iskemik serebrovasküler hastalık, miyokard enfarktüsü, serebral abse, masif hemoptizi ve hemotoraks gibi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Primer ve metastatik akciğer tümörleri, atelektazi, granülomlar, bronkosel ve mukosel ile Tanıda altın standart pulmoner anjiyografidir. Temel tedavi yöntemi embolizasyondur. Başarısız olan olgularda cerrahi düşünülebilir. Tekrarlayan embolizasyonlara dirençli ve özellikle bilateral, yüksek mortalite riski olan vakalarda akciğer transplantasyonu düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Arteriyovenöz, Pulmoner, Malformasyon, Embolizasyon, Vasküler



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-285 Koroner Arter Hastalığı ile İlişkili Diffüz Alveoler Hemoraji Olgusu Sunumu

Emprou Amet¹, Nevin Fazlıoğlu¹

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Göğüs Hastalıkları

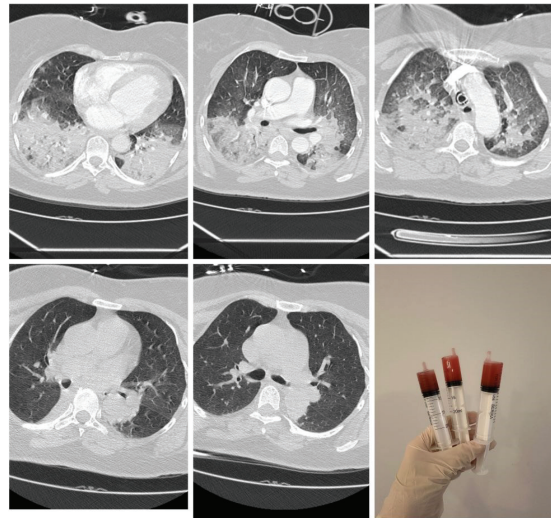
Emprou Amet / Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Göğüs Hastalıkları

Giriş-Amaç: Diffüz alveoler hemoraji (DAH), hemoptizi, öksürük ve ilerleyici dispne ile kendini gösteren ve eritrositlerin alveolar boşlukta birikimi ile karakterize bir sendromdur. Bu olguda bilinç bulanıklığı ile acile başvuran DAH tanısı alan hasta sunulmaktadır.

Olgu: 54 yaşında kadın hasta, bilinç bulanıklığı nedeniyle acil servise başvurdu. Acilde MR görüntüleme sırasında senkop gelişen ve arter kan gazında solunumsal asidoz ve hipoksemi saptanan hasta, sedasyon uygulanarak entübe edildi. Bilinen akciğer hastalığı öyküsü bulunmazken, eşlik eden komorbiditeleri arasında koroner arter hastalığı, kalp kapak disfonksiyonu ve kronik kalp yetmezliği olduğu öğrenildi. Fizik muayenede hastanın kan basıncı 200/120 mmHg, nabız 110/dk, solunum sayısı 25/dk ve vücut ısısı 36.6°C olarak ölçüldü. Laboratuvar bulgularında, arter kan gazı analizi ciddi solunumsal ve metabolik asidoz ile hipoksemiye işaret etmekteydi (pH: 6.99, pO₂: 51 mmHg, pCO₂: 94 mmHg, HCO₃⁻: 18 mmol/L, oksijen saturasyonu: %50). Tam kan sayımında hemoglobin düzeyi 10.2 g/dL, D-dimer negatif, pro-BNP ise 1342 pg/mL olarak saptandı. Acil EKO değerlendirmesinde EF %35, orta derecede mitral yetmezlik, hafif sağ ventrikül dilatasyonu tespit edildi. Toraks BT incelemesinde, her iki akciğerde alt lob bazallerinde belirgin olmak üzere santral yerleşimli, periferlerin korunduğu, yer yer konsolidasyon ile seyreden yaygın buzlu cam opasiteleri ve konsolide parankim alanları izlendi. Hasta DAH ön tanısı ile hasta yoğun bakıma yatırıldı. BAL sıvısının hemorajik karakterde olması, DAH tanısını destekleyen en önemli bulgulardan biri olarak değerlendirildi. Hastaya CPAP desteği sağlandı ve yüksek doz kortikosteroid tedavisi (80 mg/gün metilprednizolon) başlandı. Takipleri sırasında hemoglobin düzeyi 8.7 g/dL'ye geriledi. Hastanın kardiyak tedavisi düzenlendi, solunumsal ve hemodinamik parametreleri stabilize olduktan sonra taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç: Diffüz alveoler hemoraji (DAH), hafif semptomlardan hızla ilerleyen solunum yetmezliği ve mortaliteye kadar geniş bir klinik sergileyebilir. Bu olgu, hipertansif kriz ve kardiyak disfonksiyonun tetiklediği non-immün DAH vakalarına dikkat çekmektedir. Santral yerleşimli alveoler infiltrasyonlar ve BAL'da hemorajik sıvı saptanması tanıyı desteklemiştir. Kardiyovasküler nedenlere bağlı gelişen DAH, immün kaynaklı DAH vakalarına kıyasla daha nadir görülmekle birlikte, erken tanı ve uygun yönetim hayati önem taşımaktadır. Bu olgu, hipertansif kriz ve kardiyak disfonksiyonun tetiklediği DAH vakalarında, kortikosteroid tedavisinin yanı sıra altta yatan kardiyak disfonksiyonun yönetiminin de tedavinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini vurgulamaktayız.

diffüz alveoler hemoraji



Tedavi öncesi ve sonrası hastanın tomografi bulguları

Anahtar Kelimeler: hemoraji, koroner arter hastalığı

PS-286 Pulmoner Hipertansiyonla Takip Edilen Hastada Tedavinin Ekokardiyografi ve Solunum Fonksiyon Testine Yansıması

Zehra Kumkumoğlu¹, Sıla Begüm Gölcük Gök¹, Elif Akıncı Aydın¹, Esra Aktekin Soydan¹, Deniz Doğan Mülazimoğlu¹, Serhat Erol¹, Turan Acıcan¹

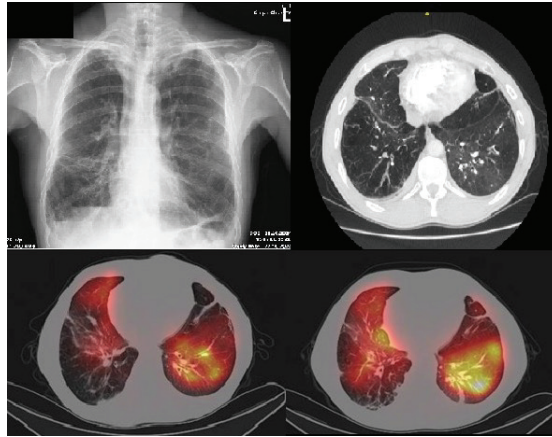
¹Ankara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Zehra Kumkumoğlu / Ankara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Pulmoner hipertansiyon (PH), pulmoner arter basıncının artışıyla karakterize ve birçok klinik duruma eşlik edebilen heterojen hastalık grubudur. Tedavi için PH grubunun belirlenmesi önemlidir. Çoklu morbiditeleri olan hastada gruplandırmayı sağlamak her zaman kolay olmayabilir. Biz de kliniğiyle uyumsuz pulmoner arter basıncı olan bir hastayı bunu hatırlatmak amacıyla sunuyoruz.

Olgu: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve reflü tanıları olan 51 yaş erkek hasta, 3 aydır olan halsizlik, yorgunluk şikayetine mMRC2 düzeyinde nefes darlığı eklenmesi üzerine kardiyoloji polikliniğine başvurmuş. Yapılan ekokardiyografide (EKO) sistolik pulmoner arter basıncı (sPAB) 90 gelmesi üzerine göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hasta PH etiyolojisi araştırma amaçlı yatırıldı. Solunum seslerinde ekspiryum uzamıştı, ek patoloji saptanmadı. Oda havasındaki kan gazında parsiyel oksijen basıncı 52,7 oksijen saturasyonu 87,4 olması üzerine hastaya oksijen tedavisi başlandı. 30 paket-yıl sigara öyküsü olan hastaya solunum fonksiyon testi (SFT) yapıldı. İlk SFT’de zorlu ekspirasyon hacmi (FVC) %76, 1. saniye zorlu ekspirasyon hacmi (FEV1) %34, oranları %47 olarak sonuçlandı. SFT’de obstrüksiyon saptanmasıyla tedaviye bronkodilatör de eklendi. İlk EKO’da sPAB 90 olan, bir hafta oksijen ve kısa etkili bronkodilatör tedavisi alan hastanın yapılan kontrol EKO’da sPAB 60’a gerilemiş saptandı. Bilgisayarlı tomografisinde(BT) yaygın amfizematöz görünümü olan genç hastanın serum alfa-1 antitripsin düzeyi düşüktü, alfa-1 antitripsin genetik testi PI*M malton heterozigot pozitif gelen hastanın aile taraması yapıldı ve hastaya intravenöz alfa-1 proteinaz inhibitörü tedavisi başlandı. 6 aylık tedavi sonucunda hastanın FEV1’inde 0,99 L’den 1,30 L’ye anlamlı artış görüldü. Hastanın ventilasyon perfüzyon sintigrafisinde hipoperfüze alanlar (ventilasyonla uyumsuz) saptanmasıyla hastaya pulmoner BT anjiyografi çekildi. Akut PTE ile uyumlu dolun defekti saptanmasa da hastaya antikoagülan tedavi başlandı. 6 ay sonra oksijen ve antikoagülan tedavi sonrası EKO’da sPAB 35’e kadar gerileyen hasta antikoagülan tedavi devamı ve KTEPH? için çekilen son sintigrafisinde perfüzyon defektinde azalma görüldü ancak devam etmekteydi. Bu nedenle uzatılmış antikoagülan tedavisi planlandı. İlk değerlendirmede sPAB 90 mmHg olması ve oksijen, bronkodilatör, alfa-1 antitripsin replasmanı ve antikoagülan tedavileri altında 6 aylık süreçte sPAB değerinin 35 mmHg’ye kadar anlamlı düşüşü, en başta tespit edilen PH’nun grup 3’e eşlik eden akut PTE olduğunu düşündürmektedir.

Vaka radyolojik görüntüleme



Sol üst hastanın başvuru grafisi, sağ üst toraks BT görüntüsü, sol alt antikoagülan öncesi, sağ alt antikoagülan sonrası sintigrafide hipoperfüze alanlardaki azalma

Tartışma-Sonuç: Pulmoner hipertansiyon tanısı ve gruplandırması güç bir hastalıktır. Özellikle çoklu morbiditeleri olan hastalarda kliniğiyle uyumsuz pulmoner arter basıncı değerleri eşlik eden başka hastalık için uyarıcı olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner hipertansiyon, Antikoagülan, Oksijen, Kteph, Pulmoner emboli



PS-287 Tek Taraflı Pulmoner Ödem Olgusu

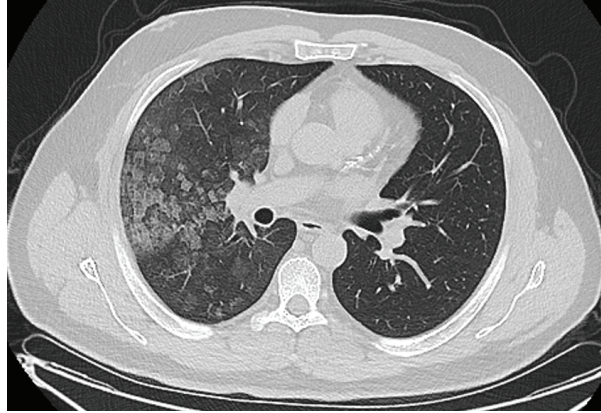
Elif İrem Gürbüz¹, Emine Özsan¹

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Elif İrem Gürbüz / Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Giriş-Amaç: Pulmoner hemoraji ve pulmoner ödem, klinik ve radyolojik olarak birbirine karışabilecek iki ayrı durumdur. Pulmoner ödem nedenleri arasında kalp yetmezliği, viral ve atipik pnömoniler ile vaskülit gibi hastalıklar en sık görülenlerdir. Genellikle pulmoner ödem radyolojik olarak bilateral akciğer tutulumu şeklinde görülse de, nadiren tek taraflı tutulumla rastlanır. Bu atipik radyolojik görünümle uzamış lateral dekübit pozisyonu, pulmoner emboli, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Swyer-James sendromu, tek taraflı veno-oklüzif hastalıklar, atrial miksoma ve mitral kapak hastalıkları gibi durumlarda ortaya çıkabilir.

Olgu: Pembe renkli kanlı balgam, göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetleri ile başvuran 42 yaşındaki erkek hasta, alveolar hemoraji ön tanısıyla tarafımıza yönlendirilmiş. Dış merkezde tansiyonu yüksek ölçülmüş, antihipertansif ve bronkodilatör tedavi uygulanmış. Hasta tarafımıza başvurduğunda şikayetlerinin tekrarlamadığı öğrenildi. Hastanın diyabet, hiperlipidemi ve gut hastalıkları mevcut olup 12-13 paket/yıl sigara kullanımı, ayda 1-2 kez alkol ve haftada 1-2 kez nargile tüketimi hikayesi vardı. Aile öyküsünde iskemik kalp hastalığı bulunduğu öğrenildi. Solunum muayenesinde sağ akciğer sesleri sola oranla azalmış olup diğer sistem muayeneleri olağandı. Oda havasında saturasyonu %99, nabız 80/dakika olarak ölçülmüştür. Kan değerleri normal sınırlarda bulunmuş, toraks bilgisayarlı tomografide (BT) sağ akciğerde yaygın buzlu cam alanları ve sentriasiner dansiteler (alveolar hemoraji? pnömoni?) gözlenmiştir. Hastanın mevcut bulguları ile ön planda kardiyak nedenlere bağlı pulmoner ödem tablosu düşünülmüş olup kardiyoloji bölümüne yönlendirilmiştir. Yapılan ekokardiyografide EF: %60, PAB: 15+3 mmHg ve mitral kapakta ekojenite artışı (romatizmal süreç?) saptanmıştır. Koroner anjiyografi (KAG) sonucunda hastaya kalp ve damar cerrahisi tarafından bypass ameliyatı planlanmış ve bu süreçte diüretik tedavi uygulanmıştır. Preoperatif kontrol toraks BT'de sağ akciğerdeki buzlu cam alanlarının tamamen kaybolduğu gözlenmiştir.



Figür 1. Tek taraflı pulmoner ödem.

Tartışma-Sonuç: Akut pulmoner ödem; akut koroner iskemik kalp yetmezliğinin dekompanseasyonu, aritmi, akut kapak bozukluğu veya hacim yüklenmesi sonucu gelişebilir. Bu olguda, iskemik kalp hastalığına bağlı pulmoner ödem gözlenmiştir. Diüretik tedavi ile pulmoner ödem gerilemiş ve altta yatan hastalığa yönelik bypass ameliyatı yapılmıştır. Kardiyojenik akciğer ödemi klasik radyolojik görünümünden farklı olarak tek taraflı lokalize infiltrasyonlar şeklinde ortaya çıkabilir. Bu nedenle atipik tutulumlar konusunda dikkatli olunması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hemoptizi, Pulmoner ödem, İskemik kalp hastalığı

PS-288 Genç Bir Olguda Nadir Görülen Klippel-Trenaunay Sendromuna Bağlı Gelişen Tekrarlayan Pulmoner Embolilerle seyreden Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon

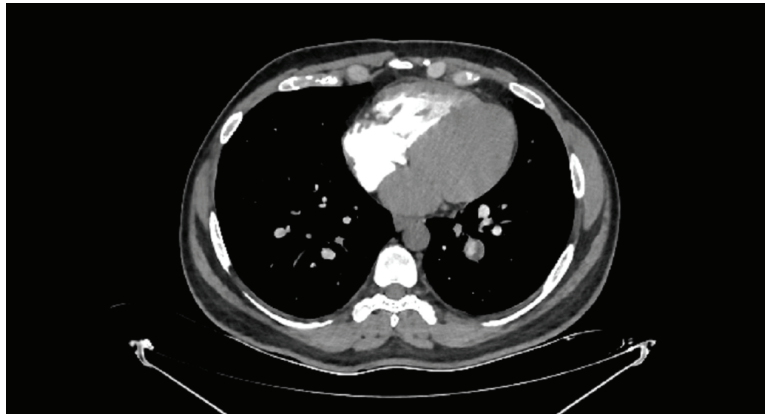
Sıtar Güneş¹, Bünyamin Sertoğullarından¹, Melike Yüksel Yavuz¹, Muzaffer Onur Turan¹, Ceyda Anar¹

¹Izmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD

Sıtar Güneş / İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD

Giriş-Amaç: Klippel-Trenaunay sendromu doğumda (konjenital) bulunan ve belirli kan damarlarının, yumuşak dokuların (deri ve kaslar gibi), kemiklerin ve bazen lenf sisteminin gelişiminde sorunlar içeren nadir bir hastalıktır. Başlıca özellikleri arasında pembe ile kırmızimsı mor arasında değişen renkte kırmızı bir doğum lekesi (port-wine stain), atipik damar veya lenf gelişimi (malformasyonlar) ve doku ve kemiklerin aşırı büyümesi bulunur. Bu bulgular çoğunlukla bir bacağı etkiler ancak bir kolda veya başka bir yerde de görülebilir. Burada bu sendroma sahip genç olguda gelişen KTEPH olgumuzu sunuyoruz.

Olgu: 24 yaş erkek olgu, ilk pulmoner emboli tanısını Eylül 2018 de almış ve daha sonra 5 emboli atağı geçirmiş olup KTEPH tanısıyla takibe alınmış olup nefes darlığı yakınması ile başvurdu. Doğuştan sağ bacakta Klippel Trenaunay Sendromu tanısı mevcut idi. Özgeçmişinden Nisan 2019 da ikinci PTE atağı sonrası Rivaroksaban tedavisi başlandığı ve 2020 yılında tekrar PTE atağı yaşaması üzerine dış merkezde endarterektomi operasyonu yapıldığı ve sonrası Riosiguat başlandığı öğrenildi. Tedaviye uyum sağlayamayan hasta Riosiguatı kısa süre kullandı. Haziran 2021 yılında 4. emboli atağı görülen hastanın ekokardiyografisinde EF%60, PAB:30mmHg, sağ yapılar Normal izlendi. Şubat 2022 yılındaki ekokardiyografide ise PAB:45mmHg ve sağ yapılar dilate olarak raporlanması üzerine KTEPH tanısıyla hastaya sağ Kalp Kateterizasyonu yapıldı. Hastanın tedavisinde rivaroksaban kesilip kumadin tedavisi başlandı. Mart 2023 yılındaki toraks Anjio bilgisayarlı tomografisinde sağda üst ve alt loblara giden pulmoner arterde dolun defekti görüldü ve bir yıl önceki pulmoner arter toraks angiografisinde olmayan sağ üst loba giden dolun defektinin yeni oluştuğu görüldü ve 5. Emboli atağı olarak düşünüldü. (Resim 1). Yeni ekokardiyografisinde sağ yapılar dilate PAB: 54 mmHg ölçüldü. Hastaya tekrar sağ kalp kateterizasyonu yapıldı (PAB:58.33'tü). Kasım 2024 'te riosigulat tedavisi yeniden başlandı. Tekrarlayan embolilerin kaynağı 2018 yılından beri sağ bacakta 30*15 cm boyutundaki arteriovenöz malformasyon olduğu tespit edilen hastaya Sirolimus tedavisi önerildi. Sirolimus tedavisini kabul atmeyen hastaya dış merkezde Perkütan Translüminal Anjioplasti operasyonu uygulanmış ve hasta antikoagülasyon tedavisi ile takibe alınmıştır.



Tartışma-Sonuç: Genç hastalarda da gelişebilen tekrarlayan pulmoner embolilerle seyreden ve pulmoner embolinin önemli bir komplikasyonu olan KTEPH'e yol açan risk faktörleri arasında doğuştan ortaya çıkan nadir bir hastalık olan Klippel-Trenaunay Sendromunu da vurgulamış olduk.

Anahtar Kelimeler: Klippel-Trenaunay Sendromu, Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon, Pulmoner Emboli, Riociguat



PS-289 Eozinofilik Granülomatozi Polianjitis: Tanıdan Tedaviye İki Olgu

Ömer Kağan Gül¹, Zehra Dilek Kanmaz¹, Eda Kahraman¹, Tuğçe Türk¹, Merve Bayrak¹,
Kadriye Nazlı Kara¹, Ramazan Eren¹

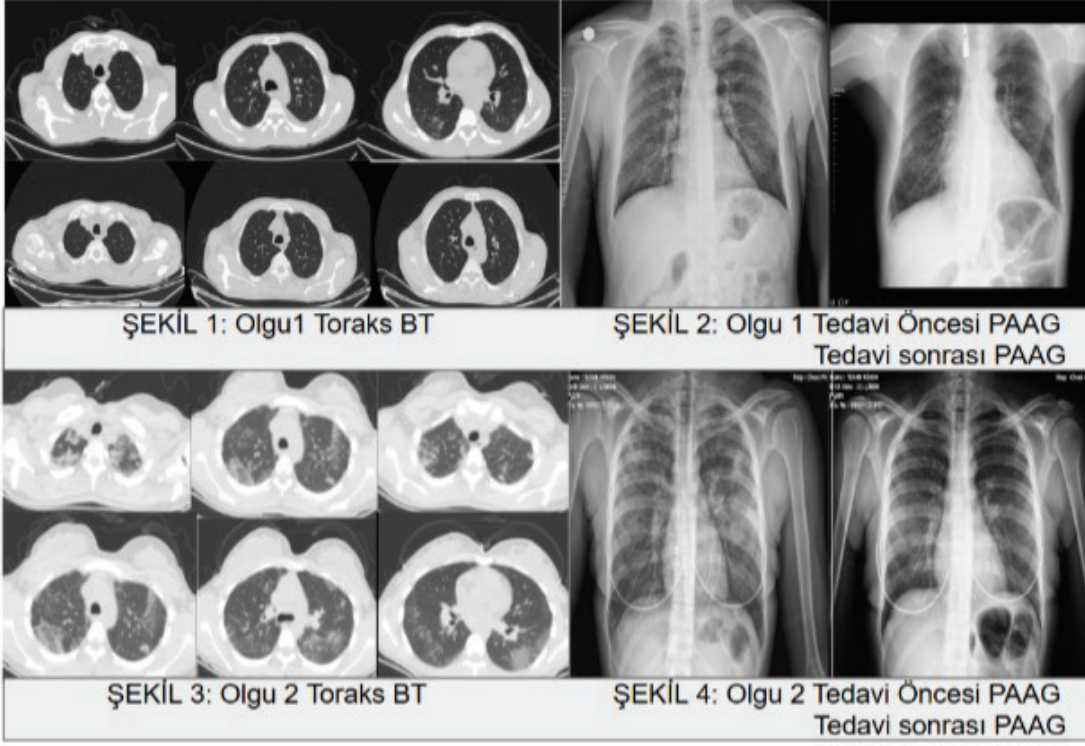
¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ömer Kağan Gül / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Eozinofilik Granülomatozis Polianjitis (EGPA), küçük ve orta çaplı damarları tutan, nadir görülen nekrotizan bir vaskülitir. Tanı, sıklıkla astımın kontrol edilememesi, periferik kan eozinofili (>%10), sinüzit, pulmoner infiltratlar, nöropati ve diğer organ tutulumları ile kendini gösterir. EGPA'nın tedavisinde kortikosteroidler ve ciddi organ tutulumlarında immünsupresif ajanlar ve biyolojik tedaviler (örneğin, mepolizumab) kullanılmaktadır. Bu çalışmada, EGPA tanısı olarak takip edilen ve farklı klinik seyirler gösteren iki olgu sunulmaktadır.

Olgu: Olgu 1: Astım tanısı ile takip edilen 41 yaşında erkek hasta, öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Laboratuvar tetkiklerinde eozinofil sayısı: $1,85 \times 10^9/L$ (%13) olarak saptandı. PR3-ANCA: 123 RU/mL (pozitif) sonuçlandı. Kontrolsüz astım öyküsü, periferik eozinofili ve PR3-ANCA pozitifliği varlığı nedeniyle EGPA ön tanısı düşünüldü ve ileri tetkik amacıyla toraks ve paranazal sinüs BT çekildi. Toraks BT'de bilateral yamasa buzlu cam opasiteleri ile minimal perikardiyal ve plevral efüzyon saptandı (Şekil 1). Paranasal sinüs BT'de pansinüzit bulguları gözlemlendi. Kardiyak değerlendirmede ek patoloji saptanmadı. Hastaya EGPA tanısı ile 0,5 mg/kg/gün metilprednizolon tedavisi başlandı. Bir ay sonra hastanın sol kolda uyuşma şikayetleri gelişmesi üzerine istenen Elektromiyografi (EMG) incelemesinde polinöropati ile uyumlu bulgular tespit edildi. Kortikosteroid tedavisine rağmen klinik yanıtın yetersiz olması nedeniyle rituksimab tedavisi başlandı. Ayrıca belirgin eozinofili nedeniyle IL-5 antagonisti benralizumab uygulandı. Hasta, bir yıllık takip sürecinde remisyonda olup tedavisi devam etmektedir (Şekil 2). Olgu 2: Astım tanısı ile takip edilen 20 yaşında kadın hasta, öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Laboratuvar incelemelerinde eozinofil sayısı: $17,95 \times 10^9/L$ (%71) değerlendirildi. PR3-ANCA: 154 RU/mL (pozitif) saptandı. Kontrolsüz astım öyküsü, periferik eozinofili ve PR3-ANCA pozitifliği nedeniyle EGPA ön tanısı düşünüldü çekilen toraks BT'de bilateral akciğerde yamasa buzlu cam opasiteleri izlenirken, paranasal sinüs BT'de pansinüzit bulguları tespit edildi. Kardiyoloji ve nefroloji muayenelerinde patoloji saptanmadı. Hastanın kolda uyuşma şikayeti olması nedeniyle istenen EMG incelemesinde asimetrik motor ve duyuşal liflerin etkilendiği mononöritis multipleks ile uyumlu bulgular saptandı. Hastaya EGPA tanısıyla 0,5 mg/kg/gün oral prednizolon tedavisi başlandı. Takiplerinde prednizolon dozu kademeli olarak azaltılarak 8 mg/gün olarak düzenlendi. Ayrıca periferik eozinofili nedeniyle IL-5 antagonisti benralizumab tedavisi başlandı. Hasta, iki yıllık takip sürecinde remisyonda olup tedavisi halen devam etmektedir (Şekil 4).

