

7 Mart 2024, Perşembe

## Poster Bildiri Oturumu 1: Akciğer Enfeksiyonları ve Tüberküloz

PS-001

### Plevral Sıvıda Her ADA Yüksekliği Tüberküloz Lehine Bir Bulgu mudur?

Selen Doğan<sup>1</sup>, Serhat Erol<sup>1</sup>, Serdar Sezer<sup>2</sup>, Ahmet Albay<sup>2</sup>, Tahsin Murat Turgay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

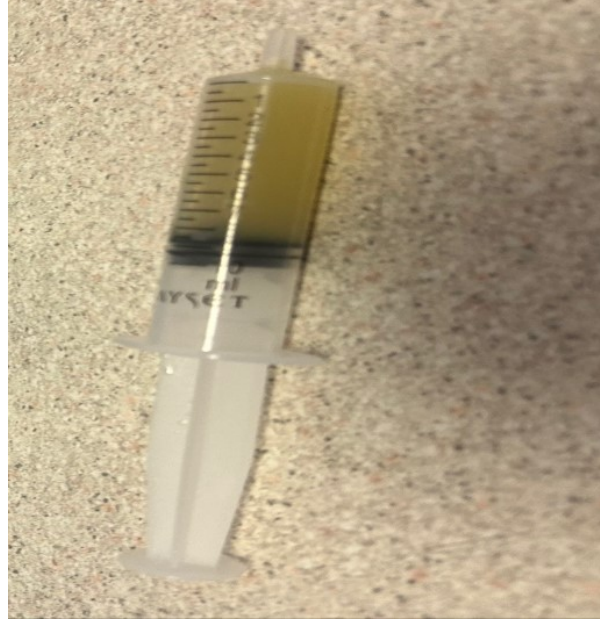
<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Anabilim Dalı, Ankara

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

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

hastada plevral sıvının romatolojik sıvı olduğu sonucuna varıldı. Mevcut hastalık progresyonu olarak değerlendirilen hastanın romatolojik tedavisine mikofenolat mofetil eklendi.

Aspire edilen plevral sıvı örneği



Aspire edilen sıvının rengi yeşil ve pürülan görünümdeydi

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

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

**PS-002**

## **Sarı Tırnak Sendromu**

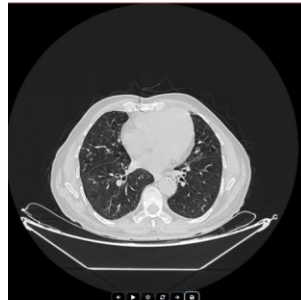
Fatma Ezgi Kahveci<sup>1</sup>, Beyza Alıcıoğlu<sup>1</sup>, Ersin Günay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Etlik Şehir Hastanesi

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

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

lenfödem ve tırnaklarda yapı bozuklukları



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

**Anahtar Kelimeler:** Sarı Tırnak Sendromu, Bronşektazi, Lenfödem

**PS-004**

## **Kriptojenik Organize Pnömoni**

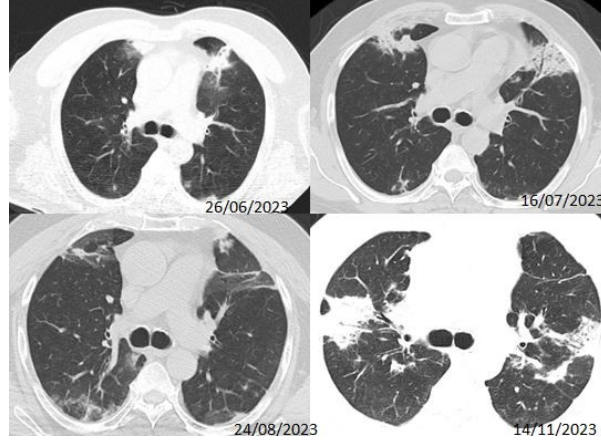
İlknur Kaya<sup>1</sup>, Feride Marım<sup>1</sup>, Zeynep Yaren Yılmaz<sup>1</sup>, Şebnem Emine Parspur<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

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

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

Resim 1



Toraks BT’de benzer kesitlerde olan gezici infiltrasyon alanları

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

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

**PS-005**

## **Post-COVID Yeni Tanı Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF): Olgu Sunumu**

Duygu Zorlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicana International İzmir, Göğüs Hastalıkları Kliniği

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

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

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

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

**PS-008**

## **Leptospiroza Bağlı Diffüz Alveoler Hemoraji: Nadir Bir Olgu**

Avesta Yakut Çağlın<sup>1</sup>, Hadice Selimoğlu Şen<sup>1</sup>, Veysi Tekin<sup>1</sup>, iğdem Mermutluoğlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Gөгüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

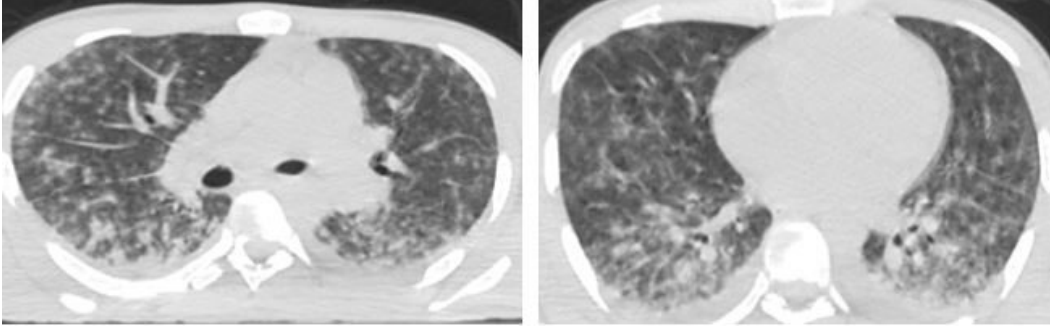
<sup>2</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD, Diyarbakır

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

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



Resim 1



Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral pulmoner infiltrasyon

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

**Anahtar Kelimeler:** Hemoptizi, Diffüz Alveoler Hemoraji, Leptospiroz

**PS-009**

## **Akciğerde Diffüz Mikronodüller: İki Olgu Nedeniyle**

Meserret Sena Hızlı<sup>1</sup>, Hazan Özkoç<sup>1</sup>, Şeyma Başlılar<sup>1</sup>, Bengü Şaylan<sup>2</sup>, Rumeysa Şahinoğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sultan 2. Abdülhamidhan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>3</sup>Gölcük Necati Çelik Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

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

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



Adenokarsinom tanısı alan miliyer nodül tomografi görüntüsü

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

**Anahtar Kelimeler:** Miliyer, Nodül, Tüberküloz, Adenokarsinom

**PS-010**

## **KontROLSÜZ DİYABETİN CİDDİ BİR KOMPLİKASYONU: PULMONER MUKORMİKÖZİS**

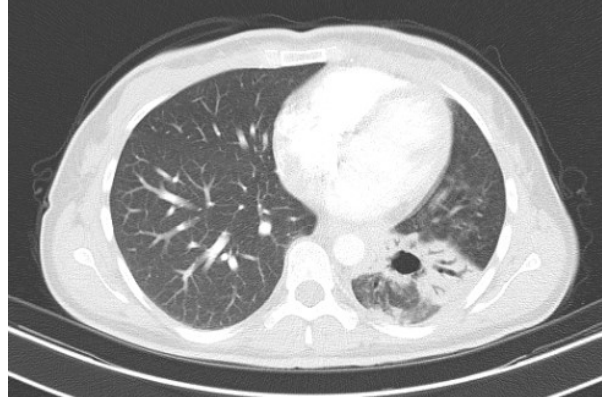
Medine Erdoğan<sup>1</sup>, Anıl Özgür<sup>1</sup>, Özge Aydın Güçlü<sup>1</sup>, Nilüfer Aylin Acet Öztürk<sup>1</sup>, Ezgi Demirdöğen<sup>1</sup>, Aslı Görek Dilektaşlı<sup>1</sup>, Ahmet Ursavaş<sup>1</sup>, Hüseyin Melek<sup>1</sup>, Mehmet Karadağ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

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

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

Resim 1



Hastanın başvuru anındaki Toraks BT görüntüsü

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

**Anahtar Kelimeler:** Pulmoner Mukormikozis, Diyabetes Mellitus, Diyabetik Ketoasidoz

**PS-012**

## **Maligniteyi Taklit Eden Aktinomikoz & Pulmoner-Kranial Nokardiyozun Birlikteliği: Çok Nadir Bir Olgu**

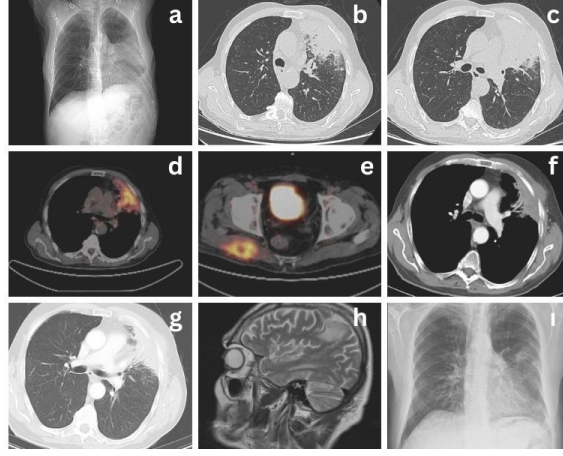
Başak Görüşün<sup>1</sup>, Gizem Gedikoğlu Pirim<sup>1</sup>, Hüseyin Melek<sup>1</sup>, Ahmet Sami Bayram<sup>1</sup>, Cengiz Gebitekin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

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

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

Resim 1



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

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

**PS-014**

## **Tedavi Altında Radyolojik Progresyon Gösteren Tüberküloz Olgusu**

Serra Keskin<sup>1</sup>, Olcay Ayçiçek<sup>1</sup>, Yılmaz Bülbül<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

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

**Olgu:** Kırk dokuz yaşında erkek hasta tüberküloz tedavisinin 4. ayında son iki hafta olan ateş, gece terlemesi ve zayıflama şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın dört ay önce malignite ve tüberküloz açısından yapılan iki kez bronkoskopi ve bir kez trans torasik iğne biyopsi (TTİİBX) sonucu tüberküloz ve malignite açısından negatif gelince anti-tüberküloz tedavisinin ampirik olarak başlandığı saptandı. Bir önceki kontrolünde klinik ve radyolojik düzelme olması nedeniyle tedavisinin iki ilaç ile devamını önerildiği öğrenildi. Özgeçmiş ve soy geçmişinde bir özellik olmayan hastanın solunum sistemi muayenesinde patoloji saptanmadı. Akciğer radyografisinde sol üst zonda izlenen infiltrasyon alanı ve kavitenin, kontrol grafide progresif olduğu ve etrafında konsolide alan olduğu görüldü. Alınan bilgisayarlı tomografide progresyon tespit edilince olgu konseyde görüşüldü. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit:  $9.28 \times 10^3/\mu\text{L}$ , CRP: 61.9 mg/L, sedimantasyon: 32 mm/saat, anti-nükleer antikor negatif ve antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) negatif bulundu. Balgam çıkaramayan hastaya muhtemel rezistan tüberküloz olgusu, malignite, vaskülit vb.? açısından bronkoskopi ve TTİİBX tekrarı planlandı. Bronkoskopi randevu günü başvuran hastanın tüm şikayetlerinin düzeldiğini ifade etmesi üzerine yeniden kontrol grafisi alındı (Grafik 3). Grafinin büyük oranda regrese olduğu saptanınca olgu, tüberküloz tedavisi altında iken gelişen pnömoni olgusu olarak değerlendirildi. Yakın takip altında izlenmesi kararlaştırıldı.

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

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz, Pnömoni, Mycobacterium Tuberculosis, Kavite



## PS-015

### Ülkemizde Akılta Tutulması Gereken Bir Plörezi Olgusu

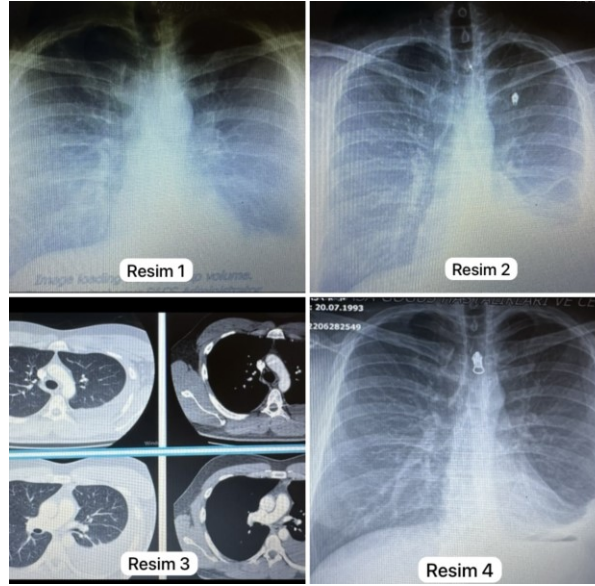
Görkem Feyzullahoğu<sup>1</sup>, Selahattin Öztaş<sup>1</sup>, Ayşem Aşkıın Öztin Güven<sup>1</sup>, Elif Yorgancıgil<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

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

**Olgu:** 30 yaşında erkek hasta bilinen ek hastalığı yok. Öksürük ve eklem ağrısı şikayeti başlamış birkaç gün sonra da çarpıntı ve göğüs ağrısı olunca dış merkez kardiolojiye başvurmuş. PA: Solda plevral efüzyon (Resim 1) EKG: Sinüs taşikardisi (HR:116) EKO: EF normal, sağ ventrikül etrafında sistolde ventriküle bası uygulayan 1 cm, posterior da 0.5 cm tamponad oluşturmeyan fibrinli perikardiyal efüzyon izlenmiş. Ardından hastaya anjiyo yapılmış RCA, CX, LAD normal izlenmiş. Bir hafta hastane yatışı olduktan sonra şikayetleri gerileyince ibuprofen ve kolşisin reçete edilerek taburcu edilmiş. Hasta taburcu olduktan 2 hafta sonra benzer şikayetlerle hastanemize başvurdu. İlaçlarını düzenli kullanmamış. Hemogram ve biokimya değerleri normaldi. D-Dimer : 3.1 mg/l idi, PA stabildi. (Resim 2) Hasta PTE?, Plöropnömoni?, Plevral Efüzyon tetkik amaçlı servisimize interne edildi. Seftriakson 2x1 gr iv, Lansoprazol 30 mg tb 1x1 po, Enoksaparin 0.4 ml 1x1 sc, Kolşisin 0,5 mg tb 2x1 po şeklinde tedavi başlandı. Bilateral alt ekstremitte venöz Doppler USG'de trombüs izlenmedi. Pulmoner BT Anjiyografide (Resim 3) PTE ile uyumlu dolun defekti izlenmedi, sol hemitoraksta 10 cm kalınlığında plevral efüzyon izlendi. Takiplerinde hastaya torasentez yapıldı eksuda vafındaydı. Plevra alb: 34 g/l Plevra protein: 51 g/dl Plevra LDH: 248 U/l Serum alb: 40 g/l Serum protein: 62 g/dl Serum LDH: 150 U/l . Hasta kardiolojiye danışıldı. EKO: EF normal, kalp boyutları normal, kapak patolojisi izlenmedi. Sağ ventrikül ve apeks komşuluğunda 8-9 mm ölçülen bası ve tamponad oluşturmeyan fibrinli perikardiyal efüzyon mevcut izlendi. Kesite giren alanlarda yoğun plevral efüzyon izlendi. Masif pulmoner emboli bulgusu ya da kardiyak ödem düşünülmedi. Kolşisin tablet 2x1 po devamı, poliserözit etyolojisi açısından tetkiki önerildi. Romatolojik tahliller istendi, hepsi negatif sonuçlandı. PPD: 4 mm ölçüldü. Plevra kültüründe üreme olmadı. Plevra ARB: Negatif. Plevra ADA:13 IU/l. Antibioterapisi 1 haftaya tamamlanan ve semptomları gerileyen hasta dış merkezde MEFV gen mutasyonu bakılması önerilerek poliklinik kontrolüne çağrıldı. Plevra sroitolojisi: Atipik hücre izlenmedi. MEFV gen mutasyonu: Pozitif. Kontrol PA(Resim 4) regrese olma eğiliminde olan hasta romatolojiye yönlendirildi.

## Görsel



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

**Anahtar Kelimeler:** FMF Plörezi Poliserözit

**PS-016**

## **Plevral Effüzyon Etiyolojisinde İlaçlar**

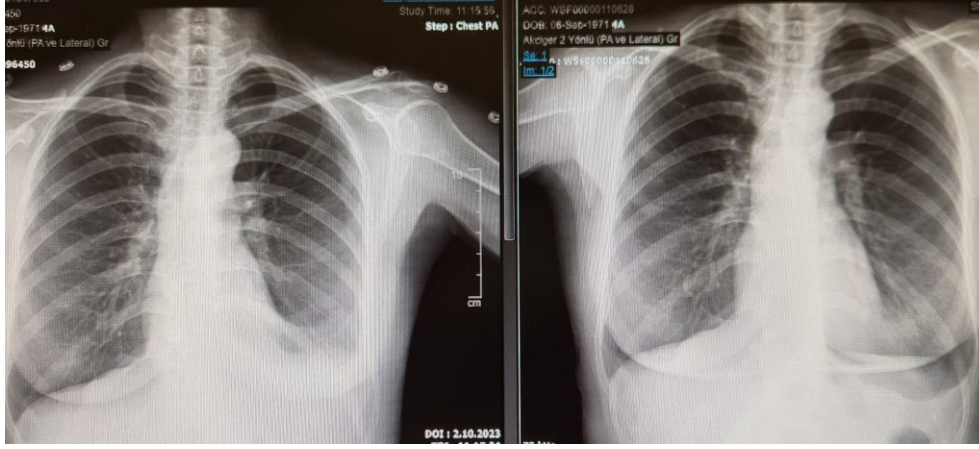
Barış Işık<sup>1</sup>, Pelinsu Altun<sup>1</sup>, Deniz Doğan Mülazimoğlu<sup>1</sup>, Turan Acıcan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD

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

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

## Yatış ve Takip Grafisi



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

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

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

**PS-018**

## **Paraparezi Gelişimine Yol Açan İntratorasik Ekstrapulmoner Vertebral Kist Hidatik Olgusu**

Mustafa Kuzucuoğlu<sup>1</sup>, Mehmet Ünal<sup>1</sup>, İsmail Ertan Sevin<sup>2</sup>, Keramet İbrahim Taylan<sup>3</sup>, Bayram Çağrı Sakarıya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

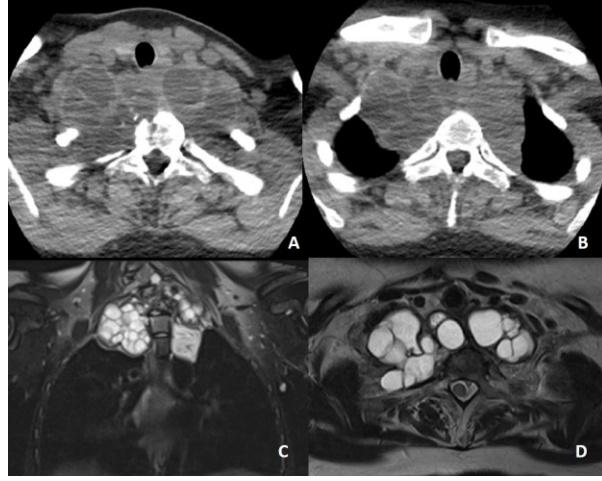
<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>3</sup>İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

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

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

Resim 2



Olgunun toraks BT ve MR da vertebral kist hidatik görünümü

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

**Anahtar Kelimeler:** Kist Hidatik, Ekstrapulmoner, Nadir

**PS-020**

## **Kronik Pulmoner Aspergillozis-Olgu Sunumu**

Elif Karasal Guliyev<sup>1</sup>, Anıl Çolaklar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kahramanmaraş Elbistan Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

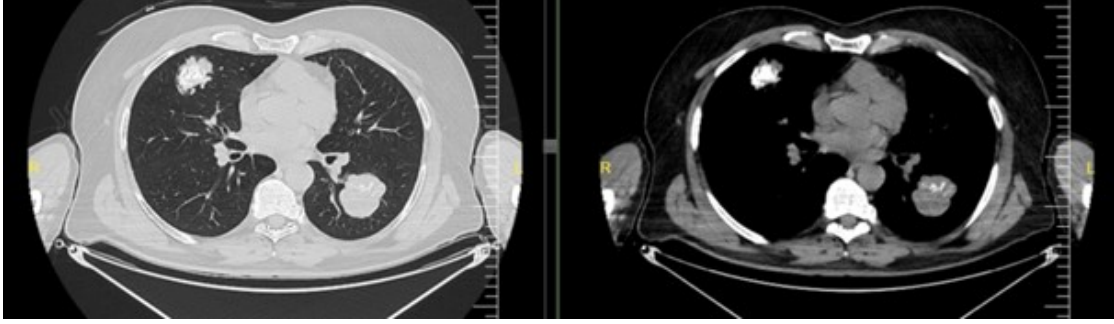
<sup>2</sup>Kahramanmaraş Elbistan Devlet Hastanesi, Radyoloji

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

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

oldu ancak ileri tanımlama yapılamadı-işlemi devam etmektedir. (Balgam kültür sonuçları halen takip edilmektedir)

#### Aralık 2023 Thorax BT



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

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

**Anahtar Kelimeler:** Aspergillozis, Kavite, Kültür, Kalsifikasyon



## Poster Bildiri Oturumu 2: Akciğer Enfeksiyonları ve Tüberküloz

### PS-021

#### **K Vitamini Antagonisti Antikoagölan Kullanmadan Sefoperazona Bağlı Gelişen İNR Yüksekliği Olgusu**

Levent Çevik<sup>1</sup>, Aysel Sünnetçioğlu<sup>1</sup>, Ahmet Aktaş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

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

**Olgu:** KBH nedeniyle hemodiyaliz tedavisi almakta olan 59 yaşında erkek hasta, servisimizde pnömoni nedeniyle yatırıldı. Genel durum ve oral alım bozukluğu, ateşlenme, sarı renkli balgam çıkarma ve öksürük şikayeti olan hastanın bakılan laboratuvar değerlerinde; CRP: 143 mg/dl, WBC:  $11.2 \cdot 10^3$  uL ölçüldü. Hastanın bakılan vital değerleri; tansiyon: 95/75mmhg, ateş: 38,0 C, nabız: 95 atım/dk, dakika solunum sayısı: 18-20 arası ölçüldü. Hastanın bakılan PAAG grafisinde sağ orta alt zonlarda para kardiyak düzensiz sınırlı opasite artışı mevcuttu. Hastaya böbrek dozunda 2x2 gr sefoperazon-sulbaktam tedavisi başlandı. Tedavisinin 5. Gününde bakılan İNR değeri: 4.0 olarak ölçüldü, k vitamin bağımlı bir antikoagölan kullanmayan hastada aktif bir kanama odağı olmadan hematoloji kliniğine (HK) danışılması sonrası İNR değerinin sefoperazon bağımlı olabileceği değerlendirilip, HK tarafından sefoperazon tedavisinin stoplanması sonrası bakılan İNR değerleri sırasıyla 1.73, bir sonraki gün 1.03 olarak ölçüldü, hastanın bakılan PTZ-sec değerleri üç gün ardışık olarak: 30.5sn, 20.7sn, 12.3sn olarak ölçüldü, bakılan APTT değeri:37,6 olarak ölçüldü. Hastanın bakılan eş zamanlı Trombosit ve karaciğer fonksiyon değerleri normal sınırlarda izlendi. Literatür incelemesinde; sefalosporinlerin kullanımı sırasında az sayıda raporlanan koagülasyon bozukluğuyla alakalı çalışma mevcuttur.

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

**Anahtar Kelimeler:** İNR, Sefoperazon, Koagülasyon Bozukluğu

**PS-022**

## **Kaviter Lezyonların Ayırıcı Tanısında Nadir Bir Mantar Enfeksiyonu: Scedosporium**

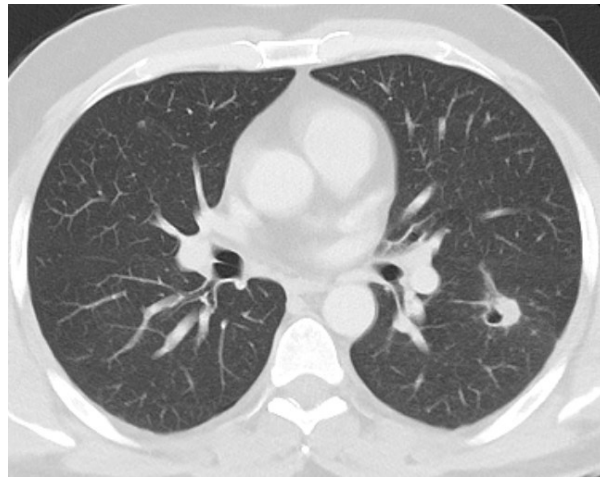
Sibel Doğru<sup>1</sup>, Cengizhan Sezgi<sup>1</sup>, Mahşuk Taylan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları

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

**Olgu:** 39 yaşında erkek hasta, 20 günden beri olan hemoptizi şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Ek hastalığı yoktu. 20 paket/yıl sigara öyküsü vardı. Alkol, madde bağımlılığı veya ilaç kullanım öyküsü yoktu. Tansiyonu 130/80 mmHg, nabızı 88/dk, saturasyonu oda havasında % 96'ydı. Fizik muayenesi normaldi. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre: 6.7 10<sup>3</sup> / $\mu$ L, c-reaktif protein: 3.5 mg/L, serumda galaktomannan, kandidomannan antijeni negatif, aspergillusfumigatus<0,10 (negatif), balgamda üç kez asidorezistan bakteri yaymasınegatif görüldü. BACTEC 960™ ve Löwenstein-Jensen (LJ) besiyerinde tüberküloz kültürü negatifti. Romatolojik markerlar negatif saptandı. Toraks tomografisinde lingula inferior segmentte 17x12 mm boyutunda kavitasyon içeren nodüler lezyon mevcuttu (Resim 1). Fiberoptik bronkoskopi incelemesi normaldi. Bronş lavaj kültüründe Scedosporium türü mantar üreyen hastaya antifungal tedavi başlandı.

Resim 1



**Tartışma-Sonuç:** Bağışıklığı sağlam bireylerde ve predispozan faktörlerin yokluğunda, kaviter akciğer lezyonlarında, seyrek izole edilse de antifungal tedaviye dirençli ve çoğu zaman cerrahi

tedavi gerektiren ağır tablolara yol açan Scedosporium enfeksiyonları ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Scedosporium, Mantar Enfeksiyonu, Pseudallescheriabydii, İmmunkompetan

**PS-023**

## **Makroskopik Candida Kolonizasyonu Olgu Sunumu**

Onur Metin Atasel<sup>1</sup>, Bengü Şaylan<sup>1</sup>, Tayfun Çalışkan<sup>2</sup>, Şeyma Başlılar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Anadolu Sağlık Merkezi

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

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

## Bronkoskopi iile ıkarılan Makroskopik Hif



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

**Anahtar Kelimeler:** Candida, Pnömoni, İmmünsupresyon, Kolonizasyon

## Perikardiyal Effüzyon ve Pnömoni ile Prezente Olan Mediastinit

Elif İdil Büyükkayalı<sup>1</sup>, Sümeyye Alparıslan Bekir<sup>1</sup>, Sinem Güngör<sup>1</sup>, Eylem Tunçay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>SBÜ Sancaktepe İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

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

**Olgu:** 78 yaşında kadın hasta, 10 gündür artan dispneyle dış merkez acil servisine başvurmuş, yapılan tetkikler neticesinde moksifloksasin 400 mg tb 1x1 başlanmış. Trakea çevresinde kitle ön tanısı ile taburcu edilerek göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirilmiş. Nefes darlığının artması, göğüs ağrısı olması ve hipoksemik seyretmesi üzerine (SpO<sub>2</sub>%86, FiO<sub>2</sub>%21) acil servisimize gelen hasta göğüs hastalıkları kliniğine interne edilmiş. Özgeçmişinde 25 yıldır astım, 10 yıldır hipertansiyon tanıları mevcut. Hiç sigara içmemiş. Fizik muayenesinde vücut ısısı 37,1°C , nabız 103/dk, solunum 20/dk ve kan basıncı 130/80 mmHg'di. Solunum sesleri bilateral azalmış, diğer sistem muayeneleri normaldi. Akciğer grafisinde bilateral hiler dolgunluk, mediasten geniş, kardiyotorasik oranda artış, sağda alt zonda parakardiyak heterojen infiltrasyon artışı saptandı. Laboratuvar incelemesinde CRP: 72 mg/L, lökosit: 9×10<sup>3</sup>/μL (%70 nötrofil), hemogloblin: 9.9 gr/dL, trombosit:248×10<sup>3</sup>/μL, üre: 63 mg/dL, kreatinin: 0.8 mg/dL, potasyum: 3.8 mmol/L, laktatdehidrogenaz: 342 İÜ/L, PCT: 0.185 saptandı. Hastaya Seftriakson IV 1x2 gr, ıpratropium bromür + salbutamol 4x1 nebül, lansaprazol 1x1, enoksaparin sodyum 4000 İÜ SC 1x1 başlandı. Pulmoner BT anjiyografi raporunda emboli lehine bulgu saptanmamakla beraber kardiyak boyutlar genişleme, en geniş yerinde 1 cm kadar ölçülen perikardial efüzyon - kalınlaşma bilateral hemitoraks bazalinde hafif plevral efüzyon ile komşu akciğer parankiminde atelektazi alanları izlendi. Kardiyolojiye danışıldı, EKO'sunda duvar hareketleri normal, EF:%70 saptandı. PAP 48 mmHg hesaplandı. 1,7-1,8 cm arasında değişen perikardiyal effüzyon, hafif sağ atrial kollaps saptandı. Kardiyak tamponad tanısı ile enoksaparin sodyum 6000 İÜ SC 2x1, diltiazem hidroklorür 60 mg SR tb 2x1 PO, propafenon hidroklorür tb 3x1 PO ve enfeksiyona sekonder tamponad düşünülmesi üzerine metilprednisolon 60 mg iv 1x1 tedavisine eklendi. Hastanın Pulmoner BT Anjiyografisi radyoloji ile konsülte edildi. Çekilen BT'de mediasten geniş, mediastende yağlı plak veya LAP ayırımı yapılabilecek sınır gözlenmemesi, mediastinal yağlı planların kirlenmiş, özofagusta duvar kalınlaşmasının izlenmiş olması ilk planda mediastinit lehine değerlendirildi.

Sağ alt lobda pnömonik konsolidasyonu olan hastaya malignite ekartasyonu açısından Fiberoptik Bronkoskopi yapıldı. Bilateral tüm lob ve segmentlerin açık olduğu izlendi. Alınan Bronş lavaj nonspesifik ve mantar kültürleri, galaktomannan ve ARB Bronş paneli negatif geldi, Hastanın mediastinit açısından anamnezi derinleştirildiğinde, 6 ay önce diş implantı yaptırdığı saptandı. Hastada plöroperikardiyal inflamatuvar tutulum olabileceği düşünüldü. Mediastinit ön tanısı ile enfeksiyon hastalıklarına danışılarak antibiyoterapisine sefepim 2x2 gr IV ve vankomisin 2x1 gr IV olarak devam edildi. Metilprednizolon tedavisine kontrol EKO'ları ile azaltılarak devam edildi. Hastadan mediastinit nedenleri açısından romatolojik markerları istendi. Göğüs Hastalıkları ve Kardiyoloji poliklinikleri önerilen hasta, oral steroid tedavisi ile taburcu edildi.

Resim 1



Olgu Akciğer Grafisi ve Pulmoner BT Anjiyografi Kesit Görüntüsü

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

**Anahtar Kelimeler:** Mediastinit, Perikardiyal Effüzyon, Metilprednizolon

## PS-026

### Maligniteyi Taklit Eden Aktinomikoz Olgusu

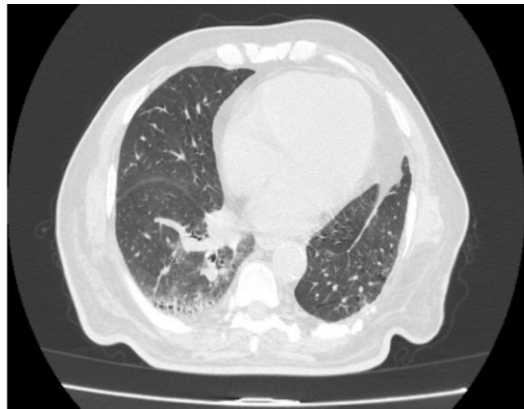
Elif Acar<sup>1</sup>, Ayse Bahadır<sup>1</sup>, Aygöl Güzel<sup>1</sup>, Mehmet Akif Özgül<sup>1</sup>, Barış Demirkol<sup>1</sup>, Sibel Yurt<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

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

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

Resim 1



Sağ alt lob mediobazal segment çevresi de konsolide alan



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

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

**PS-027**

## **Metastaz Görünümü ile Uyumlu Akciğer Tüberkülozu**

Furkan Doğan<sup>1</sup>, Mediha Gönenç Ortaköylü<sup>1</sup>, Belma Akbaba Bağcı<sup>1</sup>, Ayşenur İlkyaz<sup>1</sup>, Kadriye Nazlı Kara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

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

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

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

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz, Metastaz, Nodül

**PS-028**

## **Tipik Radyolojik Bulgularıyla Unutulmaması Gereken Nadir Bir Septik Pulmoner Emboli Olgusu**

Ümran Toru Erbay<sup>1</sup>, İlknur Kaya<sup>1</sup>, Hande İpek Oduncuoğlu<sup>1</sup>, İsmail Zehir<sup>2</sup>, Şebnem Emine Parspur<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

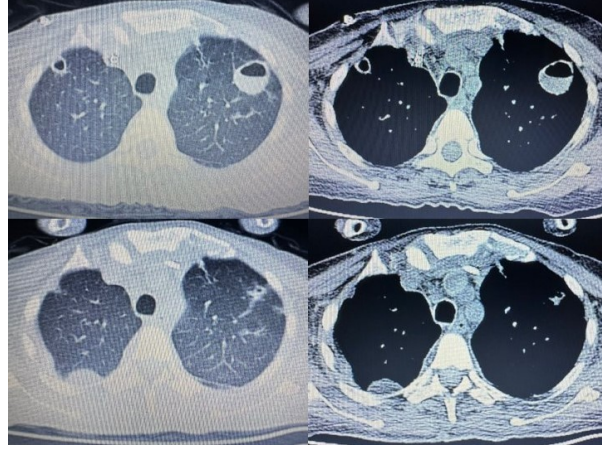
<sup>2</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

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

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

Pnömoni+Tip 1 Solunum Yetmezliği tanılarıyla YBÜ'ne devredildi. YBÜ' de elektif entübe edilen hastanın takipte septik şok nedeniyle kaybedildiği öğrenildi.

Resim 1, Resim 2



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

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

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

**PS-029**

## **Antrakozis Zemininde Gelişen Akciğer Kanserini Taklit Eden Endobronşiyal Tüberküloz Olgusu**

Sümeýra Kaplan<sup>1</sup>, Ceyda Anar<sup>1</sup>

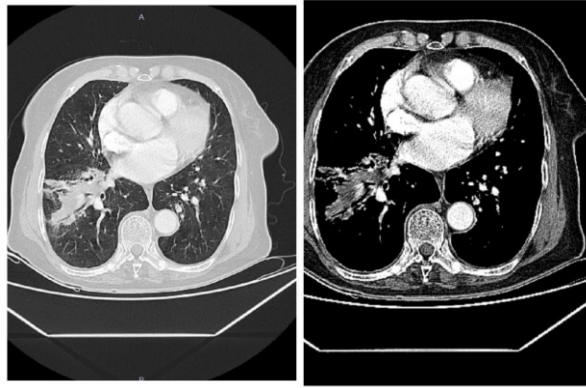
<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

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

**Olgu:** Yetmiş yedi yaşında, bilinen bazal hücreli karsinom ve hipertansiyon tanılı hasta öksürük, iştahsızlık, halsizlik, kilo kaybı şikayetleri ile gittiği dış merkezde pnömoni tanısı ile 10 günlük ampirik antibiyotik tedavisi ile kliniğinde herhangi bir düzelme olmaması üzerine çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde(BT)sağ akciğer alt lobta konsolidasyon ve yumuşak doku lezyonu saptanması üzerine hastanemize ileri tetkik amacı ile sevk edildi. Solunum sistemi muayenesinde sağ akciğer altta solunum sesleri azalmıştı. Laboratuar incelemesinde; Beyaz Küre 11bin/µL,Hb:13g/dL, Hct:33, PLT: 250/µL, ESR: 33mm/saat, CRP :30olarak bulundu.Akciğer grafisinde, sağ akciğer alt zonda homojene yakın dansite artışı izlendi (Resim 1). Toraks BT'sinde sağ akciğer alt lob anterobazalde hava bronkogramları içeren konsolide alan izlenmekteydi(Resim 2a, 2b).Hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronkoskobide sağ akciğer alt lob anterior ve lateral segmentte üzeri beyaz renkli ve yer yer siyah antrakozik değişiklikler lemukozanın infiltre olduğu görüldü (Resim 3a,3b). Bu bronkoskobik bulgularla hastada antrakozis zemininde gelişebilecek akciğer karsinomuolabileceği düşünülerek hastaya PET-BT istendi. PET-BT'de sağ akciğer alt lob anterolateral bazalde tanımlanan hava bronkogramları içeren konsolidasyon alanında yoğun FDG akümüasyonu mevcut ve mediastende hipermetabolik multipl lenf nodları zlendi. (Resim4a,4b). Hastanın patoloji sonucu bronş mukozasında, yoğun lenfoplazmositik inflamasyoniçinde granulom yapıları (santralinde kazeifikasyonla uyumlu olabilecek nekroz), parçaların bir kısmı hyalinize, fibrotik, antrakotik ve kısmen nekrobiotik asellüler bağ dokudan oluşmakta olarak raporlandı. BAL materyalinde gönderilen mikobakteri tüberküloz PCR düşük düzeyde pozitif saptandı. Histopatolojik olarak kazeifiye granülatöz inflamasyon olması ve mikrobiyolojik

olarak tüberküloz PCR pozitif saptanması üzerine hastaya antrakozis zemininde gelişen akciğer tüberkülozu tanısı konularak dördü (INH, RIF, EMB, PRZ) tedavi başlandı. Hastanın tedavi başladıktan yaklaşık 2 hafta sonra BAL materyelinin tüberküloz kültüründe mycobakterium tuberculosis complex üredi.2.ay kontrolünde balgam ARB yayması negatif, kültüründe de üreme olmaması üzerine hastanın anti-tüberküloz tedavisi ikili (INH, RIF) olarak devam edildi. Hastanın 4. Ay kontrolünde çekilen Postero-anterior (PA) akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda izlenen infiltrasyon alanının belirgin regrese olduğu izlendi (Resim 5). Hastanın antitüberküloz tedavisinin 6 aya tamamlanması planlandı.

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



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

**Anahtar Kelimeler:** Antrakozis, Tüberküloz, Bronkoskopi

**PS-030**

## **Malign Mezotelyomayı Taklit Eden Tüberküloz Olgusu**

Gülnihal Sebiha Darçın<sup>1</sup>, Gülşah Atasoy<sup>1</sup>, Efsun Durukan<sup>1</sup>, Aslı Gül Temel<sup>1</sup>

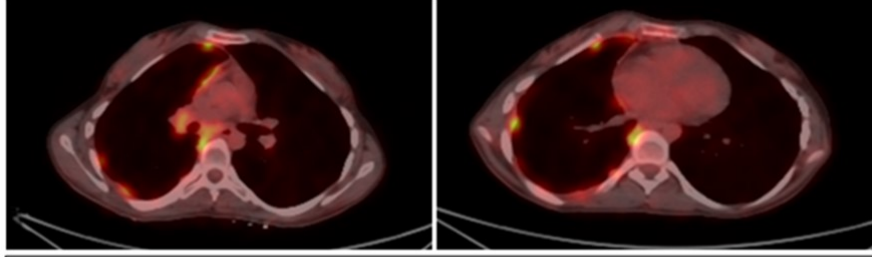
<sup>1</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

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

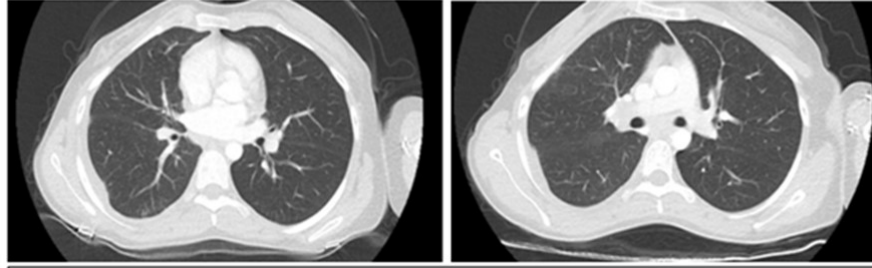
**Olgu:** Yirmi altı yaşında göğüs ağrısı ile başvuran kadın hastanın ek hastalığı yoktu, gebelik ve laktasyon döneminde değildi ve travma öyküsü yoktu. Poliklinik başvurusunda vitalleri stabil saptanan hastanın akciğer grafisinde sağ kostofrenik sinus kapalı, sağ hiler dolgunluk izlenmesi üzerine çekilen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

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

## Toraks BT ve Pet CT



Şekil-1: PET-CT: Mediastende sağ hilerde ve subkarinal LAM, sağ hemitoraksta bazal kesitlerde belirgin nodüler karakterde lezyonlar



Şekil-2: Toraks BT: Sağ plevral boşlukta 1 cm'ye ulaşan efüzyon izlenmiş olup efüzyon komşuluğundaki kompresyon atelettazisi ve subplevral bantlar ile plevral yüzlerde yer yer düzensizlik

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



**PS-031**

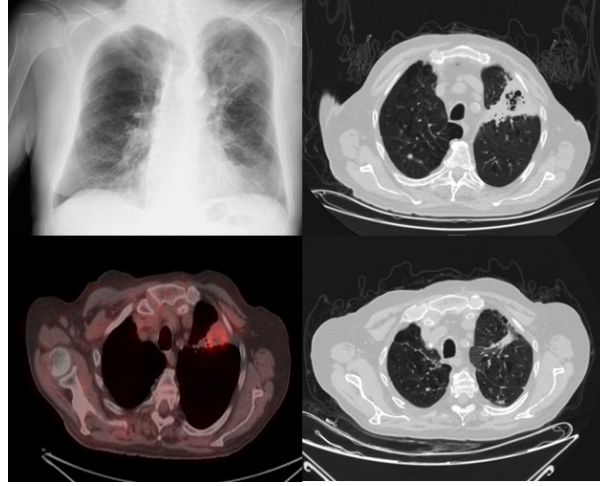
## **Nadir Görülen Bir Pulmoner Aspergillozis Olgusu: Kronik Nekrotizan Aspergillozis**

Duygu Uzunoğlu<sup>1</sup>, Zeynep Güney<sup>1</sup>, Bahar Aydoğar<sup>1</sup>, Umut İlhan<sup>1</sup>, Elif Tanrıverdi<sup>1</sup>, Ramazan Eren<sup>1</sup>, Halit Çınarka<sup>1</sup>, Mustafa Çörtük<sup>1</sup>, Erdoğan Çetinkaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Hastanesi

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

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



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

**Anahtar Kelimeler:** Aspergillozis, Kronik Nekrotizan Aspergillozis, Fungal Enfeksiyon

**PS-032**

## **Hava Yolunda Yerleştirilen Valfe Bağlı Tekrarlayan Pnömoni Olgu Sunumu**

Fidel Demir<sup>1</sup>, Çağrı Cenk Öztürksoy<sup>1</sup>, Ceyda Anar<sup>1</sup>, Muzaffer Onur Turan<sup>1</sup>, Bünyamin Seroğullarından<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi

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

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

olduğu görüldü. Yabancı cisme sekonder granülasyon dokusu olabileceği dşnld ve biyopsi alındı. Hastaya antibiyotik tedavisi başlandı. Patoloji sonucu şiddetli aktif süpüratif ve eksudatif inflamasyon, likefaktif nekroz olarak raporlandı. Antibiyotik tedavi sonrası kaviter lezyonda regresyon izlendi (Resim 4).

Bronkoskopi ile çıkarılan valf



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

**Anahtar Kelimeler:** Anamnez, Valf, Bronkoskopi, Pnömoni

**PS-034**

## **Ampiyem Etyolojisinde Özofagoplevral Fistül**

Ayşe Nur Işık<sup>1</sup>, Burcu Baran<sup>1</sup>, Nur Aleyna Yetkin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

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

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

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



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

**Anahtar Kelimeler:** Özofagoplevral Fistül, Ampiyem

## PS-035

### Ateşin Böylesi, Acaba Ek Patoloji Mi Var?

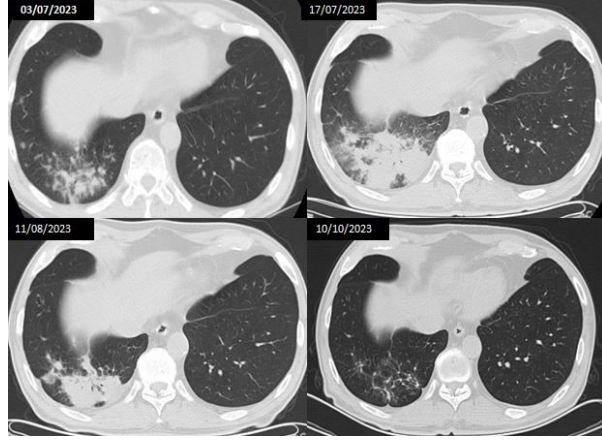
Furkan Tan<sup>1</sup>, Şebnem Emine Parspur<sup>1</sup>, Ümran Erbay Toru<sup>1</sup>, Feride Marım<sup>1</sup>, İlknur Kaya<sup>1</sup>, Mehmet Doğan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi

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

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

Resim 1



Bt'de aynı kesitlerde konsolide alanların görünümü

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

**Anahtar Kelimeler:** Pnömoni, Dirençli Ateş, Konsolidasyon, Enfeksiyon



**PS-036**

## **İksekizumab Kullanan Hastada Akciğer Malignitesi ile Karışan Tüberküloz Olgusu**

Hüseyin Umut Baştürk<sup>1</sup>, Betül Okçular Arslan<sup>1</sup>, Özge Akbulak<sup>1</sup>, Şeyma Başlılar<sup>1</sup>, Gökçe Külah<sup>2</sup>, İlker Kolbaş<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sultan 2.Abdülhamid Han EAH

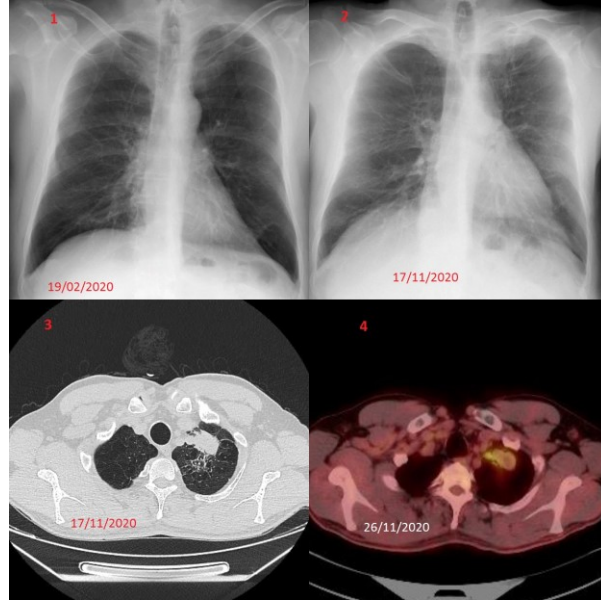
<sup>2</sup>Ümraniye EAH

<sup>3</sup>İstanbul Altınbaş Üniversitesi VM Medical Park Florya Hastanesi

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

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

## Olgunun Kronolojik Olarak Sıralanmış Radyoloji Görüntülemeleri



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

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

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

## Poster Bildiri Oturumu 3: Girişimsel Pulmonoloji

### PS-041

#### Plastik Bronşit: Yönetimi Zor İki Olguda Dornaz Alfa Tedavi Deneyimi ve Klinik Başarı

Ramazan Eren<sup>1</sup>, Demet Turan<sup>1</sup>, Efsun Gonca Uğur Chousein<sup>1</sup>, Barış Demirkol<sup>2</sup>, Burcu Babaoğlu<sup>1</sup>, Umut İlhan<sup>1</sup>, Mehmet Akif Özgül<sup>2</sup>, Erdoğan Çetinkaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

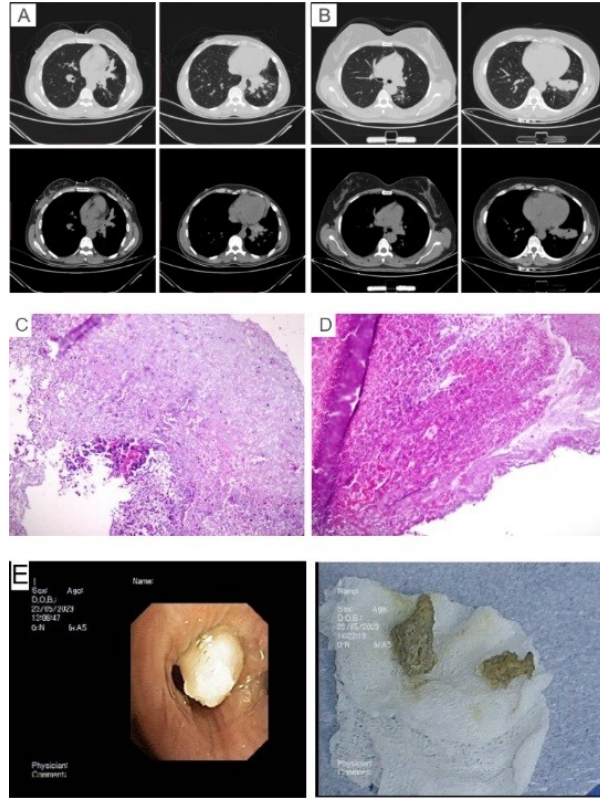
**Giriş-Amaç:** Plastik bronşit (PB), hava yolunu kısmen veya tamamen tıkayan amorf, lastiksi, yapışkan ve dallı bronşiyal mukus tıkaçlarının öksürük ile atılması ile karakterize nadir hastalıktır. Klinikte öksürük, dispne, göğüs ağrısı ile ortaya çıkar. Görüntülemelerde ilgili segmentlerde kısmi ateletazi,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

**Gereç ve Yöntem:** Hastane sisteminden alınan veriler kaydedildi.

**Bulgular:** Otuz sekiz yaşında kronik hastalığı olmayan kadın hastanın 30 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Uzun süredir tekrarlayan öksürük, balgam ve ateş şikayetleri olan hasta pnömoni tanısıyla aralıklı antibiyotik kullanmakta ve öksürmekle beyazımsı, silindirimsi materyaller expektore etmekteydi. Toraks BT'sinde sol akciğer alt lobda ve üst lob anteriorda bronşektazik alanlar ve konsolidasyonlar mevcuttu(Resim-1A).Bronkoskopisinde sol alt lob segmentleri ve lingulayı obstrükte eden koyu kıvamlı, beyazımtırak, mukoid tıkaçlar gözlemlendi(Resim-1E).Rijid bronkoskopi ile bu tıkaçlar biyopsi pensi ve kriyo ile ekstrakte edilerek hava yolu açıklığı sağlandı. Patolojisi; nekrotik zeminde eozinofil-lökosit içeren fibrinöz materyal ile uyumluydu(Resim-1C). Antibiyoterapi ve N-asetilsistein ile enfeksiyon kliniği düzelen hastaya 16 mg/gün kortikosteroid tedavi kademeli azaltacak şekilde düzenlenerek taburcu edildi. Ancak hasta 15 gün sonra solda benzer lokalizasyonlarda pnömoni kliniği ile tekrar başvurdu. Bronkoskopisinde endobronşiyal mukus tıkaçlarının tekrar gözlemlendi ve bu lezyonlar endobronşiyal tedavi yöntemleri ile ekstrakte edildi. Hastaya başka bir mukolitik olan ve literatürde pediatrik hastalarda kullanılarak başarılı sonuçlar bildirilen inhaler dornaz alfa (2x2,5 mg/gün) başlandı ve semptomlarda belirgin azalma gözlemlendi. Dornaz alfa sonrası 1.ay bronkoskopi kontrolünde mukoid tıkaçların minimal olduğu ve kolaylıkla aspire edildiği gözlemlendi. Yaklaşık 6 aydır dornaz alfa kullanan hastanın bu sürede yeni bir pnömoni ve hastane yatışı olmadı. Elli yaşında kadın hastanın öksürük, balgam ve nefes darlığı şikayetleri mevcuttu. Gastroözefagial reflü ve astım tanıları ve inhaler bronkodilatör + steroid

(İKS+LABA) kullanıyordu. Toraks BT'de sol alt lobda yumuşak doku dansitesinde 3.5 cm boyutlarında lezyon ve distalinde postobstrüktif pnömoni görünümü mevcuttu (Resim-1B). Bronkoskopide; sol ana bronşu tama yakın oblitere eden beyazımsı, karnıbahar şeklinde lezyonlar nedeniyle rijid bronkoskopi yapıldı. Rijid bronkoskopide lezyonların mukoid bir materyal olduğu gözlemlendi. Sol ana bronş ve alt lob bazal segmentlerdeki mukoid tıkaçlar kriyo ile ekstrakte edildi ve tam hava yolu açıklığı sağlandı. Patolojisi; amorf yapıda mukoid materyal, eozinofilik bronşit ve koyulaşmış nekrobiyotik mukus içerisinde Charcot-Leiden kristalleri olarak raporlandı(Resim-1D).Pnömoniye yönelik antibiyotik sonrası kontrol Toraks BT'de radyolojik tam regresyon mevcuttu. Plastik bronşit tanısıyla hastaya N-asetilsistein ve kortikosteroid tedavisi başlandı. Steroid 3.ayında azaltılarak kesildi. Taburculuğunun 6.ayında nefes darlığı, öksürük ve balgam şikayetleriyle başvurdu. Tekrarlanan bronkoskopide sol alt lob bronş ve segmentlerinde mukoid tıkaçların tekrarladığı gözlemlendi ve endobronşiyal tedavi yöntemleri ile ekstrakte edildi. Hastaya inhale dornaz alfa başlandı.1.ay kontrolünde hastanın semptomları azaldı ve bronkoskopisinde daha önce koyu kıvamlı sert olan mukus tıkaçlarının daha yumuşak kıvamda olduğu ve kolaylıkla aspire edildiği gözlemlendi.

Resim-1



Resim-1: A: Toraks BT'de; Sol akciğer alt lobda ve üst lob anteriorda izlenen geniş bronşektaziler ve bu düzeyde bronş içerisini tam dolduran sekresyonlara sekonder geliştiği düşünülen tubuler şekilde dansite artışları, mediastende ve hiler bölgede lenfadenopati B: Sol hilusta lenfadenopati, sol alt lob bronşu içerisinde mukus tıkaçlarına ait görünüm, alt lob bronşu çevresinde santral infrahiler bölgede hava bronkogramsız yaklaşık 3.5 cm çaplı yumuşak doku dansitesinde lezyon imajı distalinde postobstrüktif pnömoni bronşektazi görünümleri

C:Nekrotik zeminde eozinofil-lökosit içeren kronik bronşit ile uyumlu görünüm. D:Amorf yapıda mukoid materyal, eozinofilik bronşit ve koyulaşmış nekrobiyotik mukus içerisinde Charcot-Leiden kristalleri. E:Bronkoskopisinde sol alt lob segmentleri ve lingulayı obstrükte eden koyu kıvamlı, beyazımtırak, mukoid tıkaçlar

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

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

**PS-042**

## **EBUS Sonrası Gelişen Pnömomediastinum Vakası**

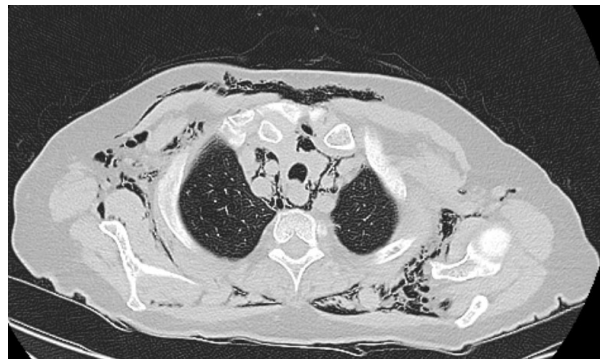
İrem Nur Altun<sup>1</sup>, Beyza Kerem<sup>1</sup>, Serap Akçalı Duru<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi

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

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

Pnömomediastinum ve Cilt Altı Amfizem



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

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

## PS-043

### Solunum Sisteminin Nadir Hastalığı; Tekrarlayan Polikondrit

Süleyman Çur<sup>1</sup>, Sema Yılmaz<sup>1</sup>, Fikret Kanat<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

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

TABLO-1

<i>TP Tanı Kriterleri;</i>		
YAZAR	TANI KRİTERLERİ	KOŞUL
McAdam kriterleri (1976)	1. Bilateral auriküler kondrit 2. Non-eroziv seronegatif poliartrit 3. Nazal kondrit 4. Oküler inflamasyon 5. Solunum yolu kondriti	3 ve üzerinde kriter varlığı

	6.Kohlear ve/veya vestibüler disfonksiyon	
Modifiye (Damiani) kriterleri (1979)	1.En az 3 McAdam kriterinin bulunması 2.En az 1 ya da daha fazla McAdam kriterinin bulunması ve pozitif histopatoloji 3.Glukokortikoidlere ve/veya dapson'a yanıt veren en az 2 farklı anatomik bölgede kondrit	Kriterlerden herhangi biri
Michet kriterleri (1986)	1.Kulak, burun veya laringotrakeal kıkırdaklardan ikisinde inflamasyon varlığı 2.Yukarıdaki kıkırdaklardan birinde inflamasyon varlığı ve 'işitme kaybı, oküler inflamasyon, vestibüler disfonksiyon, seronegatif artrit' minor kriterlerinden ikisinin bulunması	Kriterlerden herhangi biri

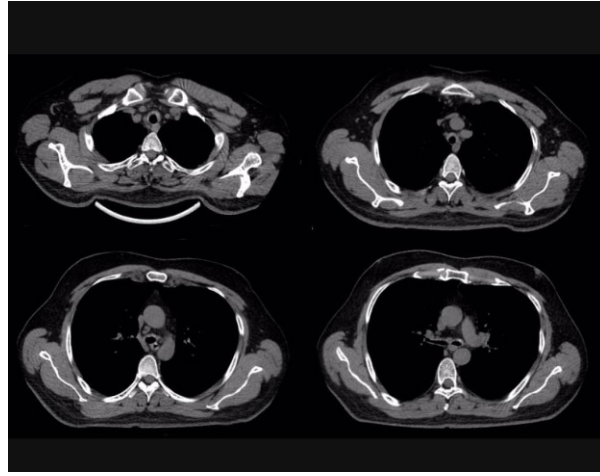
#### TP Tanı Kriterleri

**Olgu:** 36 yaşında erkek hasta dış klinikten Trakea'daki diffüz daralma nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Hastanın ek hastalığı ve kullandığı ilaç yoktu. Yaklaşık 2 sene önce covid geçirdikten sonra başlayan göğüs ağrısı, nefes darlığı şikayetleri nedeniyle rekürren hastane girişleri mevcuttu. Hastanın dış merkezde mart 2023 de çekilen boyun bt 'sinde ' Orafarenks ve hipofarenks düzeyinde lümeninde ciddi şekilde daralmaya sebebiyet veren yumuşak dokularda simetrik kalınlaşma dikkati çekmiştir. ''Toraks BT'sinde ''Trakea duvarında diffüz simetrik kalınlaşma dikkati çekmiştir. Mevcut kalınlaşmanın kalınlığı en kalın yerinde 5 mm ölçülmüş olup ana bronşlar düzeyinde devam etmektedir. '' şeklinde raporlanması üzerine hastaya yapılan bronkoskopide vokal kordlar ödemli, Trakea ve her iki bronşta malazik görünüm izlenmiş, sol ve sağ bronşial sistemde endobronşial lezyon görülmemiş ve karinadan biyopsi alınmış. Biyopsi sonucu kronik inflamasyon gelmiş. Nisan 2023 de sol kulakta ani işitme kaybı gelişen hastanın çekilen temporal MR'ı '' Normal sınırlarda internal akustik kanal'' şeklinde raporlanmış ve hastaya steroid tedavisi başlanmış. Başlanan tedavisi sonrası hastanın işitme kaybında ve solunum



semptomlarında gerileme olmuş. Kasım 2023 Boyun BT'sı ile tarafımıza yönlendirilen hasta "Trakeada posterior membranda korunma ile birlikte 4 mm kalınlığa ulaşan duvar kalınlaşması izlenmiştir. Ayrıca her iki ana bronşun da duvar kalınlığında hafif düzeyde artış dikkat çekmiştir." Fizik muayenede belirgin stridoru olan hastanın hemogramı, rutin biyokimya değerleri normal sınırlardaydı. Sedimentasyon (29mm/s) ve CRP(27mg/dl) düzeyleri normalden yüksekti. Romatoid faktör(RF), antinükleer antikor(ANA). Anti-Histon Antikor, Anti-Mitokondriyal Antikor(AMA), Anti DS DNA, Anti-JO1, Anti-SCL 70, Anti-SSB, Anti-SSA negatifti. Olguya klinik, histopatolojik ve radyolojik bulgular doğrultusunda "tekrarlayan polikondrit" tanısı koyuldu. Tedavide 80mg/gün metilprednisolon İ.V. olarak başlandı. Birinci haftanın sonunda fizik muayene bulgularında ve semptomlarında belirgin gerileme izlendi ve steroid dozu aşamalı olarak azaltılmak üzere hasta takibe alındı.

### KASIM 2023 BT BULGULARI



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

**Anahtar Kelimeler:** Tekrarlayan Polikondrit, Trakea Duvarında Kalınlaşma

**PS-045**

## **Urbach-Wiethe Sendromu: Olgu Sunumu**

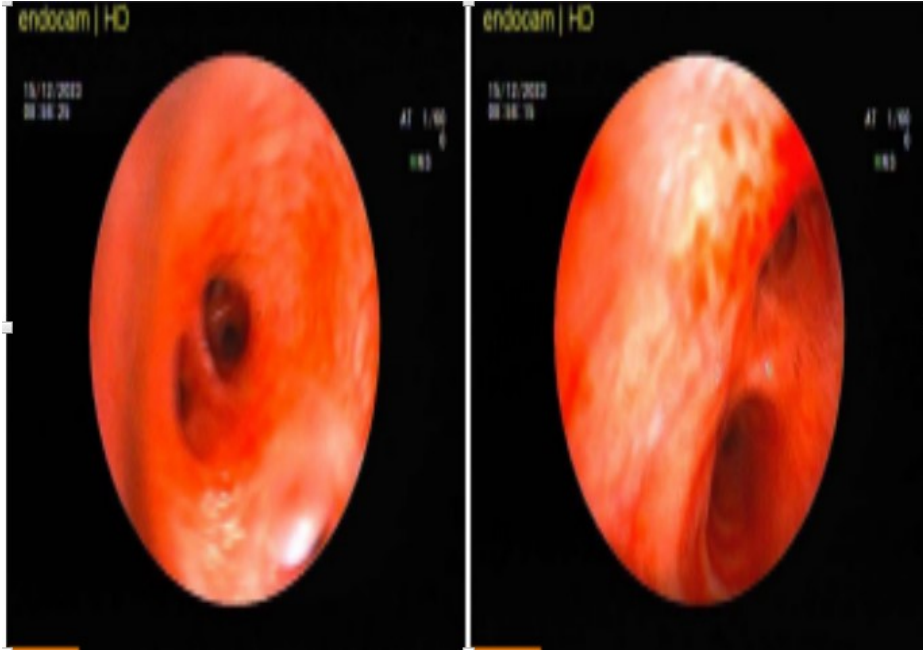
Hazal Kırca<sup>1</sup>, Serap Akçalı Duru<sup>1</sup>, Halil Dorukan Kerinç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi

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

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

## Fiberoptik Bronkoskopi Sağ Sistem GiriŖi



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

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

**PS-048**

## **Bronş Yolağı Olan Periferik Pulmoner Lezyonlu Olguda Bronkoskopik Biyopsi ile Tanı**

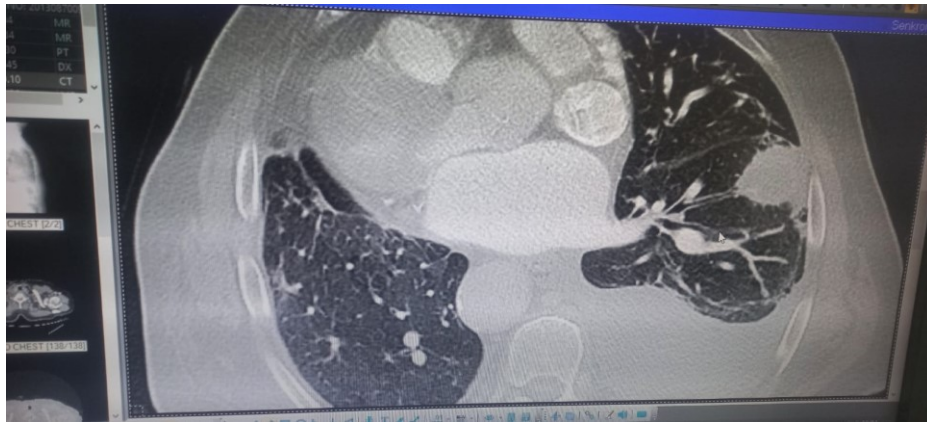
Bünyamin Sertoğullarından<sup>1</sup>, Merve İşci<sup>1</sup>, Muazaffer Onur Turan<sup>1</sup>, Ceyda Anar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Izmir Katip Celebi Üniversitesi Tıp Fakültesi

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

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

Resim



Sağ akciğer anterobazal segment ile ilişkili periferik pulmoner lezyon

**Tartışma-Sonuç:** Günümüzde periferik pulmoner lezyon tanısında transtoraksik bt eşliğinde biyopsi, cerrahi biyopsi, elektromagnetik navigasyon bronkoskopi, radial prob endobronşial ultrasonografi gibi yöntemler uygulanmaktadır. Çalışmalar belirgin bir bronş yolağı olan ve 2 cm

den büyük lezyonlarda forseps biyopsi veya fırça biyopsinin yüksek tanı verimine sahip olduğunu göstermektedir. Göğüs hekimleri bu özelliklere sahip periferik pulmoner lezyonlarda endobronşial lezyon görülme bile bu işlemleri yapmalıdırlar.

**Anahtar Kelimeler:** Periferik Pulmoner Lezyon, Bronkoskopi

**PS-050**

## **EBUS-TBNA ile Tanı Konan Tiroid Sarkoidozu**

Aslı Özden<sup>1</sup>, Sibel Günay<sup>3</sup>, Tuğba Taşkın Türkmenoğlu<sup>2</sup>, Nalan Ogan<sup>1</sup>, İpek Candemir<sup>1</sup>, Ersin Günay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Göğüs Hastalıkları Kliniği, Etlik Şehir Hastanesi, Ankara

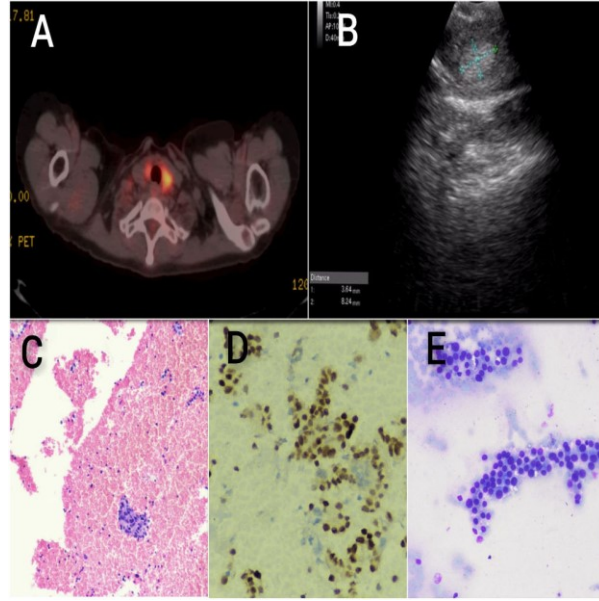
<sup>2</sup>Patoloji Kliniği, Etlik Şehir Hastanesi, Ankara

<sup>3</sup>Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bilkent Şehir Hastanesi, Ankara

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

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

Figür 1



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

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

**Anahtar Kelimeler:** Endobronşiyal Ultrasonografi, Sarkoidoz, Tiroid Tutulumu

**PS-051**

## **Covid-19 Döneminde Astım Tanılı Hastada Karsinoid Tümör**

Gülşah Ethemoglu<sup>1</sup>, Emine Tosun<sup>1</sup>, Rahime Yıldız<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Harran Üniversitesi

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

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



## Fob görüntüsü



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

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

**PS-053**

## **Astım Tanısı ile Takip Edilen Hasta: Trakeal Amiloidoz**

Umut İlhan<sup>1</sup>, Barış Demirkol<sup>2</sup>, Ramazan Eren<sup>1</sup>, Demet Turan<sup>1</sup>, Efsun Gonca Uğur Chousein<sup>1</sup>, Erdoğan Çetinkaya<sup>1</sup>

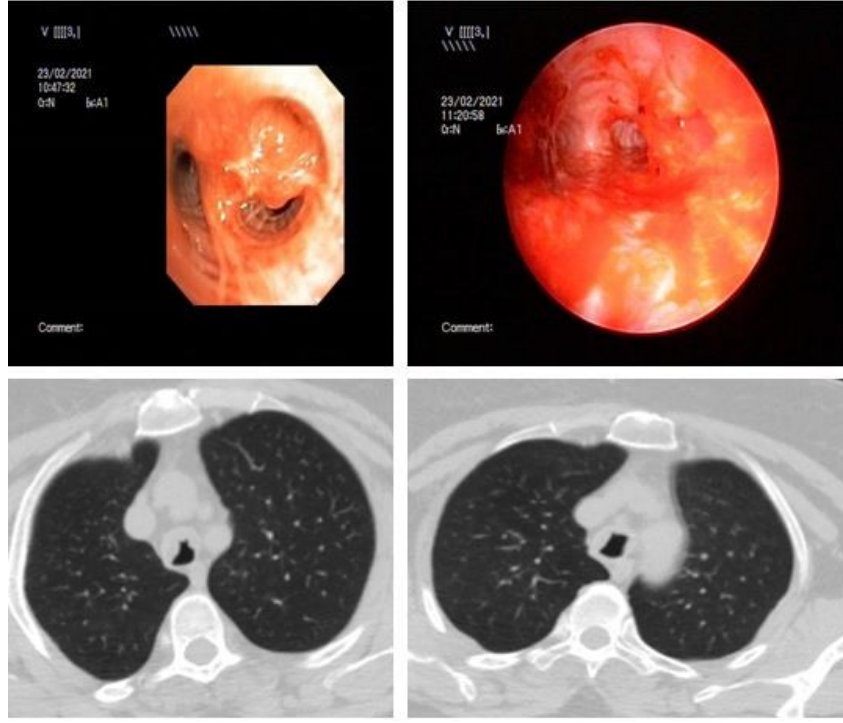
<sup>1</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Eğitim Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

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

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

Resim 1



#### İşlem Öncesi ve İşlem Sonrası Bilgisayarlı Tomografi ve Bronkopskopi Görüntüleri

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

**Anahtar Kelimeler:** Astım, Amiloidoz, Trakeal Lezyon

**PS-055**

## **Endobronşial Ultrason Rehberliğinde Transbronşial İğne Aspirasyonu Sonrası Gelişen İdiopatik Pnömotoritoneum**

Özlem Düvenci Birben<sup>1</sup>, Ayşegül Şentürk<sup>1</sup>, Derya Yenibertiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

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

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

## Abdominal BT görüntüsü



## Karında serbest hava görüntüsü

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

**Anahtar Kelimeler:** Endobronşiyal Ultrason, Pnömooperitoneum

**PS-056**

## **EBUS ile Mediastinal Lenf Nodu Örnekleme Sırasında Rastlantısal Pulmoner Emboli Saptanan Asemptomatik Hasta: Olgu Sunumu**

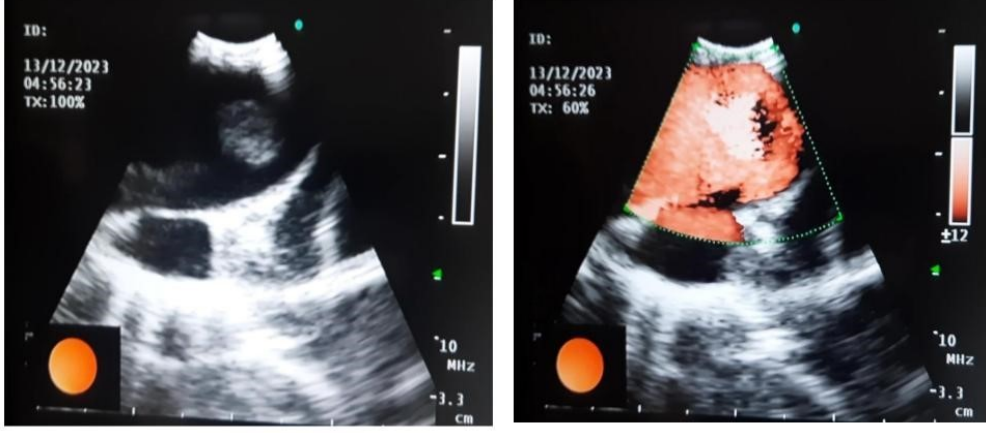
Mustafa Ersözlü<sup>1</sup>, Serhat Erol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

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

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

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



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

**Anahtar Kelimeler:** Konveks Prob, Endoröşiyal Ultrasonografi, Pulmoner Embolizm

## Poster Bildiri Oturumu 4: İnterstisyel Akciğer Hastalıkları

PS-062

### Malignite ile Karışabilen Kriptojenik Organize Pnömoni

Ezgi Yükçü Memiş<sup>1</sup>, Sümeyye Alparslan Bekir<sup>1</sup>, Sinem Güngör<sup>1</sup>, Eylem Tunçay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>SBÜ Sancaktepe İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

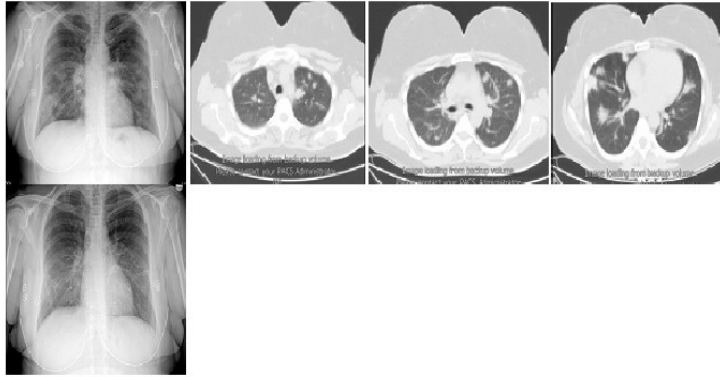
**Giriş-Amaç:** Organize pnömoni (OP), akciğerin inflamasyonu ve fibröz proliferasyonu ile karakterize bir patoloji olup bronş duvarlarının, bronşiollerin ve alveollerin inflamasyonu ile etkilenen bölgede bağ doku oluşumudur. OP non-spesifik klinik, radyolojik ve solunum fonksiyon özellikleri olan bir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

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



infiltrasyonu, fibrozis izlendi. Olgu lenfoid malignite ve interstisiyel akciğer hastalıkları açısından değerlendirilmek üzere üst merkeze gönderildi. Lenfoid malignite ekarte edildi, non-nekrotizan granülom yapılar izlendiği raporlandı. Hasta KOP olarak değerlendirilerek 0,5 mg/kg/gün dozunda prednizolon tedavisi başlandı. Tedavinin 1.ayında çekilen PA'da(şekil 8) lezyonlarda belirgin regresyon, 2.ayında çekilen kontrol TBT'sinde konsolidasyon alanları ve nodül görünümünde tamamen düzelme izlendi. Tedavi sonrası radyolojisinde ve semptomlarında regresyon izlendi. Hasta tedavisinin 6. Ayında olup 5 mg prednizolon 2x1 ve Mikofenolat mofetil günde 2 kez 1000 mg almakta, semptomsuz takiptedir.

Şekil 1



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

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

**Anahtar Kelimeler:** Organize Pnömoni

**PS-064**

## **Kolon CA, İPF ve Akciğer CA Birlikteliği Olan Olgu**

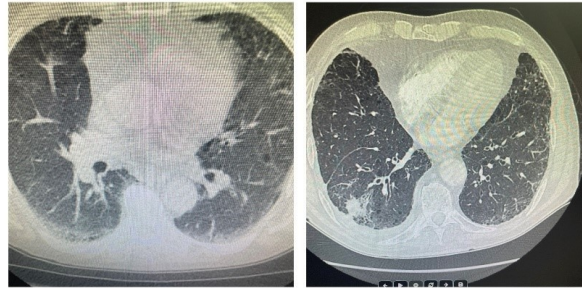
Gülizar Yumru<sup>1</sup>, Dildar Duman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

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

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

Resim 1: İPF hastasının yıllık HRCT kontrolünde Ac Ca gelişimi



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

**Anahtar Kelimeler:** İdiopatik Pulmoner Fibrozis, Kolon Ca

**PS-068**

## **Olgu: Sınıflandırılmayan İnterstisyel Akciğer Hastalığı**

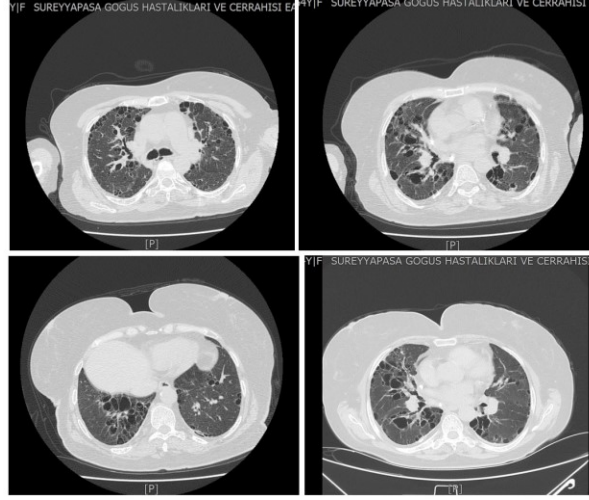
Dildar Duman<sup>1</sup>, Arzu Karasu Çelik<sup>1</sup>, Abidin Levent Alpay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

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

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

Şekil 1



Şekil 1. Toraks HRCT: bilateral kistik lezyonlar

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

**Anahtar Kelimeler:** İAH, NSIP, IPF

**PS-069**

## **Bleomisine Bağlı Akciğer Toksisitesi: Olgu Sunumu**

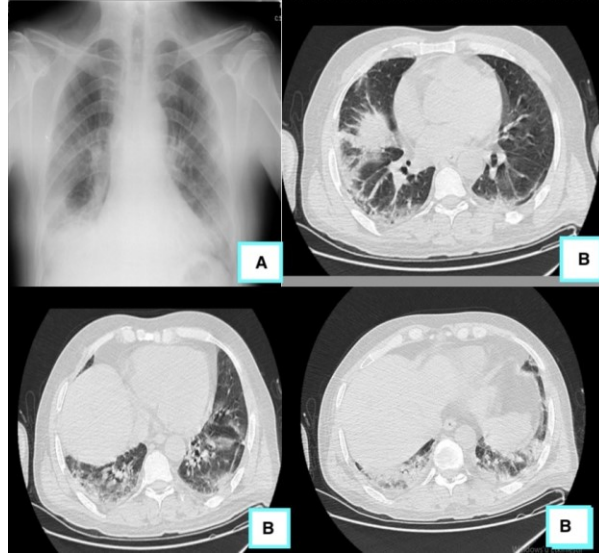
Sait Akgüç<sup>1</sup>, Veysi Tekin<sup>1</sup>, Rupel Ezgi Yıldırım<sup>1</sup>, Esra Kada<sup>1</sup>, Reşit Emre Duruk<sup>1</sup>, Avesta Yakut Çağlın<sup>1</sup>, Hadice Selimoğlu Şen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

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

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

Resim 1



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

**Tartışma-Sonuç:** İlaçlara bağlı akciğer hastalıkları, tedavi amaçlı olarak kullanılan maddelerin solunum sistemi üzerinde oluşturduğu hasar ve yan etkilerdir. Çok sayıda ilacın akciğerler üzerine yan etkileri vardır. Akciğerdeki etkilenme, hafif, orta veya ağır olabilir ve bazen fatal seyredebilir. Günümüzde 700 civarında ilacın akciğer toksisitesi yapabildiği ancak en fazla kemoterapötik ilaçların buna sebep olduğu bildirilmiştir. Bleomisin, geniş bir alanda kullanımı olan kemoterapötik bir ajandır. Bleomisin tedavisinin en önemli kısıtlayıcı toksisitesi yaşamı tehdit edebilecek olan akciğerde interstisyel fibrozis (fibrozan alveolit)'tir. Akciğer zedelenmesinin patogenezinde oksidatif hasar önemli görünmektedir. Toplamda 360 mg/m<sup>2</sup>'yi aşan dozlarda toksisite belirgin artar. Genellikle tedaviden 1-6 ay sonra başlayan dispne, öksürük şikayetleri ile başvururlar. Ateş, takipne, siyanoz ve her iki akciğer bazalinde işitilen raller diğer belirtilerdir. En sık bilateral bazallerde retiküler ve/veya nodüler karakterli infiltrasyonlar izlenir. Hafif pulmoner toksisite gelişen hastalarda ilacın kesilmesi ile semptomlar düzelebilmektedir. Belirgin toksisite gelişen hastalarda genellikle kortikosteroidler önerilmektedir. Bizim hastamızın da bilateral alt loplarda subplevral buzlu cam-konsolidasyon lezyonları mevcuttu ve kortikosteroid tedavisinden fayda gördü. Tedavi etkinliği kemoterapi alan hastalarda önem taşımakla birlikte, tedavi ilişkili yan etkilerin bilinmesi ve izlenmesi de en az bunun kadar önemlidir. Kemoterapi alan hastalarda hasta izlem formlarının muhtemel toksisiteyi erken dönemde fark edebilecek ve değerlendirmeye imkan verecek şekilde hazırlanması da bir zorunluluk olarak görülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** İnterstisyel Pnömoni, İlaç Toksikitesi, Bleomisin

**PS-070**

## **İlaçlarla İlişkili İnterstitiyel Akciğer Hastalıkları**

Beyza Yaşar Akpınar<sup>1</sup>, Bengü Şaylan<sup>2</sup>, Şeyma Başlılar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

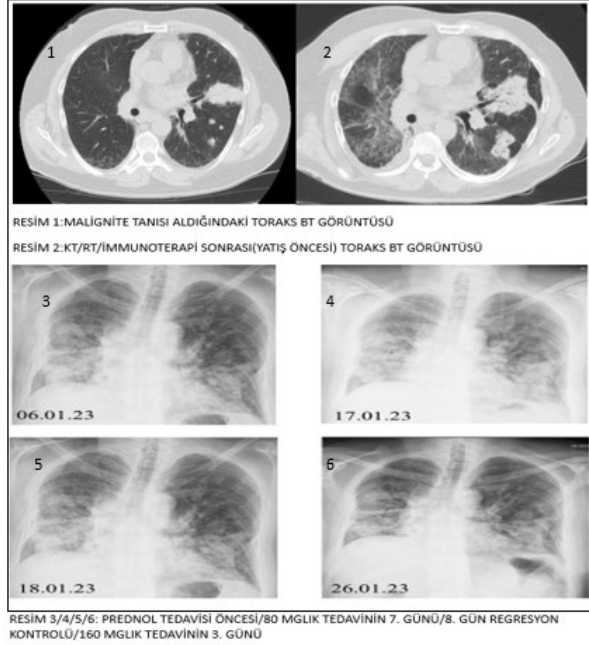
**Giriş-Amaç:** Antineoplastik ajanlara bağlı ilaç reaksiyonları iatrojenik hasarın yaygın bir formudur. Akciğerse bu ilaç reaksiyonlarından sıklıkla etkilenir. Bazı antineoplastik ajanlara bağlı reaksiyonlar (özellikle kümülatif dozda etki gösterenler) potansiyel olarak önlenebilirken; birçoğu kişiye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

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

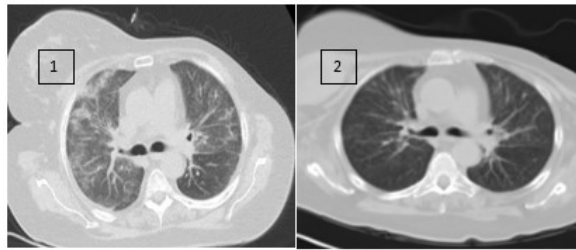
OLGU 2: Bilinen Meme Ca, HT tanı 54 yaş kadın hasta bir aydır artan nefes darlığı ve öksürük ile 20/09/23'de başvuruyor. Hastanın yatışında çekilen Bt'sinde Her iki akciğerde yaygın santral ağırlıklı konsolidasyon -buzlu cam alanları izlendi. Hasta Pnömoni, İlaç İlişkili Akciğer Hastalığı? ile interne edildi. Hasta 2019'da Meme Ca teşhisi almış olup multipl metastazları mevcut. Sol mastektomi geçirmiş. En sonuncu seans yatışından 10 gün önce olmak üzere 8 seans KT

(Gemsitabin) almış. Hastanın yatışı sonrası Moksifloksasin 400 mg başlanmış. Yatışının 4. Gününde Piperasilin Tazobaktam 3x4.5 Gr'a geçilmiş. Hastanın takibinde Gemsitabin İlişkili Akciğer Hastalığı olarak değerlendirilmiş. Yatışının 3. Günü Prednol 100 Mg başlanmış. 4 gün almış. Sonra 8 gün boyunca 80 mg olarak almış. Hastanın takibinin beşinci gününde takipneik olması üzerine Ybü'ye alınmış. 4 gün ybü'de ekstübe şekilde takip edilen hasta tekrar servise alınmış. Tedavisinin 15. Gününde oksijen konsantratörü raporu, 3 günde 1 doz azaltacak şekilde 40 mg prednol ile taburcu edilmiş.