Görüntüleme



Tartışma-Sonuç: EGPA'nın klinik seyri oldukça heterojendir ve hastalar sıklıkla pulmoner, nörolojik, dermatolojik ve kardiyovasküler sistem bulguları ile başvururlar. EGPA tedavisinde kortikosteroidler temel olmakla birlikte, immünsüpresif ajanlar ve IL-5 inhibitörleri etkili seçeneklerdir. Olgularımızda kullanılan benralizumab, eozinofiliyi baskılayarak başarılı bir klinik yanıt sağlamıştır. EGPA'nın klinik heterojenitesi göz önüne alındığında, biyobelirteçlerin yönlendirdiği bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Churg-Strauss, EGPA, Eozinofilik Akciğer Hastalıkları, Pulmoner Vasküler Hastalıklar



PS-291 Hemoptizili Hastada Diffüz Alveolar Hemoraji

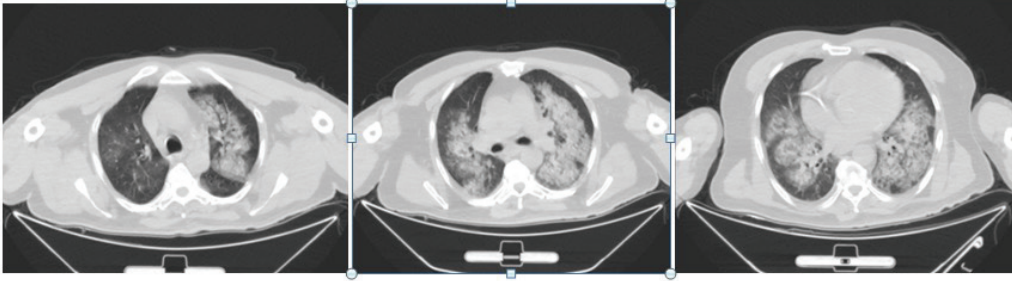
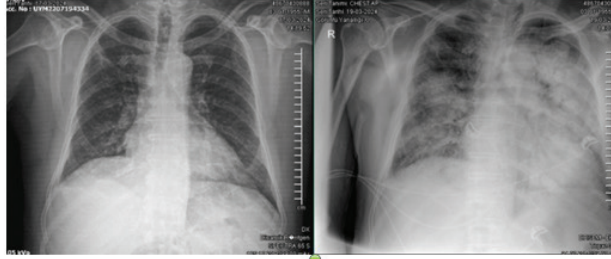
Başak Cansu Baran¹, Gül Erdal Dönmez¹, Ezgi Ümran Toraman¹, Görkem Feyzullahoğlu¹, Murat Kavas¹, Dildar Duman¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Başak Cansu Baran / Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

Giriş-Amaç: Alveoler hemoraji dispne, hemoptizi, akciğer grafisinde yaygın bilateral alveoler infiltratlar ve anemi ile karakterize bir grup hastalığın neden olduğu bir durumdur. Pulmoner hemoraji pulmoner ve ekstrapulmoner hastalıkla ilişkili olabilir.

Olgu: 69 yaşında erkek hasta Koroner Arter Hastalığı tanısı var, Tekli Asetil Salisilik Asit kullanıyor. 50 paket/yıl sigara anamnezi var. Öksürük, halsizlik şikayetleriyle acil servise başvurdu. SpO₂:%97 (Fio₂:%21) PAAG'de sağ akciğer üst zonda konsolidasyon? sekel lezyon? CRP:324 Hgb:11.4g/dl Wbc:14.200 görüldü. Pnömoni ön tanısıyla yatırıldı. Takiplerinde hemoglobinde düşüş görüldü. Kanama odağı sorgulandı. Yarım çay kaşığı hemoptizisi olduğu öğrenildi. Kanama ve hemogram takibi yapıldı. Vitalleri stabil, oda havasında takibine devam edildi. Hemoptizide artış görülmedi. 48 saatte hemoglobin 11.3g/dl'den 8.4 g/dl'ye düştü. Odak açısından Toraks ve Abdomen BT çekildi. Toraks BT'de bilateral yaygın konsolidasyonlar alveolar hemoraji lehine değerlendirildi. Oda havasındaki hastada oksijen ihtiyacı gelişti. Arter kan gazında hipokapnisi mevcuttu. Rezervuarlı maskeyle 16 lt/dk oksijen ihtiyacı olan hasta Düzey 3 YBÜ'ye nakil edildi. Genel durumu kötüleşen, rezervuarlı maskeyle desatüre, takipneik seyreden hasta oro-trakeal entübe edildi, FOB yapıldı. "İki ana bronştan aktif kan gelişi mevcuttu. Sol bronşial sistemde tüm lob segmentleri kanla doluydu. Aspirasyon sonrası sol alt lobu dolduran aktif kanama gözlemlendi. Sağ bronşial sistemde tüm lob segmentleri kanla doluydu. Sekresyonları aspire edince sağda aktif kanama gözlenmedi." Çift lümenli endotrakeal tüple sağ akciğer korunacak şekilde entübe edildi. %100 FiO₂'ye rağmen derin hipoksisisi mevcut. Balon maske ile havalandırıldı. Hipotansif seyreden hastaya pozitif inotrop desteği verildi, kan replasmanları yapıldı. Hastadan romatolojik ve vaskülit markerler gönderildi. Tüm destek tedavisine rağmen hasta exitus oldu. Kan sonuçları takip edildiğinde C-ANCA 2 pozitif, ANTI PR3 200'ün üzerinde (üst sınır 20) görüldü. Hastanın alveolar hemorajisinin vaskülite bağlı olduğu düşünüldü.



Radyolojik Görüntü

Tartışma-Sonuç: Diffüz Alveolar Hemoraji'de erken tanı ve tedavi hayati önem taşır, tanımlanması ve yönetimindeki ilerlemelere rağmen, yüksek morbidite ve mortaliteye sahip bir durumdur. PAAG'de alveoler infiltratlar, hipoksemi, anemi ve hemoptizi olan her hastada Alveolar Hemoraji'den şüphelenilmelidir. Şüpheli durumda bronkoskopi yapılmalıdır. Erken tanı ve tedavi için sistematik yaklaşım gerekmektedir. Genelde 40 yaş altında görülen diffüz alveolar hemoraji bizim vakamızda literatürün aksine ileri yaşta tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Diffüz Alveolar Hemoraji, Hemoptizi, Vaskülit

PS-292 Orak Hücreli Anemili (OHA) Hastada Akut Göğüs Sendromu (AGS)

Osama Abuzaina¹, Osman Hilmioğlu¹

¹Dr.Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

Osama Abuzaina / Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi

Giriş-Amaç: Giriş: Orak hücreli anemi (OHA), klinik seyri oldukça değişken, bir çok sistemi akut veya kronik olarak etkileyebilen hemoglobinopatidir. Pulmoner damarlardaki vazo-oklüzyon nedeniyle oluşan akut toraks sendromu (ATS) OHA'nın akut komplikasyonlarından ve bu hastalarda mortalitenin ikinci en sık nedenidir.

Olgu: Olgu: Kırk sekiz yaşında kadın hasta, OHA nedeniyle hematoloji tarafından takip edilmekteydi. Yeni gelişen solunumsal yakınmalar nedeniyle tarafımıza başvurdu. Ateş, öksürük, nefes darlığı şikayetleri mevcuttu. Posterio-anterior akciğer grafisinde (PAAG) iki taraflı alt zonlarda belirgin heterojen opasite artışı izlendi. Hospitalizasyonu kabul etmeyen hastaya oral antibiyoterapi başlandı. Tedaviye rağmen iyileşmemesi üzerine hastaneye yatırıldı. Geniş spektrumlu antibiyotik, profilaktik antikoagülan tedavisi verildi. Hastanın şiddetli karın ağrısı olması nedeniyle hematolojiye danışıldı. İntravenöz hidrasyon, ağrı kesici ve kan transfüzyonu önerildi, cross uyumsuzluğu nedeniyle kan nakli yapılamadı. Yoğun ağrı kesiciye rağmen ağrısı devam eden hastada solunum sıkıntısı artması üzerine yoğun bakıma alındı. Kısa bir süre sonra ani kardiyak arrest gelişen hasta etkin kardiyopulmoner resüsitasyona yanıt vermedi, exitus oldu.

Tartışma-Sonuç: Tartışma: ATS mortalitesi yüksek OHA'nın akut bir komplikasyonudur, yeni gelişen radioopasiteler, solunumsal yakınmalar ve bazen ateş ile karakterize bir durumdur. Pulmoner damar sistemindeki vazo-oklüzyon nedeniyle oluşur. Hipoksinin derinleşmesiyle ve hemoglobinin deoksijenizasyonu ile eritrositlerin oraklaşmasına neden olur ve bu da daha fazla vazo-oklüzyona, iskemiye ve endotel hasarına neden olabilir. Akut göğüs sendromu hızla ilerleyebilir ve orak hücreli anemisi olan hastalarda en yaygın ölüm nedenlerindedir. Erken tanı ve tedavi mortaliteyi azaltmaktadır, Akut göğüs sendromunun tedavisi, hastalığın hızlı ilerlemesi nedeniyle başlatıldıktan sonra agresif olmalıdır, tedavide ağrı kontrolü, intravenöz sıvılar, antibiyotikler, gerektiğinde oksijen desteği ve kan transfüzyonu yapılmaktadır. Pulmoner tutulum ile başvuran orak hücreli anemili hastalarda multidisipliner yaklaşım, hematoloji kliniği ile işbirliği oldukça önemlidir. OHA tanısı göz önünde bulundurularak non-enfeksiyöz nedenler de akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Orak hücreli anemi, akut toraks sendromu



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

➔ 11 Nisan 2025, Cuma

Poster Bildiri Oturumu 16: Klinik Sorunlar

PS-293 Antikoagülen Kullanımına Bağlı Rektus Kılıf Hematomu

Veysi Tekin¹, Esra Kada¹, Süheyla Kaya²

¹Dicle Üniversitesi

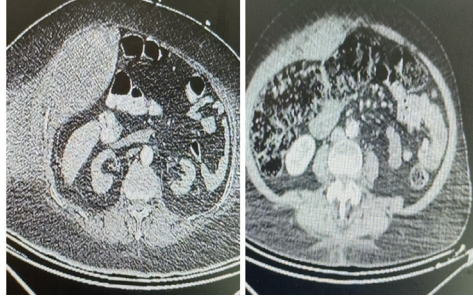
²Diyarbakır Selahattin Eyyübi Devlet Hastanesi

Veysi Tekin / Dicle Üniversitesi

Giriş-Amaç: Antikoagulan tedavi; pulmoner tromboemboli (PTE) tanılı hastaların tedavisinde kullanılmaktadır. Bu amaçla tedavide düşük molekül ağırlıklı heparin veya oral antikoagülen tedavi kullanılmaktadır. Bu tedavi kanama riskinde artışı beraberinde getirmektedir. Rektus kılıf hematomları antikoagulan tedavinin bilinen bir komplikasyundur ve potansiyel mortalite ve morbidite kaynağıdır. Rektus kılıf hematomu nadir görülen bir durum olup, anterior rektus abdominis kılıfının içindeki epigastrik damarların rüptürü veya rektus kas liflerinin yırtılması nedeni ile kanın rektus kılıfı içinde toplanması sonucu oluşur. Biz de PTE tanılı iki hastanın rivaroksaban kullanımına bağlı, diğerinde coumadin kullanımına bağlı gelişen rektus kılıf hematomlu vakaları paylaşmak istedik.

Olgu: OLGU 1 Altmış yedi yaşında kadın hasta hastanemizin acil servisine karın ağrısı ile getirildi. Hastanın özgeçmişinde PTE+DVT +KBH+HT tanıları mevcut. Hasta PTE tedavisi için kumadin kullanmaktaydı. Hastanın FM' de sağ üst kadranda ağırlı bir kitle saptandı. Hastanın saturasyonu 86 idi. Laboratuvar değerlerinde ise hemoglobin değeri 8,6 g/dl, INR 3,5 idi. PTE ve DVT tanıları olup kumadin kullanan hastaya batin BT anjiyo çekildi. ABDOMİNAL BT : Batin sağ üst kadranda göğüs duvarı anterolateralinde 134x96 mm ebatlı, içerisinde seviyelenme veren dansitelerin de bulunduğu dev kitle lezyonu izlendi (hematom?) Hasta embolizasyon ve ultrason eşliğinde drene edilmek üzere girişimsel radyolojiye danışıldı. Hastaya drenaj uygulandı. DVT ve PTE si olan hasta yoğun bakım servisimizde stabil olarak takip edilmektedir. OLGU 2 Altmış dört yaşında kadın hasta acil servisimize karın ağrısı ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde RA, HT , PTE tanıları vardı. Hasta Xarelto, Plaquenil, Dalton , Xeljanz kullanmaktaydı. Hastanın FM' de sağ üst kadranda ağırlı bir kitle saptandı. Hastanın saturasyonu 86 idi. Laboratuvar değerlerinde ise hemoglobin değeri 10 g/dl, INR değeri ise 1,1 olarak bulundu. Diğer biyokimyasal değerleri ise normal sınırlardaydı. Karın ağrısı olan hastaya abdominal BT anjiyo çekildi. ABDOMİNAL BT: Rektus kası hacimliydi ve yaklaşık 48 mm kalınlığa ulaşmakta olup seyiri boyunca kalın ve heterojen görünümündedir rektus kılıf hematomu olarak değerlendirildi. Hasta girişimsel radyolojiye danışıldı. Hastaya ek bir müdahale düşünülmeydi. Hasta takip ve tedavi amaçlı servisimizde yatmaktadır.

Rektus kılıf Hematomu



Sırasıyla olgu1 ve olgu 2

Tartışma-Sonuç: PTE' de antikoagülen tedavi alan hastalarda oluşturabileceği akut kanamalar yakından takip edilmelidir. Nitekim akut hemorajik kanama sıklığı az olsa da mortalite riski yüksektir. Sonuçta antikoagülen kullanımı komplikasyonlarıyla önemli bir morbidite ve mortalite etkeni olup multisistemik yaklaşım oldukça önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Antikoagülen, Rektus kılıf Hematomu, PTE

PS-294 Spontan Pnömotoraks İle Tanı Konulan Bir Olgu: Pulmoner Lenfanjiyomyozitozis

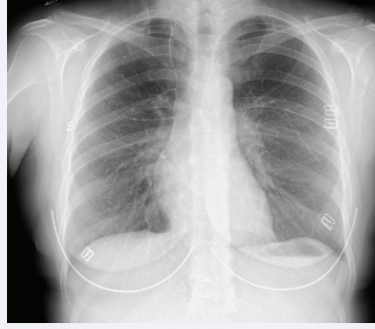
Duygu Uzunođlu¹, Mustafa Çörtük¹, Elif Tanrıverdi¹, Halit Çınarka¹, Erdoğan Çetinkaya¹, Bahar Aydođar¹, Zeynep Güney¹, Umut İlhan¹, Ayşe Koca¹, Ramazan Eren¹

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

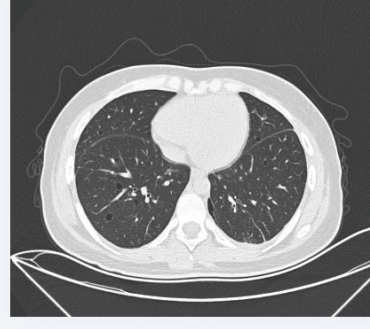
Duygu Uzunoğlu / SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Pulmoner lenfanjiyomyozitozis özellikle genç yaştaki kadınları etkileyen akciğerin kistik hastalıklarındandır. Tuberoskleroz ile birlikteliği sıktır. Patogenezi net olarak ortaya konmamış olsa da düz kas hücre proliferasyonunda görevli TSC1 ve TSC2 genlerinin mutasyonuna bağlı anormal çoğalan LAM hücrelerinin etkisi büyüktür. Spontan pnömotoraks ile gelen ve eforla dispne tarifleyen hastalarda LAM hastalığından şüphelenilmelidir. Tanısında yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografinin yeri büyüktür. Ayrıca vasküler endotelial büyüme faktörü-D düzeyinin 800 pg/mL olması cerrahi biyopsiye gerek kalmadan tanı koydurur. Tedavisinde medikal tedaviler ön plandadır, dirençli vakalarda akciğere nakli de bir seçenektir.

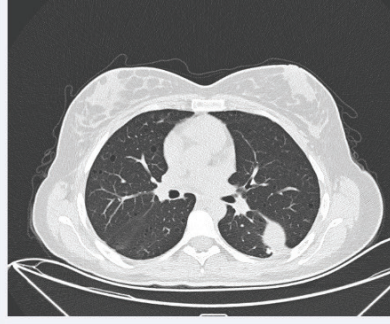
Olgu: Yirmi sekiz yaşında kadın hasta doğum sonrasında başlayan nefes darlığı ve çarpıntı şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Mesleği hemşire olan hastanın astım dışında ek hastalığı yoktu. Hastanın 5 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu, 3 yıldır içmiyordu. 4 yıl önce Şirnak'ta çalıştığı dönemde 2 yıl boyunca toz maruziyeti vardı. Fizik muayenesinde oda havası oksijen saturasyonu %99, nabız dakika sayısı 90 idi. Her iki göğüs duvarında midaksiller hatta torakotomi izleri olan hastanın solunum sesleri bilateral azalmıştı. Çomak parmak ve pretibial ödem yoktu. Üç sene önce spontan pnömotoraks ile tüp torakostomi uygulanan hastanın o dönemde yapılan rezeksiyon patolojisinde herhangi patolojik bulgu saptanmadı. Tarafımıza başvuran hastaya çekilen akciğere grafisinde herhangi bir patoloji saptanmadı. (Resim-1) Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografide her iki akciğerde üst loblarda daha fazla olmak üzere çapı 15 mm'e ulaşan hava kistleri mevcuttu. (Resim-2) Sağ akciğere üst lob apekte içerisinde kalsifikasyonun izlendiği lineer atelektazik bant formasyonu vardı. Sol akciğere fissür trasesinde 28 mm çapa ulaşan ankiste sıvı koleksiyonu mevcuttu. (Resim-3). Yapılan SFT'de FVC:4,05 lt (%71),FEV1: 3,59 lt (%72), FEV1/FVC:%88, DLCO: 13 lt (%46) idi. Romatolojik belirteçleri negatifti ve alfa 1 antitripsin düzeyi normal sınırlarda idi. Hastaya kistik akciğere hastalıkları ön tanısı ile yapılan wedge rezeksiyon sonucunda pulmoner LAM tanısı geldi. Renal ultrasonografi yapılan hastada patoloji bulgu saptanmadı. Hastaya m-TOR inhibitörü olan sirolimus ilacı başlandıktan sonra hastanın semptomlarında gerileme görüldü. Hastanın poliklinik kontrollerinde HRCT ve VEGD-D serum düzeyi ile takip edilmesine karar verildi.



Resim-1:Akciğer
grafisi



Resim-2: Her iki akciğerde üst
loblarda daha fazla olmak
üzere çapı 15 mm'e ulaşan
hava kistleri mevcuttu.



Resim-3: vardı.Sol akciğer
fissür trasesinde 28 mm çapa
ulaşan ankiste sıvı koleksiyonu

Tartışma-Sonuç: Tekrarlayan pnömotoraks ve tedaviye yanıtız dispnesi olan hastalarda akla pulmoner lenfanjiyomyozitozis gelmelidir. Pulmoner LAM en sık astım, amfizem veya pulmoner hipertansiyon ile karışabilmektedir. En sık klinik bulgusu şilotorakstır. Progresif ilerleyebileceğinden tanısının erken konması ve tedaviye başlanması önemlidir. Tedavisinde medikal tedaviler ve cerrahi tedaviler yer alır.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Lenfanjiyomyozitozis, Spontan Pnömotoraks, Vasküler Endotelial Büyüme Faktörü-D

PS-296 Sağ Üst Paratrakeal Kitle ile Yönlendirilen Ektopik Tiroid Dokusu

Emine Büşra Mahiroğlu¹, Gülistan Karadeniz¹, Ahmet Vedit Maviş¹, Nur Yücel¹

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

Emine Büşra Mahiroğlu / Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Normal tiroid yatağının seviyesi orta tiroid kartilaj kanadı ile dördüncü trakeal kartilaj seviyeleri arasındadır. Ektopik tiroid dokusu, tiroid bezinin primitif foramen çekum tomurcuk tabanından pretrakeal pozisyonuna giderken oluşan anormal migrasyonunun sonucudur. Prevalansı % 7-10 arasındadır. Lingual tiroid dokusu tüm anomalilerin %90'ını meydana getirirken ektopik mediastinal tiroid dokusu %1'den az oranda izlenir. Kadınlarda daha yaygındır; özellikle 45 yaşın üzerinde 5000 hastada 1 izlenmektedir. Çoğunlukla göğüs radyografisinde insidental olarak saptanır. Trakea basısı nedeniyle öksürük, damar basısı nedeniyle egzersizle nefes darlığı olan semptomatik olguların tedavisi cerrahidir.

Olgu: 51 yaşında kadın hasta bir haftadır olan öksürük, göğüs ve sırt ağrısı şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. Aktif smoker hastanın öz geçmişinde Koroner Arter Hastalığı, Romatoid Artrit, Geçici İskemik Atak, Total Tiroidektomi ve memede BIRADS3 lezyon mevcuttu. Çekilen akciğer grafisinde sağ paratrakeal alanda dansite artışı izlenmesi üzerine Toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT) istenmiş. Toraks BT 'Sağda mediasten girişinde 39x38 mm ebatlı kitlesel lezyon mevcuttur.' şeklinde raporlanmış. Hastaya Pozitron Emisyon Tomografisi-Bilgisayarlı Tomografi (PET-BT) çekilmiş. PET-BT; 'Sağ memede yaklaşık 10 mm çaplı nodüler lezyonda SUVmax:2.7 tutulum ve mediastende sağ paratrakeal alanda 38*41 mm boyutunda lobüle kitlesel lezyonda SUVmax:1.9 saptanmıştır. Ektopik tiroid dokusu? açısından Tiroid Sintigrafisi ile değerlendirme yararlı olacaktır.' şeklinde raporlanması üzerine hasta 3. Basamak Devlet Hastanesi'ne yönlendirilmiştir. Hastaya Boyun Ultrasonografisi (USG) ve Tiroid Sintigrafisi çekilmiş. USG'de sol tiroid lojunda 14*12 mm ebatlı düzgün sınırlı içerisinde kistik dejenere alanlar barındıran izo-hipoekoik solid nodül izlenmiş. Tiroid Sintigrafisi; 'USG'de belirtilen solid nodüle ait olduğu düşünülen tutulum izlenmiştir. Sağ anterior mediastene uyan alanda yaklaşık 2.5 cm metabolik çaplı düzgün sınırlı radyofarmasötik tutulum izlendi.' şeklinde raporlanmış. Malignite ekarte edilemeyen hastanın polikliniğimize başvurması üzerine Transtoraksik İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi (TTİAB) istendi. TTİAB patoloji sonucu 'Tiroid dokusu' olarak raporlandı. Hastanın tiroid markerları olağan görüldü. Hasta Göğüs Cerrahisi'ne yönlendirildi.

TTİAB



Mediastendeki lezyona yönelik uygulanan TTİAB işleminin Bilgisayarlı Tomografi görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Ektopik tiroid dokusu hastalarının az bir kısmı hipertiroidik olup çoğunluğu ötiroidiktir. Serum tiroid testleri ve tiroid nükleer tarama tanıda yardımcı olabilir. Sitolojik inceleme olan ince iğne aspirasyon biyopsisi kesin tanı koydurabilir. Ayırıcı tanısında; tiroid kanseri metastazı, malign struma ovarii metastazı, timoma, nöroma, germ hücreli tümör ve diğer metastatik tümörler bulunur. Tiroid disfonksiyonu olan ve akciğerinde soliter nodülü bulunan özellikle kadın hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken bir patolojik durumdur.

Anahtar Kelimeler: ektopik tiroid dokusu, paratrakeal kitle



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-298 Kemoterapi Port Katateri Malpozisyonu Sonucu Gelişen Kemoterapötik Plevral Efüzyon: Literatürdeki 3. Olgu

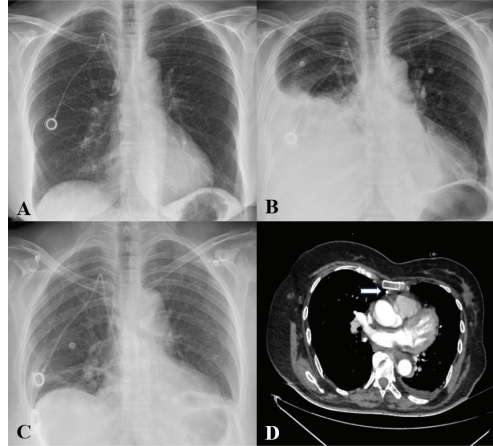
Batuhan Rıza Ecer¹, Edward Hassan Bakalı¹, Rza Mammadov¹, Tevfik İlker Akçam¹

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi ABD

Batuhan Rıza Ecer / Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi ABD

Giriş-Amaç: Plevral efüzyon parietal ve visseral plevra arasında sıvı birikimi şeklinde tanımlanmaktadır. Plevral efüzyon altta yatan sebebe göre transuda ya da eksuda vasfında görülebilir. Kemoterapi port katateri uygulamasının erken dönem komplikasyonlarına hemopnömotoraks, malpozisyon, aritmi, kardiyak perforasyon örnek verilebilir. Bu olguda yakın zamanda kemoterapi port katateri uygulanmış ve port kataterinden ilk kez kemoterapi uygulanan hastada kemoterapötik plevral efüzyon saptanması ve katater sonlanım noktasına bağlı oluşan bu komplikasyonun tedavisi sunulmaktadır.

Olgu: 64 yaşında, bilinen atriyal fibrilasyon, hashimoto tiroiditi, pankreas kanseri tanıları ve periferik venöz kanülle kemoterapi uygulanma öyküsü olan hastaya kemoterapi tedavisinin devamı amacıyla subklavyen port katateri uygulanmış (Resim 1A). Hasta subklavyen port kataterinden ilk kez kemoterapi uygulanması sonrasında gelişen öksürük ve dispne şikayetleriyle hastanemiz acil servisine başvurmuş. Hastanın posteroranterior akciğer grafisinde sağ hemitoraks alt zonda plevral efüzyon (Resim 1B) izlenmesi üzerine tarafımıza konsülte edildi. Hasta ilk değerlendirmede takipneik, taşikardik ve hipertansifti. Hastanın sağ hemitoraksına plevral efüzyona yönelik plevral drenaj katateri uygulandı ve 3000cc seröz vasıfta sıvı kademeli olarak drene edildi. Hastada drenaj sonrası klinik rahatlama sağlandı. Plevral drenaj katateri uygulaması sonrası posteroranterior akciğer grafisinde sağ hemitorakstaki plevral efüzyon regrese izlendi (Resim 1C). Mevcut plevral efüzyon; şeffaf rengi ve plevral sıvı örneğinin biyokimyasal değerlendirilmesinin pH 8, total protein <2 g/L, albümin <2 g/L, LDH 21 U/L, amilaz <3U/L, glukoz 699mg/dL olarak sonuçlanması sebebiyle subklavyen port katateri vasıtasıyla uygulanan kemoterapötiklerin plevral boşlukta birikimi olarak düşünüldü. Hasta kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografi (BT) ile değerlendirildi. Hastanın BT'sinde " sağ subklavyen venden yerleştirildiği anlaşılan port kataterin prevasküler alanda damar dışında sonlanım göstermekte olduğu" raporlandı (Resim 1D). Medikal tedavisinin devamı açısından medikal onkoloji kliniği tarafınca değerlendirildi. Hastanın port katateri komplikasyonsuz sonlandırıldı. 2 gün sonrasında plevral drenaj katateri sıvı drenajı ve plevral efüzyon izlenmemesi üzerine sonlandırıldı.



Resim 1. A. Subklavyen port katateri uygulanması sonrası posteroranterior akciğer grafisi B. Acil servis başvurusu sonrasındaki ilk posteroranterior akciğer grafisi C. Plevral drenaj katateri uygulanması sonrasındaki kontrol posteroranterior akciğer grafisi D. Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisi aksiyel kesitte subklavyen katater sonlanım noktası

Tartışma-Sonuç: Fiziyojik koşullarda plevral sıvı oluşum ve emilim hızı eşit olması beklendiğinden plevral sıvı miktarı sabittir. Plevral efüzyon ayırıcı tanısında plevral sıvı oluşum ve emilim hızındaki dengeyi bozabilecek patolojik durumlar akla gelmektedir. Olgu, kemoterapi port katateri uygulanmış hastalarda ayırıcı tanıda katater malpozisyonu ve bunun sonucunda uygulanan kemoterapötiklerin plevral boşlukta birikmesinin de göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kemoterapi, Plevral Efüzyon, Subklavyen Port Katateri

PS-299 Kronik Öksürük Nedeni Olarak Nadir Bir Bronş Anomalisi: Trakeal Bronş

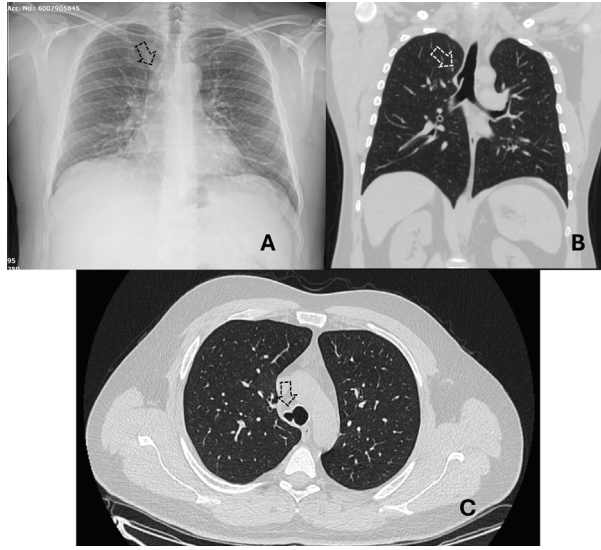
Kadir Yaman¹, Ersin Günay¹

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Kadir Yaman / Ankara Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Trakeal bronş, trakeadan veya ana bronştan ayrılan, nadir görülen konjenital bir ektopik bronş dalıdır. Genellikle asemptomatik seyrederek, ancak bazen solunum yolu şikayetleri sırasında tanı konulur. Bu olgu, iki aydır öksürük ve pürülan balgam şikayetiyle başvuran, trakeal bronş tespit edilen 34 yaşındaki bir erkek hastayı sunmaktadır.

Olgu: 34 yaşında erkek hasta, iki aydır süren öksürük ve balgam şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Hastanın sigara veya alkol geçmişi yoktu, ailesinde akciğer hastalığı bulunmuyordu. Hastanın sorgulamasında alerji öyküsü bulunmamaktaydı. Hastanın daha öncede tekrarlayan öksürük ve balgam şikayetleri mevcuttu. Fizik muayenede akciğer oskültasyonunda sağ orta zonda ral, KBB muayenesinde farenkste hiperemi gözlemlendi. Laboratuvar incelemelerinde ek patoloji saptanmadı. Posteroanterior akciğer grafisinde sağ üst zonda opasite artışı ile uyumlu görünüm saptandı. Bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde trakeadan sağ üst lob hizasında ayrılan, konjenital bir ektopik trakeal bronş tespit edildi (Şekil 1). Ek bir patoloji saptanmadığı için konservatif tedavi uygulandı. Hastanın şikayetleri kontrol altına alındı. Şikayeti düzelen hastada bronkoskopi endikasyonu olmadığı için yapılmadı.



Şekil 1. Akciğer grafisi (A) ve Toraks Tomografisi (B ve C) kesitlerinde trakeal bronş ok işareti ile gösterilmiştir.

Tartışma-Sonuç: Trakeal bronş, nadir görülen bir trakeobronşiyal dallanma bozukluğudur ve ilk olarak 1785 yılında Sandifort tarafından tanımlanmıştır. Bu anomali, trakea henüz sağ ve sol ana bronşa ayrılmadan önce, çoğu zaman trakeanın sağ yan duvarından kaynaklanan bir bronş dalı şeklinde kendini gösterir. Erkeklerde daha sık görülen trakeal bronş, bazen herhangi bir belirti vermezken, kimi zaman akciğer parankim sorunlarıyla veya başka konjenital anomalilerle birlikte de ortaya çıkabilmektedir. Tanıda en önemli araçlar yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi ve bronkoskopedir. BT ile ektopik bronşun tam konumu ortaya konurken, bronkoskopi sayesinde mukozal yapı ve ek patolojiler incelenir. Tedavi, hastanın semptomları ve ek komplikasyonların varlığına göre düzenlenir. Asemptomatik veya hafif yakınması olan olgularda konservatif yaklaşım ve düzenli takip genellikle yeterli olur. Semptomların kontrol altına alınmadığı veya ciddileştiği durumlarda cerrahi ya da endobronşiyal tedavi seçenekleri gerekebilir. Bu olguda konservatif tedaviyle semptomlar kontrol altına alınmıştır. Hasta rutin takibimize alınmıştır. Trakeal bronş, genellikle asemptomatik seyreden, ancak kronik solunum şikayetleriyle kendini gösterebilen nadir bir anomali. Kronik öksürük ve açıklanamayan solunum yolu şikayetleri olan hastalarda bu tür konjenital varyasyonlar dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Trakeal Bronş, Kronik Öksürük, Bilgisayarlı Tomografi

PS-300 Tekrarlayan Pnömoninin Nadir Bir Sebebi: İntralober Pulmoner Sekestrasyon

Bahar Aydoğar¹, Zeynep Güney¹, Erdoğan Çetinkaya¹, Elif Tanrıverdi¹, Halit Çınarka¹, Muzaffer Metin¹, Mustafa Çörtük¹

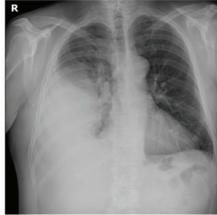
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

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

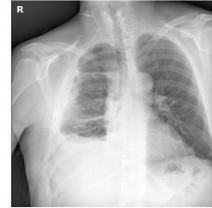
Giriş-Amaç: Pulmoner sekestrasyonlar (PS) normal trakeobronşiyal ağaçla ilişkisi olmayan, kendi sistemik arteri olan, anormal akciğer dokusundan oluşan erişkinlerde nadiren görülen konjenital bir malformasyondur. İntralober (İLS) ve ekstralober sekestrasyon (ELS) olmak üzere iki gruba ayrılırlar. İLS'lar bütün sekestrasyonların %75'inden sorumludur. Sıklıkla sol alt lobda saptanır. PS'ların arteriyel dolaşımı genellikle torasik aorttan sağlanır. PS tanısı genellikle çocukluk çağında konulur. Adolesan ve erken erişkinlik döneminde karşılaşılan hastaların büyük kısmında tekrarlayan enfeksiyonlarla hastalık saptanır. Enfeksiyon olmadığı sürece asemptomatik seyredebilirler. Sunulan olgu İLS'ların erişkin yaş grubunda nadir görülmesi sebebiyle sunulmuştur.

Olgu: 44 yaşında erkek hasta sık pnömoni öyküsü, 3 aydır aralıklı, balgamla karışık kan tükürme ve nefes darlığı ile acilimize başvurdu. 25 p/y sigara öyküsü olan ve Gut dışında ek hastalığı olmayan hastaya son 3 ay içinde iki kez pnömoni nedeniyle antibiyoterapi uygulanmıştı. Muayenesinde sağ alt alanda solunum sesleri azalmıştı. Clubbing yoktu. Oda havası SpO₂:%95, NDS:102/dk'ydı. CRP:273 mg/L, WBC:16000/uL saptandı. PA akciğer grafisinde sağ orta ve alt zonda pleval efüzyon ile uyumlu görünüm (Şekil 1), toraks USG'de 9.5 cm sıvı saptanması üzerine plöroken uygulandı. Hastanın birkaç gün önce dış merkezde çekilmiş Toraks BT Anjiyografisinde sağ akciğer alt lob posterobazal segment pulmoner arterinin desendan aortadan orjin alıp dilate ve tortioz seyrettiği görüldü (Şekil 2). Bulguların İLS ile uyumlu olması nedeniyle sağ alt lobektomi yapıldı. Postop aktif solunumsal şikayeti olmayan hastanın takibine devam edilmektedir.

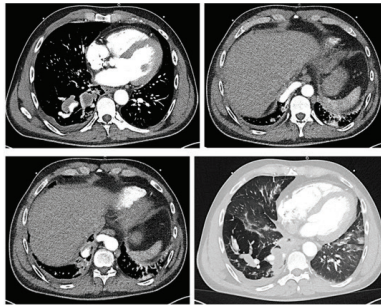
PAAG ve Toraks BT Anjiyografi



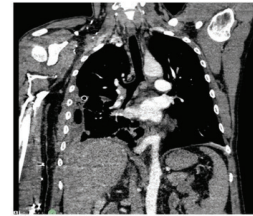
Şekil 1. PA Akciğer Grafisinde sağda pleval efüzyon ile uyumlu görünüm



Şekil 4. Postop PA Akciğer Grafisi



Şekil 2. Toraks BT Anjiyografisi'nde Sağ akciğer alt lob posterobazal segment pulmoner arteri desendan aortadan orjin alıp dilate ve tortioz seyretmektedir. Parankim penceresinde sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte belirgin havalanma artışı mevcuttur.



Şekil 3. Toraks BT Anjiyografisi Koronal Kesit: Sağ akciğer alt lob posterobazal segment pulmoner arterinin desendan aortadan orjin aldığı görüldü.

Tartışma-Sonuç: PS'da enfeksiyon olmadığında PA akciğer grafisinde herhangi bir lezyon saptanamayabilir. Toraks BT'de ise lokalize havalanma artışı, kistik lezyonlar, pnömoni bulguları, pleval efüzyon, hava-sıvı seviyesi izlenen kaviter lezyon saptanabilir. Tanı için en önemli bulgu; sistemik dolaşımdan köken alan besleyici arterin, pulmoner veya sistemik venlere drene olan venin BT anjiyografide gösterilmesidir. Tedavi edilmemiş PS olgularında fungal enfeksiyon, tüberküloz, masif hemoptizi, masif hemotoraks, benign veya malign tümör gibi komplikasyonlar gelişebileceği bildirildiğinden sekestre akciğer dokusunun cerrahi olarak çıkarılması ideal tedavidir.

Anahtar Kelimeler: Ekstralober sekestrasyon, intralober sekestrasyon, kistik lezyon, pulmoner sekestrasyon

PS-301 Kosta Kaynaklı Enkondrom Zemininde Gelişen Kondrosarkom

Faris Dönmez¹, Cenk Balta¹, İsmail Kılıç¹, Ezgi Çelik¹, Şamil Günay¹, Mehmet Tarık Karakaş¹, Özgür Cengiz¹, Ahmet Bülent Kargı¹, Sezen Koçarlan²

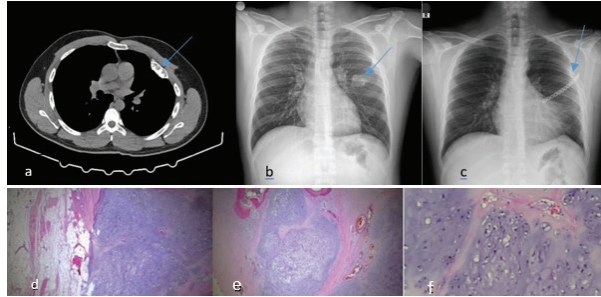
¹Antalya Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Antalya, Türkiye

²Antalya Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, Antalya, Türkiye

Faris Dönmez / Antalya Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Antalya, Türkiye

Giriş-Amaç: Göğüs duvarı yumuşak dokular, kıkırdak ve kemik iskeletten meydana gelir. Bu tümörler vücudun bütün primer tümörlerinin %2'sini, toraksa ait malignitelerin ise %5'ini oluştururlar. Primer tümörlerin %45'i yumuşak dokulardan, %55'i ise kemik ya da kıkırdak dokulardan köken almaktadır. Primer göğüs duvarı tümörlerinin %20'sinin rastlantısal olarak çekilen radyolojik tetkikler de saptandığı belirtilmiştir (1). Radyolojik olarak tanı oldukça zordur. Bu sebeple histopatolojik örnekleme gerekmektedir.

Olgu: Yirmi iki yaşındaki erkek hasta işe giriş muayenesi amacıyla çekilen posterior-anterior (PA) akciğer grafisinde sol 4. kaburga anterior kısmında 4 cm boyutunda opasite izlendi. Çekilen bilgisayarlı tomografisinde (BT) bu lezyonun kemik ve kıkırdak dokudan toraks içerisine ekspansiyon olduğu izlendi. Ardından çekilen pozitron emisyon tomografisinde (PET-BT) sol hemitoraks anteriorunda 4. kostayı ekspansiyon eden kemik yapıda içerisinde kalsifikasyon odaklarının izlendiği 42x28mm boyutunda osteolitik ortas sklerotik non-metabolik lezyon tespit edilen hastaya eksizyon planlandı. Yaklaşık olarak 4cmx3.5cm tümör oluşturma 2cm cerrahi sınır ile rezeksiyon yapıldı ve metalik barlarla rekonstrüksiyon yapıldı. Ameliyat komplikasyonsuz tamamlandı. Hasta postoperatif 3. günde taburcu edildi. Kitle histopatolojik olarak "enkondrom zemininde gelişmiş low grade kondrosarkom" olarak sonuçlandırıldı. Geniş cerrahi sınırla rezeksiyon yapıldığı için torasik onkoloji konseyinde hastaya takip kararı alındı. Şu an 4. Ayında takipte olan hastada nüks saptanmadı.



Resim 1. a: Preop Toraks BT görüntüsü, b: Preop PA akciğer grafisi, c: Postop PA akciğer grafisi d:Enkondrom zemininde kemik korteksini erode eden, kemik çevresi yağ ve bağ dokuya uzanım gösteren, lobüler paternde kondroid alanlardan oluşan low grade kondrosarkom (Grade1) izlenmektedir. (Hemotoksilen Eozin(H&E) x 50 objektif büyütme, Zeiss mikroskop Axiolab 5 model), e: Kemik trabeküllerini kısmen hapseden, lobüler paternde proliferen low grade kondrosarkom izlenmektedir. (H&E x 50 objektif büyütme, Zeiss mikroskop Axiolab 5 model),f: Hyalin kartilaj adalarında artmış selülarite, hafif hücresel atipi ve binükleer kondroid lakünler sergileyen low grade kondrosarkom alanları izlenmektedir. (H&E x 200 objektif büyütme, Zeiss mikroskop Axiolab 5 model)

Tartışma-Sonuç: Enkondrom %4'e kadar malign transformasyon riski taşır. Righi ve arkadaşları tarafından 214 hastayla yapılan bir çalışmada sadece 8 hastada sekonder kondrosarkom göğüs duvarında lokalizedir (2). Düşük dereceli kondrosarkomlarda genellikle yumuşak doku kitlesi bulunmaz ve bir enkondromadan ayırt etmek çok zordur (3). Bir enkondrom ve kondrosarkom ayırımının biyopsi ile yapılması zordur. Kondrosarkom için geniş cerrahi eksizyonu tercih edilen tedavidir (4). Operasyon sonrası 5 yıllık ve 10 yıllık sağ kalımı sırasıyla %92,3 ve %84,9'dur(2). Nieh ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada göğüs duvarının kemik kaynaklı tümörü 7 sene boyunca boyunca boyunca takip edilmiş ve son dönemlerde büyüme gösterdiği için tümör eksize edilmiştir (5). Kondrosarkomlar kondroid matriks kaynaklı en sık görülen malign göğüs duvarı tümörleridir. Primer kondrosarkom ve sekonder kondrosarkom için en yüksek insidanslar sırasıyla 40-60 yaş ve 25-45 yaşdır (5). Primer de novo kaynaklı veya malign transformasyon geçirmiş önceden var olan enkondrom veya osteokondromdan ikincil olabilirler (6). Sekonder kondrosarkomların olağan bölgeleri anterior kostokondral bileşke, kostal açıklar, sternum ve vertebral gövdedir (6). Toraks BT'de artmış kemik yoğunlukları ve kalsifikasyon lekeleri şeklinde görülür (6).

Anahtar Kelimeler: kondrosarkom, enkondrom, göğüs duvarı, transformasyon, kaburga



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-302 Pancoast Tümörüne Nadir Bir Cerrahi Yaklaşım Olarak Modifiye Dartevelle (Grunenwald) İnsizyonu

Berkay Taha Özgür¹, Saliha Bayraktar¹, Mahmut Talha Doğruyol¹, Recep Demirhan¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

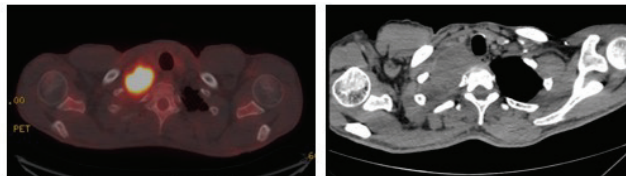
Berkay Taha Özgür / Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

Giriş-Amaç: Pancoast tümörleri (superior sulkus tümörleri) tüm akciğer kanserleri içinde yaklaşık %5 sıklıkla görülür. Apekte, 1.kot ve üzeri seviyede göğüs duvarı ve çevre anatomik yapılara invazyon gösterebilen tümörlerdir. Hastalar genelde omuz ağrısı ve kol güçsüzlüğü semptomları ile başvururlar. Biz bu olgu sunumunda pancoast tümörüne nadir bir yaklaşım olarak modifiye dartevelle(grunenwald) insizyonu ve video yardımcı cerrahi ile birlikte hibrit yaklaşımımızı sunmayı amaçladık.

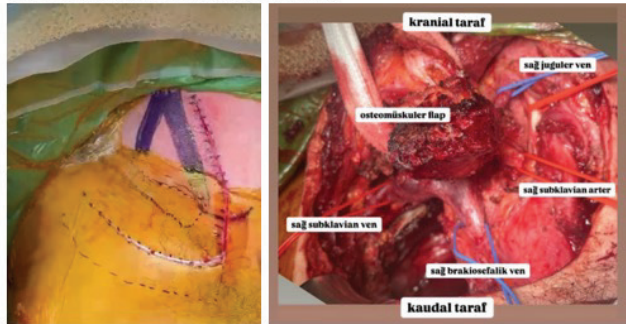
Olgu: 38 yaşında erkek hasta 3 aydır devam eden sağ kolda ve omuzda ağrı şikayeti ile hastaneye başvurmuş. Özgeçmişinde özellik olmayan hastaya çekilen akciğer grafisinde sağ apikal alanda opasite artışı izlenmesi üzerine ileri tetkik edildi. Çekilen bilgisayarlı tomografide sağ hemitoraksta supraklavikular alandan başlayarak parankime doğru uzanım gösteren 52x50 mm boyutlarında kitle izlendi. Klinik evreleme amacı ile hastaya pozitron emisyon tomografisi (PET-BT) çekildi. PET-BT'de sağ akciğer üst lobda sağ supraklavikular bölgeye uzanım gösteren 4,7x4,7x4,9 cm standardize maksimum tutulum değeri 19 olan lezyon raporlandı. Lezyona yapılan kalın iğne biyopsisinde malignite saptanmamış olup tekrarlanması önerildi. Lezyona ikinci kez bu kez transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı histopatolojisi malignite kuşku atipik hücreler şeklinde raporlandı. Cerrahi konseyde hasta için cerrahi tedavi kararı verildi. Hasta operasyon planlanarak kliniğimize interne edildi. Videotorakoskopik cerrahi (VATS) ile lezyondan punch biyopsi alınarak frozen/section gönderildi. Küçük hücreli dışı akciğer karsinomu bildirilmesi üzerine hasta supin pozisyona alınarak modifiye dartevelle insizyonu açıldı. Tümör göğüs duvarı ve kupuladan düşüldü. Birinci kot parsiyel rezeke edildi. İnsizyon kapatılarak hastaya lateral dekübit pozisyon verildi. Ardından sağ VATS ile üst lobektomi tamamlandı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta beşinci günde taburcu edildi. Nihai patolojisi sarkomatoid karsinom olarak raporlanan tümör için patolojik evre pT2aN0 AJCC2017, 8.evrelemeye göre belirlendi. Cerrahi konseyde değerlendirilen hasta için adjuvan radyoterapi tedavi kararı alındı.

Tartışma-Sonuç: Tüm akciğer kanserlerinin yaklaşık %5'ini oluşturan pancoast tümörlerinde çeşitli insizyonlar (Shaw-paulson insizyonu, Dartevelle insizyonu, Modifiye dartevelle (Grunenwald) insizyonu, Median sternotomi) ile cerrahi yaklaşımlar mevcuttur. Vakamızda olduğu gibi akciğer kanserlerinde hastaya özgü cerrahi yaklaşımlar belirlenmeli ve gerektiğinde minimal invaziv cerrahi ile kombine edilen hibrit yöntemler tercih edilmelidir.

Preoperatif ve peroperatif görüntüler



Resim 1) Preoperatif PET-BT görüntüleri



Resim 2) Peroperatif görüntüler

Anahtar Kelimeler: Modifiye dartevelle (grunenwald) insizyonu, Hibrit cerrahi, Pancoast tümörü, Video yardımcı cerrahi

PS-303 Spontan Pnömotoraksta Nadir Bir Neden: Birt-Hogg Dube Sendromu

Ezgi Çelik¹, Özgür Cengiz¹, Faris Dönmez¹, Mehmet Tarık Karakaş¹, İsmail Kılıç¹, Ahmet Bülent Kargı¹, Şamil Günay¹, Cenk Balta¹

¹Antalya Şehir Hastanesi

Ezgi Çelik / Antalya Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Birt- Hogg Dube Sendromu (BHDS) akciğerde hava kistleri,baş ve boyun bölgesinde bulunan benign deri lezyonları(fibrofolliküloma, trikodiskoma) ve renal hücreli kansere (RCC) eğilimle seyreden otozomal dominant geçişli bir triaddir. Etiyolojide follikülin proteinin sentezinden sorumlu FLCN geninde bulunan mutasyon rol oynar(1).Çoklu hava kistlerinin mevcudiyeti durumunda sendromlar akla gelebilir. Cilt lezyonları ilk 3 dekatta en erken bulgu olarak karşımıza çıkar, sendrom için şüphelendirmelidir. Sendroma sahip hastalar erken yaşta akciğerlerdeki kistik lezyonlara bağlı spontan pnömotoraks ile prezente olur, normal popülasyona göre pnömotoraks riski %50 artmıştır(2).

Olgu: 33 yaşında erkek hasta, nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. İncelemede bilateral frontal bölgede ve göğüs ön duvarında multiple papiller lezyonlar dikkat çekti.Ek hastalığı olmayan, sosyal sigara içicisi olan hastanın akciğer grafisinde pnömotorakstan şüphe edilmesi üzerine çekilen toraks BT'de sağ hemitoraksın %25 ini kaplayan pnömotoraks ve bilateral akciğerlerde parankimal hava kistleri ve büller görülmesi üzerine kliniğimize konsulte edildi(Resim 1).Hastaya 15F kateter torakostomi uygulandı. Hasta daha önce dermatoloji kliniğine başvurduğunu fakat önerilen tedaviden fayda görmediğini ifade etti. Rutin laboratuvar tetkiklerinde ek özellik izlenmedi. Hastanın aile anamnezi sorgulandığında sigara kullanım öyküsü olmayan annesinin pnömotoraksa bağlı bilateral opere olduğu öğrenildi. Annenin geçmiş tıbbi kayıtları incelendiğinde bilateral hava kistleri görüldü ve böbrekte kistik lezyonlar olduğu öğrenildi. Annede cilt lezyonları saptanmadı. Kliniğimizde yatışı devam ederken hastaya renal ultrasonografi planlandı, renal ultrasonografi sonucu patoloji saptanmadı. Yatışının 3. gününde hasta taburcu edildi. Hasta ve annesi genetik danışmanlık ve testler için Tıbbi Genetik polikliniğine yönlendirildi.