### OLGU ÖNCE VE SONRALARI



OLGU 1



OLGU 2

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

**Anahtar Kelimeler:** İnterstisyel, İlaç, Taxan, Gemsitabin, Buzlu Cam



**PS-071**

## **Progresif Pulmoner Fibrozis Olgusu**

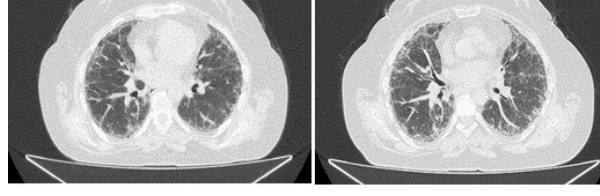
Kevser Kiraz<sup>1</sup>, Dr.Fatma Demirci Üçsular<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

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

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

## Toraks BT



### Radyolojik progresyon

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

**Anahtar Kelimeler:** Progresif Pulmoner Fibrozis, Hipersensitivite Pnömonisi, İnterstisiyel Akciğer Hastalığı

**PS-072**

## **Plevral Efüzyonun Çok Yönlü Yolculuğu**

Pelinsu Altun<sup>1</sup>, Barış Işık<sup>1</sup>, Deniz Doğan Mülazimoğlu<sup>1</sup>, Turan Acıcan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

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

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

**Tartışma-Sonuç:** Primer Sjögren sendromu(pSS), kadınlarda daha sık görülen nadir bir hastalıktır. Klinik olarak anlamlı akciğer tutulumu prevalansı %9-22 arasında, subklinik akciğer

hastalığı ise daha sıktır. İnterstisyel akciğer hastalığı, pSS'de en sık görülen, ciddi pulmoner komplikasyondur. pSS'deki diğer pulmoner tutulum biçimleri arasında lenfoproliferatif hastalıklar, tromboembolik olaylar, plevral efüzyon ve pulmoner amiloidoz bulunur. Plöritis ve plevral efüzyon oldukça nadirdir. Lenfositik plevra sıvısı tüberküloz ve malignitelerde sıklıkla görülürken romatolojik hastalıklarda nadiren görülür. Primer Sjögren sendromunda akciğer tutulumu da artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Bu olgudan yola çıkarak plevral efüzyon ile karşımıza gelen hastalarda altta yatan nedeni saptamak için multisistemik yaklaşımın önemini görmekteyiz.

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

**PS-073**

## **Romatizmal Hastalık Zemininde Gelişen Bir Alveoler Hemoraji Olgusu**

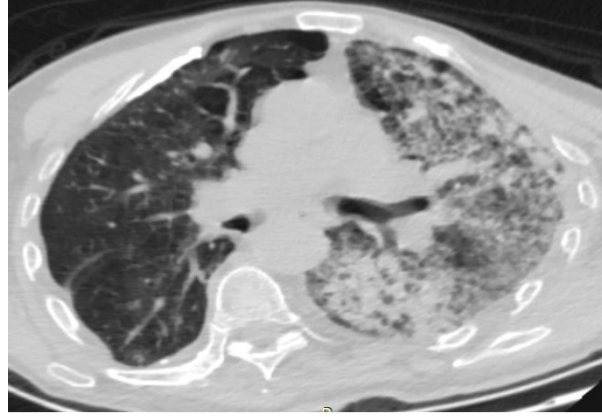
Hatice Reva Saraç<sup>1</sup>, Ekrem Cengiz Seyhan<sup>1</sup>, Hüseyin Yunus Doğan<sup>1</sup>, Deniz Çağın İşler<sup>1</sup>, Berke Mert İskender<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

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

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

Resim 1



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

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

**Anahtar Kelimeler:** Hemoraji, İntersitisyel, Alveol

PS-074

## İmatinib İlişkili İnterstisyel Akciğer Hastalığı

Yasemin Çam<sup>1</sup>, Cansu Görkem Orhan<sup>1</sup>, H. Canan Hasanoğlu<sup>2</sup>

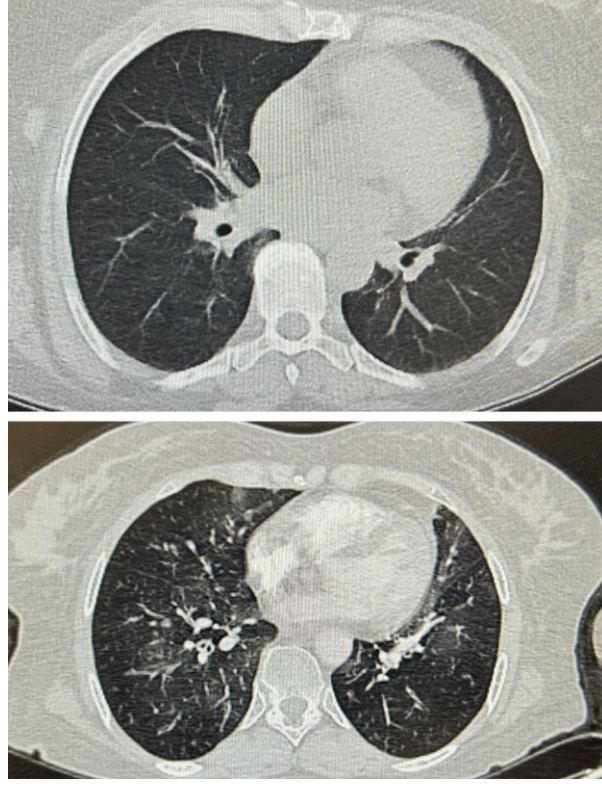
<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

<sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi

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

**Olgu:** Bilinen kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik myeloid lösemi (KML), pilor disfonksiyonu, panik bozukluk ve depresyon tanıları olan 61 yaşında hasta nefes darlığı, burun akıntısı ve öksürük şikayetleriyle acil servisimize başvurdu. Nazal kanül ile 3 lt/dk oksijen alan hastada SpO<sub>2</sub>: %97 idi. Dinlemekle bilateral ronküsleri mevcuttu. 3 yıl önce KML tanısı almış ve İmatinib tedavisi başlanmıştı. Aralıklı olarak radyolojik takip altında idi. Tanı esnasında çekilen Toraks BT'de akciğer bulguları normal idi. Tam bir yıl sonra çekilen Toraks BT'sinde bilateral üst lob apikal bölgelerde plevral fibrotik çekinti, bilateral parakardiyak segmenter atelektatik akciğer sahaları izlendi. İkinci yıl Toraks BT'sinde tedaviye ikincil gelişmiş olabilecek bronşiyolitisi obliterans açısından şüpheli bulgular izlendi. Oksijen ihtiyacı ortaya çıkan hastaya uzun süreli oksijen tedavisi başlandı. Çekilen Toraks BT'sinde her iki akciğer alt lob bronş yapıları distallerde yer yer oblitere idi ve her iki akciğer alt loblarda perbronşioler kalınlaşmalar izlendi. Solunum yolu viral paneli negatifti. SFT restriktif patern ve DLCO azalmıştı. Hastanın diğer laboratuvar bulguları ve akut faz reaktanları normal sınırlardaydı. Hastanın imatinib öncesi ve sonrası görüntüleri ve klinik durumu karşılaştırıldığında imatinib ilişkili interstisyel akciğer hastalığı (İAH) düşünüldü. Hastanın Bcr-abl testi negatif olduğu ve imatinib moleküler yanıtının olduğu görüldü ancak imatinib ilişkili İAH düşündüğümüz hastada imatinib tedavisi kesilerek KML açısından başka bir ilaca geçilmesi planlandı. Hastaya 1 ay boyunca sistemik steroid tedavisi başlandı. 1 aydan sonra kademeli doz azaltılması planlandı. Hastanın takiplerinde klinik ve radyolojik iyileşme gözlemlendi. Steroid tedavisi hala devam eden hasta takibimize devam etmektedir.

Toraks BT



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

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

**Anahtar Kelimeler:** İmatinib, İnterstisyel, Restriktif, Akciğer



**PS-075**

## **Ne Kadar Sorarsan Sor Hastanın Söylediği Kadardır**

İlknur Kaya<sup>1</sup>, Hande İpek Oduncuoğlu<sup>1</sup>, Şebnem Emine Parspur<sup>1</sup>

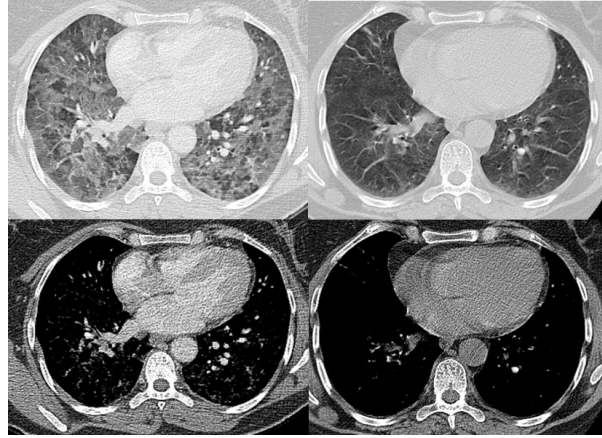
<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

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

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

doğrultusunda non-fibrotik HP tanısı kondu. Güvercinlere direkt ve dolaylı maruziyetin kesilmesi, detaylı ev temizliği önerildi. Metilprednizolon tedavisi aşamalı olarak azaltılarak 6. ay sonunda kesildi. 6. ay TBT kontrolünde parankimal bulgularda anlamlı regresyon görüldü (Resim 2), öksürük ve nefes darlığı şikayetlerinde gerileme saptandı. Şu anda hasta kliniğimizde tedavisiz takiptedir.

Resim 1, Resim 2



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

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

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

**PS-076**

## **Ayırıcı Tanıda Zorlanılan Fibrotik İnterstisyel Akciğer Hastalığında Tanı Sarkoidoz**

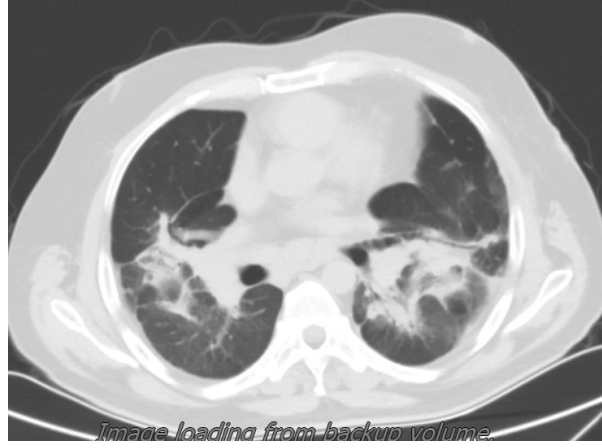
Tahir Özmen<sup>1</sup>, Dildar Duman<sup>1</sup>, Büşra Ergeç<sup>1</sup>, Fatih Sarıtaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>S.B.Ü Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Romatoloji Kliniği

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

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



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

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

**Anahtar Kelimeler:** Sarkoidoz, Fibrotik İntersitisyel Akciğer Hastalıkları

**PS-078**

## **İnterstisyel Akciğer Hastalığı Sanılan Primer Siliyer Diskinezi Olgusu**

Mustafa Ersözlü<sup>1</sup>, Selen Doğan<sup>1</sup>, Oya Evirgen<sup>2</sup>, Demet Karnak<sup>1</sup>

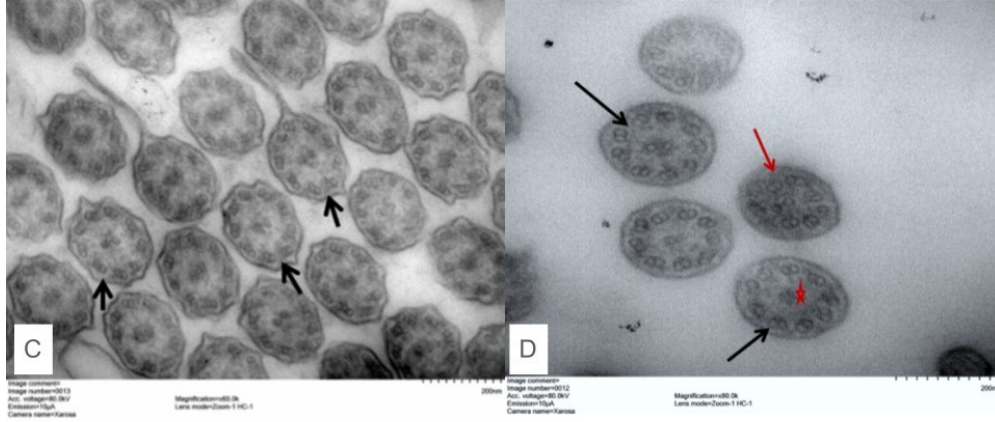
<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji-Embriyoloji Anabilim Dalı, Ankara

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

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

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



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

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

**Keywords:** Primer Siliyer Diskinezi, İnterstisyel Akciğer Hastalıkları, Bronkoskopi

**PS-080**

## **Nüks Kriptojenik Organize Pnömoni Olgusu**

Dr. Sedef Şule Bozkır<sup>1</sup>, Doç Dr. Fatma Demirci Üçsular<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH

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

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

## HRCT



Nüks olarak değerlendirilen HRCT görüntüsü

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

**Anahtar Kelimeler:** Kriptojenik Organize Pnömoni, Kortikosteroid, Kriyobiyopsi, Nüks



## Poster Bildiri Oturumu 5: Minimal İnvaziv Göğüs Cerrahisi

PS-085

### İntralober Pulmoner Sekestrasyon

Bahar Aydoğar<sup>1</sup>, Elif Tanrıverdi<sup>1</sup>, Erdoğan Çetinkaya<sup>1</sup>, Zeynep Güney<sup>1</sup>, Burcu Babaoğlu<sup>1</sup>, Duygu Uzunoglu<sup>1</sup>

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

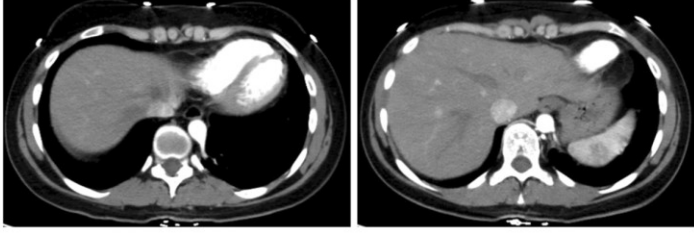
**Giriş-Amaç:** Pulmoner sekestrasyonlar (PS) normal trakeobronşiyal ağaçla ilişkisi olmayan, kendi sistemik arteriyel kaynağı olan, anormal akciğer dokusundan oluşan nadiren erişkinlerde görülen konjenital bir malformasyondur. Etiyolojisi tartışmalı olmakla birlikte, embriyonik gelişim sürecinde anormal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

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

## PAAG ve Toraks BT



Şekil 1: PAAG



Şekil 3: Toraks BT Anjiyografi



Şekil 2: Toraks BT Parankim Penceresi

Olgu bölümünde metin içinde numaralandırılmış alanlarda açıklamalar bulunmaktadır.

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

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

**PS-086**

## **Nadir Görülen Bir Anatomik Varyasyon: İntratorasik Ektopik Karaciğer**

Hüseyin Umut Baştürk<sup>1</sup>, Beyza Yaşar<sup>1</sup>, Şeyma Başlılar<sup>1</sup>, Yahya Baraç<sup>2</sup>, Bengü Şaylan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sultan 2. Abdülhamid Han E.A.H, Göğüs Hastalıkları Kliniği

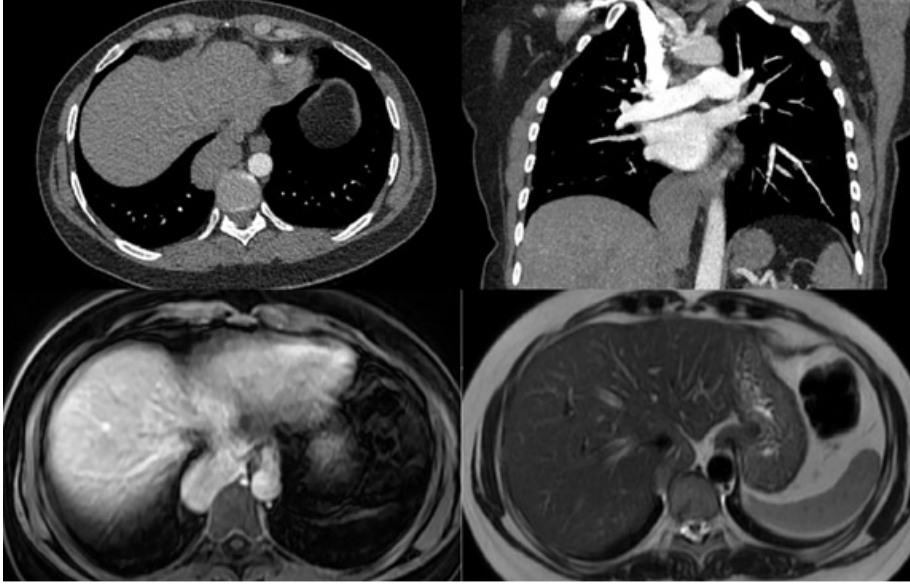
<sup>2</sup>Sultan 2. Abdülhamid Han E.A.H, Radyoloji Kliniği

<sup>3</sup>Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları Kliniği

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

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

## Olgu Radyolojik Görüntülemeleri



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

**Anahtar Kelimeler:** Ektopik, Karaciğer, Kitle, Tomografi

**PS-087**

## **Nadir Bir Yaygın Lenfadenopati Nedeni: Kikuchi-Fujimoto Hastalığı**

Şebnem Dursun<sup>1</sup>, Buse Mine Konuk Balcı<sup>1</sup>, Samed Baloğlu<sup>1</sup>, Gökhan Kocaman<sup>1</sup>, Demet Karnak<sup>2</sup>, Işınsu Kuzu<sup>3</sup>, Ayten Kayı Cangır<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

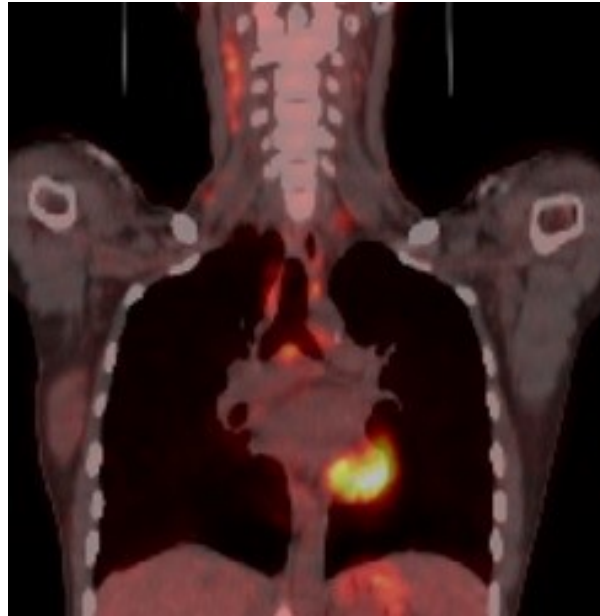
<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

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

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

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



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

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

**PS-093**

## **Hemoptizi ile Başvuran 20 Yıl Önceki Kurşunlanma Vakası**

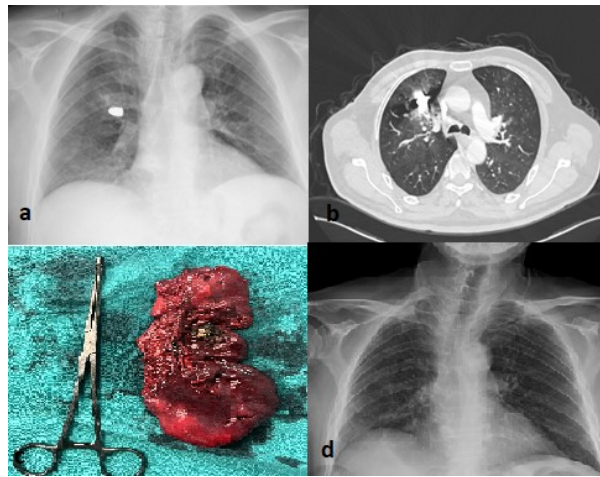
Merve Bıyıklı<sup>1</sup>, Muhammed Kalkan<sup>1</sup>, Oğuz Girgin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

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

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

### Hastanın Preoperatif, İntraoperatif Ve Postoperatif Görüntüleri



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

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

**Anahtar Kelimeler:** Hemoptizi, Minimal İnvaziv



**PS-096**

## **Şilotoraks ile Prezente Olan Hızlı Progresif Seyirli Genç Olgu**

Büşra Ergeç<sup>1</sup>, Dildar Duman<sup>1</sup>, Tahir Özmen<sup>1</sup>, Cansel Atinkaya Baydemir<sup>2</sup>

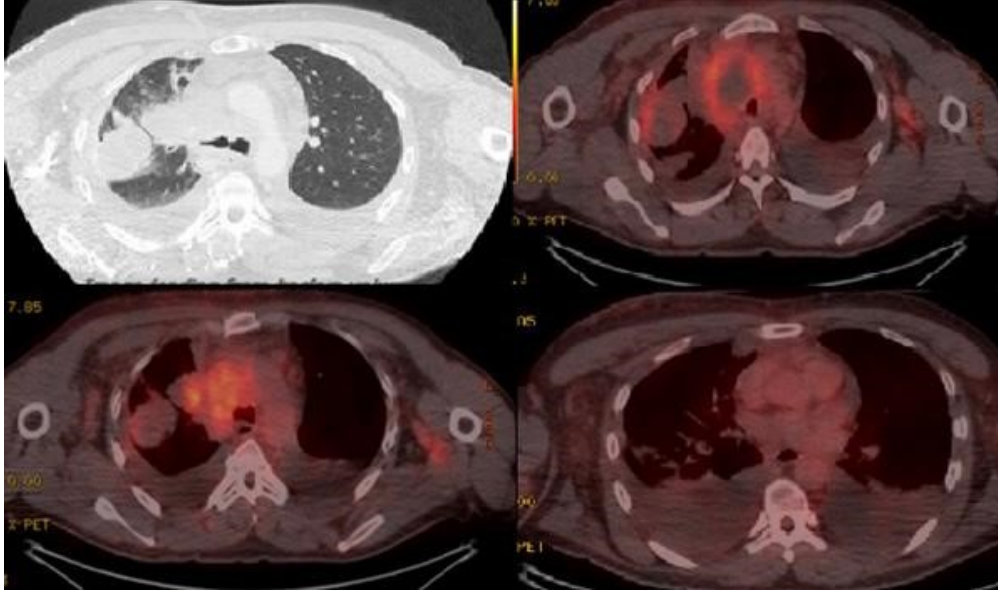
<sup>1</sup>S.B.Ü Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>S.B.Ü Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

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

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

Şekil 1



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

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

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

PS-097

## Yirmi Yılda İki Kez Opere Olan Primer Siliyer Diskinezi Sendromu Olgusu

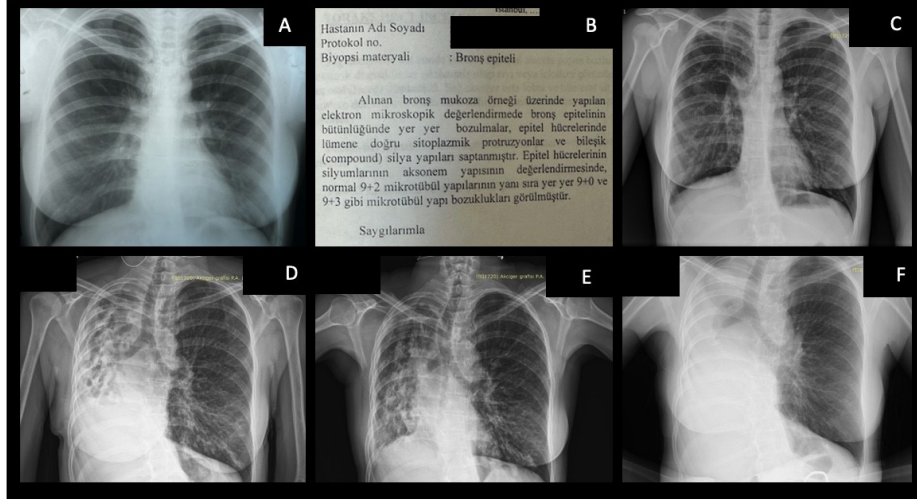
Çağan Asparuk<sup>1</sup>, Beyza Yılmaz<sup>1</sup>, Fatma Ezgi Altun Acar<sup>1</sup>, Aslıhan Aras<sup>1</sup>, Naciye Mutlu<sup>1</sup>, Hüseyin Cem Tigin<sup>1</sup>, Muzaffer Metin<sup>1</sup>, Murat Kıyık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

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

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

## Olgumuza ait PA Akciğer Grafileri ve Elektron Mikroskopi Raporu



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

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

**Anahtar Kelimeler:** Bronşektazi, Primer Siliyer Diskinezi, Konjenital Bronşektazi

**PS-098**

## **Nadir Bir Olgu: Spontan Birinci Kot Fraktürü**

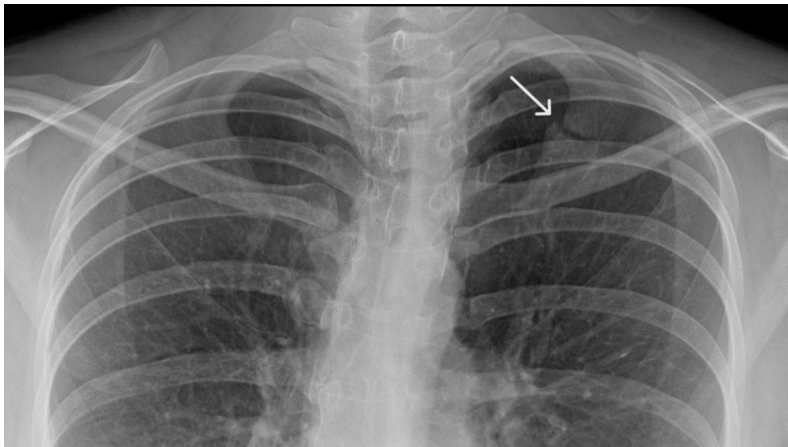
Mustafa Kuzucuoğlu<sup>1</sup>, Mehmet Ünal<sup>1</sup>, Bayram Çağrı Sakarıya<sup>1</sup>, Zeynep Sarı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

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

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

Resim 1



Akciğer grafisinde birinci kot fraktürü

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

**Anahtar Kelimeler:** Kot Fraktürü, Spontan, Osteopeni

**PS-099**

## **Nadir Görülen Ekstra-adrenal Myelolipoma Lokalizasyonu: Pulmoner ve Endobronşiyal Yerleşimli İki Olgu**

Arkın Acar<sup>1</sup>, Cumhuri Murat Tulay<sup>1</sup>, Demet Yıldız<sup>1</sup>, Didem Şamaki<sup>1</sup>, Ayça Tan<sup>2</sup>

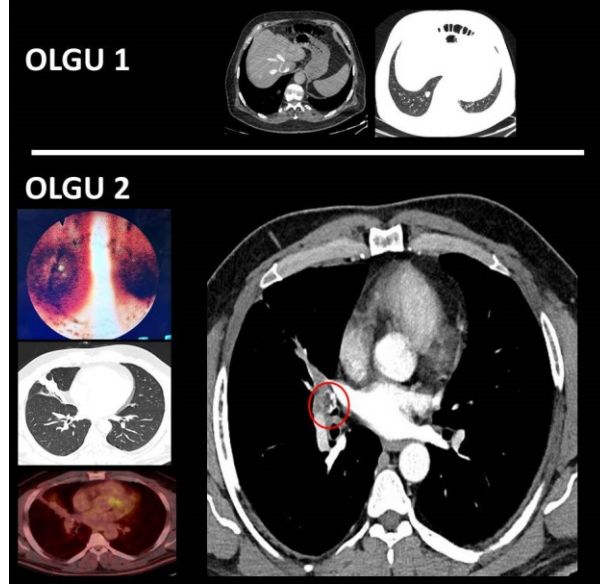
<sup>1</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Manisa

<sup>2</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa

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

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

## Şekil



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

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

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



## Nadir Bir Pnömotoraks: Katamenial Pnömotoraks

Ömer Topaloğlu<sup>1</sup>, Elvan Şentürk Topaloğlu<sup>2</sup>, Atilla Eroğlu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bitlis Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bitlis

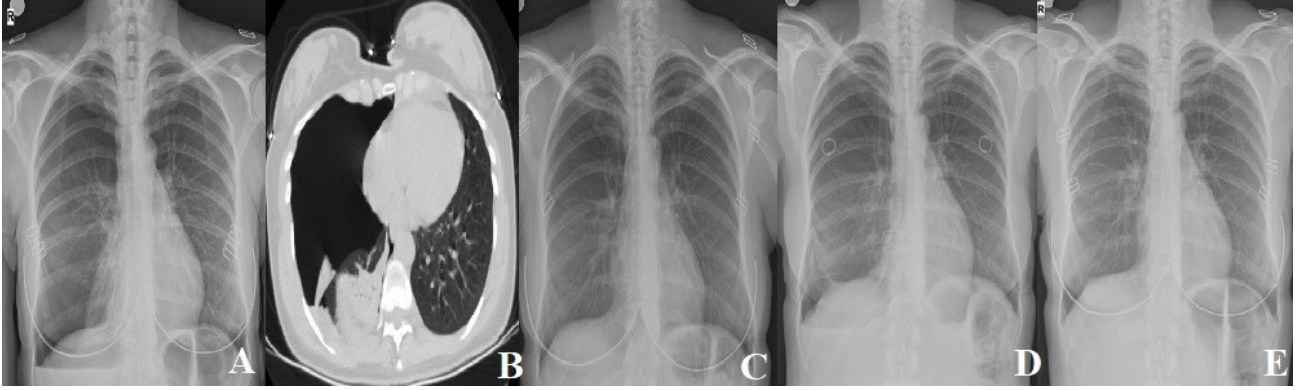
<sup>2</sup>Bitlis Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Bitlis

<sup>3</sup>Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Erzurum

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

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

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



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

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

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

## **Skumöz Hücreli Karsinom Olgusunda Videotorakoskopik Karina Rezeksiyonu ve Rekonstrüksiyonu**

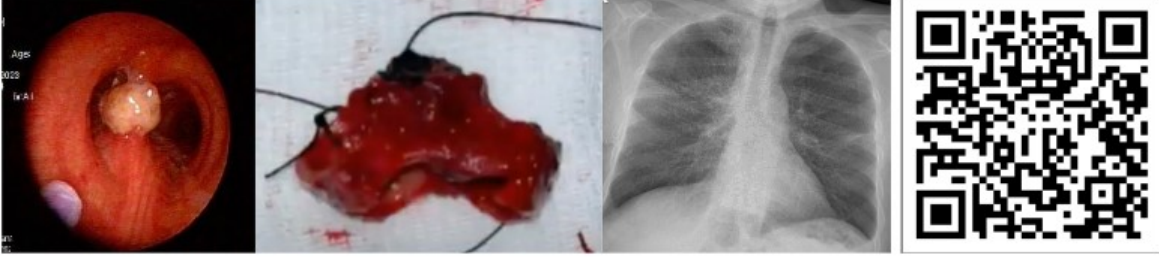
Muzaffer Metin<sup>1</sup>, Ayşegül Çiftçi<sup>1</sup>, Meral Selin Onay Mahmuti<sup>1</sup>, Merve Ekinci Fidan<sup>1</sup>, Yaşar Sönmezoğlu<sup>1</sup>, Ece Yasemin Demirkol<sup>1</sup>, Nisa Yıldız<sup>1</sup>, Dilekhan Kızır<sup>1</sup>, Anıl Demirel<sup>1</sup>, Volkan Erdoğan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

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

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

## Vats ile Karina Rezeksiyonu



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

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

## Poster Bildiri Oturumu 6: Pulmoner Vasküler Hastalıklar

### PS-110

#### **Pulmoner Tromboembolide Nadir Bir Komplikasyon Heparine Bağlı Trombositopeni**

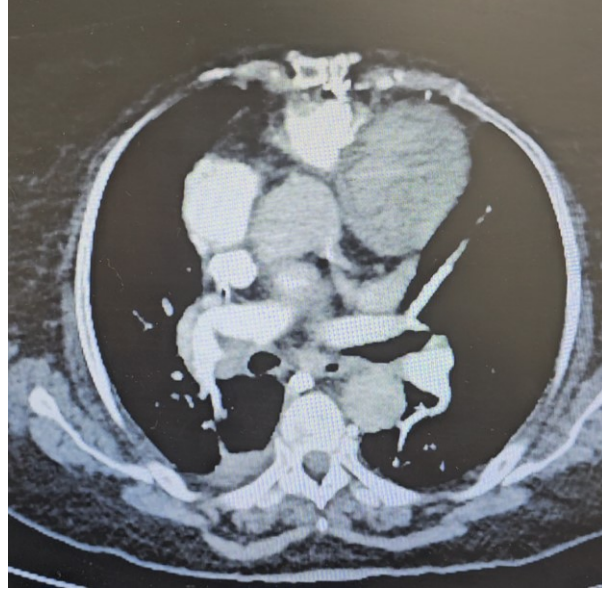
Beyza Kerem<sup>1</sup>, İrem Altun<sup>1</sup>, Fatma Yıldırım<sup>1</sup>, Serap Akçalı Duru<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi

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

**Olgu:** Öksürük, hemoptizi, göğüs ağrısı şikayetleri ile acil servisimize başvuran 73 yaşındaki kadın hastaya 4 ay önce tekrarlayan pulmoner tromboemboli tanısı ile rivaroksaban (15 mg /gün oral ) başlandığı ve vena cava inferior filtresi takıldığı öğrenildi. Hipertansiyon ve diyabet dışında herhangi bir ek hastalık saptanmayan hastamızda PTE için etyolojik faktör saptanamadı. Hastanın hipotansif (sistolik/diyastolik 80/60 mmHg) ve taşikardik (110/dk) olması ve oksijen saturasyonundaki düşüklük (%80) nedeni ile yoğun bakımımıza alındı. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografide sağ ana pulmoner arter posterior duvarına yapışık olarak izlenen ve lobar arterlere uzanan akut tromboemboli, sağ alt lobar arterde komplet, sağ üst ve orta lobar arterde parsiyel oklüzyon saptandı. Ekokardiyografide pulmoner arter basıncı ölçülemedi sağlar hafif genişti. Düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH, enoksaparin sodyum, 100 IU/kg günde iki kez, subkütan) başlanan hastanın serum platelet düzeyi tedavinin 5.gününde giderek düştü [ $<20 \times 10^3/L$  (normal değer:150-450  $10^3/L$ )]. Orta olasılıkta heparin ile ilişkili trombositopeni (HIT) kabul edilen hastanın Serum trombosit düzeylerinin ( $>50 \times 10^3/L$ ) yükselmesi ile fondaparinux (7.5 mg/gün, oral) tedaviye eklendi. Ancak genel durumundaki bozukluk, hemoptizisi devam eden ve serum trombosit değerleri tekrar düşen hastamız tekrarlayan tromboz ve pulmoner emboli atakları sonucu kaybedildi.

## Bilgisayarlı tomografi



Enoxaparin altındaki hastada tekrarlayan pulmoner embolizm

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

**Anahtar Kelimeler:** Pulmoner Tromboembolizm, Heparin İlişkili Trombositopeni, Fondaparinux

PS-111

## Masif Hemoptizinin Nadir Bir Sebebi Mitral Darlık

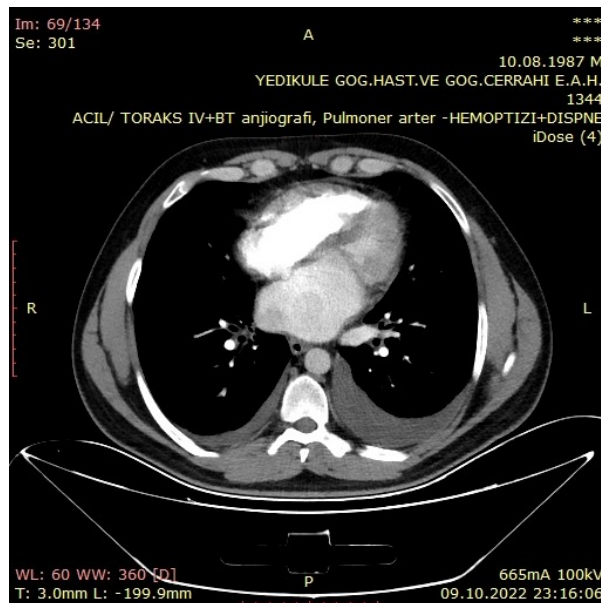
Hikmet Merve Reyhan<sup>1</sup>, Elif Tanrıverdi<sup>1</sup>, Binnaz Zeynep Yıldırım<sup>1</sup>, Şeyma Aydın<sup>1</sup>, Halit Çınarka<sup>1</sup>, Erdoğan Çetinkaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

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

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

Resim 1



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

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

**Anahtar Kelimeler:** Hemoptizi, Alveolar Hemoraji, Mitral Stenoza



## PS-113

### **Bir Pulmoner Emboli Hastasında Tedavi Altında Gelişen Plevral Efüzyon ve Sağ Pulmoner Arterin Konjenital Defekti Olgusu**

Gizem Alter<sup>1</sup>, Melih Büyüksirin<sup>1</sup>, Gülistan Karadeniz<sup>1</sup>

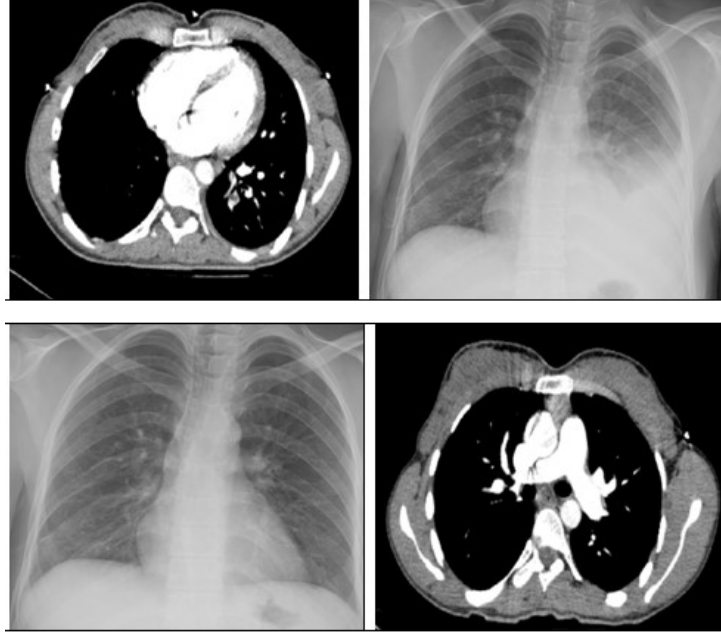
<sup>1</sup>Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

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

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

tam regresyon görüldü. Hematoloji ve romatoloji önerileri ile istenen tetkik sonuçları ile poliklinik kontrolü önerildi.

### Görüntülemeler



Şekil 1: Toraks anjiyo BT'de sol pulmoner arter alt lobunda pulmoner emboli ile uyumlu dolum defekti.  
Şekil 2: Yeni gelişen sol taraflı plörezi.  
Şekil 3: Taburculuk sonrası 1. ay kontrolünde çekilen göğüs filmi  
Şekil 4: Sağ alt lob pulmoner arterin devamlılığının gösterilemediği toraks Anjiyo BT görünümü

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

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

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

**PS-114**

## **Hormon Replasman Tedavi Seyrinde Pulmoner Emboli**

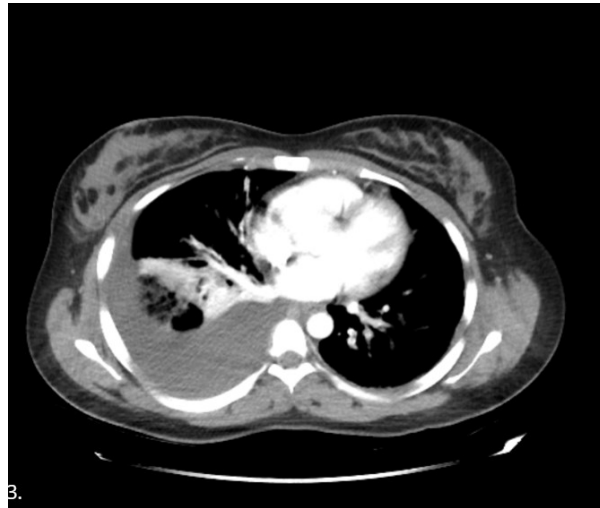
Emine Tosun<sup>1</sup>, Rahime oşar<sup>1</sup>, Hamdiye Turan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

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

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

BT



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

**Anahtar Kelimeler:** Over Stimülasyonu, Pulmoner Emboli, Dispne

**PS-115**

## **$\beta$ -Hemoglobinopati Sekonder Pulmoner Emboli ve Alveolar Hemoraji Birlikteliği: Olgu Sunumu**

Hazal Kırca<sup>1</sup>, Serap Akçalı Duru<sup>1</sup>, Halil Dorukan Keriç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi

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

**Olgu:** Beş ay önce nefrolitiazis nedeniyle opere edilen, talasemi taşıyıcısı 58 yaş erkek hastanın PTE tanısı ile dış merkezde oral antikoagülan (warfmadin, günlük 5 mg) başlandığı öğrenildi. Hasta antikoagülan kullanımının 3. ayında acil servisimize nefes darlığı, göğüs ağrısı, hemoptizi (son 3 gündür gelişen, toplamda 500 cc kadar), bacaklarda ekimotik lezyonlar ile başvurdu. Vital bulguları TA:130/80, NB:107, satürasyonu 4 L/dk nazal oksijen ile 95 olarak saptandı. Yapılan tetkiklerde Ddimer:10,6 mcg/ml (Referans aralık <0,5 mcg/ml) ınr: 6,83 (Referans aralık:0,9-1,27) ve WBC:3.10<sup>3</sup>  $\mu$ L(Referans Aralık: 4,5X10<sup>3</sup>-10X10<sup>3</sup> $\mu$ L ) PLT:19.10<sup>3</sup>  $\mu$ L (Referans Aralık: 150-450x10<sup>3</sup> $\mu$ L) NEU:0,73X10<sup>3</sup>  $\mu$ L (Referans Aralık: 1,8x10<sup>3</sup>-4,5x10<sup>3</sup> $\mu$ L) periferik yaymasında anizopoikolozitoz izlenen ve trombositopeni ile uyumlu, RET#: 0,04X10<sup>6</sup> Ml saptanan hastaya çekilen bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografide (BTPA) sağ ana pulmoner arter ve dallarında, solda lingular arter ve dallarında akut tromboemboli, akciğer parankiminde alveolar hemoraji ile uyumlu görünüm izlendi. Ekokardiyografide sağ kalp boşlukları normal, Spab:35 olarak değerlendirildi. Kanama riski nedeniyle perkütan kateter embelektomi ve vena cava inferior filtresi açısından uygun görülmedi. Tedaviye TDP(taze donmuş plazma) replasmanı sonrası trombosit seviyelerinin yükselmesi ve INR'nin normal aralığa getirilmesi sonrası subkutan düşük molekül ağırlıklı heparin ile devam edildi. Takiplerinde hipoksemisi derinleşen ve vital bulguları kötülesen hasta yoğun bakım ünitemizde exitus oldu.

## Akut Masif Pulmoner Emboli Görüntüsü



## Akut Masif Pulmoner Emboli Görüntüsü

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

**Anahtar Kelimeler:** Pulmoner Tromboemboli, Alveolar Hemoraji,  $\beta$ -Hemoglobinopati

## PS-116

### Nadir Görülen Bronş Arter Embolizasyonu Komplikasyonu: Serebral Enfarkt

Deniz Bilici<sup>1</sup>, Coşkun Doğan<sup>1</sup>, Hatice İrem Uzun<sup>1</sup>, Ali Fırat<sup>2</sup>, Burcu Arpınar Yiğitbaş<sup>1</sup>, Esra Ertan Yazar<sup>1</sup>

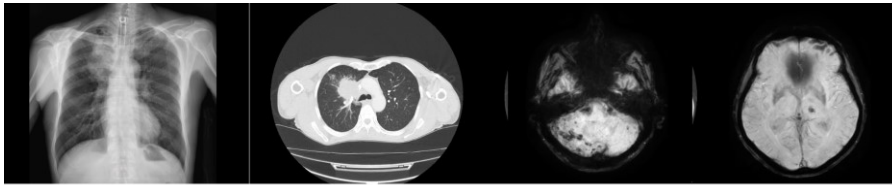
<sup>1</sup>Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı

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

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

RESİM 1 A, B, C



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

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

**Anahtar Kelimeler:** Bronş Arter Embolizasyonu, Masif Hemoptizi, Komplikasyon



## Hipertrofik Obstrüktif KMP'nin Nadir Bir Komplikasyonu: Hemoptizi

Helin Beyazgül<sup>1</sup>, Mutlu Onur Güçsav<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi

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

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

Şekil-1: FOB Görüntüsü



Bronşiyal mukozada dilate kapiller damarlar

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

**Anahtar Kelimeler:** Hemoptizi, LVOT, HOCM

## PS-120

### **Pulmoner Tromboemboliyi Taklit Eden Swyer James Macleod Sendromlu İki Olgu**

Bahar Aydoğar<sup>1</sup>, Elif Tanrıverdi<sup>1</sup>, Erdoğan Çetinkaya<sup>1</sup>, Zeynep Güney<sup>1</sup>, Burcu Babaoğlu<sup>1</sup>, Mustafa Çörtük<sup>1</sup>

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

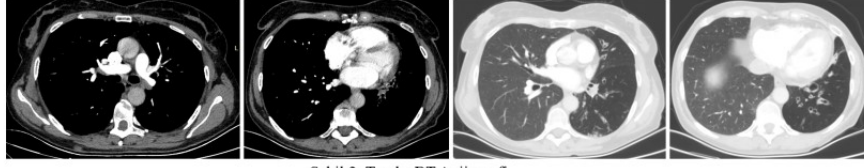
**Giriş-Amaç:** Swyer-James/Macleod Sendromu (SJMS), ana bronşiyal hava yolu tıkanması olmadan tek akciğerin bir veya birkaç lobunun ya da tamamının hiperlüsens görünümü, aynı tarafta hiler gölge azlığı, güçlükle görülebilen arter ağı (azalmış vaskularite) ile karakterize radyolojik bir antitedir. Genellikle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

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

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



Şekil 1: PAAG



Şekil 2: Toraks BT Anjiyografi



Şekil 3: PAAG



Şekil 4: Toraks BT Anjiyografi

Olgu bölümünde metin içinde numaralandırılmış alanlarda açıklamalar bulunmaktadır.

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

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

**PS-122**

## **Rijit Bronkoskopi ile Nadir Görülen Hemoptizi Sebebi Endobronşiyal Hemanjiyomun Yönetimi**

Ramazan Şahin<sup>1</sup>, Musa Akdağ<sup>2</sup>, Özal Adıyeke<sup>2</sup>, Muhammet Atıf Karagöl<sup>1</sup>, Barış Demirkol<sup>1</sup>, Ayşe Bahadır<sup>1</sup>, Aygül Güzel<sup>1</sup>, Sibel Yurt<sup>1</sup>, Mehmet Akif Özgül<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

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

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

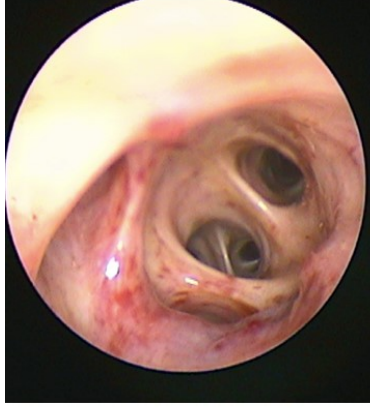
## Şekiller



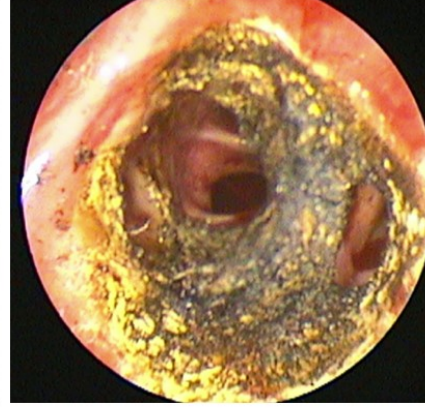
Şekil 1



Şekil 2



Şekil 3



Şekil 4

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

**Anahtar Kelimeler:** Rijit Bronkoskopi, Hemoptizi, Hemanjiyom

**PS-123**

## **Pulmoner Tromboemboli Tanısından Mesane Tümörüne: Bir Olgu Eşliğinde Etyolojik Yolculuk**

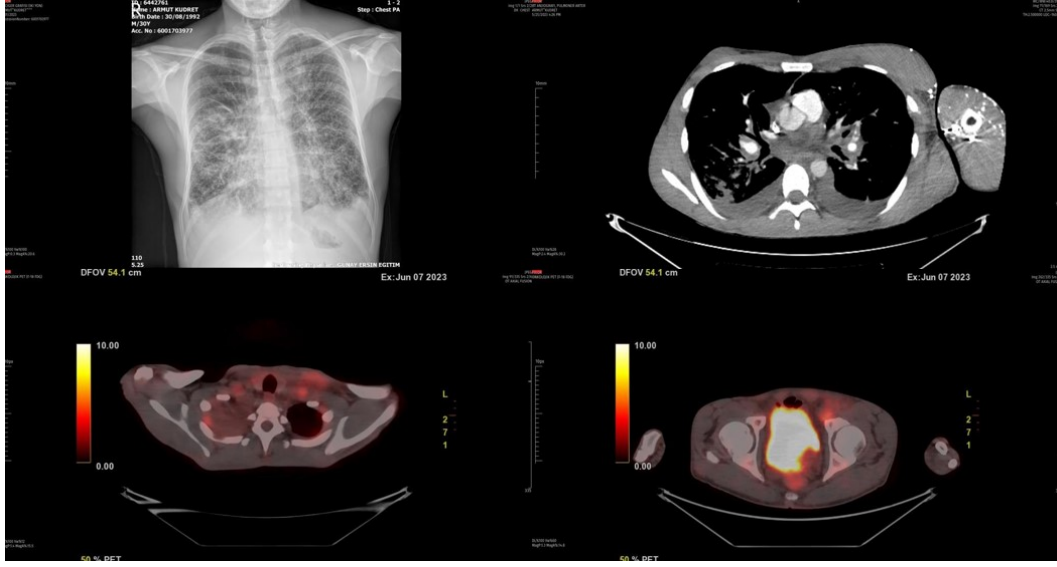
Damla Şahin Akbaş<sup>1</sup>, Büşra Nur Sazlı<sup>1</sup>, Ebru Tatçı<sup>1</sup>, Ayça Dilşad Çağlayan<sup>1</sup>, Ersin Günay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi

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

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

## PTE ve PET/CT Tutulumu



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

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

**Anahtar Kelimeler:** Emboli, Risk Faktörü, Malignite



## Vaskülitler ve Farklı Klinik Mevcudiyeti: Behçet Tanılı Bir Aile Üstünden Olgu Sunumu

Büşra Nur Sazlı<sup>1</sup>, Bahar Kurt<sup>1</sup>, Kerem Ensarioğlu<sup>2</sup>

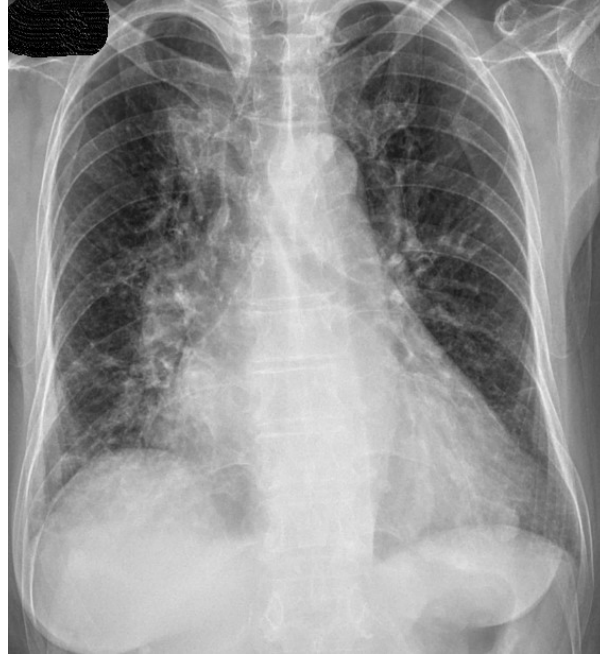
<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

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

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

Figür 1 Başvuru Akciğer Grafisi



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

**Anahtar Kelimeler:** Behçet Hastalığı, Vaskülit, Pulmoner Tromboemboli

## Poster Bildiri Oturumu 7: Torasik Onkoloji

### PS-125

#### Nivolumab İlişkili Bir Pnömonit Olgusu

Melike Zeynep Topaloğlu<sup>1</sup>, Aysu Ayrancı<sup>1</sup>, Ahmet Emin Erbaycu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

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

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

pnömonit düşünöldü. Oda havasında saturasyon değeri %90-91 civarında seyreden hastaya 1mg/kg/gün metilprednizolon başlandı. Nivolumab tedavisi kesildi. Kontrollerinde radyolojik ve klinik tama yakın yanıt alınan hastanın kortikosteroid tedavisi 4-6 haftada azaltılarak takibe devam edildi. Hasta halen takibimizde olup stabildir.

Resim-4



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

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

## PS-126

### Y Stent ile 10 Yıl Takip Edilen Evre 4 Akciğer Kanseri

Agit Yakışan<sup>1</sup>, Onur Fevzi Erer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH

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

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

## Stent Öncesi-Sonrası



### İLK İKİ GÖRESEL 2013 SON İKİ GÖRSEL 2023

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

**Anahtar Kelimeler:** Evre 4 Akciğer Kanseri, Y Stent

**PS-127**

## **Preoperatif Arteriyel Coil ve Çift Seviye Torakotomi Yaklaşımıyla Rezeke Edilen Dev Soliter Fibröz Tümör**

Demet Yıldız<sup>1</sup>, Arkin Acar<sup>1</sup>, Rabia Günseli Emül<sup>1</sup>, Serdar Tarhan<sup>2</sup>, Peyker Temiz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Manisa

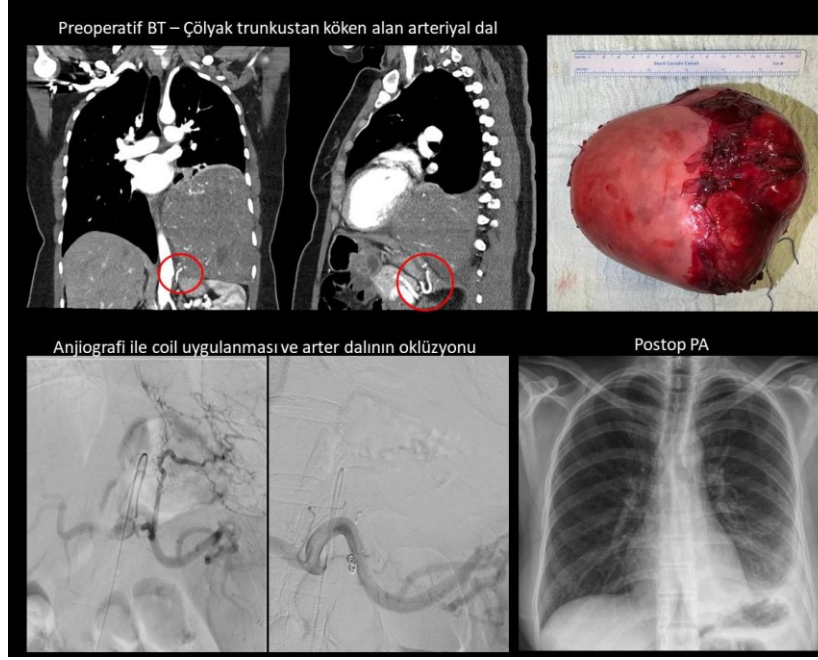
<sup>2</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Manisa

<sup>3</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa

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

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

## Şekil



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

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

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



## Akciğerin Nadir Tümörü Sklerozan Hemanjiyom

Feride Tamay Tatlı<sup>1</sup>, Gülistan Karadeniz<sup>1</sup>, Ahmet Üçvet<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH

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

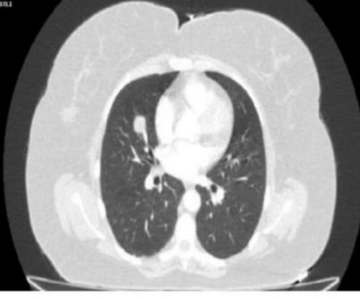
**Olgu:** 51 yaşında kadın hasta, öksürük, sırt ağrısı, nefes darlığı şikayetleri nedeni ile başvurdu. Mesleği ev hanımı olup, özgeçmişinde bilinen DM, panik atak mevcuttu, soygeçmişinde özellik yoktu, sigara hiç kullanmamıştı. Akciğer grafisinde sağ infrahiler bölgede düzgün sınırlı dansite artışı görüldü (Şekil 1a). Toraks bilgisayarlı tomografide sağ orta lobda 2 cm boyutunda solid parankimal nodül izlenmişti (Şekil 1b). Hastaya çekilen Pozitron Emisyon Tomografisi (PET)’nde; sağ akciğer orta lob düzeyinde izlenen yaklaşık 1.6cm çaplı düzgün kenarlı nodüler lezyon ile uyumlu alanda çevre parankime oranla hafif düzeyde yüksek 18 fluorodeoksiglukoz(FDG) (Standardized uptake value(SUV)max:2.0) tutulumu izlenmişti (Şekil 1c). Hastaya TTİİAB yapıldı, patoloji sonucu ‘Adenokarsinom’ olarak geldi. Hastaya opaklı kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) çekilmiş olup olağan saptandı. Radyolojik evrelemesi T1N0MO EVRE1 olarak belirlenen hasta göğüs cerrahisi ile operabilite açısından konsülte edildi. Hastaya sağ akciğer orta lobektomi+ regional lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Yapılan frozenda kitle ve lenf nodları benign olarak raporlandı. Kitlenin histolojik incelenmesi kesitlerinde ‘Damardan zengin hyalinize sklerotik stromada papiller ve solid adalar oluşturan hücre sınırları belirsiz uniform görünümünde oval, yuvarlak nükleuslu, yer yer şeffaf sitoplazmalı epitel hücreleri’ izlendi. Patoloji sonucu ‘Sklerozan Hemanjiyom’ olarak yorumlandı. Takibinin onuncu ayında herhangi bir nüks izlenmeyen hastanın takibi devam etmektedir.

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

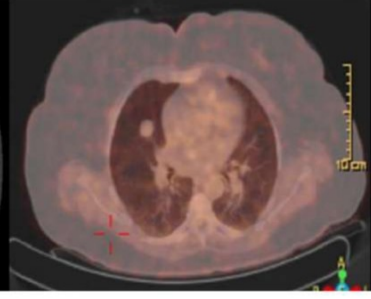
Şekil 1a. PA Akciğer Grafisi



Şekil 1b. Toraks BT parankim kesiti



Şekil 1c. PET/CT kesiti



**Anahtar Kelimeler:** Sklerozan Hemanjiyom

## Akciğerin Primer Adenoid Kistik Karsinomu Olgusu

Utku Tapan<sup>1</sup>, Huriye Gülistan Bozdağ Başkaya<sup>2</sup>, Zekiye Deniz Gökmen<sup>1</sup>, Fatih Alaşan<sup>1</sup>, Özge Oral Tapan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları

<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi

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

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

## PA Akciğer Grafi, Toraks BT, Bronkoskopi



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

**Anahtar Kelimeler:** Adenoid Kistik Karsinom, Akciğer Malignitesi, Astım

**PS-132**

## **Maligniteyi Taklit Eden Mediastinal Kistik Lezyon Olgusu**

Sıla Begüm Gölcük Gök<sup>1</sup>, Yusuf Kahya<sup>2</sup>, Cabir Yüksel<sup>2</sup>, Aydın Çiledağ<sup>1</sup>, Gökhan Çelik<sup>1</sup>, Akın Kaya<sup>1</sup>

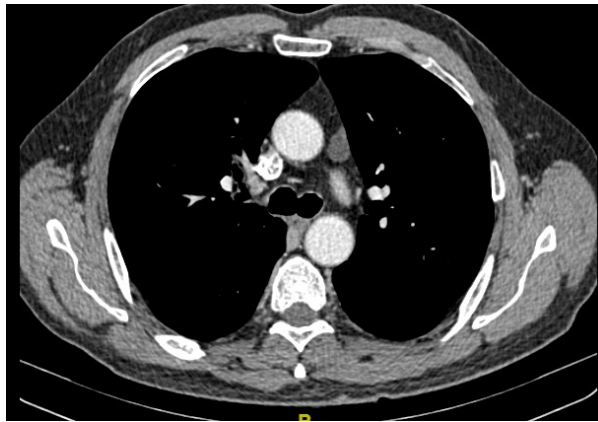
<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı

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

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

Mediastinal kistik lezyon



Aortikopulmoner pencere düzeyinde, 23x15 mm boyutlarındaki lezyon

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

**Anahtar Kelimeler:** Mediastinal, Malignite, Kist

**PS-135**

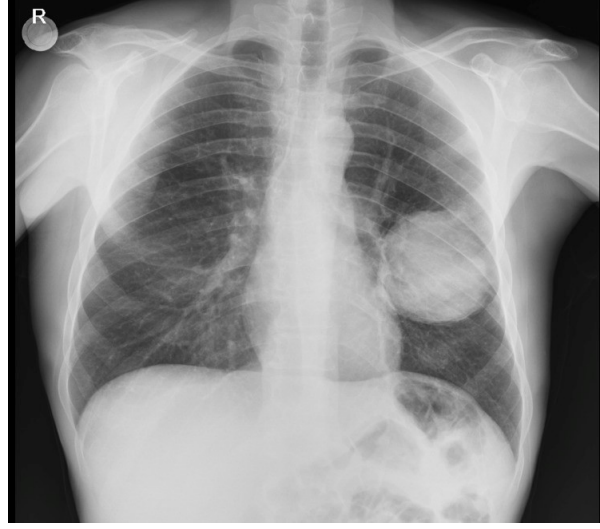
## **Nadir Görülen Akciğer Fetal Adenokarsinom Olgusu**

Kübra Çağlayan Karaca<sup>1</sup>, Sabri Serhan Olcay<sup>1</sup>, Huriye Gülistan Bozdağ Başkaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi

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

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



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

**Anahtar Kelimeler:** Fetal Adenokarsinom, Akciğer Kanseri



**PS-136**

## **Neoadjuvan Nivolumab + Kemoterapi Sonrası Patolojik Tam Yanıt**

Şebnem Dursun<sup>1</sup>, Samed Baloğlu<sup>1</sup>, Gökhan Kocaman<sup>1</sup>, Mehmet Ali Şendur<sup>2</sup>, Yusuf Kahya<sup>1</sup>,  
Ayten Kayı Cangır<sup>1</sup>

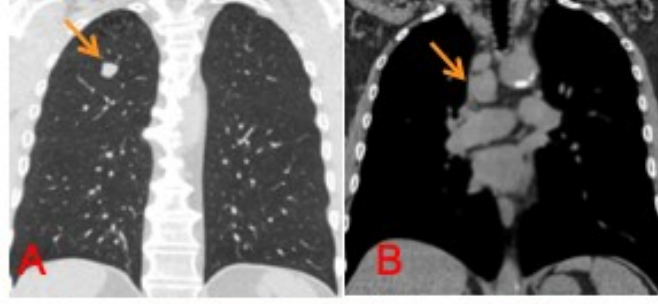
<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

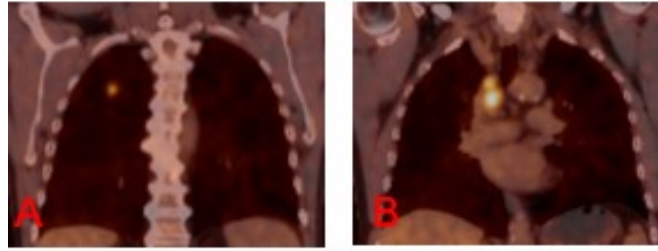
**Giriş-Amaç:** Küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastalarda N2 hastalık varlığında neoadjuvan tedavileri içeren multimodal yaklaşımın sağkalımı arttırdığı bilinmektedir. Rezeke edilebilir KHDAK'da neoadjuvan nivolumab + kemoterapi (KT) kombinasyonun patolojik tam yanıt ve olaysız sağkalım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

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

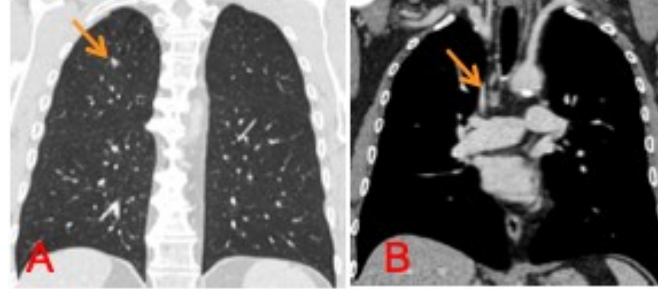
## Neoadjuvan tedavi öncesi ve sonrası nodül ve 4R LN



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



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



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

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

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

**PS-139**

## **Intratorasik Uzanım Gösteren Brakial Pleksus Schwannomu Olgusunda VATS Yaklaşımı**

Tuba Şahinoğlu<sup>1</sup>, Atilla Can<sup>1</sup>, Halil Şen<sup>1</sup>, Derya Özer<sup>2</sup>, Hüseyin Yıldırım<sup>1</sup>

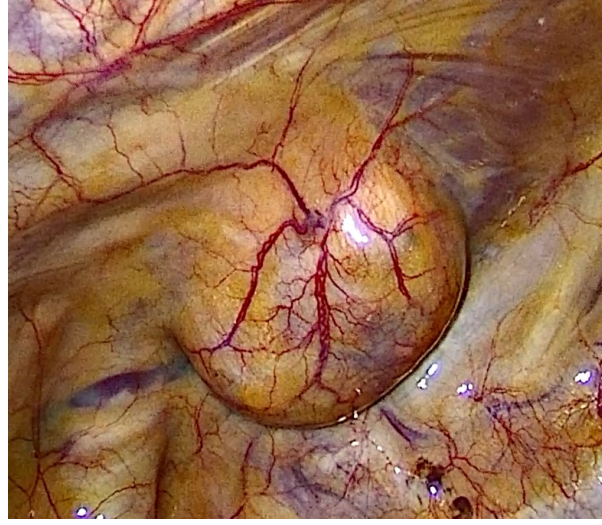
<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı

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

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

## Brakial Pleksus Schwannomunun intratorasik yerleşimi



Lezyonun VATS görüntüsü

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

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

## PS-140

### Buzlu Cam Dansitelerinde Malignite: Bir Olgu Nedeniyle

Çiğdem Sabancı<sup>1</sup>, Sida Gösterici<sup>1</sup>, İnanç Yazıcı<sup>2</sup>, Mustafa Vedat Doğru<sup>2</sup>, Hülya Abalı<sup>1</sup>, Fatma Tokgöz Akyıl<sup>1</sup>

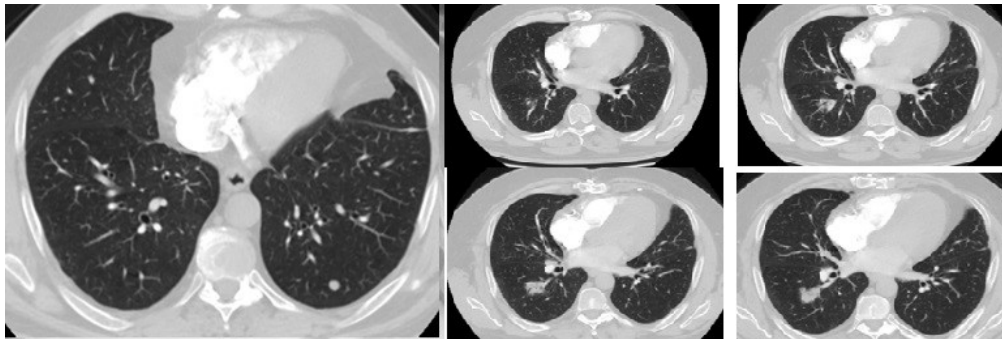
<sup>1</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları

<sup>2</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Cerrahisi

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

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

Resim 1



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

**Anahtar Kelimeler:** Adenokarsinom, Nodül, Akciğer Kanseri

**PS-143**

## **Myastenia Gravis Düşündüren Teratom**

Zeki Oğuzhan Bayraklı<sup>1</sup>, Bekir Sami Karapolat<sup>1</sup>, Serkan Özden<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Trabzon

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

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

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

Dev kitlenin eksizyon sonrası görüntüsü



**Anahtar Kelimeler:** Teratom, Matür Teratom, Myastenia Gravis



**PS-144**

## **Özofagorespiratuar fistüller**

Onur Metin Atasel<sup>1</sup>, Erhan Oğur<sup>1</sup>, Şeyma Başlılar<sup>1</sup>, Bengü Şaylan<sup>1</sup>, Gökçe Külah<sup>2</sup>

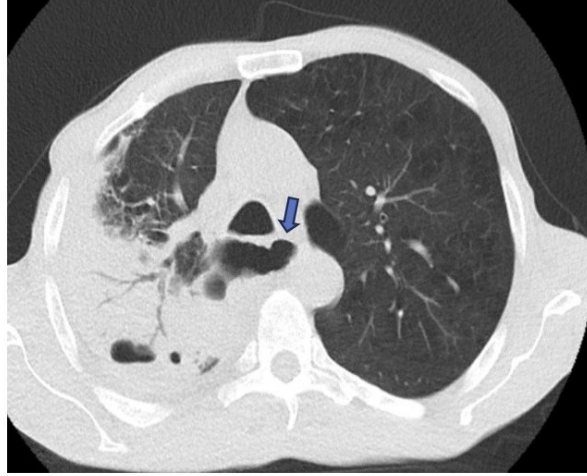
<sup>1</sup>Sultan Abdülhamid Han Eğitim Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi

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

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

## Özofagorespiratuar fistül



Resim : özofagopulmoner fistül (mavi ok : özofagus)

### Toraks bt'de özofagopulmoner fistülün transvers kesit görüntüsü

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

**Anahtar Kelimeler:** Özofagorespiratuar Fistül, Malignite, Bronkoskopi, Endoskopi

## Poster Bildiri Oturumu 8: Yoğun Bakım

PS-146

### Tip II Solunum Yetmezliğinde Ekstrakorporeal Karbondioksit Eliminasyonu (ECCO2R); Ne Zaman?

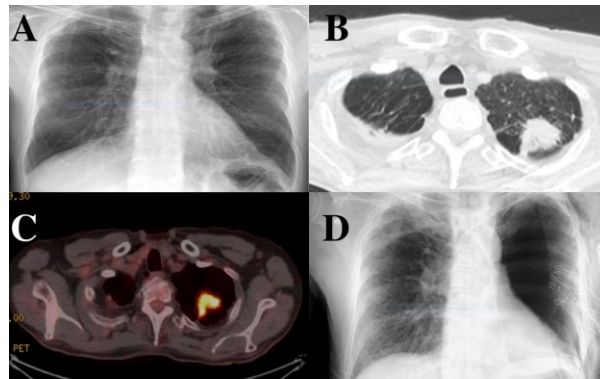
Selçuk Cincorop<sup>1</sup>, Ahmet Oğuzhan Küçük<sup>1</sup>, Mehtap Pehlivanlar Küçük<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yoğun Bakım Dalı, Trabzon

**Giriş-Amaç:** Teknolojideki son gelişmelerle birlikte, akut respiratuar distres sendromu (ARDS) ve kronik obstrüktif akciğer hastalığının şiddetli akut alevlenmeleri (ae-KOAH) olan hastalar, ekstrakorporeal CO<sub>2</sub> uzaklaştırmasından (ECCO<sub>2</sub>R) yararlanabilir. Ancak, bu endikasyonlardaki mevcut kanıtlar sınırlıdır.

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

Şekil-1: Radyolojik Görüntüler



Tablo-1: ECCO<sub>2</sub>R Sırasındaki Kan gazı Seyri

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

**Tartışma-Sonuç:** ECCO<sub>2</sub>R invaziv teknikle akut hiperkapnik solunum yetmezliği hastalarında ekstrakorporeal dolaşım ile düşük kan akımlarında hastalardan karbondioksitin uzaklaştırılması işlemidir. Şiddetli solunumsal asidozu ve KOAH akut alevlenmelerinde, non-invaziv ventilasyon yetmezliği riski taşıyan hastalarda entübasyonu önlemek için ECCO<sub>2</sub>R tedavisi uygulanabilir. İnvaziv ventilasyona ihtiyaç duyanlarda mekanik ventilasyondan ayrılmayı ve erken ekstübasyonu hızlandırmak için de kullanılabilir. Yeni ECCO<sub>2</sub>R cihazlarının düşük kan akımı ile çalışılabilmesinden ötürü hemodinamiyi bozacak etkileri azalmıştır. Aynı zamanda pulmoner hipertansiyon ve sağ ventrikül yükünü azaltırlar. Bizim olgumuzdaki gibi kısa dönem hedeflere ulaşılabilen bu yöntemin uzun dönem etkileri, KOAH tedavisindeki yeri ve kılavuzlara girmiş kesinleşmiş bir endikasyonu henüz tanımlanmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Dirençli Hiperkarbi, Karbondioksit Eliminasyonu, ECCOR

**PS-147**

## **Postoperatif negatif basınçlı akciğer ödemi**

Gülşah Ethemoğlu<sup>1</sup>, Emine Tosun<sup>1</sup>, Rahime Yıldız<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi

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

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

## POSTOP PAAC



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

**Anahtar Kelimeler:** Postoperatif Negatif Basıncılı Akciğer Ödemi

**PS-149**

## **Negatif Basınç Akciğer Ödemi Olgu Sunumu**

Betül Okçular Arslan<sup>1</sup>, Şeyma Başlılar<sup>1</sup>, Bengü Şaylan<sup>2</sup>

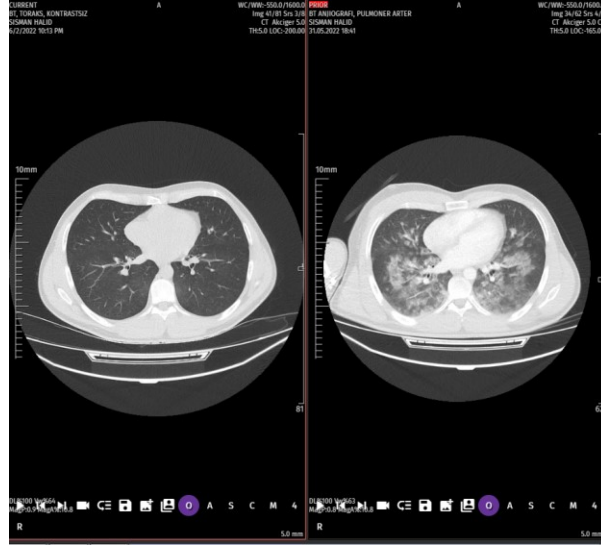
<sup>1</sup>Sultan 2. Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Süreyyapaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

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

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

## Toraks BT Öncesi ve Sonrası



### Negatif Basınç Akciğer Ödemi Toraks BT Öncesi ve Sonrası

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

**Anahtar Kelimeler:** Pulmoner Ödem, Post Op



## PS-151

### Abdominal Distansiyonun Yoğun Bakım Hastalarında Önemi:2 Olgu Nedeni ile

İrem Altan<sup>1</sup>, Adem Şahin<sup>2</sup>, Özlem Şengören Dikiş<sup>1</sup>, Sabri Serhan Olcay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>MSKÜ Göğüs Hastalıkları AD, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Muğla

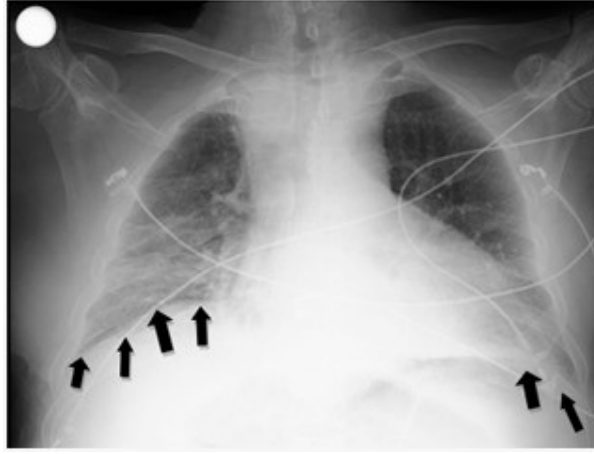
<sup>2</sup>MSKÜ Göğüs Hastalıkları AD, Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi, Muğla

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

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

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

Resim 1



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

**Anahtar Kelimeler:** Abdominal Distansiyon

## Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilen, Entübasyon Sonrası Pnömomediastinum, Pnömotoraks, Pnömooperitonium ve Pnömooperikardium Gelişen Olgu Sunumu

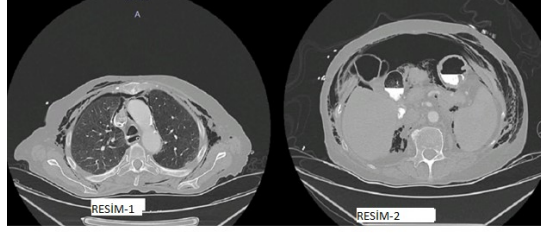
İsmail Altuğ Demir<sup>1</sup>, Kamil Gönderen<sup>1</sup>

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

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

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

Resim 1 ve Resim 2



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

**Anahtar Kelimeler:** Entübasyon, Pnömomediastinum, Pnömotoraks, Pnömooperitonium, Pnömooperikardium

**PS-153**

## **Atipik Seyirli Plevral Drenaj Katateri**

Zeynep Sarı<sup>1</sup>, Mehmet Ünal<sup>1</sup>, Serdar Şirzai<sup>2</sup>, Kerametın İbrahim Taylan<sup>2</sup>, Mustafa Kuzucuoğlu<sup>1</sup>

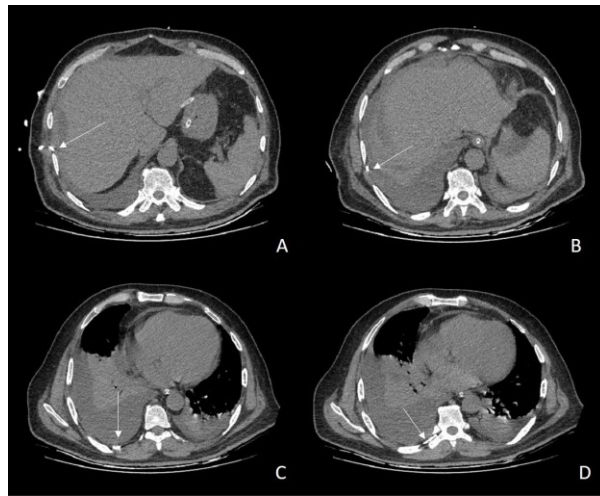
<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

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

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

Resim 2



Toraks BT de katater trasesi

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

**Anahtar Kelimeler:** Plevra, Plöreken, Komplikasyon

**PS-157**

## **Saklambaç Oynayan Endobronşiyal Lezyon: Bir olgu sunumu**

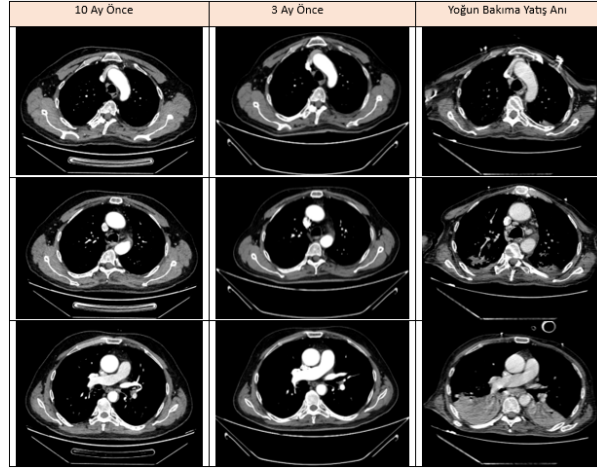
Meltem Eşsiz<sup>1</sup>, Buğra Mete Hancı<sup>1</sup>, Pelinsu Altun<sup>1</sup>, Deniz Doğan Mülazımoğlu<sup>1</sup>, Aslıhan Gürün Kaya<sup>1</sup>, Fatma Arslan<sup>1</sup>, Gökhan Çelik<sup>1</sup>, Akın Kaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

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

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

## Endobronşiyal Lezyonun Zaman İçindeki Değişiminin Bilgisayarlı Tomografideki Görünümü



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

**Anahtar Kelimeler:** Endobronşiyal Lezyon, Fiberoptik Bronkoskopi, Trakeostomi, Amyotrofik Lateral Skleroz



## Romatoid Artrite Bağlı İnterstisyel Pnömoni Hastasında Gelişen Spontan Pnömomediastinum Olgusu

İsmail Altuğ Demir<sup>1</sup>, Kamil Gönderen<sup>1</sup>

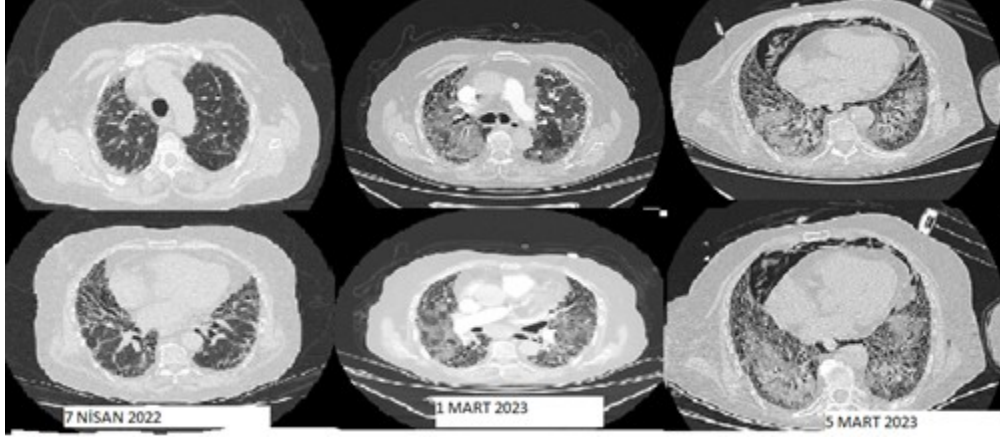
<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi

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

**Olgu:** RA tanılı 61 yaşında kadın hasta 6 aydır olan dispne şikayetinin artması nedeni ile acil servise başvurmuş. RA tanısı aldıktan 1 yıl sonra görüntülemde RA'ya bağlı UIP bulguları görülen hasta metotreksat, metilprednizolon 4 mg ve hidoksiklorokin tedavisi kullanıyormuş. Hastaya çekilen toraks BT "akciğerlerde periferik zonlarda ve alt yarılarda daha fazla olmak üzere yaygın interstisyel septal kalınlaşmalar, retikülasyon, traksiyon bronşiektazileri, bal peteği bölgeleri dikkati çekmektedir.İleri dönem kronik interstisyel fibrotik akciğer tutulumuna uymaktadır. Bilateral belirsiz sınırlı buzlu cam vasfında infiltrasyon bölgeleri görülmekte olup fibrotik süreçte alevlenmeyi ve yaygın pnömonik enfeksiyöz infiltrasyonu desteklemekte"şeklindedir. (resim-1) Hasta pnömozeptis tanısıyla YBÜ'ne yatırıldı. Hastanın ilk tetkiklerinde wbc:18,4 10\*9/l neut:17,5 10\*9/l BUN:29 mg/dl kre:1,15 mg/dl CRP:326 mg/l prokalasitonin:1,97 ug/l 15lt/dk oksijen desteği ile ph:7,48 pco2:34 mmhg po2:53 mmhg laktat:3,9 sao2:%83,5 saptandı. Hipoksi nedeniyle hasta elektif entübe edildi. Entübasyon sonrası muayenede ve PA akciğer grafide (PAAG) komplikasyon izlenmedi. Hastanın kültürleri alınması sonrası meropenem, immunsupresyon nedeniyle TMP-SMX tedavisi başlandı. Alınan kan ve trakeal aspirat kültüründe üreme görülmeydi. Olası viral pnömoniler için influenza, RSV ve Covid19 PCR testleri negatif saptandı. Hastanın tedavi 2.günde akut faz reaktanlarında gerileme olması, mekanik ventilatörde (MV) FiO2 ihtiyacı azalması üzerine sedasyon kesilerek spontan mod denemeleri başlandı. T tüp denemelerinde desatüre olan hasta MV'de izlemine devam edildi. Hastanın izleminin beşinci gününde MV altında desatüre olmasıyla çekilen kontrol PAAG açıklayacak bulgu görülmeydi. Cilt altı amfizem görülmeydi üzerine çekilen toraks BT'de (resim-1) servikotorasik bölgede, alt servikal boyun yumuşak dokularında, mediastende pnömomediastinum ile uyumlu yaygın serbest hava lüensileri izlendi. Hastada pnömotoraks gelişmemesi nedeniyle toraks tüpü takılması düşünülmedi. Hastaya sıfır PEEP verilerek cilt altı branül yerleştirildi. Bu

sırada akut faz reaktanları yeniden progrese olan ve eş zamanlı vasopressor ihtiyacı olan septik şok tablosu olan hasta, yatışının 6.gününde exitus kabul edildi.