Resim 1. Hastanın Toraks BT'sinde bilateral parankimal hava kistleri büller ve sağ hemitoraksta minimal pnömotoraks görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Spontan pnömotoraksla gelen hastalarda Toraks BT'de yaygın kistik yapıların görülmesi durumunda cilt lezyonları yönünden dikkatli bir inspeksiyon yapılmalı ve BHDS akla getirilmelidir. Bu hastalar genetik konsültasyon ve RCC gelişimi açısından uyarılmalıdır. Renal kanser, BHDS'nin en önemli komponentidir. Ortalama 50 yaş civarında hastaların %12-34'ünde gelişmektedir. Renal kanser oluşum riski BHDS'li hastalarda genel popülasyona kıyasla 7 kat artmaktadır (2). Literatürde multinodüler guatr, parotid adenomu, nöral doku tümörleri, trikoblastoma, bağ doku nevüsleri, lipom, fokal kutanöz leiomyomlar gibi benign tümörlerle; meme kanseri, kolorektal kanser, sarkom, akciğer kanseri, melanoma, bazal hücreli ve skuamöz deri kanserleri gibi malign kanserlerle de ilişkili olabileceği bildirilmiştir(3).En çok eşlik eden komponent cilt lezyonlarıdır. İngiltere'de yapılan 51 ailenin incelendiği 89 kişilik hasta popülasyonunda %90 oranında cilt lezyonlarının görüldüğü saptanmıştır(4).BHDS en sık cilt lezyonlarının eşlik ettiği nadir görülen otozomal dominant bir hastalık olup çeşitli organ malignitelerinin de eşlik edebileceği unutulmamalıdır. Hastalar özellikle RCC açısından takibe alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Birt-Hogg-Dubé sendromu, Renal hücreli kanser, pnömotoraks



PS-304 Trakeal Divertiküle Cerrahi Yaklaşım: Olgu Sunumu

Saliha Bayraktar¹, Rıza Berk Çimenöğlü¹, Recep Demirhan¹

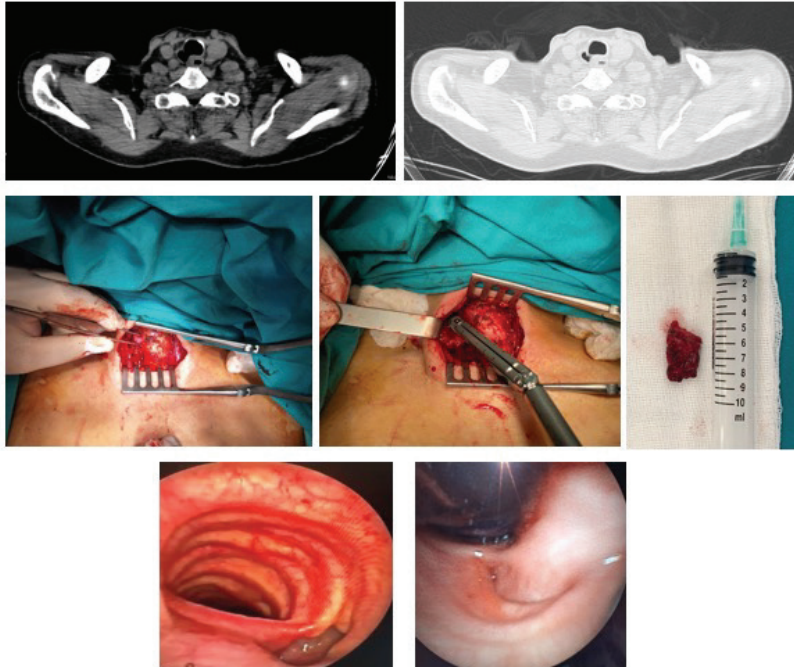
¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

Saliha Bayraktar / Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

Giriş-Amaç: Trakeal divertikül, trakea duvarının invajinasyonu ile karakterize nadir görülen benign bir lezyondur. Konjenital veya edinsel olabilir. Çoğu asemptomatiktir ve radyolojik görüntülemelerde rastlantısal saptanır. Asemptomatik trakeal divertikül genellikle konservatif yaklaşım ile tedavi gerektirmeyen komşu organa bası veya tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonu gibi semptomatik olgularda cerrahi tedavi gereklidir. Biz bu olgu sunumunda collar insizyonu ile divertikülektomi yaptığımız semptomatik trakeal divertikülü olan hastaya klinik yaklaşımımızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Yetmiş altı yaşında kadın hasta tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonu ve halitozis şikayetleri ile hastaneye başvurmuş. On dört sene önce tiroidektomi öyküsü bulunan hastaya çekilen toraks bilgisayarlı tomografide sağ üst paratrakeal alanda trakea lümeni ile ilişkili boyutu 9 mm ölçülen divertikül ile uyumlu lezyon saptandı. Hasta fiberoptik bronkoskopi planlanarak kliniğimize interne edildi. Sedoanaljezi altında yapılan bronkoskopide vokal kordların yaklaşık 3 cm altında enfekte görünmeyen trakeal divertikül izlendi. Sık enfeksiyon ve halitozis şikayetleri mevcut olan hasta için trakeal divertikülektomi planlandı. Hastaya laringeal maske havayolu altında eski tiroidektomi insizyon bölgesinin altından collar insizyonu açıldı. Trakea ve divertikül çevre dokulardan serbestlendi. Divertikül peroperatif bronkoskopi ile teyit edildikten sonra endolineer stapler yardımı ile divize edildi. Hava kaçacağı kontrolü yapıldı. Operasyon lojuna 1 adet minivac yerleştirildi. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 4. gün cerrahi şifa ile taburcu edildi. Hasta postoperatif 6. ayında asemptomatik ve sorunsuz şekilde takip edilmektedir.

Tartışma-Sonuç: Semptomatik trakeal divertikülde cerrahi tedavi seçenekleri rijid bronkoskopi ile koterizasyon ve lateral servikal yaklaşım ile açık onarım olmak üzere iki farklı şekildedir. Açık onarımda stapler yardımı ile divertikülektomi de seçeneklerden biri olarak kullanılabilir. Tercih edilecek yaklaşım şekli vakaya göre özelleştirilmeli ve nadir görülen bu vakalarda semptom varlığında cerrahi eksizyon yapılmalıdır.



Preoperatif ve peroperatif görüntüler

Anahtar Kelimeler: trakeal divertikül, divertikülektomi

PS-305 Amiodaron İlişkili Pulmoner Toksikite Ve Hemoptizi

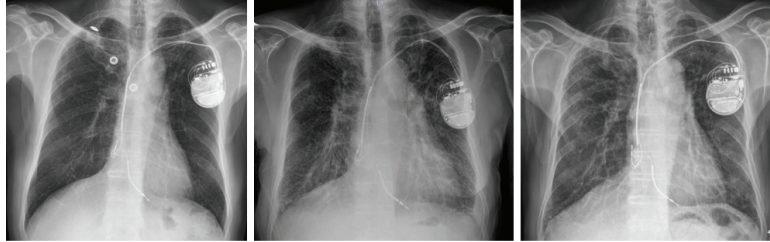
İlayda Bolat¹, Aysu Ayrancı¹

¹Bakırçay Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

İlayda Bolat / Bakırçay Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Amiodaron, kardiyak aritmilerin tedavisinde sıkça kullanılan bir antiaritmik ajandır. Uzun süreli kullanımı yüksek lipofilik özellikleri ve uzun yarı ömrü nedeni ile nadir görülen ciddi yan etkisi olan pulmoner toksisiteye sebep olabilir. Amiodaron ilişkili pulmoner fibrozis (AİPF) sessiz başlangıçlı olup kesin tanı kriterleri olmasa da tanı ayrıntılı anamnez, klinik, yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi, pulmoner fonksiyon testleri, karbonmonoksit difüzyon kapasitesi, bronkoalveolar lavaj bulgularının bir araya getirilmesi ile konur. En dramatik başvurusu ilerleyici nefes darlığıdır. Hastaya bütüncül yaklaşımın önemini ve uzun süreli ilaç kullanımlarının pulmoner etkisine dikkat çekmek için bu olguyu sunmayı uygun bulduk.

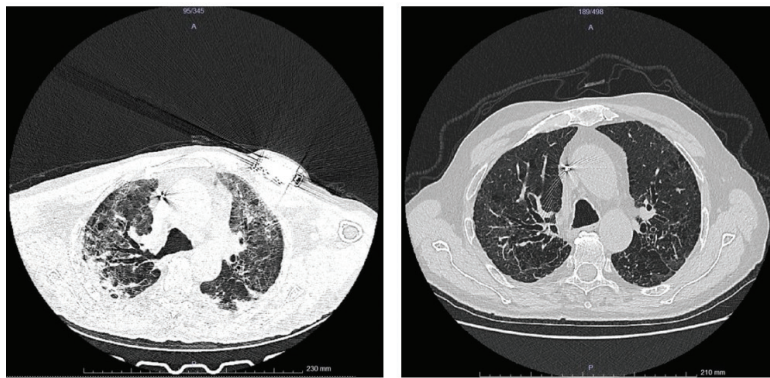
Olgu: 70 yaşında erkek hasta, acile 1 tatlı kaşığı hemoptizi, nefes darlığında artma ile başvurdu. Özgeçmişinde koroner arter hastalığı, implante edilebilir kardiyoverter defibrilatör mevcuttu. Fizik muayenesinde genel durum iyi, vitalleri stabildi. Oskültasyonda bilateral akciğer bazallerde raller duyulmaktaydı. Creaktif protein:70mg/L, beyaz kan hücreleri: $28 \times 10^3/uL$. Postero-anterior (PA) akciğer grafisinde bilateral alt zonda retiküler opasiteler izlendi. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)de bilateral akciğerde peribronşial kalınlaşmalar, buzlu cam alanları, traksiyon bronşiektazileri izlendi. Hemoptizi ve oda havasında solunum yetmezliği olan hasta ileri tetkik için yatırıldı. Moksifloksasin, oksijen, kodein/dionin, traneksamik asit tedavisi başlandı. Balgam kültüründe üreme olmayan, viral PCR'ı negatif gelen enfektif klinik tariflemeyen hastada enfektif etiyolojiler dışlandı. Antibiyotik tedavisi sonlandırıldı. Başvuru BT'de fibrozis bulguları olan hastadan yüksek çözünürlüklü BT(YÇBT) istendi. Fibrotik akciğer hastalıkları açısından sorgulandı. Romatolojik panel negatif sonuçlandı. YÇBT'de fibroatelektaziler, periferik retiküler opasiteler, buzlu cam alanları, traksiyon bronşiektazileri, interlobüler septal kalınlaşmalar izlendi. Ayrıntılı anamnezde 6 yıl boyunca 200mg/gün dozda amiodaron kullanımı dışında risk faktörü saptanmadı. Fiberoptik bronkoskopi uygulandı. Bronkoaleveoler lavajda lenfositoz saptandı. Hastada amiodaron ilişkili pulmoner toksisite düşünüldü. Amiodaron tedavisi sonlandırıldı. 40mg/kg'dan prednizolon tedavisi başlandı. Tedavi sonrası solunum yetmezliği gerileyen hasta uzun süreli prednizolon tedavisi planlanarak taburcu edildi. Kontrollerinde klinik iyileşme izlenen YÇBT'de bulguları gerileyen hastanın takiplerine devam edilmektedir.



Amiodaron tedavisi öncesi

6 yıl Amiodaron tedavisi sonrası

Prednizolon tedavisine başladığı dönem



6 yıl Amiodaron tedavisi sonrası

1 ay Prednizolon tedavisi sonrası

UASK 2025



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

Tartışma-Sonuç: Hemoptizi ve ilerleyici nefes darlığı ile başvuran olguda hedefe yönelik ayrıntılı anamnez ve bütüncül klinik değerlendirmenin önemi vurgulanmıştır. Hastanın uzun süreli kullandığı amiodaron tedavisi geri dönülmesi zor pulmoner fibrozise neden olabilir. Amiodaron tedavisinin başlanması elzem olduğu durumlarda tedavi öncesi pulmoner fonksiyon açısından hastanın değerlendirilmesini sağlamak ve ilerleyen dönemlerde takibinin yapılması erken tanı ve tedavi şansını arttıracaktır. Bununla birlikte ilerleyici nefes darlığı ile başvuran hastalarda uzun süreli amiodaron kullanımı unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: pulmoner fibrozis, amiodaron, yan etki, pulmoner toksisite, hemoptizi

PS-306 Sağ Akciğerde Aspergilloma, Sol Akciğerde Büyük Hücreli Nöroendokrin Karsinom Vaka Yönetimi

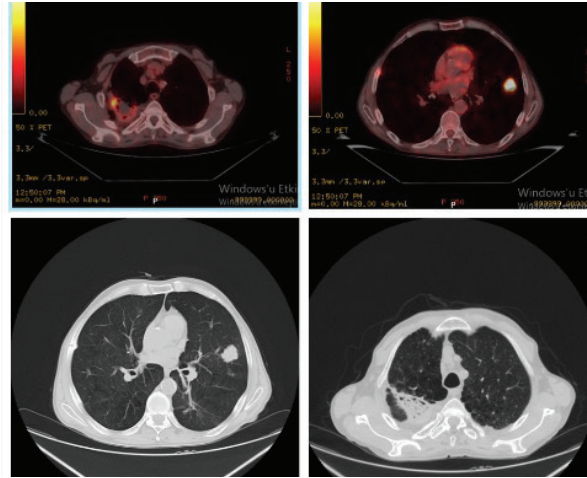
Pınar Güler¹, Meltem Yılmaz¹

¹Namık Kemal Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

Pınar Güler / Namık Kemal Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

Giriş-Amaç: Akciğerin Büyük Hücreli Nöroendokrin Karsinomu kötü prognoza sahip nadir ve agresif bir tümördür. Aspergilloma, çoğunlukla iyileşmiş tüberküloz kavitesinde yerleşen bir hastalıktır. Vakamızda bu nadir tümörle birlikte olan aspergilloma varlığı vaka yönetimini kompleks hale getirmiştir.

Olgu: 58 yaşında erkek hasta 8 aydır olan kuru öksürük, eforla artan nefes darlığı, terleme ve 1 hafta önce olan yarım çay bardağı miktarında kanlı balgam yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Ek hastalığı olmayan hasta 20 yıl önce akciğer tüberkülozu geçirmiş, 50 paket/ yıl sigara öyküsü mevcut, sigara içmeye devam ediyordu. Tekstil fabrikasında çalışıyordu. Muayenesinde solunum sesleri normaldi. Oda havasında SpO₂ %95, vital bulguları normal sınırlardaydı. SFT değerleri FEV₁/FVC %63.6 FVC 3.23lt %85.7, FEV₁ 2.06lt % 68.3. Hemogram ve biyokimya sonuçları normal, sedim 62mm/s. Toraks BT'de yaygın amfizem, sağ akciğer apexinde 47*27mm boyutlu içinde hava dansitesi olan yumuşak doku lezyonu (aspergilloma ile uyumlu), sol akciğer üst lob posteriorda 26*21mm nodüler lezyon mevcuttu. PET-BT'de sol üst lob posteriorda 28*24mm nodüler lezyon SUVMAX 14.2, sağ akciğer apikoposteriorda 63*40mm içinde hava imajı olan kitlesel konsolidasyon alanında SUVMAX 4.8 idi. Hastanın bronkoskopisinde endobronşiyal lezyon izlenmedi. Alınan lavaj sitolojisi malignite açısından negatif, galaktomannan negatif, kültürde üremesi olmadı. Mikroskopide mantar lehine bulgu saptanmadı. Sol akciğerdeki lezyona BT eşliğinde TTİAB yapıldı ve patoloji sonucu molekülleri Ki67(+), PanCK membranöz (+), Sinaptofizin (+), kromogranin (-), TTF 1 (-) "Büyük Hücreli Nöroendokrin Karsinom" olarak raporlandı. PET BT'de aspergilloma kavitesi duvarında da şüpheli FDG tutulumu olması üzerine ikinci primer şüphesi açısından ve aspergillomayı doğrulamak için Göğüs Cerrahisi tarafından hastaya aspergilloma kavitesinin rezeksiyonu planlandı fakat oluşan yapışıklıklar nedeni ile rezeksiyon gerçekleştirilemedi ve intaoperatif biyopsi alındı. Alınan örnekler malignite yönünden negatif, mantar enfestasyonu ile sonuçlandı. Hastaya enfeksiyon hastalıkları önerisi ile oral itrakanazol oral 6 hafta planlandı. Torasik onkoloji konseyi kararı ile kemoterapinin olası yan etkilerinden (kanama riskinde artış, invaziv aspergilloz enfeksiyonu) kaçınmak için hastanın sol akciğerdeki tümörüne 4000cGy SBRT uygulandı. Hastanın takibine devam edilmektedir.



Toraks bt- pet ct

Tartışma-Sonuç: Büyük hücreli nöroendokrin karsinomlar, akciğer kanserlerinin nadir bir alt kümesidir ve nöroendokrin tümörlerin %15'ini ve tüm akciğer kanserlerinin %3'ünü oluşturur. Aspergillomanın ise kesin tedavisi cerrahi olmakla birlikte cerrahiye uygun olmayan hastalara antifungal tedavi verilebilir fakat ilaçların kaviteye geçişi sınırlıdır. Vakamızda konsey kararı ile radyoterapi kararı verilmiş olup hala takibi devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aspergilloma, büyük hücreli nöroendokrin karsinom



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-308 Ayırıcı Tanı Sürecinde Lupus Pnömoniti: Viral Pnömoni İle Karışan Bir Olgu

Sümeyye Sedef¹, Pınar Mutlu¹

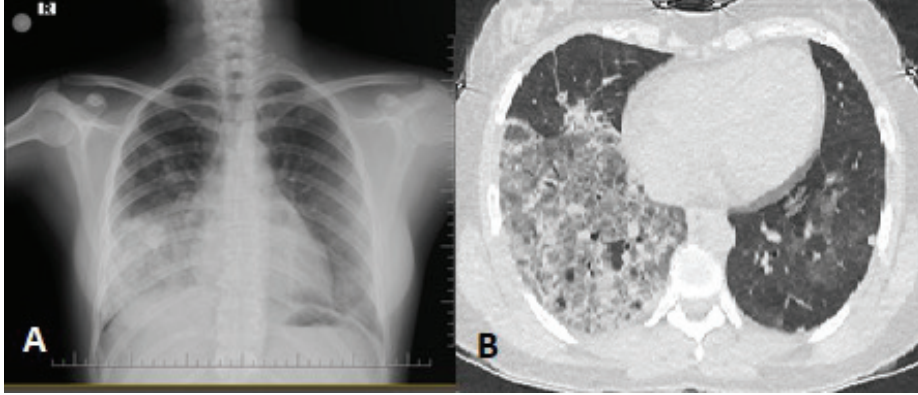
¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Sümeyye Sedef / Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Giriş-Amaç: Sistemik lupus eritematozis (SLE) multisistemik organ tutulumu yapabilen, otoimmün romatizmal bir hastalıktır. Akciğer tutulumu SLE hastalarının %50 ila %70'inde görülür. Plevral, parankimal, solunum yolları ve vasküler tutulum sonucu hemoptizi, dispne gibi çeşitli pulmoner komplikasyonlarla karşımıza çıkabilir. Akut tablonun primer nedeninin ekarte edilmesi gerekir. Biz de ön tanı olarak viral pnömoni düşündüğümüz, klinik ve laboratuvar bulgularıyla SLE pnömonitis tanısı alan olgumuzu sunmak istedik.

Olgu: 29 yaşındaki kadın hasta, son 3 gündür artan nefes darlığı ve balgama bulaş şeklinde hemoptizi şikayetleriyle başvurdu. Eşlik eden üşüme titreme mevcuttu. Ankilozan spondilit ve hashimoto tanıları olan hastanın sigara ve madde kullanımı bulunmuyordu. 15 yıldır kuaför olarak çalışmakta. Fizik muayenede bilateral ral ve eklem bölgelerinde kaşıntısız krutlu lezyonlar gözlemlendi. Tetkiklerinde hemoglobin 7,3, crp 31 olarak sonuçlandı. Önceki hastane başvurusunda proteinüri nedeniyle nefroloji tarafından renal biyopsi önerilen hastanın böbrek fonksiyon testlerinde kreatinin 1,90, gfr 35 ve anca pozitif olarak sonuçlandı. Toraks tomografisinde bilateral akciğer parankiminde en belirgin olarak sağ akciğer alt lobda dikkati çeken yaygın infiltratif dansite artışları izlendi. Viral pnömoni ve pulmoner vaskülit ön tanılarıyla servise yatırıldı. Hastaya moksifloksasin, prednol ve hidrasyon tedavisi başlandı. Hastaya ayırıcı tanı amacıyla bronkoskopi planlandı. Bronkoskopi sırasında endobronşial lezyon görüldü. Böbrek biyopsi patoloji sonucunda glomerüler tutulumlu nefrit düşünülen hasta için romatoloji konseyinde klinik bulgularla birlikte Sistemik Lupus Eritematozis düşünüldü. Hasta Lupus akciğer tutulumu ve lupus nefriti olarak kabul edildi. Uzun süreli prednol ve plaquanil tedavisi başlanarak takibe alındı.

İlk başvuru sırasındaki radyografik görüntülemeleri



Şekil A: Sağ hemitoraksta yamalı buzlu cam/nodüler infiltratlar izlenen göğüs radyografisi. Şekil B: Bronkosentrik nodüler opasiteleri ve konsolidasyonu gösteren toraks bilgisayarlı tomografisi

Tartışma-Sonuç: Sistemik lupus eritematozis (SLE), otoantikörler ve immün komplekslerin anormal üretimi ile karakterize, her organı etkileyebilen, çeşitli semptomlara neden olabilen otoimmün romatizmal bir hastalıktır. Çoğunlukla doğurganlık çağındaki genç kadınlarda görülür ve sıklıkla tanı yaşı 15-35 yaşlarıdır. Bizim olgumuz 29 yaşında kadın hasta idi. Akciğer tutulumu gözlemlenmesine bağlı pulmoner semptomlarla karşımıza çıkabilir. Plevra tutulumu en sık görülen anatomik bölge olmasına rağmen interstisyel akciğer hastalığı, lupus pnömonitisi gibi parankimal tutulumla da hastalar sıklıkla karşımıza çıkabilir. Akut lupus pnömoniti; SLE hastalarının %1-4 ünde görülür, olgumuzda da olduğu gibi ani başlayan öksürük, ateş, nefes darlığı ve hemoptizi ile seyrederek. SLE hastalığı akciğer tutulumu yaygınlığı kadar renal, dermatolojik ve romatolojik tutulumla da sıklıkla karşımıza çıkabilir. Hastamızda da cilt, renal ve pulmoner tutulumu bir arada gözlemlendi. Tedavide kullanılacak etken ve dozları verilirken tutulan organın etkilenme derecesi esas alınır. Primer nedenin tespitinde hızlı davranılmalı ve etkene yönelik tedavi bir an önce başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik Lupus Eritematozis, Viral Pnömoni, Vaskülit, Lupus Pnömonitis



PS-309 Meigs Sendromu:Plevral Efüzyonun Nadir Bir Nedeni

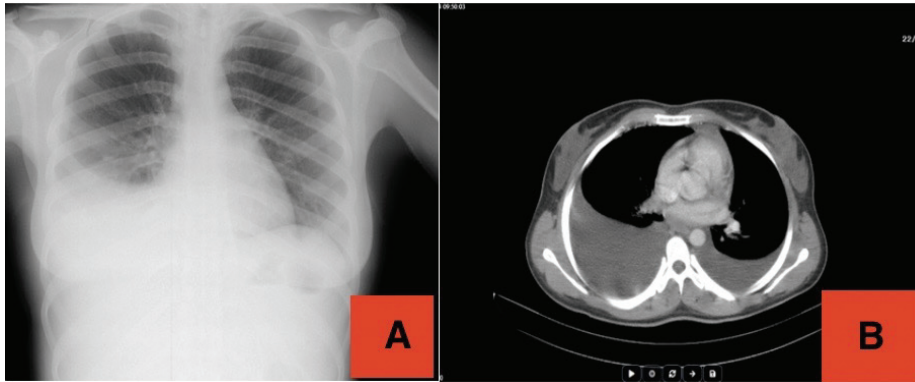
Aydın Çelebi¹, Abdurrahman Şenyiğit¹

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

Aydın Çelebi / Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları A.D., Diyarbakır, Türkiye

Giriş-Amaç: Meigs Sendromu, pelvik kitle, plevral efüzyon ve asit birikimi gibi belirtilerle kendini gösteren bir hastalıktır. Meigs ve Cass tarafından 1937 yılında yapılan bir çalışmada, over fibromalarına sahip hastalarda asit ve hidrotoraksın fibromanın çıkarılmasıyla gerilediği gözlemlenmiştir. Daha sonra Meigs, bu klinik durumun sadece fibromalarla sınırlı olmadığını, farklı over tümörleriyle de ilişkili olabileceğini belirtmiştir. Klasik Meigs Sendromu olarak adlandırılan bu durumda, tümörün çıkarılmasıyla belirtiler geriler. Meigs sendromu en sık postmenopozal kadınları etkiler; ancak daha genç bireylerde tespit edildiğinde, ailevi bir kanser sendromu olan Gorlin sendromunun düşünülmesini gerektirir. 25 yaşında genç kadında görülen Meigs sendromu, plevral efüzyonun nadir bir nedeni olarak sunuldu.

Olgu: 25 yaşında bilinen hastalığı olmayan kadın hasta bir süredir olan dispne şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede bazallerde solunum seslerinde hafif azalma dışında anlamlı bir bulgu yoktu. Rutin laboratuvar tetkikleri normal sınırlarda idi. Akciğer grafisinde sağda demosiou hattı pozitif tespit edildi (Resim 1A). Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) sağda daha fazla olmak üzere bilateral plevral efüzyon saptandı (Resim 1B). Ekokardiografi normal olarak raporlandı. Batın ultrasonografisinde pelvik bölgede mayii izlendi. Plevral sıvı örneğinin analizi transuda vasfında geldi. Pelvik BT'de overde kitle görüntüsü tespit edildi. Fibrotekom tanısı alan hasta opere edildi. Operasyon sonrası 10.gün kontrol akciğer grafiğinde hastanın plevral efüzyonu spontan olarak gerilemiş izlendi.



Resim 1. Meigs Sendromlu Olguda Radyolojik Görüntüler

Tartışma-Sonuç: Meigs sendromu; plevral efüzyon, asit ve benign over tümörü (sıklıkla fibroma) birlikteliği olmakla beraber, bu birliktelik tekoma, granüloza hücreli tümör ile de bildirilmiştir. Meigs sendromu tipik olarak postmenopozal kadınlarda dispne, kuru öksürük ve ağrılı abdominal distansiyonla ortaya çıkar. Fizik muayenede adneksal kitleler, azalmış solunum sesleri ve asit belirtileri görülebilir. Tanı, pelvik kitle varlığını doğrulamak ve maligniteleri dışlamak için ayrıntılı bir öykü, fizik muayene ve görüntülemeyi içerir. Laboratuvar testleri ve sıvı analizi de tanı sürecinde çok önemlidir. Kesin tanı, iyi huylu patoloji gösteren frozen kesit analiziyle tümörün cerrahi olarak çıkarılması ve ardından asit ve plevral efüzyonun çözülmesiyle doğrulanır. Ameliyat için uygun olmayan hastalar için semptomatik tedavi seçenekleri arasında parasentez, torasentez ve sıvı yönetimi için kalıcı kateterlerin yerleştirilmesi yer alır.