Resim 1



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

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

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

## Toraks Cerrahisi Sonrası Gelişen Sevofluran İlişkili Alveolar Hemoraji

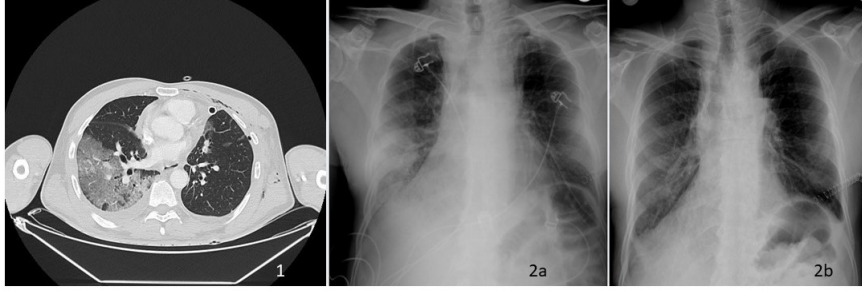
Furkan Küçük<sup>1</sup>, Emine Afşin<sup>1</sup>, Samet Genez<sup>1</sup>, Osman Yakşi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

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

**Olgu:** 53 yaşında, erkek hasta, akciğer adenokarsinomu tanısıyla sol üst lobektomi yapıldıktan 24 saat sonra gelişen akut dispne nedeniyle değerlendirildi. Hastanın preoperatif değerlendirilmesinde solunumsal yakınması yoktu ve fizik muayenesi de olağan idi. 40 paket/yıl sigara öyküsü olan hastanın ek hastalıkları da yoktu. Operasyon sırasında anestezi olarak inhale sevofluran kullanılmıştı. Postoperatif takiplerinde sol akciğerde hematoma geliştiği saptanarak tekrar sevofluran verilerek operasyona alındı ve hematoma drene edildi. Takiplerinde dispneik olan hastanın ciddi hipoksemisi (15 lt/dk Oksijen ile oksijen saturasyonu: %88) saptandı. Hemoptizi yakınması olmayan hastanın çekilen Toraks BT anjiyografisinde; pulmoner tromboemboli saptanmadı, sağ akciğer alt lobda interlobüler septal kalınlaşma ve yamalı buzlu cam opasiteleri (crazy-paving pattern) izlendi (Resim 1). Hemogloblin değerleri 11.4 'den 7.7 g/dl'e düşen hastanın CRP artışı, ateşi, pürülan balgamı olmayıp alınan kan ve balgam kültürlerinde de üreme olmadı. ANA bir pozitif olan hastada MPO ve PR3 ANCA negatifti, vaskülit ve bağ doku hastalığını düşündürecek sistemik bulgular da saptanmadı. Derin hipoksemisi nedeniyle bronkoalveolar lavaj yapılamadı. Yüksek akımlı nazal kanül oksijenasyon ile takip edilen hasta 'Sevofluran ilişkili alveolar hemoraji' olarak değerlendirildi. 3 gün 500 mg/gün metilprednizolon tedavisi uygulandı. Tedavi başlangıcından yaklaşık 48 saat sonra hastanın nefes darlığı geriledi. 6.günün sonunda hipoksemisi düzelen ve radyolojik regresyon (Resim 2) izlenen hasta taburcu edildi.

Resim 1, 2



Resim 1. Toraks BT' anjiografide; sağ akciğer alt lobda interlobüler septal kalınlaşma ve yamalı buzlu cam opasiteleri (crazy-paving pattern) izlenmekte, Resim 2a. Akciğer grafisinde sağ alt zonda yamalı alveoler opasifikasyon görülmekte Resim 2b. steroid tedavisi sonrası regresyon izlenmekte.

**Tartışma-Sonuç:** Patofizyoloji net bilinmemekle beraber Sevofluranın bir metabolitinin pulmoner endotelial toksisiteye neden olabileceği varsayılmaktadır. Literatürde Sevofluran ile ilişkili akut akciğer hasarı olguları ortopedik, ürolojik ve plastik cerrahi sonrasında ve genç yetişkinlerde olduğu bildirilmiştir. Literatürde pulse steroid tedavisi yanısıra, solunum yetmezliği tablosunda olmayan vakalarda medikal tedavi verilmeden takip edildiği bildirilmiştir. Olgumuz; toraks cerrahisi sonrası gelişmesi, tek taraflı tutulum izlenmesi, pulse steroid ile tedaviye yanıt alınması nedeniyle sunulmuştur. Postoperatif gelişen akut solunum yetmezliğinde ayırıcı tanılar arasında Sevofluran ilişkili akciğer hasarı da düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Sevofluran, Alveolar Hemoraji, Hipoksemi

**8 Mart 2024, Cuma**

## **Poster Bildiri Oturumu 9: Akciğer Enfeksiyonları ve Tüberküloz**

**PS-163**

### **Maligniteyi Taklit Eden Tüberküloz**

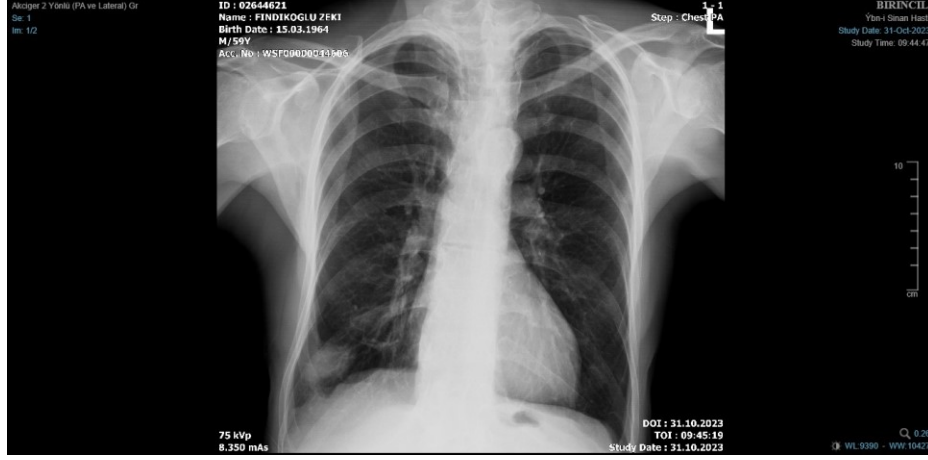
Gizem Aydın<sup>1</sup>, Fatma Arslan<sup>1</sup>, Aslıhan Gürün Kaya<sup>1</sup>, Miraç Öz<sup>1</sup>, Deniz Doğan Mülazımoğlu<sup>1</sup>, Akın Kaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş-Amaç:** Akciğer tüberkülozu, farklı klinik ve radyolojik görünümleri ile birçok hastalıkla karışabilmektedir. Maligniteler ve enfeksiyonlar dışında ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar; bağ dokusu hastalıkları, vaskülitler, idiyopatik interstisyel pnömoniler, mesleki hastalıklar ve sarkoidozdur. Akciğer kanserinin ayırıcı tanısında tüberküloz önemli bir yer tutar. Bu olgu sunumunda da yaşı öyküsü kliniği ve radyolojik bulguları ile malignite düşündüren bir tüberküloz vakasından bahsedilmektedir.

**Olgu:** Elli dokuz yaş romatoid artrit ve hipertansiyon tanıları olan hasta 2 haftadan fazla süren öksürük ateş üşüme, titreme, mmrc1 düzeyinde nefes darlığı şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş pnömoni olarak değerlendirilip tedavi başlanmış. Şikayetlerinin geçmemesi üzerine tarafımıza başvurdu gelişinde plöretik vasıflı göğüs ağrısı vardı öksürüğü devam etmekteydi hemoptizi kilo kaybı yoktu seronegatif romatoid artrit sebebiyle salazopyrin 500 mg ve prednizolon 5mg kullanmaktaydı çekilen akciğer grafisinde sağ bazalde kitle lezyonu izlenmesi üzerine toraks bt çekildi. Sağ akciğer alt lob anterobazalde lateralde, yaklaşık 4.5x3 cm boyutlarında, plevra ile devamlılık göstererek plevrada kalınlaşmaya neden olan kitle görüldü tanı ve evreleme için pozisyon emisyon tomografi planlandı. Çekilen petde Sağ akciğer alt lob lateral bazal segmentte yerleşimli, 8.interkostal aralık düzeyinde toraks duvarına uzanım gösteren, 7.ve 8.kostalar ile ayırımı net yapılamayan düzensiz kitle lezyonunda yoğun patolojik aktivite artışı (SUVmax:16.3) izlendi .Lenf nodu tutulumu yoktu. Fiberoptik bronkoskopi işlemi ile bronş lavajı alındı.Balgam ARB gönderildi. Balgam ARB negatif geldi. Sağ akciğer alt lob lateral bazal segmentte izlenen kitleye ultrasound(US) rehberliğinde transtorasik biyopsi işlemi gerçekleştirildi. Patoloji sonucu nekrotizan granüloma ile uyumlu geldi. Gönderilen bronş lavajı kültüründe mikobakterium tüberkülozis kompleks üredi. Hasta verem savaşı dispanserine yönlendirildi.

## Akciğer filmi



### Sağ bazalde kitle lezyonu

**Tartışma-Sonuç:** Tüberküloz en sık üst zonlarda infiltrasyon, kavite ve fibrozise sebep olur. Atipik tutulumlar olabilir: Alt lob tutulumlar, plevra efüzyonu, miliyer gölgeler, kitle lezyonlar, mediastende büyümüş lenf bezleri ve pnömotoraks görülebilir. Atipik tutulumlar; diabetes mellitus, böbrek yetmezliği, HIV pozitifliği ve bağışıklığın baskılandığı durumlarda görülür. Bu vakada olduğu gibi uzun süredir geçmeyen öksürük ateş halsizlik ve bağ dokusu hastalığı sebebiyle uzun dönem düşük doz immünsüprese tedavi kullanan hastalarda tüberkülozun atipik radyolojik görüntüye sebep olabileceği akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz Malignite Enfeksiyon

## Takipsizlikten Yayılırsa Hastane Kaçınılmaz Olur

İlknur Kaya<sup>1</sup>, Zeynep Yaren Yılmaz<sup>1</sup>, Mehmet Doğan<sup>1</sup>, Canan Balcı<sup>2</sup>, Ümran Erbay<sup>1</sup>

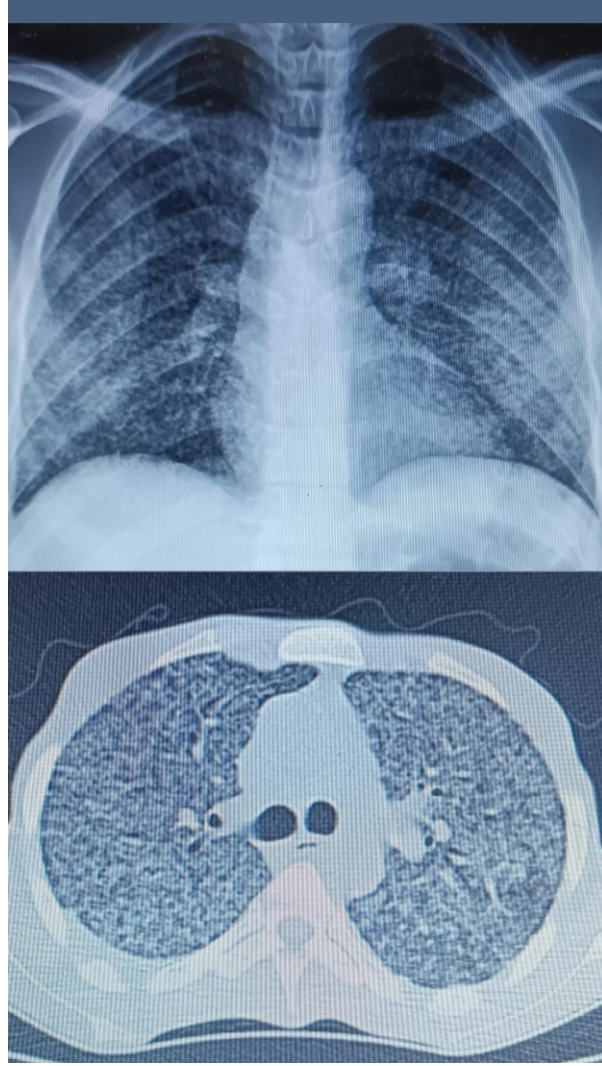
<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

**Giriş-Amaç:** Miliyer tüberküloz, tüberküloz (TB) basillerinin lenfo-hematojen yayılımı sonucu oluşan ve potansiyel olarak ölümcül bir TB formudur. Miliyer TB, özellikle immün sistemi baskılanmış kişilerde görülen bir tüberküloz formudur. Tedaviye karşın mortalite oranı yaklaşık %25'tir. Mortaliteyi artıran en önemli bağımsız risk faktörü tanı ve dolayısıyla tedavide gecikmedir. Bu nedenle erken tanı koymak son derece önemlidir. Miliyer tüberkülozun tanısında radyolojik bulgular önemlidir, diffüz miliyer nodüller ve/veya asiner opasiteler görünür. Biz de burada daha önceden akciğer dışı TB tanısı patolojik olarak koyulan ancak tedavi almayan ve sonrasında miliyer TB şeklinde prezente olan bir hastamızı sunmak istedik.

**Olgu:** 25 yaş komorbid hastalığı olmayan yabancı uyruklu erkek hasta nefes darlığı ve oral alımda bozulma şikayetiyle hastanemiz acil servisine başvurdu. Başvuru anında yüksek oksijen altında saturasyonu %80, solunum sayısı 50/dk, nabız 135/dk idi. Alınan biyokimyasal parametrelerinde sodyum: 123 mmol/L dışında anlamlı değişiklik saptanmadı. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde (PA AG) yaygın nodüller dansite artışı, bilgisayarlı toraks tomografisinde (Toraks BT) yaygın bilateral dağınık yerleşimli mikronodüller görünüm mevcut idi (Resim 1). Mevcut klinik bulguları ile ilk etapta yoğun bakımda izole takip edildi. Takipte alınan ayrıntılı anamnezde son 3 ay içinde 25 kg kayıp ve belirli aralıklarla yurt dışına seyahat öyküsü olduğu tespit edildi. Ayrıca daha öncesinde ileus nedeni ile batin operasyonu olduğu öğrenildi. Geçmişe yönelik tıbbi kayıtları incelendiğinde yaklaşık 1 ay önce ileus operasyonu sırasında TB peritonit düşünülerek periton biyopsisi yapıldığı, hastanın verem savaş dispanserine (VSD) yönlendirildiği, burada yapılan Saflaştırılmış Protein Türevi (PPD) testinin 6 mm saptandığı ve balgam örneği veremediği öğrenildi. Ayrıca akabinde hastanın patoloji sonucunu öğrenmek için hekim başvurusu yapmadığı bu şekilde takipsiz ve tedavisiz kaldığı öğrenildi. Tarafımızca ulaşılan patoloji sonucunun "kronik granümatöz nekrotizan hastalık" olarak raporlandığının görülmesi ve tipik radyolojik patern nedeni ile hastaya miliyer TB tanısı ile standart TB tedavisi başlandı. Yapılan diğer sistem taramalarında periton ve akciğerdeki miliyer görünüm haricinde ek organ tutulumu saptanmamıştır.

Resim 1



Akciğerdeki yaygın mikronodüler görünüm

**Tartışma-Sonuç:** Miliyer TB'de endemik bölgelerde yaşama ve seyahat öyküsü önem taşımaktadır. Bu anlamda hastadan ayrıntılı anamnez alınması gerekmektedir. Başlangıç döneminde non spesifik belirtilerle seyredabilen ve ölümcül olabilen bu hastalıkta erken tanı ve tedavi oldukça önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Endemik Bölge, Takipsizlik, Lenfo-Hematojen, Tüberküloz, Miliyer Tüberküloz



## Antitüberküloz İlaç Desensitizasyonu Uygulanan Larenks Tüberkülozu: Olgu Sunumu

Belma Altınok<sup>1</sup>, Müge Erbay<sup>2</sup>, Tevfik Özlü<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs hastalıkları Anabilim Dalı, İmmunoloji ve Alerji Bilim Dalı, Trabzon

**Giriş-Amaç:** Tüberküloz, yılda yaklaşık 8 milyon yeni vaka olarak görülen mycobacterium tuberculosis basilinin yol açtığı enfeksiyon hastalığıdır. Tüberküloz basili akciğer dışında ağız, tonsiller, dil, burun, epiglot, larinks ve farinkste yerleşebilir. Larinks tüberkülozu, tüm tüberküloz olgularının %1'inden azında görülür. Tüberküloz tedavisi, düzenli ve çoklu ilaç kullanımı temeline dayanır. Tüberküloz ilaçlarına bağlı birçok yan etki oldukça iyi tanımlanmışken aşırı duyarlılık reaksiyonları ve bunların tedavilerine yönelik veriler oldukça kısıtlıdır. Hastanın alerjisi olan ilacın alternatifi yoksa ya da alternatif ilaçlar sorumlu ilaç kadar etkili değilse, alerjik olduğu ilacı kullanabilir duruma getirmek için ilaç desensitizasyonu uygulanır. Tüberküloz geçirme öyküsü olan, ses kısıklığı ve öksürük şikayetiyle larenks tüberkülozu tanısı alan, antitüberküloz ilaç alerjisi gelişmesi üzerine desensitizasyon ile tedavi devamlılığı sağlanan olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 58 yaşında kadın hasta, antitüberküloz ilaç tedavisi sırasında aşırı duyarlılık reaksiyonu gelişmesi nedeniyle dış merkezden polikliniğimize yönlendirildi. Özgeçmişinde 40 yıl önce akciğer tüberkülozu geçirme öyküsü ve tüberküloz (ilaçlar ve süresi bilinmiyor) tedavi alımı mevcuttu. Fizik muayenesi doğaldı. Bir aydır ses kısıklığı, öksürük ve balgamı olan hastadan alınan balgam kültüründe mycobacterium tuberculosis basili üremesi, bronkoskopide nazofarenks posterior duvarda nodüler lezyonlar görülmesi ve Toraks BT'sinde patoloji saptanmaması nedeniyle larenks tüberkülozu tanısı almıştı. Dörtlü antitüberküloz tedavisi (İsoniazid (INH) 300 mg, Rifampisin 600 mg, Etambutol 1500 mg, Pirazinamid 2000 mg/ günde) başlanan hastanın, tedavinin birinci gününde ilaçlarının tümünü içtikten yarım saat sonra tüm vücudunda kaşıntılı kızarıklık ve dudakta şişlik şikayeti gelişmesi üzerine antihistaminik tedavisi verilmiş, 2-3 saatte şikayetleri gerilemiş ve tüm antitüberküloz ilaçları kesilmişti. Laboratuvar bulguları normaldi. İmmünoloji ve Alerji polikliniğine başvuran hastaya ilaç reaksiyonuna en sık neden olduğu bilinen rifampisin sona bırakılarak, sırasıyla INH, Etambutol, Pirazinamid ile graded challenge (aşamalı ilaç yükleme) yapıldı ve reaksiyon görülmedi. Suçlu ilacın Rifampisin olduğunun anlaşılması üzerine hastaya rifampisin desensitizasyon şeklinde uygulandı (Tablo 1). İlaç reaksiyonu izlenmemesi üzerine hastanın tedavisine günlük INH 300 mg, Rifampisin 600 mg, Etambutol 1500 mg, Pirazinamid 2000 mg olarak devam edildi. İki aylık 4'lü tedavisini sorunsuz alan hastanın tedavisi, ara verilmeksizin INH 300 mg ve rifampisin 600 mg ile reaksiyonsuz devam etmektedir.

Tablo 1. Rifampisin ile hızlı desensitizasyon protokolü

SAAT	İLAC (Rifampisin)	DOZ	
		ml	mg
09:30	B solüsyonu	1	10
10:00	B solüsyonu	2	20
10:30	B solüsyonu	5	50
11:00	A solüsyonu	5	100
11:30	A solüsyonu	10	200
12:30	A solüsyonu	11	220
<b>Toplam</b>		<b>600</b>	

\* Bir kapsül (600mg) rifampisinin içeriği 30 ml %0.09 NaCl ile karıştırılarak A solüsyonu (20 mg/ml'lik) hazırlandı

\* A solüsyonundan 1/2'lik dilüsyon yapılarak B solüsyonu (10mg/ml'lik) hazırlandı

**Tartışma-Sonuç:** Tanısı ve tedavisi gecikmiş akciğer ve larinks tüberkülozu, yüksek bulaşma riski nedeniyle toplum sağlığı açısından telafisi güç sorunlar oluşturabilir. Kanser, tüberküloz gibi hastalıkların tedavisinde, kullanılması elzem ilaçlarla oluşan alerjik reaksiyonlarda desensitizasyon yöntemiyle reaksiyonsuz tedavi devamlılığı sağlanabilir. Çalışmamız, akciğer dışı tüberküloz ile ilgili klinik farkındalık oluşması ve elzem ilaçların alerjisi durumunda yapılabilecekler konusunda bilgi sahibi olunmasının, hasta ve toplum sağlığı açısından önemini vurgulamayı amaçlamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz, İlaç Alerjisi, İlaç Desensitizasyonu

## Eşzamanlı Tüberküloz ve Malignite Birlikteliği: İki Olgunun Sunumu

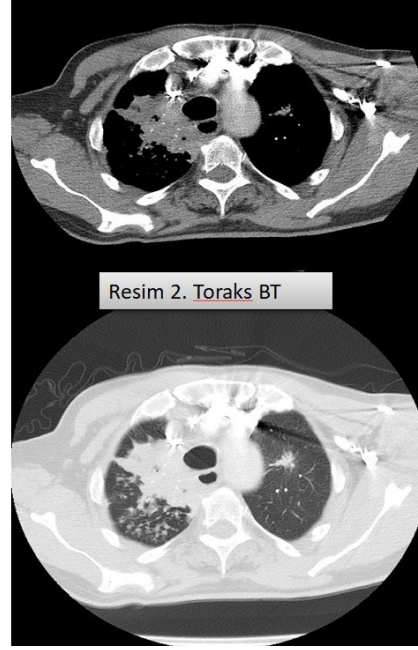
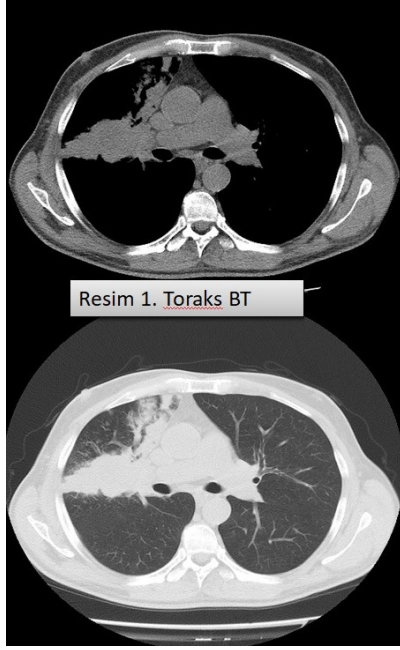
Melike Demir<sup>1</sup>, Fatma Yıldız<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Akciğer kanseri ve Tüberküloz (TB) dünya çapında önemli morbidite ve mortaliteye neden olan yaygın hastalıklardır. Bu iki hastalık nadiren bir arada bulunabilmektedir. Yapılan çalışmalarda akciğer TB'nun akciğer kanseri gelişme riskini arttırabildiği gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda ise akciğer kanserinin gerek kendisinin gerekse tedavisinin, bağışıklığı baskılayarak TB riskini arttırabileceği de belirtilmektedir. TB ve akciğer kanserinin birlikteliğinin yaklaşık olarak yüzde bir ile iki arasında olduğu tahmin edilmektedir. Burada aynı anda akciğer TB ve akciğer kanseri tanısı koyulan iki olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** İlk hasta elli dört yaşında erkek idi ve antibiyotik kullanmasına rağmen geçmeyen nefes darlığı öksürük balgam şikayetleri mevcuttu. Özgeçmişinde Tip 2 diyabet, hipertansiyon ve otuz yıl önce TB geçirme öyküsü mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde; mediastinal ve hiler alanda en büyüğü on üç milimetre lenfadenopatiler (LAP), sağ akciğer üst lobda uzun aksı sekiz santimetre olan nodüler dansite ve çevresinde peribronşial buzlu cam infiltrasyonları görülmüştü (Resim.1). Hastanın bronkoskopisinde sağ üst lob anterior, posterior ve apikal segmentlerde invaze kitle görünüm mevcuttu biyopsi alındı ve bronş lavajından ARB, kültür ve mikobakteri PCR istendi. Bronş lavaj mikobakteri PCR pozitif gelen hasta tüberküloz servisine nakledildi tedaviye başlandı bu esnada biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak sonuçlandı ve tüberküloz tedavisinin birinci ayı tamamlandıktan sonra malignite tedavisine başlandı.İkinci hasta yetmiş sekiz yaşında erkek idi. İki aydır yavaş yavaş artan nefes darlığı şikayeti mevcuttu. Hastanın ailesinde elli sene önce TB öyküsü mevcuttu, kendisi TB geçirmemiş ve profilaksi almamıştı. Toraks BT'sinde sol üst lob apikalde yirmi beş milimetre çaplı spiküle kenarlı solid nodüler lezyon ve sağ akciğer üst lobda santral suprahilar alandan plevraya dek uzanımı izlenen yedi santimetre uzun akslı kitle konsolidasyon paterni görüldü. (Resim.2) Üst batın kesitlerinde pankreas kuyruk lokalizasyonunda hipodens kitlesel lezyon olarak raporlanmıştı. Hastaya bronkoskopi ve PET-BT planlandı. Bronkoskopide sağ üst lob lateral segment tama yakın kapalı idi, biyopsi alındı. Lavaj sıvısında ARB ve mikobakteri PCR pozitif gelmesi üzerine hastaya tüberküloz tedavi başlandı, biyopsi sonucu ise küçük hücreli dışı karsinom olarak raporlandı. Tüberküloz tedavisinin ilk ayından sonra malignite açısından tedavi planı yapıldı, hastanın kemoterapisi halen devam etmektedir.

## İki olgunun Toraks BT görüntüleri



**Tartışma-Sonuç:** Eşzamanlı TB ve akciğer kanserinin tanı konulması zor ve gecikmeli olabilmektedir. Her ikisinin de radyolojik görünüşleri birbirini maskeleyebilir ve tanıyı geciktirebilmektedir. Başlangıçta aktif TB ve akciğer kanseri ile başvuran hastaların hayatta kalma oranları, TB olmayan akciğer kanseri olan hastalara göre daha düşüktür. Akciğer kanserinin gerek cerrahi gerekse medikal tedavisine başlamadan önce en az bir ay anti-TB tedavi verilmesi önerilmektedir. Az da olsa birlikte görülen bu iki hastalığın birlikteliğine dikkat çekerek, özgeçmişinde ya da ailesinde TB geçirme öyküsü olan hastalarda, daha detaylı laboratuvar taramalarının yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Böylece erken tanı ve tedavi ile mortalite ve morbidite azaltılabilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz, Akciğer Kanseri, PCR

## PS-171

### Trakeal Aktinomikoz

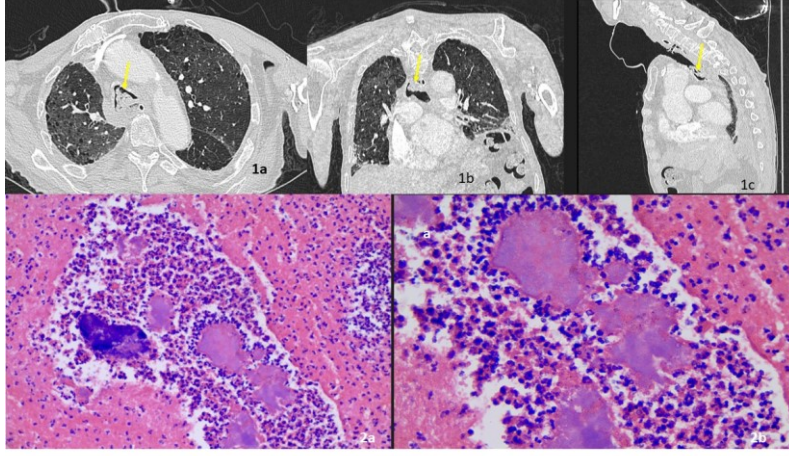
Sena Melis Sert<sup>1</sup>, Orhan Kayakıran<sup>1</sup>, Emine Afşin<sup>1</sup>, Songül Peltek Özer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

**Giriş-Amaç:** Actinomyces, ağız içi florada bulunan ve nadiren granülomatoz süpüratif enfeksiyona yol açan gram pozitif, anaerob bir basildir. Servikofasiyal enfeksiyon, genellikle kötü ağız hijyeni veya immunsupresif hastalığı bulunan kişilerde, etkenin daha derine ulaşmasına olanak sağlayan durumlarda ortaya çıkar. Genellikle servikofasiyal enfeksiyonlara neden olmakla birlikte, akciğer parankimini, santral hava yollarını, plevra, mediasteni ve göğüs duvarını etkileyen %15 oranında toraks tutulumu da görülebilmektedir. Radyolojik ve klinik olarak malignitelerle ayırıcı tanısı önemlidir. Olgumuz nadir görülen trakeal lokalizasyonlu Aktinomikoz olması nedeniyle sunulmaktadır.

**Olgu:** 81 yaşında erkek, nüks larenks karsinomu nedeniyle 1 ay önce opere edilen, son 3 ay süresince kemoterapi ve radyoterapi uygulanan trakeostomili hastanın Romatoid Artrit tanısıyla da tofacitinib, leflunomid ve 5 mg /gün prednisolon kullanımı mevcuttu. 15 gündür nefes darlığı ve öksürük yakınması olan hastanın vital bulguları stabil, muayenesinde bilateral solunum seslerinde kabalaşma ve bazallerde raller duyulması dışında özellik yoktu. C- reaktif protein (CRP): 142 mg/l ,prokalsitonin: 2,7 µg/l idi. Toraks BT'de: ana karinada 2x2,5 cm boyutlarında kitlesel lezyon, bilateral plevral effüzyon, bilateral subplevral retikülasyon artışı ve bilateral pulmoner arter segmentlerinde pulmoner emboli izlendi (Resim 1). Nonspesifik antibiyoterapi ve antikoagülan tedavi başlanan hastanın Asidorezistan bakteri (ARB) sonucu negatif ancak balgam kültüründe Pseudomonas aeruginosa üremesi olması üzerine piperasilin-tazobaktam tedavisine geçildi. Ana karinadaki lezyona yönelik yapılan rijit bronkoskopide; karinada görülen lezyon yabancı cisim olarak değerlendirilerek eksize edildi. Patolojisinde ise; yoğun nötrofil infiltrasyonu ile birlikte Aktinomiçes ile uyumlu sülfür granülleri saptandı (Resim 2). Mevcut antibiyoterapi altında klinik, laboratuvar ve radyolojik yanıt alınan hastanın oral tedavisi olarak Amoksisilin klavulonik asite geçildi, 6 aya tamamlanması planlanarak taburcu edildi.

Resim 1



Resim 1. a,b,c. aksial, koronal ve sagittal Toraks BT kesitlerinde ana karina hizasında lezyon izlenmekte, Resim 2.a (H&Ex200) ve b (H&Ex 400). Nötrofil kümelerinin çevrelediği Aktinomiçes filamentleri izlenmekte

**Tartışma-Sonuç:** Aktinomikoza zemin hazırlayan, sık bilinen faktörler; alkolizm, kötü ağız hijyeni, diş eti hastalıkları ve cerrahisi, yüz travması, diabetes mellitus ve kronik obstrüktif akciğer hastalığıdır. Hastamızın altta yatan malignite ve Romatoid Artrite bağlı immunsupressif durumunun, polimikrobiyal enfeksiyonunun olması, 1 ay önce larenks karsinomu nedeniyle yinelenen operasyonunun ve hava yollarını korunmasını azaltan trakeostomi varlığının olmasının Aktinomikoz için risk faktörü olduğunu düşünüyoruz. Aktinomikozun teşhis edilmesi zordur. Klinik ve radyolojik olarak tüberküloz, akciğer apsesi veya akciğer kanserine benzer ve bu nedenle sıklıkla yanlış tanıya veya tanıda gecikmeye neden olmaktadır. Aktinomikozun nadir de olsa trakeada yerleşebileceği ve kitle/yabancı cisim ile ayırıcı tanısında da yer alabileceği akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Aktinomikoz, Trakea, Sülfür Granülleri

**PS-173**

## **Tekrarlayan Septik Emboli**

Cemre Abacı<sup>1</sup>, Betül Okçular Arslan<sup>1</sup>, Şeyma Başlılar<sup>1</sup>, Bengü Şaylan<sup>2</sup>

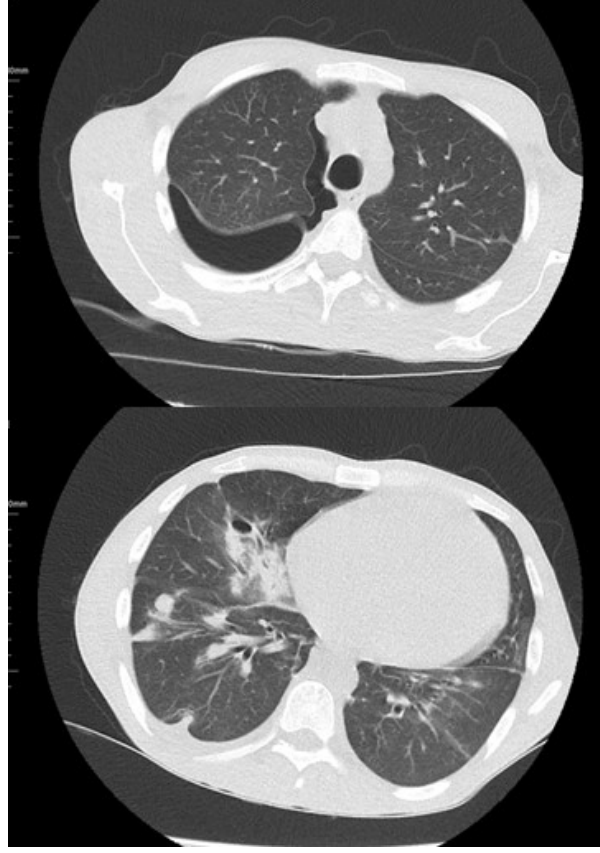
<sup>1</sup>Sultan 2.Abdülhamid Han EAH

<sup>2</sup>Süreyyapaşa EAH

**Giriş-Amaç:** Septik pulmoner emboli enfekte trombus materyalinin pulmoner damarlar yoluyla akciğerlere ulaşmasıyla oluşan hayatı tehdit edici bir durumdur. Olguların yaklaşık %58'inin intravenöz ilaç kullanımına bağlı olduğu bildirilmiştir. Kalp kapak patolojileri, intrakardiyak cihazlar ve intravenöz madde kullanımı hastalığın tekrarlamasına neden olabilir. Madde bağımlılığı nedeni ile tekrarlayan septik emboli, pnömotoraks ve intrakardiyak trombus gelişen olguyu hastalığa zemin hazırlayan bağımlılığın tedavi edilmesinin önemini vurgulamak amacı ile sunuyoruz.

**Olgu:** 26 yaş erkek hasta; acil servise nefes darlığı ve göğüs ağrısı ile başvurdu. 3 gün önce halsizlik, ateş, bilateral alt ekstremitelerde şişlik şikayetiyle kalp damar cerrahisi polikliniğine hasta taburcu olarak istediği için enoksaparin tedavisi verilerek gönderilmiş. 1,5 yıldır metamfetamin bağımlılığı, 5 ay önce enfektif endokardit, ileri triküspit yetmezliği ve septik pulmoner emboli ve pnömotoraks geçirme öyküsü mevcuttu. Hipotansif, taşikardik ve taşipneik olan hastanın acilde yapılan ekokardiyografisinde EF%50-55. İleri TY, sağ kalp boşlukları dilate. D-SHAPE bulgusu mevcut. Triküspit kapakta hareketli 26\*12 MM boyutlarında trombus? vejetasyon? Benzeri görünüm olan kitle izlendi. Alt ekstremitte doppler ultrasonda Sol vena safena magna (VSM) lümeni %50 daraltan trombus izlendi. Sağ VSM tüm seyir boyunca total oklüdeydi. Toraks bt-anjiyografisinde sol ana pulmoner arter distalinden, alt lob pulmoner arter dallarına uzanan emboli ile uyumlu dolum defekti izlendi. Sağda pulmoner arter subsegment dalları artefakt nedeniyle optimal değerlendirilemedi. Hastaya nativ kapak enfektif endokardit tanısı ile 3 gün boyunca seftriakson 1x2g ve vankomisin 1x1 g iv başlandı. Kan kültüründe metisilin duyarlı staphylococcus aureus üredi. 3. günde sefazol 3x2gr.'a geçildi. Klinik ve laboratuvar bulgularında düzelme olan ve oksijen ihtiyacı azalan hasta pulmoner endarterektomi ve intrakardiyak kitle çıkarılması amacıyla göğüs ve kalp damar cerrahisi merkezine sevk edildi. transözofagial eko raporunda ileri derecede hareketli 4\*1\*1.7 MM miyokard kitlesi,sağ kalp boşlukları ileri derece dilate izlendi. Perikardiyal effüzyon izlendi.

## Tekrarlayan septik emboli



Tekrarlayan septik emboli (tarafımıza başvuru günü toraks bt kesitleri)

**Tartışma-Sonuç:** SPE nadir görülen klinik bir durumdur. Hastanın yönetiminde erken tanı, antibiyotik tedavisinin erken başlanması yanısıra ekstrapulmoner enfeksiyon kaynağının da tedavisi önemlidir. Pnömotoraks özellikle S.aureusa bağlı SPE’de sık görülen ciddi bir komplikasyondur. Hastamızda uygun antibiyotik tedavisi ile septik emboli düzeldikten 5 ay sonra kardiyak komplikasyonların da eklendiği rekürrens görüldü. İntravenöz madde kullanımına devam etmesinin hastamızda nüks nedeni olduğunu düşünüyoruz. Madde kullanımına bağlı gelişen septik embolide psikiyatri desteği ve bağımlılık tedavisinin hastanın ciddi komplikasyonlar ve hayati riske neden olacak rekürren septik emboliden korunmasında önemli olduğunu düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Septik Emboli, Madde Bağımlılığı, Enfektif Endokardit



**PS-174**

## **Masif Hemoptizi ile Seyreden Akciğer ve Kemik İliği Tüberkülozu**

Kübra Işık<sup>1</sup>, Sibel Günay<sup>1</sup>, Esra Betül Akkoç<sup>1</sup>, Ferda Can<sup>2</sup>, Hatice Canan Hasanoğlu<sup>3</sup>

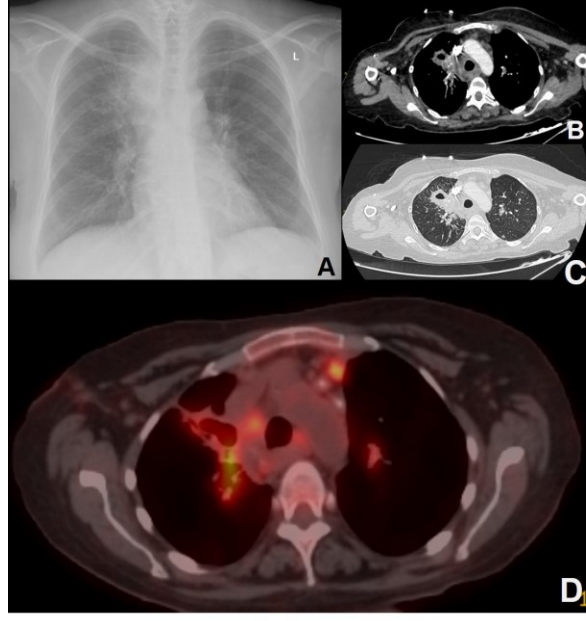
<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Hematoloji Bölümü, Ankara

<sup>3</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

**Giriş-Amaç:** Tüberküloz, başta akciğer olmak üzere hemen her organı tutabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Akciğer dışında, lenf nodu, plevra, beyin, genitoüriner sistem, kemik-eklem tutulumu veya miliyer tutulum olabilir. Etkeni *M. tuberculosis*'tir. Kanser, HIV enfeksiyonu, DM, KBY, immün yetmezlik, immün süpresif ilaç kullanımı risk faktörleridir. Yetişkinlerde genellikle primer enfeksiyondan aylar veya yıllar sonra latent enfeksiyonun aktivasyonu ile postprimer tüberküloz gelişir. Akciğer dışı organ tüberkülozlarında tutulan organa göre semptom ve bulgular görülebilir. Tanısı etkenin kültürde üretilmesiyle konur. Ayrıca histopatolojik olarak kazeifikasyon nekrozu içeren granülomlar da patognomoniktir. Kemik iliği biyopsisi ile tüberküloz tanısı konulan olgumuz nadir olduğu için sunuldu.

**Olgu:** Kilo kaybı (10 kg/6 ay), halsizlik ve 2 aydır öksürük, sarı-yeşil renkli balgam ve öksürükle beraber tek seferde 200 ml hemoptizi yakınması ile 55 yaşında kadın hasta acil servise başvurdu. Tüberküloz temas öyküsü olmayan ve PPD(-) olan hastanın 1 yıl önce ampulla wateri tümörü nedeniyle Whipple operasyonu öyküsü mevcuttu. Patoloji sonucu adenokarsinom gelen hastaya kemoterapi uygulanmıştı. Son kemoterapiyi 3 ay önce almıştı. Fizik muayene bulguları normaldi. Akut faz reaktanları yüksekti. Toraks BT'de boyun ve mediastende büyüğü 35x26 mm boyutunda olmak üzere multiple lenfadenopatiler ve sağ üst lobda 53x33 mm çaplı kaviter kitle lezyonu izlendi. Masif hemoptizi için sağ bronşial artere embolizasyon uygulandı. Tam kan sayımında bisitopeni (lökopeni ve anemi) mevcuttu. Balgam ARB incelemesi 3 kez negatif bulundu. Serum ACE düzeyi normal sınırlardaydı. 1 yıl önce geçirdiği Whipple operasyonu sırasında eksize edilen multiple batın içi ve aksiller lenf nodlarının sitolojik incelemesinin granüloamatöz inflamasyon olarak raporlandığı öğrenildi. Yeni gelişen malignite veya metastaz şüphesi ile PET-BT çekildi. Boyunda, mediastende ve abdomende lenf nodlarında ve kemik iliğinde artmış FDG tutulumu izlendi. Bisitopenisi olan hastaya kemik iliği biyopsisi yapıldı. Sitoloji sonucu kazeifiye granüloamatöz iltihap olarak sonuçlandı. Akciğer ve kemik iliği tüberkülozu tanısıyla izoniazid, rifampisin, etambutol, pirazinamid başlandı. 1. ay kontrolünde enfektif markerlarda gerileme, akciğer grafisinde kısmi düzelme izlendi. Kliniğimizde takibi devam etmektedir.



Hastanın akciğer grafisi (A), tomografi kesitleri (B-C) ve PET BT görüntüsü verilmiştir (D)

**Tartışma-Sonuç:** Tüberküloz hemen hemen her organ ve dokuyu tutabilir. Akciğer ve lenf nodu tutulumu sık görülmesine rağmen kemik iliği tutulumu oldukça nadirdir. Kemik iliği yapısının granülomatöz inflamasyonuna bağlı olarak değişen düzeylerde pansitopeni veya bisitopeni görülebilir. Bizim vakamızda bisitopeni mevcuttu. Tanı kemik iliği biyopsisi ile konulabilir. Malignitesi de olan vakalarda kemik iliğinin metastatik infiltrasyonu çoğu zaman ön planda düşünüldüğü için gözden kaçabilir. Yaygın granülomatöz lezyonları olan hastalarda PET'de kemik iliği tutulumu varsa kemik iliği biyopsisi de göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz, Kemik iliği, Hemoptizi

**PS-176**

## **Uygun Profilaksiye Rağmen Adalimumab Tedavisi Altında Gelişen Bir Aktif Tüberküloz Olgusu**

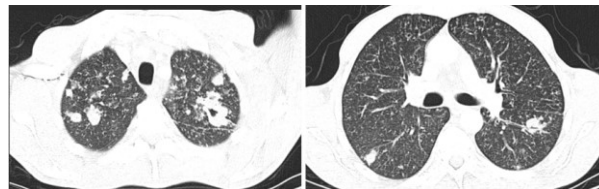
Serdanur Özdemir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kula Devlet Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Otoimmünite ile tetiklenen romatizmal hastalıklar, inflamatuvar bağırsak hastalıkları gibi geniş bir hastalık grubu günümüzde biyolojik ajanlarla tedavi edilmektedir. Biyolojik ajanlarla immunsupresif tedaviye başlanmadan önce reaktivasyon riski olan enfeksiyon hastalıkları yönünden hastalar taranmaktadır. Ülkemizdeki yüksek latent tüberküloz insidansı nedeniyle tedavi öncesi tüberkülin cilt testi veya quantiferon gama salınım testleri (IGRA) ile tarama yapılmaktadır. Bu testlerde pozitiflik saptanan veya yüksek riskli, temaslı olgularda aktif tüberküloz ekarte edildikten sonra 9 ay koruyucu izoniyazid (INH) tedavisi verilmektedir. Olgumuzda uygun profilaksiye rağmen immunsupresif tedavi altında tüberküloz gelişen bir hasta literatür eşliğinde sunulmuştur.

**Olgu:** 51 yaşında erkek hasta yaklaşık 10 yıldır ankilozan spondilit tanısı ile takip edilmekteydi. Özgeçmişinde koroner arter hastalığı ve hipertansiyon mevcuttu. Asetil salisilik asit, klopidogrel, ramipril ve izosorbid mononitrat kullanmakta idi. Hastaya immunsupresif tedavi öncesi PPD testi uygulanmıştı. 6 mm olarak ölçülen PPD testi sonrasında tüberküloz profilaksisi başlanmış ve iki aylık profilaksi tedavisi sonrasında immunsupresif tedaviye geçilmişti. Toplamda 9 ay INH tedavisi alan hasta Adalimumab tedavisinin 8. ayında iştahsızlık kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Semptomları INH profilaksi tedavisi bittikten bir ay sonra başlamıştı. Çekilen akciğer grafisinde bilateral apekslerde noduler konsolidasyonlar, parankimde ise asiner infiltrasyonları mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral apekslerde multiple kaviter lezyonlar, her iki akciğer parankiminde yaygın tomurcuklanmış ağaç manzaraları izlendi. Balgam ARB sonucu iki kez negatif saptanması üzerine alınan bronş lavajında ARB pozitif izlendi. Antitüberküloz tedavi başlandı. Takiplerinde kültürde m. Tuberculosis complex üremesi olan hastanın tedavisi 6 aya tamamlanarak kesildi.

Tedavi öncesi Toraks BT



Bilateral apekslerde kaviter lezyonlar, tomurcuklanmış ağaç manzarası

**Tartışma-Sonuç:** İmmünsüpresif ajanlarla tedavi edilen hastalar her ay enjeksiyon öncesi göğüs hastalıkları veya enfeksiyon hastalıkları polikliniklerine onay için başvurmaktadır. Literatürde uygun profilaksiye rağmen adalimumab altında gelişmiş tüberküloz olguları vaka serileri şeklinde bildirilmiştir. Adalimumab tedavisi altında pulmoner veya ekstrapulmoner (tonsiller) tüberküloz vakaları mevcuttur. Biyolojik ajanlarla tedavi edilen 48,100 romatoid artrit hastasıyla yapılan bir çalışmada en sık tüberküloz insidansının adalimumab, en az ise ritüksimab kullanan hastalarda görüldüğü bildirilmiştir. Risk altındaki bu hastalarda tüberküloz tespit edildiğinde anti-TNF tedavi derhal sonlandırılmalı ve tedavi tamamlanıncaya dek verilmemelidir. Anti-TNF öncesi immunsüpresif tedavi alan hastaların PPD sonuçlarının immunsüpresyondan etkilebildiği bilinmektedir. Uygun profilaksiye rağmen gelişen tüberküloz olgularında geçersiz PPD sonuçları, INH direnci, yeni dirençli basil ile karşılaşma gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir. Göğüs hastalıkları klinik pratiğinde anti- TNF ilaç kullanan hastalara her kontrolde semptom sorgusu mutlaka yapılmalı, gerekirse akciğer grafisi görülmelidir. Özellikle adalimumab tedavisi alan hastalarda yüksek tüberküloz reaktivasyon riski olduğu unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz, Adalimumab, Profilaksi, INH

PS-177

## İleri Yaşta Görülen Kronik Eozinofilik Pnömoni Olgusu

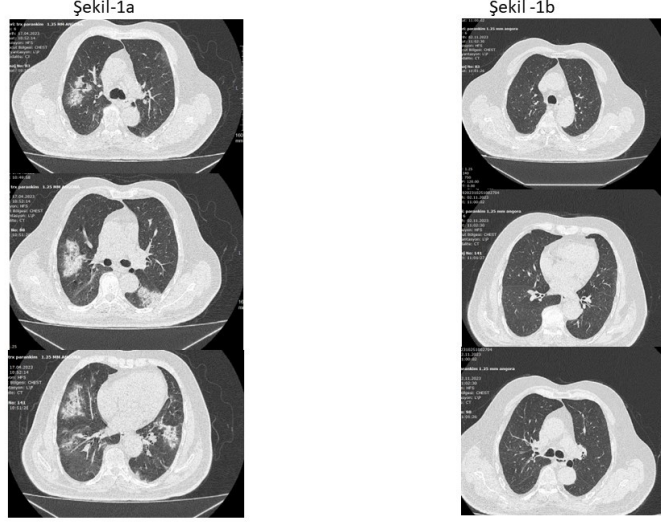
Sibel Ayık<sup>1</sup>, Melike Gökbel<sup>1</sup>, Filiz Karapınar<sup>1</sup>, Melih Büyüksirin<sup>1</sup>, Turgut Mert Özgür<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Kronik eozinofilik pnömoni (KEP), etiyolojisi bilinmeyen nadir görülen idiyopatik interstisiyel pnömonidir. Daha çok 30-40 yaşlarda görülür. Kadınlarda daha sık bildirilmiştir. Başlangıç semptomlarla tanı konulmasına kadar geçen süre 1-6 aylık bir dönemde olmaktadır. Astım ve atopi eşik edebildiği gibi hastalığın seyri sırasında da ortaya çıkabilir. Hastalar prodüktif öksürük, nefes darlığı, ateş, gece terlemesi, halsizlik yakınmaları ile genellikle doktora başvurur. Bu vaka ileri yaşta başlayan KEP tanısıyla nadir görülen bir olgu olması nedeniyle sunulmuştur.

**Olgu:** 70 yaşında bilinen akciğer hastalığı olmayan erkek hasta; 1.5 aydır devam eden nefes darlığı, kuru öksürük şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Sigara 50 P/Y kullanmış fakat son 2 yıldır içmiyordu. Hipertansiyon nedeniyle yaklaşık 5 yıldır düzenli irbesartan, amlodipin etken maddeli antihipertansif kullanıyordu. Soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede bazallerde ral ve yer yer ronküsler mevcuttu. Oksijensiz satürasyon %88 olması nedeniyle 1-2 lt'den oksijen verildi. Hastaneye yatış akciğer grafisinde bilateral orta zonlarda dağınık infiltrasyonlar saptandı. Toraks Bilgisayarlı Tomografide (BT) her iki akciğerde dağınık yerleşimli yaygın buzlu cam dansitesinde opasiteler izlendi (şekil 1a). Laboratuvar bulguları CRP: 149.7 mg/L, eozinofil 0,42x10<sup>3</sup>/uL, wbc 8.6 x10<sup>3</sup>/uL, sedim 30 27 mm, sedim 60 66mm idi. Biyokimyasal testlerde belirgin patoloji saptanmadı. Covid hızlı PCR testi negatif idi. Hastaya Fiberoptik bronkoskopi ile sol linguladan bronkoalveolar lavaj (BAL) ve sol alt lob anterior segmentten parankim biyopsisi yapıldı. Bronkoskopide endobronşial patoloji izlenmedi. Alınan kültürlerde mantar, bakteri, tüberküloz saptanmadı. BAL yaymalarında hücre dağılımı % 45 alveoler makrofaj, %3 lenfosit, % 17 nötrofil lökosit ve % 35 eozinofil izlendi. Transbroşial biyopside alveol septumlarında kalınlaşma, alveollerde tip 2 pnömosit hiperplazisi, fibroblastik tıkaç ve interstisyel alanda eozinofil ve lenfosit izlendi. Paraziter akciğer hastalıklar açısından gaitada parazit bakıldı, negatif bulundu. Kollojen bağdoku hastalığı açısından romatolojik testler normal idi. Yapılan solunum fonksiyon testinde FVC:%64, FEV1:%61, FEV1/FVC:%71, MEF25-75:%66, TLCO:%64 saptandı. Hastaya formaterol budesonid içeren inhale kortikosteroid verildi. Klinik, laboratuvar, radyolojik ve patolojik bulgular ile kronik eozinofilik pnömoni tanısı ile hastaya metilprednizolon 40 mg ıv başlandı. Hasta 2 gün sonra genel durumunun ve oksijen satürasyonunun daha iyi olması nedeniyle metilprednizolon 32 mg P.O. ile taburcu edildi. Altı aylık dönemde kortikosteroid dozu tedrici olarak azaltılarak kesildi. Tedavi sonrası Toraks BT de parankimal infiltrasyonların tam olarak regrese olduğu görüldü (Şekil 1b).

## TORAKS BT



Şekil-1a her iki akciğerde dağınık yerleşimli yaygın buzlu cam dansitesinde opasite artımları  
Şekil -1b tedavi sonrası görünüm

**Tartışma-Sonuç:** KEP tanısı; tipik olarak klinik tablonun kombinasyonuna, ağırlıklı olarak orta-üst akciğer zon tutulumu gösteren akciğer grafi /toraks BT bulguları ve eozinofili gösteren bronkoalveoler lavajın ( $\geq$  yüzde 25) kombinasyonuna dayanır. Olgumuzda diğer eozinofilik akciğer hastalıkları ekarte edilmiştir. İleri yaşta başlamış olmasına rağmen klinik, radyolojik ve BAL bulguları ile KEP olarak değerlendirilmiş, 6 aylık metilprednizolan tedavisi ile tam remisyon sağlanmıştır. Nadir görülen bir olgu olması nedeniyle de sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Pnömoni, Kortikosteroid, Eozinofilik Akciğer, Bronkoalveolar Lavaj, Tedavi

## Metastatik Akciğer Adenokarsinom Tanılı Hastada Afatinib Tedavisi Altında Gelişen Tüberküloz Enfeksiyonu

Meltem Biçen<sup>1</sup>, Merve İşçi<sup>1</sup>, Ceyda Anar<sup>1</sup>, Muzaffer Onur Turan<sup>1</sup>, Bünyamin Sertoğullarından<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Burada, tirozin kinaz inhibitörünün (TKI) tedavisi sırasında enfeksiyon kliniği ile gelen, akciğer tüberkülozu tanısını koyduğumuz ve hem akciğer kanseri hem de tüberküloz tedavisini yönettiğimiz hastayı sunuyoruz.

**Olgu:** 55 yaşında erkek hasta 6 aydır öksürüğünün artması ve sonrasında hemoptizisi olması üzerine dış merkezde çekilen Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol akciğerde suprahiler düzeyde üst loba giden bronş dalını oblitere eden, sol ana pulmoner arteri invaze edip mediastene doğru uzanımı olan en geniş aksiyel boyutu 6x4 cm ölçülen kitle izlendi (Resim 1). Karaciğer MR sonucunda karaciğerde 5,5x6,7 mm boyutta nodüler lezyon izlendi ve metastaz olarak kabul edildi. Çekilen PET BT'de sol akciğer üst lob santralinde yerleşimli, sol pulmoner artere invaze görünümlü, muhtemelen sol hiler alanda eşlik eden hipermetabolik lenf nodları izlendi (Resim 2a, 2b) bronkoskopi sol akciğer üst lobta endobronşiyal lezyon izlendi ve patoloji sonucu adenokarsinom olarak geldi. Evre 4 akciğer adenokarsinom olan hastada mutasyon analizi sonucunda Exon 21 mutasyonu pozitif saptandı. Hastaya afatinib 40 mg tedavi başlandı. Afatinib tedavisinin 2. ayında hastanın ateş, gittikçe artan öksürük yakınması ortaya çıktı. Hastanın PA akciğer grafisinde yeni ortaya çıkan konsolidasyonun olması üzerine pnömoni tanısı ile yaklaşık 2 hafta 2. Kuşak sefalosporin, 1 hafta moksifloksasin kullanımı da mevcuttu. Hastaya geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi verildi ve hastaya toraks bt çekildi. Bu arada balgam kültürü, balgam asido rezistans basil (ARB) gönderildi. Toraks BT'sinde Sol akciğerde suprahiler düzeyde üst loba giden bronş dalını oblitere eden, sol ana pulmoner arteri invaze edip mediastene doğru uzanımı olan en geniş aksiyel boyutu 6x4 cm ölçülen kitle atelektazi kompleksi mevcuttur. Üst lob apikalinde lateralde parankimal konsolidasyon eşlik etmektedir (posobstrüktif pnömonik konsolidasyon?) Sağ akciğer lateral bazalde 3 mm boyutlu, alt lob superior segmentte 3 mm boyutlu, sol akciğer alt lob superior segmentinde de birkaç adet büyüğü 2-3 mm ölçülen nonspesifik pulmoner nodüller izlendi. (Resim 3) Fırsatçı enfeksiyonlar açısından Bronkoalveoler lavaj (BAL) alındı. BAL, balgam kültüründe üreme saptanmadı. Balgam ARB negatif BAL ARB PCR yüksek düzeyde pozitif saptanan hastadan 3 gün balgam ARB gönderildi. Balgamda da ARB pozitif saptanan hastaya dördümlü antitüberküloz tedavi başlandı. 1 ay sonra kültüründe mycobacterium tuberculosis kompleks üredi. afatinibin rifampisin ile etkileşim yaptığı da göz önüne alındığında hasta aynı zamanda evre 4 akciğer adenokarsinom olduğu için afatinib tedavisine 1 ay sonra başlanması planlandı. Hastanın antitüberküloz tedavisinin 1. haftasında ateşi düştü ve öksürük semptomunda azalma oldu. Bu arada doku mutasyon analizinde EGFR, ALK mutasyonu negatif olarak geldi. T790M mutasyonu da negatif idi. Hastanın akciğer adenokarsinom tedavisine standart kemoterapi tedavisi ile devam edilmesi planlandı.

**Tartışma-Sonuç:** Tüberküloz veya akciğer kanseri tanısını doğrulamak için klinik ve radyolojik özellikleri patolojik ve mikrobiyolojik testlerle birleştirmek çok önemlidir. Tüberkülozun akciğer kanseriyle birlikte olma ihtimalini göz ardı etmemeliyiz. Rifampisin gibi anti-TB ilaçlar EGFR-TKI'lerin etkinliğini etkileyebilse de, aktif TB'li EGFR mutant akciğer kanseri hastalarını anti-TB ilaçlar ve TKI'lerle aynı anda tedavi etmek güvenli ve seçilebilir bir terapötik stratejidir. Ancak radyolojik olarak yanıt alınamayan hastalarda EGFR mutasyonun negatif olabileceği de akılda tutulmalı ve T790M mutasyonuna bakılıp mutasyon var ise hedefe yönelik tedavi ile, mutasyon yok ise sistemik kemoterapi ile tedaviyle devam etmek uygun olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer Kanseri, Tüberküloz, EGFR, Mutasyon



## Viral Pnömoniyi Taklit Eden Bir Olgu: Kriptojenik Organize Pnömoni

Batuhan Alp Zor<sup>1</sup>, Mehmet Atilla Uysal<sup>1</sup>, Elif Yelda Niksarlıoğlu<sup>1</sup>, Kadir Atakır<sup>2</sup>, Nihan Kurt Gürer<sup>1</sup>, Neval Alagöz<sup>1</sup>, Sena Tunç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

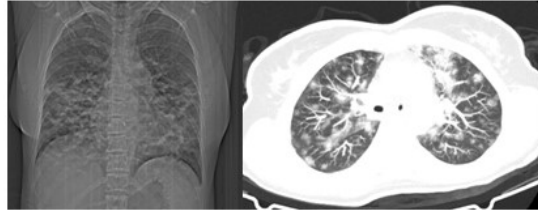
<sup>2</sup>Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Kriptojenik organize pnömoni (KOP), respiratuar bronşiyoller, alveoler kanallar ve alveoller içerisinde fibroblastik tıkaçların oluşturduğu polipoid yapılarla karakterize, histolojik bir bozukluktur. KOP idyopatik olabileceği gibi infeksiyon, kemik iliği transplantasyonu, kalp-akciğer transplantasyonu, akut solunum sıkıntısı sendromu, kollajen doku hastalığı, hipersensitivite pnömonisi, toksik gaz inhalasyonu ve aspirasyon pnömonisi gibi ikincil sebeplere bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Etiyolojik faktör bilinmiyorsa kriptojenik organize pnömoni (KOP) olarak adlandırılır. Farklı radyolojik görüntüleri olması bakımından spesifik neden saptanamayan, viral pnömoniyle karışan ve invaziv yöntemlerle histopatolojik tanı alan KOP olgumuzu sunmayı amaçladık.

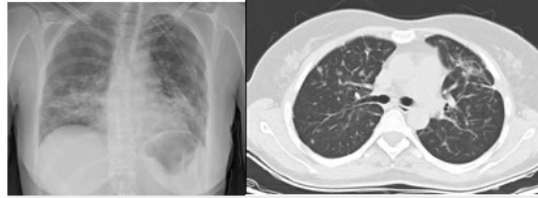
**Olgu:** Kırk üç yaşında kadın hasta nefes darlığı ve öksürük şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Bilinen kronik hastalık öyküsü ve sigara kullanım öyküsü yoktu. Solunum sistemi oskültasyonunda bilateral akciğer sesleri azalmış duyuldu. Posteroanterior akciğer grafisinde her iki akciğer orta ve alt zonlarda yaygın diffüz nodüler opasite artışı olan hastanın toraks bilgisayarlı tomografide (BT) her iki akciğerde diffüz, yer yer nodüler, birbiriyle birleşme eğiliminde yaygın buzlu cam-konsolidasyon alanları özellikle santral kesimlerde daha belirgin olacak şekilde izlendi. Laboratuvar incelemesinde lökosit 9500/mm<sup>3</sup>, CRP 34 mg/L idi. Radyolojik görünüm nedeniyle hastada öncelikle viral pnömoni düşünülüp göğüs hastalıkları servisimize interne edildi. Romatolojik hastalıklar yönünden yapılan incelemeleri negatif bulundu. Özellikle bir temas ya da ilaç öyküsü yoktu. Yatışının 3. gününde efor dispnesinde artış, antibiyoterapiye yanıtızlık, klinik kötüleşme izlenen hastaya ileri tetkik planlandı. Hastanın kontrol toraks bt'sinde başlangıca göre regrese olan ancak bazallerde artış gösteren yer değiştiren konsolidasyon sebat etti. Hastanın tedavisine 0,5 mg/kg/gün dozunda intravenöz metilprednisolon eklendi. Klinik ve radyolojik olarak iyileşme sağlayan hastada KOP düşünüldü. Hastaya fiberoptik bronkoskopi (FOB) planlandı. FOB incelemesinde endobronşiyal lezyon izlenmedi. Sol üst lobdan bronkoskopik lavaj alındı. Bronkoskopik lavaj sıvısının mikrobiyolojik incelemesinde herhangi bir patojen mikroorganizma görülmedi. Asidorezistan basil (ARB) negatif, sitolojik inceleme nondiagnostik yayma şeklindeydi. KOP ön tanısıyla göğüs cerrahisine konsülte edildi. Hastaya VATS (Video Assisted Thoracic Surgery) planlandı, sol üst ve alt lob wedge rezeksiyon yapıldı. Histopatolojik bulgular organize pnömoni paterni ile uyumlu geldi. KOP tanısı konan hasta 20 mg/gün dozunda oral metilprednisolon tedavisiyle taburcu edildi. Kortikosteroid tedavisinin azaltılarak devam edilmesi planlandı. Hasta göğüs hastalıkları takibine alındı.

**Tartışma-Sonuç:** KOP farklı radyolojik görünümlele karşımıza çıkabildiği için çok farklı tabloların ayırıcı tanı listesinde yer alması söz konusudur. Hemen her zaman invazif yöntemlele histopatolojik tanıya gerek duyulur. Tedavide genellikle kortikosteroid uzun süre kullanılır ve yanıt sıklıkla çok iyidir. Sonuç olarak; viral pnömoni düşünülüp verilen nonspesifik antibiyoterapiye cevap alınamayan, radyolojik olarak yer değıştiren infiltrasyonları veya multiple nodülleri olan hastalarda ayırıcı tanıda kriptojenik organize pnömoni akılda tutulmalıdır. Tedavi ile hastalığın seyrinin yakından izlenmesi, beklenen biçimde gerileme göstermeyen olgularda akciğerin VATS ya da torakotomi ile örneklenmesi önerilir.

### Bilgisayarlı Toraks Tomografisi ve Posteroanterior Akciğer Grafisi



Figür 1: olgunun steroid kullanımı öncesi Toraks BT kesiti ve akciğer grafisi



Figür 2: olgunun steroid kullanımı sonrası Toraks BT kesiti ve akciğer grafisi

**Anahtar Kelimeler:** Kortikosteroid Tedavi, Kriptojenik Organize Pnömoni, VATS

**PS-180**

## **Akciğerde Uzun Süredir Sebat Eden Nodül, Bronşiektazi ve Konsolüde Alanlar: Nadir Olgu Nokardiya Enfeksiyonu**

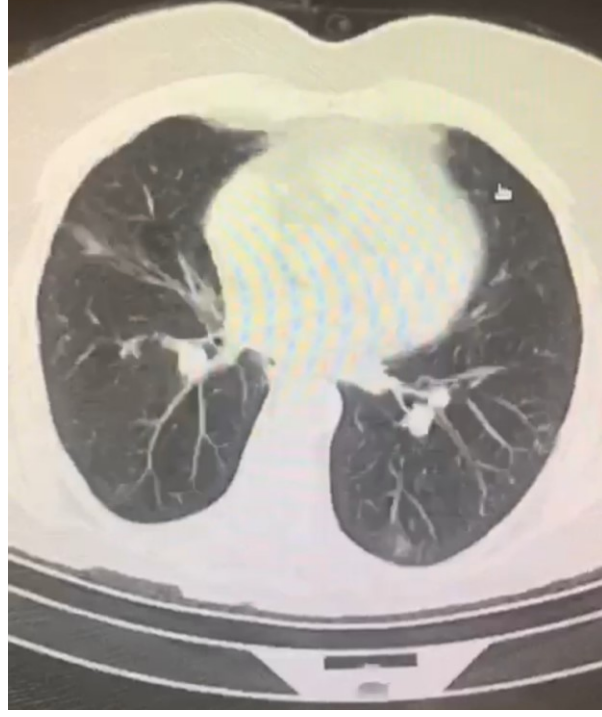
Şehriban Çağlak Kardeş<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Konya Şehir Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Nokardiyoz, Nocardia cinsi bakterilerin neden olduğu ve nadiren hayatı tehdit edebilen fırsatçı bir enfeksiyondur. Genel özellikleri bakımından Nocardia'lar, dallanan, filamanlı mikroorganizmalar olup, bazı türleri çomak veya kok görünümünü veren parçalara ayrılırlar. Gram pozitiflerdir. Bazı türleri belirli üreme evrelerinde aside dirençli (Nocardia asteroides) boyanır. Mikroorganizmanın inhalasyonu ve primer olarak akciğerlerde üremesi ya da deriye inokülasyonu sonucu insanda enfeksiyon gelişir. Enfeksiyon genelde kronik iken, fulminan da olabilir

**Olgu:** 74 yaş kadın nefes darlığı yakınması ile polikliniğimize başvurdu, daha önce çok defa pnömoni ile göğüs hastalıkları servisinde takip edilmiş çok defa antibiyotik tedavisi almıştı. Başka pulmoner yakınması yoktu, bilinen diyabetes mellitus hastalığı vardı, sigara kullanmıyor, allerjisi yok geçirilmiş tüberküloz öyküsü yoktu. Fizik muayenede yer yer ral duyuldu, satürasyonu normaldi. Çekilen paag de yer yer silik nodüler görünüm izlendi. Çekilen tomografisinde her iki akciğerde dağınık nodüller, bronşiektazi ve konsolüde alanlar izlendi bu görüntünün 1,5 yıl önce de olduğu yer yer antibiyotik tedavisi ile kısmen düzeliş tekrar arttığı izlendi. Hastadan balgam kültürü ve sabah ilk balgamdan tüberküloz kültürü arb istendi. Tüberküloz kültüründe dallı asidorezistan basil (nocardia sp.) üredi tedavisi düzenlendi. Takibe alındı

Fotoğraf (1)



Nodüler görünüm

**Tartışma-Sonuç:** Nokardiyoz, oldukça nadir görülen ve özellikle immünsüpresif olgularda ortaya çıkan fırsatçı bir enfeksiyondur. Ancak enfekte olan olguların yaklaşık üçte birinin immün sisteminin normal olduğu bilinmektedir. Nokardiyozun klinik tablosu çok geniş bir yelpazede oluşmakta ve bu nedenle diğer enfeksiyonlar hatta maligniteler ile bile karışabilmektedir. Patognomonik bulgusu, semptom ve radyolojik özellikleri olmayan bu hastalığın tanısı bazen güç olabilmektedir. Pulmoner nokardiyoz nadir görülmesi ve tanı koymadaki zorluklar nedeni ile sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Pulmoner Nokardiyoz, Pulmoner Nodül, Bronşiektazi

## Hızlı Progrese ve Mortal Seyreden Bir Pulmoner Nokardiyoz

Salih Bilen<sup>1</sup>, Abidin Şehitoğulları<sup>2</sup>, Yunus Aksoy<sup>2</sup>, Ahmet Nasır<sup>2</sup>

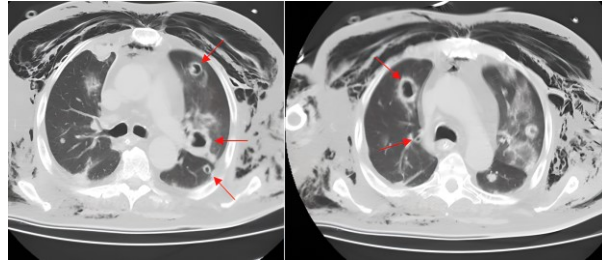
<sup>1</sup>Bursa Şehir Hastanesi

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Introduction-Purpose:** Nocardia species is a gram-positive, partially acid-fast, aerobic, filamentous genus of Actinomycetes that is commonly found in decaying matter, soil, and water worldwide. The most common clinical picture of pulmonary nocardiosis is observed, and the most common symptoms are shortness of breath and cough. It mostly causes infections in immunocompromised patients with risk factors such as long-term corticosteroid therapy, use of immunosuppressive drugs, malignancy, HIV, diabetes, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) or alcoholism. In this case report, pleural empyema and pulmonary nocardiosis caused by N.farcinica, which developed in a patient with long-term corticosteroid use, COPD are discussed.

**Case:** A 70-year-old male patient applied to the emergency department with complaints of shortness of breath. The patient was diagnosed with hypertension, COPD, ischemic heart disease and diabetes mellitus. Right total pneumothorax was detected on posteroanterior chest radiography and thorax computed tomography (thoracic CT). A tube thoracostomy was performed and he was taken to intensive care. The patient was discharged with full recovery on the 10th day after admission. One month later, the patient came to the emergency room again with complaints of shortness of breath, subcutaneous emphysema, Radiological examinations revealed minimal expansion defect of the right lung, atelectasis at the base of the right hemithorax and secondary minimal pleural effusion and bilateral cavitory lesions. Considering the patient's newly developing cavitory lesions, positron emission tomography (PET/CT) was planned, thoracentesis was performed from the right hemithorax, and culture was performed from the purulent fluid. The growing bacteria were identified as N.farcinica. As a result of Antimicrobial susceptibility tests (AST); sensitive to imipenem and amikacin; sensitive to high doses of ciprofloxacin and gentamicin; amoxicillin and clavulonic acid were found to be resistant. The patient received ampicillin/sulbactam treatment for five days and his treatment was revised after the culture result was obtained. Trimethoprim-sulfamethoxazole (4X3 400/80 mg I.V.) and linezolid (2X600 mg I.V.) treatment was started. While the patient's follow-up and treatment continued in the ward, he was intubated and monitored in the intensive care unit due to sudden low saturation in the 2nd week of his hospitalization (Figure). The patient, who developed sepsis in the intensive care unit, died on the 5th day of his admission to the intensive care unit.

Figure



Rapidly progressing cavitary lesions

**Discussion-Conclusion:** Pulmonary and pleural infections, brain abscesses and skin infections are the main clinical manifestations seen in *N.farcinica* infection. Although the onset of symptoms is subacute or chronic, it is difficult to recognize clinically because it occurs with nonspecific symptoms. As a result, in patients using immunosuppressive drugs and having comorbid diseases, in the presence of nonspecific physical examination findings and lung imaging findings, nocardia infection should be kept in mind in the differential diagnosis in cooperation with the clinical laboratory. Rapid identification of the agent can be life-saving, as identification at the species level is important in regulating antimicrobial therapy. Considering the increasing resistance rates, AST should be performed as soon as possible and a treatment plan should be created quickly.

**Keywords:** Nocardiosis, *Nocardia farcinica*, pleural effusion, antibiotic susceptibility test, pneumothorax

**PS-182**

## **Metastaz Düşündüren Multipl Nodülde Tanı: Tüberküloz**

Dildar Duman<sup>1</sup>, Ömer Faruk Taştı<sup>1</sup>, Aylin Babalık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Tüberküloz (TB) gelişmekte olan ülkelerde görülen yaygın enfeksiyon sebeplerinden biridir. Tüberküloz akciğerde alışlagelmiş kaviter lezyonlar ve tomurcuklanan ağaç görünümü dışında atipik formlarıyla da prezente olabilir. Tüberküloz radyolojisi akciğerde birçok hastalıkla karıştığı gibi akciğer metastazlarını da taklit edebilir. Hastaların yönetiminde alışıldık hastalıkların dışında hastanın tüberküloz olabileceğini de ayırıcı tanılara eklemekte fayda vardır.

**Olgu:** 39 yaş bilinen DM, OSAS, KOAH, hiperlipidemi tanıli erkek hasta tarafımıza sırt ağrısı şikayetiyle başvurdu. Hastanın 25 p/y sigara öyküsü mevcuttu. Hastanın çekilen Toraks BT görüntülerinde her iki akciğerde en büyüğü 15mm olan dağınık yerleşimli, orta ve üst zonlarda sayıca daha fazla olan çok sayıda yer kaplayıcı lezyon izlendi ve PET önerildi. Hastaya PET ve FOB planlandı. PET’de FDG tutulumu izlenmeyen hastanın FOB’da endobronşial sistem normal izlendi.Hastanın bronkoalveoler lavajından gönderilen mikobakteri pcr sonucu pozitif olarak sonuçlandı. Hasta tüberküloz servisine takip ve tedavi devamı için nakil edildi.

**Tartışma-Sonuç:** Tüberküloz ülkemizde sık olarak görülen hastalıklardan birisidir. Prezentasyonunda diğer hastalıkları taklit edebilir. Vakamızda olduğu gibi ilk bakıda akla akciğer metastazını akla getirecek şekilde multipl pulmoner nodüller şeklinde prezente olabilir. Bu ve benzeri durumlarda akciğer tüberkülozunu akılda kalmalıdır

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz, Kanser, Nodül

## Anti-Tnf Alan Hastada Profilaksiye Rağmen Gelişen Tüberküloz Olgusu

Melike Demir<sup>1</sup>, Fatma Yıldız<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Ankilozan Spondilit (AS), etiyolojisi bilinmeyen kronik inflamatuvar bir hastalık olup, tedavisinde anti tümör nekroz faktörü (Anti-TNF) de kullanılmaktadır. Bu ajanların uzun süre kullanımı; mikobakteriyel akciğer enfeksiyonları, fungal akciğer enfeksiyonları ve latent tüberküloz enfeksiyonunun reaktivasyonu gibi ciddi yan etkilere neden olabilmektedir. Bizim olgumuzun sunulmasındaki amaç; izoniazid profilaksisinin rehberine uygun şekilde uygulamasının önemini vurgulamak ve hastalar profilaksi almış olsalar dahi ayırıcı tanıda tüberküloz enfeksiyonunu akıllara getirmektir.

**Olgu:** Elli altı yaşında ankilozan spondilit tanılı kadın hasta öksürük ve nefes darlığı şikayeti servise yatırıldı. Akciğer yan grafisinde sol orta zonda prevertebral kaviter lezyon görüldü. Hastaya bir hafta önce başka bir merkezde Bilgisayarlı tomografi çekilmiş 34x33x31 mm kaviter lezyon(Resim 1) saptanmış, PET-BT istenmiş ve lezyonun SUDmax= 3.8 olduğu görülmüştü. Aynı merkezde bronkoskopi yapıldığı, sadece ARB bakıldığı ve negatif olduğu öğrenildi. Merkezimize ileri tetkik için sevk edilen hastaya, sekiz ay önce ankilozan spondilit tanısı ile anti-TNF başlanmış tedaviye başlanmadan önce PPD testi pozitif saptanarak, INH profilaksisi altı ay boyunca verilmişti. Profilaksinin birinci ayı tamamlandıktan sonra antiinflamatuvar bir ajan olan Sulfasalazin başlanmış, üç ay sonra da tedaviye anti-TNF olan Secukinumab eklenmişti. Hasta dokuz aydır anti-TNF tedavisi almaktaydı. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde kaviter lezyonu periferik yerleşimli olması nedeniyle TTİAB ve detaylı laboratuvar inceleme yapılması için merkezimizde bronkoskopi planlandı. Endobronşiyal lezyon izlenmedi, bronş lavajından sitoloji ve mikrobiyoloji istendi. Lavaj sıvısında ARB negatif, mikobakteri PCR pozitif görüldü. TTİAB patolojisinde neoplazma rastlanmadı. Hasta tüberküloz tedavisine başlandı. Tarafımıza kontrole gelen hastanın yan grafisinde kaviter lezyonun regrese olduğu görüldü

Tüberküloz tedavisi öncesi PA grafi ve Toraks BT



**Tartışma-Sonuç:** Anti-TNF alan hastaların mikobakterium tüberkülozis enfeksiyonuna yakalanma oranı daha yüksektir bu nedenle tüberküloz profilaksinin dokuz ay boyunca anti-TNF



kesilse dahi devam edilmesi önerilmektedir. Tüberküloz düşünölen hastalarda ARB ile birlikte tüberküloz költürü ve PCR gönderilmesi tanının erken konulmasına katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Secukinumab, Tüberküloz, PCR

**PS-024**

## **İmmunkompetan Bireyde Gelişen Fatal Seyirli Ebstein-Barr Viremisi**

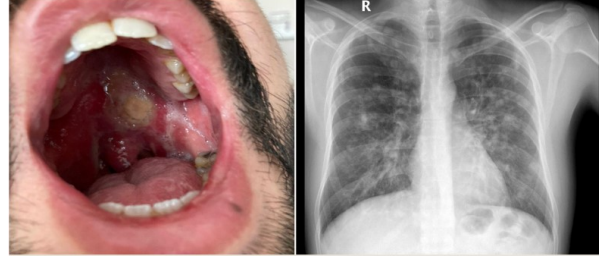
Kübra Güngör<sup>1</sup>, Merve Toprakoğlu<sup>1</sup>, Ayşegül Karalezli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Ebstein-Barr, erişkinlerin %95'ini enfekte eden bir herpes virüsüdür. Primer enfeksiyonu, çocuk-adölesanlarda subklinik seyreder. EBV enfeksiyonu, kendini sınırlandırırken B lenfositlerde latent kalarak immunsupresyon durumunda reaktive olabilir. Non-spesifik semptomlarla başvuran, takibinde EBV viremisi tespit edilen immunkompetan olgumuzu paylaşıyoruz.