Anahtar Kelimeler: Meigs sendromu, over CA, plevral efüzyon



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-310 Nadir Bir Hemoptizi Sebebi: Trakeobronkopatia Osteokondroplastika

Zeynep Yaren Yılmaz¹, Ümran Toru Erbay¹, İlknur Kaya¹, Nilüfer Kadioğlu²,
Şebnem Emine Parspur¹, Feride Marım¹, Mehmet Doğan¹

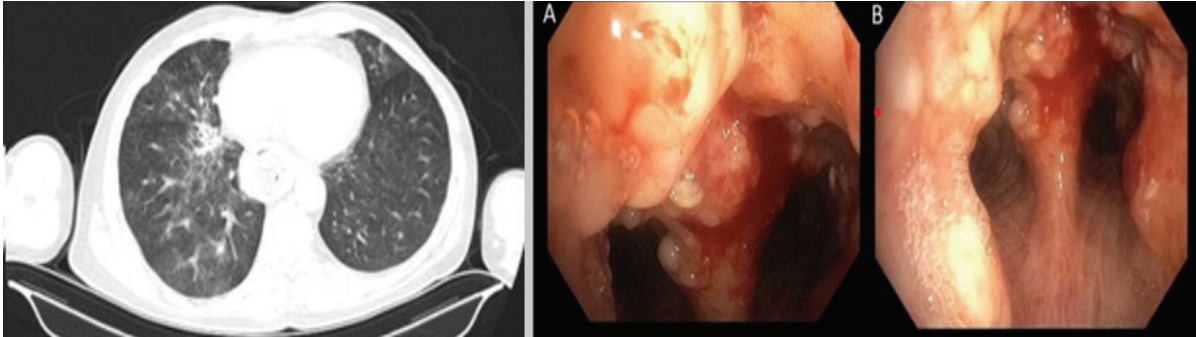
¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı

Zeynep Yaren Yılmaz / Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Giriş-Amaç: Trakeobronkopatia osteokondroplastika(TO), trakea ve bronş duvarlarına doğru çıkıntı yapan, kronik öksürük, nefes darlığı ve ses kısıklığı gibi pulmoner semptomlara neden olan çoklu kıkırdak veya kemik submukozal nodüllerin gelişimi ile karakterize, yavaş ve iyi huylu bir trakea-bronş antitesidir. Nadir saptanan bir durum olması ve spesifik olmayan klinik görünümü nedeniyle kolaylıkla yanlış tanı alabilen hastaların çoğu erken dönemde asemptomatiktir. Fakat literatür taramalarında hemoptizi ile prezente olan vakalar bildirilmiştir. Biz de burada hemoptizi nedeniyle yapılan fiberoptik bronkoskopi (FOB) ile TO tanısı koyduğumuz olgumuzu nadir bir vaka olması nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

Olgu: 59 yaş erkek hasta 3 gündür artan öksürük, balgam, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde lenfoma tanısıyla kemoterapi ve radyoterapi ve 2015 yılında santral sinir sistemi lenfoması nedeniyle ventriküloperitoneal şant ve SVO öyküsü mevcuttu. Acil servis başvurusunda yapılan fizik muayenede genel durum iyi, oryante-koopere, oda havası SpO₂: 91 Nab:72 TA:100/60 Ateş:36.5 idi. Oskültasyonda sol akciğer alt alanda ralleri mevcuttu. Hastaya yapılan laboratuvar tetkiklerinde WBC: 4000, CRP: 287 ve diğer parametreler olağandı. PA Grafisi'de; bilateral retiküler ve retikülonodüler opasiteler mevcuttu. Acil serviste çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografisi'nde (Toraks BT) her iki akciğer üst loblarda daha belirgin olan yamasal buzlu cam dansiteleri ve yer yer tomurcuklanmış ağaç manzaraları izlendi.(Resim-1)Pnömoni tanısıyla yatırılan hastanın servis takiplerinde oral mukozada gelişen candida stomatiti nedeniyle enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi ve hastaya antifungal tedavi başlandı. Balgam ARB, mikobakteri ve balgam kültürleri negatif saptandı. Hastanın takiplerinde hemoptizi gelişti. Medikal tedavi altında aralıklarla hemoptizisi devam eden hastaya FOB yapıldı ve endobronşial lezyon (EBL) saptanmadı. Trakeada multipl milimetrik polipoid çıkıntılar izlendi (Resim-2) ve bu alanlardan biyopsi yapıldı. Bronkoalveolar Lavaj (BAL) kültürü ve mantar kültüründe Candida üremesi saptandı. Candida pnömonisi tanısı verifiye edildi. Alınan biyopsi sonuçları 'Endokondral Ossifikasyon ve "Tracheobronchopathia Osteochondroplastica" ile uyumlu olarak raporlandı. Takiplerinde kliniği düzelen ve hemoptizisi olmayan hasta antifungal tedaviye yanıt alınması üzerine taburcu edildi.



Resim 1/Resim 2

Tartışma-Sonuç: Pnömoni vakalarında medikal tedavi altında devam eden semptom varlığında ileri inceleme amacıyla yapılan bronkoskopilerde altta yatan hastalığa eşlik eden durumlar ya da farklı patolojiler saptanabilir. Nadir saptanan benign bir patoloji olan TO hemoptizi etyolojisinde ayırıcı tanılar arasında yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemoptizi, trakeobronkopatia osteokondroplastika, FOB, pnömoni

PS-311 **Fiberoptik Bronkoskopinin Nadir Bir Komplikasyonu: Mandibular Subluksasyon**

Furkan Tan¹, Ümran Toru Erbay¹, İlknur Kaya¹, Feride Marım¹, Orhan Keklik¹, Zeynep Yaren Yılmaz¹

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi

Furkan Tan / Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Fiberoptik bronkoskopi (FOB), göğüs hastalıkları alanında tanı ve tedavi amaçlı kullanılan temel bir minimal invazif tekniktir. Fiberoptik bronkoskopinin en önemli endikasyonlarından biri olan medikal tedaviye yanıt vermeyen kronik öksürük olmasına rağmen, fiberoptik bronkoskopinin bir komplikasyonu olarak mandibular subluksasyon literatürde şu ana kadar bildirilmemiştir. Burada kronik öksürük nedeniyle fiberoptik bronkoskopi yapılan 70 yaşındaki erkek hastada başarıyla tedavi edilen ilk mandibular subluksasyon vakasını sunuyoruz.

Olgu: 70 yaş erkek hasta, 2 ay önce öksürük ve nefes darlığı şikayetiyle dış merkez göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. O dönemde antibiyoterapi ve inhaler tedavisi başlandı ancak ilaçla klinik bir iyileşme sağlanamadı. Hastanın kliniğimize başvurduğunda alınan anamnezinde öksürüğünün en az 3 aydır devam ettiği öğrenildi. Ayrıca 2018 yılında mide kanseri, kemo-radyoterapi ve temporomandibular eklem instabilitesi öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde iki taraflı yaygın raller mevcuttu. Akciğer grafisinde amfizeme bağlı hiperinflasyon görüldü. Toraks BT'de sağ üst lobda traksiyon bronşektazisi ve sağ akciğerde tomurcuklanmış ağaç görünümü ile birlikte nodüler düzensiz sınırlı buzlu cam yoğunlukları ve konsolidasyon alanları görüldü. ARB boyamasında aside dirençli basil görülmedi. Bakteri kültürleri, Mikobakteriyum tüberkülozis kültürleri ve PCR negatifti. Hastaya bağ dokusu hastalığı ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (CTD-ILD) açısından romatoloji bölümüne konsülte edildi ancak bağ doku hastalığına bağlı interstisyel akciğer hastalığı (İAH) düşünülmedi. Medikal tedaviye yanıt vermeyen kronik öksürüğün etiyolojisine yönelik olarak nazal yoldan fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı ve bronş lavajı yapıldı. Endobronşiyal lezyon (EBL) tespit edilmedi. Ancak FOB tamamlandığında hastada mandibular subluksasyon fark edildi ve hemen mandibular redüksiyon manevrası yapıldı (Resim 1). Bronş lavajında aside dirençli basil görülmedi ve ayrıca Mycobacterium tuberculosis PCR negatifti. Fungal kültürleri negatif olan hastanın lavaj kültüründe Escherichia coli ve Klebsiella pneumoniae üredi. Lavaj kültüründeki antibiyograma göre antibiyoterapi verildi. Bronş lavajındaki sitomorfolojik bulgular öncelikle neoplastik olmayan ve karışık tip inflamasyonla uyumluydu. Hasta halen kliniğimizde değerlendirilmekte olup, mikobakteriyel kültür sonuçları beklenmektedir.



Resim 1

Tartışma-Sonuç: FOB, kronik inatçı öksürüğün etiyolojisinde endike olan minimal invaziv bir tekniktir. Mandibular subluksasyon FOB'un bugüne kadar literatürde tanımlanmayan olası komplikasyonlarından biridir. Özellikle temporomandibular eklem instabilitesi olan hastalarda klinisyenlerin bu komplikasyona karşı dikkatli olmaları gerekmektedir. Mandibular subluksasyonu literatüre ilk kez FOB'a özgü bir komplikasyon olarak bildiriyoruz ve bu nedenle şu ana kadar eklenmemiş olsa da bundan sonra FOB komplikasyonları listesine eklenmesini öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: Fob, Mandibular subluksasyon, Komplikasyon



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-312 IgG4 ile İlişkili Hastalık: Hemoptizinin Nadir Bir Nedeni

Beyzanur İstanbullu¹, Ayşegül Karalezli¹, Hülya Çelenk Ergüden¹

¹Bilkent Şehir Hastanesi

Beyzanur İstanbullu / Bilkent Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: IgG4 ile ilişkili hastalık (IgG4-RD), fibroinflamatuvar lezyonlarla ilişkili bağışıklık aracılı bir durumdur. Genellikle çok organlı hastalık olarak kendini gösterir ve malignite, enfeksiyon veya vaskülit gibi diğer hastalıklarla karıştırılabilir. Radyolojik olarak, IgG4 ile ilişkili akciğer lezyonları; nodüller, yuvarlak şekilli buzlu cam opasiteleri, alveolar interstisyel ve bronkovasküler kalınlaşmalar şeklinde görülebilir. Klinik olarak öksürük, nefes darlığı, ateş, göğüs ağrısı, kilo kaybı ve hemoptizi gibi nonspesifik klinik semptomlar vardır. Genellikle oip(olağan interstisyel pnömoni) ve retroperitoneal fibrozis ile birlikte gösterir. Bu vakada hemoptizi ile başvuran 35 yaşında IgG4 ilişkili hastalık tanısı alan olgudan bahsettik.

Olgu: 34 yaş erkek hasta birkaç aydır efor dispnesi, öksürük, kilo kaybı ve kanlı balgam şikayeti ile başvurdu. Vital bulguları normal aralıkta ve sistem muayenesi doğaldı. Hastanın öyküsünde 2021 yılında otoimmün pankreatit atağı ile takip edildiği ercp biyopsisinde: 'immunohistokimyasal olarak ıgG ile boyanan bir BBA 'da 50 hücre sayılmıştır. ıgG4/ ıgG oranı yaklaşık %40 dır.' raporlanmış. Hasta o dönem IgG4 ilişkili hastalık ile araştırılmış ancak IgG4 ilişkili hastalık tanısı konamamış. Bilgisayarlı tomografi (BT)'de 'Her iki akciğerde dağınık peribronkovasküler yerleşimli fokal kollaps-konsolidasyon alanları izlendi.' Endoskopik bronkoskopide endobronşiyal sistem doğal izlendi.PET-CT'de:'Çıkan kolonda belirgin BT karşılığı net seçilemeyen diffüz nonhomojen F-18 FDG tutulumu izlendi. (SUVmax:11.76)'. Hastaya bu bulgular üzerine kolonoskopi ile biyopsi planlandı: 'IgG4 ile fokal alanda bir büyütme alanında 12-14 hücrede boyanma izlendi.' İki multipl organ tutulumu histopatolojik olarak saptanmış hasta göğüs hastalıkları ve romatoloji ortak konsey ile değerlendirildi. IgG4 ilişkili hastalık tanısı ile steroid ve rituksimab tedavisi planlandı. Tedavinin ikinci ayında hastaya çekilen toraks bt: 'Önceki BT'de her iki akciğer üst lobda izlenen sağda multifokal solda birkaç adet perifissüral konsolidasyon-infiltrasyon alanı güncel BT'de kaybolmuştur.' olarak raporlanan hastanın takibi romatoloji bölümünde devam etmekte.

Tartışma-Sonuç: Hemoptizi inflamatuvar hastalık, neoplaziler, pulmoner emboli, iatrojenik gibi pek çok durumda ortaya çıkabilmektedir. Bu olguda toplumda görülme sıklığı çok düşük olan IgG4 ilişkili hastalık tanısı alan hemoptizi ile başvuran bir olgudan bahsettik. İmmunoglobulin-G4 (IgG4) ilişkili hastalık, esas olarak herhangi bir organı aynı anda veya farklı zamanlarda tutabilen fibroinflamatuvar bir hastalıktır. Bu nedenle hemoptizi ile başvuran hastalarda multi-sistemik yaklaşım ve nadir görülen IgG4 ilişkili hastalığın ayırıcı tanıda düşünülmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: hemoptizi, IgG4 ilişkili hastalık, otoimmün pankreatit

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

↘ 11 Nisan 2025, Cuma

Poster Bildiri Oturumu 17: Klinik Sorunlar

PS-313 Nefes Kesen Hastalık: Charcot Marie Tooth

Esra Aktekin Soydan¹, Deniz Doğan Mülazimoğlu¹, Zerin Özaydın Aksun², Akın Kaya¹

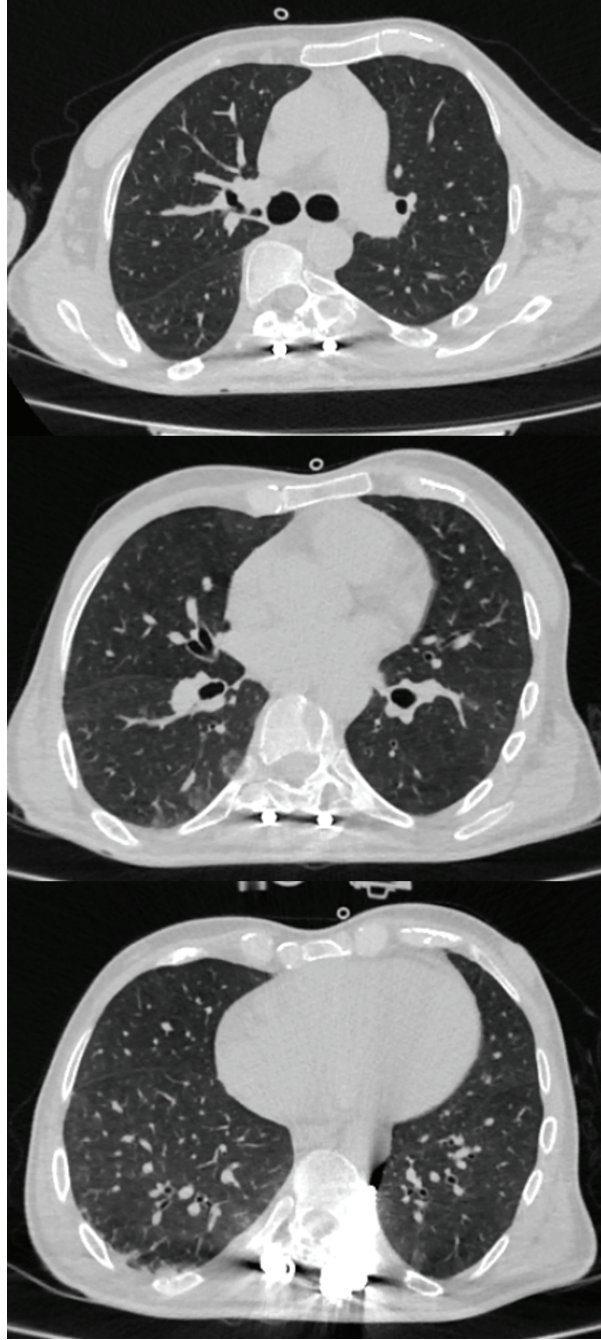
¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD

Esra Aktekin Soydan / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD

Giriş-Amaç: Charcot-Marie-Tooth (CMT) hastalığı, herediter motor ve duysal nöropatiler grubuna ait, kronik progresif, periferik sinir sistemini etkileyen bir nörolojik bozukluktur. Hastalık, periferik sinirlerdeki miyelin kılıfını veya aksonal yapıyı etkileyen genetik mutasyonlardan kaynaklanır. Sinir iletiminde yavaşlama ve/veya aksonal dejenerasyon sonucu distal ekstremitelerde motor ve duysal semptomlar ortaya çıkar. Biz de CMT için nadir bir tutulum olan diyafram tutulumunu hatırlatmak amacı ile bu vakayı hazırladık.

Olgu: 37 yaş erkek hastanın bilinen Charcot-Marie-Tooth, Bipolar Bozukluk, Hipotiroidi, Skolyoz (2012) tanıları mevcut olup polinöropati nedeniyle destekle mobilize olabiliyormuş. Son 1 yıldır olan nefes darlığı ve tanıklı uyku apnesi şikayeti 1 haftadır artmış. Öksürük veya balgam yakınması olmamış. 112 ile acil servise bilinç kapalı, GKS 6, oda havasında SpO₂ %45 olarak getirilmiş. Oda havasında geliş arter kan gazında (AKG) pH: 7,30 PaCO₂: 75 mmHg PaO₂: 45 mmHg SaO₂: %84 HCO₃: 33 mmol/L olarak görülmüş. Hastaya maske ile oksijenizasyon ve non-invaziv mekanik ventilasyon (NIMV) tedavisi başlanmış. Kontrol AKG: pH 7,49 PaCO₂: 46 mmHg PaO₂: 65 mmHg SaO₂: %96 HCO₃: 34 mmol/L şeklinde görülmüş. Hastayı NIMV tedavisinden ayırma denendi, ayırdıktan sonra hastada ani desatürasyon ve bilinç kaybı gelişmiş ve hasta elektif olarak entübe edilmiş. Toraks bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerde dependan alanda atelektazi dışında patoloji görülmemiş. Biyokimya sonuçlarında akut faz reaktanları negatif görüldü. Hastanın mevcut tip 2 solunum yetmezliği, mevcut CMT hastalığı, NIMV ayrılabilmesi nedeni ile Göğüs hastalıkları-Nöroloji ortak kararı ile diyafram elektronöromuskülergrafi (ENMG) planlandı ve "Bilateral frenik sinir motor iletim potansiyelleri elde edilememiştir." şeklinde raporlandı. Hasta entübe izlendiği sırada 2 kez kendi kendine ekstübasyon gerçekleşti ama hasta spontan solunumu sürdürmedi. Ana solunum kası tutulumu gösteren nörolojik patolojisi olan hastada invaziv mekanik ventilasyon (IMV) desteği uygun görülerek trakeostomi açıldı ve ev tipi MV desteği ile takibine devam edildi.



Toraks Bilgisayarlı Tomografi Kesitleri

Tartışma-Sonuç: Charcot-Marie-Tooth hastalığı periferik nöropati ile bilinen bir hastalık olsa da farklı literatürlerde ve bahsettiğimiz olguda bildirilen diyafram tutulumu yapabilmekte ve alveolar hipoventilasyonla birlikte hiperkapniye sebep olabilmektedir. Bundan dolayı hastalar klinik izlemlerde solunum fonksiyon testleri, arter kan gazı kontrolleri, postero-anterior akciğer grafi kontrolleri ile takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Charcot-Marie-Tooth, Solunum Yetmezliği, Mekanik Ventilasyon, Diyafram

PS-315 Konjenital Bronkojenik Kist: Olgu Sunumu

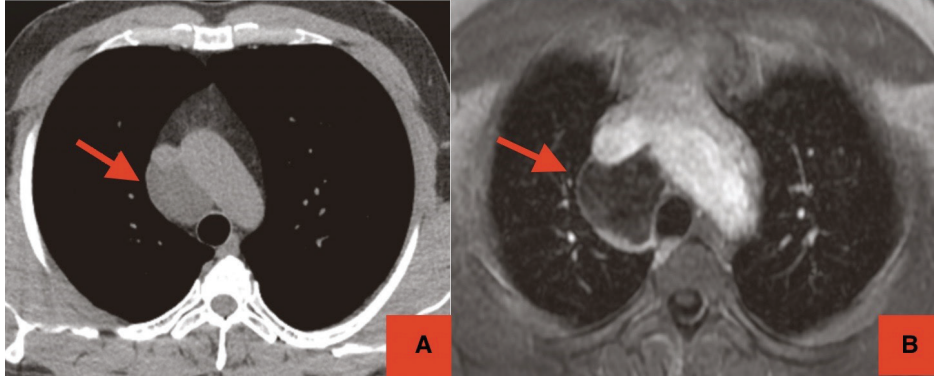
Kıymetli Kayan Karadeniz¹, Hadice Selimoğlu Ően¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Göğüs Hastalıkları A.D., Diyarbakır, Türkiye

Kıymetli Kayan Karadeniz / Dicle Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Göğüs Hastalıkları A.D., Diyarbakır, Türkiye

Giriş-Amaç: Bronkojenik kistler, gestasyonun 26. ve 40. günleri arasında "ventral foregutun" anormal dallanması ile oluşan konjenital lezyonlardır. Normal bronşta olduğu gibi solunum epiteli ile döşelidir ve mukus bezleri, kartilaj, düz kas ve elastik doku içerir. Sıklıkla mediasten ve akciğer parankiminde yerleşmekle birlikte boyun, batin ve retroperitoneal bölge gibi toraks dışı lokalizasyonlar da gösterebilirler. Her yaş grubunda görülebilen bu kistler, çoğunlukla yakınmasız olmakla birlikte, ciddi klinik bulgulara da neden olabilirler. İşyerinde periyodik muayene sırasında akciğer grafisindeki şüpheli görünüm nedeni ile çekilen toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de saptanan bronkojenik kist, nadir görülmesi nedeni ile ve mediastinal lezyonların ayırıcı tanısına dikkat çekme amaçlı sunuldu.

Olgu: 40 yaş erkek hasta. 10 paket/yıl sigara öyküsü olan hastanın özgeçmişinde çocukluktan bu yana olan eforla nefes darlığı şikayeti mevcuttu. Hastanın solunum sistemi fizik muayenesi normal ve oda havasında oksijen satürasyonu (SpO₂) %97 idi. Akciğer grafisinde sağda paratrakeal alanda yoğunluk artışı görünümü saptanması üzerine refere edilmişti. Toraks BT'de sağda trakea ve arkus aorta ile komşuluk gösteren 46x41 mm boyutunda kistik lezyon görüntüledi (Resim 1A) fiberoptik bronkoskopi incelemesinde endobronşial sistem normal olarak değerlendirildi. Tanıyı doğrulamak için hastaya kontrastlı magnetic rezonans görüntüleme (MR) çekildi. Sağda trakea komşuluğunda arkus aorta ile komşuluk gösteren 46x41 mm boyutunda patolojik kontrastlanma göstermeyen kistik lezyon izlendi (Resim1B). Operasyonu kabul etmeyen hasta takibe alındı.



Resim 1. Toraks bilgisayarlı tomografi (A) ve magnetic rezonans görüntüleme (B) bronkojenik kist görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Bronkojenik kistler, trakeobronşiyal ağacın anormal tomurcuklanması sonucu gelişen ve ender görülen benign lezyonlardır. Her yaş grubunda semptom olsun ya da olmasın görülebilmektedir. Bu kistlerin çoğunluğu mediastende yerleşirken bunu sıklık açısından akciğer parankimi izlemektedir. Bronkojenik kistler erişkin hastalarda çoğunlukla semptomsuz olup, rastlantısal olarak saptanırlar. Bronkojenik kistler, enfeksiyon, kanama, trakea ve major hava yolu basısı, vena kava superior sendromu, plörezi, pnömotoraks ve malignite gelişimi gibi komplikasyonlara yol açarak yakınmaların ortaya çıkmasına neden olabilirler. Bronkojenik kistlerin temel tedavisi cerrahidir. Yakınmasız olgulara cerrahi uygulanıp uygulanmaması tartışmalı olmakla birlikte, zaman içinde yakınmalar ortaya çıkması, çeşitli komplikasyonlar gelişmesi ve bu durumda cerrahi teknik açısından zorluk yaşanması, malign değişim görülebilmesi, gibi gerekçelerle bu olgulara da cerrahi tedavi uygulanması fikri yaygın kabul görmektedir.

Anahtar Kelimeler: bronkojenik kist, mediastinal kitle, torakal MR



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-316 Beklenmedik Bir Aspirasyon Pnömonisi

Mursal İsgandarov¹, Cansu Serin¹, Deniz Doğan Mülazimoğlu¹, Turan Acıcan¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları anabilim dalı

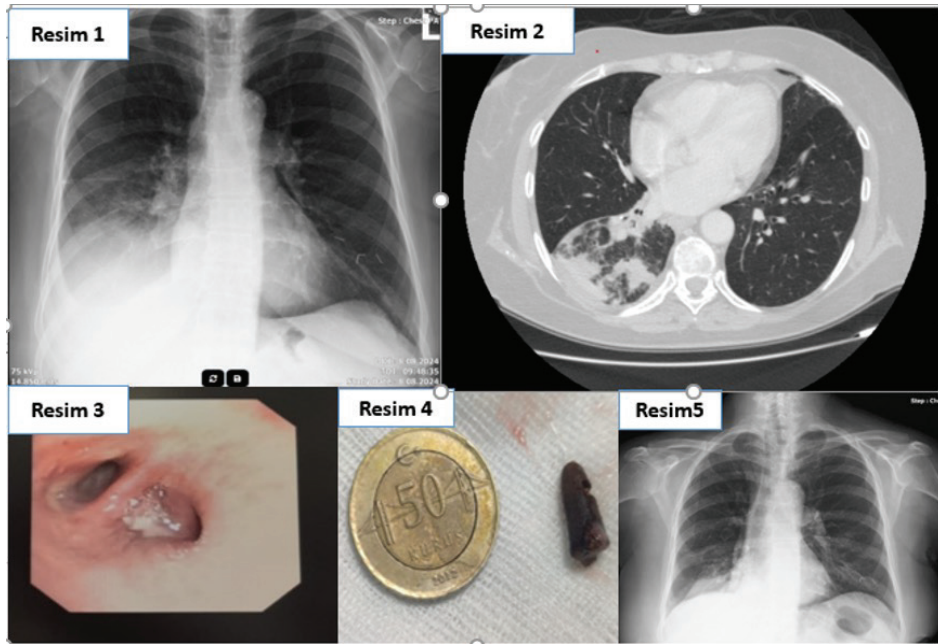
Mursal İsgandarov / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları anabilim dalı

Giriş-Amaç: Yabancı cisim aspirasyonu çoğunlukla çocuklarda görülür. Erişkinlerde risk faktörleri arasında dejeneratif nörolojik hastalıklar, hastalığa bağlı disfaji, ilaçlar, yaşa bağlı yutma bozukluğu, bilinç kaybı, uyuşturucu, alkol zehirlenmesi veya anestezi öyküsü yer alır. Rezolüsyonu gecikmiş pnömonilerde hastanın her ne kadar aspirasyon açısından riskli bir öyküsü olmasa da, ön tanılardan birinin de yabancı cisim aspirasyonu olduğunu hatırlatmak amacı ile bu olguyu sunuyoruz.

Olgu: Alerjik astım tanısı olan, 73 yaş kadın hasta ateş ve nefes darlığı şikayetiyle polikliniğimize başvurduğunda görülen kanlarında, lökositoz ve akut faz reaktanlarında yükseklik tespit edildi. Postero-anterior akciğer grafisinde sağ alt lobda görülen konsolidasyon üzerine (Resim 1), pnömoni tanısıyla moksifloksasin reçete edilerek kontrole çağırıldı. Hasta 4 gün sonra 39 derece ateşi olması ve şikayetleri devam etmesi üzere yeniden hastanemize başvurdu, ileri tetkik ve tedavi amacı ile yatırıldı. Yatışı süresinde akut faz reaktanları gerileyen hastanın öksürük şikayetinin devam etmesi ve akciğer grafisinde düzelme görülmemesi üzerine hastaya bilgisayarlı toraks tomografisi çekildi. Sağ alt lob bronşunda endobronşial lezyon görüldü (Resim 2). Hastaya malignite ön tanısı ile bronkoskopi yapıldı: Alt lob bazal segmenti yabancı cisim ve etrafında oluşmuş granülasyon dokusu ile tıkalı izlendi (Resim 3), yabancı cisim çıkarıldı (Resim 4), etrafındaki dokudan mukoza biyopsisi alındı, orta lobun dıştan bası ile daralmış olduğu görüldü, diğer lob ve segment orifisleri açık izlendi. Kontrol posterior anterior akciğer grafisinde sağ alt lobun açıldığı görüldü (Resim 5).

Tartışma-Sonuç: Rezolüsyonu gecikmiş pnömonide, radyografilerde yabancı cisim görüntüsü ve aspirasyon anamnezi olmadan da yabancı cisim aspirasyonu olabilir. Fiberoptik bronkoskopi ile yabancı cisim aspirasyonunun tanısı ve cismin çıkarılması aynı seansta sağlanabilir.

Aspirasyon pnömonisi



Resim 1 Postero-anterior akciğer grafisinde sağ alt lobda görülen konsolidasyon Resim 2 Bilgisayarlı toraks tomografisinde Sağ alt lob bronşunda endobronşial lezyon görüntü Resim 3 Bronkoskopi de Alt lob bazal segmenti yabancı cisim ve etrafında oluşmuş granülasyon dokusu Resim 4 Yabancı cisim (karanfil) Resim5 Kontrol posterior anterior akciğer grafisinde sağ alt lobun açıldığı görüldü

Anahtar Kelimeler: pnömoni, aspirasyon, yabancı cisim



PS-317 Nadir Bir Hemoptizi Sebebi: Goodpasture Sendromu

Tuğçe İrem Apalak¹, Nur Aleyna Yetkin¹, Bilal Rabahoğlu¹, Burcu Baran¹, Nuri Tutar¹, Fatma Sema Uymak¹, İnci Gülmez¹

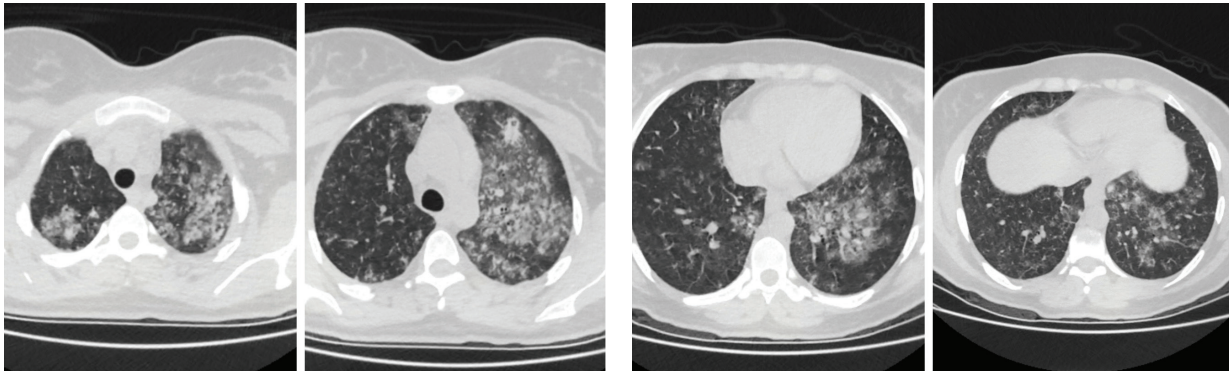
¹Erciyes Üniversitesi Göğüs Hastalıkları ABD

Tuğçe İrem Apalak / Erciyes Üniversitesi Göğüs Hastalıkları ABD

Giriş-Amaç: Giriş/amaç: Goodpasture sendromu (GPS), anti-glomerüler bazal membran hastalığı olarak da bilinen, antikorların akciğerlerdeki ve böbreklerdeki bazal membrana saldırdığı, akciğerlerde hemoraji, böbreklerde glomerülonefrite ve böbrek yetmezliğine yol açan nadir bir otoimmün hastalıktır. GPS hızla, kalıcı akciğer ve böbrek hasarına açığ sıklıkla ölüme yol açar. Burada solunum yetmezliği olan GPS'li bir vaka sunmaktayız.

Olgu: Olgu: Bilinen Hashimoto tiroiditi (7 yıl) hariç kronik hastalığı olmayan 20 yaş kadın hasta 3 hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası yolanan rutin tetkiklerde akut böbrek yetmezliğinde olduğu tespit edilen hasta nefrolojiye yönlendirilmiş. Kreatin 3.5 mg/dl, idrarda 5 gr proteinürisi olduğu görülmesi üzerine nefroloji servisine renal biyopsi amaçlı yatırılan hastaya orada 500 mg(iv) pulse steroid tedavisi verildi Tedavinin 3. Gününde hemoptizisi olması üzerine çekilen toraks BT'de; bilateral akciğer parankiminde yaygın buzlu cam dansitesinde alanlar izlendi (şekil 1). Ön planda alveolar hemoraji? fırsatçı enfeksiyon? viral pnömoni? PCP? düşünülmesi nedeniyle hastaya flexible bronkoskopi planlandı. Takibinde solunum sayısı 45/dakika olması nedeniyle yoğun bakım ünitesine devir edildi. Solunum sıkıntısı nedeni ile Fob ertelendi. Hasta yüksek akımlı nazal oksijen ile takip edildi. Bu süreçte ampirik antibiyoterapi başlandı. Renal biyopside kresentik gromelüronefrit tanısı alan hastanın anti glomerüler bazal membran antikor (+) gelmesi üzerine hasta ön planda GPS düşünüldü. Siklofosfomid 1 gr ve sodyum-2-merkaptetan sulfonat verildi. Nefroloji önerisiyle altı günlük pulse steroid tedavisi de alan hastaya toplam 22 gün maksimum 3L olmak üzere plazmaferez tedavisi uygulandı. Entübasyon ihtiyacı olmadı ve günler içerisinde oksijen ihtiyacı azaldı. Hasta tedavinin 32.gününde, oda havasında kreatin değeri 1.5 mg/dl spot idrarda 1.2 mg/dl proteinüri ve 48 mg/gün prednol, siklofosfamid 150 mg tablet ile taburcu edildi.

PULMONER ALVEOLAR HEMORAJİ



Hastanın yoğun bakıma kabul edilirken çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde bilateral akciğer parankiminde yaygın buzlu cam dansitesinde konsolide alanlar izlenmiştir

Tartışma-Sonuç: Sonuç: Goodpasture sendromu olan genç bir hastada hızlı tanı ve multidisipliner tedavi yaklaşım ile solunum yetmezliği ve akut böbrek yetmezliği başarılı bir şekilde yönetilmiştir. GPS genç renopulmoner sendromlu hastada akla mutlaka gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Otoimmün hastalık, alveolar hemoraji, hemoptizi, renopulmoner sendrom



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-318 Takayasu Arteriti Olgusunda Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde Konsolidasyon Alanı Nedeni; Pulmoner Sekestrasyon

Fusun Parlakyiğit¹, Serhat Erol¹, Bülent Mustafa Yenigün²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

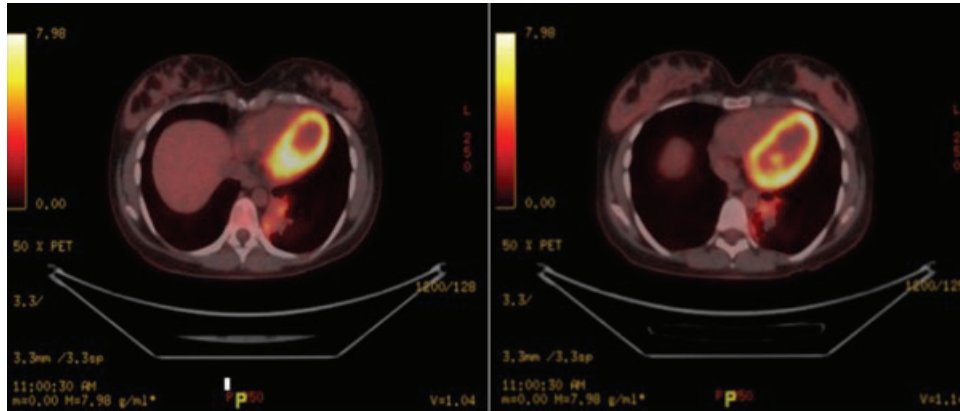
²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Fusun Parlakyiğit / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Pulmoner sekestrasyon (PS), normal akciğer parankiminden ayrılmış işlevsiz akciğer dokusu kütesinden oluşan, trakeobronşial sistem ile ilişkisi olmayan, arteriyel dolaşımı sistemik arterlerle, venöz drenajı genellikle pulmoner venler, nadiren de sistemik venler aracılığıyla sağlanan konjenital malformasyondur. Komşu akciğer parankimi içerisinde yerleşmiş ise intralobar pulmoner sekestrasyon (ILS), kendi visseral plevrası içerisinde komşu akciğer parankiminden bağımsız olarak bulunuyor ise ekstralobar pulmoner sekestrasyon (ELS) olarak sınıflandırılır. İLS; intrapulmoner sekestrasyon olarak da bilinir, normal bir lobda bulunur ve kendi visseral plevrasından yoksundur, PS vakalarının yaklaşık %75'ini oluşturur, sıklıkla sol akciğer ve alt lob yerleşimi gösterir. PS kesin tanısı besleyici arterin gösterilmesi ile konur; Toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) birçok olguda tanı koydurabilmektedir.

Olgu: 21yaşında kadın hasta; iki yıl önce sırt ağrısı ve sebat eden c-reaktif protein (crp) yüksekliği nedeniyle yapılan incelemeler sonucunda Takayasu Arteriti tanısı almış olup Metilprednizolon, Metotreksat ve İnfliximab tedavisi ile izlenmekte iken tedavi yanıtı değerlendirilmesi amacıyla çekilen pozitron emisyon tomografisinde (PET-BT) sol akciğer alt lob posterobazalde yaygın dansite artımı alanında nonhomojen aktivite artışı (SUVmax değeri 5,5) saptanması nedeniyle çekilen toraks bilgisayarlı tomografisi(BT); sol akciğer alt lob bazal segmentlerde düzensiz sınırlı infiltratif görünüm izlendi, tedavi sonrası takip önerilir olarak rapolanması üzerine enfeksiyon hastalıkları ile konsülte edilerek antibiyoterapi başlanmış ve hasta tarafımıza İnfliximab kullanım onayı nedeniyle yönlendirilmiş. Hastaya tarafımızca bronkoskopi yapılarak bronş lavajı alındı; kültür sonucu negatif, sitoloji sonucu malignite yönünden negatif olarak raporlandı. Antibiyotik tedavisi sonrası çekilen kontrol toraks BT de sol akciğer alt lobda konsolidasyon alanı izlenmesi üzerine göğüs cerrahisi ile konsülte edilerek pulmoner sekestrasyon tanısı ön planda düşünüldü. Toraks BT; Sol akciğer alt lob bazalde venöz drenajı inferior pulmoner vane olan, arteriyel beslenmesi inen torakal aortadan köken alan bir arter aracılığıyla olan sekestrasyon alanında yeni gelişimli enfektif konsolidasyon sahası olarak raporlanan hastada tanı doğrulandı ve hasta operasyon planı ile göğüs cerrahisine yönlendirildi.

Şekil1: Pozitron emisyon tomografisinde sol akciğer alt lob posterobazalde yaygın dansite artımı alanında nonhomojen aktivite artışı (SUVmax değeri 5,5)



Tartışma-Sonuç: Pulmoner sekestrasyon nadir görülen bir konjenital malformasyondur. Asemptomatik olabileceği gibi semptomatik olgularda pulmoner enfeksiyon kliniği ve tedavi edilmemiş olgularda komplikasyon olarak fatal hemoptizi, hemotoraks, benign ve malign tümör gelişimi görülebilmektedir. Tedavi cerrahi olup rekürren enfeksiyonları ve diğer komplikasyonları önlemek için erken dönemde uygulanmalıdır. Sık tekrarlayan alt lob pnömonisi veya kronik akciğer apsesi olgularında intrapulmoner sekestrasyondan şüphelenilmelidir.

Anahtar Kelimeler: konjenital malformasyon, pulmoner sekestrasyon, pnömoni, rekürren enfeksiyon

PS-319 Tek Taraflı Bazal Retiküler İmajlar: GÖRH

Asena Kuyucu¹, Cengizhan Sezgi¹

¹Sahinbey Arastirma ve Uygulama Hastanesi- Gaziantep Universitesi

Asena Kuyucu / Sahinbey Arastirma ve Uygulama Hastanesi- Gaziantep Universitesi

Giriş-Amaç: GÖRH: Mide içeriğinin özofagusa reflüsünün hastayı rahatsız eden semptomlara ve/veya komplikasyonlara yol açtığı durum olarak tanımlanır. En tipik semptomlar retrosternal yanma (heartburn) ve regurjitasyondur. Gastroözefageal reflünün (GÖR) özofagus dışında etkilediği en önemli organlardan biri, üst solunum yolları ve akciğerlerdir. Mide içeriği zaman zaman mikro/makro düzeyde aspire edilebilir. Çoğunlukla sağ ana bronşun anatomik yapısından ötürü, sağ akciğer bu duruma daha çok maruz kalır. Bu durumun fibroze kadar ilerlemesi nadir olarak görülür. İntertisyel akciğer hastalığı (İAH): Akciğeri diffüz olarak etkileyen, akciğer parankiminde değişik derecelerde inflamasyon, fibrozis ve yapısal bozulmaya neden olan, akut ya da kronik seyirli bir grup hastalıktır.

Olgu: OLGU: 51 yaş erkek hasta, bilinen diyabetes mellitus, KOAH, GÖRH olan hasta, geçmeyen öksürük şikayeti ile başvurduğu göğüs hastalıkları polikliniğinden toraks BT'de sağ bazalde retiküler dansite artışı mevcut olması üzerine intertisyel akciğer hastalığı ön tanısı ile üst merkeze sevk edildi. Oskültasyonda solunum sesleri bilateral azalmış saptandı, çomak parmak mevcuttu, diğer sistem muayenelerinde ve laboratuvar tetkiklerinde bir özellik yoktu. Evde hayvan besleme, maruziyet öyküsü yoktu. Hasta eş zamanlı olarak, romatolojik hastalık akciğer tutulumu açısından, romatoloji polikliniğine yönlendirildi. Romatolojik bir hastalık bulgusuna rastlanmadı, romatolojik belirteçleri negatif saptandı. Toraks BT'de sağ akciğer alt lobda non-spesifik retikülonodüler infiltratif flu buzlu cam dansiteli alanlar izlendi. 3 yıl önceki toraks BT'de de benzer bulgular mevcuttu. Hastanın öyküsü genişletildiğinde etkin tedaviye rağmen tekrarlayan Görh semptomları olduğu, 3 yıl önce yapılan gastroskopide hiatal hernisi olduğu, medikal tedaviye rağmen semptomların gerilemediği saptandı.

Tartışma-Sonuç: TARTIŞMA/SONUÇ: GÖR, çoğunlukla tedavi ve yaşam tarzı değişikliğiyle tedavi edilebilir bir semptom olmasına rağmen, medikal tedaviye rağmen geçmeyen durumlarda komplikasyonları unutulmamalıdır. Tek taraflı retiküler imajların etyolojisinde GÖRH de her zaman akılda bulunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: retikülonodüler infiltrasyon, İntertisyel akciğer hastalığı, Gastroözefageal reflü, fibrozis, aspirasyon



PS-320 Nadir Görülen Mide ve Dalak Tutulumlu Sarkoidoz Olgusu

İlke Metin Derinde¹, Hatice Kılıç², Furkan Şahin³, Ayşegül Karalezli²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

²AYBÜ Tıp Fakültesi/ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye.

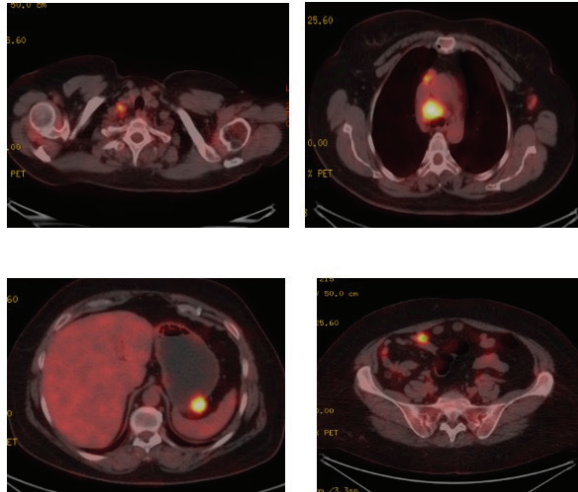
³SBÜ/Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara, Türkiye

İlke Metin Derinde / Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş-Amaç: Sarkoidoz etyolojisi net olarak aydınlatılmamış sistemik granülomatöz bir hastalıktır. En çok tutulan yapılar toraks içi lenf nodları ve akciğerlerdir. Multisistemik bir hastalık olduğu için hastayı değerlendiren hekim öykü ve fizik incelemede akciğer dışı organ tutulumları konusunda dikkatli olmalıdır. Gastrointestinal sistem tutulumu çok nadirdir, olguların %10'dan azında gastrik sarkoidoz bulunabilir. Nadir görülmesi sebebiyle mide ve dalak tutulumu olan Sarkoidoz olgusu sunulmuştur.

Olgu: Elli dokuz yaşında bilinen hipertansiyon, guatr tanısı olan ve levotiron, co-irda kullanan hasta bir ay önce başlayan kuru öksürük ve nefes darlığı yakınmaları tarafımıza başvurdu. Halsizlik, kas ağrısı ve B semptomları olmayan hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) mediastinal lenf nodları saptanması üzerine hasta tarafımıza refere edilmiş. Hastaya PET-BT planlandı. Oda havası saturasyonu %95 izlenen hastanın dinlemekle solunum sesleri doğaldı. Hastanın çekilen PET görüntülemelerinde sağ supraklaviküler alanda izlenen 20x10 mm boyutlu lenf nodunda artmış F-18 FDG tutulumu (SUVmax: 6,39) , mediastende sağ alt-üst paratrakeal, anterior mediastinal/prevasküler, prekarinal ve subkarinal alanda izlenen konglamere lenf nodlarında artmış F-18 FDG tutulumu (SUVmax: 12,83), dalak hilusunda 21x22 mm boyutlu, mide büyük kurvatura uzanan ve indante görünümde, içerisinde kalsifiye alanlar izlenen yumuşak doku lezyonunda fokal artmış SUVmax: 9,69 olan F-18 FDG tutulumu izlenmiştir. Çalışılan 24 Saatlik idrar kalsiyum düzeyi 77 mg/24 saat, serum Ace Düzeyi 44,0 U/L olarak sonuçlandı. Hastaya EBUS yapıldı: İşlem esnasında 4R: 19,3 mm , 7: 12,1 mm , 10R: 28,9 mm , 11R: 6,6 mm , 11L: 13,4 mm olarak ölçüldü. 10R lokalizasyonundan transbronşiyal iğne aspirasyonu yapıldı. Patolojide "epiteloid histiyositlerin oluşturduğu santral nekroz içermeyen küçük ve orta boyutlu granülomlar, multinükleer dev hücreler ve bazı granülomların içinde düzensiz kalsifik cisimcikler" izlendi. 4R lenf nodu istasyonundan göğüs cerrahisi tarafından alınan biyopsinin patolojisi granülomatöz lenfadenit olarak raporlandı. Hastanın multidisipliner konseyde değerlendirilerek ekstrapulmoner tutulum nedeni ile kortikosteroid tedavi başlanması planlandı.

PET-CT GÖRÜNTÜLERİ



Tartışma-Sonuç: Sarkoidoz hastalarında nadir görülen mide tutulumu genellikle subklinik seyredir. Hastaların sadece %0.1-0.9' u semptomatiktir. Mide tutulumu olan olgularda epigastrik ağrı, peptik ülserler ile klinik oluşabilir. Splenik sarkoidozlu hastalar genellikle asemptomatiktir. Sol üst kadranda ağrısı, gece terlemesi, ateş gibi konstitüsyonel semptomlarla prezente olabilir. Subklinik belirtilerle seyredabilen bu tutulumlar nedeni ile sarkoidozlu olgularda multisistemik tutulum açısından dikkatli bir klinik ve ayrıntılı laboratuvar değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: sarkoidoz, multisistemik, mide, dalak

PS-321 Ender Görülen Bir Plevra Sıvısı Nedeni: Sarı Tırnak Sendromu

Aslıhan Kahvecioğlu¹, Işıl Puralı¹, Nihal Kundakçı², Mahmut Gülgösteren³, Demet Karnak¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı

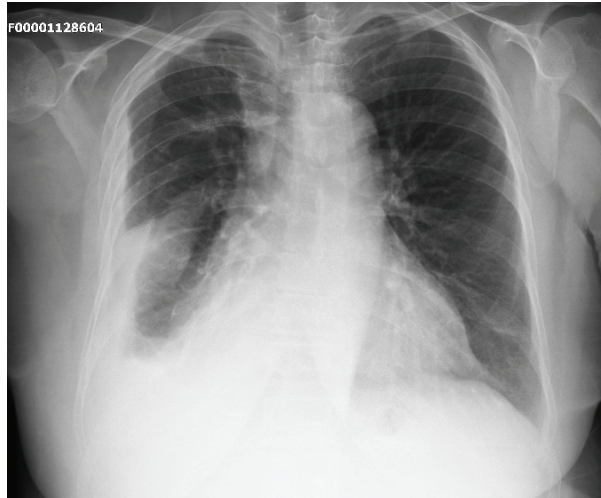
³TC Sağlık Bakanlığı Bilkent Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

Aslıhan Kahvecioğlu / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: İlk kez 1964 yılında tanımlanan Sarı Tırnak Sendromu (STS), sarı renkli, sert ve kabarık tırnaklar, lenfödem ve plevra sıvısıyla karakterize nadir bir hastalıktır. Etiyolojisi net olmamakla birlikte, lenfatik drenaj bozuklukları ve inflamasyonun rol oynadığı düşünülmektedir. Doğru tedaviyle komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması mümkündür.

Olgu: 68 yaşında bilinen hipotiroidi tanılı kadın hasta, tarafımıza bir aydır MMRC II düzeyinde dispne ile başvurdu. Muayenede sağ kostofrenik sinüs kapalı, alt ekstremitelerde ve karın ön duvarında gode bırakan ödem izlendi. Postnazal akıntısı nedeniyle sinüzit tedavisi almıştı. Yedi yıl önce tırnaklarında şekil ve renk değişikliği, kalınlaşma ve uzama kısıtlılığı yakınmalarıyla tinea unguium tanısı almış, ancak tedavi fayda sağlamamıştı. Bir ay önce bir alt solunum yolu enfeksiyonu sonrası mmrc2 dispne yakınması ile dış merkez göğüs hastalıklarına başvurmuş, iki kez VATS geçirmiş bunlardan birinde kama rezeksiyonun yapılmış, sağ hemitorakstan 2000cc'ye yakın seröz sıvı drenajının sağlanmıştı. Kollagen doku ve tümör belirteçleri negatifti. Hafif-orta düzey hipoksemisi mevcuttu. Lenfosintigrafi, lenfatik sistem dilatasyonu, yetersiz klirens, bilateral lenfatik yetmezlik olduğunu gösterdi. Plevra biyopsi kronik fibrinöz plöritle uyumlu, sıvıları eksuda karakterliydi. Parafin bloklar dış merkezden istenildi, benign olarak değerlendirildi. Sağ hemitoraksa plöreken takıldı, toplam 800cc boşaltıldı. Sıvıda sitoloji benign ve mikrobiyolojik incelemede patojen ajan saptanmadı. Tedrici artan povidon iyot ile günlük miktar 100cc altına düşünce talk ile plörodez yapıldı. Fiberoptik bronkoskopide sağ alt lobda dışarıdan hafif bası saptandı diğer lob ve segment ağızları açıktı. Genetik tetkik için FOXC2 gen analizi gönderildi. Orta zincirli yağ asit içeren ağızdan alımın izin verilmediği total parenteral nütrisyon başlanıp beş gün verildi. Takibinde düşük yağ, yüksek protein ve orta-yüksek zincirli trigliseritlerle devam edildi. E vitamini 1X400IU/gün verildi. Oktreotid tedavisi 1X 0.1mg sc. ilk gün, sonraki gün 2X0.1 mg sc. ve daha sonra 7 gün 3X0.1 mg sc. tedavi uygulandı. Ödem tablosu oldukça geriledi ve dispnesi belirgin kayboldu. Hipoksemisi ve klinik durumu belirgin düzeldi. Olgu halen takibimiz altında olup aylık okreotid enjeksiyonları devam etmektedir

PAAG



Tartışma-Sonuç: STS'nin erken tanınması ve multidisipliner yaklaşım büyük önem taşır. Bu olguda, tırnak değişiklikleri, ödem ve plevral effüzyon gibi bulgular, STS şüphelerini güçlendirmiştir. Lenfosintigrafi bulguları, lenfatik yetersizlik olasılığını göstermiştir. STS, plevra sıvısı etiyolojisinde nadir bir ayırıcı tanı olup, tedavisi son derece özelliğlidir.