**Olgu:** Yirmisekiz yaşında erkek hasta COVID sonrası başlayan dispne yakınmasıyla başvurdu. Çekilen PAAG'de yaygın nodüler opasiteler görülmesi ve febril ateşinin olması üzerine hasta hospitalize edildi. Fizik muayenesinde yumuşak damak-tonsil üzerinde beyaz plaklı aftöz lezyonlar mevcuttu. Özgeçmişinde çocukluğundan beri sık ateşlenme ve boğaz enfeksiyonu öyküsü vardı. Hastanın Bilgisayarlı Toraks Tomografisi (BTT)'nde yaygın nodüler infiltrasyon ve buzlu cam alanları izlendi. Tüm kültürleri alınarak geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı. Ateş ve nodüler infiltrasyonları olan hastada septik emboli, bağ doku hastalıkları (BDH), metastaz, sarkoidozis, viral pnömoni ön tanılarına yönelik tetkikler yapıldı. Kültürlerinde üreme olmazken serum ACE düzeyi düşük, BDH markerları negatif; nadir etkenlerden Bartonella, Brusella, Borrelia IgG-IgM değerleri normal görüldü. İmmünglobulin alt tipleri, immunfenotiplemede patoloji saptanmadı. Kan ve BAL 'da CMV ve P.jiroveci DNA negatifken, kanda EBV-DNA 121.746 kopya/ml saptandı. Metastaz şüphesine yönelik Pozitif Emisyon Tomografisi (PET-CT) çekildi. Nazofarenkste ve retrofarengeal alanda, akciğerde ve iskelet medüller alanda FDG tutulumu görüldü. Lenfoproliferatif hastalık ön tanısıyla boyun, abdomen, axiller USG çekildi; anlamlı patoloji saptanmadı. Akciğerdeki nodüler infiltrasyon alanından BT eşliğinde alınan transtorasik biyopsi; kronik inflamasyon olarak raporlanırken akciğer dokusunda EBV DNA; 665.440 kopya/ml olarak sonuçlandı. Yumuşak damaktaki aftöz lezyondan alınan biyopsi; reaktif lenfoid doku olarak sonuçlandı. Takibinde sağ gözünde ağrı-kızarıklık tarifleyen hastada anterior üveit tespit edildi. Klinik olarak kötüleşmesi ve PAAG'de infiltrasyonların artması üzerine hasta multidisipliner konseyde değerlendirildi; biyopsilerin tekrarlanması kararlaştırıldı. Akciğer ve nazofarenks biyopsileri kronik inflamasyon ile uyumlu; kemik iliği biyopsisi normosellüler sonuçlanırken kanda EBV DNA 885.461 kopya/ml'ye yükseldi. Yatışının 45. gününde genel durumda bozulma ve solunum yetmezliği gelişmesiyle YBÜ'ye devredildi. Hastaya pulse steroid, geniş antimikrobiyal tedavi, gansiklovir, sitokin filtresi, CRRT ve ECMO uygulandı. Ancak YBÜ yatışının 7. Gününde exitus oldu. Hastanın en çarpıcı sonucu ise; gözün ön kamarasından alınan sıvı örneğinde EBV DNA; 29.955.025 kopya/ml olarak sonuçlanmasıydı. Hasta tüm bulgularla EBV viremisi kabul edildi.

Başvuru anındaki PAAG ve yumuşak damaktaki lezyonlar



**Tartışma-Sonuç:** Ebstein-Barr enfeksiyonu genellikle kendini sınırlandıran; immunsuprese bireylerde ise reaktif olabildi bir virüs enfeksiyonudur. İmmunkompetan olgumuzda görülen fatal seyirli EBV viremisini nadir görülmesi nedeniyle paylaşmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** Ebstein-Barr Viremisi, Fatal, İmmunkompetan Birey

## Poster Bildiri Oturumu 10: Astım ve Allerji-İmmunoloji

PS-183

### Astım Atağı Sırasında Görülen Nadir Bir Komplikasyon: Pnömomediastinum

Şebnem Emine Parspur<sup>1</sup>, Beyza Tas<sup>1</sup>, Feride Marım<sup>1</sup>, Ali Halıcı<sup>2</sup>, İlknur Kaya<sup>1</sup>, Mehmet Doğan<sup>1</sup>, Ümran Erbay<sup>1</sup>

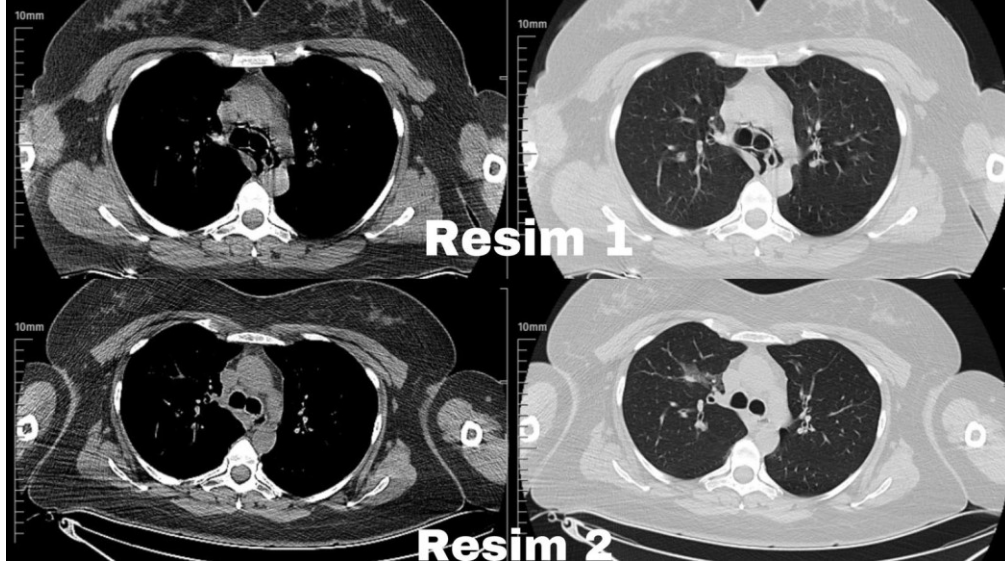
<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

**Giriş-Amaç:** Pnömomediastinum genellikle akut ve kronik akciğer hastalıkları sırasında alveollerin rüptürü ile mediastende hava bulunmasıdır. Spontan pnömomediastinumda (SPM) en sık medikal neden astım olmakla birlikte alt solunum yolu enfeksiyonu gibi nedenlere bağlı olarak da görülebilmektedir. Astım atağı sırasında %0.2-0.3 oranında pnömomediastinum görüldüğü bildirilmektedir. Genellikle selim seyirli olup kendiliğinden iyileşmekle beraber erken tanı konulup uygun tedavi planlanmayan ciddi vakalarda hayatı tehdit edici olabilmektedir. Biz burada astım atak ile acil servise başvuran ve pnömomediastinum tanısı alan olgumuzu sunduk.

**Olgu:** 41 yaş bilinen astım tanısı olan kadın hasta, son 15 gündür gribal enfeksiyon sonrası artan nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Acil serviste tarafımıza danışılan hastanın muayenesinde bilateral sibilan ronküs saptandı ve vitalleri stabildi. Acil serviste çekilen Toraks BT'de pnömomediastinum ile uyumlu hava varlığı ve ayrıca paraözofagial ve paratrakeal alanda da hava varlığı saptandı (Resim 1). Hastanın pnömomediastinumunu açıklayacak sekonder durum saptanmaması üzerine göğüs cerrahi tarafından göğüs cerrahi servisine yatış yapıldı. Takiplerinde takipnesi artan, şuur bulanıklığı gelişen hastanın arter kan gazının dekompanse respiratuar asidozla uyumlu olması üzerine ile yoğun bakıma devredilmiş. Göğüs hastalıkları olarak tarafımızca yoğun bakımda değerlendirilen hastaya astım atak , tip 2 solunum yetmezliği nedeniyle entübe edilmesi önerilerek atak tedavisi düzenlendi. Entübe edilerek altı gün boyu mekanik ventilatör desteğiyle yoğun bakımda takip edilen hasta, genel durumunun düzelmesi, hiperkapnisinin gerilemesi üzerine extübe edilerek nazal oksijen desteğiyle takip edilmiş. Kontrol Toraks BT'de pnömomediastinumun görülmemesi (Resim 2) ve yoğun bakım ihtiyacı kalmaması üzerine göğüs hastalıkları servisimize astım atak nedeniyle devir alındı. Servis takiplerinde yoğun bakımda başlanılan piperasilin-tazobaktam, moksifloksasin, ipratropium, salbutamol, budesonid, 0,5 mg/kg metilprednisolon , ppi ve oksijen desteği devam edildi. Hasta astım açısından stabil olması üzerine dokuz günlük servis takibinin sonunda astım tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Hastanın aralıklı olarak rutin poliklinik takipleri devam etmektedir.

Resim 1 ve 2



Resim 1: Hastanın acile geliş Toraks BT kesitleri Resim 2: Hastanın kontrol Toraks BT kesitleri

**Tartışma-Sonuç:** Pnömomediastinum; spontan ve sekonder pnömomediastinum olarak iki gruba ayrılır. Spontan pnömomediastinum genellikle astım, göğüs içi basıncını arttıran fiziksel aktiviteler, öksürük, hapşırma, kusma, valsalva manevrası ve inhaler ilaç kullanımına bağlı oluşurken, sekonder pnömomediastinum travma, enfeksiyonlar, özofagus perforasyonu, yabancı cisim aspirasyonu gibi gösterilebilir nedenlere bağlı gelişmektedir. Spontan pnömomediastinum olgularında başvuru şikayetleri genellikle ani başlayan nefes darlığı, boyunda şişme, göğüs, sırt ve boyun ağrısıdır. Bu vakayı bildirmemizin sebebi, bu klinik durumun nadir görülmesi ve seyri sırasında ciddi komplikasyonların gelişebilmesidir. Astım atağı veya şiddetli öksürük gibi presipitan faktörlerin varlığında, göğüs veya boyun ağrısı olan hastalarda tanıda SPM akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Astım, Spontan Pnömomediastinum

## Eksüda Niteliğinde Plevra Sıvısıyla Ortaya Çıkan Hipereozinofilik Sendrom Olgusu

Beyza Tas<sup>1</sup>, Şebnem Emine Parspur<sup>1</sup>, Feride Marım<sup>1</sup>, İlknur Kaya<sup>1</sup>, Mehmet Doğan<sup>1</sup>, Aysun Gönderen<sup>2</sup>

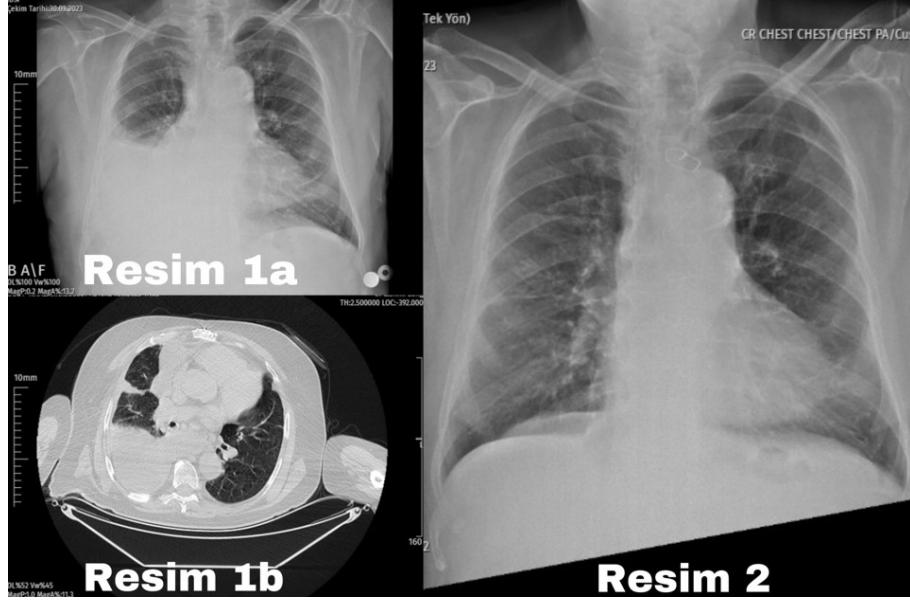
<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

**Giriş-Amaç:** İdiyopatik hipereozinofilik sendrom (HES) altı aydan uzun süreli hipereozinofili ve eozinofiliye bağlı organ tutulumu ile karakterli etyolojisi bilinmeyen nadir bir hastalıktır. HES'a bağlı olarak oluşan plevra sıvıları çoğunlukla transüda niteliğinde olup kalp tutulumu ve yetmezliğine bağlıdır. Biz burada eksüda niteliğinde plevral sıvıyla ortaya çıkan olgumuzu nadir görülen bir vaka olması nedeniyle sunduk.

**Olgu:** 73 yaş bilinen diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı tanıları olan erkek hasta, nefes darlığı şikayetiyle polikliniğe başvurdu. Alerjik hastalıklar açısından ayrıntılı anamnez alınan hastada hastada alerjik semptomlar yoktu. Hastada unilateral plevral effüzyon ve kanda eosinofil değeri 25000 saptanması üzerine tanı ve tedavi amaçlı hastanın servise yatırması yapıldı. Hastaya yapılan torasentezde sıvı seröz eksüda karakterinde saptandı ve sitolojisi PMNL eozinofil ağırlıkta benign olarak yorumlandı. Hastadan romatoloji konsültasyonu istendi. Tüm romatolojik markerları negatif olan hastada romatolojik hastalık düşünülmedi. Hastada eozinofili nedeni araştırılmak üzere hematoloji konsültasyonu yapıldı. Hematoloji tarafından JAK2 ,BCR-ABL,CALR,EXON12,MPL genleri ,PDGFR-A ve B proteinleri çalışıldı.Negatif sonuçlandı. Periferik yaymasında eosinofilisi olan hastada blast görülmedi ve hematolojik malignite düşünülmedi. Hematoloji tarafından hastaya kademeli azaltılarak 60 mg iv metilprednisolon başlanması önerildi. Takiplerinde hastanın plevral sıvı ve eozinofili geriledi. Hastanın malignite araştırmasında lenfadenopati açısından yapılan USG'de tiroide sol parotis parankimi içinde 6,5\*4,5 mm boyutlarında hilusu oblitere LAP ile uyumlu düzgün konturlu hipoekoik lezyon saptanması üzerine hastaya girişimsel radyoloji eşliğinde İİAB yapıldı. Sonuç nondiagnostik geldi. Hasta, hipereozinofilik sendromun kardiyak tutulumu olup olmadığı açısından kardiyolojiye danışıldı. EKO bulgularında EF %55, sağ kalp boşlukları dilate, çıkan aort 40 mm, aort kapak kalsifik, AY hafif, TY hafif, PAB 40 mmHg ve diğer EKO bulguları normal olan hastada ek tutulum görülmedi. KAH olan hastada kardiyolojik açıdan ilaçlarına devam etmesi önerildi. Takiplerinde kliniği stabil seyreden ve PET-BT'de de plevral sıvıda malignite bulgusu saptanmayan hasta 15 gün 48 mg ,15 gün 32 mg oral metilprednisolon kullanması önerilerek taburcu edildi. Bir ay sonraki poliklinik kontrolünde eosinofil sayısı 1380 ve PA grafisinde sıvı regreseydi. 3 ay sonraki kontrolde ise eosinofil sayısı normale dönen hastanın plevral efüzyonunun tamamen resorbe olduğu gözlemlendi. Hastanın takip ve tedavisi halen devam etmektedir.



Resim 1a ve 1b: Hastanın başvuru PA grafi ve Toraks BT kesitleri. Resim 2: 1 aylık prednol kullanımı sonrası hastanın PA grafisi.

**Tartışma-Sonuç:** seHES akciğer tutulumu da yapabilen nadir bir hastalıktır. Hastalıkta çoğunlukla konjestif kalp yetmezliğine bağlı transudatif plevra sıvısı görülür. Çok nadiren eksüda niteliğinde plevra sıvısıyla da ortaya çıkabilir. Plevra sıvısında eozinofili ve plevra biyopsisinin histopatolojik incelemesinde eozinofil infiltrasyonu oluşu HES'a bağlı direk plevra tutulumunun kanıtları olarak kabul edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hipereosinofilik Sendrom, Eksüda, Transüda

## Mepolizumab ile Takip Edilen EGPA Olgusu

Nagihan Orhan Özer<sup>1</sup>, Şadan Soyyiğit<sup>1</sup>

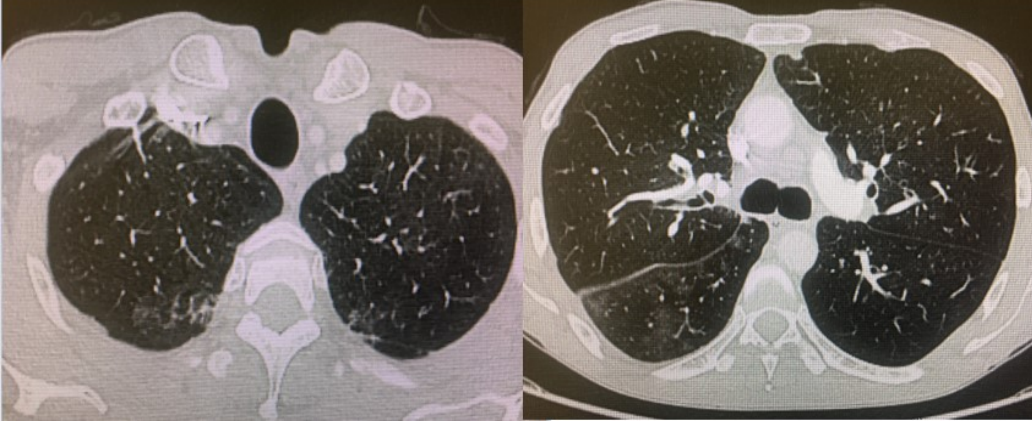
<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Eozinofilik granüloamatöz polianjitis (EGPA), astım ve periferik kan eozinofilisi ile seyreden multisistemik bir hastalıktır. En sık tutulan organ akciğerdir. Kardiyovasküler, renal ve merkezi sinir sistemi dahil herhangi bir organ sistemini etkileyebilir. Ekstrapulmoner organların vaskülit morbidite ve mortaliteden büyük ölçüde sorumludur. Antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) negatif EGPA olgularının eozinofilik doku infiltrasyonu ve özellikle kardiyopulmoner tutulumlarına neden olduğu düşünülmektedir. Tedavide kortikosteroid, immunsupresifler ve biyolojik ajanlar kullanılmaktadır. Biz de ağır eozinofilik astım ve kardiyak tutulumu olan EGPA tanılı ve mepolizumab ile takip edilen olgumuzu sunmak istedik.

**Olgu:** 52 yaşında erkek hasta. 1 haftadır artan nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. 5 yıl önce astım tanısı alan hastanın son 1 yılda astım atağı ile 5-6 kez acil başvurusu ve steroid kullanımı, 1 kez de hastane yatışı mevcuttu. Özgeçmişinde kardiyak trombus, femoral embolektomi öyküsü mevcuttu. Warfarin sodyum, asetil salisilik asit, ramipril, karvedilol, salmeterol-flutikazon inhaler olarak kullanıyordu. Solunum sistemi muayenesinde solunum sesleri bilateral azalmıştı ve SpO<sub>2</sub>:%98 idi. Tetkiklerinde eozinofil 4110 hücre/mcL (%31,5), total IgE:657,3 ıu/l idi. Hastada EGPA ön tanısıyla istenen ANCA negatif idi. Toraks Bt'de sağ akciğer üst, orta ve alt lobda subplevral yerleşimli yamasal buzlu cam tarzında infiltrasyonlar saptandı. Sol elde güçsüzlük olan hastanın EMG'de sol median sinirin ağır derecede lezyonu yanı sıra C8-T1 radikülopati görüldü. Femoral embolektomi ve kardiyak trombus olan hastanın kardiyak MR'da sol ventrikülün sistolik fonksiyon bozukluğu, sol ventrikülde restriktif doluş paterni, apikal düzeyde trabeküler belirginleşme ve trombus formasyonu, apeksde ileri derecede hipokinetik duvar hareketleri, sol ventrikül dilatasyonu, apikal segment ve apeksde yoğun subendokardial geç kontrast tutulumu eozinofilik kardiyomyopati ile uyumlu olarak bulundu. Hastaya mevcut bulgular eşliğinde ANCA negatif EGPA tanısı kondu. Metilprednizolon 40 mg ve mepolizumab 300 mg/4hf tedavisi başlandı. Hastanın takiplerinde nefes darlığı, eozinofilisi, toraks bt'deki infiltrasyonu ve kardiyak trombusu geriledi. Mepolizumab tedavisinin 2. yılında 100 mg/4 hf ve metilprednizolon 4 mg'a kadar düşüldü. Kalp tutulumu da olan hastanın takibinde kardiyoloji ve romatolojinin de önerileri ile prednol 4 mg olarak devam edilmesi planlandı. Hasta takibinin 4. yılında klinik ve laboratuvar olarak stabil seyretmektedir.



## Toraks Bilgisayarlı Tomografi



Sağ akciğer üst, orta ve alt lobda subplevral yerleşimli yamasal tarzda buzlu cam infiltrasyonlar

**Tartışma-Sonuç:** EGPA tedavisinde amaç remisyonu sağlamak ve sürdürmektir. Kortikosteroidlere yanıt alınamazsa immunsupresif tedaviler önerilir. Ancak son yıllarda EGPA patogenezinin yola çıkarak eozinofiller hedef alınmış ve mepolizumab tedavisi kabul görmüştür. 2010 yılında ilk kez, dirençli ANCA negatif EGPA hastasının mepolizumab ile tedaviye olumlu yanıt verdiği bir vaka bildirilmiştir. Bizim vakamızda da mepolizumab tedavisi ile kardiyak tutulum kontrol altına alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** EGPA, ANCA Negatif, Kardiyak Trombüs

## Nazal Polipte Mepolizumab Tedavisi Klinik Deneyimimiz

Esra İnan<sup>1</sup>, Şadan Soyyiğit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

**Giriş-Amaç:** Astım ve nazal polipli kronik rinosinüzit (npKRS) sıklıkla birarada bulunan hastalıklar olup benzer inflamasyon ve remodeling paterni göstermektedir. Astımın tipik histopatolojik bulguları; npKRS ile benzerlik göstermektedir. Nazal polip tedavisinde kullanılmak üzere ilk FDA onayı alan biyolojik ajan olan dupilumab (Anti IL-4R $\alpha$ ) ülkemizde temin edilememektedir. Bu nedenle nazal polip nedeni ile takip ettiğimiz sık tekrarlayan nüksleri olan ve cerrahi müdahale durumunda yüksek komplikasyon riski olan 3 hastamıza hipereozinofilik ağır astım tedavisinde kullanılan mepolizumabın nazal polip nüksü ve progresyonunun önlenmesinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar doğrultusunda endikasyon dışı ilaç kullanım onayı alarak mepolizumab tedavisi başladık.

**Olgu:** Olgu 1: 55y erkek hasta; Bilinen Astımı, nazal polip, NSAİİ duyarlılığı olan hasta 4 kez nazal polip nedeni ile opere olmuş, Kbb değerlendirmesine göre hastanın endoskopik muayenesinde Meltzer sınıflamasına göre bilateral grade 4 nazal polipi mevcuttu. Komplikasyon riski yüksek olması nedeni ile hastaya Kbb tarafından operasyon düşünülmemiştir. Hastaya konsey kararı ile endikasyon dışı anti IL-5 tedavisi (mepolizumab) kullanımı için başvuru yapılmıştır, onayı alınan hastaya 3 doz mepolizumab 100mg/4hafta sc uygulanmıştır. Tedavi sonrası Kbb görüşü " Meltzer sınıflamasına göre bilateral grade 2 nazal polipi mevcut. Hasta 3 aylık mepolizumab tedavisinden fayda görmüştür. Snot 22 skoru 16." şeklinde belirtilmiştir. Hastanın tedavisine devam edilmektedir.

Olgu 2: 35 yaşında kadın hasta NSAİİ duyarlılık öyküsü olan, başarısız bir ASA desensitizasyonu öyküsü olan hasta daha önce 4 kez nazal polip nedeni ile opere olmuş. Son operasyonda nazal polipin orbitaya kadar uzanımı olması nedeni ile göz komplikasyonu gelişmiş, hastanın optimum tedaviye rağmen nazal polipi nüks etmiş. Anti IL-5 tedavisi(mepolizumab) başlanmak üzere endikasyon dışı ilaç kullanımı başvurusu yapılan ve onay alınan hastaya mepolizumab 100mg/4hafta sc tedavisi başlandı. Tedavi ile hastanın kliniğinde anlamlı düzelme ve nazal poliplerinde anlamlı regresyon saptandı. Tedavi öncesi Snot22 skoru:62 olan hastanın tedavi sonrası Snot22 skoru:8 olarak değerlendirildi. Hastanın halen mepolizumab 100mg/4 hafta sc tedavisi devam etmektedir. Olgu 3:62 yaşında erkek hasta; 1.5 yıl önce burunda tıkanıklık, nefes darlığı, öksürük, hırıltı, yorgunluk yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Hasta 2 kez nazal polip nedeni ile opere olmuş. Paranasal Sinüs Bt de "Tüm paranasal sinüsler ve nazal kavitede total-totale yakın havalanma kaybına neden olan, paranasal sinüs ostiumlarını oblitere eden, anteriorda vestibüllere, posteriorda koanalara uzanım gösteren sinonazal polipozis ile uyumlu lobüle konturlu yumuşak doku değerleri mevcuttur. " Preoperatif SNOT-22 skoru 55 olan hastaya

KBB tarafından operasyon önerildi. 3. Operasyonu tamamlanan hastaya 4. bir operasyon gerekmesi halinde gelişebilecek komplikasyonlar nedeni ile operasyonda navigasyon sistemi kullanılması gerekeceği söylendi. Hastaya anti IL-5 tedavisi(mepolizumab) başlanması için endikasyon dışı ilaç kullanımı başvurusu yapıldı. Onayı alınan hastaya mepolizumab 100mg/4hft uygulanmaya başlandı. Mepolizumab tedavisi sonrası KBB görüşü ‘ SNOT-22 skoru 14’dür. Hastanın olası nüks durumunda yüksek komplikasyon riski olması nedeni ile medikal tedavinin devamının önemli olduğu kanaatindeyim. ‘ 16 doz mepolizumab tedavisi alan hastanın semptomları geriledi. Hastanın takipte nazal polip nüksü gelişmedi, takip ve tedavisi devam etmektedir.

**Tartışma-Sonuç:** Nazal polipli hastalar ile yapılan randomize kontrollü çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde, astımın eşlik ettiği ya da etmediği refrakter nazal polipli kronik rinosinüzit hastalığının yönetiminde, biyolojik tedavilerin önümüzdeki günlerde daha da önem kazanacağı aşikar görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Nazal Polip, Mepolizumab

## Yaygın Değişken İmmün Yetmezlikte (CVID) Granüloamatöz-Lenfositik İnterstisyel Akciğer Hastalığı (GLILD)

Şeyma Özden<sup>1</sup>, Fatma Merve Tepetam<sup>1</sup>, Erdoğan Çetinkaya<sup>2</sup>, Umut İlhan<sup>2</sup>, Barış Demirkol<sup>3</sup>, Özge Atik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İmmünoloji ve Alerji Kliniği

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

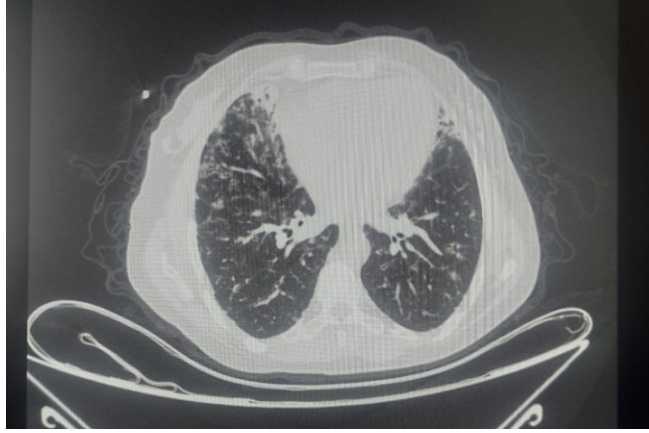
<sup>3</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

**Giriş-Amaç:** Yaygın değişken immün yetmezlik (CVID), düşük immünoglobulin (Ig)G seviyeleri, enfeksiyon veya aşılama yanıtı olarak spesifik antikorların üretilmemesi ve değişken T-hücre anormallikleri ile karakterize, etiyojisi bilinmeyen primer bir immün yetmezliktir. Multisistemik granüloamatöz hastalık CVID'nin iyi belgelenmiş bir komplikasyonudur ve önemli morbiditeler ve erken mortalite ile ilişkilidir. Akciğer en sık etkilenen organ olmasına rağmen; granülomlar deri, karaciğer, dalak ve gastrointestinal sistem gibi diğer organlarda da sıklıkla görülür. CVID ve granüloamatöz hastalığı olan hastalarda sık görülen fiziksel, radyografik ve laboratuvar anormallikleri arasında splenomegali, hiler ve mediastinal lenfadenopati ile akciğer parankiminde buzlu cam veya nodüler opasiteler ve azalmış T-hücresi sayıları ve fonksiyonu yer alır. Granüloamatöz lenfositik interstisyel akciğer hastalığı (GLILD), CVID'de önemli ve yaygın bir komplikasyondur ve genel olarak CVID'li hastaların %20'sinde görülür. Biz de bu olguda granüloamatöz hastalık nedeni ile uzun süre tetkik ve tedavi edilmiş, sonrasında CVID tanısı almış GLILD vakası ile ilgili tecrübemizi paylaşmak istedik.

**Olgu:** 44 yaşında kadın hasta ilk olarak Mayıs 2008'de öksürük, halsizlik, gece terlemesi nedeni ile dış merkez göğüs hastalıkları polikliniğine başvurmuş. Çocukluk çağından itibaren belirli periyotlarda özellikle mevsimsel geçişlerde artan kuru öksürük, halsizlik, yorgunluk yakınmasıyla sık hastane başvurusu oluyormuş. Özgeçmişinde Haziran 2008'de abdomen BT'de kolelitiazis, abdominal LAM ve splenomegali saptanması üzerine hematolojik maligniteden süphelenilip splenektomi önerilmiş. Patoloji sonucu kazeifiye granüloamatöz splenit raporlanmış ve 9 ay Anti Tbc tedavi verilmiş. Aralık 2008'de tarafımıza başvuran hastanın fizik muayenesi doğal; hemogram, biyokimya ve sedimentasyon normal sınırdıydı. Balgam ARB 3 kez (-) balgam kültürü ve Quantiferon testi (-)di. Ocak 2009'da çekilen toraks BT'de subkarinal bölgede en büyüğü 2.5 cm olarak ölçülen konglomere lenf nodları vardı. Aynı tarihlerdeki PET-CT'de boyunda mediastende, her iki aksillada batında ve pelviste artmış FDG tutulumu gösteren lenf nodları aktif granüloamatöz hastalığa sekonder olarak yorumlanmıştı. Hastaya Mart 2009'da klinik ve radyolojik olarak sarkoidoz tanısı ile sistemik steroid başlanmış. 9 aylık tedavinin sonunda steroid dozu azaltılarak kesilmiş, ilaçsız takip edildiği 2 aylık dönemde tekrar şikayeti artması üzerine haziran 2010'da toraks BT tekrarlanmış. Toraks BT'de progresyon kabule dilen hastaya tekrar sistemik

steroid başlanıp 2019 yılına kadar nüks ve düzensiz ilaç kullanımı nedeniyle steroid dozu titre edilerek medikal tedavisi devam edilmiş. 2019-2022 yıllarında hastane başvurusu olmayan hastaya 2022 yılında sırt ağrısı nedeni ile dış merkeze başvurmuş. O dönem tekrarlanan toraks BT'de subkarinalde en büyüğü yaklaşık 2.5 cm olan lenf nodları görülmüş. Temmuz 2022 de subkarinal bölgeden yapılan EBUS patoloji sonucu benign lenfoid aspirat olarak raporlanmış. Soygeçmişinde teyzesinde TBC öyküsü mevcut ve kızkardeşi de benzer şikayetleri olması nedeni ile sarkoidoz tanısı ile takip ediliyormuş. Tekrarlayan enfeksiyonları nedeni ile kız kardeşine immün panel bakılmış ve CVID tanısı konulmuş. Bunun üzerine hastanın immün yetmezlik açısından tarafımızdan değerlendirildi. Lenfopenisi olan (lenfosit 1090 hücre/ $\mu$ L) hastanın immün panelinde IgG<3,2 g/L, IgA< 0,25g/L, IgM<0.82 g/L olarak düşük tesbit edildi ve CVID tanısı ile IVIG tedavisi başlandı. Klinik olarak daha stabil olan hasta takibe alındı.

Granulamatöz Lenfositik İntertisyel Akciğer Hastalığı (GLILD) tanısı alan hastanın Toraks BT kesiti



**Tartışma-Sonuç:** GLILD, CVID'nin önemli bir komplikasyonudur. Generalize LAP, splenomegalisi olan ve toraks BT'de hiler, mediastinal LAP, nodüler, buzlu cam dansiteleri, bronşektazi, retiküler opasiteleri olan hastalarda immunglobulin IgG düşüklüğüne IgA ve/veya IgM düşüklüğü eşlik ediyorsa CVID akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Yaygın Değişken İmmün Yetmezlik, Granulomatöz Hastalık

**PS-190**

## **Alerjik Bronkopulmoner Aspergillozis**

Gülşah Kübra Elçin Sendeli<sup>1</sup>, Mutlu Onur Güçsav<sup>1</sup>, Ahmet Emin Erbaycu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş-Amaç:** Alerjik bronkopulmoner aspergillozis (ABPA), havayollarında kolonize olan *Aspergillus fumigatus* antijenlerine karşı gelişen tip 1 aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Klinikte; astım, santral bronşektazi ve tekrarlayan pulmoner infiltrasyonlarla seyreder. Özellikle inhale-sistemik kortikosteroidlerle kontrol altına alınamayan ve bronşektazinin eşlik ettiği astım hastalarında ABPA akla gelmelidir. Hastalığın erken dönemde tanınması progresyonunun önüne geçmek ve astım semptomlarını kontrol altına almak açısından önemlidir. Zor astım tanısı ile takip edilen ve yapılan ileri incelemede ABPA tanısı koyularak tedavisine başladığımız vakamızı literatüre katkı sağlamak amacıyla sunuyoruz.

**Olgu:** 54 yaşında kadın hasta, nefes darlığı yakınması ile polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde 30 paket yıl sigara öyküsü mevcut olup aktif sigara içicisi idi. Hasta 20 yıldır çeşitli hastanelerde kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astım tanıları ile takip edilmişti. Başvuru esnasında tiotropium 18mcg + formeterol 12mcg inhaler 1x1 ve montelukast 10 mg PO 1x1 kullanmaktaydı. Fizik muayenesinde belirgin özellik yoktu. Başvuru anı posteroanterior akciğer grafisinde (PAAG) sol akciğer alt zon parakardiyak alanda lineer opasite artışı görüldü. Hemogramda eozinofil 990 ul, lenfosit 5010 ul, lökosit 11730 ul idi. Biyokimyada anlamlı özellik yoktu. Hasta ileri tetkik amacıyla yatırıldı. Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide (YÇBT) bilateral santral bronşektazi alanları, sağ akciğer orta lobda ve sol akciğer alt lobda peribronkovasküler buzlu cam dansiteleri izlendi (Şekil-1). Total IgE 21400 IU/mL olarak sonuçlandı. Romatolojik markerlar negatifti. Gaitada parazit saptanmadı. Periferik yaymada patoloji izlenmedi. Reversibiliteli solunum fonksiyon testinde FEV1:1420ml, FVC:1920ml, FEV1/FVC:%79, reversibilitite 500ml saptandı. Astım tanısı konfirme edilen YÇBT’de santral bronşektazi alanları olan, periferik kanda eozinifili ve total IgE yüksekliği izlenen hastada ön tanıda ABPA düşünüldü. Tanısal amaçlı fiberoptik bronkoskopi (FOB) ve *aspergillus* prick testi yapıldı. FOB’dan gönderilen bronkoalveolar lavaj ve fırçalama sitolojisinde eozinofil %1-2 izlendi, kültürde üreme olmadı. *Aspergillus* prick testi 3\*3 mm pozitif sonuçlandı. Hastaya ABPA tanısı konularak 0,5 mg/kg/gün oral prednizolon tedavisi başlandı. Tedaviye itrakanazol eklendi. Hasta taburculuk sonrası takibe alındı.

Şekil-1



Bilateral santral bronşektazi alanları, sağ akciğer orta lobda ve sol akciğer alt lobda peribronkovasküler buzlu cam dansiteleri mevcut.

**Tartışma-Sonuç:** Zor astım ile takip edilen hastalarda ABPA altta yatan nedenlerden biri olabilmektedir. Sistemik kortikosteroid ve itrakonazol tedavisi aspergillus antijeninin neden olduğu immunolojik aktiviteyi baskılamaktadır. Tanıda gecikme immunolojik aktivitenin devamlılığına ve hastalığın pulmoner fibrozise kadar ilerlemesine neden olabilmektedir. Bu nedenle astım ile takip edilen hastalarda santral bronşektazi ve tekrarlayan pulmoner infiltrasyonlar varlığında ABPA akla getirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Alerjik Bronkopulmoner Aspergillozis, Astım, Bronşiektazi

## PS-191

### Her Şişlik Anjioödem Midir? Pnömotoraks ile Takip Edilen Bir Olgu

Türkan Zeynep Fendoğlu<sup>1</sup>, Dilek Öksüzer Çimşir<sup>1</sup>, Şadan Soyyiğit<sup>2</sup>

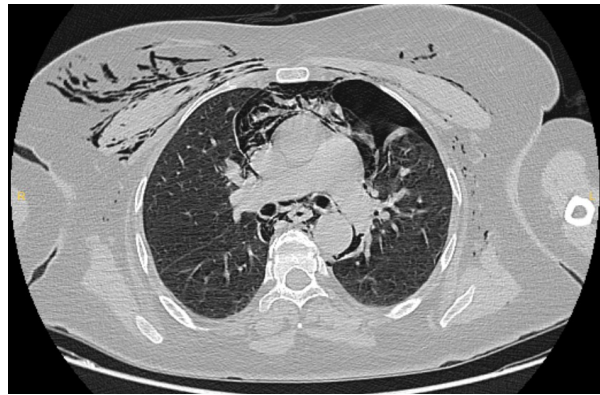
<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Tıp Fakültesi, İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Kliniği, Ankara

**Giriş-Amaç:** Anjioödem, derinin subkutan tabakasının, solunum veya gastrointestinal sistemin submukozal tabakalarının lokal olarak şişmesidir. Her biri farklı etiyolojilere, klinik seyirlere ve tedavilere sahip birçok anjioödem türü vardır. Anjioödem histamin, bradikinin ve lökotrien ilişkili görülebilir. Ayırıcı tanısında vücutta şişlik ile giden diğer hastalıklar mutlaka düşünölmelidir.

**Olgu:** Bilinen Diabetes Mellitus ve hipertansiyon tanıları mevcut olan 61 yaşındaki kadın hastaya postmenopozal kanama, adenomyozis, kompleks atipisiz endometrial hiperplazi tanıları ile laparoskopik total abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi operasyonu yapılmış. Postoperatif 4. günde kısa etkili actrapid insulin uygulandıktan sonra yüzde ve boyunda şişlik gelişmiş. Hastada insüline bağlı anjioödem düşünölmüş. Kısa etkili insülinin değiştirilmesine rağmen (actrapid >> novarapid) anjioödem tekrarlaması üzerine insulin alerjisi ön tanısı ile alerji ve immünoloji bölümüne konsölte edildi. Anjioödem (pozisyon ile değişen) antihistaminik tedaviye rağmen tekrarladığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde her iki gözde anjioödem ve boyunda diffüz şişliği mevcuttu. Boyunda cilt altında krepitasyon saptandı. 3 lt/dk nazal oksijen ile SpO<sub>2</sub>: 95 saptandı. Hastanın postoperative 4. gününde çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde yaygın amfizem, pnömomediastinum ve sol akciğerde pnömotoraks saptandı. Hastaya göğüs cerrahisi tarafından pretrakeal fasya açılması ve tüp torakostomi uygulandı. Şikayetleri tekrarlamayan ve gerileyen hasta torakostomisi kapatılarak taburcu edildi

Resim 1



Toraks tomografide izlenen cilt altı amfizem, pnömomediastinum ve pnömotoraks görünümü



**Tartışma-Sonuç:** Anjioödem ayırıcı tanısında otoimmün hastalıklar, tiroid hastalıkları, hidrostatik ödem, Gleich sendromu (Eozinofilinin eşlik ettiği epizodik anjioödem), Clarkson sendromu (Kapiller kaçış sendromu), Melkersson-Rosenthal sendromu, protein eksikliği, akut kontakt dermatit, DRESS Sendromu (İlaçla ilişkili döküntü, eozinofili ve sistemik semptomlar), dermatomyozit, Vena kava superior sendromu, Morbus Morbihan (Rozaseaya bağlı kronik lenfödem), Hipokomplementemik ürtikeryal vaskülit, orofasiyal granülomatozis, subkutanöz amfizem, idiyopatik ödem, akut karın sendromu (karın ağrısı atakları için), Ailevi akdeniz ateşi (Karın ağrısı atakları için) düşünülmelidir. Tedaviye yanıtız anjioödem olarak değerdendirilen hastalarda anamnez derinleştirilerek fizik muayenesi dikkatlice yapılmalı ve ayırıcı tanıdaki hastalıklar mutlaka gözden geçirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Anjioödem, Alerji, Pnömotoraks

## Anjioödemle Karışan Astım Atak: Olgu Sunumu

İlayda Sürmen<sup>1</sup>, Müge Erbay<sup>2</sup>, Tefik Özlü<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs hastalıkları Anabilim Dalı, İmmunoloji ve Alerji Bilim Dalı, Trabzon

**Giriş-Amaç:** Astım atağı; ilerleyen nefes darlığı, öksürük, hırıltı veya göğüste baskı hissinin ortaya çıkmasıdır. Fakat bu semptomlar yabancı cisim aspirasyonu, konjestif kalp yetmezliği, anafilaksi, larenks ödemi gibi benzer klinik tablolarla karışabilir. Yanlış tanı, yanlış tedavi yönetimine yol açabilir. Astım atağı, anjioödem sanılarak takip edilen olguyu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 39 yaş erkek hasta, 3 yıldır olan ürtiker/anjioödem şikayeti ile İmmunoloji ve Alerji polikliniğimize başvurdu. Ürtikeri antihistamin tedavisi ile kontrol alındaydı. Ancak haftada 2-3 kez ürtikersiz nefes darlığı atakları olunca boğaz şişliği olduğunu düşünerek kendisine bazen prednol ampul bazen adrenalin ampul uygulamaktaydı. Yaklaşık 3-5 yıldır, yıl boyu olan, ev tozu ile şiddetlenen riniti mevcuttu. Tozlu ortamlarda ve kokuyla nefes darlığı, öksürüğü ve bazen hırıltısı olmaktaydı. 10 paket/yıl sigara kullanımını vardı. Dinlemekle yaygın ronküs vardı. Solunum fonksiyon testinde (SFT); FEV1/FVC:%52, FEV1:%67 (3.23 L), FVC:%100 (6.18 L), reversibilite pozitif. Laboratuvarda; eozinofil 530 hücre/ $\mu$ L (%7.2), T. IgE 829 kU/L, ev tozu akar spIgE 3.57 kU/L (Class 3 pozitif), triptaz normal idi. Astım tedavisi hiç almamış olan hastaya yüksek doz IKS+ LABA, montelukast, nazal steroid ve 5 günlük sistemik steroid tedavisi verildi. Sigara kullanmayı bıraktı. Takibinde; ronküsü düzeldi, kontrol SFT'de FEV1/FVC:%90, FEV1:%112 (4.22 L), FVC:%96 (4.70 L) idi, adrenalin veya prednol yapmasını gerektirecek nefes darlığı atağı olmadı, düşük doz IKS'ye kadar basamak inildi. Hasta ataksız, semptom kontrollü olarak stabil takip edilmektedir.

**Tartışma-Sonuç:** Anjioödem ve astım atak hastaları ile acil serviste sık karşılaşılmakta ve hastaların klinikleri hızla kötüleşip ölümcül seyredebilmektedir. Ürtiker/anjioödem, astım, alerjik rinit gibi hastalıkların birlikte olabileceği akılda bulundurulmalıdır. Bu tür olgularda iyi bir anamnez ve tetkikler ile ayırıcı tanılarının oluşturulması hayat kurtarıcı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Anjioödem, Astım, Astım Atak

## PS-193

### Solunum Sesleri Bize Ne Anlatıyor? Astım Atağını Taklit Eden Bir Guatr Olgusu

Serdanur Özdemir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kula Devlet Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Nefes darlığı şikayeti, acil servis başvurularının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Fizik muayenesinde wheezing olan hastalar acil servislerde genellikle astım veya kronik obstruktif akciğer hastalığı atağı olarak değerlendirilmekte ve bronkodilatör tedavi almaktadır. Wheezing, stridor, ronküs ayrımı iyi yapılmalı, ayırıcı tanıda üst hava yolu patolojileri de akılda tutulmalıdır. Yabancı cisim aspirasyonu, tümör basısı, endotrakeal lezyonlar açısından hasta değerlendirilmelidir. Bu olguda acil servise mükerrer başvurularında astım atak olarak değerlendirilen, stridoru nedeniyle yapılan görüntülemesinde trakeal stenozu saptanan hasta bir olgu sunulmuştur.

**Olgu:** Bilinen esansiyel hipertansiyon ve osteoporoz tanıları olan 83 yaşında kadın hasta nefes darlığı, boğulma hissi şikayeti ile acil servise başvurdu. Göğüs hastalıkları polikliniğine konsulte edildiğinde uzun süredir var olan nefes darlığı ve boğulma hissi şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Hastanın son üç ayda yakınmalarının arttığı, son bir hafta içinde ise 3 kez hastane başvurusu olduğu görüldü. Bilinen astım tanısı yoktu. Fizik muayenesinde hasta ajite ve takipneik idi. Bifazik stridoru olan hastanın boyun sol yanında diffüz şişlik görüldü. Oskültasyonda bilateral yaygın ronküs duyulurken, stirodor solunum seslerini domine ediyordu. Oda havasında oksijen saturasyonu %94 olarak ölçüldü. Akciğer grafisinde trakea sağa deviye ve mediasten geniş izlendi (Resim-1). Stridor ve trakea deviasyonu nedeniyle hastaya boyun ve toraks bilgisayarlı tomografi çekildi. Tiroid bezinde 8 cm kitle lezyonu görüldü. Kitle basısına bağlı trakea lümeni en dar yerinde 5mm olarak ölçüldü (Resim-2). Hasta acil cerrahi müdahale için cerrahi branşlara konsulte edildi.

#### Posteroanterior Akciğer Grafisinde Trakeal Deviasyon



**Tartışma-Sonuç:** Literatürde astımı taklit eden trakeal darlık olguları bildirilmiştir. Tiroid dokusunun hipertrofisi ile trakeal bası olabileceği gibi intratrakeal ektojik tiroid dokusu gelişimi de literatürde bildirilmiştir. Vokal kord paralizileri astımı taklit edebilmekte, var olan astımı kötüleştirebilmektedir. Entubasyon sonrası gelişen stenoz yoğun bakım yatış anamnezi olan hastalarda düşünülmelidir. Pediatrik hasta grubunda yabancı cisim aspirasyonları akılda tutulmalıdır. Dispne başlangıç zamanı, hastanın medikal geçmişi, bronkodilatör tedaviye yanıt olup olmaması, tetikleyicilerin varlığı sorgulanmalı ve ayırıcı tanı geniş tutulmalıdır. Baş boyun muayenesi yapılmalıdır. Uzamış veya tedavi yanıtı olmayan olgularda ileri görüntüleme yöntemleri düşünülmelidir. Havayolu basıları, endobronşiyal lezyonlar gözden geçirilmeli, gerekirse endobronşiyal inceleme yapılmalıdır. Bu olguda, hastanın nefes darlığı ve boğulma hissi ile acil servislere çok sayıda başvurusu olmuştur. Son başvurusunda astım tedavisi düzenlenmesi açısından göğüs hastalıklarına konsülte edilen hastaya fizik muayene bulguları ile trakeal stenoz ön tanısı düşünülerek tanı konulmuştur. Günümüzde her ne kadar ileri tetkik incelemeleri ve teknolojik imkanlar artmış olsa da fizik muayene ve ayrıntılı anamnez hekimlik mesleğinde önemini asla kaybetmeyecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Stridor, Wheezing, Trakeal Stenoz, Astım

## Kronik Öksürüğün Nadir Bir Nedeni: Akalazya

Gülçehre Oğuztürk<sup>1</sup>, Hilmi Keskin<sup>2</sup>

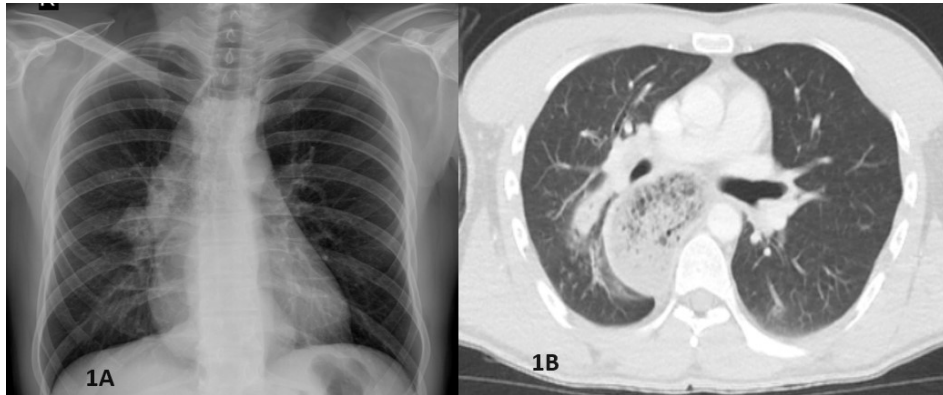
<sup>1</sup>Kelkit Devlet Hastanesi

<sup>2</sup>Gümüşhane Devlet Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Akalazya, özefagusun ender görülen bir motilite bozukluğudur. Hastalığın en sık görülen semptomları disfaji, sindirilemeyen gıdaların rejürjitasyonu ve kilo kaybı olmakla beraber nadir de olsa öksürük, dispne gibi solunumsal semptomlar da eşlik edebilmektedir. Burada kronik öksürük sonrasında akalazya tanısı alan bir vakayı sunduk.

**Olgu:** 33 yaşında bilinen kronik hastalığı olmayan, 10 yıldır aktif sigara kullanan erkek hasta polikliniğe 9 haftadır devam eden balgamsız kuru öksürük şikayetiyle başvurdu. Vital bulguları stabildi, fizik muayenesi normaldi. Laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Çekilen postero-anterior (PA) akciğer grafisinde sağ hiler bölgede opasite artışı izlendi. Bunun üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) proksimal özefagusta gıda birikime bağlı dilatasyon görüldü. Anamnez derinleştirildiğinde hastanın yaklaşık 5 yıldır devam eden disfaji şikayetinin olduğu ve 3 yıl önce dış merkezde üst gastrointestinal endoskopi uygulandığı öğrenildi. Endoskopi sonucunda anormal bir bulgu görülmemiş. Hasta akalazya ön tanısı ile genel cerrahiye yönlendirildi. Dış merkezde yapılan özefagogastroskopi altında hastaya pnömotik balon dilatasyonu uygulandı. Yapılan işlem sonrasında hastanın disfaji ve öksürük şikayetleri geriledi.

Şekil 1



1A) PAAC grafide sağ hiler opasite artışı izlendi 1B) Toraks BT'de gıda artıklarına bağlı düşünülen proksimal özefagusta genişleme

**Tartışma-Sonuç:** Alt özefagus sfinkter kasının yetersiz gevşemesi sonucu oluşan akalazya; erişkinlerde en sık 25-60 yaş grubunda, 10/10.000 sıklığında görülür. En sık semptomları disfaji,

kilo kaybı, dispepsi olsa da eşlik eden nefes darlığı ve öksürük gibi semptomlar nadir olarak bildirilmiştir. Öksürüğün esas semptom olduğu akalazya vakaları bugüne dek yalnızca pediatrik popülasyonda gösterilmiştir. Yetişkin hastalarda kronik öksürüğün ayırıcı tanıları arasında gaströzefageal reflü (GÖR), astım, sinüzit, malignite gibi nedenler ilk akla gelse de akalazyanın da kronik öksürüğün bir nedeni olabileceği akılda tutulmalı; detaylı bir anamnezin yanında radyolojik görüntüleme de mutlaka yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Akalazya, Kronik Öksürük, Özefagus

## PS-195

### Ağır Astım Tedavisinde Benralizumab: 2 Olgu Nedeni ile

Şeyma Özden<sup>1</sup>, Fatma Şahin Terzioğlu<sup>1</sup>, İsmet Bulut<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Astım; hava yolu aşırı duyarlılığı ile karakterize, dünya çapında yaklaşık 300 milyon insanı etkileyen kronik bir hava yolu hastalığıdır. Ağır astım, yaşam kalitesinde önemli bir bozulma ve astım alevlenmelerinde ve hastaneye yatışlarda artan prevalans ile ilişkilidir. Uzun süreli astım yönetiminin hedefleri iyi bir semptom kontrolü sağlamak, hastalıkla ilişkili ölüm, alevlenme, kalıcı hava akımı kısıtlaması ve advers olay riskini en aza indirmek ve oral kortikosteroid (OKS) kullanımını azaltmaktır. Benralizumab, anti-interlökin 5  $\alpha$  reseptör (IL-5R $\alpha$ ) inhibitörüdür. Ülkemizde ağır astım tedavisinde kısa süre önce SGK tarafından ruhsatlandırılan Benzralizuab ile tedavi uyguladığımız 2 hasta ile ilgili tecrübemizi paylaşmak istedik.

**Olgu:** Olgu 1 62 yaşında kadın hasta; yaklaşık 10 senedir astım tanısı var. Son 6 aydır artan hırıltılı solunum, öksürük ve nefes darlığı şikayeti var. Son 1 yılda 5 defa en az 3 gün sistemik steroid (SS) kullanımını gerektiren astım atağı ve 1 defada astım atak nedeni ile hastane yatış öyküsü mevcut. FM'de yaygın bilateral ronküsü olan hastanın laboratuvar değerlerinde periferik kan eosinofil değeri 1320 hücre/  $\mu$ L, serum total IgE:92 IU, ANA-ENA-ANCA profili negatifti. Solunum fonksiyon testinde FEV1:1180 ml ( %54) FVC :1670 mL (%65) FEV1/FVC:% 70,7di.Deri prick testi (DPT)negatif saptanan hastanın toraks ve paranasal sinüs BT'si normal sınırlarda olarak raporlandı. Hastanın aldığı tedavi: Montelukast 1\*1, Tiyotropiyum 1\*1, beklometazon+formeterol 3\*2 olup Astım kontrol testi (AKT): 7ydi. Hastaya benrealizumab 30 mg /4 haftada bir (ilk 3 doz) uygulandı. İlk uygulamadan 28 gün sonra tekrar değerlendirilen hastanın fizik muayenesinde solunum sesleri bilateral doğal periferik kan eozinofil düzeyi:0 hücre/  $\mu$ L, AKT: 21 olarak görüldü.Olgu 2:62 yaşında kadın hasta 30 senedir astım tanısı var. Aile öyküsünde anne ve babada astım tanısı var. Tıbbi geçmişinde2015 yılında kliniğimize başvuran hasta o dönem ağır astım olarak değerlendirilmiş. O dönemki tetkiklerinde serum total IgE: 1171 IU, DPTde Der. Farinea 8\*12 mm ve Der. Pteronyssinus 15\*18 mm pozitif AKT: 11 olan hastanın 1 yıl içerisinde 5-6 defa en az 3 gün SS kullanımını gerektiren astım atak öyküsü ve son 1 yılda 3 defa hastane yatış öyküsü olması nedeni ile hasta ağır astım olarak değerlendirilip omalizumab 375 mg /14 günde bir olacak şekilde uygulanmaya başlanmıştı. Omalizumab başladıktan sonra 1 sene öncesine kadar astım atak öyküsü olmayın hastanın son 1 yılda 1 defa SSkullandığı astım atak öyküsü ve son 4 ayda sık sık nebulizatör ile inhaler tedavi gereksinmi olması nedeni ile hasta yeniden değelrnlirdi.FM'de bilateral bazallerde yaygın ronküs olan hastanın serum totalIgE düzeyi: 1175, periferik kan eoziofil düzeyi: 820 hücre/  $\mu$ L di. Toraks BT si normal sınırlardaydı.Aldığı tedavi Montelukast+ desloratadin 1\*1, Tiyotropiyum 1\*1, beklometazon+formeterol 3\*2 olup AKT:17ydi. Hastanın omalizumab sonlandırılarak benralizumab 30 mg /4 haftada 1başlandı. Benralizumab ilk doz uygulandıktan 15 gün sonra tekrar değerlendirilen hastanın fizik muayenesinde ronküsleri belirgin ölçüde azalmış olup periferik kan eozinofil düzeyi:0 hücre/  $\mu$ L, AKT: 20 olarak kaydedildi.

**Tartışma-Sonuç:** Her iki hastanın da ilk 3 dozu 30 mg 1\*1 /4 haftada bir şeklinde olup takip eden dozlar 30 mg 1\*1/ 8 haftada bir olacak şekilde planlandı. Bu 2 hastada henüz tedavinin başlangıç dozlarında olup 4 haftada bir 30 mg benralizumab uygulanmış olan hastalardır. Ancak erken dönemde dahi hastaların klinik ve laboratuvar iyileşmeleri oldukça umut vaad etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ağır Astım, Benralizumab, Biyolojik Ajan



## Ağır Astım Nedeni ile Yönlendirilen Kronik Eozinofilik Pnömoni Olgusu

Bengü Altınok<sup>1</sup>, Müge Erbay<sup>1</sup>, Tevfik Özlü<sup>2</sup>

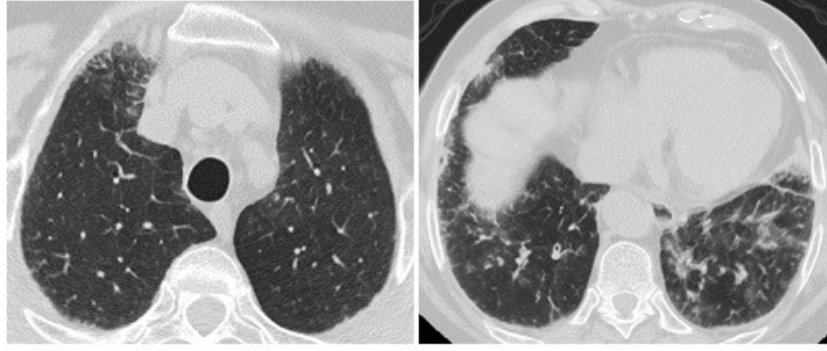
<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmunoloji ve Alerji Bilim Dalı, Trabzon

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

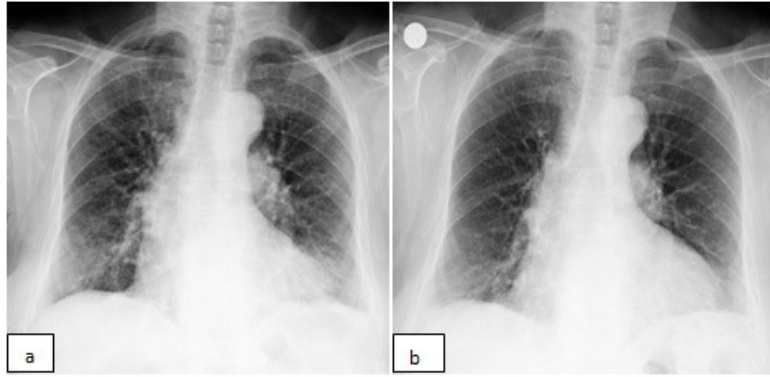
**Giriş-Amaç:** Kronik eozinofilik pnömoni (KEP) enfeksiyöz, ilaç veya toksik etiyolojisi olmayan idiyopatik nadir bir hastalıktır. Akciğerlerin interstisyum ve alveolar boşluklarında anormal ve belirgin eozinofil birikimi ile karakterizedir. En az bir aydır olan öksürük, nefes darlığı, ateş, gece terlemesi, kilo kaybı gibi semptomlarla başvurabilirler. Vakaların yaklaşık yarısında total serum immünoglobulin E düzeyleri yükselmiştir. KEP'in karakteristik akciğer tomografi bulguları bilateral periferik segmental olmayan konsolidasyon ve üst loblarda buzlu cam opasiteleridir. Ağır astım düşünülerek alerji polikliniğimize sevk edilen hastada kronik eozinofilik pnömoni saptadık ve ağır astımla karışabilen kliniği olması nedeniyle sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Yetmiş beş yaşında kadın, yirmi beş yıldır astımla takipli olup ağır astım açısından ileri tetkik için dış merkezden polikliniğimize yönlendirilmişti. Öksürük, nefes darlığı, hırıltılı solunum, sarı renkli balgam şikayeti ve rinit semptomları mevcuttu. Hipertansiyon için amlodipin, valsartan/hidroklorotiyazid kullanıyordu. Sigara hiç içmemişti. Son bir yıldır düzenli astım tedavisine rağmen şikayetleri düzelmliyordu. Son bir yılda üç kez steroid gerektiren astım atak, iki kez pnömoni geçirmişti. Tetkiklerinde; deri prik testi ve ev akar, aspergillus spIgE negatif, total IgE:317 kU/L, eozinofil 2140 c/µl (%20) saptandı. Hipereozinofili için bakılan p-ANCA, IgG-A-M, vitamin B12, troponin normaldi. SFT; FEV1/FVC: % 93, FEV1: %87 (1.26 litre), FVC: %63 (1.35 litre), DLCO: %47 saptandı. HRCT 'de her iki akciğerde alt loblarda ve subplevral akciğer parankiminde daha belirgin retiküler dansiteler ve traksiyon bronşiektazileri, bronş duvarlarında kalınlaşma izlendi (Resim 1). Hematoloji hastada hipereozinofilik sendrom düşünmedi. Hastaya KEP tanısı ile metilprednizolon 32 mg başlandı ve 2 hafta sonrası infiltrasyonlarda gerileme (Resim 2), SFT'de artış (FVC: %83 (1.78 litre)), klinik bulgularda iyileşme görüldü.

**Resim 1.** Tedavi öncesi HRCT görünümü



**Resim 2.** Tedavi öncesi (a) ve 2 hafta sonrası (b) akciğer grafisi



**Tartışma-Sonuç:** Hava yolunda eozinofilik infiltrasyon ve periferik eozinofili astımda beklenir. Ancak astım tedavisi ile semptom kontrolsüzlüğü olan, atak geçiren hastalarda ağır astım tanısından önce astımın kontrolsüzlüğüne yol açabilecek alerjik rinit, alerjik bronkopulmoner aspergillozis (ABPA), eozinofilik granümatöz polianjitis (EGPA), immun yetmezlik, eozinofilik pulmoner hastalıklar gibi eozinofiliye yol açabilecek ek hastalıkların dışlanması gerekebilir. KEP hastalarının bazılarında astım öyküsü varken bazılarında sonradan oluşabilir ve sıklıkla şiddetli astımla ilişkilidir.

**Anahtar Kelimeler:** Astım, Hipereozinofili, Eozinofilik Pnömoni

**PS-197**

## **Thaumetopoea Pityocampa (Çam Kese Tırtılı) ısırması Sonrası Gelişen Anafilaksi Benzeri Tablo**

Oıcaay Ayçiçek<sup>1</sup>, Serra Keskin<sup>1</sup>, Mehtap Pehlivanlar Küçük<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Yoğun Bakım Anabilim Dalı, Trabzon

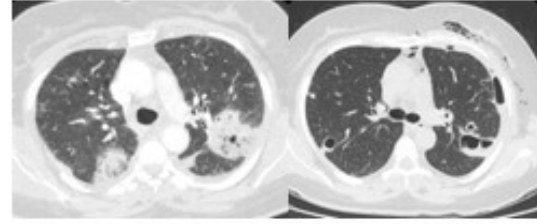
**Giriş-Amaç:** Çam kese tırtılına yurdumuzda daha çok Akdeniz, Ege, Marmara ile Karadeniz Bölgesi sahil kesimi ve Orta Anadolu'da rastlanmaktadır. Tırtılın üzerindeki tüyler dökülerek havaya savrulabilir ve bu tüyler temas eden ciltte ürtiker veya papüler döküntülere neden olabilirler. Literatürde bu tırtıla maruziyet sonucu daha çok cilt lezyonları ile ilgili vakalar bildirilmiştir. Bizim vakamızda tırtılın hastanın boynunu ısırması sonucu önce boyun bölgesinde apse meydana gelmiş ve sonrasında o bölgedeki mikroorganizma kan yolu ile akciğere yayılarak akciğerde çok sayıda apse lezyonu meydana getirmiştir.

**Olgu:** 44 yaş kadın hasta yaklaşık 1 hafta önce boynundan tırtıl ısırmasından 2-3 gün sonra boyunda tutulma, boyundan kola yansıyan ağrı ile hastaneye başvurmuş. Ağrı kesici tedavi başlanmış. Birkaç gün sonra ateşi yükselen hastada boyunda apse saptanarak yatırılmış. Ancak takibinde hastada önce nefes darlığı sonrasında şok tablosu gelişmesi üzerine hastanemize sevk edildi. Genel durumu kötü olan septik şok tablosunda olan hasta yoğun bakım 3 ünitemize kabul edildi. Yapılan tetkiklerde iki taraflı akciğerlerde yaygın, çok sayıda irili ufaklı apse ile uyumlu lezyonlar saptandı. Hastada invaziv mantar enfeksiyonu, septik emboli, vaskülit ön tanıları düşünülerek bu hastalıklara yönelik ampirik tedaviler başlandı. Yoğun bakım yatışı sırasında bronkoskopi yapılarak alınan materyaller mikrobiyolojik olarak incelendi ve tüm materyallerde metilin dirençli stafilokokkus aureus üremesi oldu. Antibiyoterapiye uygun tedavi başlandı. Balgamda PCP PCR pozitif gelen hastaya bactrim 4x4 başlandı. Takibinde radyolojik bulguları gerileyen ve kliniğinde iyileşme saptanan hasta göğüs hastalıkları servisine alındı. Servis takibinde 2 kez göğüs ağrısı ve oksijen ihtiyacında artma olması üzerine çekilen PA AC grafisinde spontan pnömotoraks saptanan hastaya göğüs tüpü takıldı. Takiplerinde akciğeri açılan ve hem radyolojik hem de klinik bulguları düzelen hasta ayaktan takibi devam etmek üzere taburcu edildi. Ayaktan takiplerinde hastanın genel durumu iyi ve radyolojik bulgularında daha da düzelme saptandı. Şu an sorunsuz takip edilmekte

## Hastanın Tedavi Öncesi ve Sonrası Kontrol Görüntülemeleri



RESİM 1: Tedavi öncesi PA Grafi RESİM 2: Tedavi sonrası PA Grafi



RESİM 3: Tedavi öncesi Toraks BT RESİM 4: Tedavi sonrası kontrol Toraks BT

**Tartışma-Sonuç:** Anafilaksi benzeri tablo ile gelen hastalarda ayrıntılı öykü sorgulanmalı ve Thaumetopoea Pityocampa (çam kese tırtılı) ısırması akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Thaumetopoea Pityocampa, Anafilaksi, Septik Emboli

**PS-198**

## **Spontan Hemopnömotoraks: Nadir Bir Olgu Sunumu**

Hasan Doğan<sup>1</sup>, Seliman Çetinbulut<sup>2</sup>

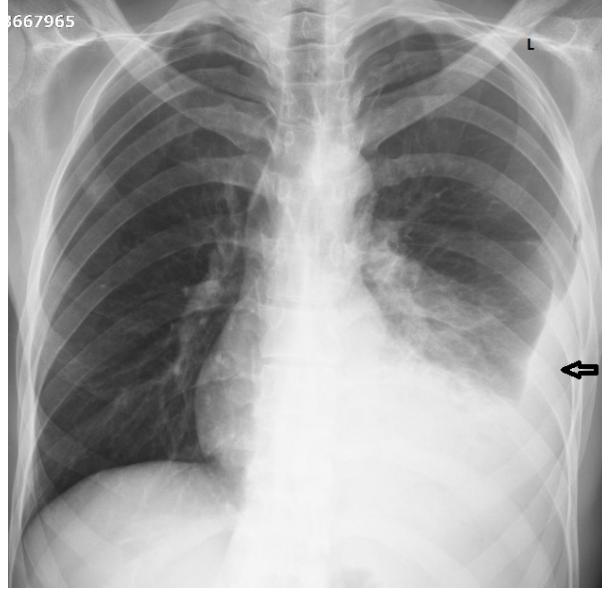
<sup>1</sup>Muş Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

<sup>2</sup>Muş Devlet Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

**Giriş-Amaç:** Spontan hemopnömotoraks; nadir görölen ancak hayatı tehdit edebilen bir durum olup spontan pnömotoraksa sekonder bir komplikasyon olarak karşımıza çıkabilir. Spontan pnömotoraksa %1-12 civarında eşlik edebilir. Hastaların bir kısmı sadece tüp torakostomi ile şifa bulurken; bir kısmında acil torakotomi gerekebilir. Biz bu olguda nadir görölen bir komplikasyon olan spontan hemopnömotoraks hastasında uyguladığımız cerrahi tedaviden bahsedeceğiz.

**Olgu:** 31 yaşında 10 paket yıl sigara öyküsü olan erkek hasta göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetiyle acil servise başvurdu. Sol parsiyel pnömotoraksı olan hasta takip ve tedavi amaçlı servise yatırıldı. Ertesi gün sabah vizitinde hasta soluk görünümde olup nefes darlığında artış ve ciddi baş dönmesi şikayeti vardı. Hastaya çekilen akciğer grafisinde sol hemitoraksta; pnömotoraksa eşlik eden effüzyon göröldü. Hastaya tüp torakostomi işlemi uygulanmasından sonra yaklaşık 1700 cc hemorajik drenajı oldu. Hastanın takiplerinde hipotansiyon (80/50), taşikardi (136) ve genel durumunda kötüleşme olması üzerine hastaya acil torakotomi planlandı. Operasyon sırasında masif bir kanama alanı görölmeyip ; sol akciğer apeksinde büllöz yapılar ve hemorajik görünümde bir alan görölmeye üzerine 2 adet stapler ile bu alan divize edildi. Tekrar tekrar yapılan hava kaçağı ve kanama kontrollerinde aktif bir kanama ve hava kaçağı tespit edilemedi. Toraksa 1 adet dren takılarak toraks kapatıldı. Postop takiplerinde hava kaçağı hiç olmadı. Postop 1. gün 100 cc kadar hemorajik drenajı olup 2. ve 3. günlerde hiç drenaj olmadı. Postop 3. gün hastanın dreni çekildikten sonra 4. gün taburcu edildi. Hastanın taburculuk akabinde 10 gün sonraki kontrolünde herhangi bir semptomu olmadığı ve çekilen kontrol akciğer grafisinin de olağan görünümde olduğu göröldü.

Hastanın 16 saat sonraki takibinde akciğer grafisinde spontan hemopnömotoraks görüntüsü



**Tartışma-Sonuç:** Hemotoraks genel olarak travma ile ilişkili olmasına rağmen spontan hemopnömotoraksta hastaların anamnezlerinde travma öyküsü yoktur. Yaşamı tehdit eden kanamalara sebep olabilen bu komplikasyondan; vaskülarizasyonu fazla olan büllerin rüptürü, paryetal plevra ve visseral plevra arasındaki yapışıklıkların açılması veya paryetal plevra ile bül arasındaki anormal vaskülerize damarların rüptürü sonucu olabileceği söylenmiştir. Bu hastalarda ilk tedavi seçeneği tüp torakostomi olmalıdır. Seçili hastalarda; uygulanan konservatif tedavi ve sadece tüp torakostomi ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Hastanın hemodinamisi yakından takip edilmeli; gerekli kan ve sıvı replasmanı yapılmalıdır. Ancak hemodinamik stabilizasyon sağlanamayan hastalara acil cerrahi girişim gerekebileceği akılda tutulmalıdır. Cerrahi planlanan hastalarda torakotomi tercih edilebileceği gibi, video torakoskopik girişimler de uygulanabilir. Nitekim bizim hastamızda da hipotansiyon, taşikardi ve aynı zamanda hastanın tüp torakostomi sonrası masif drenaj olması üzerine acil torakotomi yapılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Pnömotoraks, Hemopnömotoraks

## Poster Bildiri Oturumu 11: İnterstisyel Akciğer Hastalıkları

### PS-201

#### Bir Diskeratozis Konjenita Olgusunda Hipoksemi: Olgu Sunumu

Esra Açıkel<sup>1</sup>, Serhat Erol<sup>1</sup>, Fatma Nazan Çobanoğlu<sup>2</sup>, Özlem Özdemir Kumbasar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

**Giriş-Amaç:** Diskeratozis Konjenita (DK), kemik iliği yetmezliği, kansere yatkınlık, deride atrofi ve pigmentasyon, tırnak distrofisi, muköz membranlarda lökoplaki, hematolojik ve gastroenterolojik bulgular gibi somatik anormalliklerle karakterize X'e bağlı resesif, ancak otozomal dominant ve resesif geçiş de gösterebilen multisistemik bir hastalıktır. Hastalığın ileri evrelerinde pulmoner fibrozis gelişebileceği bilinmektedir.

**Olgu:** Kliniğimize son 2 aydır artan nefes darlığı ile başvuran 28 yaşında erkek hastanın, 15 yaşında büyüme geriliği şikayeti ile başvurduğu dış merkezde cilt bulguları, oral mukozal lökoplaki ve trombositopeni bulunması üzerine DK tanısı aldığı öğrenildi. Tanı sırasında DK'ya bağlı karaciğer fibrozisi de saptanmış. Kemik iliği yetmezliği nedeniyle 2012 yılında 11 yaşındaki erkek kardeşinden Kemik İliği Transplantasyonu (KİT) yapılmış. KİT sonrası 20. ayda giderek artan nefes darlığı ve öksürük şikayetleri başlamış, takiplerde karbonmonoksit difüzyon testinin (DLCO) giderek düştüğü gözlenmiş (DLCO %20 ye kadar inmiş). Kontrastlı ekokardiyografide pulmoner arteriovenöz malformasyon saptanmış. Karaciğer nakli açısından değerlendirme sonrasında uygun olmadığına karar verilmiş. Hasta hipoksemik solunum yetmezliği ile kliniğimize kabul edildi. Platipnesi ve efor dispnesi vardı. Oda havasında yatarken saturasyon %85 otururken %70 ölçüldü (ortodeoksi) diğer vital bulguları stabildi. Dinlemekle bazallerde ince raller duyuldu. Toraks BT de mediastinal geniş, belirginleşmiş vasküler yapılar, her iki akciğerde bazallerde ve üst loblarda lineer dansiteler ve milimetrik nodüller izlendi. Platipnesi ve ortodeoksi bulgusu olan hastada Hepatopulmoner Sendrom'a bağlı solunum yetmezliği düşünüldü.

**Tartışma-Sonuç:** DK tanılı hastalarda gelişen solunum yetmezliğinde etyolojide DK'ya sekonder pulmoner fibrozis, kronik karaciğer hastalığına sekonder HPS, KİT yapılan hastalarda Post KİT akciğer komplikasyonları akla gelmelidir. HPS'da karaciğer transplantasyonu ile solunumsal semptomların gerileyeceği öngörülmesine rağmen bazen yanıtız olabileceği de bildirilmiştir.

Görsel 1. Tırnaklarda distrofi



**Anahtar Kelimeler:** Hepatopulmoner Sendrom, Diskeratozis Konjenita, Solunum Yetmezliği



## İmmünesüpresif Hastada Pulmoner Langerhans Hücreli Histiyositoz

Zeynep Eğri Kansu<sup>1</sup>, Kübra Karaca<sup>1</sup>, Abdullah Kansu<sup>1</sup>, Hüseyin Saffet Beköz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Langerhans hücreli histiyositoz (LHH), etiyolojisi ve patogenezi net bilinmeyen, Langerhans hücrelerinin çeşitli organ ve dokularda proliferasyonu ve birikimi ile karakterize; en sık kemik, deri, lenf bezleri, kemik iliği, akciğer, hipotalamus, dalak ve karaciğeri tutan nadir görülen bir hastalıktır. İlk yayınlarda hastalığın prevalansının erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir ancak; kadınlarda sigara içme sıklığının artması nedeniyle günümüzde her iki cinsiyette eşit oranda görülmektedir. Pulmoner LHH Diffüz parankimal akciğer hastalığı olanların %3-5'ini oluşturmaktadır.

**Olgu:** 44 yaşında Foliküler Lenfoma tanılı kadın hasta dispne, öksürük şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. 20 paket-yıl sigara öyküsü vardı. Hastanın yıllar önce tüp mide ameliyatı geçirdiği, özgeçmişinde astım olduğu ve evinde kedi, köpek ve papağan beslediği öğrenildi. Başvuru tarihinden 1 sene önce rituksimab ve bendamustin tedavisi almıştı. Solunum sesleri olağandı. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de her iki akciğerde peribronşial kalınlık artışlarına eşlik eden peribronkovasküler ağırlıklı yerleşim gösteren solid, buzlu cam, kaviter nodüler dansite artışları izlendi. Tariflenen bulgular öncelikle lenfoma tanısı bulunan olguda lenfomanın pulmoner tutulumu lehine değerlendirildi. Fırsatçı enfeksiyonlar, tüberküloz, hipersensivite pnömonisi ayırıcı tanıda düşünüldü. Hastaya orta lob medial segmentten bronkoalveolar lavaj (BAL) yapıldı. BAL ve mantar kültüründe üreme olmadı, tüberküloz pcr negatif sonuçlandı. Patolojide bol makrofaj ve bronş epitel hücresi görüldü. Hastaya açık akciğer biyopsisi yapıldı ve Langerhans hücreli histiyositoz tanısı konuldu. Hasta hematoloji ve sigara bırakma polikliniğine yönlendirildi. Hastaya sitarabin tedavisi başlandı.

**Tartışma-Sonuç:** PLHH nadir görülen bir hastalık olup genellikle genç yaşlarda ve sigara içenlerde görülür. Radyolojik olarak üst ve orta alanlarda daha yaygın retiküler, retikülonodüler ve kaviteleşmiş nodüler infiltrasyon görülen ve spontan pnömotoraks nedeniyle başvuran genç, sigara içen hastalarda ön planda PLHH akla gelmelidir. Kesin tanı akciğer biyopsisidir. Hastalığın tedavisinde ilk basamak sigaranın bırakılmasıdır. Progresif ve sistemik semptomu olan hastalarda steroidler 0,5–1 mg/kg/gün dozunda 6–12 ay kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** LHH, Langerhans Hücreli Histiyositoz

## IgG4 İlişkili Nadir Bir Olgu: İzole Akciğer Tutulumu

Cansu Görkem Yahşi<sup>1</sup>, Yasemin Çam<sup>1</sup>, H. Canan Hasanoğlu<sup>2</sup>, Hayriye Tatlı Doğan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

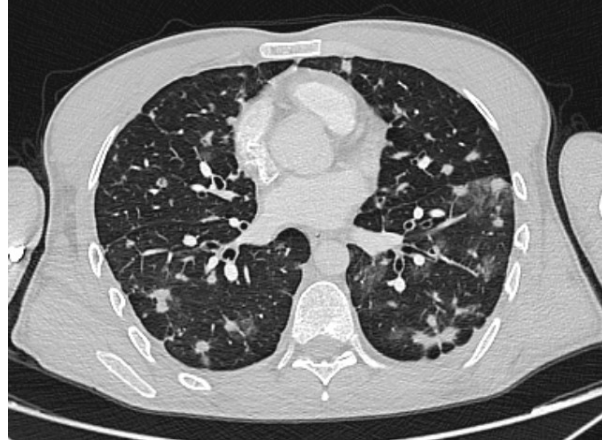
<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı

**Giriş-Amaç:** İmmünoglobulin G4 ile ilişkili hastalık (IgG4-İH) birden fazla organı etkileyebilen, immün aracılı fibroinflamatuvar bir durumdur. Etkilenen organlarda IgG4 pozitif plazma hücrelerinin infiltrasyonu, storiform paternde fibrozis, obliteratif flebit ve orta düzeyde doku eozinofilisi ile karakterizedir. Serum IgG4 düzeyleri hastaların 2/3'ünde yüksektir. Dokuda tipik histopatolojik bulgular görülmesine rağmen hastaların bir kısmında serum IgG4 düzeyleri normal bulunabilir. IgG4 düzeyi normal olan, akciğer lezyonlarından yapılan biyopsinin histopatolojisi IgG4 ilişkili hastalık ile uyumlu izlenen ve IgG4 ilişkili akciğer hastalığı (IgG4-AH) kabul edilen hastamız; izole akciğer tutulumunun oldukça nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

**Olgu:** Bilinen kronik hastalığı, ilaç kullanım öyküsü bulunmayan 29 yaşında erkek hasta; 1 aydır olan öksürük, az miktarda beyaz renkli balgam ve 1 kez olan hemoptzi ile polikliniğe başvurmuş. Akciğer grafisinde yaygın nodüler gölge artışları izlenmiş; Toraks BT'de: "Her iki akciğer parankim alanlarında dağınık yerleşim gösteren periferik parankimal ve subplevral yerleşimli, düzensiz konturlu, bazılarında kaviter görünümün eşlik ettiği multiple nodüler lezyonlar ve bu lezyonlar komşuluğunda yer yer şüpheli buzlu cam tarzında dansite artımları" (Resim-1) bulguları saptanan hasta akciğerde multinodüler lezyonların etyolojisine yönelik tetkik edilmek üzere servise yatırıldı. Laboratuvarında tam kan ve kan biyokimyası normal izlendi. Tümör belirteçleri negatif, p-ANCA ve c-ANCA negatif izlendi. PET-BT'de: "Her iki akciğerde dağınık yerleşimli parankimal ve subplevral alanda multiple subsantimetrik nodüllerde artmış F-18 FDG tutulumu izlendi, diğer vücut alanlarında patolojik hipermetabolizma görülmedi, akciğerdeki lezyonların primer odak açısından histopatolojik korelasyonu önerilir" şeklinde yorumlandı. Sağ alt lobtan alınan wedge biyopsi: "İrregüler storiform özellikte fibröz doku proliferasyonu, hyalenize yoğun kollajenozis ve bu alanların çevresinde lenfoplazmositer infiltrasyon, birkaç alanda obliteratif arterit açısından şüpheli görünüm ve immunhistokimyasal çalışmada IgG ile plazma hücrelerinde yoğun boyanma ve bir alanda IgG4 pozitif plazma hücre sayısı 30-35 olarak görülmüş; bulgular IgG4 ilişkili skerozan hastalığı düşündürmüştür" şeklinde sonuçlandı. Serum IgG: 12 g/L (normal) ve IgG4: 1,4 g/L (normal) olarak saptanan; kolajen doku hastalıkları ve malignite dışlanan hastaya mevcut bulgular ile histopatolojik olarak IgG4-AH tanısı konuldu ve 32 mg/gün dozunda metilprednizolon tedavisi başlandı.

Resim-1



BT kesitinde izlenen dağınık yerleşimli düzensiz konturlu multiple nodüler lezyonlar ve komşuluklarında buzlu cam dansite artımları

**Tartışma-Sonuç:** IgG4-AH malignite dahil birçok tabloyu taklit edebilir ve tanısı zor bir hastalıktır. Asemptomatik olabileceği gibi non spesifik bir solunumsal yakınma ile de prezente olabilir. Hastalığın pulmoner tutulumunun birkaç şekli tanımlanmıştır: Solid nodüler görünüm, buzlu cam opasiteleri, bronkovasküler dallanma, interlobuler septal kalınlaşmalar, bal peteği oluşumu, bronşektazi ve yaygın buzlu cam opasiteleri. Bizim olgumuzda da radyolojide yaygın solid nodüller ve yer yer buzlu cam opasiteleri tanımlanmıştı ve histopatoloji ile hastaya IgG4-AH tanısı konuldu. Yaygın nodüler tutulumu olan hastalarda granülomatöz polianjitis, metastatik malign hastalıklar, mantar enfeksiyonları ve pnömokonyozların yanı sıra IgG4-İH da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** IgG4 İlişkili Hastalık, IgG4 Akciğer Tutulumu, IgG4 Tedavi

## Solunum Semptomlarıyla Granüloamatöz Polianjitis

Seyma Aydın<sup>1</sup>, Gülfidan Aras<sup>1</sup>, Tuğba Mandal Zirek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

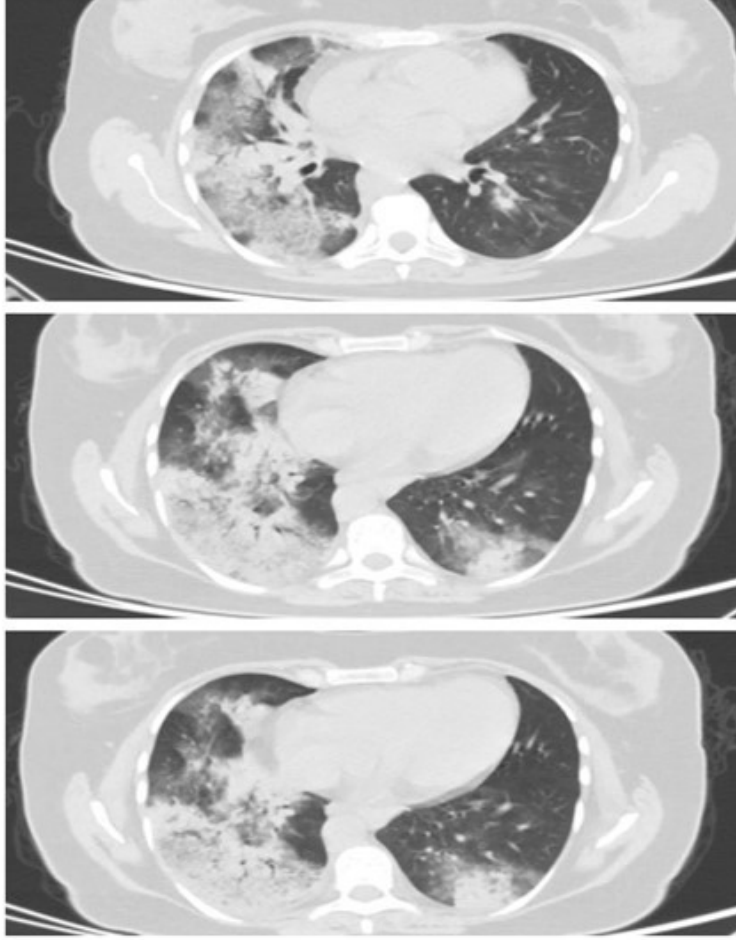
**Giriş-Amaç:** Granüloamatöz polianjitis (GPA) en sık görülen küçük damar vaskülit olup ANCA ile ilişkilidir. En sık solunum yolları ve böbrekleri tutar. Akciğer tutulumunun görüldüğü en sık granüloamatöz vaskülit formudur. Tanısında ANCA testi pozitifliğine eşlik eden uygun klinik ve radyolojik tutulum önemlidir. Alveoler hemoraji ve hızlı gelişen böbrek yetmezliğinde acil tedavi gerektirir. Nadir görülen bir hastalık olması nedeniyle kliniğimize akciğer bulgularıyla interne edilen olguyu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 36 yaşında kadın hasta dış merkeze eklem ağrıları, nefes darlığı, öksürük ve hemoptizi şikayetleri ile başvurmuş. PA Akciğer Grafisinde ve toraks BT de yaygın bilateral infiltrasyonlar görülerek Covid 19 Pnömonisi düşünülmüş, yapılan PCR testi negatif sonuçlanmış, ampirik antibiyotapi başlanmış. Ancak dispnesi giderek artınca ve hemoptizisi devam edince ve Toraks BT de infiltrasyonlarda progresyon gözlenince tarafımıza yönlendirildi. Hasta kliniğe interne edildi. Yapılan tetkiklerde CRP:42, Procalsitonin:0.09, WBC:13, Kreatin:0.62, GFR:116, idrarda eser miktarda protein ve +3 eritrosit vardı. Hastadan Kolajen doku belirteçleri ve vaskülit belirteçleri istendi. Ampirik antibiyoterapi başlandı. Hemotizisi kreşe devam eden hastaya bronkoskopi planladı. Bronkoskop ile kanama odağı gözlenmedi, sağ akciğer orta lobdan yapılan Bronko Alveolar Lavaj (BAL) ile hemorajik sıvı alındı, bu durum alveolar hemoraji olarak yorumlandı. Hastaya 40 mg prednizolon başlandı. BAL da %83 Makrofaj, %15 Polimorf nüveli lökosit, %2 Lenfosit vardı. Takipleri sırasında dispnesi düzelen ve kliniği iyiye giden hastanın kontrol PA Akciğer Grafisinde infiltrasyonlarda regresyon gözlendi. Kontrol kan tetkiklerinde CRP:77, Procalsitonin:0.09, Kreatin:0.74, GFR:105'ti. 24 saatlik idrarında mikroalbumin yüksekti. Balgam örneklerinde mikroorganizma üremedi. Takiplerinde idrarındaki +3 eritrosit devam ediyordu. 15 gündür 40 mg prednisolon alan hastanın, PR3 ANCA >200 (Pozitif) sonuçlandı. Diğer kolajen doku belirteçleri ve vaskülit belirteçleri negatifti. Granüloamatöz Polianjitis olduğu düşünülen hasta Romatoloji Kliniğine danışıldı ve devredildi. Romatoloji kliniğinde 3 gün PULSE steroid tedavisi verildikten sonra 60 mg prednizolon ile devam edildi. Uzun süredir sebat eden bilateral akciğerlerdeki infiltrasyon alanlarının kontrol Toraks BT de büyük oranda regrese olduğu gözlendi. Hemoptizi yok. Böbrek biyopsisi yapılan hastaya hem indüksiyon hem de idame tedavi olarak Ritüksimab verilmesi planlanıyor.

**Tartışma-Sonuç:** Hemoptizi şikayeti ile başvuran hastalarda Granüloamatöz Polianjitis mutlaka hatırlanmalıdır. Yaşamı tehdit edici ciddi bir hastalıktır, olası yıllık insidansı 10/milyon/yıl dır. Hastalığın erken tanı ve tedavi prognoz bakımından önemlidir. Klinik seyirinde üst hava yolları ve akciğerin nekrotizan granüloamatöz lezyonları, genellikle fokal segmental nekrotizan glomerülonefrit ve diğer organ patolojilerine de neden olan yaygın bir vaskülit ile karakterizedir.

Prognozu böbrek tutulumunun düzeyi belirler; glomerulonefrit bulguları belirgin olan hastaların %40'ının yaşam süresi 10 yıldan azdır. Tedavi görmeyen hastaların %80'inden fazlasının yaşam süresi 1 yılı aşmamaktadır. Tüm çabalara karşın, alevlenmeler sık görülmekte, özellikle ileri düzeyde böbrek tutulması olan hastalarda başarı oranı çok düşüktür.

#### Yaygın infiltrasyonlar



**Anahtar Kelimeler:** Granülomatöz Polianjitis, Hemoptizi

## Akciğer Tutulumu ile Giden Nörofibromatozis Olgusu

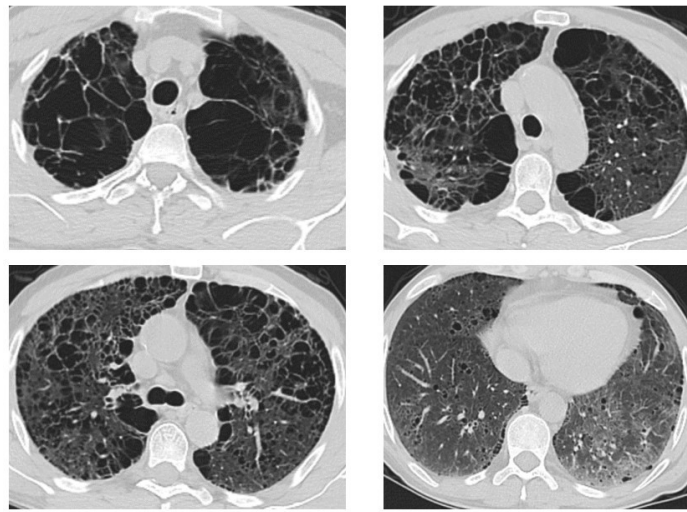
Sibel Doğru<sup>1</sup>, Cengizhan Sezgi<sup>1</sup>, Mahsuk Taylan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş-Amaç:** Tip1 Nörofibromatozis (NF1), otozomal dominant kalıtmımlı, 1/2500-3000 insidansa sahip, genetik, multisistemik bir hastalıktır. Cafe-au-laitmakülleri genellikle hastalığın ilk ortaya çıkan özelliğidir. Hastalık ilerledikçe iskelet, nörolojik ve pulmoner organ sistemlerinde değişen derecelerde tutulum olabilir. Vaka, nadir görülmesi ve kistik akciğer hastalıklarının ayırıcı tanısında düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla sunuldu.

**Olgu:** 48 yaşında erkek hasta, son bir yıldır olan, iki kat merdiven çıkmakla artan nefes darlığı, bir haftadır olan yaygın göğüs ağrısı şikayetiyle polikliniğe başvurdu. 80 paket/yılı sigara kullanmıştı. Fizik muayenesinde takipne, taşikardi, yaygın Cafe-au-laitmakülleri mevcuttu. Oda havasında satürasyonu %98'di. Rutin biyokimya ve hemogram değerleri normaldi. Solunum fonksiyon testine koöper olamadı. EKG ve Ekokardiyografik incelemesi normaldi. Akciğer grafisinde iki taraflı yaygın kistik lezyonları mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT), bilateral üst zonlarda daha belirgin olmak üzere yaygın ince duvarlı kistleri mevcuttu (Resim 1,2,3,4). Bronkoskopik incelemede bronkoalveolar lavajda bakılan CD1a düzeyi ve serumda Alfa-1 antitripsin düzeyi normal ölçüldü. Nörofibromatozis 1 geninde heterozigot mutasyon saptandı. Hasta NF-1'in akciğer tutulumu olarak kabul edildi.

Resim 1. Toraks BT



**Tartışma-Sonuç:** Sonuç:NF-1'in akciğer tutulumu bu vakada da olduğu gibi spesifik olmayan solunum semptomları, üst lob kistik ve alt loblarda interstisyel tutulumla karakterizdir. Dördüncü

veya beşinci dekatta, tütün kullananlarda daha erken ortaya çıkabilir. NF-1'in akciğer tutulumu nefes darlığı, göğüs ağrısı, kronik öksürük, hemoptizi veya asemptomatik olgularda BT'de rastlantısal bir bulgu şeklinde olabilir. Spontan pnömotoraks, pulmoner hipertansiyon ve kronik solunum yetmezliği gibi komplikasyonlar gelişebilir. NF-1'in akciğer tutulumu sigaranın bırakılmasıyla önlenemez ancak bilinen bir tedavisi yoktur. Solunum semptomlarıyla başvuran kistik akciğer lezyonu olan hastalarda NF-1'in akciğer tutulumu da düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Kistik Akciğer Hastalıkları, Nörofibromatoz ile İlişkili Akciğer Hastalığı, NF-1

**PS-209**

## **İdiyopatik Pulmoner Fibrozis Zemininde Gelişen Pulmoner Neoplazi Olgusu**

Bilgenur Yıldırım<sup>1</sup>, Merve Meryem Varol<sup>1</sup>, Ercan Kurtipek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Konya Şehir Hastanesi

**Giriş-Amaç:** İdiyopatik pulmoner fibrozis (İPF); nedeni bilinmeyen progresif fibrozisle seyreden, akciğerlerle sınırlı, sıklıkla ileri yaşta görülen, histopatolojik ve radyolojik olarak olağan interstisyel pnömoni (UIP) ile karakterize kronik ve ilerleyici bir akciğer hastalığıdır. Dispne ve kuru öksürük gibi progresif semptomlarla kendini gösterirken, sigara önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. İdiyopatik pulmoner fibrozis ilerleyici bir hastalık olup, komorbidite ve alevlenmeler hastalığın gidişatında önemli rol oynamaktadır. Bu komorbiditeler arasında pulmoner karsinom da bulunmaktadır. Akciğer kanseri İPF’li hastalarda normal popülasyondan 5-7 kat fazla görülürken, prevalans %1-48 arasında gösterilmiştir, en sık rastlanan histolojik tipler skuamöz hücreli karsinom sonra adenokarsinomdur. Bu olguda, IPF tanılı bir hastada takip sırasında tespit ettiğimiz pulmoner neoplazi olgusunu sunmayı amaçlıyoruz.

**Olgu:** Altmış yedi yaşında erkek hasta polikliniğimize nefes darlığı, öksürük ,balgam şikayetlerine son dönemde artan kilo kaybı şikayetiyle başvurdu.50 paket/yıl sigara kullanımı öyküsü bulunan ve KOAH tanısı ile inhaler tedavi alan hastanın fizik muayenesinde bilateral bazallerde nadir ralleri mevcuttu. HRCT sinde OIP ile uyumlu bulgular saptandı. Multidisipliner konsey kararı tanısız amaçlı wedge rezeksiyon yapıldı ve patolojisi OIP olarak sonuçlandı. Nintedanip başlanan hasta, takiplerinin dördüncü yılında yapılan HRCT de sağ akciğer üst lob posterior da şüpheli nodüler lezyon saptandı. PET-CT de ise sağ akciğer üst lob posteriodaki nodüler lezyonda, etrafındaki plevral kalınlıkta, mediastinal ve hiler lenf nodlarında artmış FDG tutulumları izlendi. Multidisipliner konseyde hastaya sağ üst lobektomi ve mediastinel, hiler lenf nodlarındaki tutulum nedeniyle EBUS ile örnekleme kararı verildi.Postoperatif patolojide hiler bölgede antrakotik değişiklikler ve sağ üst lobda skuamöz hücreli karsinom saptandı. Hasta onkoloji birimine devir edildi.





**Tartışma-Sonuç:** IPF tanılı hastalarda ileri yaş, erkek cinsiyet ve sigara, pulmoner neoplazi riskini artırırken; IPF, bağımsız bir risk faktörü olarak da karşımıza çıkmaktadır. IPF tanılı hastalarda pulmoner karsinom insidensinde ve ilişkili mortalitede bir artış gözlemlenmektedir. Bu bağlamda, IPF tanısı almış bireyler, pulmoner maligniteler açısından sistematik ve düzenli bir takip ve tarama programına dahil edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** İPF, Pulmoner Neoplazm, Sigara

**PS-210**

## **Nadir Bir Olgu Olarak Soliter Pulmoner Nodül Vakamız: Tuberoskleroz**

Oğuz Kitapçı<sup>1</sup>, Özlem Oruç<sup>1</sup>, İpek Erdem<sup>1</sup>, Melike Demir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi EAH

**Giriş-Amaç:** Tuberoskleroz renal anjiomyolipomlar, deri lezyonları ve nörolojik bulgular ile karakterize nadir görülen sporadik veya otozomal dominant geçişli bir hastalıktır. Tuberosklerozlu hastalarda nadir olarak pulmoner lezyon izlenmektedir. Pulmoner tutulumuna bağlı semptomlar genellikle pnömotoraks kliniği ile ortaya çıkmaktadır. Tuberosklerozun akciğer tutulumuna bağlı olarak genellikle yaygın, aralarında normal görünümü parankim izlenen, ince cidarlı kistler görülmektedir. Nadir olarak da akciğer parankiminde Tuberoskleroza bağlı nodüller izlenebilir. Tuberoskleroz hastalarında soliter pulmoner nodülün nadir olarak görülmesi sebebiyle olgumuzu sunuyoruz.

**Olgu:** 49 yaş erkek hasta dış merkezde akciğer tomografisinde nodül görülmesi üzerine polikliniğimize yönlendirilmiş. Zaman zaman göğüs ağrısı ve öksürük tarifleyen hastanın 30 paket/yılı aktif sigara öyküsü vardı. Toraks BT'sinde Akciğer parankiminde apikallerde belirgin olmak üzere paraseptal amfizem alanları mevcuttu. Parankimde heterojen yamasal mozaik perfüzyon görünümü izlendi. Her iki akciğerde dağınık yerleşimli randomize dağılım gösteren büyüğü 1 cm çapa ulaşan (Şekil-1) düşük-orta yoğunluklu sınırları yer yer silik olarak izlenen multipl solid nodüller dansiteler mevcuttur. Toraks BT raporunda olası patolojiler açısından klinik ile değerlendirilmesi ileri-ek tetkikler önerilir şeklinde raporlanması üzerine hastaya PET-BT çekildi, Toraks kesitlerinde sağ akciğer orta lob lateral ve üst lob anterior segment ile sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte izlenen birkaç adet milimetrik nonspesifik parankim nodülüne ait patolojik FDG tutulumu izlenmedi. Mediastende patolojik boyut veya metabolik aktiviteli lenf nodu izlenmedi. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde askerlik döneminde nörolojik muayene sırasında patoloji saptanarak beyin MR çekildiği ve sonuç olarak Tuberoskleroz tanısı aldığı öğrenildi. Bir erkek çocuğunun olduğu ve bebekken epileptik atakları nedeniyle çekilen beyin MR'ında bilateral serebral hemisferde kortikal subkortikal yerleşimli multiple tuberler izlendiği ve Tuberoskleroz tanısı ile çocuk nörolojisi tarafından takip edildiği ifade edildi. Hastanın BT görüntülerinde saptanan nodüllerin de Tuberoskleroza bağlı olduğu düşünülerek BT kontrolüne alındı. Üçüncü ay kontrollerinde değişiklik saptanmadı. Sigara kullanımını bırakması da önerilen hasta takibe alındı.

Şekil-1



### Tuberoskleroz Tanılı Hastada Toraks Bilgisayarlı Tomografide Soliter Pulmoner Nodül

**Tartışma-Sonuç:** Tüberoskleroz oldukça nadir ve genelde akciğerlerde kistik lezyonlarla seyreden genetik bir hastalıktır. Bizim vakamızda ise silik nodüller izlenmiştir. Aile anamnezinin derinleştirilmesi tanıda değerlidir. Nadir bir soliter pulmoner nodül sebebi olması nedeni ile tüberosklerozun da ayırıcı tanıda akla gelmesi önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Tuberoskleroz, Soliter Pulmoner Nodül

**PS-211**

## **Guillan-Barre Sendromu Sanılan Nörosarkoidoz Olgusu**

Zeynep Hande Kocaer<sup>1</sup>, Asiye Şafak Bulut<sup>2</sup>, Ayşegül Karalezli<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

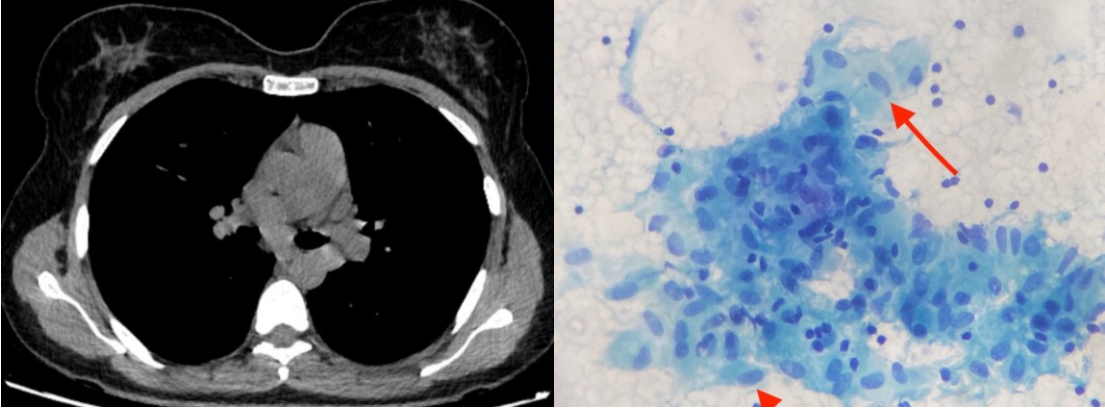
<sup>2</sup>Ankara Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

<sup>3</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

**Giriş-Amaç:** Sarkoidoz hastalarının %5'inden fazlasında nörolojik bulgular görülür. Etiyolojisi bilinmediğinden, nörolojik belirtileri çok çeşitlidir ve tanısı laboratuvar testleriyle kolayca doğrulanamadığı için nörosarkoidoz tanısı genellikle klinik, görüntüleme veya histolojik bulgularla belirlenen sistemik sarkoidozu kanıtlanmış bir bireyde karakteristik nörolojik bulguların tanımlanmasına dayanır. Merkezi veya periferik sinir sisteminden doku biyopsisi tanı için altın standarttır, ancak invaziv bir yöntem olması ve morbidite göz önüne alındığında bunu gerçekleştirmek zor olmaktadır. Nörosarkoidoz büyük taklitçi olarak bilinir; kranial nöropati, aseptik menenjit, vaskülopati, periferik nöropati, lenfoma, multiple skleroz, GBS (Guillan Barre Sendromu) ve sinir sistemini etkileyen diğer hastalıklara benzer görünebilir. Olgumuz Guillan Barre Sendromu sanılan nörosarkoidoz olması nedeniyle sunuldu.

**Olgu:** Otuz beş yaşında, kadın hasta, her iki ayağında güç kaybı ve uyuşma şikayeti ile nöroloji polikliğine başvuruyor. Hastanın alt ekstremitelerde güç muayenesinde sol proksimal 4/5, distal 3/5 sağ proksimal 4/5 distal 2/5 olarak görülüyor. Kontrastlı kranial, servikal, trokal, lomber mr görüntülemelerinde patoloji saptanmıyor. EMG'si alt ekstremitelerde asimetric tutulumlu sensorimotor polinöropatisi olarak sonuçlanıyor. Yapılan BOS incelemesinde düşük albümin seviyesi olması nedeniyle atipik GBS? Tanısı ile hastaya 5 gün IVIG tedavisi ve plazmaferez tedavisi uygulanıyor. Plazmaferez ve IVIG tedavisi sonrasında kas gücü muayenesinde düzelme izlenmiyor. Hastanın beyin BT'sinde kesite giren alanda en büyüğü subkranial 28X19 mm (Resim-1) boyutunda olmak üzere multiple LAP izlenmesi üzerine hastaya toraks bilgisayarlı tomografi çekiliyor. Toraks BT 'de paraaortik, paratrakeal, bilateral hiler subkranial LAP olması nedeni hasta tarafımıza danışılan hastaya EBUS yapıldı. 7 ve 11 nolu lenf nodu biyopsi patolojisi (Resim-2) "epiteloid histiositler ve az sayıda lenfositlerin oluşturduğu, yer yer birbiriyle birleşen geniş gronülom yapıları ve gronülomların santral nekroz içermediği" şeklinde raporlandı. BAL örneğinde CD4/CD8 :2.97 , Serum ACE düzeyi 116 U/L, 24 saatlik idrar Ca 333 mg / 24 Saat olarak sonuçlandı. Hastaya klinik ve histopatolojik olarak nörosarkoidoz tanısı konuldu. İvedilikle 3 gün 1 gr metilprednizolan tedavisi başlandı ve tedricen azaltılması planlandı. Hastanın takiplerinde kas gücü muayenesinde aşikar düzelme izlendi.

Resim-1 Resim-2



Subkarinal lenf nodu Epiteloid histoyisitler

**Tartışma-Sonuç:** Nörosarkoidoz nadir görülen taklitçi bir hastalıktır. Tanı; klinisyenin hastanın geçmişine, klinik bulgularına nörogörüntülemelerine, sistemik sarkoidoz varlığına BOS ve serum analizlerine dayanarak ayırıcı tanıları ne kadar iyi yorumladığına dayanır. Olgumuzda GBS tedavisine rağmen klinik olarak düzelme görülmemesi, histopatolojik olarak akciğer sarkoidozu tespit edilmesi ve klinik olarak nörosarkoidoz ile uyumlu olması üzerine ayırıcı tanıda nörosarkoidoz düşünüldü. Erken dönemde tanısı koyuldu ve tedavisi başlandı.

**Anahtar Kelimeler:** Sarkoidoz GBS Nörosarkoidoz

**PS-212**

## **Asemptomatik Lenfanjiioleiyomiyomatozis: Olgu Sunumu**

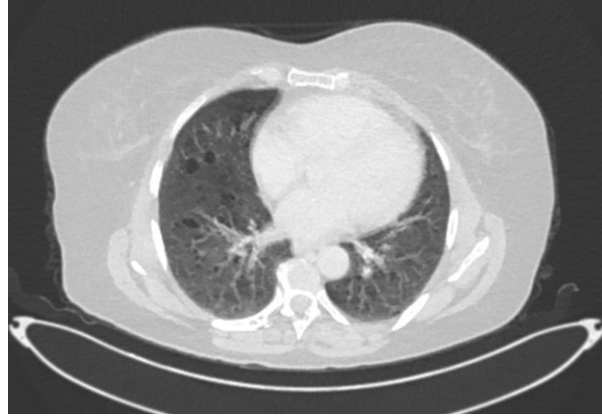
Rupel Ezgi Yıldırım<sup>1</sup>, Veysi Tekin<sup>1</sup>, Özge Yersel Karaoğlan<sup>1</sup>, Erol Başaranoğlu<sup>1</sup>, Nuriye Gökçe Erkan<sup>1</sup>, Hadice Selimoğlu Şen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

**Giriş-Amaç:** Lenfanjiioleiyomiyomatozis (LAM) ağırlıklı olarak dođurđanlık çağındaki kadınları etkileyen ve nadir görölen idiyopatik, diffüz, ilerleyici bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Hastalık, LAM hücreleri olarak da tanımlanan düz kas benzeri hücrelerin perivasküler, peribronşial ve perilenfatik alanda progresif proliferasyonu ve infiltrasyonu ile karakterizedir. Bu proliferasyon bronşiollerin progresif obstrüksiyonu, air trapping ve bül formasyonu oluşumu ile sonuçlanır. Lenfatik sistemde obstrüksiyon şilotoraks ve şilöz asite sebep olabilir. Venüllerin obstrüksiyonu hemoptizi ve hemosiderozisle sonuçlanabilir. Renal anjiomyolipoma (AML) ve meningiom riski LAM'lı hastalarda artmıştır. Renal AML sebebiyle tetkik sırasında insidental saptanan LAM olgusu, hastanın asemptomatik olması, nadir görölmesi, etyoloji, klinik bulguları ve ayırıcı tanıya dikkat çekme amaçları ile sunuldu

**Olgu:** Yan ağrısı Şikayetiyle, üroloji polikliniğine başvuran 41 yaşında kadın hastada çekilen abdominal bilgisayarlı tomografide (BT) bilateral her iki böbrekte heterojen iç yapıda yağ içeren hipodens lezyonlar izlenmişti. Renal biyopsi patoloji sonucu anjiomyolipom olarak raporlanmıştı. Abdominal BT kesitlerine giren akciğer alanlarında ince cidarlı çok sayıda kistik lezyon görölmesi üzerine hasta polikliniğimize konsülte edildi. Anamnezde ve solunum sistemi semptom sorgusunda aktif solunumsal Şikayet yoktu. Oda havasında oksijen satürasyonu % 94 idi. Laboratuvarında hafif anemi dışında anormal bulgu saptanmadı. Fizik muayenede, oskultasyonda bilateral solunum sesleri normal duyuldu. Özgeçmişinde bilinen ek kronik hastalık olmayan hastanın 30 paket yıl sigara öyküsü mevcuttu. Hastaya yüksek çözünürlü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) ile görüntüleme yapıldı. YÇBT'de bilateral her iki akciğerde diffüz yayımlı çapları birbirinden farklı büyüklükte 10'dan fazla sayıda ince duvarlı yuvarlak düzgün sınırlı kistler göröldü. Laboratuvarında kollajen doku paneli negatif idi. Hastanın açık akciğer biyopsisini kabul etmemesi nedeni ile hastaya transbronşial biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu yer yer alveollerde hafif dilatasyon lokal minimal interstisyel fibröz kalınlaşma olarak geldi. Solunum fonksiyon testinde zorlu vital kapasite (FVC) % 84, birinci saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim (FEV1) %82, FEV1/FVC % 80, difüzyon kapasitesi (DLCO) %98 olarak ölçöldü. Anjiomyolipomu ve akciğerde kistik lezyonları olan hastaya tuberoskleroz için genetik panel gönderildi. Tuberoskleroz gen mutasyonu ve aile öyküsü olmayan hastaya klinik ve radyolojik olarak sporadik LAM (LAM-S) tanısı kondu.

Resim 1



Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide, bilateral kistik lezyonlar

**Tartışma-Sonuç:** LAM etiyolojisi bilinmeyen, multisistemik bir hastalıktır. Tanı için altın standart LAM ile uyumlu patolojik bulgulardır. Ancak progresif dispne, karakteristik YÇBT bulguları ve AML birlikteliği biyopsi gereksinimini ortadan kaldırabilir. Açık akciğer biyopsisi tavsiye edilirse de transbronşial biyopsi ile de %60'a veren oranlarda tanı bildirilmiştir. Histopatolojide hava yollarında, kan damarlarında ve lenfatik damarlarda atipik düz kas benzeri hücrelerin anormal proliferasyonu mevcuttur. Erken lezyonlara ait biyopsi materyallerinde patolojik değişiklikler çok belirgin olmayabilir ve parankim “normal” bir görünüme sahip olabilir. YÇBT'de en karakteristik bulgu; daha çok akciğer tabanında olmak üzere her iki akciğere dağılmış ince duvarlı uniform kistlerdir. LAM hücreleri aynı zamanda östrojen ve progesteron reseptörleri de içerir. Hormon tedavileri verilen LAM hastalarında tedavi başarısı ile ilgili çelişkili sonuçlar mevcuttur. Ciddi semptomları olmayan hastalarda destek tedavisi (oksijen inhalasyon tedavisi, bronkodilatör tedavi, pulmoner rehabilitasyon) ve hastalık komplikasyonlarını engellemek için östrojen tedavisinden kaçınmak ve kontrasepsiyon en uygun yaklaşımlardır. İlerleyici ve hızlı solunum fonksiyon kaybı ve tekrarlayan pnömotoraks durumlarında anormal mTOR aktivasyonunu inhibe eden sirolimus (veya rapamisin) tedavisi kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Kistik Akciğer Hastalığı, Lenfanjiioleiyomiyomatozis, Anjiomiyolipom, Spontan Pnömotoraks, Sirolimus

## Elektronik Sigara İlişkili Akciğer Hasarı Olgusu

Amine Söylemez<sup>1</sup>, Simay Tankut Doğan<sup>1</sup>, Mertcan Tağı<sup>1</sup>, Zehra Dilek Kanmaz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

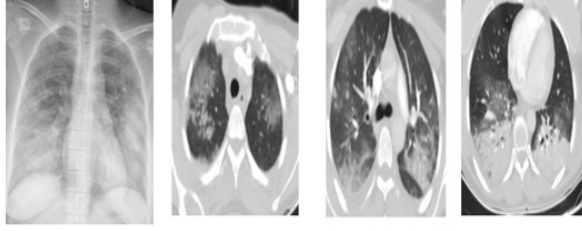
**Giriş-Amaç:** Elektronik sigara ilişkili akciğer hasarı (EVALI) elektronik sigaranın neden olduğu akciğer hasarına denilmektedir. Hasar mekanizması hala tam açıklanamamış olmakla beraber elektronik sigaranın zararlarının Vitamin E Asetat ve Tetrahidrokannabinol'e bağlı olduğu düşünülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu öksürük, göğüs ağrısı ve nefes darlığı gibi solunum semptomlarıyla başvurur. Ateş, titreme ve kilo kaybı gibi konstitüsyonel semptomlar görülebilir. Gastrointestinal semptomlar görülebilir ve solunum semptomlarından önceki ilk semptomlar olabilir. Semptomlar genellikle bir ila iki hafta içinde şiddetli bir şekilde ilerler. Akciğer muayenesinde oskültasyon sıklıkla normaldir. Spesifik olmayan lökositöz bulguları, yüksek eritrosit sedimentasyon hızı ve yüksek karaciğer transaminazları rapor edilmiştir. Radyolojik olarak akciğer grafisinde yama şeklinde infiltrasyonlar, Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) konsolidasyon ve buzlu cam opasiteleri birlikte görülür. EVALI için spesifik bir tanı yöntemi yoktur, olası teşhisler dışlanarak tanısı konulur.

**Olgu:** Olgumuz 31 yaş kadın hasta. Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan ve özgeçmişinde 1 yıldır olan elektronik sigara içiciliği haricinde anlamlı bulgu olmayan hasta 4 gündür olan ve giderek artan nefes darlığı şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Yapılan tahlillerinde arter kan gazında hipoksemisi (po2:49) olan , biyokimyada hafif akut faz reaktanları yüksek olan ve anlamlı başka patolojik değeri olmayan hastaya akciğer grafide (Resim 1) bilateral yaygın konsolide alanlar ve infiltrasyonlar görülmesi üzerine Toraks BT çekildi(Resim 1).BT de bilateral dağınık yerleşimli buzlu cam ve konsolide alanları olan hasta EVALI ön tanısı ile göğüs hastalıkları servisine interne edildi. Balgam kültürü ve solunum yolu viral paneli gönderildi. Tedavisi nazal oksijen, moksifloksasin, oseltamivir ve metilprednizolon 80 mg şeklinde düzenlenen hasta takiplerde klinik olarak belirgin şekilde rahattı, oksijen ihtiyacı giderek azaldı.5.günde çekilen kontrol akciğer grafisinde (Resim 2) infiltrasyon alanlarında belirgin regresyon saptandı. Balgam kültüründe ve viral panelde etken saptanmadı. Hasta yatışının 10. gününde kontrole gelmek üzere taburcu edildi.



## Radyolojik Görüntülemeler

Resim 1



Resim 2



**Tartışma-Sonuç:** Olgumuzda ele aldığımız EVALI sigara içicilerin özellikle de gençlerin arasında son zamanlarda yaygın olması ve mortal seyretmesi açısından dikkatli olunması gereken, klinik ve radyolojik olarak pnömoniler ve akut akciğer hasarı yapan diğer nedenler ile net ayırımının yapılamaması nedeni ile acil serviste ve kliniklerde akla gelmesi gereken önemli bir hastalıktır.

**Anahtar Kelimeler:** Elektronik Sigara, Akut Akciğer Hasarı

**PS-214**

## **Malignite ile Karışan Sarkoidoz Olgusu**

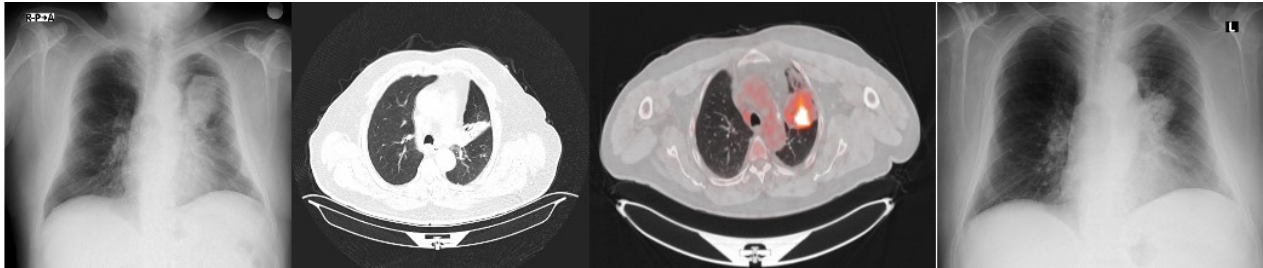
Merve Meryem Varol<sup>1</sup>, Bilgenur Yıldırım<sup>1</sup>, Ercan Kurtipek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Konya Şehir Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Sarkoidoz nedeni bilinmeyen sistemik, granülomatöz bir hastalıktır. En sık solunum sistemi etkilense de her organ tutabilir. Tutulan organlarda kazeifikasyon nekrozu içermeyen granülomlar bulunur. Tüm dünyada her iki cinste, her yaş grubunda görülebilir. Sarkoidozun klinik bulguları değişkendir. Hastalar nefes darlığı, öksürük, yorgunluk, kilo kaybı, eritema nodozum gibi semptomlarla başvurabilir ya da asemptomatik olabilir ve başka bir nedenle çekilen toraks görüntülemesinde saptanabilir. Radyolojik görüntüsü tüberküloz, mantar, pnömokonyoz ve malignite gibi birçok hastalıkla karışabilir. Biz de ön tanı olarak malignite düşündüğümüz ancak patolojik tanısı sarkoidoz ile uyumlu gelen olgumuzu sizlere sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 72 yaşında erkek hasta yaklaşık 3 ay önce başlayan öksürük, eforla nefes darlığı, göğüs ve sırt ağrısı şikayeti ile başvurdu. Bilinen OSAS tanısı mevcuttu CPAP kullanmaktaydı. 15 paket yıl sigara öyküsü vardı. Solunum sistemi muayenesi doğal, oda havasında oksijen saturasyonu %96 idi. Solunum fonksiyon testinde FEV1: 1,92 lt(%82) FEV1/FVC: %89,2 saptandı. Çekilen PA akciğer grafisinde sol üst-orta zonda santral opasite tespit edildi. Daha önce başka merkezlerde benzer akciğer grafisi görüntüsü nedeniyle medikal tedavi verilmiş olan hastaya toraks BT çekildi. Sol akciğer üst lob bronşu daralmış olarak görüldü, hilustan üst loba ve lingular segmente doğru uzanan atalektatik volüm kaybı gösteren parankim alanı görüldü. Bulgular santral kitle lezyonunu desteklemekteydi. Hastaya PET-CT çekildi, kitle lezyonunda artmış FDG tutulumu saptandı. Multidisipliner konsey kararı ile transtorasik biyopsi için girişimsel radyolojiye yönlendirildi. Sol akciğer üst lob apikoposterior segmentten yapılan ttiab sonucu nekroz içermeyen granülomatöz iltihap olarak yorumlandı. Sarkoidoz tanısı koyulan hastaya günde 1 kez prednol 32 mg başlandı ve azaltılarak uzun süre kullanıldı. Takiplerinde klinik ve radyolojik olarak belirgin düzelme saptandı. Hasta halen takibimiz altındadır.

İlk PAAG, BT Toraks, PET CT - Tedavi sonrası PAAG



**Tartışma-Sonuç:** Sarkoidoz, kanser, tüberküloz, lenfoma, mantar hastalıkları ile çok karışan bir hastalık. Birçok kişi bu hastalık nedeniyle gereksiz tedaviler görebiliyor. Sarkoidozun tanısı klinik

ve radyolojik bulguların varlığıyla beraber, bu bulguların histopatolojik kanıtlarla desteklenmesiyle konulur. Olgumuzda klinik, radyolojik bulgular, hastanın yaşı ve sigara öyküsünün olması nedeniyle öncelikli olarak malignite düşündük ancak biyopsi ile sarkoidoz tanısını geç de olsa koyduk. Tedaviyle klinik ve radyolojik olarak düzelmeyi tespit ettik.

**Anahtar Kelimeler:** Sarkoidoz, Malignite, Granülom

## Sarkoidoz ve Bilateral Popliteal Arter Anevrizması: Sadece Bir Tesadüf mü?

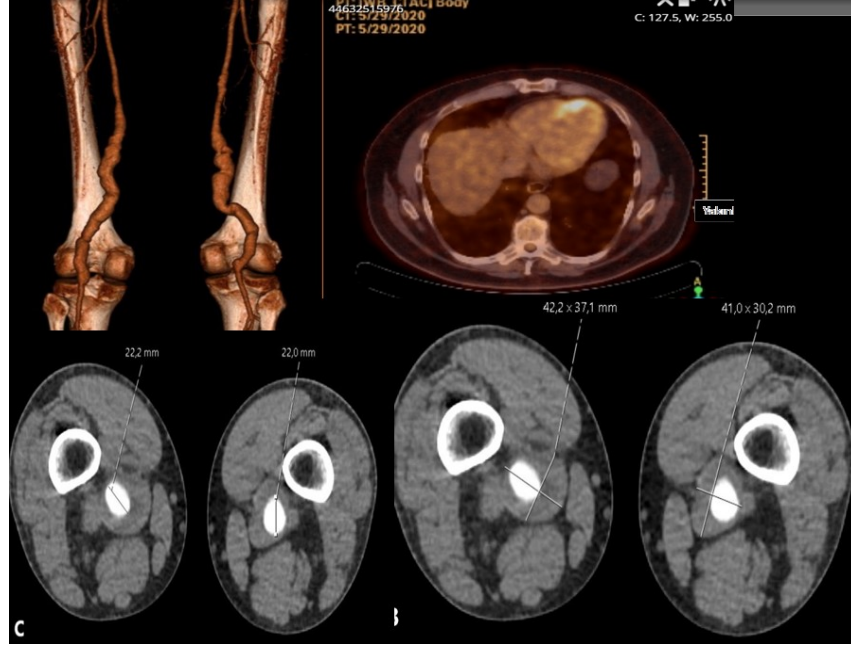
Nur Aleyna Yetkin<sup>1</sup>, Özgür Karabıyık<sup>1</sup>, Burcu Baran<sup>1</sup>, İnci Gülmez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Sarkoidoz, özellikle akciğerler ve deride olmak üzere yaygın bir şekilde etkilenen, kazeifiye olmayan granülomlarla karakterize çok sistemli inflamatuvar bir hastalıktır. Granülatöz inflamasyonun arterin medial nekrozunu indüklemesi, elastik laminayı etkileyerek anevrizma oluşumuna neden olabilir. Sarkoidoz ile ilişkili arter anevrizması nadiren bildirilmiştir. Sarkoidoz ve büyük damar vaskülitisi olan Takayasu arteritinin bir arada bulunması da nadiren tanımlanmıştır ve aortit ile sarkoidozun ilişkili olabileceği ihtimali belirsizdir. Subklavyen arter, abdominal aorta veya ventriküler anevrizmaların sarkoidoz ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, nadiren sarkoidoz ile ilişkili asendan aorta, bronşial arter ve pulmoner arter anevrizmaları da rapor edilmiştir. Literatürde sarkoidoz ile ilişkili kardiyak, aort veya pulmoner arter tutulumu daha önce tanımlanmıştır; ancak, bildiğimiz kadarıyla sarkoidoz ile ilişkili periferik arter anevrizmaları rapor edilmemiştir. Burada, bilateral popliteal arter anevrizması teşhisi konmuş 49 yaşında erkek bir hasta sunuyoruz.

**Olgu:** Sigara içmeyen 49 yaşında erkek hasta, her iki dizinin arkasında bir şişlik şikayetiyle başvurdu. Hastanın öyküsünde, 14 ay önce servikal lenf nodu biyopsisi sonrası sarkoidoz teşhisi aldığı öğrenildi. Hiperkalsemi nedeniyle sekiz ay steroid tedavisi almış olan hasta dört aydır tedavi almıyordu. Sarkoidoz teşhisinden dokuz ay sonra hasta dizin arkasında ağrısı nedeniyle başvurdu. Bacak ağrısı için yapılan BT anjiyografi, her iki ortak femoral arterde ektazi ve her iki yüzeysel femoral arterde, popliteal arterleri de içerecek şekilde kısmen tromboze anevrizmatik dilatasyonlar izlendi (Resim). Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesi, mediastende 1 cm'den küçük çoklu lenf nodları, sağ üst lob posteriorunda 4 mm nodüller, sağ orta lobda traksiyon bronşiektazi ve eşlik eden lineer retiküler yoğunluk artışları tespit edilen hastanın bulguları, bir önceki yıl elde edilen BT görüntülemesiyle karşılaştırıldığında gerileme ile uyumluydu. Ayrıca, pulmoner arter ve aortik arkın BT anjiyografik taraması, herhangi bir ek anevrizma saptamadı. Hastaya çekine PET/BT' de sol ventrikülün apikoposteriorunda ve inferoseptal alanda sarkoidoz tutulumu ile uyumlu görünüm, sağ sevikalde ve mediastende FDG tutulumu (SUV:10.4) gösteren yaygın lenfnodları; sarkoidoz akciğer tutulumu ile raporlandı. Venöz tromboz için düşük moleküler ağırlıklı heparin tedavisi yanına ek olarak, oral steroid dozu azaltma hedefli metotreksat tedavisi başlandı. Hastanın gönderilen lupus antikorları, genetik trombofili düzeyleri ile protein S ve protein C düzeyleri normal geldi. İmmünsüprese tedavi ve DMAH ile tedavi edilen hastanın 1 yıl sonraki PET/BT'sinde hastanın kardiyak tutulumu düzelmiş yaygın kemik iliği tutulumu ve orta düzeyde karaciğerde FDG tutulumu saptandı. Hastaya metotreksat 20 mg/hafta yanına leflunomid tedavisi eklendi.

## Resim



PET/BT'de kardiyak tutulum ve Arteriyel fazda kontrastlı BT görüntülemeye Bilateral, parsiyel tromboz içeren popliteal arter anevrizması.

**Tartışma-Sonuç:** Sarkoidoz, venöz tromboembolik olaylar (VTE) için artmış bir risk ile ilişkilendirilmiştir. Artan kanıtlar, kronik inflamasyonun, VTE gelişimi için bağımsız bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir. Sarkoidoz, büyük damarların nadiren tutulmasına ve buna bağlı olarak obstruksiyon ve dilatasyona yol açabilen sistemik bir hastalıktır. Abdominal aorta, pulmoner arter ve bronşial arter gibi büyük damarlarda anevrizmatik genişlemeler, sarkoidoz vakalarında nadiren rapor edilmiştir (1, 2). Vakamızdaki popliteal arter anevrizması, sarkoid damar infiltrasyonu ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Sarkoidoz ile ilişkili anevrizmaların immünsupresiflerle iyileştiği bildirilmiştir(2, 4).Bu çalışma, orta boy bir arteri etkileyen sarkoidoz ile ilişkili bir anevrizmayı ilk kez sunmaktadır. Kardiyak ve büyük damar anevrizmalarına ek olarak, sarkoidoz tanısı almış bireylerde orta boy arterlerde de anevrizmalar görülebilir. Klinik şüphe varlığında, sarkoidoz ile ilişkili anevrizmalar akılda tutulmalıdır. Sarkoidoz ile anevrizma arasındaki ilişkiyi araştıran daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Anevrizma, Sarkoidoz, Virchow

**PS-217**

## **Hipersensitivite Pnömonisinde Nadir Bir Meslek: Termik Santralde Saha Operatörlüğü**

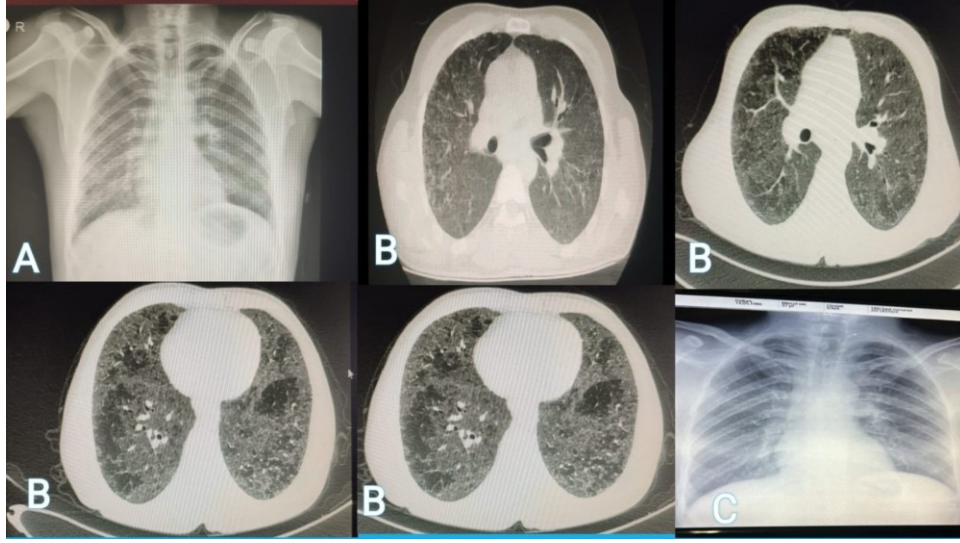
Esra Kada<sup>1</sup>, Abdurrahman Şenyiğit<sup>1</sup>, Hadice Selimoğlu Şen<sup>1</sup>, Veysi Tekin<sup>1</sup>, Erol Başaranoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

**Giriş-Amaç:** Hipersensitivite pnömonisi (HP); solunan, genellikle organik, bir antijene karşı gelişen immunolojik yanıt ve akciğerde parankimal değişikliklerle karakterize bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. “Ekstresek Allerjik Alveolit” ve “Aşırı Duyarlılık Pnömonisi” olarak da bilinmektedir. Çiftçi akciğeri ve kuş besleyicileri akciğeri HP etyolojisinde en bilinen çeşitler olup, 300’den fazla etiyolojik ajan hastalığın nedeni olarak tanımlanmıştır. Mesleksel HP’nin prevalansı farklı meslek grupları, ülke, bölge, iklim şartları, kişisel özelliklere göre değişebilmektedir. Hipersensitivite pnömonisinden şüphelenilen olgularda ayrıntılı meslek öyküsü ve maruziyetlerin sorgulanması önemlidir. Termik santralde yakıt olarak kullanılan tavuk altları, tavuk gübresi ve pamuk balyaları maruziyeti sonrası gelişen HP olgusu etyolojide nadir bir meslek olması nedeni ile sunuldu.

**Olgu:** 37 yaşında erkek hasta nefes darlığı, öksürük, balgam şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Hasta benzer şikayetlerle 1 ay önce dış merkezde yatarak tedavi görmüştü. Antibiyotik, inhaler steroid+beta2 agonist tedavisine yanıt alınan hasta işe başladıktan sonra şikayetleri nüks etmişti. Bilinen kronik hastalığı olmayan hastanın meslek öyküsünde termik santralde saha operatörü olarak çalıştığı ve santrale yakıt sağlamak için çiftliklerden tavuk gübreleri, mısır sapları, pamuk balyası teminini sağladığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde oskultasyonda bilateral orta ve alt alanlarda ral duyuluyordu. Oda havasında oksijen saturasyonu %92, nabız:129/dk idi. Laboratuvarda beyaz küre:12.000, CRP:22 mg /dL ve diğer değerler normaldi. Akciğer grafisinde sağ orta ve alt zonda minimal opasiter alanlar ve sol orta zonda opasiter görünüm mevcuttu (Resim 1-A), Yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografide; bilateral sentrilobular nodüller, hava hapsi alanları ve retiküler görünüm mevcuttu (Resim 1-B). Transtorasik ekokardiografi normal sınırlarda idi. Kollajen doku paneli negatif olarak sonuçlandı. Bronkoskopide, sağ akciğer orta lob medial segmente bronkoalveoler lavaj (BAL) ve sağ alt lobdan transbronşial biyopsi yapıldı. BAL sitolojisi; benign sitolojik bulgular ve yaymalarda spesifik bulgu görülmedi şeklinde raporlandı. BAL hücre sayımında CD4/CD8 oranı 0,5 ve Lenfosit yüzdesi: %40 ölçüldü. Transbronşial biyopsi patoloji sonucu granulomatöz inflamasyon olarak raporlandı. Hastaya metilprednizolon tedavisi başlandı. Klinik iyileşme sağlanan ve semptomları düzelen hasta, idame metilprednizolon tedavisi ile taburcu edildi. Kontrol akciğer grafisinde radyolojik düzelme görüldü. (Resim 1-C).

Resim 1



A-Başvurudaki akciğer grafisi B-Başvurudaki yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi C-  
Tedavi sonrası akciğer grafisi

**Tartışma-Sonuç:** Meslek hastalıkları önlenabilir hastalıklardır ve bu yüzden risk altındaki çalışanların sağlık gözetimi ile bu hastalıkların önüne geçilebilir. Hipersensitivite pnömonisi mesleksi maruziyetlere bağlı gelişebilen ve maruziyet devam ettiği sürece ilerleyici olabilen önemli bir mesleksi solunum sistemi hastalığıdır. Dünyada ve ülkemizde HP, mesleksi solunum sistemi hastalıkları içinde daha az ilgilenilen bir hastalık olarak görülmektedir. Mesleksi HP'nin prevalansı farklı meslek grupları, ülke, bölge, iklim şartları, kişisel özelliklere göre değişebilmektedir. HP tanısından şüphelenilen bir olguda diğer anamnez bilgilerinin yanısıra ayrıntılı meslek öyküsü ve maruziyetlerinin sorgulanması tanı sürecinin doğru yönetilmesi ve erken dönemde maruziyetin engellenmesi açısından önem arz etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hipersensitivite Pnömonisi, Termik Santral, Pamuk Balyası, Tavuk Gübresi, Meslek Hastalığı

**PS-218**

## **Abortus Sonrası Tanı Konulan Nadir Bir Kistik Akciğer Hastalığı: Lenfanjiyoleiomyomatozis**

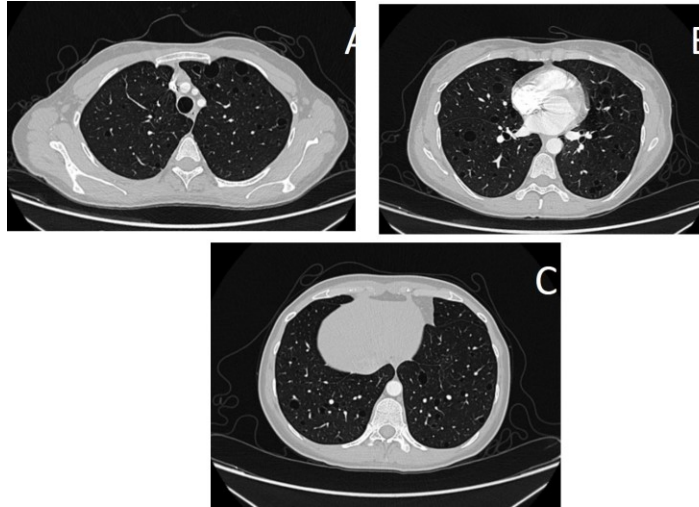
Sibel Günay<sup>1</sup>, Ayşegül Karalezli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye

**Giriş-Amaç:** Lenfanjiyoleiomyomatozis (LAM) genelde doğurganlık çağında kadınlarda görülen ve akciğerde kistik lezyonlarla seyreden nadir bir hastalıktır. Nefes darlığı en sık semptomdur. Semptomlar bazen östrojen replasman tedavisi (oral kontraseptif kullanımı/ovulasyon indüksiyonu) alırken veya gebelikte ortaya çıkabilir. Biz de 37 yaşında artan efor dispnesi yakınması ile kliniğimize başvuran ve LAM tanısı konulan hastayı sunduk.

**Olgu:** 37 yaşında kadın hasta 4 aydır hızlı yürürken ve merdiven çıkarken artan nefes darlığı yakınması ile başvurdu. Hastanın bir yaşayan çocuğu vardı ve 3 ay önce de bir kez 10 haftalık abortus öyküsü mevcuttu. Sigara kullanımı mevcut değildi. Bağ dokusu parametreleri negatif idi. Akut faz reaktanları normal sınırlarda idi Toraks BT görüntülemesinde emboli mevcut değildi. Bilateral akciğer parankiminde büyüğü 2 cm boyutlu çok sayıda dağınık yerleşimli ince cidarlı hava kistleri izlendi. Abdomen ultrasonunda sağ böbrek orta düzeyinde anjiyomyolipom (AML) mevcuttu. Solunum fonksiyon testi normal sınırlarda idi. Hasta interstisyel akciğer hastalığı konseyinde LAM olarak değerlendirildi. Hasta takibe alındı.

Resim 1



Hastanın toraks tomografisi kesitlerinde yaygın kistik lezyonlar izlenmektedir



**Tartışma-Sonuç:** LAM kadınlarda, doğurganlık çağında sık görülen ve özellikle östrojen replasman tedavisi veya gebelik ile tetiklenebilen nadir kistik akciğer hastalığıdır. Toraks BT’de tipik kistik bulgular ve AML düşündüren renal lezyonları olan hastalarda ileri inceleme olmadan LAM tanısı konulabilir. Biz de abortus sonrası nefes darlığı yakınması olan bu hastayı literatür eşliğinde sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** Lenfanjiyoleiomyomatozis, İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Gebelik, Kistik Akciğer

## Tüberküloz'u veya Pnömoni'yi Taklit Eden Kronik Eozinofilik Pnömoni Olgusu

Sena Tunç<sup>1</sup>, Mehmet Atilla Uysal<sup>1</sup>, Elif Yelda Niksarlıoğlu<sup>1</sup>, Nihan Kurt Gürer<sup>1</sup>, Neval Alagöz<sup>1</sup>, Batuhan Alp Zor<sup>1</sup>, Ayşe Nur Yılmaz<sup>1</sup>

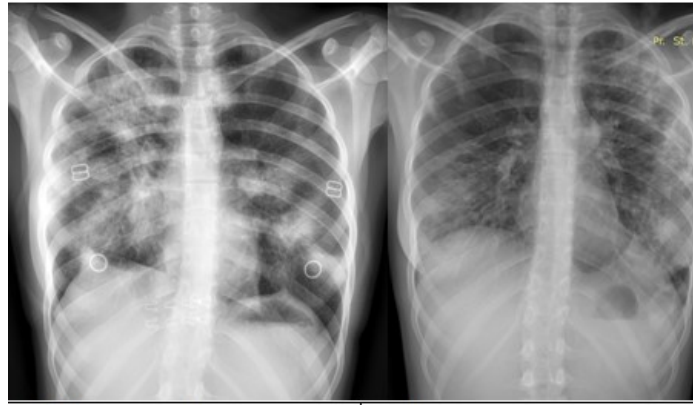
<sup>1</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Kronik Eozinofilik Pnömoni (KEP), etiyojisi bilinmeyen nadir bir interstisyel pnömoni olup, alveol duvarında kalınlaşma ile alveoller ve interstisyumun her ikisinde de eozinofil ve lenfositlerin infiltrasyonu ile karakterizedir. KEP, idiopatik eozinofilik akciğer hastalıkları içinde yer alan, nadir görülen bir hastalıktır. Genellikle iki haftadan uzun süren solunumsal semptomların varlığı, BAL ve/veya periferik kan eozinofilisi, radyolojik olarak periferik dominans gösteren akciğer infiltratları ve sebebi bilinen eozinofilik akciğer hastalıklarının dışlanması ile tanı konulur. Bu olgumuzda invaziv yöntemlerle KEP tanısı alan olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** On sekiz yaş kadın hasta dört hafta süren öksürük, ateş, %10 kilo kaybı ile dış merkeze başvurmuş. Bakılan C-reaktif protein (CRP) değeri 206 mg/L nötrofil:8.66 e3/uL lökosit:12.13 e3/uL eozinofil:0,99 e3/uL saptanan hastanın çekilen posteroanterior akciğer grafisinde (PAAG) bilateral yaygın dağınık infiltrasyon ve konsolidasyon alanları gözlenmesi üzerine makrolid tablet 500mg 2\*1 başlanmış. Antibiyoterapi altında semptomlarında artış gözlenen hasta tarafımıza başvurduğunda vitallerinde saturasyonu %95, ateş: 37.8 kan basıncı 112/60 mm/Hg olarak değerlendirildi. Solunum sistemi muayenesinde bilateral yaygın ince raller oskulte edildi. Hastanın ayrıntılı anamnezi sorgulandığında bilinen kronik hastalık öyküsü ve sigara kullanımı olmadığı öğrenildi. Özellikle bir temas ve ilaç öyküsü yoktu. Anamnezinde astım aile öyküsü, alerji yakınmaları yoktu. Başvuru anında alınan kanlarında CRP: 138 mg/L nötrofil:14,33 e3/uL lökosit:16.17 e3/uL eozinofil:0,97 e3/uL Total Ige:132 kU/L olarak saptandı. Çekilen toraks bilgisayar tomografisinde her iki akciğerde dağınık yerleşimli kollaps konsolidasyon alanları, buzlu cam opasiteleri ve parankim distorsiyonu oluşturan bant yapıları mevcut olan hasta tüberküloz ön tanısıyla interne edildi. Hastaya klinik radyolojik olarak tam doz antitüberküloz tedavi başlandı. Takiplerinde alınan 3 balgam örneğinde arb negatif sonuçlanması üzerine interstisyel akciğer hastalıkları ön tanısıyla romatolojik markerları istendi, negatif sonuçlandı. Total Ige yüksekliği olan hastanın gaita mikroskopik incelemesinde mikroorganizma saptanmadı. Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı, endobronşial lezyon izlenmedi. Hastanın sağ akciğer üst lob posterior ve alt lob superior segmentinden brons lavajı alındı. Hastanın alınan bronş lavajında tbc PCR, asidorezistans basil (ARB) ve nonspesifik kültür negatif olarak saptandı. Sitolojik inceleme nondiagnostik yayma şeklindeydi. Tedavi altında klinik, radyolojik ve laboratuvar olarak progresyon gözlenen hastanın antitüberküloz tedavisi sonlandırıldı. Hastaya vats (video assisted thoracic surgery) yapıldı. Alt lob ve lingula wedge rezeksiyonu patoloji sonucu "kronik eozinofilik pnömoni" ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastanın patolojik tanısı kesinleştikten sonra metil prednizolon 1mg/kg/gün iv (50mg/gün) dozundan tedavisi başlandı. Takibinin 45. gününde çekilen PAAG de regresyon gözlenen hastanın takip ve tedavisi göğüs hastalıkları servisimizde devam etmektedir.

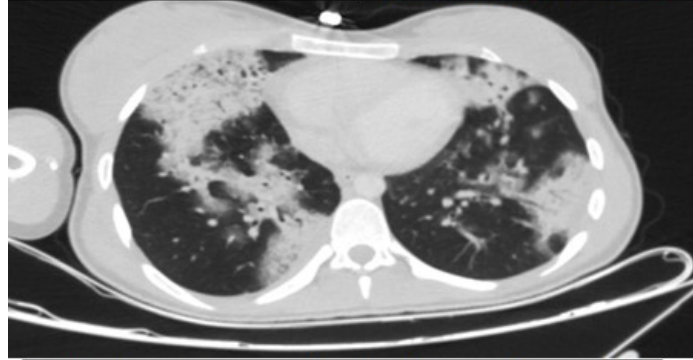
**Tartışma-Sonuç:** KEP sıklıkla orta yaş kadınlarda görülen, düzelmeyen astım benzeri uzun süreli solunum sistemi semptomları ve bilateral periferik pulmoner infiltrasyon varlığında, periferik kan veya BAL sıvısında eozinofili olmasa bile akla gelmesi gereken bir hastalıktır. KEP'in kortikosteroid tedavisine cevabı çok iyidir. Tedavi başlangıcı ile 24-48 saat içinde semptomlarda düzelme, 10 gün içinde pulmoner opasitelerde dramatik düzelme izlenmektedir. 0.5-1 mg/kg/gün dozunda metilprednizolon ile başlanarak, klinik yanıt ve eozinofildeki düşüşe göre 6-12 ay içinde dozun azaltılması önerilmektedir. Sonuç olarak tüberküloz düşünülen, anti tüberküloz tedaviden yanıt alınamayan klinik ve radyolojik progresyon izlenen hastalarda ayırıcı tanı yapılmalıdır. Tedavi ile hastalığın seyrinin yakından izlenmesi beklenen biçimde gerileme göstermeyen olgularda akciğerin VATS ile örneklenmesi önerilir.

#### Posteroanterior akciğer grafisi ve toraks bilgisayarlı tomografisi



Şekil 1:Hastanın ilk başvuru posteroanterior akciğer grafisi

Şekil 2:Hastanın 1 mg/kg/gün iv metil prednizolon tedavisi sonrası posteroanterior akciğer grafisi



Şekil 3: Hastanın başvuru anındaki toraks bilgisayarlı tomografisi

**Anahtar Kelimeler:** Kronik Eozinofilik Pnömoni, VATS (Video Assisted Thoracic Surgery), Metil Prednizolon

## Plevral Efüzyonla Prezente Olan Eozinofilik Akciğer Hastalığı Bir Olgu Sunumu

Ozan Abuzer Biçen<sup>1</sup>, Aslı Biçen<sup>2</sup>, Betül Kınık<sup>2</sup>, Kaan Kara<sup>2</sup>, Seda Tural Önür<sup>2</sup>

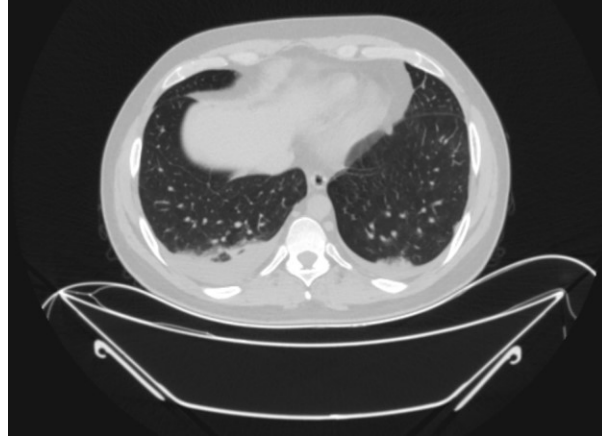
<sup>1</sup>Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Kronik eozinofilik pnömoni, birkaç hafta süren öksürük, nefes darlığı, halsizlik ve yaygın pulmoner infiltrasyonlarla birlikte kilo kaybı ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. İnsidans (kişi başına yıllık 0.23-7/100.000) ve prevalans (kişi başına yıllık 1-42/100.000) geniş bir dağılım göstermektedir. Genetik bir risk faktörü bilinmeyen ve orta yaşlarda çoğunlukla kadınlarda görülen hastalığın seyri boyunca altta yatan astım ve atopi öyküsüne saptanabilir. Tipik klinik özellik astımlı bir hastada enfeksiyonu taklit eden tablo olmasıdır. Antibiyotik tedavisi ile düzelmeyen bilateral periferik infiltrasyon varlığında kanda eozinofili saptanması ile akla gelmelidir. Daha tipik özellik ise steroid tedavisine alınan dramatik yanıtıdır. Hastaların %60-90'ında gözlenen, en belirgin klinik prezentasyon orta derecede nefes darlığıdır.

**Olgu:** Otuz beş yaşında erkek hasta beş gündür devam eden öksürük, ateş, nefes darlığı, kilo kaybı şikayetleriyle acil birimimize başvurdu. Anamnezinde 15 paket/yıl aktif sigara içicisi, ilaç ve madde kullanım öyküsü yok. Kronik hastalık öyküsü olmayan hasta taksi şoförlüğü yapmaktaydı ve İstanbul'da yaşamaktaydı, hobilerinde özellik bulunmamaktaydı. Tarafımıza başvurmadan üç gün önce de nefes darlığı ile acil birimine başvurmuş ve oral antibiyoterapi tedavisine (siprofloksasin) başlamış. Ancak şikayetlerinde düzelme gözlenmeyen hastanın acilimizde istenen kan tetkiklerinde eozinofilik lökositoz ve akut faz reaktanlarında artış saptandı: CRP=64.6 mg/l fibrinojen=603 mg/dl, eozinofil#=13520 hücre/mcl, WBC=19.55 hücre/mcl. Hastanın toraks BT'sinde sağ akciğerde derinliği 26 mm, solda ise derinliği 22 mm çapında ölçülen plevral efüzyonlar ve efüzyona komşu parankim alanlarında lenfatik formda retiküler dansiteler ve peribronşiyal kalınlaşmalar eşlik etmekteydi (Figür 1). Balgam ARB ve kültür tahlillerinde patoloji saptanmadı. PPD anerjik bulundu. TİT ve gaitada özellik saptanmadı. Solunum fonksiyon testinde; FVC: 3,19 lt (%73,52), FEV1: 2,44 lt (%66,93), FEV1/FVC: %94,69. Plevral mayiiden eksüda vafında, %100 lenfosit karakterinde, sitolojide atipik hücre ve mikroorganizma görülmedi. Ancak anlamlı patoloji saptanmaması üzerine hastaya bronkoalveolar lavaj (BAL) işlemi uygulandı; eozinofil: %36, lenfosit: %14, nötrofil: %1, makrofaj: %43 saptandı. CD4/CD8 oranı:6.08 saptandı. Transbronşial biyopsi patoloji sonucunda; doku eozinofilisi dışında kayda değer özellik görülmedi. Hastanın romatolojik kan tahlillerinde anlamlı değer saptanmadı. Hastaya oral kortikosteroid tedavisi başlandı. Bir hafta sonra hastanın eozinofil sayısı 13520 hücre/mcl'den 420 hücre/mcl'ye geriledi. Şikayetlerinde düzelme gözlendi. BAL'da doku eozinofilisi bulunan ve diğer klinik tanıların ekartasyonu yapılan hastada oral kortikosteroid tedavisi sonrası klinik düzelme ile eozinofilide gerileme saptandı. Kronik eozinofilik akciğer hastalığı tanısıyla hasta kliniğimizce aralıklı takip edilmektedir.

Figür 1



Toraks BT'de sağ akciğerde derinliği 26 mm, solda ise derinliği 22 mm çapında olülen plevral efüzyonlar

**Tartışma-Sonuç:** Sonuç olarak, kronik eozinofilik akciğer hastalığı çeşitli klinik prezentasyonlar ile karşımıza gelebileceği gibi radyolojik olarak sıklıkla yamalı infiltrasyon olarak karşımıza çıkmaktayken plevral efüzyonla prezente olan hastalarda tam kan tahlilindeki eozinofilinin dikkatli incelenmesi gerekmektedir. Klinik düzelme gözlenmeyen hastalarda plropnmoni hastalarının ayırıcı tanısında diğer n tanılar (Kronik eozinofilik akciğer hastalığı vb) göz ardı edilmemelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Eozinofilik Akciğer Hastalıkları, Plevral Effüzyon

## Poster Bildiri Oturumu 12: İnterstisyel Akciğer Hastalıkları

PS-222

### Nadir Bir Hastalık: Eozinofilik Granümatöz Polianjitis Olgusu

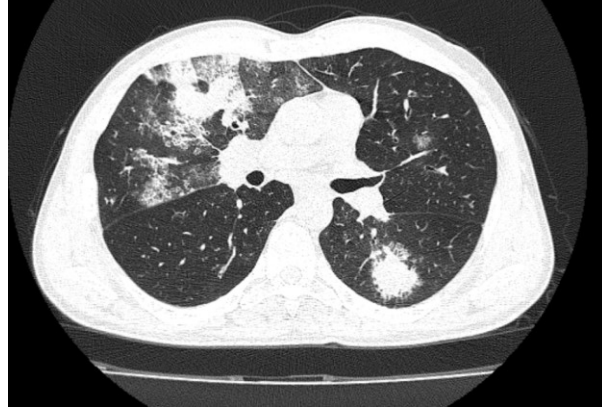
Dilan Yaşar<sup>1</sup>, Fatma Demirci Üçsular<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Eskiden Churg-Strauss sendromu olarak bilinen polianjiitli eozinofilik granümatozis (EGPA), nadir görülen, multisistemik, immün aracıli inflamatuvar hastalıktır. Geç başlangıçlı astım, kan ve doku eozinofilisi ve küçük-orta damar vaskülitiiyle karakterizedir. EGPA'da astım, nazal ve sinüs semptomları ve periferik nöropati yaygındır. Kilo kaybı, ateş, miyalji, artralji, cilt tutulumu, pulmoner opasiteler, kardiyomiyopati, böbrek hastalığı ve gastrointestinal tutulum başlangıçta olabilir veya sonrasında gelişebilir. EGPA'nın %40-70'inde pulmoner infiltrasyon en tipik bulgudur. Bilgisayarlı tomografide (BT) buzlu cam opasifikasyonu, sentrilobüler nodüller, bronşiyal duvar kalınlaşması görülebilir. Bilateral pulmoner opasite görülen ve Covid pnömonisi şüphesiyle takip edilen ve EGPA tanısı alan hastamızı sunacağız.

**Olgu:** 49 yaş erkek nefes darlığı, öksürük ateş yüksekliğiyle başvurusunda ateş:38°C, SpO<sub>2</sub>:%96 ölçüldü. Diğer vitalleri olağandı. Astım ve kronik sinüzit tanıları vardı.20 paket/yıl sigara öyküsü olup exsmokerdi. Toraks BT'de her iki akciğerde yaygın, orta ve alt zonlarda yoğun izlenen fokal konsolidatif lezyonlar ve buzlu cam infiltrasyonları görüldü ve hasta Covid pnömonisi ön tanısıyla interne edildi.3 adet Covid PCR testi negatifti.Kre:1,04 mg/dl,CRP:160 mg/L ,Hgb:15,9,Eosinofil:3600 idi. Total IgE:1250 IU/ml ve TİT'te proteinüri saptandı. Batın USG(ultrasonografi) ve renal USG'de patoloji saptanmadı. P-ANCA pozitif. Fiberoptik bronkoskopi ile bronkoalveoler lavaj'da %50 makrofaj, %35 eozinofil,%3 lenfosit,%12 nötrofil lökosit görüldü. Kültürlerde üreme olmadı. Sağ akciğerde üst lobaaki konsolidasyondan TTİİAB (transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi) ile hemorajik zeminde nekroz, belirgin eozinofil, granülom benzeri yapı oluşturan histosit grubu, pnömosit, lenfosit ve fibroblast izlendi. Batın ve boyun BT'de patoloji görülmedi. Romatoloji ve hematoloji konsultasyonunda ek öneri olmadı. Kardiyoloji bakısında LVEF %33,sol ventrikül duvar hareketleri hipokinetik görüldü. Hastada astım, kronik sinüzit öyküleri olması, bilateral pulmoner konsolidasyon, periferik eozinofili ve BAL'da eozinofil hakimiyeti ve biyopside eozinofil içeren nekrotizan granümatöz enflamasyon olması sebebiyle EGPA tanısıyla hastaya 1 mg/kg/gün metilprednizolon başlandı. Hastanın steroid tedavisi sonrası şikayetlerinde ve radyolojisinde regresyon görüldü. Hasta tedavisinin 3.yılında 4 mg metilprednizolon ile takip edilmektedir.

Hastanın başvurusundaki BT toraks görüntüsü



**Tartışma-Sonuç:** EGPA'nın klinik özellikleri birkaç evrede gelişir, ancak bu evreler her zaman açıkça ayırt edilemez. Astım, alerjik rinit ve sinüzitin görüldüğü prodromal aşamayı takiben eozinofilik ve vaskülitik faz görülür. EGPA'lı hastaların %40'ı sistemik vaskülit gelişmesinden önce pulmoner opasiteler, astım ve periferik eozinofili ile başvurur. Özellikle astım tanılı, pulmoner infiltrasyonu ve periferik eozinofilisi olan hastalarda EGPA tanısını düşünmeliyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Eozinofili, Astım, Eozinofilik Granülomatöz Polianjitis, Pnömoni, Churg Strauss Sendromu

## İPF Ön Tanısı ile Yönlendirilen Hastada Yeni Tanı: Skleroderma

Dildar Duman<sup>1</sup>, Rabia Yurt<sup>1</sup>, Fatih Sarıtaş<sup>2</sup>

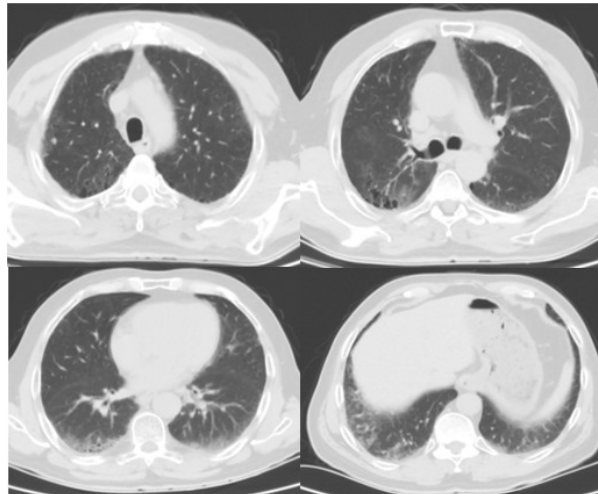
<sup>1</sup>SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>Haydarpaşa Numune EAH Romatoloji Kliniği

**Giriş-Amaç:** Skleroderma, çoğunlukla genç ve orta yaşlı kadınları etkileyen immün düzensizlik ve ilerleyici fibrozis ile karakterize, tipik olarak cildi etkileyen, değişken iç organ tutulumu olan otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Günümüzde interstisyel akciğer hastalığı, sistemik skleroz hastaları arasında %30'a varan prevalans ve %40'a varan 10 yıllık mortalite ile en yaygın ölüm nedenidir. Olgumuz ileri yaş erkek olması, sistemik bulgusunun olmaması ilk prezantasyonunun akciğer tutulumu olması nedeniyle sunuldu.

**Olgu:** 63 yaşında aktif smoker erkek hasta nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile başvurdu. Dış merkezde çekilen toraks bt si üzerine ipf ön tanısı ile tarafımıza yönlendirdi. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde son 1 yıldır öksürük ve nefes darlığı şikayetinin arttığı, bunun dışında herhangi bir halsizlik, kilo kaybı ya da eklem ağrısı gibi sistemik şikayetlerinin olmadığı öğrenildi. Hastanın toraks HRCT si incelendiğinde: Özellikle alt alanlarda bazallerde belirgin olan buzlu cam ve buzlu cama eşlik eden interlobüler septal kalınlaşmalar, üst alanlarda ise paraseptal amfizematöz değişiklikler ve bilateral akciğerde milimetrik birkaç adet nodül izlendi. (Şekil 1) Hasta fonksiyonel açıdan değerlendirildiğinde FVC:3,54 %87 DLCO:5,02 %55 bulundu. Buzlu cam hakimiyeti ve inflamasyonun ön planda olduğu hastadan RF, ANA, ANCA ve ENA profili istendi. RF:38, anti SCL 70: pozitif saptandı. Hasta romatolojiye yönlendirdi. Romatoloji tarafından değerlendirilen hastaya skleroderma tanısı konularak hastaya mikofenolat mofetil tedavisi başlandı. Hasta immunsupresif tedavi ile takip altına alındı.

Şekil 1





## Buzlu cam alanları ve nodüler görünümler

**Tartışma-Sonuç:** Bağ dokusu hastalıklarının ilk bulgusu akciğer tutulumu olabilir. Radyolojik olarak buzlu cam hakimiyeti ve NSIP öncelikli olmak üzere UIP varlığında da romatolojik hastalıkların dışlanması gerekir. İnterstisyel akciğer hastalığı tablosu ile başvuran olgularda sistemik bir bulgusu ve bilinen bir romatolojik hastalığı olmasa da kolajen doku hastalığı akciğer tutulumu olabileceği akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Skleroderma, İAH, Anti SCL-70

## Pulmoner Alveoler Proteinozis

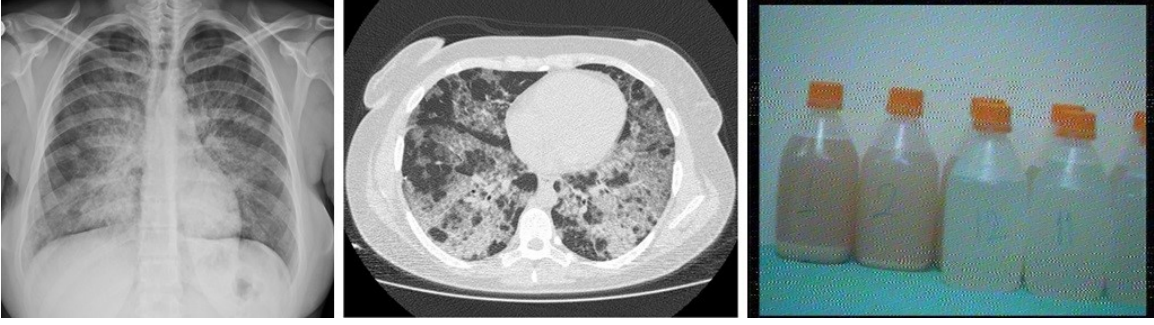
Ömer Kağan Gül<sup>1</sup>, Zehra Dilek Kanmaz<sup>1</sup>, Tuğba Mandal Zirek<sup>1</sup>, Amine Söylemez<sup>1</sup>, Merve Bayrak<sup>1</sup>, Mertcan Tağı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Pulmoner alveoler proteinozis (PAP) alveollerde periodic acid-Schiff (PAS) (+) boyanan fosfolipoproteinöz materyalin birikimi ile karakterize, etyolojisi bilinmeyen, nadir görülen diffüz bir akciğer hastalığıdır. Primer (konjenital), idiyopatik ve sekonder tip olmak üzere üç formu tanımlanmıştır. İlk olarak Rosen, Castleman ve Liebow tarafından tanımlanmıştır. Hastalığın tahmini prevalansı 100.000’de 1’dir. Etyopatogenezi ilaçlar, mikobakteri ve mantar infeksiyonları, toz maruziyeti ve malign hastalıklar gibi birtakım faktörler sorumlu tutulmakla birlikte çoğu zaman altta yatan bir neden bulunamaz. Tanıya sıklıkla biyopsi örneği veya segmental lavaj ile alınan intraalveoler materyalin PAS (+) boyanması ile ulaşılır ve açık akciğer biyopsisi kesin tanı için en emin yoldur. Tedavi masif akciğer lavajıdır. GM-CSF tedavisi günümüzde uygulanmakla birlikte, hastalığın konjenital formunda yeri yoktur. Nadir görülen bir hastalık olan PAP ile ilgili farkındalığı arttırmak. Hastalığın uzun dönem prognozu ve seyri açısından somut bir örneği paylaşmak.

**Olgu:** Bilinen ek hastalığı olmayan nefes darlığı şikayetiyle 9 yıl önce polikliniğimize başvuran 40 yaşındaki kadın hasta, çekilen akciğer grafisinde (Şekil: 1) bilateral yaygın dansite artışları saptanması üzerine hastadan istenen Yüksek Çözünürlüklü Bilgisayarlı Tomografi (YÇBT)’de (Şekil: 2) iki akciğerde yaygın yama tarzında, yer yer birleşme eğiliminde buzlu cam görünümleri izlenmiştir. Alınan arteriyel kan gazı normal saptandı, akciğer karbon monoksit difüzyon testi (DLCO) %45, spirometri ölçümleri FVC:2.73 %66 FEV1:1.87 %51 olarak saptandı. Hastaya tanısal amaçlı bronkoskopi yapıldı. Endobronşiyal lezyon saptanmadı. Bronkoalveoler lavaj ve transbronşiyal biyopsi yapıldı. BAL sıvısının histopatolojik incelenmesinde, yaymalarda hemosiderin yüklü makrofajlar ile lenfositler ve nadir polimorfonükleer lökositler izlendi. Bronş mukozasında neoplazi saptanmadı. Kesin tanı elde edilmesi amacıyla hastaya tanısal amaçlı açık akciğer biyopsisi yapıldı. Sağ akciğer alt lob laterobazal segmentten wedge rezeksiyon yapıldı. Biyopsi materyallerinin histopatolojik incelemelerinde plevrada vasküler konjesyon izlendiği, lenf nodunda reaktif antroktik değişiklikler olduğu, akciğer rezeksiyon materyalinde de pulmoner alveoler proteinozis uyumlu bulgular bulunduğu görüldü. 2015’te tanı alan hasta 9 yıldır polikliniğimizde takip ediliyor. Hastaya bu dönemde hastaya 6 defa hastane yatışı önerildi 2’si hastanın kaçması sebebiyle gerçekleşmedi. Daha önce de önerilmesine rağmen hastaya terapötik amaçlı ilk lavaj 2018 yılında yapıldı (Şekil: 3). Hastaya 2018 yılında 2, 2019 yılında 2 defa terapötik amaçlı lavaj yapıldı. 2019 Temmuz ayından itibaren 6 ayda bir kontrole gelen hastaya son kontrolünde endikasyon dışı GM-CSF ilaç başvurusunda bulunuldu.