Anahtar Kelimeler: Sarı tırnak sendromu, Plevral effüzyon



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-322 Sağ Pnöminektomi Sonrası Persistan Bronkoplevral Fistülün Karinal Sleeve Rezeksiyonu İle Tedavisi

Dr. Betül Abacı¹, Doç. Dr. Serkan Yazgan¹, Doç. Dr. Şeyda Örs Kaya¹, Prof. Dr. Kenan Can Ceylan¹

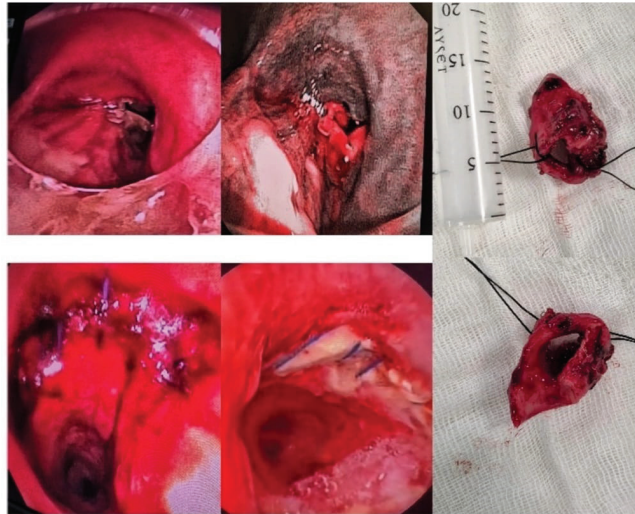
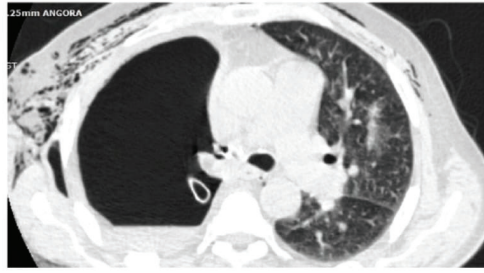
¹SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Betül Abacı / SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Bronkoplevral fistül (BPF) pulmoner rezeksiyon sonrası erken veya geç dönemde ortaya çıkabilen bir komplikasyondur. Özellikle sağ pnöminektomi sonrası daha sık görülmektedir. En ciddi komplikasyonlardan birisidir.

Olgu: 64 yaş erkek, sağ akciğerde santral olarak yerleşmiş küçük hücreli dışı akciğer karsinomu tanılı hastaya sağ pnöminektomi ve lenf bezi diseksiyonu uygulandı. Servis takibinde sorunsuz olan hasta postop 7.gününde taburcu edildi. T4N1P2 skuamöz hücreli bronş karsinomu tanılı hasta öksürük ve balgam şikayeti ile ameliyattan yaklaşık 2 hafta sonra polikliniğimize başvurdu. Akciğer röntgeninde sağ hemitoraks sıvı seviyesinde azalma, fizik muayenesinde cilt altı amfizem ve fiberoptik bronkoskopide sağ ana bronş güdüğünde geniş bronkoplevral fistül görüldü. Hastaya tüp torakostomi ve kapalı sualtı drenajı uygulandı ve kliniğimize yatırıldı. 3 gün sonra hastaya karinal rezeksiyon ve trakea-sol ana bronş sleeve anastomozu uygulandı. Anastomoz hattı timoperikardiyal yağlı doku ile desteklendi. Postoperatif fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Anastomoz hattı salim izlendi.Hasta 1.5 ay sonra poliklinik kontrolünde sorunsuz olarak değerlendirildi.

Preoperatif bilgisayarlı tomografi, preoperatif ve postoperatif fiberoptik bronkoskopi,rezeksiyon materyali



Tartışma-Sonuç: BPF tedavisinde farklı cerrahi yaklaşımlar mevcuttur. Sağ pnöminektomi sonrası geniş bronkoplevral fistülün tedavisi için uygun olgularda karinal sleeve rezeksiyonu nadir uygulanan bir cerrahi yöntemdir. Sağ pnöminektomi sonrası takiplerde bronkoplevral fistül (BPF) gelişen hastamızda karinal sleeve rezeksiyon uygulandı ve geniş bronkoplevral fistülün yönetiminde etkili ve başarılı oldu.

Anahtar Kelimeler: bronkoplevral fistül, karinal sleeve, pnöminektomi

PS-323 Nadir Saptanan Bir Bronşektazi Etiyolojisi: Williams Campbell Sendromu

Duygu Uzunođlu¹, Fatma Tokgöz Akyıl¹, Bahar Aydođar¹, Halit Çınarka¹, Mustafa Çörtük¹, Elif Tanrıverdi¹, Erdoğan Çetinkaya¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Duygu Uzunoğlu / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Williams Campbell sendromu genellikle 4. ve 6. bronş dallanması seviyesinde olan bronş duvarı kartilajlarının oluşum eksikliği veya yokluğuna bağlı gelişen ve distalinde bronşektaziye neden olan genetik bir sendromdur. Tekrarlayan pnömoni, öksürük, hırıltı gibi bronko-obstrüktif semptomlar gelişebilir. Vakaların çoğunluğunu çocuklar oluştursa da ileri yaşta tanı konmuş olgular da mevcuttur. WCS konjenital ve edinilmiş formlar olarak sınıflandırılmıştır. Konjenital form genellikle çocuklarda bulunur ve polispleni, abdominal organların malrotasyonu, toraks piriformis, konjenital kalp hastalıkları gibi konjenital anomalilerle ilişkilidir. Tanısında anamnez, klinik bulgular ve radyolojik incelemede karakteristik ekspiratuvar hava yolu kollapsı ve bronşektazinin diğer nedenlerinin dışlanması gerekir. Tedavisinde hastalığın alevlenmesinden koruma esastır. Antibiyoterapi, pulmoner rehabilitasyon, pozitif basınçlı noninvasif mekanin ventilasyonun yararlı olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Uygun olgularda akciğer transplantasyonu düşünülebilir.

Olgu: On senedir bronşektazi ile takip edilen erkek hasta iki gündür süren hemoptizi ile başvurdu. Öğrenci olan ve hiç sigara içmemiş olan hastanın özgeçmişinde 8 sene önce pnömotoraks nedeni, 4 sene önce pseudomonas aeruginosa üremesi ile servis yatışı mevcuttu. Fizik muayenesinde oksijen saturasyonu %95, nabız dakika sayısı 76, solunum seslerinde her iki akciğerde orta-alt alanlarda daha yaygın olan inspiratuvar kaba raller ve ronküsler vardı. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerde alt loblarda kistik bronşektaziler ve fibrotik bant formasyonları, sağ apekte bül formasyonları, sağ akciğerde fibroatektatik değişiklikler izlendi (Resim-1). Hastaneye hemoptizi takibi tetkik ve tedavi için yatırıldı. Antibiyotik tedavi ve semptomatik tedavi başlanarak mikrobiyolojik kültürler alındı. Hastanın kistik bronşektazisi nedeniyle çalışılan Ig A, IgE, IgM, IgG düzeyleri ve alfa-1 antripsin seviyeleri düzeyleri normal sınırlardaydı. Yapılan fleksibl bronkoskopisinde kanama odağı rastlanmadı ve sekresyon dışında normal olarak değerlendirildi. Hastanın radyolojik bulguları Williams Campbell sendromu düşündürdüğünden dan ekspiratuvar bilgisayarlı tomografi istendi. Her iki akciğer alt loblarda daha belirgin bronş duvarında kalınlaşma ve lümenlerinde sıvı seviyelenmesi gösteren kistik bronşektaziler mevcuttu (Resim 2). Hastaya anamnezi, kliniği ve radyolojik görüntülemeleri sonucunda Williams Campbell sendromu tanısı konuldu. Pulmoner rehabilitasyona başlandı ve akciğer transplantasyonu açısından refere edildi.

Tartışma-Sonuç: Özellikle çocuklarda sık geçirilen enfeksiyonlarda, wheezing, nefes darlığı, hemoptizi gibi semptomlarla prezente olan ve bronşektazisi olan hastalarda Williams Campbell sendromu akla gelmelidir. Nadir görülmesi ve semptomlarının değişken olması nedeniyle tanısı ve tedavisini zorlaştırmaktadır. Tanısı öncelikle klinik öykü, bronkoskopi ve radyolojik görüntülemelerden oluşurken spesifik bir tedavisi bulunmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Williams Campbell Sendromu, Bronşektazi, Hemoptizi



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-324 Nadir Bir Transudatif Plevral Efüzyon Olgusu: Ürinotoraks

Veli Kuyben¹, Meryem Şanlıalp¹, Nilüfer Yiğit¹, Erhan Uğurlu¹

¹Pamukkale Üniversitesi

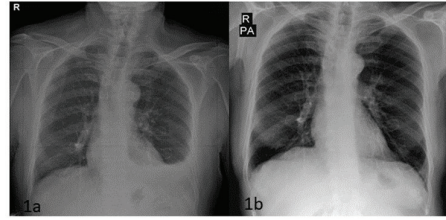
Veli Kuyben / Pamukkale Üniversitesi

Giriş-Amaç: Ürinotoraks, plevral boşlukta idrar varlığıyla ortaya çıkan nadir bir klinik durumdur. Genellikle idrar yolu tıkanıklıkları, travma veya cerrahi müdahaleler sonrası idrarın retroperitoneal veya peritoneal boşluğa kaçmasıyla gelişir. Kaçak, diyaframdaki defektler aracılığıyla doğrudan veya lenfatik yollardan dolaylı olarak plevral boşluğa ulaşabilir. Plevral efüzyon genellikle tek taraflıdır ve masif olabilir. Plevral sıvının özellikleri arasında düşük protein içeriği, az hücre sayısı, transudatif karakter ve belirgin idrar kokusu bulunur. Tanı, plevral sıvı-serum kreatinin oranının 1'in üzerinde olması ve görüntüleme bulgularıyla konur. Tedavi, altta yatan genitoüriner patolojinin düzeltilmesine odaklanır ve çoğu vakada tam iyileşme sağlanır. Olgumuz, obstrüktif üropatiye bağlı gelişen ürinotoraksı kapsamaktadır.

Olgu: 77 yaşındaki erkek hasta, mesane kanseri nedeniyle 5 gün önce transüretal mesane rezeksiyonu (TUR-M) operasyonu geçirmiştir. Ameliyat sonrası karın şişkinliği ve idrar çıkışında durma şikayetleri nedeniyle üroloji kliniğine obstrüktif üropatiyle yatırılmıştır. Hastanın nefes darlığı şikayeti olmasıyla yapılan toraks BT'de sol tarafta tek taraflı plevral efüzyon saptanmış ve göğüs hastalıkları kliniğine konsülte edilmiştir. Hastaya tanısal torasentez uygulanmış, alınan plevral sıvı seröz karakterde olup belirgin idrar kokusu mevcuttu. Plevral sıvı biyokimyasal analizinde LDH: 112 U/L, total protein: 21 g/L, kreatinin: 1,23 mg/dL ve pH: 7,57 olarak bulunmuştur. Plevral sıvının kokusu, rengi ve hastanın klinik durumu göz önüne alınarak ürinotoraks olasılığı değerlendirilmiştir. Plevral sıvı kreatinin/serum kreatinin oranının 1'in üzerinde çıkması ve yapılan anterograd pyelografi sonucunda her iki böbrekte hidroüretonefroz ile distal üreterde darlık saptanması üzerine obstrüktif üropatiye bağlı ürinotoraks tanısı konulmuştur. Tedavi amacıyla hastaya bilateral perkütan nefrostomi uygulanarak her iki böbrek toplayıcı sistemine kateter yerleştirilmiştir. Takiplerde hastanın şikayetlerinde gerileme görülmüş ve akciğer grafisinde sol taraftaki plevral efüzyonun azaldığı tespit edilmiştir. Hasta, klinik iyileşme sonrası taburcu edilmiştir.

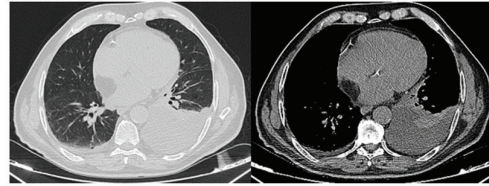
Hastanın tanı anındaki PA Akciğer grafisi, Bilateral DJ stent takımı sonrası kontrol PAAG ve Tanı anındaki Toraks BT kesitleri

Resim 1: Hastanın akciğer grafi görüntülemeleri



Resim 1a: Hastanın tanısal işlem öncesi çekilen posteroanterior akciğer grafisi

Resim 1b: Hastanın tedaviden 1 ay sonra çekilen posteroanterior akciğer grafisi



Resim 2: Hastanın toraks BT görüntüleri

Tartışma-Sonuç: Ürinotoraks, nadir görülen, sıklıkla tanısı geciken bir klinik durumdur. Ürinotoraksın tanısında, plevral sıvının biyokimyasal özellikleri, kokusu ve özellikle plevral sıvı-serum kreatinin oranı önemli ipuçları sunar. Tedavi, altta yatan genitoüriner patolojinin düzeltilmesine odaklanır, bu hastalarda genellikle plevral efüzyon hızla geriler. Olgumuz, ürinotoraksın erken tanı ve müdahaleyle tamamen iyileşebileceğini göstermektedir. Özellikle obstrüktif üropatiye karşılaşılan hastalarda nefes darlığı ve plevral efüzyon varlığında, ürinotoraks olasılığı göz önünde bulundurulmalı ve hızlı bir şekilde yönetilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Obstrüktif Üropati, Ürinotoraks, Kreatin, Plevral Efüzyon, Dispne

PS-325 Mediastende Kitle: Castleman Hastalığı

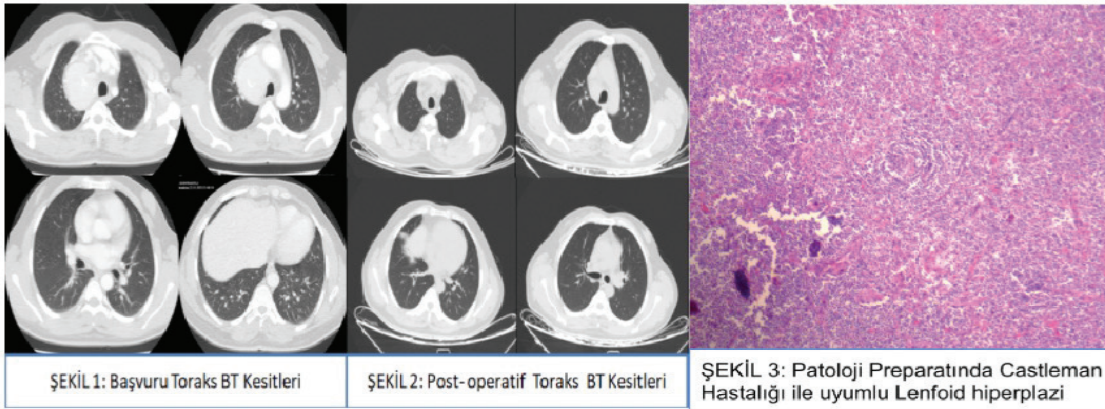
Kadriye Nazlı Kara¹, Belma Akbaba Bağcı¹, Neslihan Fener¹, Ramazan Eren¹, Ayşenur İlkyaz¹, Furkan Doğan¹, Büşra Özboilat¹, Can Yüksel¹, Mediha Gönenç Ortaköylü¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Kadriye Nazlı Kara / Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Castleman hastalığı (CH), nadir görülen bir lenfoproliferatif bozukluk olup, unisentrik ve multisentrik olmak üzere iki ana alt tipi bulunmaktadır. Unisentrik genellikle tek bir lenf nodunda lokalize iken, multisentrik sistemik inflamasyon ve multipl lenf nodu tutulumu ile seyrederek. CH'nin pulmoner tutulumları nadir olup, özellikle konstriktif bronşiolit (CB) ve paraneoplastik pemfigus (PNP) gibi komplikasyonlar ciddi morbiditeye neden olabilir. Bu olguda, rutin sağlık taramaları sırasında rastlantısal olarak tespit edilen bir mediastinal lezyonun ileri tetkikleri sonucunda Castleman hastalığı tanısı konulan bir olgu sunuldu.

Olgu: Otuz yedi yaşında, bilinen herhangi bir hastalığı olmayan erkek hasta, işyerindeki rutin tarama muayenesinde çekilen akciğer grafisinde sol hilusta konsolidasyon izlenmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiştir. Hastanın anamnezinde aktif solunumsal semptomu yoktu. Çekilen toraks BT ve MR görüntülemelerinde mediastende 7x5 cm boyutlarında, lobüle konturlu, milimetrik kalsifikasyonlar içeren bir yumuşak doku kitlesi saptanmıştır. PET/BT'de sağ hemitoraksta mediasten giriminden başlayarak sağ üst ve alt paratrakeal alanı dolduran, içerisinde kalsifikasyon alanları bulunan, lobüle görümlü ve orta düzeyde FDG tutulumu gösteren 73x58 mm'lik kitlesel lezyon izlenmiş ve malignite şüpheli yorumlanmış. (ŞEKİL1) Tanısal amaçla yapılan BT eşliğinde transtorasik iğne aspirasyonu sonucu yalnızca fibrin ve kan elemanları tespit edilmiştir. Devamında, EBUS ile sağ paratrakeal lenf nodundan biyopsi alınmış ancak tümöral hücrelere rastlanmamıştır. Multidisipliner konseyde yapılan değerlendirme sonucu hastaya mediastinoskopi planlanmış ve cerrahi rezeksiyon kararı alınmıştır. (ŞEKİL2) Gerçekleştirilen parakardiyak kitle rezeksiyonu sonrası, histopatolojik incelemede kitle Castleman hastalığı ile uyumlu bulunmuştur. (ŞEKİL3) Hastanın parietal plevrasında da Castleman hastalığı ile uyumlu bulgular saptanmıştır. Operasyon sonrası hasta hematoloji kliniğine yönlendirilmiş, ancak yapılan ileri tetkiklerde ek bir patoloji saptanmamıştır. Postoperatif takiplerinde çekilen PET/BT görüntülemelerinde yeni gelişen veya ek bir tutulum saptanmamış olup, hastanın hematoloji ve göğüs hastalıkları takibi devam etmektedir.



Tartışma-Sonuç: Castleman hastalığı, mediastinal kitleler içerisinde nadir ancak önemli bir diferansiyel tanı oluşturmaktadır. Olgumuzda olduğu gibi, asemptomatik vakalarda rutin taramalar sırasında tespit edilen mediastinal kitleler, tanısal süreçte zorluklara neden olabilir. Özellikle, Castleman hastalığına özgü radyolojik veya biyokimyasal belirteçlerin bulunmaması, tanının histopatolojik inceleme ile konulmasını zorunlu kılmaktadır. Olgumuzda PET/BT'de orta düzeyde FDG tutulumu gösteren, malignite şüpheli bir lezyon saptanmış olmasına rağmen, transtorasik iğne biyopsisi ve EBUS ile kesin tanı konulamamıştır. Bu durum, Castleman hastalığının tanısında cerrahi rezeksiyonun gerekliliğini ortaya koymaktadır. Unisentrik olgularda cerrahi eksizyon genellikle yeterli olurken, multisentrik formlarda sistemik tedavi yaklaşımları değerlendirilmelidir. Olgumuzda, başarılı cerrahi eksizyon ve takip süreci ile hastaya kür sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Mediasten, cerrahi, lenfoproliferasyon, asemptomatik



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-326 İleri Yaşta Tanı Almış Bir Yaygın İmmün Yetmezlik Olgusu

Duygu Uzunođlu¹, Bahar Aydođar¹, Ramazan Eren¹, Zeynep Güney¹, Elif Tanrıverdi¹, Mustafa Çörtük¹, Halit Çınarka¹, Erdoğan Çetinkaya¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi

Duygu Uzunoğlu / Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi

Giriş-Amaç: Yaygın değişken immün yetmezlik (CVID), antikor seviyelerinin az olması ve enfeksiyon gelişme sıklığının artması ile karakterize primer immün yetmezlik hastalığıdır. Hastalık genellikle yetişkinlerde teşhis edilse de çocuklarda da görülebilir. Bazı genetik mutasyonlar tanımlanmış olsa da patogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır. CVID ayrıca diğer otoimmün hastalıklar ile birlikte görülebilir. Otoimmün hemolitik anemi, idiopatik trombositopeni, romatoid artrit, sistemik lupus eritamatozis, otoimmün tirodit gibi hastalıklar ile birlikte olabilir. Bu hastalarda karın ağrısı, bulantı, kusma, ishal gibi sindirim sistemine ait bulgular da görülebilir. Büyüme- gelişme geriliği, lenfadenopatiler ile prezente olabilirler. Özellikle lenf bezleri ve sindirim sistemi kanserleri başta olmak üzere kanser gelişme riski de yaygın değişik immün yetmezliği olan hastalarda artmıştır. Tanısında bu semptomu olan hastalarda serum immunglobülin sayısına bakmak yararlı olabilir. Ayrıca akım sitometri yöntemi ile B lenfosit sayısının ölçülmesi tanı koydurucudur. Tedavisinde ömür boyu intravenöz immünoglobulin verilir. Bu şekilde hastaya antikor desteği sağlanarak enfeksiyonlara karşı korunma sağlanabilir.

Olgu: 59 yaşında kadın hasta üç aydır olan nefes darlığı, öksürük, balgam şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Ev hanımı olan hastanın astım dışında bilinen ek hastalığı yoktu. 20 yıldır sigara içmeyen hastanın 1 paket/yıl sigara öyküsü vardı. Hastanın son 3 ayda iki kez pnömoni nedenli servis yatışı mevcuttu. İstenen laboratuvar tetkiklerinde CRP: 161 mg/L, WBC: 25500/uL olarak görüldü. Çekilen kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerde bilateral tomurcuklanmış ağaç manzaraları, alt alanlarda bronş duvarında kalınlaşmalar ve peribronşiyal hava hapsi ile uyumlu görünümeler mevcuttu. (1) Hastaya tüberküloz başta olmak üzere enfeksiyöz hastalıklar ayırıcı tanılara alınarak bronkoskopi planlandı. Bronkoskopisinde patolojik görünüm olmayan hastanın kültürlerinde üreme olmadı. Quantiferon testi negatif olan hastadan immün yetmezlik belirteçleri ve romatolojik markerlar istendi. IgG(total) <1,40 g/L, IgG1: 0,05 g/L, IgG2: 0,09 g/L, IgG3: < 0,002 g/L, IgG4: < 0,004 g/L olan hasta immün yetmezlik tanısı ile immünoloji ve alerji hastalıklarına konsülte edildi. Hastanın pnömonisi de olduğu göz önünde bulundurularak 0,7 gr/kg IVIG tedavisi önerildi. Hastaya 3 haftada bir IVIG tedavisi planlanarak antibiyoterapisi süresi tamamlanınca taburcu edildi. Kontrollerinde çekilen tomografide tomurcuklanmış ağaç manzaralarının regrese olduğu görüldü.(2)

Tartışma-Sonuç: Rekürren sinupulmoner veya gastrointestinal enfeksiyon geçirenlerde yaş ve cinsiyetten bağımsız CVID akla gelmelidir. Tanısında immün yetmezlik belirteçleri ve akım sitometri kullanılır. Tedavisinde IVIG, gen tedavileri veya kemik iliği transplantasyonu yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yaygın değişken immün yetmezlik, Pnömoni

PS-327 Hematopoietik Kök Hücre Transplantasyonu Sonrasında Gelişen Bronşiolit Obliterans Sendromu

Füsün Parlakyiğit¹, Demet Karnak¹, Özlem Özdemir Kumbasar¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Füsün Parlakyiğit / Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş-Amaç: Hematopoietik kök hücre transplantasyonu sonrası gelişen greft-versus-host hastalığı(GVHD), bir bağışıklık sistemi reaksiyonudur. Bronşiolit obliterans sendromu (BOS); obliteratif bronşiolitin gelişimi sonucu ilerleyici obstrüktif ventilasyon bozukluğu ile karakterizedir ve kronik multisistemik GVHD'nin akciğer manifestasyonudur , tanısı FEV1/FVC oranının <0.7 olması veya tahmin edilenin %5'lik yüzdelerinde olması; FEV1'in tahmin edilenin %75'inden düşük olması ve enfeksiyonel bir neden olmaksızın iki yıl içinde %10 veya daha fazla azalma göstermesi; Toraks bilgisayarlı tomografisinde(TBT) hava hapsi kanıtı, küçük hava yolu kalınlaşması, bronşiektazi varlığı veya solunum fonksiyon testinde hava hapsi kanıtı varlığıyla konur.

Olgu: 46 yaşında erkek hastaya, beş yıl önce kronik myeloid lösemiden transforme akut lenfoblastik lösemi tanısı nedeniyle dış merkezde allojenik kök hücre nakli yapılmış olup nakil sonrası üçüncü yılda GVHD akciğer ve göz tutulumu olarak değerlendirilmiş. Prednol, mikofenolat mofetil, Ruksolutinib tedavilerine rağmen hastalık progresyonu izlenmiş. İbrutinib ve antifungal profilaksi(posakonazol) tedavisi başlanmış. TBT takibi ile izlenmekteyken artan nefes darlığı şikayeti ile tarafımıza başvurdu, solunum yetmezliği mevcuttu. Akut faz reaktanları negatif, balgam kültüründe aspergillus fumigatus üremesi olan hastanın tedavisi İbrutinib, antibiyoterapi, antifungal tedavi olarak düzenlendi, hiperkapnik solunum yetmezliğinde olan hastanın tedavisine yoğun bakım ünitesinde non invaziv mekanik ventilatör desteği ile devam edildi. TBT'si her iki akciğerde yaygın sentrilobüler ve panlobüler amfizem alanları, fibrotik değişiklikler ve traksiyon bronşiektazi alanları ve organize pnömoniye ait olabilecek nodüler opasiteler izlendi. Bulgular greft versus host hastalığının pulmoner tutulumuna sekonder olabileceği düşünülen hasta konseyde değerlendirilerek bronşiolitis obliterans sendromu olarak kabul edildi. Tedaviye steroid ve azitromisin eklendi, oksijen ihtiyacında gerileme oldu. İmmünglobulin düşüklüğü nedeniyle immünoloji ile konsülte edilerek trimetoprim-sulfametoksazol profilaksi tedavisi eklendi, İbrutinib devamı planlanıyorsa intravenöz immünglobulin tedavisi (IVIG) önerilir olarak değerlendirilen hasta hematoloji ile birlikte değerlendirildi. Ruksolutinib 10mg 2x1 ve Metilprednizolon 16mg 2x1 olarak tedavi düzenlendi. Takiplerinde oksijen ihtiyacı kalmayan hasta belirgin klinik ve radyolojik yanıtla kliniğimizden taburcu edildi.