Şekil 1



**Tartışma-Sonuç:** PAP hastalarında terapötik lavajın endikasyonları nelerdir? GM-CSF tedavisinin endikasyonları nelerdir? PAP hastalarının rutin kontrolleri hangi sıklıkla ve hangi tetkiklerle yapılmalıdır? PAP nadir görülen, ataklarla seyreden ve uzun süreli takip gerektiren bir hastalıktır. PAP takibi yeterli yetkinlikteki kişiler ve merkezlerde yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Pulmoner Alveoler Proteinozis (PAP), GM-CSF, Terapötik Masif Akciğer Lavajı

**PS-226**

## **Akciğer Nodülleri ile Prezentre olan Olguda Tanı: IPF**

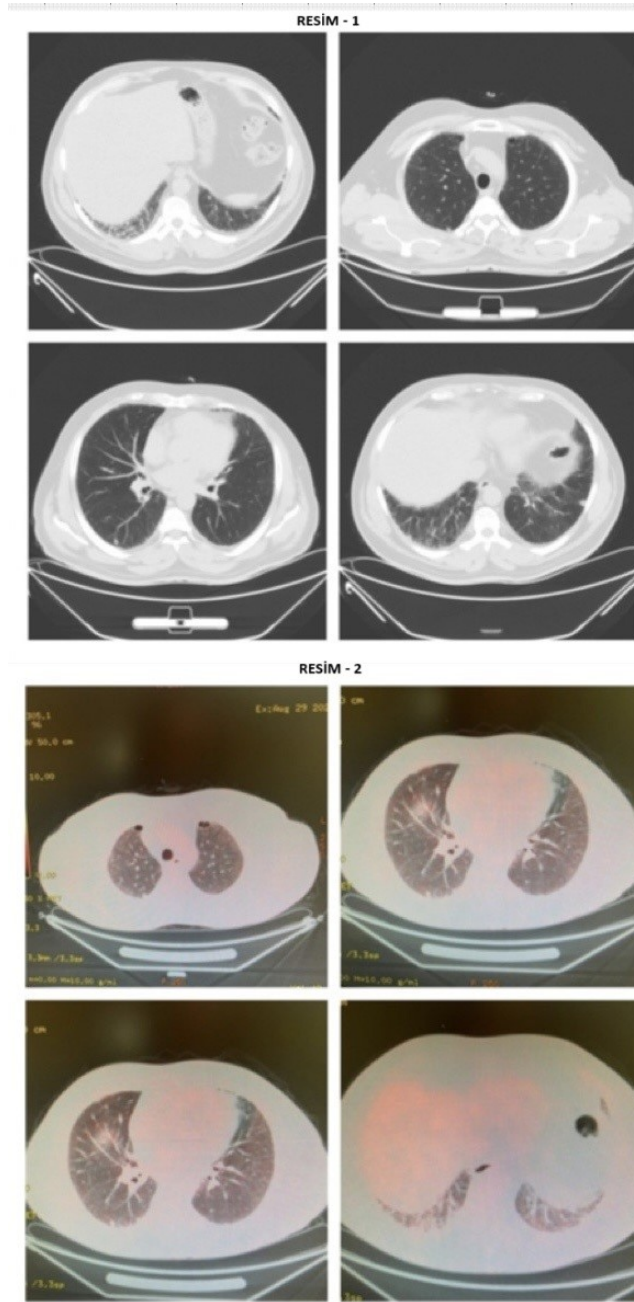
Gülizar Yumru<sup>1</sup>, Dildar Duman<sup>1</sup>, Mustafa Akyıl<sup>1</sup>, Hamide Gül Şekerbay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Akciğerde multipl nodüllerin etyolojisinde maligniteler öncelikle akla gelmekle birlikte, nodüllerin çok geniş bir ayırıcı tanısı vardır. NSIP bu ayırıcı tanıların arasında özellikle eşlik eden buzlu cam ve retikülasyon varlığında yer alır. Ancak IPF'nin akciğer nodülleri ile prezentasyonu beklenen bir durum değildir.

**Olgu:** 50 yaşında, bilinen bir hastalığı olmayan erkek hasta 8 aydır süren öksürük şikayeti ile başvurdu. Servis şoförlüğü yapan hasta daha önce 13 yıl kadar boyacılık yapmış. Hastanın özgeçmişinde babasında mide CA, annesinde beyin tümörü öyküsü mevcut. Kronik öksürük nedeniyle Toraks HRCT çekilen hastanın BT'sinde her iki akciğerde en büyüğü sol alt lob laterobazalde 10 mm çapında olmak üzere birkaç adet nodül ve bilateral alt loblar ve periferde yoğunlaşan retikülasyon izlendi. (Resim 1) Solunum fonksiyon testi ve DLCO'sunda restriksiyon izlenen(FVC: %64 DLCO: %54) hastanın romatolojik belirteçleri negatif olup, romatoloji konsültasyonunda romatolojik hastalık saptanmadı. Ailede CA öyküsü olan, akciğerde nodüller izlen hastaya PET-CT çekildi ve PET-CT'de patolojik FDG tutulumu izlenmedi. (Resim 2) Hastaya NSIP? Malignite? ön tanılarıyla FOB yapıldı. FOB da normal endobronşial sistem görülen hastanın bronkoalveolar lavajında (BAL) lenfositik alveolit bulundu. Konsey kararı ile hastaya cerrahi biyopsi kararı verildi. Sol alt lob ve lingulaya VATS-wedge biyopsi yapılan hastanın patolojisi UIP olarak raporlandı. İdiopatik pulmoner fibrozis (IPF) tanısı konulan hastaya antifibrotik tedavi başlandı.

## RESİM 1 - RESİM 2



**Tartışma-Sonuç:** Radyolojik olarak subplevral nodüllerin varlığı IPF için tipik olmamakla birlikte, retikülasyon ve fibrozis bulguları eşlik ettiğinde ayırıcı tanıda IPF akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Nodül, NSIP

## Multiple Nodüllerle Seyreden ve Akciğer Metastazını Taklit Eden İki Farklı Multisistemik Hastalık: Wegener ve Multiple Myelom

Ferit Demirkıran<sup>1</sup>, Ceyda Anar<sup>1</sup>, Muzaffer Onur Turan<sup>1</sup>, Bünyamin Seroğullarından<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi

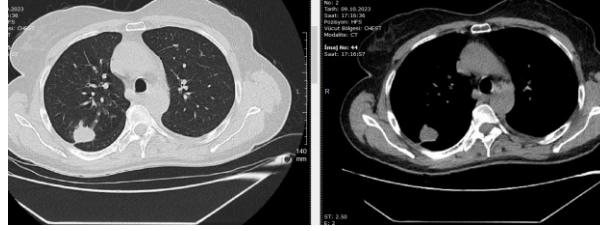
**Giriş-Amaç:** Multipl pulmoner nodüller, bir ya da iki akciğerde sağlam akciğer dokusuyla çevrelenmiş, iyi sınırlı, birden çok, değişik şekillerde olabilen lezyonlardır. Multipl pulmoner nodüllerin % 95'den fazlasının etyolojisini metastatik oluşumlar veya tüberküloz ve fungal enfeksiyona bağlı granülomlar oluşturur (1). Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT), bilateral parenkimde multipl nodüller saptanan, tanıya birine VATS ile diğerine böbrek ve kemik iliği biyopsisi ile gidilen granümatöz poliangitis ve multiple myelom (MM) tanısı konulan iki olgu, nadir görülmesi nedeniyle literatür eşliğinde sunulmaktadır.

**Olgu:** Olgu 1: 59 yaşında bayan hasta yaklaşık 3 ay önce öksürük, ara ara ateş ve halsizlik, yaygın sırt ağrıları yakınması ile hastaneye başvuruyor. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer üst zonda nodüler lezyon. Sol akciğer alt lobta kaciter lezyon ve santralde bronşiektazi alanları izlendi(Resim 1 ). Sol akciğeden yapılan trucut doku biyopsisifokal apse formasyonu oluşturan aktif kronik inflamasyon bulguları olarak raporlanan hasta 1 ay kadar antibiyoterapi almış. Toraks BT'sinde nodüllerin regrese olmadığı izlendi. (Resim 2a,2b). Bronkoskobisinde endobronşiyal lezyon izlenmedi. Vaskülit ön tanısı ile gönderilen cANCApozitif saptanan hastanın idrarda proteinürisi yok idi. PETBT 'sinde sağ akciğer üst lobda yaklaşık 37 mm çaplı kitlesel lezyonda sağ akciğer alt lob bazal segmentlerde multipl nodüler lezyonlarda artmış F-18 FDG tutulumları mevcuttur. Sol akciğer üst lob 28 mm çaplı nodüler yumuşak doku dansitesinde yoğun F-18 FDG tutulumu seçilmektedir. Sol akciğer alt lobda, yoğun F-18 FDG tutulumu gösteren konsolidasyon alanı dikkati çekmektedir (resim 3a,3b). Sağ akciğer üst lobtan VATS ile alınan doku biyopsisi sonucu nekroz ve çevresinde granümatöz iltihabi reaksiyon ve küçük/orta boy arter ve ven duvarında granümatöz nekrotizan vaskülit formasyonları izlenmiştir (Resim 4) Hasta klinik, labratuvar, radyolojik bulgular ile Wegener olarak düşünülmüştür.

Olgu 2: 68 yaşında bayan hasta toraks btsinde multiple milimetrik nodül saptanması üzerine göğüs hastalıkları kliniğine başvurdu. Özgeçmişinde 2009 yılında endometrium kanseri nedeni ile opere ve kür sağlanmış. PET BTDE başka organlarda belirgin FDG tutulumu olmayan hastanın sağ akciğer alt lobtaki nodülde suv 3.1 olan nodülü diğer nodüllerde belirgin tutumu yoktu (Resim 5). Anbiyoterapi sonrası regresyon sağlanan nodüle girişim düşünülmemiş olup o dönemde bakılan p ANCA borderline pozitif çıkan hastanın idrarda da eser miktarda proteinürisi mevcuttu. Hasta nodülleri nedeni ile takibe alınmış ancak takibe 2 yıl sonra yaklaşık 2 aydır geçmeyen öksürük yakınması ile başvurdu . PA akciğer grafisinde bilateral patenkimde nodüller izlendi (resim 6). Laboratuvar bulgularında Kreatin2.4 üre :42 k:5.6 olan hasta böbrek tutulumu açısından böbrek biyopsisi diffüz proliferatif-sklerotik glomerulonefrit olarak geldi. ANCA negatif gelen hastaya böbrek ve akciğer tutulumunun olması üzerine klinik, radyolojik bulgularla wegener düşünüldü,

hayati organ tutulumunun olması üzerine pulse steroid tedavisi 3 gün boyunca verildi. hemodiyalize giren hastaya siklofosfomid tedavisi de uygulandı. Akciğer grafisinde pulse steroid sonrası belirgin regresyon izlendi (Resim 7).kemik iliği biyopsisinin patoloji sonucu CD38 pozitif, EMA negatif,CD138,CD56,CD20 pozitif plazma hücresi artışı izlenmiş olup, histopatolojik immunohistokimyasal bulgular "myelom" lehine düşündürmüştür. Mevcut intertrabeküler mesafelerde prekürsor/progenitor hücre oranı%3 dolayında olup olgunun Myelodisplastik sendrom açısından değerlendirilmesi önerilir şeklinde raporlandı. Hasta akciğer, böbrek tutulumunun da olduğu MM olarak kabul edildi ve hematolojiye devir edildi.

Resim 1



sağ akciğer üst zonda nodüler lezyon . sol akciğer alt lobta kaviter lezyon ve santralde bronşiektazi alanları izlendi

**Tartışma-Sonuç:** Sonuç olarak, multipl ve PET-CT’de malignite düzeyinde artmış FDG tutulumu olan akciğer nodüllerinin tanısında öncelikle akciğer metastazı akla gelse de anamnez, fizik muayene ve laboratuvar bulguları (anormal idrar sedimenti) eşliğinde hasta değerlendirilmeli ve kollagen doku hastalıkları ya da hematolojik malignitelerin akciğer tutulumu da ayırıcı tanıda düşünölmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** cANCA, Vaskülit, Nodül, PET-BT

## Tüberküloz Ön Tanılı Sarkoidoz Olgusu

Rahime Çoşar<sup>1</sup>, Emine Tosun<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa

**Giriş-Amaç:** Sarkoidoz başlıca akciğer ve vücudun lenfatik sistemlerini tutan, nedeni bilinmeyen sistemik granülomatöz bir hastalıktır. Geçmişte sarkoidozu Tüberkülozun (TB) bir varyasyonu olarak hatta tüberkülozun sarkoid fazı olarak değerlendiren görüşlerde olmuştur. Ayrıca TB infeksiyonundan sonra sarkoidozun geliştiği veya sarkoidoz ile başlayan bir hastalığın TB ile sonlandığı ya da her iki hastalığın bir arada bulunduğu olgularda bildirilmiştir.

**Olgu:** 44 yaşında erkek hasta nefes darlığı ve halsizlik şikayeti ile gittiği doktorda tetkik edilirken çekilen akciğer tomografisinde sol akciğer lingulada büyüğü yaklaşık 28x13 mm boyutunda spiküle konturlu 2 adet nodüler dansite artımı olduğu için tarafımıza sevk edilmiş. Hasta belediyede çöp konteynerinde işçi olarak çalışıyordu. Yapılan tetkiklerinde tam kan ve biyokimya parametrelerinde anlamlı patoloji saptanmadı. Hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide endobronşial lezyon saptanmadı. Bronkoalveoler lavajda ARB bakıldı. Direkt bakı ve kültür negatif geldi. Hastadan bakılan otoantikolar normal olup ACE (serum anjiotensin converting enzim) düzeyi 56 IU/l (> 52 IU/l) olarak bulunuldu. Bakılan solunum fonksiyon testinde FVC 2,02 l (%47) FEV1 1,83 l (%51) FEV1 /FVC :91 olup restriktif solunum bozukluğu mevcuttu. Yapılan diffüzyon testinde DLCO 8,34 mmol/kPa/min (%84) idi. Hastaya hastanemizde çekilen Akciğer Tomografisinde Bilateral akciğer parankiminde milimetrik boyutlu milier multiple nodüler opasiteler dikkati çekmiştir. Sol akciğerde lingula düzeyinde periferik alanda peribronkovasküler duvar kalınlaşması ve eşlik eden parankimde konsolidasyon alanı ile milimetrik multiple nodüler opasiteler eşlik etmektedir. Ayrıca sağ akciğer alt lob superior segment posterior kesimde yoğun konsolide görünüm, peribronkovasküler duvar kalınlaşmaları ve plevraya uzanan lineer bant atelektazi formasyonları dikkati çekmiştir. Bilateral apekslerde sentrilobüler amfizematöz değişiklikler izlendi. Mediasten lojlarında büyüğünün kısa aksı 1 cm'ye ulaşan birkaç adet lenf nodu izlendi şeklibde yorumlandı. Çekilen PET-CT de anlamlı tutulum saptanmadı. Hasta konseyimizde tartışıldı. Mediastinel LAP boyutları küçük olduğu için EBUS ile tanı koymak zor olacağından VATS biyopsi önerildi. VATS biyopsi patoloji sonucu granümatöz hastalık olarak raporlandı. Hasta klinik konseyde tartışıldı. Sarkoidoz nedeniyle sistem taramaları yapıldı. PPD si bakıldı. Negatif geldi. Hastaya 32 mg/gün metilprednizolon başlandı. Takiplerde cildinde kaşıntılı purpura tarzı lezyonlar oluştu. İstenen dermatoloji konsültasyonu sonucu mevcut lezyonlar metilprednizolona bağlandı. Metilprednizolon dozu 2. Ayın sonunda düşürüldü. Ancak ilaç dozu düşünce hastanın dispnesi arttığı için tedavive azotiopürin eklenerek kortizol dozu düşürüldü. 3 ay sonunda takiplerde kliniğinde iyileşme oldu.





**Tartışma-Sonuç:** Sarkoidoz ve TB ayrımı için laboratuvar testleri veya sadece radyolojik görüntüleme yeterli değildir. Klinik, histoloji, bakteriyoloji ve hatta tedaviye cevabın değerlendirilmesi tanı için gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Tüberküloz, ACE, Sarkoidoz, Metilprednizolon, İlaç Yan Etkisi

**PS-231**

## **Antifibrotik Tedavi ile Progresyon Görülen İPF'li Hastada Tedavi Değişikliği ve Küçük Hücreli Karsinom Gelişimi**

Gülce Cansu Serin<sup>1</sup>, Fatma Arslan<sup>1</sup>, Deniz Doğan Mülazimoğlu<sup>1</sup>, Miraç Öz<sup>1</sup>, Aslıhan Gürün Kaya<sup>1</sup>, Serhat Erol<sup>1</sup>, Aydın Çiledağ<sup>1</sup>, Akın Kaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

**Giriş-Amaç:** İdiyopatik pulmoner fibrozis (İPF) hastalarında antifibrotik tedaviye yeterli yanıt alınmadığında, antifibrotik ilaç değişikliği düşünülebilir. İPF'de kronik fibrozis zemininde malignite gelişim riski nedeniyle yakın takibi önerilmektedir. Bu olgularda ikinci primer malignite ise nadir bir durumdur.

**Olgu:** 65 yaşında aktif smoker kadın hasta kliniğimize eforla artan nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde bibaziller ince ralleri mevcuttu. Toraks BT'de bilateral subplevral retikülasyon, az miktarda buzlu cam ve alt loblarda bal peteği kistleri mevcuttu. Solunum fonksiyon testlerinde restriktif akım kısıtlanması ve orta dereceli diffüzyon kısıtlaması izlendi. Bronkoalveoler lavaj örneğinde alveoler makrofajlar baskın olarak görüldü. İmmün biyobelirteçlerinde romatolojik faktör pozitif gelmesi üzerine hasta romatolojiye danışıldı. Aktif olarak eklemelerinde yakınması olmaması ve çekilen eklem grafilerinde aşık eroziv değişiklik olmaması üzerine hastada altta yatan romatolojik hastalık düşünülmedi. Hastaya İPF tanısı konularak antifibrotik tedavi (nintedanib) başlandı. Takiplerinde çekilen toraks BT'sinde önceki incelemelerine göre progresyon ve sol üst lob apikoposteriorda yaklaşık 2 cm çapında yeni gelişimli lezyon izlendi. Antifibrotik tedavisine rağmen toraks BT'sinde progresyon ve fonksiyonel kayıp olması nedeniyle antifibrotik tedavi değişikliği yapıldı. Pet-BT'de, sol akciğer üst lob apikoposterior segmentteki kitlesinde patolojik 18F-FDG tutulumu (SUVmax:9.3) görüldü. Sol hiler bölge, sol hemitoraks alt-ön lateral (SUVmax:5.3) ve posteriorda plevral yüzlerde yerleşimli nodüler (SUVmax:4.3) ve sol süperior juguler lenf nodunda (SUVmax:13.7) patolojik 18F-FDG tutulumları saptandı. Hastaya transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucu küçük hücreli akciğer karsinom tanısı olan hastaya tıbbi onkoloji önerisi ile etoposid-sisplatin tedavisi başlandı. Kemoterapisinin 4. kürü sonrası çekilen kontrol TAP-BT'sinde utero-adneksiyel kitle saptanması sonrası yapılan tru-cut biyopsi ile lokal ileri evre endometrium kanseri teşhisi konuldu. Kemoterapi ve eş zamanlı radyoterapi tedavilerine rağmen hasta takibinde ex oldu.

**Tartışma-Sonuç:** Tedaviye bağlı şiddetli yan etkiler gelişen hastalarda veya mevcut antifibrotik tedaviye yanıt alınmadığında antifibrotik tedavi değişikliği düşünülmelidir. Fibrozise bağlı atipik epitelyal değişikliklerden dolayı gelişebilecek olası maligniteler açısından İPF hastalarının yakın takip edilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İPF

## Dirençli Hiperkalsemi Altından Çıkan Sarkoidoz

Ayşenur Atila<sup>1</sup>, Talat Kılıç<sup>1</sup>, Bahri Evren<sup>2</sup>, Hacı Bayram Berktaş<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İnönü Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup>İnönü Üniversitesi, Endokrinoloji Bilim Dalı

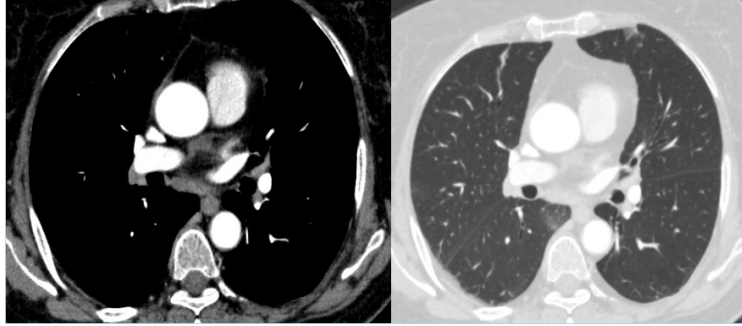
<sup>3</sup>İnönü Üniversitesi, Nefroloji Bilim Dalı

**Giriş-Amaç:** Hiperkalseminin en sık nedeni malignite ve ikinci sık nedeni hiperparatiroididir. Hiperkalsemi sarkoidozda sık görülen bir bulgu değildir. Fakat diğer nedenlerin ekarte edildiği ve tek nedenin sarkoidoz olduğu tespit edilen durumlarda tedavi endikasyonu oluşturmaktadır. Bizim vakamızda sarkoidoz dışı tüm hiperkalsemi nedenleri ekarte edilmiş olup, yalnızca sarkoidoz tedavisi ile düzelen bir hiperkalsemi olgusudur. Bu vakamızı sunma amacımız taklitçi bir hastalık olan sarkoidozu nedeni açıklanamayan hiperkalsemi olgularında aklımızın bir köşesinde tutmak gerektiğidir.

**Olgu:** 62 yaş kadın hasta tarafımıza ilk olarak Ocak 2021 tarihinde patolojik boyutta mediastinal lap nedeni ile yönlendirilmiş. Solunum sistemi muayenesi doğal, SFT normaldi. Göğüs cerrahi bölümü tarafından patolojik boyutta olan mediastinal lap etyoloji aydınlatmak için mediastinoskopi kararı verildi. 4R nolu lenf nodu eksizyonel biyopsi sonucu: Granülomatöz Lenfadenit. Hasta Mart 2021 tarihinde patoloji sonucu ile tarafımıza başvurmuş: SFT, ACE düzeyi ,24saatlik idrarda kalsiyum düzeyi, tüberkülin cilt testi, göz ve dermatoloji bilim dalları görüşü ve BT istenmiş. İstenen tüm tetkik sonuçları normal değerlerde gelmiş. Göz ve dermatoloji bilim dalları: sarkoidoz tutulumu düşünmemiş. BT raporu: Mediastende büyüğü prevasküler alanda kısa aksı 1,7 cm'ye ulaşan multiple LAP'lar vardır. Her iki akciğerde büyüğü sol akciğer alt lob laterobazal segmentte yaklaşık 4 mm boyutta birkaç adet parankimal nodül izlenmektedir. Bir önceki BT ile karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmadı. Göğüs hastalıkları tarafından hastaya 3-6 ay süre ile kontrol önerilmiş. Hasta takiplerinde kreatin yüksekliği ve hiperkalsemi nedenleriyle nefroloji ve endokrinoloji bölümleri tarafından takip edilmeye başlanmış. Kreatin yüksekliği (1,1-1,5 mg/dl arasında) için takip planlanmış ve takiplerinde değer artmamıştır. Endokrin bölümü tarafından yapılan tetkikler sonucunda eksploratif cerrahi açısından genel cerrahiye yönlendirilmiş. Nisan 2022 cerrahi yapılmış. Sonuç: Kolloidal tiroid dokusu, incelenen örneklerde paratiroid dokusu/ lezyonu yönünde olabilecek bulgu görülmemiştir. Ameliyat sonrası hiperkalsemisi devam eden hastaya endokrin bölümü tarafından Haziran 2022'de yeniden ayrıntılı tetkikler yapılmaya başlanmış. Paratiroid sintigrafisi tekrarlanmış: Tiroid sağ lob izlenmemektedir (Opere). Boyun ve intratorasik sahada paratiroid adenomu düşündürecek patolojik aktivite artışı izlenmeyen paratiroid bezi sintigrafik incelemesidir Aralık 2022 tarihinde opere paratiroid adenom ile takipli hasta sarkoidoz açısından yeniden değerlendirilmek üzere tarafımıza yönlendirilmiş. Solunumsal bir şikayeti yok. Solunum sistemi muayenesi doğal, SFT normal. Sarkoidoza bağlı hiperkalsemi? Renal sarkoidoz? Paratiroid bezi sarkoidozu? Ön tanıları ile hastaya konsey düzenlendi. Göğüs hastalıkları, endokrinoloji ve nefroloji bölümlerinin katıldığı konsey kararı ile

sarkoidoza bağlı hiperkalsemi düşünülerek uzun süreli prednol tedavisi düzenlendi. Tedavinin 1.ayından itibaren kan kalsiyum değeri normal düzeye geriledi.

#### Toraks BT kesiti



Tablo

TARİH	KAN Ca(mg/dl)
Temmuz 2020	11,4
Ocak 2021	13,3
Mart 2021	11,7
Eylül 2021	12,1
Şubat 2022	12,9
Nisan 2022	11
Ekim 2022	11,4
Ocak 2023	10
Haziran 2023	9,6

#### Kan kalsiyum değeri

**Tartışma-Sonuç:** Vakamızda hastaya hiperkalsemi yapabilecek tüm nedenler açısından endokrinoloji bölümü tarafından ileri araştırma yapılarak etyoloji aydınlatılamamış. Tıbbi literatürde paratiroid bezinin sarkoid tutulumu doğrulanmış yedi vaka bulunmaktadır. Literatürdeki vakaların hepsinde paratiroid sintigrafisinde tutulumu mevcut olup, ameliyat sonrası hiperkalsemi gerilemiş. Bizim vakamızda paratiroid adenomu saptanmadığı halde hasta yine de tanı ekartasyonu için cerrahiye verilmiştir. Postoperatif kalsiyum yüksekliği devam etmiştir. Hastada sarkoidoz dışına hiperkalsemi yapacak neden bulunamamış olup sarkoidoz tedavisi

düzenlenmiş ve yanıt alınmıştır. Hala takibimizde olan hastanın kan kalsiyum düzeyi normal aralıktadır. Hiçbir solunumsal şikayeti ve akciğer bulgusu olmasa da hiperkalsemi bir tedavi endikasyonudur. Hiperkalsemi etyolojisinde ilk sıralarda olmasa da ayırıcı tanılarımız arasında sarkoidoz olması gerektiğini unutmayalım

**Anahtar Kelimeler:** Dirençli Hiperkalsemi, Sarkoidoz, Paratiroid Adenomu

**PS-233**

## **Pulmoner Alveoler Proteinozisli İki Olguda Sargramostim İnhalasyon Tedavisinin Etkinliği**

Bahar Aydoğar<sup>1</sup>, Elif Tanrıverdi<sup>1</sup>, Erdoğan etinkaya<sup>1</sup>, Zeynep Güney<sup>1</sup>, Umut İlhan<sup>1</sup>, Duygu Uzunoğlu<sup>1</sup>, Mustafa rtk<sup>1</sup>

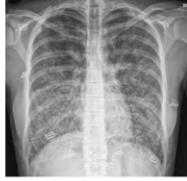
<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş-Amaç:** Pulmoner alveoler proteinozis (PAP), alveollerde ve distal hava yollarında PAS(+) boyanan sürfaktan proteinleri ve fosfolipid içeren materyal birikmesiyle karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Olguların %90'ını oluşturan otoimmün (primer) PAP, granülosit makrofaj koloni stimülan faktöre (GM-CSF) yüksek afinite ile bağlanan GM-CSF otoantikoru sonucunu oluşur. GM-CSF, alveoler makrofajlar üzerinden sürfaktan homeostazında etkilidir. Alveoler makrofaj fonksiyonunun bozulması, alveollerden sürfaktanın temizlenmenin başarısız olmasına yol açarak semptomların, fizyolojinin ve radyolojik bulguların giderek kötüleşmesine neden olur. PAP'ın geleneksel tedavisi total akciğer lavajı (TAL) olsa da Sargramostim'in (RHUGM-CSF) inhalasyon yoluyla kullanılması da alternatif tedavidir. Bu tedavinin başarıyla uygulandığı iki olgumuzu sunduk.

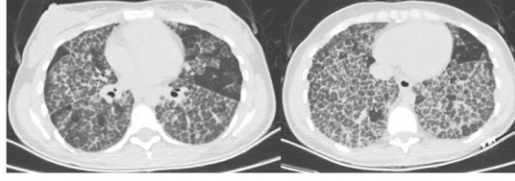
**Olgu:** OLGU 1) 30 yaşında kadın hasta 3 yıldır eforla artan nefes darlığı, kuru ksrk Şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Sigara ve bilinen ek hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde oda havası SpO<sub>2</sub>: %85, NDS:80/dk, solunum sesleri bilateral belirginleşmişti. Clubbing mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral orta ve alt zon dominant retikulonodler patern izlendi (Resim 1). Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografisinde (YRBT) kaldırım taşı görünümü izlendi. (Resim 2). Solunum fonksiyon testlerinde (SFT) FVC:1,78 (%53), FEV<sub>1</sub>:1,72 (%58), FEV<sub>1</sub>/FVC: %96, DLCO: 5,48 (%47) idi. Bronkoalveoler lavaj süt görünümünde ydi ve sonuçları PAP ile uyumluydu. Serum Anti-GM-CSF negatifti. PAP tanısı ile takibinde 8 kez Terapötik BAL yapılan hastanın Şikayetlerinde artış olup ayda bir hastane başvurusu vardı. Hastaya Leukine (RHUG-CSF-Sargramostim) 250 mcg/vial 2\*1/2 (1cc) inh tedavisi başlandı. 6 ay Leukine kullanımı sonrası Şikayetlerinde belirgin azalma, O<sub>2</sub> ihtiyaında azalma izlendi. Oda havası SpO<sub>2</sub>:%92 lld. YRBT'de lezyonlarda belirgin regresyon saptandı (Resim 3). OLGU 2) 40 yaşında erkek hasta 2 yıldır eforla artan nefes darlığı Şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Bilinen ek hastalığı yoktu. 30 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde oda havası saturasyonu %92, NDS:80/dk, solunum sesleri bilateral eşit ve doğal. Akciğer grafisinde bilateral, simetrik, orta alanlar ve perihiler bölgelerde (yarasa kanadı Şeklinde) opasite artışı mevcut (Resim 4). YRBT'de kaldırım taşı görünümü izlendi (Resim 5). SFT'de FVC:4,61 (%86), FEV<sub>1</sub>:3,69 (%84), FEV<sub>1</sub>/FVC: %79, DLCO: 5,40 (%44) idi. Bronkoskopik BAL süt görünümünde ydi. BAL sıvısının boyamasında yaymalarda yoğun protein materyal saptandı ve PAS (+) boyandı. PAP tanısı ile 4 kez terapötik BAL yapılmıştı. Son işlemden 2 ay sonra nefes darlığında artış ile başvuran hastaya Leukine (RHUG-CSF- Sargramostim) 250 mcg/vial 2\*1/2 (1cc) inh tedavisi başlandı. 3 ay Leukine

kullanımı sonrası şikayetlerinde belirgin azalma, O2 ihtiyacında azalma izlendi. Oda havası SpO2:%96 ölçüldü. YRBT'de lezyonlarda belirgin regresyon saptandı (Resim 6).

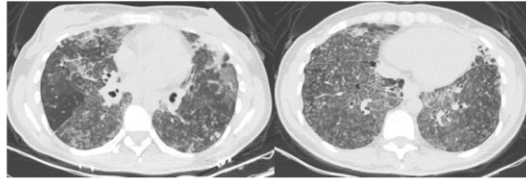
### PAAG ve YRBT



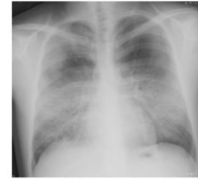
Resim 1: PAAG



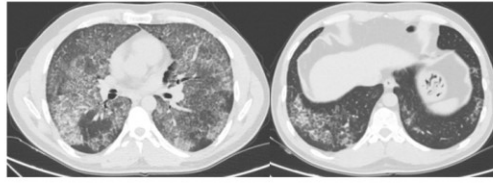
Resim 2: YRBT



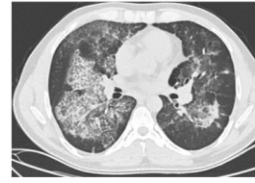
Resim 3: YRBT



Resim 4: PAAG



Resim 5: YRBT



Resim 6: YRBT

Olgu bölümünde metin içinde numaralandırılmış alanlarda açıklamalar bulunmaktadır.

**Tartışma-Sonuç:** PAP hastalığının geleneksel tedavisi, TAL ile mekanik olarak akciğerlerde biriken materyalin temizlenmesidir. Sargramostim (RHUG-CSF) kullanımı ile ilgili literatürde sınırlı sayıda olgu örnekleri mevcuttur. Randomize çalışmalar, GM-CSF'nin inhaler yolla kullanımının etkinliğini ve geleneksel tedaviye potansiyel bir alternatif olacağını öne sürmektedir. Öncesinde tekrarlayan TAL öyküsü olan iki hastamızda inhaler Sargramostim ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Sargramostim ve TAL'ın etkinlik ve cost-efektivitesini karşılaştıran çalışmalara halen ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Bronkoalveolar Lavaj, GM-CSF, Pulmoner Alveolar Proteinozis, Sargramostim, Total Akciğer Lavajı

## Otoimmün Hastalığa Sekonder Organize Pnömoni Olgusu

Ömer Seylan<sup>1</sup>, Selvi Aşkar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları AD

**Giriş-Amaç:** Organize pnömoni, küçük hava yolları ve alveolar kanallar içinde granülasyon dokusu oluşumu ile karakterize bir tür interstisyel akciğer hastalığıdır. Organize pnömoni idiyopatik (nedeni bilinmeyen) veya romatolojik hastalıklar da dahil olmak üzere çeşitli durumlara sekonder olabilir. Romatolojik hastalıklar eklemleri, bağ dokuları ve bazen de diğer organları etkileyen otoimmün bozukluklardır. Bazı romatolojik hastalıklar organize pnömoni ile ilişkilendirilmiştir ancak ikisi arasındaki ilişki tam olarak anlaşılamamıştır. Organize pnömoni tanısı alan ve sonrasında sekonder nedenler araştırılırken sjögren Sendromu ve Sistemik Lupus Eritematozus tanısı alan bir vakanın sunulması planlandı.

**Olgu:** 71 yaşında kadın hasta Göğüs hastalıkları polikliniğine nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile başvurdu. Hastanın Covid pandemi döneminde 2 kez hastaneye covid-19 nedeni ile yattığı ve PCR testlerinin her zaman negatif çıktığı öğrenildi. Bilgisayarlı tomografi görüntülerinde bilateral buzlu cam dansite alanları olan hastanın (Resim 1a, Resim 1b) poliklinik başvurusuna ait BT görüntüsünde buzlu cam dansitelerinin devam ettiği saptandı (Resim 1c). Oksijen saturasyonu 78 olan hastanın CRP:37, Sedim:97 geldi. Hasta klinik ve radyolojik olarak organize pnömoni kabul edilerek kortikosteroid tedavisi başlandı. Bu arada etyoloji araştırmak amaçlı romatolojik markerleri istendi. Kortikosteroid tedavisi sonrası klinik iyileşmesi olan ve radyolojik olarak kısmi regresyon (Resim 2a) saptanan hastaya Romatoloji bölümü tarafından Sjögren Sendromu ve SLE tanısı konuldu. Plaquenil ve Cellcept tedavisi sonrasında BT görüntülemesinde ve kliniğinde ciddi iyileşme kaydedildi (Resim 2b, Resim 2c). Son poliklinik kontrolünde O<sub>2</sub> saturasyonu % 94 olarak ölçüldü.

**Tartışma-Sonuç:** Organize pnömoni, spesifik olmayan klinik bulgular ve radyografik görünümle ilişkili önemli bir hastalıktır. Organize Pnömoni hastalarında en sık görülen radyolojik bulgular konsolidasyon ve buzlu cam opasiteleridir. Bu lezyonlar genellikle iki taraflı ve periferiktir. Bağ doku hastalıkları da sekonder organize pnömoni yapan nedenler arasında yer alır. Organize pnömoni tanısı alan her hasta romatolojik hastalıklar açısından da tetkik edilmelidir.



Resim 1-2

Resim 1

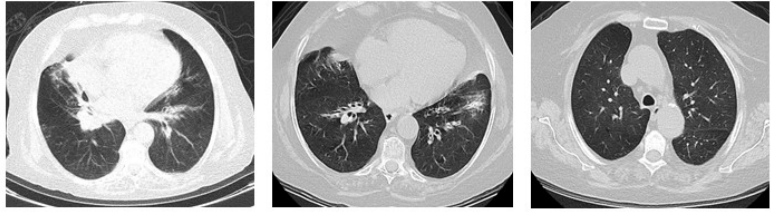


Resim 1a

Resim 1b

Resim 1c

Resim 2



Resim 2a

Resim 2b

Resim 2c

**Anahtar Kelimeler:** Sjögren Sendromu, Sistemik Lupus Eritematozus, Organize Pnömoni

**PS-235**

## **Bleomisin Akciğer Toksikitesi: Steroid Yanıtı Farklı İki Olgu**

Bünyamin Sertoğullarından<sup>1</sup>, Muzaffer Onur Turan<sup>1</sup>, Ceyda Anar<sup>1</sup>, Çağrı Cenk Öztürksoy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Göğüs Hastalıkları

**Giriş-Amaç:** Bleomisin germ hücreli tümörlerin tedavisinde başarıyla kullanılan bir antitümör antibiyotiktir. Bleomisin tedavisinin en önemli yan etkisi ciddi akciğer hasarıdır. Bleomisin Akciğer hasarı için kontrollü çalışmalarca belirlenmiş bir tedavi mevcut değildir. Bu amaçla en sık oral kortikosteroidler kullanılmaktadır. Kortikosteroid tedavisine farklı yanıt veren iki bleomisin akciğer hasarı olgumuzu sunuyoruz.

**Olgu:** Olgu 1 : 47 yaşında testis tümörü tanılı Bleomisin tedavisi sonrası 2 aydır tedavisiz izleme alınan olgu 2 aydır olan ve artan nefes darlığı öksürük şikayeti ile başvurdu. FM de bazalarda raller duyuldu. SFT FVC 3.43 L % 70 FEV1 2.97 %75 FEV1/FVC 89 TLC 5.21 % 70 TLCO % 58. HRCT ; her iki akciğerde yaygın interlobuler septal kalınlaşmalar ve ince retiküler tutulumlar saptandı. Bleomisin toksisitesi olarak değerlendirildi. Hastaya kortikosteroid tedavi başlandı. 6 aylık tedavi ile semptomatik fonksiyonel radyolojik tam iyileşme saptandı. Tedavi sonrası SFT FVC 4.09 %83 FEV1 3.60 % 91 FEV1/FVC 87 TLC %87 TLCO 52. TLCO 1 yıl sonra normal düzeye geldi. Olgu 2 : 61 yaşında testis tümörü tanılı bleomisin tedavisi sonrası tedavisiz izlemde olan hasta 3 aydır olan nefes darlığı şikâyeti ile başvurdu. FM Bilateral bazal alanlarda raller duyuluyordu. SFT FVC % 41 FEV1 %52 FEV1/ FVC 93 TLC %52 TLCO %20 HRCT sağda daha belirgin olan ve süreç içerisinde ilerlemiş her iki akciğerde interlober ve interlobüler septal kalınlaşmalar izlendi. Hastaya kortikosteroid tedavisi başlandı. 6 aylık tedavi ile kısmi semptomatik fonksiyonel ve radyolojik düzelmeye sağlandı. Tedavi sonrası SFT FVC %59 FEV1 %64 FEV1/FVC 86 TCO 43 TLC %48 ölçüldü.

Resim



## Bleomisin toksisiteli olguda yaygın intrestisyel tutulum

**Tartışma-Sonuç:** Testis Germ hücreli tümör tedavisi için bleomisin alan olgular akciğer hasarı için solunum fonksiyon testleri ile yakından takip edilmelidir. Akciğer hasarı gelişen olgularda ilacın kalıcı olarak kesilmesi ve gecikmeden kortikosteroid tedavi başlanması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Beomisin, Akciğer Hasarı, Kortikosteroid

## Pnömomediastinum Gelişen İdiopatik Pulmoner Fibrozis (İPF) Olgusu

Dildar Duman<sup>1</sup>, Ayşe Ezgi Ak<sup>1</sup>, Arzu Karasu<sup>1</sup>

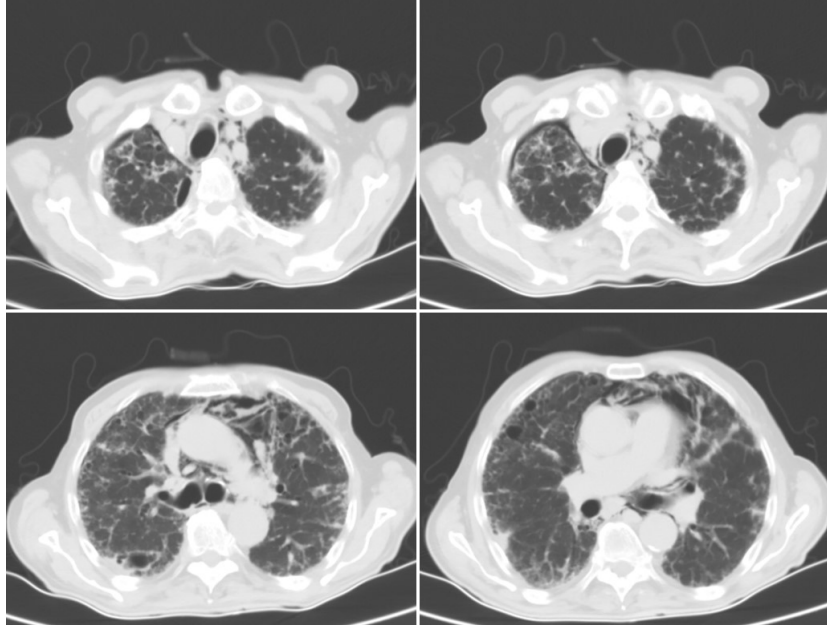
<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** İdiopatik pulmoner fibrozis (İPF); etyolojisi bilinmeyen, kronik ve progresif fibrozisle seyreden, daha çok ileri yaşta erişkinlerde görülen, radyolojik veya histopatolojik olarak olağan interstisyel pnömoni (UIP) ile karakterize, interstisyel akciğer hastalığı (İAH) formudur. Dispne ve öksürük en sık görülen semptomlardır. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde ağır solunum yetmezliği gelişebilir. yeni gelişen komplikasyonlar ve akut alevlenmeler klinik seyri kötüleştirebilir. Pnömomediastinum (PM), mediastinal alanda serbest hava bulunmasıdır ve nadir görülür. Sekonder pnömomediastinumda iyatrojenik nedenler öncelikli düşünülürken, nontravmatik nedenlerle; ataklarla seyreden KOAH, öksürük nöbetleriyle seyreden astım gibi interstisyel akciğer hastalıklarının da sekonder pnömomediastinum nedenleri arasında olduğu unutulmamalıdır. İPF tanılı pnömomediastinum gelişen hastamızı nadir görülmesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 82 yaşında bilinen İPF, Hipertansiyon tanıları olan erkek hasta, öksürük, nefes darlığında artış, halsizlik şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Bir yıl önce İPF tanısını alan hasta antifibrotik tedavi kullanmaktaydı. Daha önce İPF nedeniyle hastane yatışı olmayan hastanın geçici bir dönem fotosensitivite şikayeti olmuştu. Yapılan tetkiklerde: CRP: 30, d-dimer negatif ve arter kan gazında hipoksi saptandı, Hastaya çekilen Kontrastsız Toraks CT’ de Her iki akciğerde alt loblarda daha belirgin olmak üzere interlobüler septalarda kalınlaşmalar, alt loblarda subplevral buzlu camlar, fibrozis ile uyumlu retiküler bal peteği görünümüleri mevcuttu, İPF atak ile uyumlu yeni eklenen buzlu cam görüntüleri izlenmedi. Ancak yeni gelişen anterior mediastende daha yaygın olmak üzere tespit edilen hava dansiteleri ile pnömomediastinum tanısı konuldu ve servise yatışı yapıldı (Resim 1). Hasta göğüs cerrahisine konsülte edildiğinde, ileri invaziv girişime gerek duyulmadığı, hastanın anaerob etkinliği olan antibiyotik ve oksijen desteği ile serviste takibinin uygun olacağı belirtildi. Hastanın medikal tedavisi: Seftriakson 1 gr 2x1 IV, Klindamisin 600 mg 4x1 IV, DMAH 0,4 cc 1x1 SC, Prednizolon 40 mg 1x1 IV, ppi , olarak başlandı. Kullandığı antifibrotik ajan (pirfenidon 600 mg 3x1) tedavisine ve Nazal O2 desteğine tedavi süresince devam edildi. Takiplerinde oksijen ihtiyacında artış izlenmeyen hastanın taburculuk öncesi çekilen Toraks Bt ‘sinde pnömomediastinum regrese izlendi. Göğüs cerrahisi ile konsülte edilen ve ve taburculuğu uygun görülen hasta USOT raporu düzenlenip eve oksijen desteği sağlanarak taburcu edildi.

**Tartışma-Sonuç:** İPF hastalarının takibinde, hastalık seyrini kötüleştiren İPF akut alevlenmeler dışında pnömomediastinum gibi komplikasyonların da gelişebileceği akla gelmelidir.

## Toraks BT Görüntüleri



**Anahtar Kelimeler:** Pnömomediastinum, İPF, Oksijen

PS-237

## İmmunokompetan Bireyde Akciğerde Kitle Görünümlü İnvaziv Pulmoner Aspergillozis

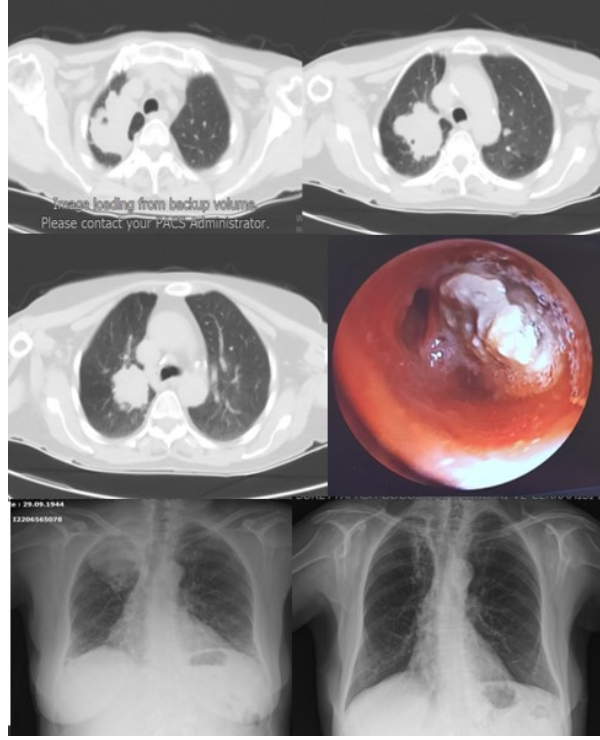
Simge Yavuz Yıldırım<sup>1</sup>, Fırat Saydın<sup>1</sup>, Rabia Yurt<sup>1</sup>, Dildar Duman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH Göğüs Hastalıkları Kliniği

**Giriş-Amaç:** Aspergillus türleri akciğerin fungal enfeksiyonlarından en sık görülenidir. İnvaziv pulmoner aspergillozis sıklıkla immunsuprese bireylerde görülen bir hastalıktır. Hematopoetik kök hücre transplantasyonu, solid organ transplantasyonu, immunomodülatuar ilaç kullanımı, malignite gibi immunsupresyon durumlarının yanı sıra yoğun bakım hastalarında ve KOAH gibi kronik akciğer hastalarında da görüldüğü bildirilmiştir. Aspergillus kodinialarına maruziyet sık olsa da sağlıklı bir bağışıklık sistemi ile konak immünitesinin kontrolü ile hastalık gelişmesi önlenmektedir. Bu nedenle bağışıklık baskılanması olmayan bireylerde invaziv pulmoner aspergillozis nadir görülmektedir.

**Olgu:** Bilinen hipertansiyon, geçirilmiş akciğer Tüberkülozu öyküsü olan 70 yaş kadın hasta öksürük, sırt ağrısı, kilo kaybı, sağ kolunu kaldırmakta güçlük şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Sağ akciğerde kitle imajı izlenen hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastanemize yönlendirilmiş. Sağ akciğer üst lob apeksini dolduran kitle lezyon görülen hasta tetkik amacıyla servise interne edildi. Toraks BT çekilen hastanın sağ akciğer üst lobda düzensiz sınırlı yumuşak doku yoğunluğunda yaklaşık 67x49 mm boyutunda yer kaplayıcı lezyon izlendi. Hastaya fiberoptik bronkoskopi işlemi uygulandı. Sağ üst lob apikal segment içerisinde sert görünümlü heterojen gri renkli düzensiz sınırlı lezyon görüldü, lezyondan biyopsiler alındı (Resim 1). Bronş lavajı alınarak, sitoloji, nonspesifik kültür, galaktomannan, mantar kültürü, ARB gönderildi. Bronş lavajında kültürleri negatif saptanan hastanın galaktomannan düzeyi 1.431 saptanarak pozitif sonuçlandı. Patoloji preparatlarında fungal hifler görüldüğü raporlandı. Hastaya intravenöz vorikonazol tedavisi başlandı. Kliniği stabil seyreden hasta vorikonazol tablet ile taburcu edildi. Kontrol randevusunda sağ akciğer üst lobdaki kitlede dramatik regresyon izlendi (resim 1). Vorikonazol tedavisine devam edildi. Birinci ay kontrolünde karaciğer fonksiyon testleri bozulan ve bulantı tarifleyen hastada vorikonazole 2 hafta ara verildi. Kontrolde karaciğer enzimlerinde artma devam eden hastada oral itrakonazol tedavisi başlandı. Itrakonazol tedavisi ile akciğer bulgularındaki regresyon devam eden hasta itrakonazol ile takibe devam edildi, takibinde karaciğer enzimleri stabil seyretti, klinik radyolojik iyileşme izlendi.

Şekil 1



- 1) Akciğerde kitle görünümü veren fungal enfeksiyonu bt ve fob görüntüleri. 2) Antifungal tedavi ile belirgin regresyon

**Tartışma-Sonuç:** Invaziv pulmoner aspergilloz her ne kadar immunsupresyon ile birliktelik gösterse de nadiren immünitesi sağlam bireylerde de görülebilmektedir. Tüberküloz geçirme öyküsü olan yaşlı hastalarda akciğerde kitle görünümü izlendiğinde de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Malignite, Fungal Enfeksiyon, Kitle

**PS-238**

## **Bilateral Milier İnfiltrasyonla Seyreden, 5.5 Aylık Ex Doğum Yapmış Hastanın Ayırıcı Tanısı: Sarkoidoz? İlaç Akciğeri?**

Elif Yorgancıgil<sup>1</sup>, Selahattin Öztaş<sup>1</sup>, Ayşem Aşkın Öztin Güven<sup>1</sup>, Görkem Feyzullahoğlu<sup>1</sup>

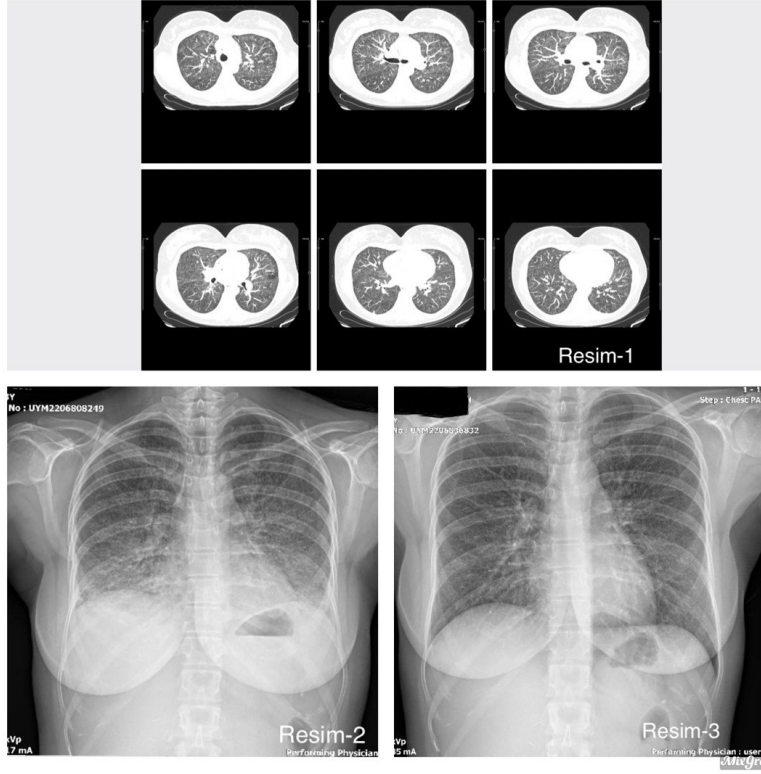
<sup>1</sup>SBÜ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH

**Giriş-Amaç:** Milier görünüm; birbirinden ayrı, milimetrik boyutta, keskin veya belirsiz kenarlı, dansitesi orta veya yüksek olabilen opasitelerdir. Akciğerde milier tutulumu neden olan hastalıklar; sarkoidoz, tüberküloz, ilaca bağlı akciğer hastalığı, hipersensitivite pnömonisi, viral pnömoniler olarak söylenebilir.

**Olgu:** 43 yaş kadın hasta, bilinen kronik sistemik hastalık öyküsü yok. 1.5 yıldır tüp bebek tedavisi alan hastanın 5.5 aylık gebeliği exitus ile sonuçlanıyor. Sonrasında Enoksaparin 0.4 ml 1x1 sc, Kabergolin 0.5 mg 1x1/2 po (prolaktin antagonisti) ile taburcu ediliyor. Hastanın taburculuk sonrası nefes darlığı, öksürük, ateş(37.6 °C) şikayetlerinde artış oluyor. Toraks-BT’de her iki akciğerde tüm lob ve segmentlerde diffüz tutulumu neden olan milimetrik nodüler opasiteler, yaygın dansite artışı (milier görünüm) görülüyor (Resim-1). İnfluenza ve covid testleri negatif geliyor. Balgam ARB negatif saptanıyor. Anti-CMV Ig G: Pozitif, Ig M:Negatif, Toxoplazma:Negatif geliyor.Aynı şikayetlerle tarafımıza başvuran hasta servise interne edildi. Çekilen PA.AG’de bilateral alt zonlarda dansite artışı görüldü (Resim-2). Başvurusunda vitalleri: TA:140/80 Nb:80 Ateş:36.5 °C 2lt/dk O2 altında satO2:92 idi.Bilateral yaygın kaba ralleri mevcuttu, diğer sistem muayene bulguları doğal bulundu.Hastanın medikal tedavisi: Piperasilin/Tazobaktam 4.5 gr 4x1 iv, Enoksaparin 0.4 ml 1x1 sc, Lansoprazol 30 mg 1x1 po, İpratropium bromür/Salbutamol 4x1 inh olarak başlandı. Tedavisine prednol eklenmedi. Balgam, idrar, kan kültürlerinde üreme olmadı. Balgam/İdrar ARB, Balgam Mikobakteri PCR sonuçları negatif saptandı. Sigara, hayvan besleme, OKS kullanım öyküsü yok. Anhidroamniosa bağlı 22 haftalık ex doğum yapan hastaya Dopamin Antagonisti olan Kabergolin 1x1 po başlanmış. Kabergolinin ilaca bağlı akciğer hastalığı yapabileceği araştırıldı, ilaç stoplandı. Ig A,G,M,E değerleri normal sonuçlandı. Bronkoskopisinde endobronşiyal lezyon görülmedi.Bronkoalveolar lavajda Mikobakteri PCR:Negatif, Bronş ARB:negatif, Galaktomannan: negatif olarak sonuçlandı.Kültüründe üreme olmadı. FOB patoloji sonucu: inflamatuvar hücreler olarak sonuçlandı. BAL lenfosit oranı %65, CD4/CD8 oranı 7,25 geldi. Serum ACE düzeyi:101 µg/L (13-63), 24 saatlik idrarda kalsiyum düzeyi:172 mg/gün saptandı. Beyin MR’da bilateral semiovale ve korona radiata düzeyinde, korpus kallozum gövdesinde sol parasagittal lokalizasyonlu hiperintens birkaç adet beyaz cevher lezyonu (demiyelinizasyon?) görüldü. Enfeksiyon parametreleri geriledi (CRP:102>26 mg/dL). PA.AG’de regresyon görüldü (Resim-3), bilateral nodüler infiltrasyonları silindi. Oksijen ihtiyacı kalmadı (satO2: 98). Nöroloji ve kardioloji konsültasyonu ve ileri tetkikleri istenerek taburcu edildi.



## Radyoloji



Toraks-BT'de her iki akciğerde tüm lob ve segmentlerde diffüz tutulumu neden olan milimetrik nodüler opasiteler, yaygın dansite artışı (milier görünüm) görülüyor (Resim-1). PA.AG'de bilateral alt zonlarda dansite artışı görülüyor (Resim-2). PA.AG'de regresyon görüldü (Resim-3), bilateral nodüler infiltrasyonları silindi.

**Tartışma-Sonuç:** Akciğer görüntülemesinde bilateral milier görünümde infiltrasyonları olan genç hasta tarafımıza solunum yetmezliği bulguları ve enfeksiyon parametrelerinde yükseklik ile başvurdu. Kabergolin, ilaç akciğerine sebep olabilecek şüpheli ilaç kabul edilerek kesildi. BAL bulguları, ACE değeri sarkoidoz ile uyumluydu. Steroid almadığı halde antibiyoterapi ve destek tedavi ile radyolojisinde, kan değerlerinde ve kliniğinde belirgin düzelme görüldü. Hastanın sarkoidoz ve ilaca bağlı akciğer hastalığı açısından takipleri devam ediyor.

**Anahtar Kelimeler:** Milier İnfiltrasyon, Sarkoidoz, İlaç Akciğeri, Kabergolin

## Plevral ve Perikardial Efüzyon ile Prezente Erdheim-Chester Hastalığı

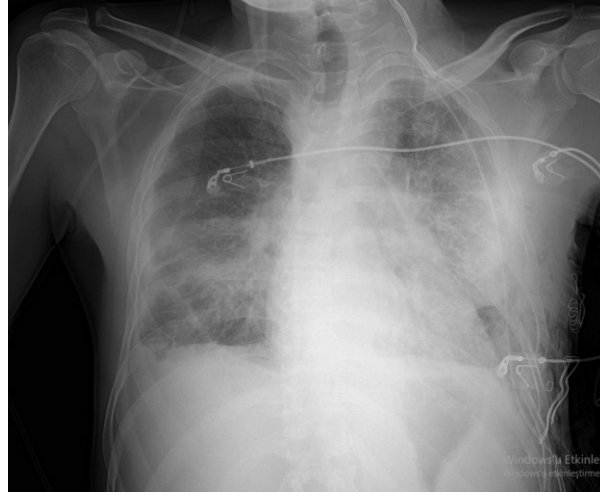
Aynur Mammadova<sup>1</sup>, Ahmet Yurttaş<sup>1</sup>, Mervenur Yıldız<sup>1</sup>, Özge Aydın Güçlü<sup>1</sup>, Nilüfer Aylin Acet Öztürk<sup>1</sup>, Ahmet Ursavaş<sup>1</sup>, Mehmet Karadağ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uludağ Üniversitesi

**Giriş-Amaç:** Erdheim-Chester hastalığı, nadir görülen etyolojisi bilinmeyen, non-Langerhans hücreli histiyositoz sınıfından multisistemik tutulumu olan hastalıktır. Olguların çoğu kemik ağrısı, nörolojik bulgular, diyabetes insipidus ve konstitüsyonel semptomlar ile başvurmakta olup nadir görülmesi nedeniyle plevral ve perikardiyal efüzyon ile prezente olan olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Kırk altı yaş erkek hasta 1,5 aydır devam eden nefes darlığı, kuru öksürük, gece terlemeleri ve kilo kaybı (1 ayda 10 kilo) şikayetleri olması üzerine kliniğimize ileri tetkik amacıyla interne edildi. Bilinen sistemik hastalığı, düzenli kullandığı ilaç ve sigara kullanım öyküsü bulunmamakta idi. Soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde oda havası oksijen saturasyonu %85 olarak saptanmış olup, sağda daha fazla olmak üzere bilateral solunum seslerinde azalma ve yaygın ince raller işitildi. Sol mandibula altında kulak hizasında ele gelen 1cm'lik şişlik izlendi. Hastanın başvuru anındaki laboratuvar bulguları Tablo-1'de özetlenmiştir. Akciğer grafisinde tüm zonlarda bilateral retikuler infiltrasyonlar izlendi (Resim-1). Solunum fonksiyon testlerinde FEV1: 2430 ml, %70 FVC: 2610 ml, %68 FEV1/FVC:%93 idi. DLCO adj:% 37 DLCO/VA adj: %60 olarak saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) yaygın mediastinal lenfadenopati, bilateral plevral ve perikardial efüzyon (Resim 2) saptanması üzerine hastaya göğüs cerrahisi tarafınca VATS uygulandı, patolojisi yaygın fibrinoid nekroz olgun histiyositik hücrelerin oluşturduğu infiltrasyon gösteren doku örnekleri olarak sonuçlandı. Patolojik değerlendirme "Histiositlerden zengin infiltratif patolojinin ayırıcı tanısında histiyositik neoplastik proliferasyonlar arasında Erdheim Chester hastalığı bulunmaktadır." şeklinde yorumlandı. Mediastinal ve periferik lenfadenopatisi olan hastaya kemik iliği biopsisi yapıldı, megakaryositlerde artış gösteren normosellüler kemik iliği olarak sonuçlandı. Hastaya 60 mg/gün dozunda metilprednizolon tedavisi başlandı. Azaltma şemasıyla tedavisi devam edildi. Takiplerinde tedavinin 6. ayında akciğer grafisinde belirgin regresyon (Resim 3) saptanan hastanın solunum fonksiyon testi parametrelerinde belirgin düzelme gözlemlendi. Perikardit nedeniyle tedaviye kolşisin ve non-steroid antiinflamatuvar tedavi eklendi.

## İlk PAAC filmi



Hastanın ilk tedaviye başlamadan çekilen PAAC grafisi

TABLO 1

crp	41.1 mg/L
prok	0.04 ng/ml
WBC	9120 / $\mu$ L
HBG	11.2 g/dl
PLT	189.0 K/ $\mu$ L
Otoantikör	Negatif
BNP	117
TROP	3.5 ng/ml
Ck:	48 IU/L

İlk baş vuru anında olan laboratuvar değerleri

**Tartışma-Sonuç:** Erdheim Chester hastalığı, en yaygın olarak, ekstra-ossöz dokuların histiyositik infiltrasyonu olsun veya olmasın, biyopsi üzerinde köpüklü histiyosit tabakalarını gösteren uzun kemiklerin multifokal sklerotik lezyonları olarak kendini gösterse de %46 olguda akciğer tutulumu görülmektedir. Bu hastalık genellikle her iki akciğerin diffüz retikülo-nodüler infiltrasyonundan oluşur ve bu da ilerleyici dispne ile sonuçlanır. Olgumuz literatürde atipik bir prezentasyon olarak akciğer parankimi dışında plevra ve perikard tutulumu ile seyretmiş olup kortikosteroid tedavisine olumlu yanıt göstermiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Erdheim Chester Hastalığı, Plevra ve Perikardial Effüzyon

PS-240

## İdiyopatik İnterstisyel Pnömoni ile Takibinde Overlap Bağ Doku Hastalığı Tanısı Alan Olgu

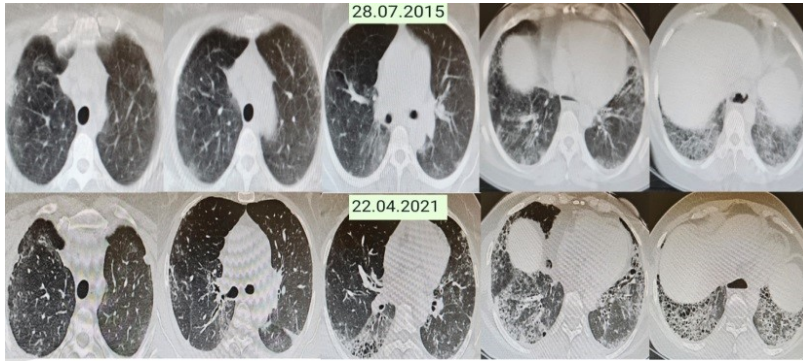
Gülgün Çerçi<sup>1</sup>, Ersin Günay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

**Giriş-Amaç:** İnterstisyel akciğer hastalığının (İAH), bağ doku hastalıklarında (BDH) genel insidansı %15 olarak tahmin edilmektedir. İAH bir BDH'nın ilk bulgusu olabilir, ekstrapulmoner semptomlar yıllar sonra ortaya çıkabilir. İdiyopatik pulmoner fibrozise (İPF) benzer klinik tablo ile gelen hastada BDH için dikkatli bir öykü ve otoimmün inceleme tanıya yardımcı olmaktadır. Ayırıcı tanının tedavi seçimi ve prognoz açısından önemi fazladır. Burada 20 yıl önce idiyopatik interstisyel pnömoni (İİP) ile takip edilirken 4 yıl önce sjögren sendromu (SjS) ve seronegatif artropati tanısı almış, 3 yıl önce romatoid artrit (RA) tanısı konulmuş bir olgu sunulmuştur.

**Olgu:** Elli dört yaşında kadın hasta öksürük şikayeti ile 20 yıl önce hastane başvurusunda karbon monoksit difüzyon kapasitesi düşük saptanmış. Bunun üzerine çekilen akciğer tomografik görüntülemesinde bazal ve periferik kesimlerde septal kalınlaşmalar, retiküler opasiteler, bronşektazik alanlar ve buzlu cam alanları izlenmiştir. Bronkoskopik biyopsi sonucu interstisyel fibrozis şeklinde raporlanmıştır. Hastaya İİP tanısı konulduktan sonra uzun süreli steroid tedavisi ile izlenmiş. Dört yıl önce başlayan keratokonjonktivitis sikka ve küçük eklem ağrıları üzerine tetkik edilen ANA, anti-ssA/B pozitifliği olan hastaya SjS ve seronegatif artropati tanısı konulmuş. Bir yıl sonra RF değeri pozitifleşen hasta SjS zemininde RA tanısı almıştır. Tarafımıza böbrek kist aspirasyonu öncesi preoperatif değerlendirme amacıyla yönlendirilen hastanın güncel tomografisinde radyolojik paterni tipik olağan interstisyel pnömoni (UIP) görünümünde olup mevcut tedavisine ek olarak antifibrotik tedavi başlanması planlandı.

Resim



Üstte bağ dokusu hastalığı tanısı konulmadan önceki radyolojik İAH görüntüleri, altta BDH tanısı aldıktan sonraki radyolojik İAH görüntüleri izlenmektedir

**Tartışma-Sonuç:** İAH'nın %25 kadarı, herhangi bir BDH için spesifik belirti ve bulgularla karakterize olmayan, ancak altta yatan bir otoimmün durumu düşündüren, undiferansiye BDH bağlamında oluşur. Bu nedenle idiyopatik interstisyel pnömonilerden (İİP) ayrımı zor olabilir. Bu olguda hasta akciğer tutulumu dışında sistemik bulgusu olmayıp İİP tanısı ile yıllarca takip edilmiş ve takibinde BDH'ye sekonder İAH olduğu saptanmıştır. Overlap BDH şeklinde birlikteliği sık görülse de olgumuz, Sjs zemininde RA şeklinde prezente olması hususuyla literatürden farklılık göstermektedir. RA'ya sekonder İAH'da sıklıkla UİP paterni izlenmekte ve büyük oranda tanıdan sonraki ilk beş yıl içerisinde ortaya çıkmaktadır. Olgumuzda ise RA tanısından yıllar önce akciğer tutulumu izlenmiş ve takiplerinde radyolojik UİP paterni sonradan oturmuştur. İPF'ye göre RA'ya sekonder UİP hastalarının prognozu daha iyi olmakla birlikte Sjs'e sekonder İAH'tan daha kötüdür. Bu nedenle progresif pulmoner fibrozis riskini belirleyip antifibrotik başlama kararı vermede İAH etiyojisi önemlidir. Sonuç olarak, İAH hastalarının tedavilerini etkileyebilmesi ve prognozu öngörebilmesi açısından yıllar sonra da BDH tanısı konulabileceği akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** İntertisyel Akciğer Hastalığı, Sjögren Sendromu, Romatoid Artrit, Antifibrotik, Progresif pulmoner Fibrozis

**PS-241**

## **Organize Pnömoni: Radyolojik Olarak konsolidasyon Gösteren Üç Olgu**

Sümevra Kaplan<sup>1</sup>, Ceyda Anar<sup>1</sup>

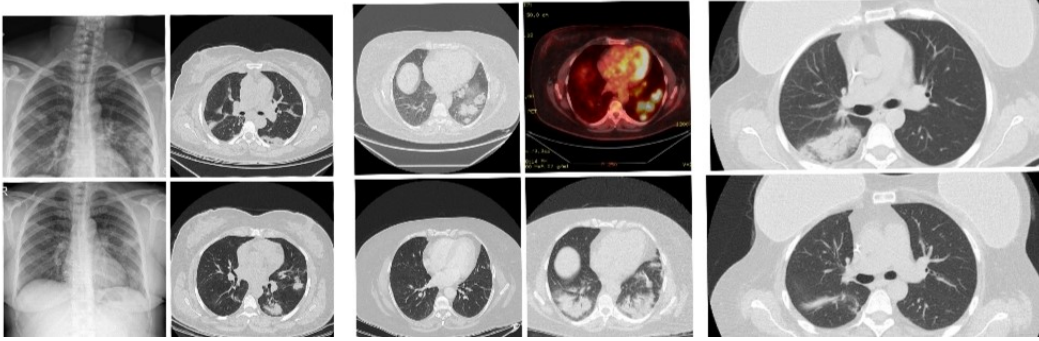
<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Organize pnömoni (OP) vrespiratuarbronşioller, alveoler kanallar ve alveoller içerisinde fibroblastik tkaçların (Masson cisimcikleri) oluşturduğu polipoid yapılarla karakterize histolojik bir bozukluktur. Etiyolojide; inhalasyon maruziyetleri, ilaç reaksiyonları, viral-mikoplazmalenfeksiyonlar, organ transplantasyonları ve konnektif doku hastalıkları gibi çeşitli patolojiler rol alabilir. Altta yatan neden saptanmaz ise kriptojenik organize pnömoni olarak sınıflandırılır Burada ikisi kullanılan ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkan diğesinde de herhangi bir neden bulamadığımız OP olgularını sunuyoruz.

**Olgular:** OLGU 1 Bir haftadır öksürük, halsizlik yakınması olan 48 yaşında kadın hasta kullandığı 3. Kuşak sefalosporin antibiyotiğine rağmen yakınmalarının geçmemesi üzerine polikliniğimize başvurdu. PA akciğer grafisinde bilateral alt zonlardadansite artımları görüldü (Resim 1). BT'de her iki akciğerde periferik yerleşimli, birbiri ile birleşme eğilimi gösteren konsolidasyon izlendi (Resim 2). Romatolojik hastalıkların ayırıcı tanısı açısından otoantikolar istendi ve negatif olarak geldi. Viralpnömoni sonrası organize pnömoni ön tanısı ile hastaya steroid tedavisi başlandı ve 3 ay boyunca doz azaltılarak kullanan hastada klinik ve radyolojik regresyon izlendi (Resim 3). Tedaviden 3 ay sonra kontrole gelen hastanın PA akciğer grafisinde önceki filmde olmayan farkı zonlarda, periferik yerleşimli dansite artımları görüldü. ToraksBT'sinde de her iki akciğerde yaygın, multilober; önceki bilgisayarlı tomografiden farklı lokasyonlarda ortaya çıkan multilober tutulumlu, yama tarzında infiltrasyon alanları izlendi (Resim 4). Steroide yanıtı nüks organize pnömoni düşünülen hastada enfeksiyon ekartasyonu amacı ile bronkoskopi ve BAL yapıldı. Endobronşiyal lezyon izlenmeyen BAL kültürlerinde üreme olmayan ve tekrar steroid tedavisi başlamayı planladığımız hastaya tanıdan emin olmak amacı ile VATS yapıldı. Sağ üst lob wedge rezeksiyon patoloji sonucu non-spesifik organize pnömoni ile uyumlu geldi. Nüks organize pnömoni düşünülen hastaya yaklaşık 8 ay kadar doz azaltılarak steroid tedavisi verildi. Tedavi bitimi yaklaşık 4 ay olan hastada nüks görülmedi. OLGU 2 Bilinen opere kolon adenokarsinom tanısı konan 54 yaşında bayan hasta kemoterapi tedavisi almakta olup PET-BT'de sağ akciğer alt lob posterior bazal segmentte ve sol akciğer alt lob bazal kesimde, solda birbiriyle birleşme eğiliminde multiplenodüler lezyonlar izlendi (Resim 5,6). Metastaz ya da 2. Primer Akciğer kanseri ön tanısı ile göğüs cerrahisi tarafından VATS yapılan hastanın patoloji sonucu nonspesifik organize pnömoni ile uyumlu geldi. Hastaya steroid tedavisi başlandı. Tedavinin 1. Ayında klinik radyolojik düzelmesi mevcuttu. Tedavisinin 8. Ayında tama yakın radyolojik yanıtı olan hastanın tedavisi kesildi. (Resim 7) Hastaya 2 ay sonra nüks organize pnömoni tablosu ile yeniden steroid tedavisi başlandı . (Resim 8). Belirgin radyolojik yanıtı olan hastanın halen tedavisi devam etmektedir. OLGU 3 Metastatik meme karsinomu olan 45 yaşında bayan hasta ToraksBT'sinde sağ akciğerde izlenen konsolidasyon üzerine tarafımıza yönlendiriliyor. Hastanın öksürük dışında belirgin semptomu olmayıp antibiyotik tedavisi de aldığı öğreniliyor. Antibiyotik sonrası çekilen

kontrol Toraks BT 'sinde sağ akciğer alt lob süperior segmentte izlenen konsolidasyon alanın sebat ettiği izlendi (Resim 9). Hastaya enfeksiyonu dışlamak adına bronkoskopi yapıldı. Endobronşiyal lezyon izlenmedi. Kültürlerde üreme saptanmadı. Özgeçmişinden aldığı kemoterapinin hedefe yönelik tedavi ilaçlarından olan transtuzumab olduğu öğrenildi. Steroid tedavisine başlamış olup tedavisinin 3. ayında radyolojik regresyon izlendi (Resim 10).

### 3 Olgunun tedavi başlanmadan ve tedavi sonrası çekilen bilgisayarlı tomografileri



**Tartışma-Sonuç:** Sonuç olarak iki taraflı dağınık yerleşimli yer değiştiren infiltrasyonu olan, özellikle de pnömoni olduğu varsayılan antibiyotiklere yanıt vermeyen hastalarda düşünölmelidir. Klinik özelliklerle birlikte BT tarama bulguları ve steroide yanıt vermesi genellikle tanıyı düşöndürse de kesin doğrulama genellikle açık akciğer biyopsisi veya transbronşiyal biyopsi gerektirir. Kortikosteroid tedavi süresi uzun soluklu olduğundan tanının histolojik olarak doğrulması özellikle gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Organize Pnömoni, Steroid, Konsolidasyon



## Nadir Görülen Hemoptizi Nedeni: Trakeobronkopatia Osteokondroplastika

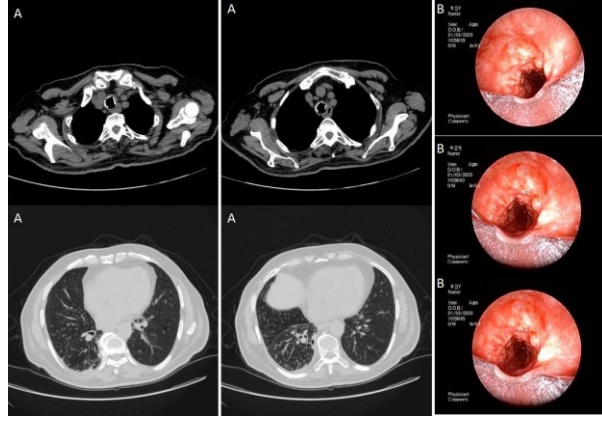
Ramazan Eren<sup>1</sup>, Elif Yelda Niksarlıoğlu Özgün<sup>1</sup>, Ayşe Nur Yılmaz<sup>1</sup>, Gizem Nur Akbalık<sup>1</sup>, Batuhan Alp Zor<sup>1</sup>, Mehmet Atilla Uysal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Giriş-Amaç:** Trakeobronkopati Osteokondroplastika (TO) büyük havayollarını (trakea ve ana bronşları) tutan nadir, yavaş ilerleyen ve selim bir hastalıktır. Trakea ve ana bronşlarda submukozal yerleşimli çok sayıda kemik ve kıkırdak dokusu içeren nodüllerle karakterizedir. Tipik olarak posterior membranöz trakea salimdir. Etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, bağ dokuda ossifikasyonla sonuçlanan metaplazi olduğu ya da hastalığın trakeobronşiyal amiloidoz sonucu olduğu ileri sürülmüştür. Olguların çoğu orta yaşlı, asemptomatik erkeklerdir. Romatoid artrit tanılı hemoptizisi şikayetiyle tarafımıza yönlendirilen ileri tetkikler sonucunda trakeobronkopati osteokondroplastika tanısı alan olgumuzu sunmak istedik.

**Olgu:** Altmış yedi yaş erkek hasta öksürük ve ağızdan kan gelmesi şikayetleriyle acilimize başvurmuş. Bilinen romatoid artrit, iskemik kalp hastalığı, diabetes mellitus, hipertansiyon tanıları mevcuttu. Asetilsalisilik asit, irbesartan-amlodipin, kolşisin, leflunomid, rituximab, prednizolon, pantoprazol kullanımı mevcuttu. 20 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu, 15 yıldır ex smoker idi. Hastanın hikayesinde yaklaşık iki yıldır ağızdan gelmesi şikayetinin olduğu, gastroenterolojide değerlendirildiği, endoskopi yapıldığı ancak kanama odağı gözlenmemiş ve akciğerde infiltrasyonları olması nedeniyle hem kanama odağı açısından hem de tedavisi açısından tarafımıza yönlendirilmiş. Ayrıca romatoloji takibinde olan hastanın akciğerdeki infiltrasyonları için leflunomide bağlı interstisyel tutulum, kanama odağı açısından romatoid vaskülit şüphesiyle araştırılması önerilmiş. Hasta hemoptizi etyolojisi açısından servisimize interne edilerek ileri tetkik yapılması planlandı. Toraks BT'sinde; sağ bazalde organize plevral koleksiyon, düzensiz plevral fibrotik çekinti ve kalınlaşmalar mevcuttur. Her iki akciğerde büyüğü sol linguler segmentte 11 mm çapında olmak üzere nodüller mevcut olup her iki akciğerde yoğunlukla sağ orta lob ve sağ bazalde daha yaygın olmak üzere sol linguler segment ve sol akciğer alt lobu da içine alacak şekilde yaygın nodüler tarzda infiltrasyon alanları, tomurcuklanmış ağaç görünümüleri, infiltrasyon alanları, plöroparankimal bantlar, kaba fibroretiküler patern görünümü mevcuttu. Hastanın tüberküloz şüphesiyle istenilen üç balgam aside rezistan boyama ve kültürleri negatif olması nedeniyle bronkoskopi işlemi planlandı. Bronkoskopide; Vokal kordlardan 2 cm sonra kıkırdak kartilajlar ile süperpoze yer yer sert yapıda nodüler oluşumlar, sağ ve sol ana bronş sistemi açık, ana bronş girişlerinde daha küçük benzer lezyonlar gözlendi ve multiple biyopsi alındı. Patoloji; kronik inflamasyon bulguları, epitelde fokal skuamöz metaplazi ve yoğun iltihaplı bronş mukoza parçacıkları olarak raporlandı. Kanama odağı gözlenmedi. Takiplerinde hemoptizisi gözlenmeyen hasta taburcu edilerek poliklinik kontrolüne çağrıldı.

Resim 1



**Tartışma-Sonuç:** Trakeobronkopatia osteokondroplastika, nadir görülen bir trakeal kalsifikasyon sebebidir.Hastalar çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte, öksürük (%66), hemoptizi (%60),dispne (%53), hırıltılı solunum (%30), boğaz kuruluğu, ses değişiklikleri ya da tekrarlayan pnömonilerle başvurabilirler.

**Anahtar Kelimeler:** Trakeobronkopatia Osteokondroplastika, Tracheopathia Osteoplastica, Bronkoskopi, Büyük Havayolu Obstrüksiyonu

## Poster Bildiri Oturumu 13: Pulmoner Vasküler Hastalıklar

PS-242

### Nadir Görülen Bir Solunum Sıkıntısı Nedeni: Çift Arkus Aorta

Abdullah Kansu<sup>1</sup>, Kübra Karaca<sup>1</sup>, Mehmet Bayram<sup>1</sup>, Korhan Erkanlı<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Çift aortik ark, oldukça nadir görülen trakea ve/veya özofagusa bası yapabilen tam bir vasküler ring anomalisidir. Çift arkus aorta en sık görülen formu olup özofagus ve trakeayı tam bir vasküler ring oluşturacak şekilde sarmalayarak dispne, stridor (infant ve çocuklarda daha sık) ve disfaji (erişkinlerde daha sık) semptomlarına neden olurlar. Sıklıkla yenidoğan ve erken bebeklik döneminde bulgu verir. Bu çalışmada ise üst solunum yolu enfeksiyonu semptomları ile başvuran ve radyolojik görüntülemeleri sırasında insidental olarak saptanan yetişkin bir hastayı sunmaktayız.

**Olgu:** 21 yaşında bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan kadın hasta son günlerde artan nefes darlığı öksürük, halsizlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde solunum sesleri doğal saptanan hastanın biyokimya parametrelerinde lökositoz dışında özellik saptanmadı. Alınan covid pcr pozitif sonuçlandı hastaya bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Toraks BT’de akciğer parankiminde pnömonik infiltrasyon saptanmadı, özofagus ve trakeanın sağ ve sol arkus arasında geçtiği minimal trakea basısı olan double aortik ark izlendi. Hastaya eş zamanlı bronkoskopi ve endoskopi planlandı, yapılan incelemede karinadan yaklaşık 2 cm proksimalde trakea dışbasıya bağlı eksantikrik daralmıştı, özofagus proksimalinde dıştan bası görüldü hemen altında diyafram kıskacı kasılmaktaydı. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde çocukluk çağından beri sık bronşiolit geçirdiği, erişkin çağa kadar sıklıkla efor dispnesi olduğu, son aylarda reflü şikayetlerinin arttığı ve ses kısıklığının başladığı öğrenildi. Hasta kalp damar cerrahisine yönlendirildi ve yapılan değerlendirme sonucunda hastaya cerrahi planlandı. Hastaya aksesuar arcus divizyonu, pda divizyonu ve trakea dekompresyonu yapıldı.

**Tartışma-Sonuç:** Vasküler ringler, tüm konjenital kardiyovasküler anomalilerin %1’inden daha azını oluşturmaktadır. Çift arkus aorta, semptomatik aortik ark varyantlarının en sık görülen tipidir. Bu anomali özofagus ve trakeaya bası yaparak yaşamın erken dönemlerinden itibaren dispne, stridor, wheezing, disfaji, beslenme ve yutma güçlüğü gibi bulgulara neden olabilir. Tekrarlayan akciğer enfeksiyonu ve bunun sonucunda gelişen obliteratif bronşiolite sebep olabilir. “Çift aortik ark” anomalisi diğer vasküler ring anomalilerine göre daha erken bulgu vermekle birlikte olgumuzda asemptomatik seyretmiştir. Tanıda en sık kullanılan yöntem baryumlu özofagogram olmakla birlikte akciğer radyogramı, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, anjiyografi gibi tanı yöntemleri de kullanılabilir. Vasküler ring tedavisinde cerrahi girişim ile halka oluşturulan yapılar ayrıştırılarak bası ortadan kaldırılır. Cerrahi sonrası yapısal bozukluk ya da uzun süreli basıya bağlı trakeomalazi nedeniyle bazı vakalarda solunum sıkıntısı devam ederken, çoğu vakada semptomlar tamamen ortadan kalkmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Vasküler Ring, Çift Arkus Aorta

## Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon ile Başvuran Sarkoidoz Olgusu

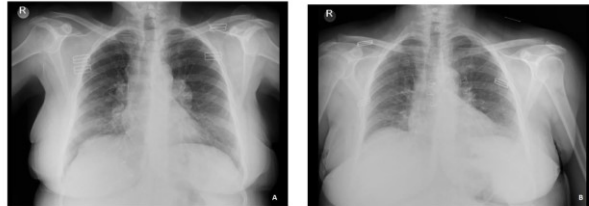
Deniz ÇELİK<sup>1</sup>, Zehra Ökdem<sup>1</sup>, Hüseyin Lakadamyalı<sup>1</sup>, Özkan Yetkin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Alanya, Antalya

**Giriş ve Amaç:** PAH ön tanısıyla tarafımıza başvuran ve ileri tetkikler sonucunda Sarkoidoz tanısı konulan bir hastayı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 53 yaşında kadın hasta, yaklaşık 3 aydır el ve ayaklarında cilt altı sert şişlik şikayeti ile romatoloji polikliniğine başvurdu. Hasta eforla artan nefes darlığı, aralıklı öksürük ve tek taraflı terleme şikayetiyle başvurdu. Romatolojik hastalıklar dışlanarak kardiyoloji konsültasyonuna yönlendirilen hastanın sPAB değeri 40 mm/Hg olarak ölçüldü ve PAH ön tanısıyla tarafımıza yönlendirildi. PAAC’de iki taraflı hilusta yoğunluk artışı görüldü (Resim1A). D-dimer yüksekliği nedeniyle Akciğer BT Anjiyografisinde tromboemboli görülmeyi, ancak iki taraflı multipl konglomere mediastinal ve hiler lenfadenopatisi görüldü. Her iki akciğerde en büyüğü sağ ön lobda 12 mm olmak üzere çok sayıda parankimal nodül gözlemlendi. Pozitron Emisyon Tomografisinde (PET-BT) lenf düğümleri ve nodüllerde hafif metabolik aktivite (SUVmax 4.62) görüldü. EBUS-TBNA biyopsisinde kazeifikasyon nekrozu olmaksızın granülomatöz inflamasyon bulguları görüldü. FVC %79, DLCO/VA ise %124 olarak belirlendi. Göz muayenesi ve nörolojik değerlendirmeleri normaldi. Serum ACE düzeyi 310 IU/L olarak ölçüldü. Evre 1 olarak Sarkoidoz olarak tanı konuldu. 24 saatlik idrarda kalsiyum klirensi 732,6 mg/gün ile çok yüksek saptandı. Hastaya intravenöz metilprednizolon tedavisi başlandı. (Çok yüksek kalsiyum klirensi nedeniyle 40 mg/gün). Multipl lenf nodlarının mekanik etkilerine bağlı olarak PAH oluşabileceğini düşündük. Taburculukta doz 2 hafta oral 32 mg olarak devam edildi ve daha sonra 16 mg/gün’e düşürüldü. 1 aylık oral kortikosteroid tedavisi sonrası kontrol akciğer grafisi normaldi (Resim1B). Tedavi sonrası yapılan SFT’lerde FVC %111, difüzyon testinde DLCO/VA %124 olarak görüldü. Kontrol ekokardiyografisinde sPAP 20 mm/Hg olarak saptandı. Bir aylık kortikosteroid tedavisi sonrasında serum ACE düzeyi düşerek 180 IU/L, 24 saatlik idrarda kalsiyum klirensi azalarak 12 mg/gün olarak ölçüldü.

Resim 1



**Tartışma ve Sonuç:** PAH ve fibrozis gibi akciğer hastalıkları sarkoidoz ile ilişkili olabilir. PAH grup 5, sarkoidozla ilişkili PAH da dahil olmak üzere birçok mekanizma nedeniyle idiyopatik PAH'a karşılık gelir. Ancak hastalık ilerlemiş sarkoidoza ilerledikçe sarkoidozla ilişkili PAH prevalansı önemli ölçüde artar. Sarkoidozla ilişkili PAH kötü prognozla ilişkilidir. Belperio ve ark. sarkoidoz nedeniyle ilerlemiş akciğer hastalığı olan hastalarda %70'e varan oranlarda PAH geliştiğini ve bu da yaklaşık %40'luk daha yüksek 5 yıllık mortalite oranıyla ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Ancak PAH, pulmoner fibrozis yokluğunda da ortaya çıkabilir. Bu, alternatif patofizyolojik mekanizmaları düşündürmektedir. Moua ve ark. PAH'lı hastaların %25'inde mediastinal lenfadenopati bulunduğunu bildirmişlerdir. Bizim olgumuzda da PAH'ın benzer mekanizmayla geliştiğini gözlemledik. Tedavi ile bilateral lenfadenopatiler geriledi, sPAB düzeyi normale döndü. Sarkoidozdan kaynaklandığı düşünülen PAH, tedavi ile mediastinal lenfadenopatiler gerileyebilir ve sPAP normale dönebilir. Bu nadir vakalardan, evre 1-2 sarkoidoz ve PAH için tedavi gerekebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon, Sarkoidoz

**PS-248**

## **Nadir Bir Hemoptizi Nedeni: Pulmoner Sekestrasyon ve Pulmoner Arter Hipoplazi Birlikteliği**

Merve Toprakoğlu<sup>1</sup>, Oğuzhan Şen<sup>1</sup>, Nur Sena Şen<sup>1</sup>, Nalan Demir<sup>1</sup>, Hatice Kılıç<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Pulmoner sekestrasyon, akciğerin bir lob-segmentinin trakeobronşial ağaçla bağlantısı olmayan ve dolaŐımını pulmoner arterler yerine sistemik arterlerden sağlayan akciğer dokusudur. Genellikle sol akciğer alt lobda yerleşim gostermektedir. Asemptomatik seyredebileceği gibi tekrarlayan pnömoniler, sık hastane yatışları ve nadiren masif hemoptizi gibi ciddi semptomlara yol açaabilmektedir. Bronşektazi tanısı ile takip edilen ve masif hemoptizi nedeniyle tarafımıza başvuran, takibinde pulmoner hipoplazi, pulmoner sekestrasyon ve pulmoner tromboemboli birlikteliği saptanan olgumuzu paylaşmak istedik.

**Olgu:** Çocukluğundan beri sık pnömoni öyküsü olan bronşektazi tanılı 58 yaşındaki kadın hasta masif hemoptizi nedeniyle tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde sol hemitoraksta yaygın kaba raller işitildi. Oda havasında normoksemikti. Kronik balgamı olan hastanın ara ara balgama bulaŐ şeklinde kanama yakınması mevcuttu. Başvurusundan 1 yıl önce masif hemoptizi nedeniyle bronşial arter embolizasyon öyküsü olan hastanın çekilen Bilgisayarlı Tomografi - Pulmoner Anjiyografi'de (BT-PA) sol akciğerde yaygın bronşektazi, sol pulmoner arter hipoplazisi olduğu ve sol pulmoner arterden itibaren segmenter dallara kadar uzanan pulmoner tromboemboli ile uyumlu dolum defektleri izlendi. Takibinde masif hemoptizisi tekrarlayan hastaya traneksamik asit tedavisi başlandı. Günlük hemogram takibi ile ihtiyacına göre eritrosit süspansiyon replasmanı yapıldı. Mevcut tedaviye rağmen hemoptizisi devam eden hastaya girişimsel radyolog tarafından bronşial arter embolizasyonu uygulandı. İŞlem sırasında çekilen çölyak arter anjiyografide çölyak dallardan ayrılan bir arter dalının sol akciğer alt bölgedeki pulmoner sekestrasyon alanını beslediği saptandı. (Resim-1). Pulmoner sekestrasyonu besleyen ve kanamanın sebebi olan çölyak arter dalı embolize edildi (Resim-2). Takiplerinde hemoptizinin gerilediği görülen hastaya düşük dozdan başlanarak düşük moleköl ağırlıklı heparin tedavisi uygulandı. Hasta Göğüs Cerrahisi ile birlikte multidisipliner konseyde değerlendirildi. Sol akciğer ve pulmoner arter hipoplazisine eşlik eden yaygın bronşektazi ile beraberinde sekestrasyonu bulunan, hayatı tehdit eden hemoptizi kliniği ile presente olan olguda sol pnöminektomi kararı alındı. Akut emboli süreci sonrası kontrollerine göre operasyon yapılacak olan hastanın takibi devam etmektedir.



**Resim-1** Pulmoner sekestrasyon görülen alanın Pulmoner venlerle ilişkisi.

**Resim-2** Pulmoner sekestrasyon görülen alanda Çöliak arter ile Pulmoner ven arasındaki ilişki ve Çöliak arter'in embolizasyonu ile bu arterin oklüzyon görüntüsü.

**Tartışma-Sonuç:** Pulmoner sekestrasyon kolaylıkla gözden kaçabilen bir hemoptizi nedenidir. Olgumuzda olduğu gibi pulmoner arter-akciğer hipoplazisi ve bronşektazi ile birlikteliği literatürde oldukça nadir rastlanan bir durumdur. Ölümcül komplikasyonlarla sonuçlanabileceğinden, hemoptizi ile başvuran hastalarda pulmoner sekestrasyon akılda tutulmalıdır. Eşlik eden pulmoner tromboemboli varlığı olgumuzda olduğu gibi hastalık yönetimini zorlaştırırsa da multidisipliner yaklaşımla tedavi edilebilen bir hastalık olduğu unutulmamalıdır. Masif hemoptizi ile başvuran bir olgunun antikoagülan tedavisiyle taburculuğunun yapılması tıpta etiyojolojiye yönelik yaklaşımın önemini vurgulamaktadır

**Anahtar Kelimeler:** Sekestrasyon, Hipoplazi, Hemoptizi, Pulmoner Emboli



## İleri Pulmoner Hipertansiyona Neden Olan Destroyed Lung ve Bronşektazi

Zehra Ökdem<sup>1</sup>, Deniz Çelik<sup>1</sup>, Hüseyin Lakadamyalı<sup>1</sup>, Özkan Yetkin<sup>1</sup>

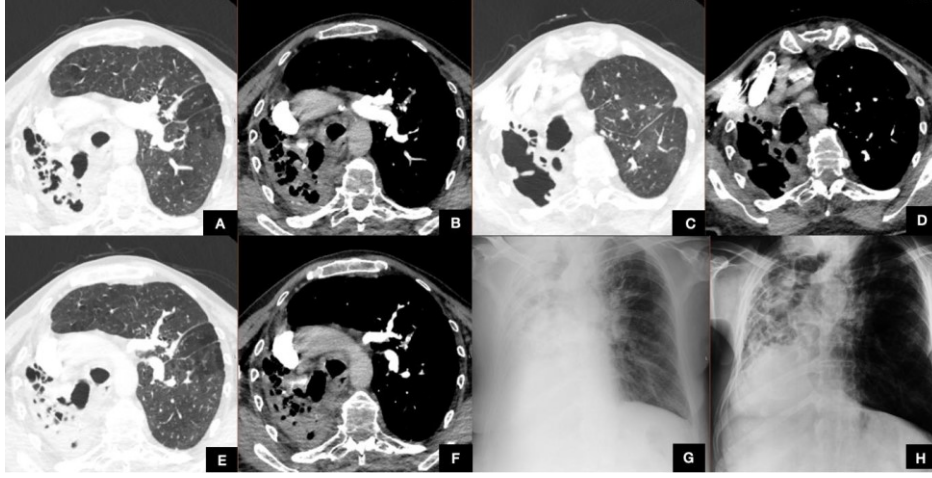
<sup>1</sup>Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Alanya, Antalya

**Giriş-Amaç:** Bronşektazi bronşların geri dönülemez şekilde hasar görmesi ve genişlemesiyle karakterize heterojen bir akciğer hastalık grubudur. Tek bir lob veya akciğer segmentiyle sınırlı olabileceği gibi bir veya her iki akciğeri daha yaygın olarak etkileyebilir. Küçük havayollarının duvarları inflamatuvar hücreler tarafından infiltre edilerek obstrüksiyona neden olur, ağırlıklı olarak nötrofiller tarafından salınan proteazlar büyük havayollarına zarar vererek bronşiyal dilatasyona neden olur. Komşu parankim inflamasyona dahil olur. Enfeksiyöz patojenler, mukosilyer fonksiyonun bozulmasıyla enfeksiyona neden olur, sonuç olarak bakteriyel çoğalma ve daha fazla inflamasyonla sonuçlanır. Böylece ilerleyici akciğer hasarına yol açan ve kendi kendini devam ettiren bir kısır döngü oluşur. Şiddetli bronşektazi olan hastalarda, Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon (PAH), kronik solunum yetmezliği, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) gelişebilir. Şiddetli bronşektazide, altta yatan bir tüberküloz veya akciğer absesi sonrası ortaya çıkan ağır yıkımın sonucunda destroyed lung meydana gelebilir. Bronşektazi en sık enfeksiyonlara (özellikle tüberküloz) bağlı olarak gelişmektedir. Bu vakamızda yaklaşık 30 yıl önce geçirilmiş tüberküloz öyküsü ve sağ akciğerde tüberküloz sekeline bağlı kistik bronşektazik değişiklikler gelişmiş olan hastada yıllar içinde gelişen PHT, KOAH ve korpulmonale varlığını sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 59 yaşında, KOAH ile takipli, üçü yoğun bakım ünitesi olmak üzere yılda dokuzdan fazla hastane yatışı gerektirecek alevlenmeler ile acil servise sık başvuruları olan erkek hasta nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurdu. 27 yıldır sigara içmeyen hastanın öncesinde 15 paket/yıl sigara öyküsü vardı. Muayenesinde sağ akciğerde solunum sesleri alınmadı, sol akciğerde ise yaygın ronküsleri izlendi. Oda havasında SpO<sub>2</sub>: %65 olduğu, nazal kanülle verilen 8 L/dk oksijen ile SpO<sub>2</sub>'nin %79'a yükseldiğini izlendi. AKG'de pH:7.27 PaCO<sub>2</sub>:116 mmHg PaO<sub>2</sub>:45,6 mmHg izlendi. Dekompanse respiratuvar asidoz ve hiperkapnik solunum yetmezliği tanılarıyla yoğun bakıma yatırıldı. Son 1 yılda yapılmış SFT'de ciddi obstrüksiyon (FEV<sub>1</sub>/FVC:66, FEV<sub>1</sub>:%29, FVC:%35) izlendi. Toraks BT(Bilgisayarlı Tomografi)'de sağ akciğer parankimi kollabe görünümde olup haraplanmış akciğer görünümü ile beraber sağ infrahiler alanda, paraaortik uzanım gösteren aksiyel planda en geniş yerinde 45x24 mm boyutlu nodüler, düzgün sınırlı kitlesel lezyon, sağ hemitoraksta alt zon posterior plevral yapraklarında kalsifikasyonlar, sol akciğerde parankimal pür kalsifik nodüller, fibrotik bantlar, mozaik atenüasyon paterni ve mediastinel yapılar ile kalbin sağa doğru yer değiştirdiği ve truncus pulmonalis çapınının 37 mm olarak ölçüldüğü raporlandı (Resim 1). Hastanın önceki sık hastane başvurularına ait Toraks BT görüntüleri incelendiğinde sağ akciğerde havalanan akciğer dokusu kalmamasına kadar gittikçe ilerleyen belirgin sekel kalsifik, fibrotik ve kistik bronşektatik değişiklikler, peribronşiyal kalınlaşmalar ile sol akciğerde kompensatuvar havalanma artışları izlendi. Ekokardiyografide sağ

boşluklar dilate, orta-ileri TY, sPAB 50-60 mm/Hg olarak raporlandı. Özgeçmişinde 33 yıl önce tüberküloz geçirdiği, 19 yıldır KOAH ile takip edildiğini, ev tedavisinde LABA+LAMA+IKS, teofilin, diüretik, nebülize SABA, Oksijen Konsantratörü ve BIPAP S/T cihazlarını kullanmaktaydı. Yoğun bakımda tedavisi tamamlanan hastanın stabilizasyon sonrası medikal tedavileri düzenlenerek taburcu edildi.

### Radyolojik görünüm



A-F: Başvuru sırasındaki Toraks BT'de sağ destroyed lung, kistik bronşektazik değişiklikler ve mediastinal LAP görünümü mevcuttur. G: Olgunun yeni PA akciğer grafisi H: Olgunun eski PA akciğer grafisi

**Tartışma-Sonuç:** Artık daha az görülmekle birlikte, pulmoner hipertansiyonun nadir nedenlerinden biri de tüberküloz sekeli sonrası gelişen destroyed lung ve bronşektazidir. Bu tür olgularda gelişen korpulmonale ve tip 2 solunum yetmezliği hastaların daha sık alevlenme ve hastane yatışıyla sonuçlanmaktadır. Sekel tüberküloz zemininde gelişen destroyed lung ve bronşektazide, pulmoner hipertansiyon gelişmeden önce cerrahi ile etkilenen alanın çıkarılmasının hem bakteriyel kolonizasyonu hem de sık alevlenmeyi azaltacağı, PAH gidişi durdurabileceği bilinmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Pulmoner Arteriyel Hipertansiyon, Bronşektazi, Destroyed Lung, Solunum Yetmezliği

## Dispne ile Başvuran Mikroskopik Polianjitis Olgusu

Beyza Alıcıoğlu<sup>1</sup>, Fatma Ezgi Kahveci<sup>1</sup>, Ayşe Bahar Keleşoğlu Dinçer<sup>2</sup>, Fatma Yıldırım<sup>3</sup>, Ersin Günay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

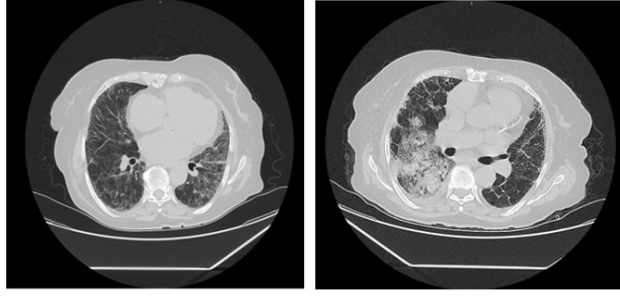
<sup>2</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Romatoloji Kliniği

<sup>3</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Kliniği

**Giriş-Amaç:** Diffüz alveolar hemoraji; sıklıkla immün olmak üzere immün ve non-immün nedenlerden kaynaklanan pulmoner mikrosirkülasyonun bozulduğu alveol içerisine eritrosit birikmesi durumudur. Hemoptizi, nefes darlığı ve anemi ile karakterizedir. Diffüz alveolar hemoraji hızlı progresyon gösterebilir. Burada prednol tedavisiyle kliniği hızla düzelen olguyu sunmayı amaçladık.

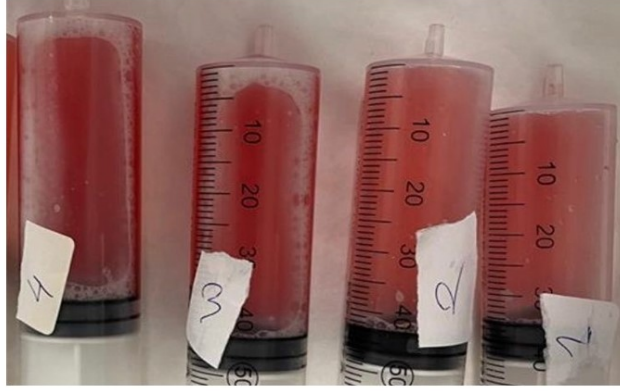
**Olgu:** Nefes darlığı şikayetiyle merkezimize başvuran 76 yaşındaki kadın hastanın hipertansiyon, astım ve ritim bozukluğu tanıları mevcuttu. Hasta 4 ay öncesine kadar kendi hayatını idame ettirirken başvurusunda günlük işlerini yapamayacak hale geldiğini ifade etti. Fizik muayenesinde solunum sesleri kaba, bilateral ralleri mevcuttu. Kan basıncı 122/89 mmHg , kalp hızı 155/dakika , ateş 36.8 °C.2 lt nazal oksijen desteği ile satürasyonu 91 idi. Hastanın Toraks BT incelemesinde yaygın buzlu cam dansiteleri mevcuttu (Şekil A).Hastadan alınan COVID PCR testinin negatif gelmesi üzerine test tekrarlandı. İkinci kez PCR testi negatif geldi. Hastanın idrar tetkikinde eritrosit pozitif olması üzerine hastadan otoimmün parametreler istendi. P-ANCA 1/320 titrede pozitif geldi. Bronkoskopi yapılan olguda SF verilip aspire edildiğinde BAL örneğinin hemorajik olup gittikçe koyulaşması alveolar hemoraji tanısını destekledi (Şekil B). Hastaya pulse steroid tedavisi başlandı. Tedavi sonrası hastanın nefes darlığı şikayetleri geriledi, radyolojik düzelme görüldü (Şekil C). Göğüs hastalıkları kliniğinde takibine devam ediliyor.

## Karşılaştırmalı BT ve BAL



Şekil A

Şekil B



Şekil C

**Tartışma-Sonuç:** Diffüz alveolar hemoraji, alveolokapiller membran hasarı sonucu alveol içine kanaması durumudur. Nadir görülen klinik bir durum olmasına rağmen mortaliteyle seyredebilir. Alveolar hemorajide etiyolojiye yönelik tedaviye ek olarak kortikosteroid kullanımının yararlı olduğu bilinmektedir. Sonuç olarak nefes darlığı, hemoptizi, hipoksi ve direkt akciğer grafisinde infiltrasyon tespit edildiğinde DAH ayırıcı tanıda akla gelmesi gereken hastalıklar arasında olmalıdır. DAH'nin tanısında gecikme olduğunda hayatı tehdit eden sonuçlar doğurabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Mikroskopik Polianjitis Alveolar Hemoraji

## Pulmoner Tromboemboli Kliniği ile Acile Bavurusu Olan Hastada Dural Arterovenöz (A-V) Fistül Olgusu

Hazel Kara Günaydın<sup>1</sup>, Hilal Boyacı<sup>1</sup>, Bekir Tunç<sup>2</sup>

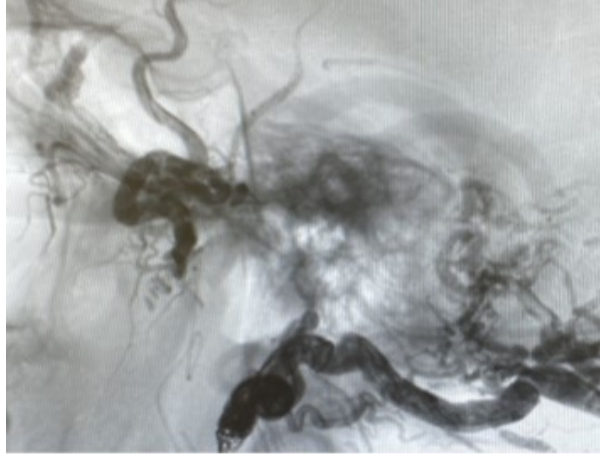
<sup>1</sup>Hiti Üniversitesi Erol Olçok EAH, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı

<sup>2</sup>Hiti Üniversitesi Erol Olçok EAH, Beyin Cerrahisi

**Giriş-Amaç:** Pulmoner tromboemboli (PTE) sık karşılaşılan, pulmoner arteriyel yatağın tıkanması sonucu yaşamı tehdit eden, erken tanı ve tedavisi hayati önem taşıyan kardiyovasküler acil durumdur. Ani başlangıçlı dispne, batıcı göğüs ağrısı, çarpıntı, siyanoz, hemoptizi, senkop, derin ven trombozu sık görülen belirtilerdir. Gebelik, majör travma, alt ekstremitte kırıkları, kanser vb. güçlü provakatör faktörlerdir. Olgumuzda fibula fraktürü sonrası PTE kliniği ile acile başvuran 49 yaşındaki erkek hastanın PTE tanısı ile takip ve tedavi edilirken dural AV fistül tanısı alışını sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 49 yaş erkek hasta, 1 hafta önce düşme sonrası sol fibula fraktürü öyküsü ile ani başlayan öksürük, nefes darlığı ve senkop ile acile getirilmiş. Kardiyopulmoner arrest sonrası resusite edilerek, yüksek olasılıkla PTE olarak değerlendirilip trombolitik tedavi uygulanmış (20 mg alteplaz ıv). Stabil dönemde çekilen toraks BT anjiografide PTE lehine dolum defekti saptanmamış. Trombolitiğe sekonder rezolusyon olup olmadığı anlaşılamamış, alt ekstremitte venöz doppler normal saptanmış. Self ekstübasyon sonrası göğüs hastalıkları tarafınca dımah tedavisi ile takibe alındı. İkinma ile artan ara ara baş ağrısı tariflemesi üzerine önerilerle beyin BT, beyin MR anjio çekilerek nöroloji ve beyin cerrahisi tarafından değerlendirilerek sağ jugüleri vene kadar uzanan ven trombozu (sağ hemisferik dural av fistül) tespit edildi. Hasta, serebral anjiografik girişim yapılabilen beyin cerrahisi ve girişimsel radyoloji merkezine sevk edildi. Sağ eksternal karotid arter ve sol vertebral arterden beslenen AVF parsiyel embolize edildi. Hasta antikogulan tedavi olmaksızın takibe alındı. Beyin vasküler malformasyonları; arteriyo-venöz malformasyonlar (avm), venöz anjiom, kavernöz malformasyonlar, kapiller telenjiyektazi, artero-venöz fistüller olarak bilinir. Arteriyel beslenmelerini esas olarak meningeal damarlardan alır. Venöz drenaj ise dural venöz sinüsler veya kortikal venler yoluyla olur. A-V fistüller, %10-15 oranında sıklıkla dural venöz sinüs çevresinde 40-50 yaş kadınlarda görülürler. Etiyoloji genellikle idiyopatik olup sinüs trombozu, travma ve kraniyotomiye sekonder gelişebilirler. Sıklıkla tinnitus, oksipital üfürüm, baş ağrısı, görmede bozulma, papil ödem, kranial sinir tutulumuna bağlı bulgular, halsizlik, efor dispnesi, senkop, solunum durması görülebilmektedir. Kanama riski yüksektir. Tanıda dsa (anjiografi) olup kesin tanı yöntemidir. Tedavi transarteriyel ve transvenöz yolla glue, koil, onyx kombinasyonları kullanılarak yapılan embolizasyonlardır.

A-V fistül DSA görüntüsü



A-V fistül DSA görüntüsü

**Tartışma-Sonuç:** PTE kliniğine benzer klinik ile kendini gösteren A-V fistül olgusu, antikoagulan tedavi yüksek riskli olduğu halde erken tanı ve tedavi ile yönetilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Av Fistül, Embolizasyon, Pulmoner Tromboembolizm, Trombolitik

## Orta Lob Sendromuna Neden Olan ve Sağ Hemitoraksta Kitle İmajı Veren Aort Anevrizması

Cebrail Azar<sup>1</sup>, Elif Altuntaş<sup>2</sup>, Gökçen Ağaoğlu Çelik<sup>2</sup>, Zihni Mert Duman<sup>3</sup>, Çetin Mirzaoğlu<sup>4</sup>, Gonca Tekin Bozkaya<sup>4</sup>, Tülin Öztürk<sup>5</sup>, Şengül Azar<sup>6</sup>, Tayfun Kermenli<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Elazığ

<sup>2</sup>Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Elazığ

<sup>3</sup>Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi, Elazığ

<sup>4</sup>Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Kardiyoloji, Elazığ

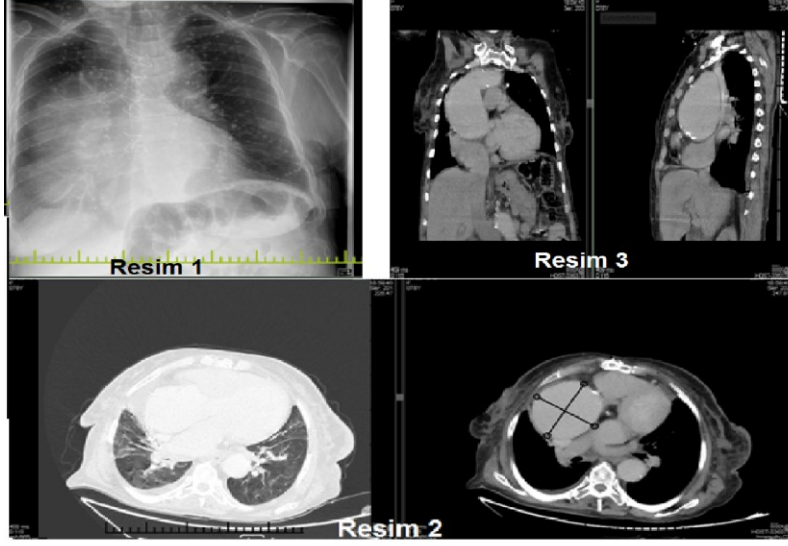
<sup>5</sup>Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Radyoloji, Elazığ

<sup>6</sup>Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD, Elazığ

<sup>7</sup>Elazığ Medikal Hospital, Göğüs Cerrahisi, Elazığ

**Giriş-Amaç:** Orta Lob Sendromu (OLS), akciğerin orta lobunun tekrarlayan veya kronik ateletazisi olarak tanımlanan nadir bir klinik tablodur. Sağ orta lob bronşu intraluminal çapının diğer lob bronşlarına göre daha küçük olması sebebiyle kısmen veya tam tıkanmaya karşı daha hassastır. Obstrüktif veya obstrüktif olmayan şeklinde iki ana gruba ayrılmaktadır. Obstrüktif OLS'de sağ orta lob bronşunun dışarıdan bası veya içeriden endobronşiyal lezyonlar ile obstrüksiyonu söz konusu iken obstrüktif olmayanda sıklıkla Astım, KOAH ve tekrarlayan pnömoniler sebeptir. OLS'de solunumsal yakınmalar ön planda olup hastalar bazen de asemptomatik olabilir. En sık rastlanan şikayet kronik ve tekrarlayan öksürüktür. Diğer yakınmalar nefes darlığı, göğüs ağrısı ve hırıltılı solunumdur. Aort anevrizması ise aort hastalıklarının önemli bir kısmını oluşturmakta olup genellikle semptomsuz olduklarından, farklı nedenlerle yapılan görüntülemeler sırasında tanı konulur. Anevrizmanın çevre yapılara bası yapması, tromboz veya rüptürüne bağlı olarak semptomlar ortaya çıkmaktadır. Sağ hemitoraks yerleşimli ve akciğer grafisinde dev kitle imajı veren Asendan Aort Anevrizması'na bağlı Orta Lob Sendromu gelişen vakamız ender bir durum olup literatüre katkı sağlamak amacıyla paylaşmak istiyoruz.

**Olgu:** 78 yaşında bayan hasta nefes darlığı, dudak ve ellerde morarma şikayetleri olup son günlerde şikayetlerinin artması üzerine kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 10 yıl önce bypass olduğu ve hipertansiyon tedavisi aldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde siyanoz, sağ akciğer alt-orta alanda ronküsler ve akut solunum yetmezliği mevcuttu. PA-AC grafisinde sağ hemitoraksın neredeyse tamamını kaplayan radyoopasite ve sternotomi süturları görüldü (Resim 1). Hastaya akciğer kanseri öntanısı ile çekilen kontrastlı BT toraksta en geniş yerinde çapı 85 mm olarak ölçülen Aort anevrizması ve orta lob ateletazisi izlendi (Resim 2-3). Bunun üzerine Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi'ne konsulte edildi. EKO'da Asendan Aorta Anevrizması, Aort Yetmezliği (3°), Orta Mitral Yetmezliği, Biatriyal genişleme izlendi. Hastaya operasyon önerildi. Ancak operasyonun yüksek mortalite riski nedeniyle hasta ve yakınları cerrahi işlem yaptırmadı.



**Tartışma-Sonuç:** Akciğer röntgeni; toraks duvarı, plevra, akciğer parankimi ve vasküler yapılar hakkında önemli bilgiler verebilir ancak bazı durumlarda benzer radyolojik bulgu veren patolojilerde yetersiz kalabilir. İyatrojenik olaylardan kaçınmak için hekimlerin, göğüs röntgeni görüntülerinde benzer şekilde bulgu veren hastalıkları ayırıcı tanıda her zaman akılda tutmalıdır. Bu vakamız özelinde akciğerde kitle imajı veren ve Orta Lob Sendromuna neden olan Aort anevrizması ender bir durum olup ileri görüntüleme yöntemlerinin önemini vurguluyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Orta Lob Sendromu, Aort Anevrizması, Akciğer Grafisi, Obstrüksiyon, Akciğer Kanseri



## Katameniyal Hemoptizi: Olgu Sunumu

Ali Fidan<sup>1</sup>, Burcu Bayrak<sup>1</sup>, Elif Yılmaz<sup>1</sup>, Ersin Demirer<sup>1</sup>, Dilek Ece<sup>2</sup>, Sevda Şener Cömert<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Dr. Lütfi Kırdar Kartal Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>SBÜ Dr. Lütfi Kırdar Kartal Şehir Hastanesi, Patoloji Kliniği

**Giriş-Amaç:** Ektopik endometrium, uterus dışında yer alan endometrium dolusu olup nadir yerleşim alanlarından birisi de akciğerlerdir. Menstürel sikluslarla eş zamanlı olarak tekrarlayan hemoptizi, torasik endometriozisin nadir görülen bir belirtisidir ve katameniyal hemoptizi adıyla anılır. Tanı öncelikle ve ağırlıklı olarak tipik öyküye dayanır. Menstürasyon dönemindeki toraks bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleri ve bronkoskopik bulgular tanıyı destekler ancak nadir de olsa bazı olgularda ne bronkoskopik olarak ne de radyolojik olarak herhangi bir bulguya rastlanılmayabilir. Olgumuz, Radyolojik ve bronkoskopik bulgu göstermeyen nadir bir katameniyal hemoptizi olması nedeniyle sunulmaktadır.

**Olgu:** İlk defa yaklaşık 4 ay önce olan, bir gün içinde bir-iki kez devam edip düzelen az miktarda (bir çay kaşığının yarısı kadar) öksürükle kan gelmesi nedeniyle acil servise başvuran 24 yaşında kadın hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde anlamlı bulgu yoktu. İlk hemoptiziden bu yana kan tükürmenin her zaman menstürasyonun birinci veya ikinci günü içinde, az miktarda olup kendiliğinden düzeldiğini ve diğer zamanlarda kesinlikle olmadığını belirtti. Hastaya yapılan KBB muayenesi normal bulundu. Solunum sistemi muayenesi de normaldi. Kanama ile ilişkili olabilecek laboratuvar bulgusu izlenmedi ve Hb, PLT, INR, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal sınırlar dahilinde bulundu. Çekilen menstürasyon dışı zamana ait olan akciğer grafi ve toraks BT’de anlamlı bulgu izlenmiyordu. Hastaya son menstürasyon döneminde toraks BT çekildi ve yine normal bulundu. Son hemoptizi gününün hemen ertesi günde yapılan bronkoskopide endoröşiyal bulgu izlenmedi, alınan bronş lavajında endometriyuma ait hücreleri telkin eden sitopatolojik bulgu görülmedi, lavajda atipik hücre yoktu, ARB negatif bulundu. Hemoptiziye neden olabilecek diğer olası tanılar ekarte edildikten sonra hastanın tipik öyküsü ile birlikte katameniyal hemoptizi tanısı konuldu. Evli ve çocuklu hastaya medikal tedavi ve cerrahi tedavi ile ilgili bilgi verildi.

**Tartışma-Sonuç:** Katameniyal hemoptizi oldukça nadir görülen bir klinik durum olup bronkoskopide bazı olgularda uyarılmış ektopik endometriyuma ait görünüm ve uygun biyopsi örnekleme sonucu ile tanı konulabilmektedir. Daha sık olarak ise toraks BT ile menstürasyon döneminde izlenen parenkimal buzlu cam opasitelerinin diğer zamanlarda kaybolması tanıyı destekleyen bulgular olmaktadır. Ancak bronkoskopik, patolojik ve radyolojik bulgunun eşlik etmediği katameniyal hemoptizi çok daha nadir bir durumdur. Olgumuz, bu özelliği nedeniyle sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Hemoptizi, Ektopik Endometrium

## Hemoptizi ile Prezente Olan Nadir Bir Olgu: İzole Granulomatöz Polianjitis

Zeynep Güney<sup>1</sup>, Bahar Aydoğar<sup>1</sup>, Umut İlhan<sup>1</sup>, Duygu Uzunoğlu<sup>1</sup>, Elif Tanrıverdi<sup>1</sup>, Mustafa Çörtük<sup>1</sup>, Halit Çınarka<sup>1</sup>, Erdoğan Çetinkaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

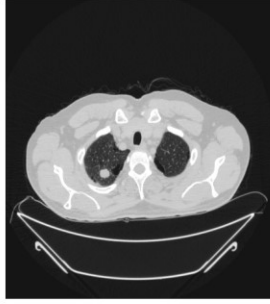
**Giriş-Amaç:** Granulomatöz Polianjitis (GPA), farklı klinik görünümleri olan multisistemik bir hastalıktır. En sık görülen küçük damar vaskülitlerinden olup nekrotizan granuloma, nekrotizanglomerulonefritis hastalığın özelliğidir. GPA, klasik tutulum yanında sınırlı tutulum gösterebilir. Klasik formda üst solunum yolu, akciğerler ve böbreklerde tutulum görülür. Ancak diğer organ tutulumları da görülebilmektedir. (1). Sınırlı formda, üst solunum yolları, akciğer ve böbreklerden sadece bir veya iki ayrı bölgede tutulum görülür. Hemoptizi şikayeti ile tarafımıza başvuran, etiyolojisi araştırılırken akciğere sınırlı GPA tanısı alan olgu sunulmuştur.

**Olgu:** Elli altı yaşında erkek hasta polikliniğimize on gündür balgamla kreşe tarzda ağızdan kan gelmesi şikayeti ile başvurdu. Gece terlemesi ve kilo kaybı yoktu. Sigara hiç içmemişti. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesi normaldi. Posteroanterior akciğer grafisinde patoloji izlenmedi (Resim 1). Toraks Bilgisayarlı Tomografide (BT) sağ akciğer üst lob apikal segmentte 22 mm spiküle konturlu nodül saptandı (Resim 2). Hastanın balgam kültürlerinde üreme olmayıp, ARB boyaması negatif izlendi. P-ANCA ve C-ANCA negatif saptandı. Bronkoskopi işlemi bronş sistemi doğal izlenip kanama odağı saptanmadı. Sitolojisinde patoloji izlenmedi. Nonspesifik tedaviden bir ay sonra kontrol Toraks BT’de nodülde kaviteleşme görüldü (Resim 3). Transtorasik ince iğne aspirasyonu ile alınan biyopsi materyalinde bol polimorf nüveli lökosit, fibrin dışında bulgu saptanmadı. Hastadan sağ üst lob kama rezeksiyonu ile alınan materyalde tümör izlenmedi. Nekrotik nodül olarak raporlandı. Hasta iki yıl takipsiz kaldıktan sonra son dört aydır yeniden başlayan hemoptizi şikayeti ile tekrar başvurusunda istenen Toraks BT’de cerrahi skar alanı ve lezyon yerinde progresyon (27 mm nodül) ve kaviteleşme görüldü (Resim 4,5). Kontrol bronkoskopide özellik saptanmayan hastaya hemoptizisi devam etmesi üzerine bronşiyal arter embolizasyonu yapıldı. Hastaya antitbc tedavisi başlanıp Quantiferon testi istenerek yakın takip kararı alındı. Quantiferon testi negatif izlenip bir ay antitbc tedavisi aldıktan sonra kontrol Toraks BT’de regresyon izlenmemesi üzerine hastadan paranazal sinüs BT, vaskülit belirteç tekrarı ve patoloji konsültasyonu istendi. Paranazal sinüs BT’de patoloji saptanmadı. Tekrar istenen vaskülit belirteçleri negatif izlendi. Patoloji konsültasyonunda tbc dışlanmış olup GPA yönünden mevcut bulguların tanı için yeterli olmadığı raporlandı. Hastanın devam eden hemoptizi ve progrese izlenen lezyonunda tüm tetkiklere rağmen tanıya ulaşamaması nedeniyle sağ üst lobektomi kararı alındı. Lobektomi ile elde edilen preparatlarının incelemesinde histopatolojik bulgular GPA ile uyumlu olarak değerlendirildi (Resim 6). GPA tanısı alan hasta Romatoloji bölümüne yönlendirildi.

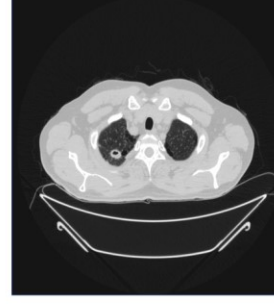
## Resim



Resim 1



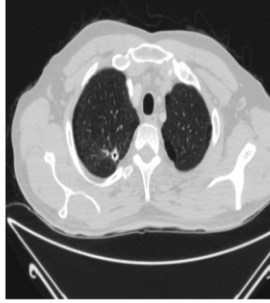
Resim 2



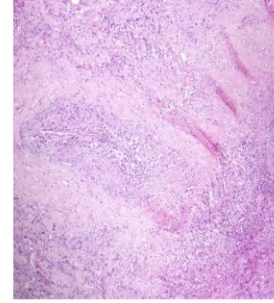
Resim 3



Resim 4



Resim 5



Resim 6

**Tartışma-Sonuç:** Akciğere sınırlı GPA nadiren soliter pulmoner nodül ile seyretmektedir ve bu durumda özellikle vaskülit belirteçleri de negatif olduğunda tanı koymayı zorlaştırabilmektedir. Bu hastalarda, ayırıcı tanı için serolojik testler yanında doku biyopsisi yapılması gerekliliği akılda tutulmalıdır. Hemoptizi ile başvuran hastalarda GPA’da izole akciğer tutulumunun olabileceği unutulmamalı ve GPA kuşkulu olgular dikkatle ele alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Granulomatöz Polianjitis, Wegener Granulomatözü, Hemoptizi, Kavite, Nodül

## Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon: 3 Genç Olgu

Bünyamin Sertoğullarından<sup>1</sup>, Nihan Kahya Eren<sup>3</sup>, Ferit Demirkısan<sup>1</sup>, Muzaffer Onur Turan<sup>1</sup>, Ceyda Anar<sup>1</sup>, Bedrettin Yıldızeli<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Izmir Katip Çelebi Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları AD

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi AD

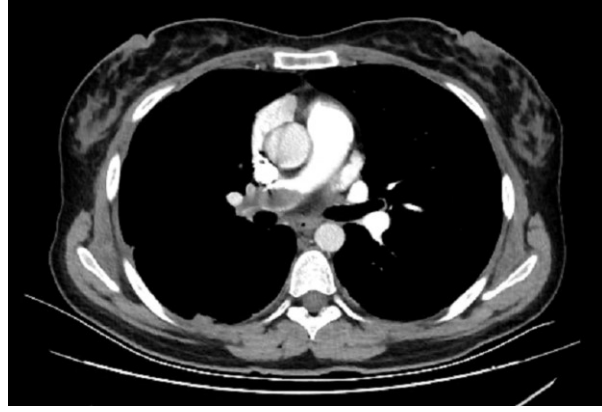
<sup>3</sup>Izmir Katip Çelebi Üniversitesi, Kardiyoloji AD

**Giriş-Amaç:** Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon (KTEPH) her yaşta görülebilen bir pulmoner vasküler hastalıktır. Hastalık akciğer pulmoner arterine ulaşan trombüsün erimeyip damar duvarında organize olması ile gelişir. Tanı ve tedavi geciktiğinde sağ kalp yetmezliği ile morbidite ve mortalite riski yüksektir. KTEPH risk faktörü olan genç olgularda da gelişebilir. Bunu vurgulamak için erken KTEPH tanısı ile başarılı endarterektomi yapılan 3 genç KTEPH olgumuzu sunmak istedik.

**Olgu:** Olgu 1: 17 yaşında Klippel Trenaunay sendromlu alt ekstremitelerde varikoz venleri olan 2 kez pulmoner tromboemboli geçiren erkek hastanın nefes darlığı tedavisi altında artarak devam etti. Yapılan Ekokardiyografik incelemelerinde sağ kalp yetmezlik bulguları sebat etti. BT anjio ile pulmoner arterde kronik trombozla uyumlu dolmuş defektleri izlendi. Sağ kalp kateterizasyonunda ortalama pulmoner arter basıncı 48 mmHg ölçüldü Hastaya Pulmoner endarterektomi cerrahisi uygulandı.

Olgu 2: 27 yaşında Faktör V Leiden mutasyonlu bayan hasta nefes darlığı ile başvurdu. Hasta 6 ay önce doğum sonrası pulmoner emboli geçirmiş ve düzenli varfarin kullanmıştı. Hastanın yeni çekilen Toraks BT anjio görüntülemesinde sağ ana pulmoner arterinde trombüsle uyumlu görünüm saptandı. Hastanın Pulmoner emboli tanısı sırasında görüntülemesinde bu lezyonun oluştuğu ve rezorbe olmayıp sebat ettiğine karar verildi. Hastaya KTEPH tanısı kondu. Ekokardiyografide pulmoner arterde genişleme saptandı, sağ kalp yetmezlik bulguları yoktu. Sağ kalp kateterizasyonu ile ortalama pulmoner arter basıncı 21 mmHg saptandı. Hastaya KTEPH cerrahisi uygulandı.

Olgu 3: 10 yıldır hipotermi, dudaklarda şişme ve kanama ile seyreden sendromik şikayetleri olan olgu ileri derecede nefes darlığı ile başvurdu. Hastanın nefes darlığı yavaş şekilde artarak 2 yıl içinde bu noktaya ulaşmıştı. Hastaya ataklarını önlemek için sürekli antihistaminik ve kortizon ihtiyacı nedeniyle santral kateter açılmıştı. Hastaya pulmoner emboli ön tanısı ile Toraks BT anjio çekildi. Görünüm Kronik tromboz olarak değerlendirildi. Ekokardiyografi de sağ yapılar dilate 3-4 TY sistolik pulmoner arter basıncı 55mmHg saptandı. Hastaya endarterektomi cerrahisi uygulandı.



Sağ ana pulmoner arterde kronik trombüs görünümü

**Tartışma-Sonuç:** KTEPH genç hastalarda da gelişebilen pulmoner embolinin önemli bir komplikasyonudur. Pulmoner Emboli geçiren KTEPH risk faktörü olan ve uyumlu semptomları olan olgularda erken tanı ve uygun tedavisini sağlanması hayati öneme haizdir.

**Anahtar Kelimeler:** Pulmoner Emboli, Dispne, Kronik Tromboembolik Pulmoner Hipertansiyon

**PS-258**

## **Geç Tanı Almış Bir Parsiyel Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi Olgusu**

Abdullah Kansu<sup>1</sup>, Kübra Karaca<sup>1</sup>, Mehmet Bayram<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medipol Mega Üniversite Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Parsiyel anormal pulmoner venöz dönüş (PAPVD) nadir bir konjenital anomali olup bir ya da birden çok pulmoner venin sağ atriyum ya da sistemik dolaşıma katıldığı durumdur. Bu olguda pulmoner emboli şüphesi ile BT Anjiyo çekilen hastada insidental olarak saptanarak geç tanı almış bir parsiyel venöz dönüş anomalisi olgusu sunduk.

**Olgu:** 46 yaşında bilinen hipotiroidi ve astımı olan kadın hasta birkaç gündür olan kullandığı antibiyotik tedavisine rağmen geçmeyen halsizlik, şiddetli sırt ağrısı, nefes darlığı yakınması üzerine kliniğimize başvurdu. Laboratuvar değerlerinde d-dimer:580ng/ml, CRP:25 mg/L saptandı. Fizik muayenesi olağan görüldü. Çekilen Pulmoner anjio BT görüntülerinde emboli saptanmadı. Solda superior pulmoner venin sol inorninate vene açıldığı izlendi. Hasta kardiyo lojiye yönlendirildi. Ekokardiyografide LVEF %60, RVEF %60, sağ yapılar normal sınırd a görüldü. Sistolik pulmoner arteryal basıncı 22 mmHg görüldü. Hastaya kalp kateterizasyonu planlandı.Hastaya önce koroner anjiyografi yapıldı. Normal koroner anatomi izlendi. Kontrast madde enjeksiyonunda Sol alt pulmoner venlerin kalbe döndüğü fakat sol üst pulmoner venlerin İnneminate vene açıldığı görüldü. Daha sonra kateteter sağ atriyum ve SVC yolu ile İnnorninate vene daha sonra Sol üst pulmoner vene retrograd girildi ve kontrast madde enjeksiyonu yapılarak pulmoner venöz dönüş anomalisi gösterildi.

**Tartışma-Sonuç:** PAPVD genellikle asemptomatik seyretmekle birlikte varyasyonun bilinmesi endovasküler girişimin esnasında ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesinde önemlidir. BT anjiyografi incelemeleri sırasında tesadüfen tespit edilen bu anomali ciddi kardiyovasküler patoloji yoksa tedavi edilmez. Nadir görülmesi ve tespit edilmesinin önemini vurgulamak amacıyla olguyu sunmayı uygun gördük.

**Anahtar Kelimeler:** PAPVD, Parsiyel Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi, Venöz Dönüş Anomalisi

## Poster Bildiri Oturumu 14: Torasik Onkoloji

PS-260

### İlginç Santral Venöz Port Katater Komplikasyonlarımız

Mustafa Kuzucuoğlu<sup>1</sup>, Zeynep Sarı<sup>1</sup>, Mehmet Ünal<sup>1</sup>, Keramettin İbrahim Taylan<sup>2</sup>, Serdar Şirzai<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir

<sup>2</sup>İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir

**Giriş-Amaç:** Santral venöz port kataterler onkolojik hastaların tedavilerinde sıklıkla kullanılmaktadır. Klinik uygulamada sıklıkla lokal anestezi altında uygulanan ve komplikasyonları çok sık olmayan santral venöz kataterler perkütan olarak uygulandığından çeşitli komplikasyonlarda görülebilmektedir. Bizde kliniğimizde uyguladığımız port kataterlerin ilginç komplikasyonlarını paylaşmayı amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde 01.01.2020-01.10.2023 tarihleri arasında santral venöz port katater takılan ve ilginç komplikasyon gelişen olgular incelendi.

**Bulgular:** OLGU 1: Altmış bir yaşında erkek hasta pankreas duktal adenokarsinom nedeniyle takip edilmekte olup kemoterapi tedavisi için santral venöz port katater takılmak üzere kliniğimize yönlendirildi. Hastaya lokal anestezi ile sağ juguler venden 8F santral venöz port katater yerleştirildi. İşlem sonrası çekilen kontrol akciğer grafisinde kataterin juguler venden sağ subklavian vane dönüş gösterdiği izlendi. Hastaya kemoterapi tedavisi başlamadan önce port iğnesi takılarak kontrol yapıldığında kataterden kan geldiği ve paranteral sıvının rahat gittiği görüldü. Kemoterapi tedavisi halen devam etmekte olan hastanın katatere bağlı patolojisi saptanmadı (Resim 1).

OLGU 2: Elli yaşında erkek hasta mide adenokarsinomu tanısı ile santral venöz port katater takılmak üzere başvurdu. Hastaya lokal anestezi ile 8F sağ juguler venden santral venöz port katater yerleştirildi. İşlem sonrası çekilen akciğer grafisinde yerleştirilen kataterin atrium içerisini doldurduğu ve superior vena kavaya doğru geri döndüğü anlaşıldı. Cerrahi ekip ile görüşüldüğünde kataterin uzunluk ölçümü yapılmadan bütünü ile juguler venden yerleştirildiği anlaşıldı (Resim 2). Olası komplikasyonların önüne geçmek amaçlı hasta revizyona alınarak kataterin yaklaşık 39 cmlik kısmı tambur tarafından kesilerek çıkarıldı. Hasta halen port kataterini kullanmaya devam etmektedir.

OLGU 3: Otuz yedi yaşında erkek hasta kolon müsinöz adenokarsinom santral venöz port katater takılmak üzere yönlendirildi ve hastaya lokal anestezi ile 8F santral venöz port katater sağ juguler venden yerleştirildi. İşlem sonrası çekilen akciğer grafisinde katater yerinde izlenirken inferior vena cavadan sağ atriumu geçerek superior vena cavaya uzanan guide teli izlendi ve telin pozisyonu itibari ile aşağıdan yukarıya doğru uygulandığı anlaşıldı (Resim 3). Geriye doğru yapılan incelemede hastanın bir ay önce postoperatif cerrahi yoğun bakım ünitesinde yattığı ve

burada sağ femoral venden santral venöz katater takıldığı saptandı ve tel bu işleme bağlı olarak düşünöldü. Vena kava içerisinde yerleşmiş olan tel girişimsel radyoloji tarafından çıkarıldı. Hastanın santral venöz port katateri halen kullanılmaya devam etmektedir.

Resim 1



Juguler venden uygulanan subclavian vene dönen katater

**Tartışma-Sonuç:** Santral venöz port kataterler halen onkolojik hastaların daha güvenli ve rahat tedavi alabilmeleri için düşük komplikasyon oranları ile güvenle uygulanabilen bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Onkolojik Tedavi, Port, Komplikasyon



**PS-261**

## **Mide Kanserinin Pulmoner Metastazektomisi: Tek Merkez 10 Yıllık Deneyim**

Buse Mine Konuk Balcı<sup>1</sup>, Şebnem Dursun<sup>1</sup>, Yusuf Kahya<sup>1</sup>, Serkan Enön<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş-Amaç:** Mide kanseri, dünya genelinde sık görülen bir kanser türü olmakla birlikte kansere bağlı ölümlerin önemli bir nedenidir. Mide kanserinin pulmoner metastazı nadirdir ve pulmoner metastazektominin (PM) sağkalıma katkısı yeterince bilinmemektedir. Bu çalışmada mide kanseri metastazı nedeniyle PM uygulanan olgu serisinin sunulması amaçlanmıştır. (GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünyada en sık görülen 6. kanser olmakla birlikte kansere bağlı ölümlerin 5. en sık nedenidir.)

**Gereç ve Yöntem:** Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda 2010-2021 yılları arasında farklı maligniteler nedeniyle PM uygulanan 147 hasta retrospektif tarandı, 5 hasta çalışmaya dahil edildi. Genel sağkalım hastanın PM sonrası ölüme kadar geçen süre ya da polikliniğe başvurduğu son tarih dikkate alınarak hesaplandı. Hastalısız sağkalım ise gastrektomi sonrası ilk nükse kadar geçen süre dikkate alınarak hesaplandı.

**Bulgular:** Hastaların cinsiyetleri E/K=4/1, ortalama yaş 54,8 (53-57). PM sonrası medyan takip süresi 34 aydı (3-97). Hastaların ikisine parsiyel, üçüne total gastrektomi uygulanmış olup 4 hastanın patoloji sonucu adenokarsinoma, 1 hastanın ise nöroendokrin tümör olarak sonuçlanmıştır. Hastaların 5'ine gastrektomi sonrası adjuvan kemoradyoterapi (KRT), 1'ine kemoterapi (KT) uygulanmıştır. Adjuvan kemoterapi ajanı olarak tüm hastalara docetaxel-cisplatin-fluorouracil ve fluorouracil folinic acid kullanılmıştır. Gastrektomi sonrası pulmoner metastaz nedeniyle 5 hastaya toplamda 6 kez, 1 VATS - 5 kas koruyucu mini-torakotomi olmak üzere, cerrahi uygulandı. PM sonrası tüm hastalarda R0 rezeksiyon sağlandı. PM sonrası 2 hastada nüks (1 akciğer, 1 karaciğer), 3 hastada exitus görüldü. Tablo 1'de hastalara ait tüm özellikler ve sonuçlar özetlenmiştir.

Tablo 1

No	Tümör boyutu (mm)	Pulmoner rezeksiyon tipi	PM sonrası Adjuvan KT±RT	Prognoz	Sağkalım durumu
1	16	Wedge	-	10 ay hastalıksız sağkalım, 34 ay genel sağ kalım	Sağ
2	12	Wedge	-	12 ay hastalıksız sağkalım, 14 ay genel sağ kalım	Exitus
3	5 ve 7 (Torakotomi x2)	Wedge	-	35 ay hastalıksız sağkalım, 47 ay genel sağkalım	Sağ
4	15	Wedge	-	60 ay hastalıksız sağ kalım, 97 ay genel sağ kalım	Exitus
5	40	Wedge	KT	11 ay hastalıksız sağ kalım, 3 ay genel sağ kalım	Exitus

**Tartışma-Sonuç:** Mide kanserinin intraabdominal metastazı sık görülmesine karşın pulmoner metastaz oranı <%1'dir. Bu hastaların çoğunda akciğer metastazlarının yanı sıra diğer organ metastazları da bulunmaktadır. İzole pulmoner metastazlı mide kanserli hastalarda kolorektal ve renal hücreli kanserli hastaların aksine PM'nin sağkalıma etkisi bilinmemektedir. Bu konunun aydınlatılabilmesi için daha büyük vaka serilerine ve multidisipliner çalışmalara gereksinim vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Mide Kanseri, Pulmoner Metastazektomi, Sağkalım

## Mediastinal Ektopik Tiroid

Sümeyya Pehlivan<sup>1</sup>, Gülbahar Şahbaz<sup>1</sup>, Hanife Şahin<sup>1</sup>, Tuğba Mandal Zirek<sup>1</sup>, Gülfidan Aras<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Ektopik tiroid dokusu, tiroid bezin primitif foramen çekum tomurcuk tabanından pretrakeal pozisyonuna giderken oluşan anormal göçünün sonucudur. Otopsi çalışmalarına göre ektopik tiroid dokusunun prevalansı % 7-10 arasındadır. Lingual tiroid dokusu tüm anomalilerin % 90'nı meydana getirir. Mediastinal tiroid genelde boyundaki tiroidin büyüyerek mediastene uzanması şeklindedir. Tüm tiroid kitlesinin yarısından fazlası mediastende ise mediastinal guatr olarak tanımlanır. Ektopik ön mediastinal tiroid dokusu genellikle timus çevresinde uzanır.

**Olgu:** Olgu 1: 50 yaşında ek hastalığı olmayan kadın hasta, dış merkezde uzun zamandır olan nefes darlığı ve öksürük şikayetleriyle çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde anterior mediastende solda 16x20mm düzgün kontürlü solid nodül görülerek merkezimize yönlendirildi. Hastanın ek hiçbir şikayeti yoktu. Laboratuvar değerlerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastaya endobronşiyal ultrasonografi planlandı ve işlemde trakeaya girdikten 2 cm sonra anterior duvarda sınırları silik, hiperekojen iç yapıda, yassı şekilli lezyon iki kez örneklendi. Bunun dışında diğer istasyonlarda patolojik görünümünde lenf nodu izlenmedi. Alınan örneğin patolojik incelemesinde tiroid follikül epitelyum hücreleri, mikro follikül yapıları, kolloid materyal görüldü. Tiroid fonksiyon testleri istendi ve normal izlendi. Hasta ektopik guatr tanısıyla göğüs cerrahisine danışıldı lezyonun boyutunun küçük olması ve hastanın ötiroid olması nedeniyle hastaya ek işlem planlanmadı ve takibe alındı.

Olgu 2: 59 yaşında ek hastalığı olmayan kadın hasta, dış merkezde 2 yıl ara ile çekilen çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde büyüme izlenen üst mediasten anteriorda en belirgin yerinde yaklaşık 40.5x34 mm boyutlara ulaşan lobüle kontürlü heterojen iç yapıda ve kalsifikasyonlar içeren kitle izlenmesi üzerine merkezimize yönlendirildi. Hastanın uzun zamandır olan ara sıra nefes darlığı dışında şikayeti yoktu. Laboratuvar değerlerinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın toraks bilgisayarlı tomografi görüntülenme raporunda timoma şüphesi olması dolayısıyla hastadan nöroloji konsültasyonu istendi, myastenia graves izlenmedi. Hastaya göğüs cerrahisi tarafından operasyon planlandı ve alınan materyalin incelemesinde nodüler hiperplazi bulgusu gösteren tiroid dokusu ile birlikte regrese timus dokusu görüldü. Hasta ektopik tiroid tanısıyla takibe alındı. Kontrole gelen ve dispne yakınması olan hasta inhaler tedavi verilip takip önerildi.

Olgu 3: 76 yaşında bilinen hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanıları olan kadın hastada, çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde ön mediastende içerisinde milimetrik kaba kalsifikasyonlar barındıran 98\*62 mm boyutta kitle lezyonu izlendi. Hastaya transtorasik ince iğne aspirasyonu planlandı. Hastanın patoloji sonucu hiperplazik tiroid dokusu olarak raporlandı. Hastaya cerrahi operasyon önerildi. Hasta operasyonu reddetti. Hasta takibe alındı. Hastanın üçüncü yıl kontrolünde kitlede progresyon izlenmedi.

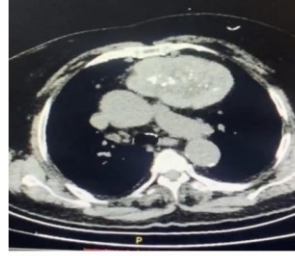
## Mediastinal Ektopik Tiroid Olguları



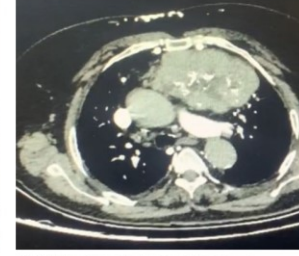
Olgu 1: Hastanın başvuru anındaki Toraks BT görüntümesindeki lezyon.



Olgu 2: Hastanın 2023 yılında ait operasyon öncesi Toraks BT görüntülemesi.



Olgu 3: Hastanın tanı anındaki kontrastsız Toraks BT görüntülemesi.



Olgu 3: Hastanın 3 yıl sonraki kontrastlı Toraks BT görüntülemesi.

Olguların toraks bilgisayarlı tomografi görüntüleri.

**Tartışma-Sonuç:** Olgularımızda da izlendiği üzere ektopik guatr genellikle 45 yaş üstü kadınlarda izlenir ve 5000 hastada 1 izlenmektedir. Ektopik tiroid dokulu hastaların çoğunluğu olgu örneklerimizde görüldüğü üzere klinik ve biyokimyasal olarak ötiroiddir, ancak birkaç olguda hipertiroidizm tanımlanmıştır. Ektopik ön mediastinal tiroid dokusu genellikle timus çevresinde uzanır. Hastalarda genellikle göreceli olarak küçük ve asemptomatik kitleler olarak karşımıza çıkar ancak bazı olgularda büyük mediastinal kitleler olarak izlenebilir ve timik neoplaziler ile karışabilir. Tüm mediastinal kitleler arasında ektopik mediastinal guatrlar çok nadir olmakla birlikte ayırıcı tanıda akılda tutulması gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** Mediasten, Tiroid, Nodül, Kitle, Ektopik Guatr

**PS-265**

## **Nadir Bir Plevral Efüzyon Olgusu: Atipik Meig's Sendromu**

Elif Kalkan<sup>1</sup>, Beyza Kerem<sup>1</sup>, Seda Öztürk<sup>1</sup>, Ersin Günay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

**Giriş-Amaç:** Meigs Sendromu 1937'de Joe Vincent Meigs ve John W Cass tarafından benign over fibromu veya fibroma benzeri tümör (tekoma, granulosa hücreli tümör veya Brenner tümör), asit ve plevral efüzyonun birlikte bulunması olarak tanımlanmıştır. Buna karşılık, psödo-Meigs sendromu diğer yumurtalık veya pelvik tümörlerinin, asitin ve plevral efüzyonun birlikte bulunması olarak tanımlanır. Meigs ve psödo-Meigs sendromlarında, yumurtalık veya pelvik tümörün tam rezeksiyonundan sonra asit ve plevral efüzyon hemen düzelir. Bazı benign over tümörleri ile asit veya plevral efüzyondan birinin birlikteliğine atipik Meigs Sendromu adı verilir. Biz de plevral efüzyon etyolojisi araştırması esnasında overde kitle lezyonu saptanan ve atipik Meig's sendromu tanısı alan hastamızı sunmak istedik.

**Olgu:** 90 yaşında kadın hasta dispne ve sırt ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Görüntülemesinde sağ taraflı plevral efüzyon izlendi. USG eşliğinde torasentez yapıldı. Plevral mayi açık sarı berrak seröz vasıflı idi ve mayi LDH 85 u/l Glukoz 97 mg/dl total protein 19 mg/dl görüldü. Light kriterlerine göre sıvı transudatif efüzyon olarak değerlendirildi. Fiberoptik bronkoskopi ile atelektazi etyolojisi açısından değerlendirildi. Endobronşial lezyon izlenmedi. Fizik muayenede karında sağ alt kadranda hassasiyet olması üzerine abdomen ve transvajinal USG yapıldı. Sağ adneksial lojda 34\*30 mm solid komponent içermeyen kistik görünüm izlendi. ANA ve ANCA paneli negatif sonuçlandı. CA125 seviyesi yüksek saptandı (79.5 U/mL). Jinekolojik onkoloji tarafından laparoskopik inceleme ile değerlendirilen hasta atipik Meig's Sendromu olarak kabul edildi.

**Tartışma-Sonuç:** Asit ve plevral efüzyon belirti ve semptomları olan her kadının pelvik kitle açısından değerlendirilmesi gerekir. Değerlendirme aşamasında önemli ayırıcı tanıları, örneğin karsinomatozlar, dışlanmalıdır. Özellikle kadın hastalarda nedeni saptanamayan tek taraflı efüzyon varlığında Meigs Sendromu akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Meig's, Psödo-meigs, Plevral Efüzyon

## Langerhans Hücreli Histiyositoz Olgusu

Tahir Özmen<sup>1</sup>, Dildar Duman<sup>1</sup>, Fırat Saydın<sup>1</sup>, Simge Yavuz Yıldırım<sup>1</sup>, Mustafa Akyıl<sup>2</sup>

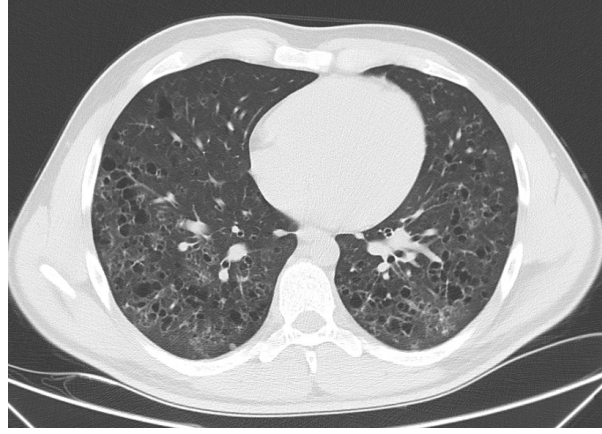
<sup>1</sup>SBÜ Süreyyapaşa Göğüs hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

<sup>2</sup>SBÜ Süreyyapaşa Göğüs hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

**Giriş-Amaç:** Langerhans Hücreli Histiyositoz en sık pulmoner tutulum gösteren cilt ve kemik doku gibi birçok organı etkileyebilen nadir görülen kistik akciğer hastalığıdır. Langerhans hücreleri myeloid dendritik hücrelerin farklılaşmasıyla oluşur. Radyolojik olarak her iki akciğerde üst loblarda baskın olan nodüllerin eşlik ettiği değişik şekilli kistler ile karakterizedir. Yetişkin yaş grubunda sigara kullanımı pulmoner Langerhans Hücreli Histiyositoz için mutlak risk faktörüdür. LHH hastaları dispne, kuru öksürük, göğüs ağrısı, ateş gibi semptomlar veya spontan pnömotoraks tablosu ile başvurabilirler.

**Olgu:** 20 yaşında erkek hasta yaklaşık 2 yıldır olan son 2 aydır artan öksürük şikayetiyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 2 yıldır günde yarım paket sigara içtiği ve astım tanısıyla İKS+LABA kullandığı ancak şikayetlerinin devam ettiği öğrenildi. Hastanın PA akciğer grafisinde intersitisyel patern izlenmesi üzerine toraks YRBT çekildi (şekil 2). YRBT de: Üst loblar ağırlıklı olmak üzere her iki akciğerde yaygın düzensiz duvarlı hava kistleri ve eşlik eden hafif interlobuler septal kalınlaşmalar görüldü. Ayırıcı tanıda langerhans hücreli histiositoz başta olmak üzere kistik akciğer hastalıkları düşünüldü. Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Alınan BALda nötrofilik alveolit (nötrofil %67), CD3/CD4: 0,29 olarak görüldü. Lavaj patolojisi inflamatuvar hücreler ve S100, CD1A boyanması negatif olarak raporlandı. Hasta tanısız amaçlı VATS biyopsi yapılmak üzere göğüs cerrahisine yönlendirildi. Yapılan cerrahi biyopsi sonucunda immun histokimyasal panelde CD1A ve S100 pozitif ve patolojik tanı langerhans hücreli histiyositoz olarak raporlandı. Hasta tedavisinin planlanması açısından hematoloji bölümüne yönlendirildi.

BT kesiti



Bilateral akciğerde çok sayıda düzensiz şekilli kistler ve eşlik eden nodüller

**Tartışma-Sonuç:** Pulmoner Langerhans hücreli histiositoz (LHH) tanısında zorlanılan nadir görülen kistik akciğer hastalığıdır. Bazı hastalarda S100 proteini ve CD1A pozitif langerhans hücrelerin varlığını doğrulamak için cerrahi biyopsi gerekebilir. Radyolojik olarak kistik akciğer hastalığı görülen ve sigara içen genç erkek hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Langerhans Hücreli Histiyositoz, Kistik Akciğer Hastalıkları

PS-267

## Osteosarkomatöz Diferansiyasyon Gösteren Heterolog Sarkomatoid Plevral Mezotelyoma

Şebnem Dursun<sup>1</sup>, Samed Baloğlu<sup>1</sup>, Yusuf Kahya<sup>1</sup>, Ayten Kayı Cangır<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş-Amaç:** Plevral Mezotelyoma (PM) nadir, kötü prognozlu, agresif bir tümördür. Epiteloid, sarkomatoid ve bifazik olmak üzere 3 alt tipi mevcuttur. Sarkomatoid mezotelyomada heterolog elementerin izlendiği daha nadir alt tipler de mevcuttur. Kliniğimizde plevral biyopsi ile heterolog osteosarkoma içeren, PM tanısı konulan bir olgu sunulacaktır.

**Olgu:** Altmış üç yaş göğüs ağrısı ve dispne ile prezente olan, anamnezde multiple girişimsel işlem ve biyopsi öyküsü olan ancak tanı güçlüğü yaşanan kadın hastaya merkezimizde çekilen toraks bilgisayarlı tomografide sol hemitoraksta plevral kalınlaşma ve kalsifikasyon alanları izlenmesi üzerine sol VATS ile re-eksplorasyon uygulanmış olup plevradan alınan biyopsi sonucu heterolog elemanlar (osteosarkoma) içeren PM olarak sonuçlanmıştır. Hastaya dış merkezde 6 kür sisplatin + pemetreksed protokolü uygulanmış olup patolojik tanıdan 10 ay sonra yaygın abdominal metastaz, multiorgan yetmezliği ve ardından exitus gelişmiştir.

**Tartışma-Sonuç:** Heterolog PM'nin insidansı tanı zorluğu yaşanmak ile birlikte tüm PMlerin yaklaşık %0.5'ini kapsamakta olup genellikle izole olgu sunumları olarak literatürde yer almaktadır. Medyan sağkalım sarkomatoid PM'lere benzer bir şekilde agresif tedavilere rağmen 6 ay olarak izlenmektedir. Hedefe yönelik tedavi ve immünoterapideki gelişmeler ile bu agresif seyirli tümörde sağkalımın artırılması olası olabilir

Tablo 1: Osteosarkomatöz farklılaşma ile birlikte olan yayınlanmış heterolog PM vakaları

Kaynak/Yıl	Vaka Sayısı
Yousem 1987	2
Raizan 1996	2
Narita 2001	1
Quoix 2001	1
Chave 2002	1
Suen 2002	1
Salgado 2005	1



Demirag 2007	2
Hamai 2007	1
Hillerdal 2007	1
Klebe 2008	9
Nakao 2011	1
Katsalou 2011	1
<i>Sunulan Olgu 2023</i>	1
<b>Toplam Vaka Sayısı</b>	<b>25</b>

**Anahtar Kelimeler:** Plevral Mezotelyoma, Heterolog Elemanlar İçeren Plevral Mezotelyoma, Sarkomatoid Tip Plevral Mezotelyoma

**PS-268**

## **15 Yıl Arayla İki Farklı Akciğer Karsinomu Gelişen Olgu**

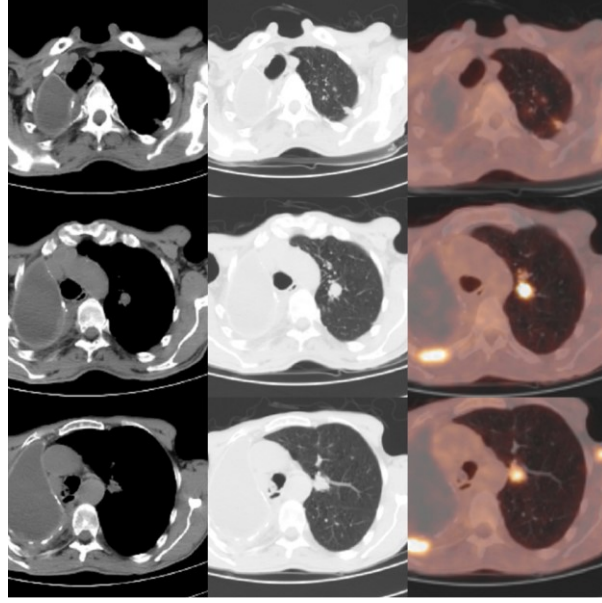
Selma Nur Özkiraz<sup>1</sup>, Onur Fevzi Erer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İzmir SBÜ Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH

**Giriş-Amaç:** Komplet akciğer rezeksiyonu uygulanan akciğer kanseri hastalarında nüks gelişimi evre bağımlı olmakla birlikte nadir değildir. Genellikle cerrahiye takip eden ilk iki yılda görülmektedir. Bu olgumuzda 2008 yılında pnömonektomi operasyonu olan ve 5 yıllık izlem sonrası kür kabul edilen fakat 2023 yılında nonspesifik semptomlarla başvurduğu kliniğimizde nüks akciğer karsinomu tanısı alan hastamızı ele alıyoruz.

**Olgu:** 67 yaş erkek hasta 10 gündür olan oral alımda azalma, kilo kaybı, nefes darlığı ve baş dönmesi şikayeti ile başvurdu. Vital bulguları olağan olan hastanın fizik muayenesinde sağ hemitoraksta solunum sesleri duyulamadı. Perküsyonda matite alındı. Hasta özgeçmişinde 2008 yılında akciğer karsinomu nedeniyle sağ pnömonektomi olduğu öğrenildi. Patolojik incelemede sağ üst lobda peribronşial yerleşimli 5,5 cm çapında kitlesel lezyon skuamöz hücreli akciğer karsinomu olarak tanı almış , cerrahi sınır ve lenf bezleri salim olarak raporlanmış. Adjuvan tedavi uygulanmamış. Operasyon sonrası 5 yıllık izlemde stabil olan hasta kür kabul edilmiş. Hastanın 40 paket-yıl sigara öyküsü olduğu ve halen devam ettiği öğrenildi. Hastanın soygeçmişinde malignite öyküsü yoktu. Hastanın Aralık 2023 tarihli tomografisinde pnömonektomiye sekonder bulgulara ek olarak sol akciğerde apeks düzeyinde peribronkovasküler yamasal alveoler dansite artışı ve peribronşial kalınlaşmalar izlendi. Mediastende LAP saptanmadı. İncelemeye dahil olan sağ sürrenal glandda yaklaşık 5x3,5 cm hafif heterojen dansiteli kitlesel bir lezyon izlendi. Hastanın şikayetleri doğrultusunda nüks, metastaz ve yeni malignite öntanıları ile PET BT ve Beyin MRI istendi. Akciğer, beyin, karaciğer, sürrenal ve multiple kemik lezyonlarında artmış suv tutulumu izlendi. Sol akciğer üst lobda sol pulmoner arterin akciğere girişinden başlayarak vasküler ve komşu bronş trasesini takip ederek apikale doğru uzanım gösteren, apikalde çok sayıda milimetrik satellit nodüler opasitenin eşlik ettiği metabolik olarak kraniokaudal aksta yaklaşık 4.5cm uzun akslı lezyon ile uyumlu alanda artmış (SUVmax:10.4) tutulum izlenmesi üzerine primer akciğer malignitesi öntanısı ile BT eşliğinde biyopsi planlandı. Hastanın soliter akciğeri olması, erişim kolaylığı ve düşük işlem riski sebebiyle paravertebral cilt altı yumuşak doku lezyonundan biyopsi yapıldı. Tanımlanan kitleden alınan BT eşliğinde tru cut biyopsi materyaline ait kesitler tamamen tümörden ibaret olup belirgin patern oluşturmayan, epiteloid görünümde, belirgin hücresel atipi ve pleomorfizm gösteren hücrelerden oluşan malign tümör izlendi. Büyük hücreli nöroendokrin karsinom tanısı ile izleme alınan hasta nörolojik semptomları nedeniyle metastazektomi operasyonu için nöroşirurji kliniğine yönlendirildi.

Hastanın 2023 yılında yeni gelişen akciğer lezyonlarının BT ve PET BT görüntülemeleri



**Tartışma-Sonuç:** 15 yıl ara ile iki defa primer akciğer karsinomu gelişen olguda aile öyküsü olmayıp tek predispozan faktör sigara kullanımı olarak değerlendirildi.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer Karsinomu, Rezeksiyon, Nüks, Sigara İlişkili Maligniteler

**PS-269**

## **Tru-Cut Biyopsi Sonucu Granüloamatöz Reaksiyon Gelen, Operasyon Sonrası Maltoma Tanısı Alan Olgu**

Kemal Yüce<sup>1</sup>, Selvi Aşkar<sup>1</sup>, Mesut Özgökçe<sup>2</sup>, Fatma Durmaz<sup>2</sup>, Ensar Türko<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Dursun Odabaş Tıp Merkezi, Radyoloji AD

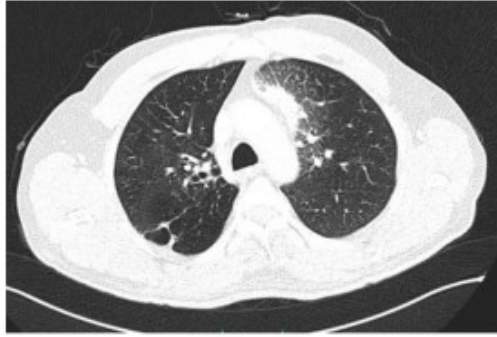
**Giriş-Amaç:** Maltoma; Özellikle mukozal dokularda ortaya çıkan bir tür B Hücreli Lenfomadır. Maltoma yavaş büyüyen bir lenfoma türüdür ve genellikle diğer dokulara yayılmadan önce belirli bir bölgeye sınırlıdır. Akciğerlerde saptanan Maltoma, akciğer mukozasında başlayan bir lenfoma türü olarak bilinir. Akciğerinde kitle imajı olan ve daha önce Tüberküloz geçiren hastanın sekel olduğu düşünülen lezyonlarında büyüme olması üzerine yapılan Tru-cut biyopsi sonucunda Granüloamatöz Reaksiyon gelen, fakat operasyon sonrası Maltoma tanısı alan bir olgunun sunulması planlandı.

**Olgu:** 63 Yaşında KOAH tanılı erkek hasta Göğüs Hastalıkları polikliniğine öksürük, balgam, kilo kaybı şikayeti ile başvurdu. 15 Paket /Yıl sigara öyküsü olan hastanın 30 yıl önce Tüberküloz geçirdiği 6 ay tedavi aldığı öğrenildi. Hastanın kliniğimizde çekilen 13.06.2023 tarihli Bilgisayarlı Tomografisinde ;Sol akciğer üst lob anterior segmentte prevasküler alanda 56x24 mm çapında düzensiz sınırlı alveolar konsolidasyon alanı saptandı(Resim 1a ) .Geçmişe yönelik radyolojik incelemeler tarandığında 13.10.2021 tarihli Dış Merkez Bilgisayarlı Tomografisinde ; Sol akciğer üst lob anteriorda subplevral yüzde yaklaşık 46x15 mm ebatlı konsolide alan saptandı (Resim 1b ) .Lezyonda yaklaşık iki kat büyüme saptanan hastaya 29.08.2023 tarihinde PET-CT çekildi. PET-CT de lezyon; Sol akciğer üst lob anterior segmentte paramediastinal plevra tabanlı olarak izlenen, yaklaşık 62x25 mm ölçülen düzensiz sınırlı yumuşak doku kitlesinde patolojik artmış 18F-FDG tutulumu (SUVmaks: 5,5) olarak raporlandı. (Resim 1c) .Konseye sunulan hastada ,konsey kararı ile Tru-Cut biyopsi yapıldı. Sonuç Granüloamatöz reaksiyon olarak geldi. Balgamda Arb Boyama ve Tbc kültür sonuçları negatif olan hasta konsey kararı ile operasyona alındı. VATS +Torakotomi ile Sol Üst Lobektomi +MLND operasyonu yapılan hastanın patoloji sonucu "Akciğerin MALT dokusunun ektranodal marjinal zon lenfoması " olarak görüldü.