Tartışma-Sonuç: BOS; kök hücre transplantasyonunun önemli bir komplikasyonudur. Spesifik olmayan semptomları, tanı gecikmelerine neden olabilir. Kök hücre nakli sonrası hastaların solunum fonksiyon testi ile izlenmesi önemlidir. Akciğer fonksiyonu düşüşü doğrulandıktan sonra, olası nedenler ekarte edilmelidir. Nakil sonrası BOS yönetiminin ilk adımı, eşlik eden hastalıkların, potansiyel tetikleyici faktörlerin yönetilmesi ve immünsupresif tedavinin optimize edilmesidir.

Anahtar Kelimeler: Hematopoietik kök hücre transplantasyonu, Bronşiolit obliterans sendromu, Solunum fonksiyon testi, İmmünsupresif tedavi



9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

PS-328 Sağ İntermediar Bronşta Nadir Görülen EBL Mukoepidermoid Karsinom: Olgu Sunumu

Mariam Arafa¹, Cansel Atinkaya Baytemir¹

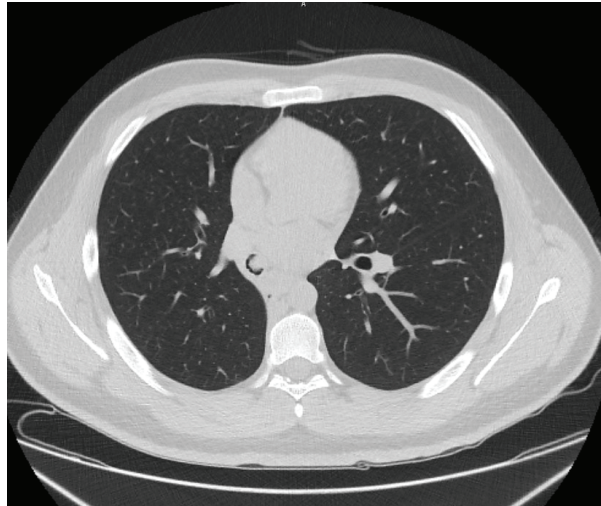
¹İstanbul medeniyet üniversitesi, Prof. Dr. Süleyman yalçın şehir hastanesi

Mariam Arafa / İstanbul medeniyet üniversitesi, Prof. Dr. Süleyman yalçın şehir hastanesi

Giriş-Amaç: Trakeal tümörler solunum sistemi tümörlerinin %2'sini oluşturur. (2) Trakeobronşial sistemin mukoepidermoid karsinomları submukozal bezlerden köken alan, yavaş büyüyen malign özellikte tümörlerdir. Çok nadir görülür ve akciğer tümörlerinin %0,3'ünü oluşturmaktadır. (3 4 5)Teşhis ve sınıflaması için histopatolojik çalışma gereken MEK'un düşük dereceli varyantı, erken yaşlarda görülür ve iyi prognoz gösterir. Olguların %50'si 30 yaşın altındadır (6 7 8). Cerrahi rezeksiyon tedavinin temelini oluşturur ve nadiren adjuvan tedavi gerekmektedir. Burada son derece nadir bir olgu sunuyoruz.

Olgu: 19 yaşında, E hasta geçmeyen öksürük şikayeti ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. bilinen hastalığı, sigara Öyküsü olmayan hastanın PA akciğer grafisinde sağ alt lobta konsolidan alanları izlendi.(Resim 1)Hastanın çekilen TORAKS BT: Sağ akciğer orta ve alt lob bronşları düzeyinde segmental seviyelere uzanım gösteren bronş içerisinde düşük dansiteli yumuşak doku görünümü izlenmektedir .(Resim2-3)Hastanın çekilen PET BT'de lezyonda FDG tutulumu mevcut değil. Hastaya FOB yapıldı, EBL den biyopsi alındı. Patoloji tanısı mukoepidermoid karsinom olarak izlendi. Hastaya 03.06.2024 tarihinde sağ torakotomi ile intermediyer bronşa izole sleeve ve LND uygulandı. Patoloji raporu low grade mukoepidermoid karsinomu olarak izlendi. Postoperatif 8.günde taburcu edildi. İkinci ay kontrolleri normaldi (Resim 4).

Sağ intermediar bronş ebl



Sağ intermediar EBL

Tartışma-Sonuç: Solunum bronş sistemin mukoepidermoid karsinomu nadir görülen bir primer akciğer malignitesidir. Genellikle hava yolu tıkanıklığı ve tekrarlayan pnömoni belirtileriyle ortaya çıkar. Cerrahi rezeksiyon tedavinin temelini oluşturur. Bölgesel lenf düğümlerine metastaz nadirdir. Düşük dereceli tümörleri olan hastaların tam rezeksiyonu tabii olarak beklenemez. Sunduğumuz vakada sağ intermediyer EBL lezyonu saptandı. Hastamıza cerrahi sınırları temiz olarak izole sağ intermediyer bronş sleeve rezeksiyonu uygulandı.

Anahtar Kelimeler: EBL Mukoepidermoid karsinom, izole sağ intermediar sleeve

PS-329 Hemoptizi Etyolojisinde Pulmoner Sekestrasyon

Sena Bahadıroğlu¹, Kerem Ensarioğlu¹, Emine Bahar Kurt¹, Koray Aydođdu²

¹Ankara Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

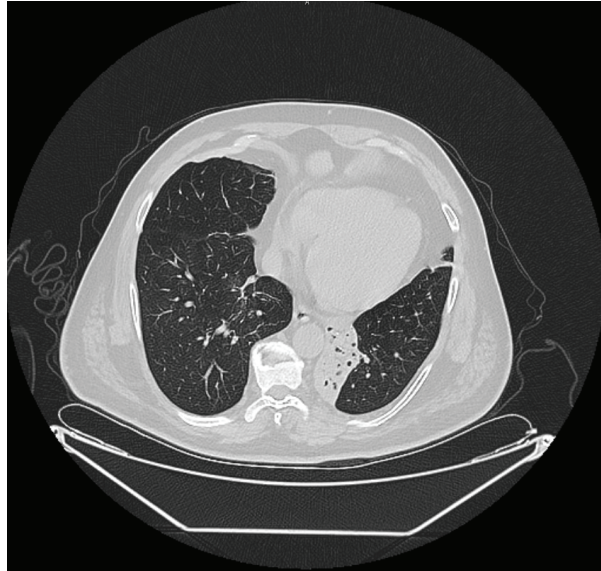
²Ankara Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

Sena Bahadıroğlu / Ankara Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Pulmoner sekestrasyon (PS), akciğerin bir lob veya segmentinin normal trakeobronşiyal sistem ile ilişkisi olmayan, arteriyel dolaşımın sistemik arterler ile sağlandığı, fonksiyon göstermeyen konjenital bir patolojidir. Venöz drenaj pulmoner venlerle, nadiren de sistemik venlerle sağlanır. Sekestrasyonlar sıklıkla asemptomatiktir ve tesadüfen saptanırlar. Sıklıkla sol akciğerde ve alt loblarda yerleşirler. İntralobar pulmoner sekestrasyon (İLS) ve ekstralobar pulmoner sekestrasyon (ELS) olarak sınıflandırılır. Burada 47 yaşında hemoptizi şikayeti ile tarafımıza başvuran ve intralobar pulmoner sekestrasyon tanısı koyulan olgumuz sunuldu.

Olgu: Tanılı hastalığı olmayan ve ek şikayeti olmayan 47 yaşında erkek hasta, hemoptizi şikayeti ile acil servise başvurdu. Bilgisayarlı akciğer tomografisinde (BT) sol akciğer alt lob posterior bazal segmentte kistik bronşiektazik değişiklikler ve konsolidasyon ile, posterior bazalde bronşiyolun distal kesimde oblitere olarak görüldü. Vital bulguları ve rutin laboratuvar değerleri doğal olan hastanın hemoptizi odağı için yapılan kulak burun boğaz muayenesi doğal görüldü. Yapılan fiberoptik bronkoskopide patoloji ve kanama odağı görülmeyen hastada ön planda pulmoner sekestrasyondan şüphelenilerek torasik BT anjiyografi çekildi. Arkus aorta ve inen torasik aorta medikal duvarından kaynaklanan vasküler yapı ile beslenmesi izlenen ve sol akciğer alt lob posteromediale uzanan yaygın tortioze vasküler yapılar ve sol akciğer alt lob posterior segmentte kistik bronşiektaziler izlendi. İntralobar pulmoner sekestrasyon tanısı alan hasta göğüs cerrahisinde opere edildi. Patolojisi fibrozis ve reaktif lenf düğümü olarak raporlandı. Taburculuk sonrası hasta aktif şikayeti olmayarak takip edildi.

Bilgisayarlı tomografi görüntüsü



pulmoner sesktrasyon

Tartışma-Sonuç: Pulmoner sekestrasyon, hemoptizi ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken nadir bir durumdur. Cerrahi tedavi rekürren enfeksiyonları ve komplikasyonları önlemek ve parankim koruyucu cerrahi yapılabilmesi için erken dönemde uygulanmalıdır. Uygun yaklaşım ile küratif tedavi mümkündür.

Anahtar Kelimeler: pulmoner sekestrasyon, bilgisayarlı tomografi



PS-330 İntestinal Lenfanjiyektazi

Hasan Özgen¹, Aytekin İdikut¹

¹Bartın Devlet Hastanesi

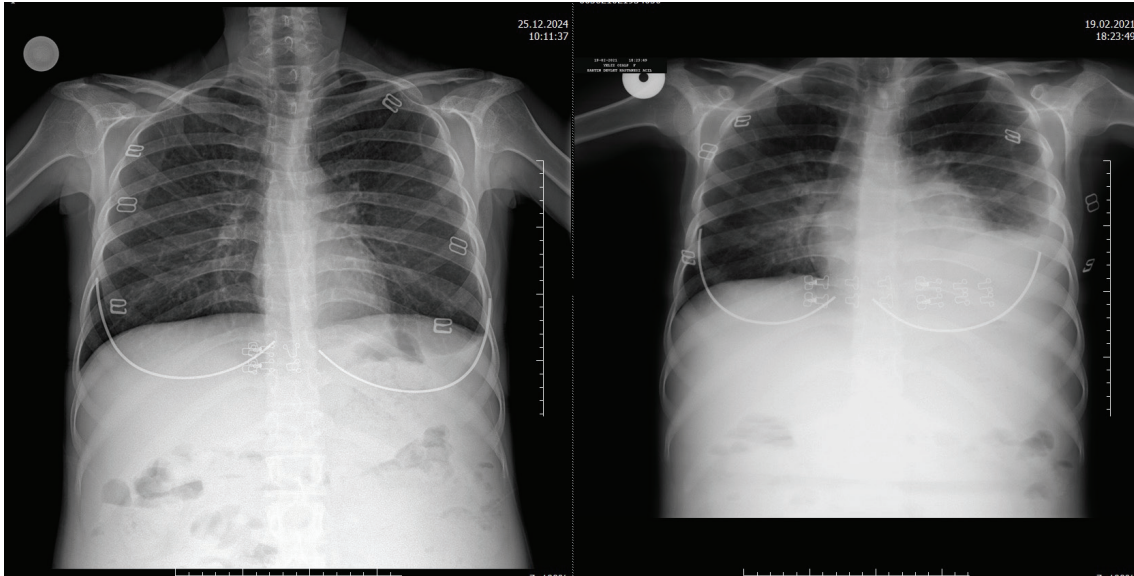
Hasan Özgen / Bartın Devlet Hastanesi

Giriş-Amaç: İntestinal lenfanjiyektazi nadir görülen genellikle malabzorbsiyona sebep olan ve nadiren de şiloz pleval efüzyona sebep olan bir hastalıktır. Hastalık sıklıkla çocukluk çağında belirti vermeye başlar. Bulgular başlıca malabzorbsiyon bulguları olarak karşımıza çıkar. İntestinal lenfanjiyektazi ile Bartın Devlet Hastanesi göğüs hastalıkları kliniğine başvuran bir olgu ile nadir görülen bir durumu meslektaşlarımızın dikkatine sunmayı amaçladık

Olgu: 27 yaşında kadın hasta nefes darlığı ile geldiği hastanemize pleval efüzyon tetkik ve tedavi amaçlı yatırıldı. Hastanın geçmişinde de pleval efüzyonu olduğu ve daha evvelce de pediatri atarafdından protein enerji malnütrisyonu ile takip edildiği ve ileri merkezce intestinal lenfanjiyektazi tanısı ile takip edildiği öğrenildi. E nabız sistemide hastaya ait pleval sıvı örnekleme yapılmadığından sıvı örneklenmedi, sıvı albumin gradyenti (0,7/2,1) ve sıvı/serum protein oranı (1,6/4,0) ile transudatif sıvı olarak tanı kondu. sıvı/serum trigliserit 118/142 , sıvı ADA: 5 U/L , hücre sayımı ise %93 nötrofil %1,5 lenfosit olarak geldi. LDH oranı 187/202 idi. Sıvı ARB menfi , kültüründe ise üreme olmadı. Nefroloji görüşü ile albumin replasmanı yapılan hasta terpotik torasentez ile klinik olarak rahatladı. Takiplerinde stabil seyretti.

Tartışma-Sonuç: İntestinal lenfanjiyektazi nadir görülen genellikle malabzorbsiyona sebep olan ve nadiren de şiloz pleval efüzyona sebep olan bir hastalıktır. Hastamız, pleval sıvı örneklemesinde sıvı/serum LDH oranı açısından eksudatif gibi gözükken (187/202) fakat diğer parametrelerde transudatif olan bir hasta idi. LIGHT kriterleri gereği eksudatif kabul edilmesi gereken hastada sıvı akut olmayıp hastanın çocukluk çağından beri sebat etmekte olduğu ve bu sebeple komplike olabileceği ve sıvı LDH değerini yüksek çıkmış olabileceği, keza hücre sayımında da bu komplike olmasından dolayı nötrofilik geldiği düşünüldü. Önceki takiplerinde de sık pediatrik yatışlarının olduğu ve albumin replasmanı ile taburcu edildiği öğrenilen hastaya bizim yatışımızda da dahiliye ve nefroloji albumin önerdiler. Hastanın albumin düşüklüğü malabzorbsiyonuna sekonder olduğu düşünüldü. Şiloz pleval efüzyon sıklıkla travmalara sekonder olmakla birlikte nadiren hastamızdaki gibi doğumsal bir sebeple de olabilmektedir. Hastalar genellikle trigliserid kısıtlı diyet ve nadiren oktreotid tedavisi ile remisyona girmektedirler, nadir olgu komplike olup boşaltıcı işlem ihtiyacı duyabilmektedirler. Tanı sintigrafi ile konulmakta olup hastamızda ileri merkezce tarafımıza başvurmadan evvel tanısı konmuş olduğundan tekrar bir sintigrafi istenmemiştir. Olgu meslektaşlarımızın dikkatine sunma amaçlı elektronik poster olarak dikkatlere sunulmuştur

İşlem öncesi ve sonrası akciğer filmi



Anahtar Kelimeler: intestinal, lenfanjiyektazi, pleval, efüzyon

PS-331 Akciğer Parankiminde İnsidental Saptanan Yabancı Cisim Olgusu Sunumu

Ayşe Naz, Cenk, Şamil, Özgür, Ezgi, Faris, Mehmet Tarık, Çağrı, İsmail Bozan, Balta, Günay, Cengiz, Çelik, Dönmez, Karakaş, Kılıç¹

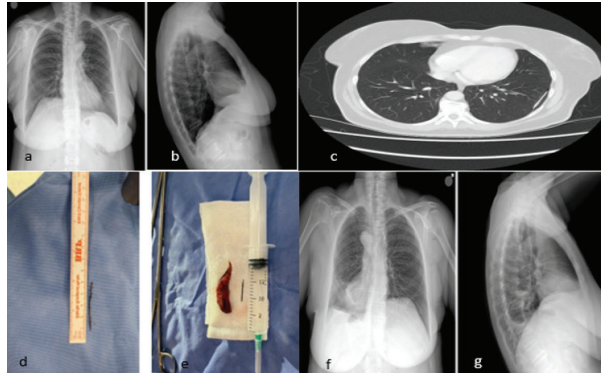
¹Antalya Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi

Ayşe Naz, Cenk, Şamil, Özgür, Ezgi, Faris, Mehmet Tarık, Çağrı, İsmail Bozan, Balta, Günay, Cengiz, Çelik, Dönmez, Karakaş, Kılıç / Antalya Şehir Hastanesi Göğüs Cerrahisi

Giriş-Amaç: Kendi seviyesinden düşme sonrası klavikula fraktürü gelişen, yapılan görüntülemelerde sol akciğer alt lob superiorda insidental olarak 4,5 cm uzunluğunda delici yabancı cisim (kanaviçe iğnesi) tespit edilen, fizik muayenesinde hiçbir patolojik bulguya rastlanmayan, enfektif parametreleri referans değer aralıklarında olan, tarafımızca VATS parankim içi yabancı cisim çıkartılan olguyu ele alacağız. Toraks yaralanmalarının en sık nedenleri trafik kazaları, delici kesici aletler ve ateşli silahlardır. Bu nedenle toraks travmaları künt ve penetran olmak üzere ikiye ayrılabilir. Göğüs travmalarının yaklaşık %30'unu penetran travmalar oluşturur[1]. Penetran göğüs travmalarının çoğu ateşli silah veya bıçak yaralanması sonucu gelişir. Göğüs boşluğuna delinme ile olan yaralanmalarda genellikle küçük parankim hasarı beklenir[2]. Bu travmaların büyük çoğunluğu tüp torakostomi veya konservatif yöntemlerle tedavi edilebilir. İyi seçilen olgularda torakotomi ve akciğer rezeksiyonu yaşam kurtarıcı olmaktadır[3].

Olgu: 65 yaş kadın hasta, ev hanımı, evde el işi ve terziilik yapıyor, bilinen tanıli anksiyete bozukluğu olan hasta düşme sonrası yapılan tetkiklerinde dış merkezde insidental olarak akciğer sol alt lob superiorda yabancı cisim saptanması sonucu polikliniğimize başvurdu. Hastanın Toraks BT'sinde sol alt lob superior segmentte 4,5 cm uzunluğunda delici yabancı cisim saptandı. Hastanın fizik muayenesinde herhangi bir giriş yerine saptanmadı. Palpasyonla ağrı tariflemeyen hasta yabancı cismin toraksına penetre olduğu anı hatırlamıyor ve herhangi bir semptom tariflemiyordu. Yabancı cismin eksizyonu planlandı. Hastaya eksploratif VATS uygulandı. Sol alt lob superiorda yabancı cisim palpe edildi ve wedge rezeksiyon ile çıkarıldı. Postoperatif komplikasyon izlenmeyen hasta postoperatif 1. günde taburcu edildi.

Preoperatif ve postoperatif görüntülemeler



a: preop PAAG b: preop LaAG c: preop kontrastsız toraks BT d: eksize edilen yabancı cisim e: rezekte edilen akciğer parankimi f: postop PAAG g: postop LaAG

Tartışma-Sonuç: Penetran travmalar doku bütünlüğünün bozulmasına neden olacak şekilde göğüs duvarı dokularının yaralanmasından toraks içerisindeki organların yaralanmasına kadar ilerleyici olabilir. Bir cismin deri bütünlüğünü bozarak vücuda girmesi halinde dokular tarafından tutulması, doku içerisinden geçerek vücut dışına çıkması veya kesici delici alet yaralanmalarında olduğu gibi giriş yerinden dışarı çıkması şeklinde yaralanmaya neden olabilir[4]. Göğüs duvarının kesici delici yaralanmaları sonucu oluşan intratorasik yabancı cisimler genelde mermi, dikiş iğneleri, akupunktur iğnelere bağlı oluşmaktadır [5]. Yaralanma sonrası parankim içerisinde yabancı cisim mevcut ve hastaya yaralanma nedeniyle cerrahi girişim düşünülüyorsa yabancı cisim çıkarılma endikasyonlarına göre hareket edilir. Yabancı cisim santral yerleşimli, keskin kenarlı, 1,5 cm'den büyük ve kontaminasyon mevcutsa çıkarılma endikasyonu mevcuttur [6]. Kendiliğinden travmatik yolla sokulan yabancı cisimler genellikle kaza, istismar, psikiyatrik rahatsızlıklar, uyuşturucu madde kullanımı ve intihar amaçlı olmaktadır[7]. İnsidental olarak saptanan, hiçbir fizik muayene bulgusu vermeyen, herhangi bir patolojik hadiseye sebep olmayan bu vaka literatürde nadir rastlanmakla birlikte tarafımızca sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yabancı Cisim, Penetran Toraks Travması



PS-332 Diafram Elevasyonunda Farklı Klinik ve Nedenler

Necla Bozdağ Armağan

Ankara Etlik Şehir Hastanesi

Giriş-Amaç: Diafram elevasyonu, farklı sebeplerden görülebilen ve elevasyonun sebebi ile oranına bağlı olarak asemptomatik klinikten dispneye kadar bir spektrumda semptom verebilen bir durumdur. Bu olgu serisini, 3 farklı hasta üstünden diafram elevasyonu farklı klinik presentasyonları sunulacaktır.

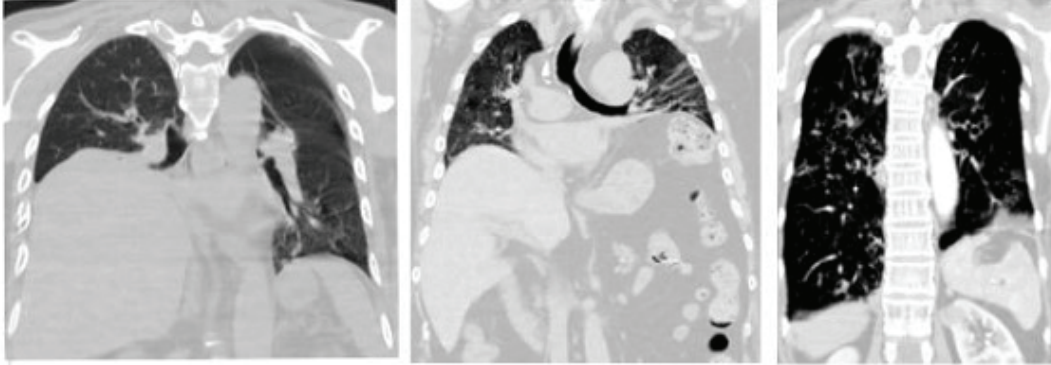
Gereç ve Yöntem: İlk vaka, 57 yaşında erkek hasta, daha önce geçirilmiş serebrovasküler infarkt ile genel durumu orta olarak takip edilmekteydi. Solunum sıkıntısı yeni gelişmesi üzerine hasta acil serviste değerlendirildi. Hastanın görüntülemelerinde tekrarlayan aspirasyona sekonder, sağ orta lob ve alt lob atelektazisi varı. Hastanın geçirilmiş Herpes enfeksiyonuna sekonder frenik sinir tutulumu ve buna sekonder olarak belirgin diafram elevasyonu ile solunum sıkıntısı etiyolojisi aydınlatıldı. Takibinde aspirasyon hususu ile fiberoptik bronkoskopi yapılan hasta, PEG altında beslenme idamesine geçildi. İkinci vaka, 82 yaşında erkek hasta, tanılı hipofizer yetmezliği mevcut olarak, acil serviste dispne ile değerlendirildi. Risk değerlendirilmesi ile pulmoner tromboemboli için istenilen angiografide solda belirgin diafram elevasyonu, olduğu görüldü. Yapılan tetkiklerde sft restriktif paternde idi. Hastanın yakın zamanlı dispne hissi hariç ek şikayeti olmaması ve PTE ekartasyonu ile, ileri yaşı da göz önünde tutularak, ek cerrahi tedavi düşünülmeyp, idiyopatik diyafram evantrasyonu düşüldü ve solunum egzersizi ile takibe alındı. Son vaka, 68 yaş kadın hasta, tekrarlayan hemoptizi olması ile servis şartlarında takibe alındı. Hastanın istenilen tomografisinde PTE ekarte edildi, ancak solda altıncı kot kırığı ve, yaygın bronşektazik odaklar ve buna bğalı olduğu düşünülen diafram elevasyonu görüldü. İleri tetkik istemeyen hasta, rutin takip önerileri ile, solunum fonksiyon testinin stabil olması ile, takibe alındı.

Bulgular: Diafram elevasyon, farklı klinik durumlarda ve farklı ek akciğer patolojileri ile beraber görülebilmektedir

Tartışma-Sonuç: Diafram elevasyon, farklı klinik durumlarda ve farklı ek akciğer patolojileri ile beraber görülebilmektedir. Bazı durumlarda ek tedavi ihtiyacı olmamakla beraber, bazı hastalarda arka plandaki akciğer patolojisine sekonder olarak, obstrüksiyon gibi, görülebilmekte ve özellikle bu hastalarda, hastalığın tedavisi ile göreceli yanıt alınabilir.

Diafram Elevasyonunda Farklı Klinik ve Nedenler

Figür 1 Diafram Elevasyon Tomografi Kesitleri



Diafram Elevasyonunda Farklı Klinik ve Nedenler

Anahtar Kelimeler: Aspirasyon, Bronşektazi, Diafram Elevasyonu, Pulmoner Tromboemboli



UASK 2025



Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

asyoduask2025.com



İlkiz Sokak No: 17/5 Sıhhiye, Çankaya/ANKARA
Tel: (0312) 232 01 26 • Faks: (0312) 232 01 26
asyod@asyod.org • www.asyod.org

OCT
MICE

Organizasyon Sekretaryası

OCT Turizm ve Seyahat Acentesi Ltd. Şti.
19 Mayıs Mah. Büyükdere Caddesi
Balçık Tarlası Sok. Tanlı Han No: 1 Kat: 2 Şişli/İstanbul
Tel: +90 212 291 15 05 • +90 541 620 20 91 • info@asyoduask2025.com