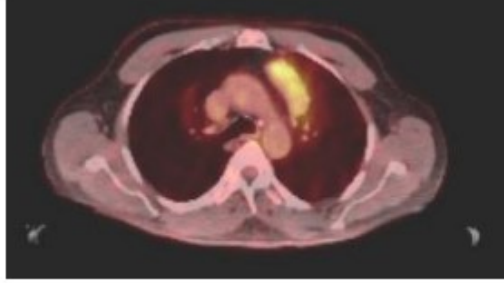
## Radyolojik Görüntülemeler



RESİM 1A: 13.06.2023 TARİHLİ TORAKS BT



RESİM 1B :13.10.2021 TARİHLİ TORAKS BT



RESİM 1C :29.08.2023 TARİHLİ PET-CT

**Tartışma-Sonuç:** Granülomatöz Reaksiyon, genellikle vücudun bir enfeksiyona veya yabancı bir maddeye tepkisi olarak ortaya çıkan bir durumdur. Bunun yanısıra Granülomatöz reaksiyon, Lenfomanın çeşitli alt tiplerinde de gözlenebilir. Bu nedenle Granülomatöz Reaksiyon sonucu gelen tüm hastalarda detaylı bir klinik değerlendirme ve sonrasında gerekli tüm laboratuvar ve radyolojik testler yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Granülomatöz Reaksiyon, Maltoma, Tru-Cut

**PS-270**

## **Stereotaktik Beden Radyoterapisi (SBRT) Sonrası Görülen Nodüller Her Zaman Nüks Değildir**

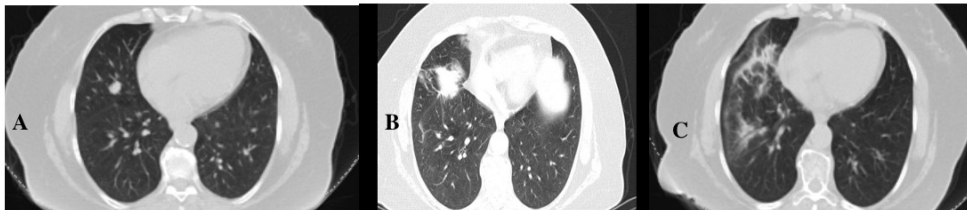
Merve Çalış<sup>1</sup>, Buket Mermit<sup>1</sup>, Ömer Seylan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD

**Giriş-Amaç:** Cerrahiye engel durumu olmayan erken evre küçük hücreli dışı akciğer kanseri olgularında standart tedavi lobektomi ve lenf nodu örnekleme veya diseksiyonudur. Ancak medikal komorbiditeleri veya akciğer fonksiyonlarının kötü olması nedeniyle cerrahi uygulanamayacak olgularda veya cerrahiye reddeden olgularda stereotaktik beden radyoterapisi (SBRT) düşük toksisitesi, invaziv bir tedavi olmaması ve yüksek lokal kontrol oranlarıyla standart tedavi olarak önerilmektedir. Bu olgumuz ile SBRT sonrası akciğer tomografisinde nodüller görünümümler olabildiğini; ancak takiplerde bu nodüllerin dağılabildiğini göstererek bu görünümün her zaman nüks olarak değerlendirilmemesi gerektiğini vurgulamaya çalıştık.

**Olgu:** 77 yaşında kadın hasta 2 yıl önce kolon adenokanser tanısı konmuş, kemoterapi ile tedavi planlanmış. Yapılan takiplerde çekilen PET sonucunda patolojik olarak artmış 18F-FDG tutulumu olan, SUVmax'ı 4.0 olarak ölçülen, sağ orta lob lateralde, yaklaşık 1,5x1 cm boyutlarında solid parankimal nodül izlenmiş. PET sonucu ile hastaya bu nodüle yönelik SBRT yapılmış. İşlem sonrası çekilen kontrol toraks BT'de işlem yapılan nodülün boyutunun 32x30mm olarak belirgin şekilde arttığı, çevresinde buzlu cam dansitesi alanlar içerdiği, kontrast tuttuğu ve ışınal uzantılar gösterdiği izlendi. Bu sonuçlar ile konseyde tartışılan hastanın nodülünün primer lezyon, metastaz ya da SBRT etkisi ile olabileceği düşünülerek 1 ay sonra kontrol BT çekilmesi planlandı. 1 ay sonra çekilen toraks BT'de şüpheli nodülün 25x15mm boyutuna gerileyerek küçüldüğü, çevresindeki buzlu cam dansitesinin dağıldığı ve yoğun kontrast tutulumunun azaldığı izlendi. 3 ay sonra çekilen PET sonucunda nodülde patolojik 18F-FDG tutulumu izlenmedi. Hasta PET sonucu ile konseyde tekrar değerlendirildi, SBRT tedavisi ile lokal kontrol sağlandığı kabul edildi.

Toraks BT



Hastanın sağ akciğer orta lob lateralde SBRT öncesi(a), SBRT sonrası (b) ve kontrolde çekilen (c) toraks BT görüntüleri

**Tartışma-Sonuç:** Bu olgumuzda akciğer nodülüne uygulanan SBRT sonrası nodül boyutunda artış olan hastada metastaz ve primer lezyon oluşum ihtimalini göz önüne alarak hastayı takibe aldık. Çünkü SBRT’de en sık rastlanan başarısızlık uzak metastaz (%10-20) ve bölgesel lenf nodu nüksü (%10-15) olup lokal nüksler %5-10 oranında görülmektedir. Bu olgumuz ile; lokal nüksler her ne kadar azımsanmayacak bir oranda olsa da bu hastaları takip ederken SBRT sonrasında radyolojik olarak SBRT etkisinin yalancı nüks görünümlerinin olabileceğini akılda tutmamız gerektiğine değindik.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer, Nodül, Radyoterapi, Stereotaktik Beden Radyoterapisi

**PS-271**

## **Akciğer Dev Hücreli Malign Fibröz Histiyositom Olgusu**

Utku Tapan<sup>1</sup>, Huriye Gülistan Bozdağ Başkaya<sup>2</sup>, Zekiye Deniz Gökmen<sup>1</sup>, Sabri Serhan Olcay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları

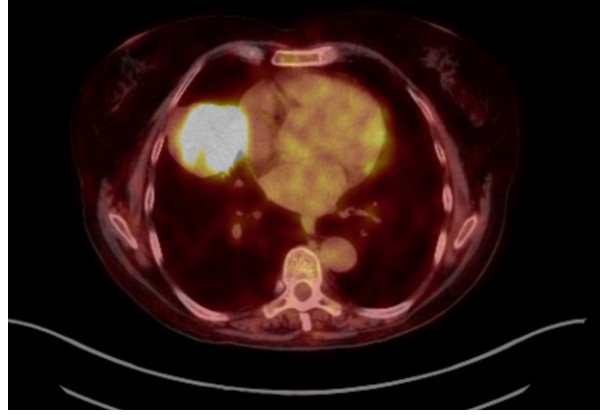
<sup>2</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi

**Giriş-Amaç:** Malign fibröz histiyositom (MFH), yetişkin bireylerde en sık görülen yumuşak doku tümörüdür. Genellikle görüldüğü yerler ekstremitelerin gövde kısmı ve retroperitonun derin kas sistemidir. MFH metastazının en sık görüldüğü bölge (%75) akciğer olmasına rağmen, akciğerden kaynaklanan MFH oldukça nadirdir. Yüksek invazyon, atipik klinik semptomlar ve görüntüleme bulguları ile karakterize olması nedeniyle erken tanı ve tedavi önemlidir. Biz de nadir görülen akciğer dev hücreli malign fibröz histiyositomlu bir olguyu sunmak istedik.

**Olgu:** 62 yaş kadın hasta 2 haftadır olan öksürük ve balgam şikayetleri ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. 15 paket/yıl sigara ve uterus miyomu (opere) öyküsü olan hastanın annesinde de kolon kanseri öyküsü mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde solunum sesleri azalmıştı. Sedimentasyon 64 mm/sa, CRP 45 mg/L, arteriyel kan gazı normal sınırlardaydı. Toraks BT görüntülemesinde sağ akciğer üst lob anteriorunda parakardiyak yaklaşık 5.5x5.4 cm'lik kitle lezyonu mevcuttu. PET-CT'de sağ akciğer üst ve orta lobda parakardiyak alanda yerleşimli 61x55x45 mm ebatlarında perikarda yapışık görünümde, içerisinde ametabolik-nekrotik odak içeren heterojen karakterde çok yoğun FDG tutulumu (SUVmax:18.6) gösteren kitlesel lezyon mevcuttu (RESİM 1). Göğüs cerrahisi tarafından hastaya sağ orta lobektomi yapıldı. Cerrahi sırasında frozen sonucu malign proses ve üst lob adezyonlarına 1 mm mesafede invazyon rapor edilmesi üzerine üst lobektomi de yapılarak cerrahi bilobektomiye tamamlandı. Sağ hiler yerleşimli 2,4 nolu mediastinal lenf nodları disseke edildi. Patoloji sonucu ile hastaya dev hücreli MFH tanısı konuldu. Hastaya 4 kür adjuvan KT (Adriamisin, Sisplatin) verilerek klinik izleme alındı. Hastanın KT sonrası çekilen PET-CT görüntülemesinde sol akciğer üst lob parankiminde 3.3x3.2 cm'lik düzensiz sınırlı heterojen karakterde, artmış FDG (SUVmax:7.7) tutulumu lezyon izlendi. Mevcut radyolojik görünüm enfeksiyon lehine değerlendirildi ve hastadan alınan balgam kültüründe Candida Albicans üredi. Hastaya Flukanazol 4\*100 mg IV 14 gün süreyle tedavisi uygulandı. Flukanazol 2\*400 mg oral tablet ile taburcu edildi. BT eşliğinde transtorasik biyopsi planlanan hastanın Toraks BT'sinde sol akciğerdeki kitlede regresyon izlendi. Hastanın klinik izleminde nüks ya da metastaz saptanmadı.



Resim 1



PET-CT Sag akciğer üst ve orta lobda parakardiyak alanda yerlesimli 61x55x45 mm ebatlarında perikarda yapışık görünümde, içerisinde ametabolik-nekrotik odak içeren heterojen karakterde çok yoğun FDG tutulumu (SUVmax:18.6) gösteren kitlesel lezyon

**Tartışma-Sonuç:** MFH hızlı yayılım gösteren ve yüksek metastaz riski olan bir hastalıktır. Bu nedenle yakın takip ve erken cerrahi uygulaması hastalığın prognozunu önemli ölçüde etkilemektedir. Yoshida ve arkadaşları sağ kalımı arttırmak için ilk operasyonda negatif sınırlarla geniş eksizyonun gerekli olduğunu, hastalığı ilerlemiş hastalar için neoadjuvan KT ve RT'nin faydalı olabileceği bildirmişlerdir. Biz de hastamızda negatif sınırlarda geniş eksizyon ve adjuvan KT ile nüks ve metastazı engellemiş olduk.

**Anahtar Kelimeler:** Malign Fibröz Histiyoitom, Dev Hücreli, Akciğer Malignitesi

**PS-272**

## **Bilateral Konjenital Kistik Adenomatoid Malformasyon**

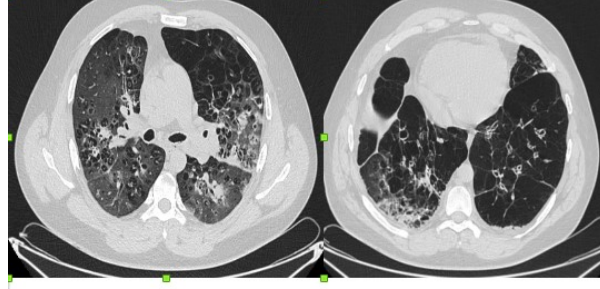
Esra Betül Akkoç Tamer<sup>1</sup>, Hatice Canan Hasanoğlu<sup>1</sup>, Cansu Görkem Yahşi<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

**Giriş-Amaç:** Konjenital kistik adenomatoid malformasyon, embriyolojik dönemde respiratuvar bronşiol yapısının anormal gelişerek hamartomatöz bir yapı almasıyla meydana gelen, nadir bir konjenital anomalidir. Konjenital akciğer malformasyonlarının %25'ini ve konjenital kistik akciğer malformasyonlarının %95'ini oluşturur ve erkeklerde daha siktir. Hastalık çoğu kez tek akciğerde ve tek lobda olup çift taraflı çok nadir görülmektedir. Çift taraflı konjenital kistik adenomatoid malformasyon tanılı olgumuz nadir olması nedeni ile sunuldu.

**Olgu:** Otuz yaşında erkek hasta myalji, dispne, öksürük, göğüs ağrısı ile acil servise başvurdu. Özgeçmişinde 2016 yılında sağ akciğer alt lobektomi öyküsü vardı. Arada salbutamol inhaler kullanıyordu. Adıyaman'da yaşıyordu. Mesleği yıkımcılık idi. Fizik muayenesinde bilinç açık, koopere, oryante, 5 lt/dk rezervuarlı maske ile SpO2 94, bilateral yaygın ronkusal sesler mevcuttu. Laboratuvarında wbc 19.210 (neu %81.2, lym %9.4), pct negatif, crp 159.7, hb 15 oksijen altında alınan kan gazı ph 7.35, pco2 46.3, po2 76.6, hco3 25.2, be -0.8, so2 91.8, lac 1.71 idi. Çekilen Toraks BT'de; bilateral tüm loblarda panlobüler karakterde amfizematöz değişiklikler, hava hapsi alanları izlendi. Bilateral orta alt zonda belirgin tübüler-variköz bronşiektaziler, peribronşial kalınlaşmalar, mukus impaksiyonları bunlara eşlik eden plevraya da uzanan fibroatelektatik bant formasyonları mevcuttu. her iki akciğerde üst zonlarda diffüz buzlu cam opasitesi ve bunlara eşlik eden peribronkovasküler yapılar komşuluğunda yamalı konsolide alanlar vardı. Hasta göğüs hastalıkları YBÜ (2 gün) ve servisinde (7 gün) piperasilin tazobaktam ve levofloksasin tedavisi aldı. Akciğer enfeksiyonu nedeni doğumundan bu yana mükerrer kez hastane yatışları olduğu, 2016'da lobektomi materyali patoloji sonucu konjenital kistik adenomatoid malformasyon tanısı aldığı öğrenildi. Gönderilen alfa1 antitripsin normal aralıkta sonuçlandı.

## TORAKS BT VE PAAG



Ekim 2023 TORAKS BT KESİTLERİ



EYLÜL 2018 PAAG

HAZİRAN 2021 PAAG

**Tartışma-Sonuç:** Kistik adenomatoid malfomasyon tanısı günümüzde prenatal dönemde fetal ultrasonografi ile konulabilmektedir. İnsidansı 1/4000 ile 1/35000 olarak bildirilmiştir. Stocker ve arkadaşlarının, lezyonları klinik ve patolojik açıdan değerlendirerek yaptıkları, multipl veya tek büyük kistik form Tip 1, orta büyüklükte kistik form Tip 2 ve solid form Tip 3 halen en çok tercih edilen sınıflamadır. Kesin tanı için histopatoloji şarttır. Klinik olarak erişkin yaşa ulaşmış olgularda hemoptizi, dispne, tekrarlayan akciğer enfeksiyonları ve spontan pnömotoraks bildirilmiştir. İleri yaşlarda lezyonun maligniteye dönüşüm ve komplikasyonlara yol açma riski nedeniyle tedavi için cerrahi rezeksiyon önerilmektedir. Tedavisi tüm yaş gruplarında aynı olup, etkilenen kısmın cerrahi olarak çıkarılması, tercihen lobektomi yapılmasıdır. Hastamız lobektomi olmuş ama hastalık bulguları ilerleyerek devam etmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Konjenital, Malfomasyon, Kistik Adenomatoid

**PS-273**

## **Mikst Germ Hücreli Dev Mediastinal Kitlenin Total Eksizyonu**

Merve Bıyıklı<sup>1</sup>, Muhammed Kalkan<sup>1</sup>, Oğuz Girgin<sup>1</sup>, Hakkı Ulutaş<sup>2</sup>

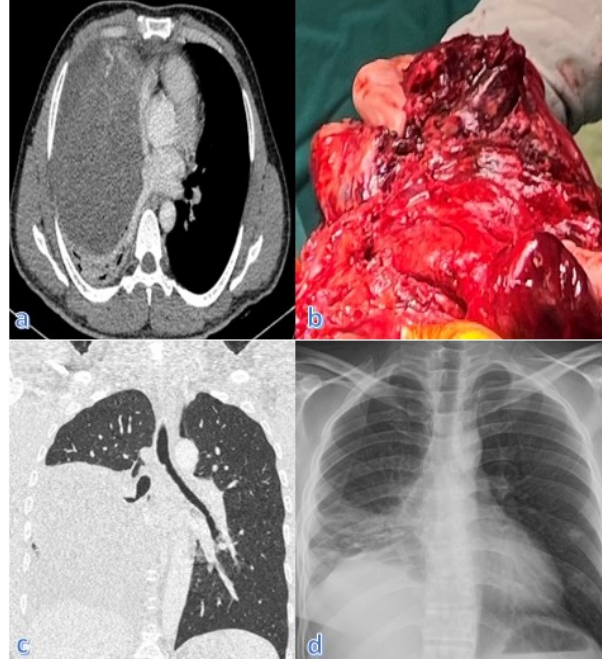
<sup>1</sup>İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>İzmir Ekonomi Üniversitesi Medical Point Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Germ hücreli tümörler primordiyal germ hücrelerinden köken alan benign ve malign karakterde olabilen tümörlerdir. Testis ya da over kaynaklı primer tümör olmaksızın ortaya çıkan germ hücreli tümörler ekstraponadal germ hücreli tümörler olarak adlandırılırlar. Ekstraponadal en sık mediastene yerleşim gösterirler. Çoğunlukla ön mediastende yerleşmelerde orta ve arka mediastende de görülebilirler. Bu çalışmada İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahi kliniğinde dev boyutlara ulaşan mediastinal kitlenin total eksizyonunu paylaştık.

**Olgu:** Nefes darlığı şikayeti ile tarafımıza başvuran 37 yaşında öz ve soygeçmişinde özellik olmayan erkek hastanın fizik muayenesinde sağ hemitoraks orta ve alt zonlarda solunum sesleri azalmıştı. Çekilen toraks BT de; sağ akciğer orta ve alt lobda en geniş yerde 17x12 cm boyuta ulaşan, bronşları oblitere eden, mediastene invaze heterojen dansitede kitle izlendi. Hastaya tru-cut önerildi. Tümör markerleri (AFP, B-HCG) çalışıldı ve pet-ct çekildi. Tru-cut biyopsi histopatolojisi Kavernöz Hemanjiyom olarak raporlandı. AFP: 234, BHCG: 83344 saptanan hastaya sağ torakotomi ile orta lobektomi ve kitle total eksizyonu yapıldı. Yaklaşık 20 cm çapında 2,5 kilogram tümör total olarak eksize edildi. Histopatolojisi; Mikst Germ Hücreli Tümör Tümör; Yolk Sak Tümör (%70), Teratom (%20) ve Koryokarsinom (%10) komponentleri içermektedir olarak raporlanan postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 7. günde şifa ile taburcu edildi.

Total Eksizyon Yapılan Mikst Germ Hücreli Mediastinal Kitlenin Preoperatif, İntraoperatif Ve Postoperatif Görüntüleri



Resim a: Hastanın preoperatif aksiyal kesitte tomografik toraks görüntüsü Resim b: İnteroperatif kitlenin görüntüsü Resim c: Hastanın preoperatif koronal kesitte tomografik toraks görüntüsü Resim d: Hastanın postoperatif pa akciğer görüntüsü

**Tartışma-Sonuç:** Mediasten yerleşimli kitlelerde mutlaka germ hücreli tümörler düşünölmelidir. Tümör belirteçleri olan AFP, B-HCG ön mediastende kitlesi olan tüm hastalarda dikkate alınmalıdır. Multimodal yaklaşım ile tedavisinin mümkün olduğu ve cerrahi tam eksizyonun sağ kalımda en önemli faktör olduğu unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Germ Hücreli Tümör, Mediastinal Kitle

## Soliter Pulmoner Nodülden Gelişen Nadir Görülen Malignite Vakaları

Fatma Ezgi Altun Acar<sup>1</sup>, Beyza Yılmaz<sup>1</sup>, Çağan Asparuk<sup>1</sup>, Aslıhan Aras<sup>1</sup>, Ayşegül Erinç<sup>1</sup>, Naciye Mutlu<sup>1</sup>, Hüseyin Cem Tigin<sup>1</sup>, Muzaffer Metin<sup>1</sup>, Murat Kıyık<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Soliter pulmoner nodül (SPN), radyolojik olarak çapı 3 cm'den küçük, parankimal akciğer lezyonu olarak tanımlanmaktadır. Görüntüleme yöntemleri, transtorasik iğne biyopsisi ve bronkoskopik işlemler SPN için tanısal yaklaşımlar arasında sayılabilir. Gerekğinde hem tanısal hem tedavi amaçlı cerrahi yöntemlere başvurulabilir. Biz de bu sunumumuzda, SPN'si olup ön planda malignite düşünülerek cerrahi girişim yapılan hastalarımızı ve aldıkları tanıları sizlere sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Olgu-1: Hipertansiyon, aritmi tanılı ve 10paket/yıl sigara öyküsü olan 65 yaşında, erkek hasta öksürük nedeniyle başvurdu. Adıyaman doğumlu hastanın asbest maruziyeti bulunmaktaydı. Posteroanterior akciğer grafisi (PAAG)'nde eski filmlerinde de görülen asbest plakları vardı. Toraks-BT'de, yeni gelişen, sol akciğer apekte supplevral 18mm çaplı subsolid nodül görüldü. PET-CT'de sol akciğer apikal bölgede 20x16mm boyutlu nodüler lezyon (SUVmax:5.5) görüntüledi. Cerrahi konseyde değerlendirilerek sol akciğer üst lob wedge rezeksiyon yapılan hasta in-situ/minimal invaziv adenokarsinom tanısı aldı.

Olgu-2: Ek hastalık öyküsü olmayan, 2paket/yıl sigara öyküsü olan 25 yaşında kadın hasta hemoptizi nedeniyle başvurdu. Toraks-BT'de sağ alt lob bazal segmentte 2cm çapında SPN izlendi. Bronkoskopide sağ alt lob posterobazal segmentte düzgün sınırlı, düzgün yüzeyle, kanamaya meyilli endobronşiyal lezyon görüldü. Bronş biyopsisi ve lavajı yapıp patoloji sonucu karsinoid tümör gelen hastamıza GALYUM 68 PET-CT çekildi. SUVmax:76,3 olan, sağ akciğer alt lob bronşları düzeyinde yaklaşık 12\*7mm boyutunda yumuşak doku lezyonunda yoğun GA-68 DOTATATE tutulumu mevcuttu. Cerrahi konseyde değerlendirilip sağ alt lob segmentektomi kararı alınan hastanın patoloji sonucu da tipik karsinoid tümör (Mitoz:Gorulmedi, Nekroz:(+)) olarak sonuçlandı.

Olgu-3: Hipertansiyon ve 2 yıl önce renal hücreli karsinom (RCC) nedeniyle sol parsiyel nefrektomi öyküsü olan 58 yaşında kadın hasta, dış merkezde rutin kontrolleri sırasında eski toraks-BT'lerde olmayan, sağ alt lob superiorda buzlu cam dansitesinin eşlik ettiği pulmoner nodül görülmesi üzerine tarafımıza yönlendirildi. PET-CT ile değerlendirildiğinde, tariflenen lezyondaki minimal hipemetabolik tutulum (SUVmax:2,7) öncelikle enfektif olarak değerlendirildi. Antibiyotik tedavisi sonrası ikinci aydaki kontrol toraks-BT'de regresyon görülmemesi üzerine cerrahi konseyde değerlendirilen ve sağ alt lobektomi uygulanan hastamızın patoloji sonucu MALT-Lenfoma olarak sonuçlandı. Hematoloji bölümüne yönlendirilen hastamızın takip ve tedavisi hematoloji bölümünce sürdürülmektedir.

## Olgulara ait radyolojik görüntüler



1: Olgu-1'e ait PET-CT görüntüsü. 2: Olgu-2'ye ait toraks-BT görüntüsü. 3: Olgu-3'e ait toraks-BT görüntüsü.

**Tartışma-Sonuç:** SPN'de tanısal yaklaşım konusunda çeşitli algoritmalar ve yöntemler önerilmektedir. İyi bir klinik ve radyolojik değerlendirme, benign/malign nodül ayırımında önceliklidir. Malign SPN nedenleri arasında primer akciğer kanseri, karsinoid tümör, akciğer metastazları sayılabileceği gibi, altta yatan başka patolojiler olabileceği de akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Soliter Pulmoner Nodül, Akciğer Kanseri, Karsinoid Tümör, Lenfoma

**PS-276**

## **Radyolojik Olarak İnterstisyel Akciğer Hastalığı ile Uyumlu Adenokanser Olguları**

Ayşe Çırak<sup>1</sup>, Hikmet Çoban<sup>1</sup>, Mustafa Çolak<sup>1</sup>, Merve Yumruksuz Şenel<sup>1</sup>, Fuat Erel<sup>1</sup>, Nurhan Sarioğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Akciğer kanserinin tanısal yönetimi radyolojik ve klinik bulgularla başlar. Maligniteler ve enfeksiyonlar dışında ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar; bağ dokusu hastalıkları, vaskülitler, interstisyel akciğer hastalıkları, mesleki akciğer hastalıkları ve sarkoidozdur. Bu hastalıklar radyolojik olarak akciğer kanserine benzer görünüm verebilir. Aynı zamanda bu hastalıklarda, akciğer kanseri görülme sıklığı topluma göre artmıştır. Olguların yaş, meslek hikayesi, sistemik belirti ve bulguları ve laboratuvar testleri ayırıcı tanıda faydalıdır. Adenokarsinom küçük hücreli dışı akciğer kanserinin en sık görülen alt tipidir. Adenokarsinomun da alt grupları içerisinde atipik radyolojik ve klinik pattern görülebilir. Bizde burada interstisyel akciğer hastalığı gibi görünen ancak sonuçta adenokarsinom tanısı almış vakaları sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Olgu 1: 76 yaşında erkek hasta, 2 yıldır nefes darlığı ve balgam şikayeti mevcut. Son 5 aydır nefes darlığı artışı, halsizlik, kilo kaybı şikayetleri ile dış merkeze başvuruyor. Dış merkezde hastanın antibiyotik tedavisine rağmen klinik ve radyolojik yanıt alınmadığı için tanısal amaçlı bronkoskopi yapılıyor, transbronşial akciğer parankim biyopsisi patolojisi nondiagnostik olarak değerlendiriliyor. Hasta konseyde interstisyel akciğer hastalığı olarak değerlendirilmiş ve 1 ay oral steroid tedavisi verilmiş. Hastanın izleminde semptomlarında gerileme olmaması, nefes darlığında artma nedeniyle tarafımıza başvurusunda servis takibine alındı. Hastanın başvurusunda laboratuvar değerleri; Lökosit:  $11.2 \times 10^3/uL$ , C-Reaktif Protein:  $< 3mg/l$ , Sedimentasyon :23 mm/sa. Karaciğer Fonksiyon Testleri ve Böbrek Fonksiyon Testleri normal aralıkta gözlendi. Pnömoni ön tanısı ile antibiyoterapisi düzenlendi. İzleminde klinik yanıt alınmaması nedeniyle hastaya tanısal amaçlı bronkoskopi planlandı. Fiberoptik bronkoskopisinde endobronşial lezyon izlenmedi. Transbronşial biyopsi ile sağ alt lob ve sağ orta lobdan örnekleme yapıldı. Patolojik tanısı akciğer adenokanser olarak sonuçlandı.

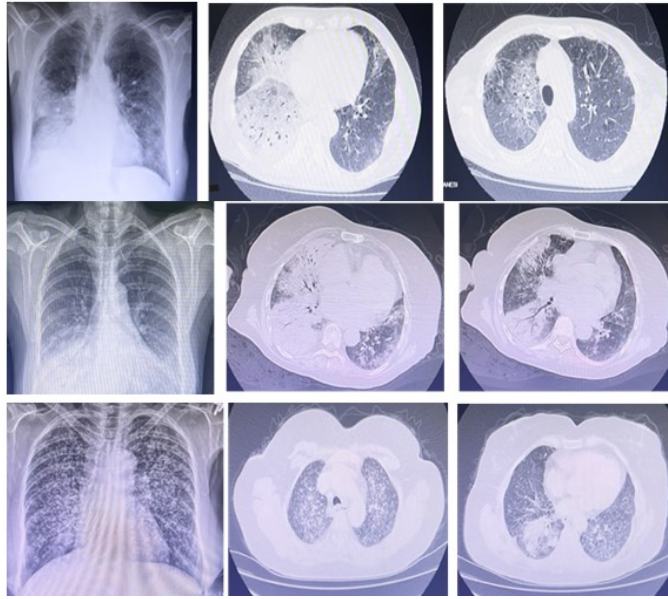
Olgu 2: 66 yaş kadın hasta 3 yıldır olan nefes darlığı, ara ara olan öksürük ve balgam şikayetleri ile dış merkeze başvurusunda çekilen tomografide sağ akciğer alt lobda konsolide alan izleniyor. Hastaya klinik ve radyolojik açıdan interstisyel akciğer hastalığı ile uyumlu olarak değerlendirilmesi ile steroid tedavisi başlanmış. Takiplerinde klinik ve radyolojik yanıt alınmaması nedeniyle hastaya bronkoskopi planlanmış. Patolojik değerlendirmede tanısal bulgu saptanmamış. Hasta şikayetlerinde gerileme olmaması nedeniyle tarafımıza başvurdu ve servis takibine alındı. Geliş Laboratuvar değerleri; Lökosit:  $7.7 \times 10^3/uL$ , C-Reaktif Protein: 5.35 mg/l, Sedimentasyon: 26 mm/sa. KCFT ve BFT normal değer aralığında izlendi. Hastaya tanısal amaçlı bronkoskopi planlandı. Fiberoptik bronkoskopide endobronşial lezyon izlenmedi. Fiberoptik



bronkoskopisinde sağ akciğer alt lobdan tranşbronşial akciğer biyopsisi uygulandı. Patoloji sonucu akciğer adenokanseri olarak raporlandı.

**Olgu 3:** 66 yaş kadın hasta bilinen ek hastalığı yok, sigara öyküsü yok, evde hayvan besleme öyküsü yok, mesleği ev hanımı. Öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile polikliniğe başvurdu, dış merkezde antibiyoterapi ve steroid tedavisi başlanmış fayda görmemiş. Geliş laboratuvar değerleri; Lökosit:  $10.9 \times 10^3$  /uL, C-Reaktif Protein: 7.21 mg/l, Sedimentasyon: 59 mm/sa .KCFT ve BFT normal değer aralığında izlenmiş. Hastaya bronkoskopi planlandı. Fiberoptik bronkoskopide hastanın endobronşial lezyon izlenmemiş olup transbronşial akciğer biyopsisi yapıldı. Patolojik tanı adenokanser olarak raporlandı.

#### Olguların radyolojik görüntüleri (1-2-3)



**Tartışma-Sonuç:** Akciğer kanseri radyolojik olarak en sık soliter veya multiple nodüller şeklinde karşımıza çıkar. Bizim vakalarımızda da olduğu gibi nadiren buzlu cam dansitesi ve multiple nodüller şeklinde de izlenebilir. Radyolojik olarak multiple kistik görünüm ve buzlu cam dansitelerinin izlenmesi ilk olarak enfeksiyöz nedenler ve interstiyel akciğer hastalıkları akla getirmekle beraber bu vakalarda olduğu gibi maligniteler de mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekir. Adenokanser atipik radyolojik ve klinik bulgu ile karşımıza çıkabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer Adenokanser, İnterstisyel Akciğer Hastalığı, Konsolidasyon

## Poster Bildiri Oturumu 15: Torasik Onkoloji

PS-280

### Akciğer Kanserinde Evrelemenin Önemi ve Tedaviye Etkisini Gösteren Bir Vaka; T1a Umduk, T3b mi Bulduk?

İrem Aras<sup>1</sup>, Deniz Doğan Mülazimoğlu<sup>1</sup>, Elif Berna Köksoy<sup>2</sup>, Bülent Mustafa Yenigün<sup>3</sup>, Serhat Erol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

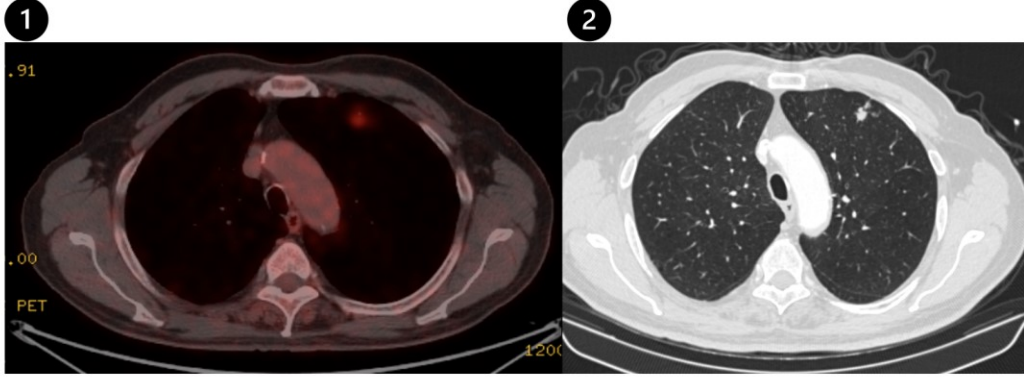
<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

**Giriş-Amaç:** Dünyada kanser sebepli ölümlerin en sık nedeni akciğer kanseridir. Mortalitenin belirleyicisi çoğunlukla hücre tipi ve kanserin evresidir. Pozitron emisyon tomografisi (PET) ile belirlenen odaklardan biyopsi alındıktan sonra tedavi yöntemine ilişkin karar alınsa da cerrahi sonrası patoloji evrelemede altın standarttır.

**Olgu:** Bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tanısı ve 40 p-y sigara öyküsü olan 68 yaşında erkek hasta, takipte Ocak 2019'da tarama amaçlı çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (TBT) sol akciğer üst lob anterior segmentte düzensiz sınırdaki 6 mm nodül izlendi ve enfektif/malign süreçlerin ayırımı açısından hastaya 1 ay sonra tomografi kontrolü planlandı ama araya giren COVID-19 salgını sebebiyle hasta takibimizden çıktı. 2023 Eylül ayında tekrar kontrole gelen hastaya TBT çekildi ve sol akciğer üst lob anterior segmentte Ocak 2019 tarihli incelemeye göre belirgin boyut artışı gösteren lobüle sınırlı parankimal nodül (17\*9mm) ve eşlik eden milimetrik satellit nodüller görüldü ve bu lezyonların tüberküloz ya da malign süreçlere ait olabileceği düşünülen hastaya PET-BT çekildi. Sol akciğer üst lob anteriorda yerleşimli nodüller lezyonda ve aortikopulmoner lenf nodlarında bölgesel metabolizma artışları (SUV<sub>max</sub>:4.4) görülen hastaya Ekim 2023'te endobronşial ultrasonografi eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı, mediastinel ve hiler lenf nodlarından yapılan ince iğne aspirasyon biyopsi yaymaları ve hücre bloğu örnekleme sonucunda patoloji sonucu malignite yönünden negatif olarak sonuçlandı. Ayrıca adenokanser ve tüberküloz kültürü negatif olarak sonuçlandı. Böylece hasta T1aN0M0 olarak evrelendi ve cerrahi tedaviye karar verildi. Kasım 2023'te Göğüs Cerrahisi tarafından yapılan sol üst lobektominin patoloji sonucu 'Adenokanser, tümör büyüğü 13mm, küçüğü 3mm uzun çaplı iki odakta görülmüştür, perinöral, visseral invazyon ya da lenf nodu yayılımı izlenmemiştir.' şeklinde raporlandı. Böylece hastanın evrelemesinin T1a mı T3b mi olduğu sorusu gündeme geldi. Tıbbi Onkoloji, Radyoloji, Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi'nin ortak değerlendirmelerinde birbirlerine çok yakın izlenen bu odaklar tek bir tümoral yapının bilobe görüntüsü olarak değerlendirildi ve ek bir risk faktörü de olmayan hastaya adjuvan tedavi planlanmadı. Hasta yakın klinik ve radyolojik takibe alındı.

## Kitlenin TBT ve PET BT'deki görüntüleri



- 1: kitlenin PET BT' deki görüntüsü
- 2: kitlenin Toraks BT' deki görüntüsü

**Tartışma-Sonuç:** Akciğer kanserinde tedaviye evre baz alınarak karar verilir. Evre 1'de cerrahi rezeksiyon ile hastalığın kür olması sağlanabilirken evre 2 ve üzerinde adjuvan kemoterapi, immünoterapi gibi ek tedavi yöntemleri gündeme gelmektedir. Dolayısıyla malignitenin evrelemesinde ve tedavi planının çizilmesinde Göğüs Hastalıkları, Göğüs Cerrahisi, Onkoloji ve Radyoloji klinisyenlerinin, hastanın bireysel özelliklerinin ışığında multidisipliner yaklaşımla çalışması gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer Kanseri, Akciğer Kanserinde Evreleme, Endobronşial Ultrasonografi, Adenokanser, T1a

**PS-281**

## **Çölyak Hastasında İnterstitiyel Akciğer Hastalığını Taklit Eden Lepidik Adenokarsinom**

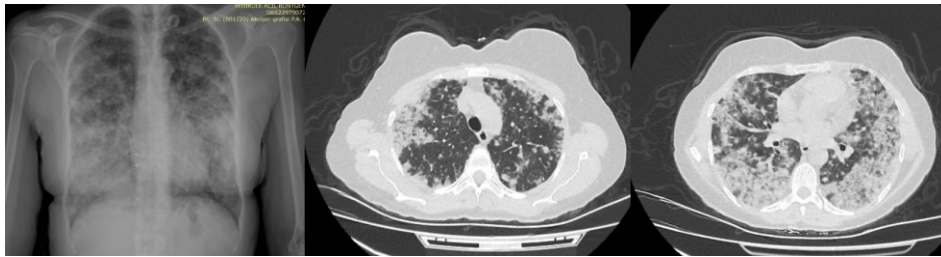
Gülçehre Oğuztürk<sup>1</sup>, Deniz Çağın İşler<sup>1</sup>, Ekrem Cengiz Seyhan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SBÜ Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları AD

**Giriş-Amaç:** Bronkoalveolar karsinom yaygın pulmoner infiltrasyonlara neden olarak radyolojik olarak interstitiyel akciğer hastalığını ya da enfeksiyöz patolojileri taklit edebilir. Antibiyotik ve steroid tedavisiyle gerileme olmadığında akla lepidik yayımlı adenokarsinom gelebilir. Burada interstitiyel akciğer hastalığını taklit eden bir lepidik adenokarsinom vakası anlatılmıştır.

**Olgu:** 45 yaşında bilinen çölyak hastalığı olan (glutensiz diyet uygulayan) kadın hasta 1 yıldır devam eden fakat son 1 ayda şiddetlenen nefes darlığı ve öksürük şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Oda havası parmak ucu satürasyon değeri %92; nabızı 75 atım/dk, tansiyon 110/70 mmHg idi. Fizik muayenesinde her iki akciğerde inspiyum sonu ince raller mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral perihiler opasite artışları (yarasa kanadı görüntüsü) izlendi. Laboratuvar tetkiklerinde sadece laktat dehidrojenaz (LDH) 237 U/L ve lenfosit 420 U/L olarak normal dışı idi. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) akciğer parankimini diffüz olarak etkileyen ve alt lob bazal segmentleri neredeyse tamamen tutan yaygın buzlu cam alanları görüldü. Vaskülit belirteçleri normal sınırlarda geldi. Yapılan bronkoalveolar lavaj (BAL) işlemi sonucu; alveolar makrofajlar %75 lenfositler %15 polimorf nüveli lenfositler %10 oranlarında raporlandı. Nonsepsifik lavaj, mantar ve mikobakteri kültürlerinde bir üreme saptanmadı. . Pozitron emisyon tomografisi (PET-CT) sonucu “Her iki akciğerde retikülonodüler tarzda yer yer bazal kesitlerde birbiri ile birleşme eğiliminde ve konsolide görünümde minimal FDG tutulumu saptanan yaygın infiltrasyon alanları görülmüş olup enfeksiyöz/enflamatuvar süreçler lehine değerlendirilmiştir.” olarak raporlandı. Hastaya rijid bronkoskopi altında sağ alt lob lateral posterior segmentten kriyo transbronşiyal biyopsi (TBB) yapıldı; patoloji sonucu lepidik adenokarsinom olarak raporlandı. Hasta tedavisi için onkolojiye yönlendirildi, kemoterapi başlandı.

Resim 1



Akciğer parankimini diffüz olarak etkileyen, alt lob bazal segmentleri neredeyse tamamen tutan, yaygın konsolidasyon alanları

**Tartışma-Sonuç:** Çölyak hastalarında az sayıda da olsa yaygın pulmoner nodüller, interstisiyel fibrozis ve alveolit şeklinde gösterilmiştir ancak doğrudan bir bağlantı bulunamamıştır, malignite riskinin ise normal popülasyona göre arttığı gösterilmiştir. Bronkoalveolar karsinom radyolojik olarak soliter periferik nodül (SPN), multifokal hastalık veya hızlı yayılabilen pnömonik form olarak ortaya çıkabilen bir adenokarsinom alt tipidir. Genellikle lepidik büyüme paterni olarak adlandırılan alveolar septa boyunca intakt şekilde vasküler bir tutulum olmadan yayılır. Asemptomatik olabileceği gibi öksürük ve nefes darlığı gibi semptomlar da gösterebilir. Tedavide hastalık evresine göre cerrahi ya da kemoterapi uygulanır. Hastamızda da görüldüğü üzere bronkoalveolar adenokarsinom, interstisyel akciğer hastalığı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda yer almalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Lepidik Adenokarsinom, İnterstisiyel Akciğer Hastalığı, Çölyak Hastalığı, Bronkoalveolar Karsinom

## Pulmoner Tromboemboli Kliniğiyle Başvuran Kardiyak Fibroma: Nadir Bir Olgu

Esra Kada<sup>1</sup>, Hadice Seimoğlu Şen<sup>1</sup>, Veysi TEKİN<sup>1</sup>, Mehmet Karaçalılar<sup>2</sup>, Nurhayat İnci<sup>2</sup>

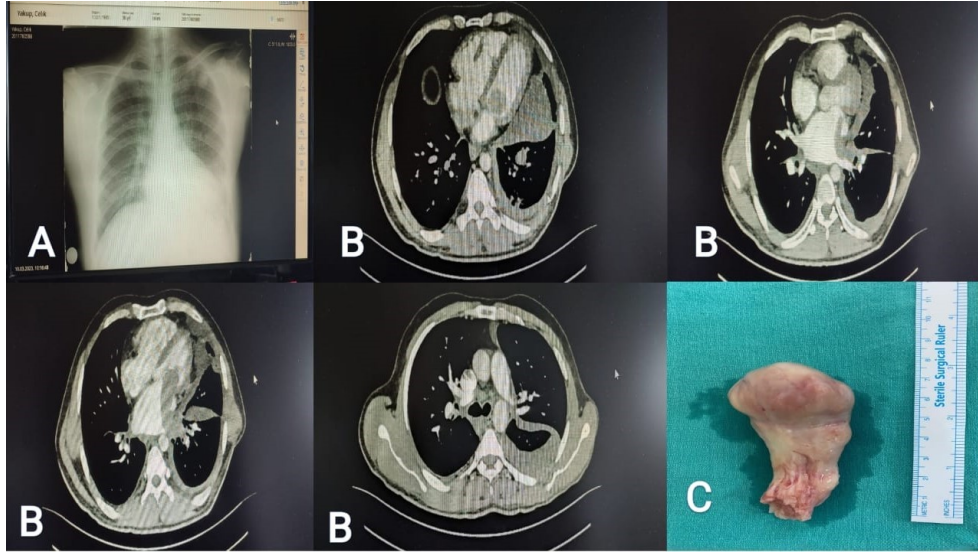
<sup>1</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

<sup>2</sup>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi AD, Diyarbakır

**Giriş-Amaç:** Pulmoner tromboembolizm (PE), akut ölüme neden olan kardiyovasküler hastalıklar içinde koroner arter hastalığı ve inmeden sonra üçüncü sırada yer alır. Pulmoner tromboembolide tanıya giden yol, klinik kuşku ile başlar. Bunun için başlangıçtaki semptom ve bulguların yanında risk faktörlerinin varlığı dikkate alınmalıdır. Özellikle ani gelişen nefes darlığı, göğüs ağrısı ve taşikardi ile başvuran ve bu durumu başka bir hastalık ile açıklanamayan hastalarda PE'den kuşulanılmalıdır. Klinik tablo nonspesifiktir ve asemptomatik bir tabloda, senkop ve ani ölüme kadar uzanan geniş bir yelpaze içinde yer alabilir. PE'nin ayırıcı tanısında pnömoni, pnömotoraks gibi akciğer patolojilerinin yanısıra, miyokard infarktüsü, kardiyomyopati, perikardit, aort diseksiyonu gibi kardiyak patolojiler de mevcuttur. Kardiyak fibroma, son yarım yüzyılda yalnızca birkaç yüz vakanın bildirildiği, nadir görülen, bağ dokusu ve fibroblastlardan oluşan iyi huylu bir primer tümördür. Tümör ağırlıklı olarak pediatrik popülasyonda bulunur ve yetişkin popülasyonda oldukça nadirdir. Büyük ölçüde tümörün boyutuna ve konumuna bağlı olarak hastalar, uzun süre asemptomatik kalabileceği gibi, öksürük, dispne, aritmiler, kalp yetmezliği bulguları veya ani ölüm ile ortaya çıkabilir.

**Olgu:** 38 yaşında erkek hasta bir haftadır başlayan ve giderek artan nefes darlığı şikayeti ile dış merkeze başvurmuştu. Evde senkop da geçiren hasta PE ön tanısı ile acil servisimize sevk edilmişti. Hasta 7 yıl önce sol deltoid kasında monofazik sinovial sarkom tanısı sonrası opere olmuştu ve remisyonda olgu olarak onkoloji kliniğinde takipli idi. Fizik muayenede oskültasyonda sol alt alanda solunum seslerinde azalma mevcuttu. Oda havasında oksijen saturasyonu %95, Nabız :137/dakika idi. Akciğer grafisinde sol kostofrenik sinüs kapalı idi (Resim 1A). Wells klinik skorlamasında yüksek olasılıklı PE olarak değerlendirildi. Laboratuvarında; D-Dimer: 8000 µg/L (n: 0-500) olarak yüksek ölçüldü. PE ön tanısı ile bilgisayarlı tomografi pulmoner anjiyografi (BTPA) ile görüntüleme yapıldı. BTPA; pulmoner arterlerde dolun defekti saptanmadı. Sol inferior pulmoner ven içerisinden sol atriuma ve sol ventrikül içerisine uzanım gösteren distalde daha heterojen iç yapıda atrium ve ventrikül içerisine ve sol akciğer alt lobda kitlesel görünüme neden olmuş tümör trombusu lehine dolun defektleri izlendi (Resim 1B). Sol akciğer apekte 2.5 cm çaplı ve sol akciğer alt lob laterobazal segmentte kalsifik birleşenleri bulunan 34x25 mm boyutlu kitle lezyonu izlendi (metastaz ?) şeklinde raporlandı. Transtorasik ekokardiografide; sol atrium normalden geniş, mitral kapak üzerinden ileri darlığa yol açan 3\*3.9 cm'lik kitle izlendi. Hasta miksoma ön tanısıyla kardiyovasküler cerrahi tarafından operasyona alındı. Sol atriumdan sol ventriküle uzanım gösteren kitle eksize edildi (Resim 1C). Kitle patoloji raporu; kardiyak fibrom olarak sonuçlandı. Sol akciğer alt lobdaki kitleden biyopsi yapıldı, biyopsi sonucu; sinoviyal sarkom metastazı ile uyumlu olarak sonuçlandı.

Resim 1



Akciğer grafisi (A), Bilgisayarlı tomografi (B) görüntüleri ve kardiyak cerrahi rezeksiyon materyali (C)

**Tartışma-Sonuç:** Senkop, PE'nin nadir görülen ama önemli bir bulgusudur ve senkoplu olgularda hemodinamik instabilite ve sağ ventrikül disfonksiyonu prevalansı yüksektir. Nefes darlığı, göğüs ağrısı, senkop şikayetleriyle başvuran olgularda, ayırıcı tanıda hem pulmoner hem kardiyak nedenler düşünülmelidir. Solunumsal semptomları olan olgularda toraks bilgisayarlı tomografisinde, toraks boşluğundaki tüm konfigürasyonların dikkatle değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Semptomatik olan kalp tümörleri cerrahi rezeksiyonla tedavi edilir. Cerrahi rezeksiyonun mümkün olmadığı durumlarda kalp nakli gerekir.

**Anahtar Kelimeler:** Kardiyak Fibrom, Pulmoner Emboli, Senkop

**PS-283**

## **Akciğer Kanserli Üç Hastada Nivolumab Tedavisine Bağlı Pulmoner Toksikite: Olgu Serisi**

Nilüfer Doruk<sup>1</sup>, Gözde Mit<sup>1</sup>, Mursel İsgandarov<sup>1</sup>, Aslıhan Gürün Kaya<sup>1</sup>, Aydın Çiledağ<sup>1</sup>, Akın Kaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

**Giriş-Amaç:** Nivolumab gibi immün checkpoint inhibitörleri kanser tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Melanom, üroepitelyal kanser ve çeşitli solid tümörlerde olduğu gibi akciğer kanserlerinde de kullanılmaktadır. Bu ilaçlar tümöre karşı immün yanıtı artırırken pnömonit gibi yan etkilere de neden olabilmektedir. İlaçla ilişkili pnömonit görülme sıklığı düşük olmakla birlikte, immünoterapinin gecikmesi, kesilmesi veya ciddi olgularda mortalite gibi önemli sorunlara yol açabilmektedir. Bu olgu serisinde kliniğimizde takip edilen nivolumaba bağlı pulmoner toksisite (pnömonit) gelişen üç hasta sunulmaktadır.

**Olgu:** Birinci olgu; 74 yaşında erkek hasta 4 yıl önce akciğer adenokanser tanısı konularak kemoterapi (KT) ve radyoterapi (RT) uygulanmış. Takipte, progresyon nedeni ile 16 kür nivolumab uygulanmış. İkinci olgu; 59 yaşında erkek hasta 1 yıl önce skuamöz hücreli akciğer kanseri tanısı konulmuş. 6 kür KT'ye karşın progresyon görülmesi nedeni ile 10 kür nivolumab uygulanmış. Üçüncü olgu; 68 yaşında erkek hasta, 2 yıl önce akciğer adenokanser tanısı konulmuş ve KT ve RT uygulanmış, takip sürecinde gelişen lezyonlar nedeni ile 3 kür nivolumab verilmiş. Olgulara uygulanan son nivolumab dozundan sırasıyla 2 hafta, 1 ay ve 3 hafta sonra yeni gelişimli nefes darlığı ve öksürük şikayetleri başlamış. Akciğer grafilerinde yeni gelişimli opasite alanları ve toraks bilgisayarlı tomografilerinde (BT) buzlu cam, konsolidasyon alanları izlenen hastalarda, CRP değerleri yüksek ve lökosit seviyeleri normal olarak saptandı. Ayrıntılı mikrobiyolojik incelemede 3 olguda da herhangi bir etken saptanmadı. Hastalara destek tedavilerine ek olarak geniş spektrumlu antimikrobiyal tedavi uygulandı. Ancak takipte klinik ve radyolojik progresyon saptanması üzerine pnömonitis düşünülerek kortikosteroid tedavisi başlandı. Steroid tedavisi sonrasında klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak iyileşme izlenen hastalar takibe alındı.





Birinci olgudaki hastanın başvurusundaki ve kortikosteroid tedavisinden sonra çekilen akciğer grafileri

**Tartışma-Sonuç:** Nivolumab ve diğer immün checkpoint inhibitörleri kullanılan, radyolojik olarak yeni gelişimli infiltrasyon saptanan, antimikrobiyal tedaviler ile yanıt alınamayan ve uyumlu radyolojik bulgular izlenen hastalarda, ilaca bağlı pulmoner toksisite akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Nivolumab, Pulmoner Toksisite, Pnömonit, İlaça Bağlı Akciğer Hastalığı

**PS-284**

## **Sklerozan Pnömositoma ve Karsinoid Tümörden Oluşan Miks Tümör: Nadir Bir Olgu**

İslam Aktürk<sup>1</sup>, Saliha Yılmaz<sup>1</sup>, Şebnem Dursun<sup>1</sup>, Seher Yüksel<sup>2</sup>, Bülent M. Yenigün<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı

**Giriş-Amaç:** Sklerozan pnömositoma (SP), solunum epitelinden köken alan benign akciğer tümörüdür. SP tüm akciğer tümörlerinin yaklaşık % 0.2 ila %1'ini oluşturan nadir bir tümördür. Karsinoid tümör, bronş epitelinden köken alan akciğerin primer nöroendokrin tümörlerinden birisidir. Tüm akciğer karsinomlarının %1-2 sini oluşturur ve erken yaşlarda görülür.İki tümör dokusunun aynı lezyonda izlenmesine sık olmasa da literatürde rastlanırken SP ve tipik karsinoid (TK) tümörün aynı lezyonda izlenmesi son derece nadir olup bu çalışmada bir örneğinin sunulması amaçlanmıştır.

**Olgu:** Şubat 2023 tarihinde enfektif semptomlar nedeni ile tetkik edilen 73 yaş kadın hastanın çekilen akciğer grafisinde (şekil 1) sağ akciğer üst zonda düzgün sınırlı lezyon saptanmış olup çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (TH BT) sağ akciğer üst lob anterior segment medialinde 15 mm ve aynı segmentte subplevral alanda 10 mm çapında lezyonlar saptanmıştır. (şekil 2) Takiben çekilen 18- Florodeoksiglukoz PET-BT'de anterior segment medialindeki lezyonda 5, sağ hiler lenf nodunda 3,9 tutulum saptanmış olup subplevral lezyonda tutulum saptanmamıştır. (şekil 3) Hastaya subkarinal lenf nodundan transbronşiyal ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılmış olup malignite lehine negatif raporlanmıştır. Tarafımıza başvuran hastaya Kasım 2023 tarihinde çekilen TH BT'de lezyonlar benzer izlendi. Hasta multidisipliner konseyde değerlendirildi ve cerrahi kararı alındı. Hastaya sağ mini torakotomi ile girişim uygulandı. Subplevral lezyona enükleasyon uygulandı, medial lezyondan biyopsi alındı. Frozen patoloji nöroendokrin tümör olarak raporlanması üzerine hastaya sağ üst lobektomi uygulandı ve mediastinal lenf nodları eksize edildi. Nihali patoloji sonucu subplevral lezyon hamartom lehine raporlanırken medial yerleşimli lezyon %20-25 oranında TK ve %75-80 oranında sklerozan pnömositoma olarak raporlandı. Postoperatif adjuvan tedavi almayan hasta postoperatif 2. ayında takip edilmekte.

Şekil 1



Lezyonun akciğer grafisinde, TH BT'de ve PET-BT'deki görüntüsü (PET BT'de sadece lezyonun inferiorunda FDG tutulumu mevcuttur.)

**Tartışma-Sonuç:** Tipik bir SP papiller, sklerotik, solid ve hemorajik olmak üzere 4 farklı yapıda olabilir. Çoklu bileşimi nedeni ile preoperatif örneklemelerde ve ya intraoperatif prozen patoloji kesitlerinde yanlış teşhis edilebilmekte, diğer tümörler ile bileştiğinde ise tanı daha da karmaşık hale gelmektedir. Geçmiş yıllarda benign bir tümör olarak düşünülen SP'nin güncel literatürde nüks, medastinal lenf nodu metastazları ve uzak organ metastazı gibi vaka örnekleri mevcut olup

malign potansiyeli belirsizdir. Tüm bu vaka örneklerine rağmen iyi prognozludur. Cerrahi rezeksiyon küratif yaklaşımdır ancak rezeksiyonun kapsamı konusunda fikir birliği yoktur. Akciğerin nöroendokrin tümörleri arasında en düşük mitoz ve nekroz oranına sahip tümör TK'dir. Tedavisinde anatomik rezeksiyon daha kabul görmüştür. Mediastinal lenf doku diseksiyonu nüks ve sağkalım açısından avantaj sağlamaktadır. TK'de lenf nodu metastazı olsa dahi %90 gibi 2 ve 5 yıllık sağkalım oranları mevcuttur. İki nadir görülen tümörün tek bir lezyonda saptanmasına literatürde oldukça ender rastlanmaktadır. Şu anda literatürde yalnızca 9 karsinoid tümör ile SP'den oluşan miks tümör vakasına ulaşılmıştır. (tablo 1) Sunulan vakada bu tümöre aynı lobda hamartom eşlik etmektedir. Aynı lezyonda 2 farklı patolojinin birlikte olması şu hipotezlerle açıklanabilir;(1) Aynı anda ve yan yana tesadüfen meydana gelen iki primer akciğer tümörü olabilir.(2) Bir çarpışma tümörü olabilir. Potansiyel olarak farklı hücreleri oluşturabilecek bir kök hücrelerden kaynaklanabilir. Bu durumun en bilinen örneği adenoskuamöz karsinomdur.(3) SP mikroçevrede değişikliklere neden olarak pulmoner nöroendokrin hücrelerin çoğalmasını teşvik edebilir. Her iki tümörün de küratif tedavisinde cerrahi rezeksiyon önerilmektedir ve her ne kadar iyi prognoza sahip olsalar da nüks açısından takibi yapılmalıdır.

Tablo1

	Yıl	Yazarlar	Yaş/ Cinsiyet	Lezyon Sayısı	Lokalizasyon	Boyut (mm)	Tedavi
1	2009	Shi ve ark.	41 / E	Tek	Sağ alt lob	20	Lobektomi
2	2013	Kim ve ark.	52 / E	Multiple	Sağ alt ve orta lob	5-26	Lobektomi
3	2014	Whang Y. ve ark.	50 / K	Multiple	Orta lob	3-22	Lobektomi
4	2017	Cho ve ark.	62 / E	Tek	Sol alt lob	13	Lobektomi ve wedge rezeksiyon
5	2019	Whang Z. ve ark.	55 / K	Tek	Orta lob	16	Lobektomi
6	2020	Cai ve ark.	52 / K	Tek	Orta lob	13	Wedge rez.
7	2021	Mayer ve ark.	57 / K	Tek lezyon + plevrada TK metastazları	Sol alt lob + plevra	26	Lobektomi + parsiyal dekortikasyon + diafram rez.
8	2022	Mlika ve ark.	52 / K	Tek	Sol alt lob	24	Lobektomi

9	2023	*Sunulan olgu	73 / K	Tek	Sağ üst lob	15	Lobektomi
---	------	------------------	--------	-----	-------------	----	-----------

Literatürdeki yayımlanmış olan SP ve TK'yı içeren miks tümör olguları

**Anahtar Kelimeler:** Sklerozan Pnömositoma, Karsinoid Tümör, Miks Tümörler, Tipik Karsinoid

**PS-286**

## **Psammamatöz Kalsifikasyonlu Pulmoner Adenokarsinomun İlginç EBUS Görüntüsü**

Zeynab Jafarova<sup>1</sup>, Nilüfer Doruk<sup>1</sup>, Koray Ceyhan<sup>2</sup>, Aydın Çiledağ<sup>1</sup>, Gökhan Çelik<sup>1</sup>, Akın Kaya<sup>1</sup>

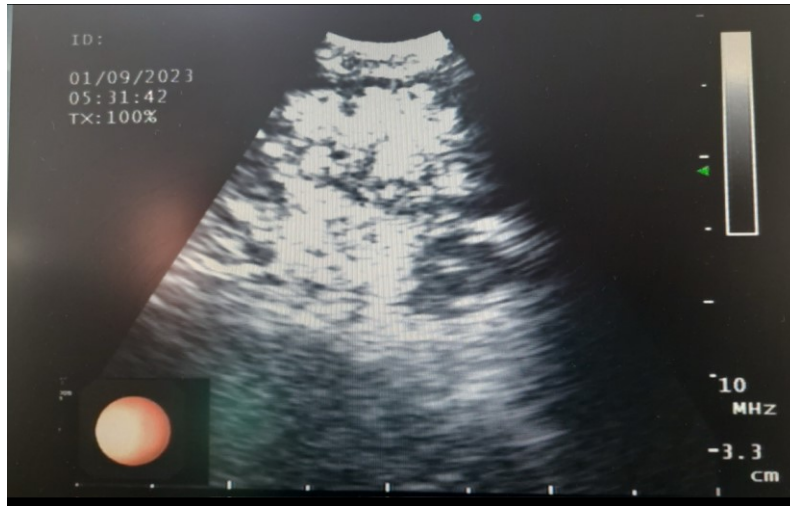
<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sitopatoloji Bilim Dalı

**Giriş-Amaç:** Akciğer kanseri dünya genelinde en sık kanser ölüm nedenidir. Adenokarsinom, akciğer kanserinin sık histolojik alt tiplerinden olmasına rağmen, psammamatöz kalsifikasyon varlığı nadir olup, tüm adenokarsinomların yaklaşık %5’ de görülebilmektedir.

**Olgu:** Geçirilmiş serebrovasküler hastalık, DM, HT, atriyal fibrilasyon ve 15 yıl önce kolon karsinomu nedeni ile operasyon öyküsü olan, 75 yaş kadın hasta 3 aydır olan nefes darlığı, öksürük ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. Toraks BT ‘de sol alt lobda uzun boyutu 3.5 cm ölçülen lobüle konturlu kenarları kalsifiye nodül ve mediastinal lenfadenopatiler saptanan hastaya dış merkezde bronkoskopi yapılmış. Endobronşiyal lezyon saptanmayan hastadan alınan bronkoskopik örnekler ile tanı konulamamış. PET-BT ‘de sol alt lobdaki nodülde ve mediastinal lenf nodlarında patolojik tutulum saptanmış. Hastanın sigara öyküsü yoktu. Hastaya tarafımızca EBUS yapıldı. EBUS sırasında, lenf nodlarında yoğun kalsifikasyon izlendi ve bronş lavajı ile 4R,7,10R,11L nolu lenf nodu istasyonlarından TBNA alındı. Sitolojik inceleme adenokarsinom saptandı ve immünohistokimyasal incelemeler sonucunda pulmoner adenokarsinom olarak değerlendirildi. Hasta Tıbbi Onkoloji bölümüne yönlendirilerek tedavi programına alındı

Psammamatöz Kalsifikasyonlu Pulmoner Adenokarsinomun EBUS Görüntüsü



**Tartışma-Sonuç:** Olgu, pulmoner adenokarsinomlarda psammamatöz kalsifikasyonun çok nadir görülmesi ve EBUS sırasındaki ilginç görünümü nedeni ile sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Psammamatöz Kalsifikasyon, Pulmoner Adenokarsinom, EBUS Görüntüsü

**PS-287**

## **Metastaz Düşünülen Olguda, Sürpriz 2. Primer Kanser Olgu**

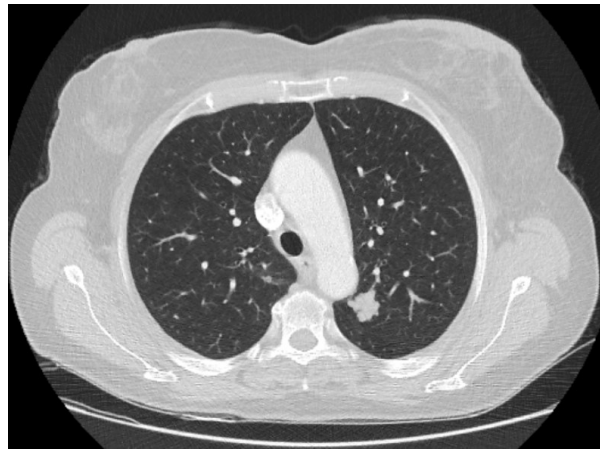
Mariam Arafa<sup>1</sup>, Mahmoud Koulou<sup>1</sup>, Temmuz Baran Şencan<sup>1</sup>, Ahmed Yossouf<sup>1</sup>, Ayten Güner Akbıyık<sup>1</sup>, Tahir Şevval Eren<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Duktal invaziv meme kanseri: En sık görülen meme kanseri türüdür. Her 100 meme kanseri tanısında %70-80 oranında görülmektedir. Süt kanallarının (duktusların) zarındaki hücrelerde oluşmaya başlayarak çevresindeki meme dokusuna yayılım gösteren kanserdir. duktal karsinomun sıklıkla karaciğer, akciğer ve beyine metastaz yaptığı raporlanmıştır. (1-2) Nöroendokrin tümörler (NET), en sık akciğer ve gastrointestinal sistem olmak üzere tüm vücutta görülebilen heterojen bir grup nadir tümörlerdir . Akciğer karsinomlarının %20'sini oluştururlar (3) KARSİNOİD TÜMÖR Akciğer nöroendokrin sistemin matür hücrelerinden kaynaklanan, malign tümörlerdir, tüm akciğer kanserlerinin %1-2'sini, nadir tümörlerdir .(4). opere sol mastektomi 65 yaş kadın hasta , çekilen TORAKS CT de sol akciğerde 1.6cm saptanan lezyonun araştırılması sunmayı planladık .

**Olgu:** 65 yaşındaki, HT, DM, 30paket/yıl sigara öyküsü olan kadın hasta 3 ay önce sol mastektomi operasyonu olan, duktal invaziv karsinom T1 N0 Mx tanısı olan hastanın onkoloji kliniği tarafından adjuvan radyoterapi ve letrozol tedavisi planlandı. Hastanın çekilen kontrol TORAKS CT: SOL AKCİĞERDE 1.6 CM NODÜL saptandı. Göğüs cerrahi kliniği tarafından video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) operasyonu uygulandı. Sol nodulu wedge rezeksiyonu edildi.

TORAKS CT



AKCİĞER SOL ÜST LOB 16 MM NODUL



**Tartışma-Sonuç:** Sol meme duktal invazif tümörü olan hastanın sol akciğer nodulu metastaz şüphesi ile ameliyat edildi. Hastanın sol akciğer nodül ikinci primer tümör olarak patolojik tanısı: Nöroendokrin, Karsinoid Tümör ile uyumlu geldi.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer Nödul, Metastatik Akciğer Nodül, 2. Primer Akciğer Kanser, Akciğer Karsinoid Tümör

## Nadir Görülen Endobronşiyal Metastaz Olgusu

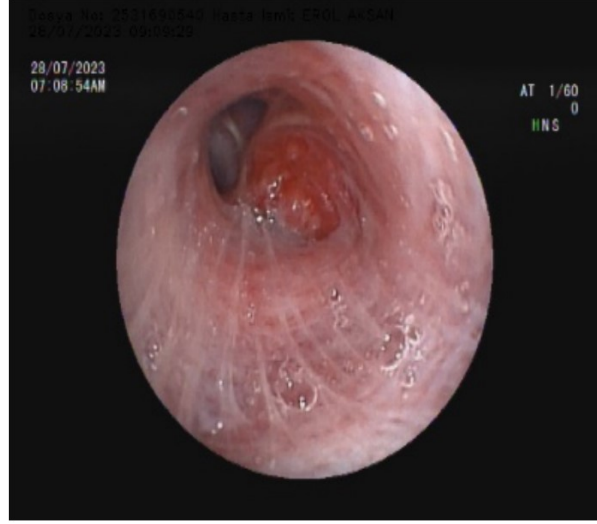
Meliha Hastekkeşin<sup>1</sup>, Nur Aleyna Yetkin<sup>1</sup>, Burcu Baran<sup>1</sup>, Nuri Tutar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

**Giriş-Amaç:** Endobronşiyal metastazlar nadir görülmekle birlikte en sık endobronşiyal metastaz yapan ekstratorasik maligniteler; meme kanseri, renal hücreli karsinom ve kolorektal kanserlerdir (1). Akciğer, hepatoselüler kanserin (HCC) en sık metastaz yaptığı organdır (2). Ancak hepatoselüler kanser endobronşiyal metastazı oldukça nadir bir durumdur ve sadece birkaç vaka bildirilmiştir (1). Nadir görülmesine rağmen hızla tanı ve tedavi gerektiren klinik bir durumdur. Klinik ve radyolojik olarak primer bronkojenik karsinoma benzer olarak prezente olur (3). Hastalarda hemoptizi, öksürük sıklıkla görülen solunum semptomlarıdır (4).

**Olgu:** Çiftçilik ile uğraşan 54 yaşında erkek hastanın, 2015 yılında tanı aldığı Hepatit B virüs enfeksiyonuna sekonder hepatoselüler karsinom nedeniyle 2019 yılında karaciğer nakli gerçekleştirilmiş. Bir aydır artan nefes darlığı şikayeti ile çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde sol akciğer alt lob süperior segmentte spiküle kenarlı kitle lezyonu izlenmesi üzerine akciğer kanseri şüphesiyle göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirilmiş. Sistem sorgusunda nefes darlığı, öksürük, terleme, iştahsızlık ve istemsiz kilo kaybı olduğu öğrenildi. Kullandığı ilaçlar arasında entekavir, takrolimus, ursodeoksikolik asit bulunuyordu. Fizik muayenede hasta kaşektik görünümde ve vital bulgularından parmak saturasyonu %75' e düşmüş, nabız 112/dk solunum sayısı 18/dk kan basıncı 120/70 mmHG iken sol akciğerde solunum sesleri azalmıştı ele gelen lenf nodu yoktu. Laboratuvar testlerinde beyaz küre sayısı (WBC)  $10,74 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ ; hemoglobin(HB) 12,1 g/dL; platelet (PLT)  $399 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ ; hematokrit(HCT) %34,3; nötrofil sayısı (NEU)  $6,57 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ ; aktive parsiyel tromboplastin zamanı(aPTT) 30,5 sn; protrombin zamanı(PT) 11,2 sn; serum C-reaktif protein(CRP) 32 mg/L; glukoz 115 mg/dL; aspartat aminotransferaz(AST) 16,9 u/L; alanin aminotransferaz(ALT) 4 u/L idi. Postero-anterior akciğer grafisinde sol orta zonda bulunan sınırları net seçilemeyen 67x56 mm boyutunda lezyon (Resim 1) izlenmesi, hastanın 35 paket-yıl sigara öyküsü olması üzerine malignite ön tanısı ile PET-CT ve fiberoptik bronkoskopi (FOB) ile ileri inceleme planlandı. FOB ile değerlendirilen hastada sol akciğer alt lob süperior girişinde hiperemik endobronşiyal lezyon izlendi(Resim 2), lezyondan 8 adet bronşiyal biyopsi alındı ancak bu işlem sonucunda patolojik tanı gelmemesi üzerine işlem tekrarlanarak 9 adet bronşiyal biyopsi alındı. Hasta patoloji sonucu çıkmadan önce ağrı nedeniyle polikliniğimize başvurdu, non-steroid anti-inflamatuarlara cevap vermeyen ağrıları olması nedeniyle narkotik analjezik reçete edildi. Patoloji sonucu bir hafta sonra çıkan hastanın bronkoalveolar lavaj sitolojisi Class 4 olarak raporlanırken alınan biyopsi sonucu hepatoselüler karsinom metastazı olarak raporlandı. Alınan lavaj kültürlerinde üreme olmayan hasta evre 4 metastatik kanser olarak değerlendirilen kemoterapi planı için hasta medikal onkolojiye yönlendirildi.

## Bronkoskopi Görüntüsü



Sol akciğer alt lob süperior girişinde izlenen endobronşiyal lezyon

**Tartışma-Sonuç:** HCC, kronik karaciğer hastalığına sekonder ortaya çıkan sıklıkla malign bir tümördür sıklıkla akciğer metastaz yapmasına rağmen endobronşiyal metastaz ile yayımlanan olgu sayısı yaklaşık 10 vakadır (2,5). Kiryu ve arkadaşları HCC endobronşiyal akciğer metastazlarını 4 tipe ayırmış; tip 1 yalnızca bronşiyal metastaz, tip 2 broniyal metastaz ile parankim tutulumu, tip 3 mediastinal-hiler lenf nodu tutulumu ile endobronşiyal metastaz ve tip 4 ise proksimal bronştan itibaren yaygın tutulum şeklinde tanımlanmışlardır (6). Bu tanımlamaya göre en sık görülen ve prognozu en kötü seyreden dördüncü tiptir (6). Hastamızda alfa fetoprotein(AFP) negatif ve PET-CT' de karaciğer tutulumu yokken akciğer metastazı olması daha önce bildirilmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer Kanseri, Endobronşiyal Metastaz, Hepatoselüler Kanser

## Nadir Bir Vaka: Soliter Ekstrapulmoner Plazmositom ile Prezente Olan Multipl Myelom Olgusu

Ümran Toru Erbay<sup>1</sup>, Şebnem Emine Parspur<sup>1</sup>, Beyza Tas<sup>1</sup>, Can Özlü<sup>2</sup>, Aysun Gönderen<sup>2</sup>, Mehmet Korkmaz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji Anabilim Dalı

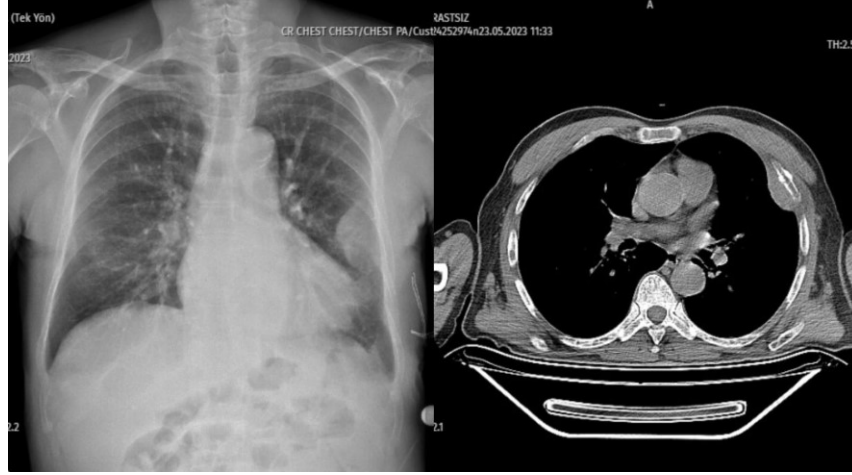
<sup>3</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

**Giriş-Amaç:** Plasmasitoma, sistemik bir plazma hücre hastalığı olmaksızın, plazma hücrelerinin sınırlı neoplastik proliferasyonu olarak tanımlanır. Ancak multipl myelom (MM) istisnadır. Organ ve doku kitleleri şeklinde gelişebilir ve extramedüller plasmasitom (EMP) adını alır. Tüm plazma hücre neoplazilerinin %3'ünü oluşturan EMP'ler sıklıkla baş-boyun bölgesi ve özellikle üst solunum yollarında yerleşmektedir. Ancak yaklaşık %5 olguda akciğerde primer pulmoner plasmasitoma rastlanabileceği veya nadiren ekstrapulmoner şeklinde tanımlanan torakal vertebral veya kostal tutulumun da olabileceği bildirilmiştir. Biz burada sol göğüs ağrısı şikayeti ve sol göğüste ele gelen şişlik nedeniyle polikliniğimize başvuran, ileri tetkik ve incelemelerinde soliter ekstrapulmoner plazmositom saptanan ve takiben MM tanısı alan olgumuzu nadir görülen bir vaka olması nedeniyle sunduk.

**Olgu:** 69 yaşında kronik renal yetmezlik tanısı olan erkek hasta, göğüs sol ön duvarında ağrı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Acil serviste yapılan değerlendirmesinde belirgin patolojik bulgu saptanmayan hastaya myalji tanısıyla semptomatik tedavi verilmiş. Yaklaşık 2 ay sonra göğüs sol ön duvarında ele gelen şişlik ve ağrı ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastanın fizik muayenesinde oda havası SaO<sub>2</sub> % 97, vital bulguları stabil ve solunum sesleri bilateral doğal saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Rutin tetkiklerinde Albümin: 22 Kalsiyum: 9,6 Kreatin: 3.7 WBC: 5.9 Hgb: 8.7 PLT: 149, Sed: 106, CRP: 1.9 idi. Kostalar üzerinde belirgin hassasiyeti olması ve PA akciğer grafisinde sol akciğer alt zonda periferik yerleşimli plevraya yakın konsolide alan izlenmesi (Resim 1) üzerine çekilen Kontrastsız Toraks BT'sinde; sol 8.kot lateral yayıya komşu 10x27 mm boyutunda 34 HU dansitede düzgün sınırlı yumuşak doku dansitesi izlendi. Komşu kemikte düzensiz sklerotik görünüm mevcut idi(Resim 2). Girişimsel Radyoloji ile konsülte edilerek sol 8.kot lateral yayıya komşu 10x27 mm boyutunda hipoekoik düzgün sınırlı kitleden Tru-cut Biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu soliter plasmasitom olarak raporlandı. Hastanın çekilen PET-CT'sinde; kemiklerde aktif hastalık tutulumu ile uyumlu FDG tutan ve tutmayan litik lezyonlar saptandı. Hastanın serum immunglobulin fiksasyon testinde IGG kappa monoklonal gammopati, serum protein elektroforezinde ise monoklonal gama piki mevcut idi. Tarafımızdan soliter ekstrapulmoner plasmositoma tanısı konan hasta MM açısından Hematoloji ile konsülte edildi ve kemik iliği biyopsisi yapıldı. Bir kısmı çekirdekli %90 plazma hücre infiltrasyonu ve MM ile uyumlu kemik iliği aspirasyon ve imprint bulguları saptanması üzerine tanı kesinleştirildi. Takipte hastaya 2 kür VSD (Bortezomib-Siklofosamid-Dexametazon) kombinasyon tedavisi uygulanmış olup yeterli

yanıt alınamaması üzerine VRD (Bortezomib-Lenalidomid- Dexametazon) kombinasyonuna geçilmiştir. Hasta halen VRD kombinasyon tedavisi ile izlenmektedir.

Resim 1 ve Resim 2



Resim 1: PA akciğer grafisinde sol akciğer alt zonda periferik yerleşimli plevraya yakın konsolide alan. Resim 2: Kontrastsız Toraks BT'sinde; sol 8.kot lateraline komşu 10x27 mm boyutunda 34 HU dansitede düzgün sınırlı yumuşak doku dansitesi. Komşu kemikte düzensiz sklerotik görünüm.

**Tartışma-Sonuç:** Plazma hücre neoplazileri MM, kemiğin soliter plazmositomu ve EMP olmak üzere 3 gruba ayrılmaktadır. EMPLerin çeşitli organ ve dokularda yerleşebileceği ve MMlerin tüm klinik bulgularını gösterebileceği bildirilmiştir. Ancak MM ile olan beraberliği, soliter kemik plasmasitomlarına oranla daha azdır. Bu hastalıklar içinde en sık görüleni MM olup EMP'nin büyük bir kısmı da MM ile birliktelik göstermektedir. MM'de kemik ağrısı bizim vakamızdaki gibi başlıca klinik semptomdur. Lokalize kemik ağrılarından sonra sık karşılaşılan diğer klinik bulgular ise lokalize şişlik, halsizlik, anemi, böbrek yetmezliği ve bakteriyal enfeksiyonlardır. Bizim olgumuzda olduğu gibi kemik ağrısı ile başvuran 65 yaş üzeri bir hastada sedimentasyon yüksekliği böbrek fonksiyon bozukluğu ve anemi saptanırsa ayırıcı tanıda mutlaka MM düşünülmelidir ve bu tip olguların tedavisinde kemoterapinin yeri vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Multipl Myelom, Plazma Hücre Neoplazisi, Extramedüller Plazmasitom

**PS-291**

## **Endobronşial Ultrasonografi ile Plevral Mezotelyoma Tanısı**

Özlem Dövenci Birben<sup>1</sup>, Derya Yenibertiz<sup>1</sup>, Sümeyye Buket Çökeliç<sup>1</sup>, Ersin Günay<sup>2</sup>

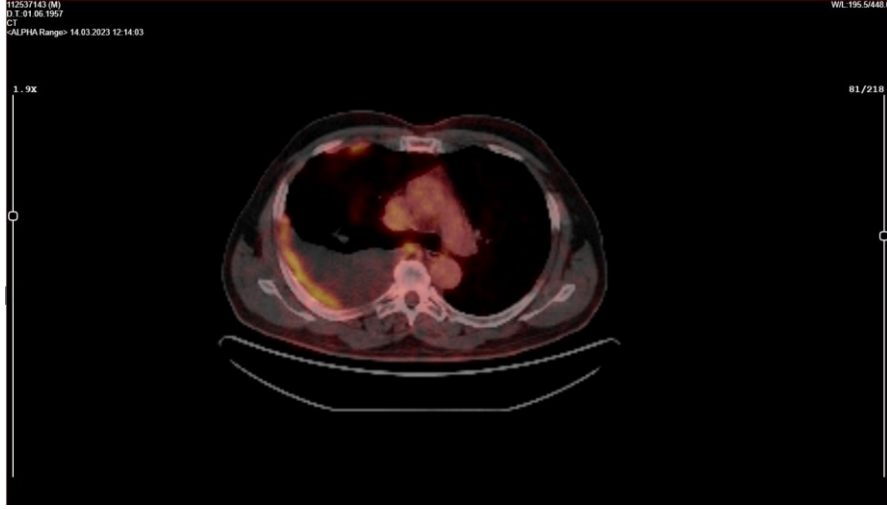
<sup>1</sup>Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Ankara Etlik Şehir Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Plevral mezotelyoma mezotel hücrelerinden köken alan plevranın primer tümörüdür. Tanısı plevral örneklerin patolojik incelenmesine dayanır. Endobronşial ultrasonografi (EBUS) rutinde mezotelyoma tanısı için kullanılan bir yöntem olmamakla birlikte, literatürde nadir olarak EBUS ile mezotelyoma tanısı alan olgular bulunmaktadır. Biz de olgumuzun mezotelyoma tanısını EBUS ile koymamız nedeni ile sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 66 yaşında erkek hastanın Ekim 2022’de yapılan tarama sırasında çekilen tomografisinde sağda 7 mm kalınlıkta plevral effüzyon, diffüz, nodüler plevral kalınlaşmalar saptanması üzerine göğüs hastalıklarına başvurması önerilmiştir. Kliniğimize Şubat 2023’ de başvuran hastanın hastanemizde çekilen tomografisi “Mediastende prevasküler alanda yaklaşık 30x20 mm boyutunda lenfadenopati (LAP), sağda 7.5 cm plevral effüzyon, pozitron emisyon tomografisi (PET-BT) ile ileri değerlendirme önerilir” şeklinde raporlandı. Mart 2023 de tomografi sonucu ile gelen hastaya aynı gün torasentez ve fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı, PET-BT istendi. Plevral efüzyon sitoloji sonucu “dağınık mezotel hücreleri” olarak raporlandı. Bronkoskopide endobronşiyal lezyon izlenmedi. FOB sitoloji sonucu malignite negatif olarak geldi. PET-BT sonucu ‘Mediasten lenf nodlarında (SUVmax:6.14), sağ plevral effüzyon alanında (SUVmax:1.71), sağ fissürel ve plevral kalınlaşmalarda patolojik artmış Fluoro-deoksi-glukoz (FDG) tutulumları (SUVmax:8.98)” şeklinde raporlandı. Hasta PET-BT sonrası EBUS ‘a yönlendirildi ve ince iğne aspirasyon biyopsisi örnekleri alındı. EBUS patoloji sonucu “yüksek olasılıkla malign plevral mezotelyoma (MPM) yı telkin etmektedir, ancak malign mezotelyomalarda kalretinin antikoruna ile beklenen yaygın kuvvetli immün pozitivite, bu tümörde izlenmediği için kesin yorumdan kaçınılmıştır.” şeklinde raporlandı. Patoloji konfirmasyonu amacı ile EBUS örnekleri, hastanemizde tekrar değerlendirildi. Malign mezotelyoma ile uyumlu bulgular şeklinde raporlandı. EBUS örneği sayesinde tanısı kesinleşen hasta kemoterapi planlaması için onkolojiye yönlendirildi. 5 kür kemoterapi sonrası göğüs cerrahisi tarafından ameliyat edildi. Operasyon sonrası hastanın klinik takip süreci devam etmektedir.

## PET-BT



PET-BT' de plevra ve lenf nodu tutulumu

**Tartışma-Sonuç:** Mezotelyoma olgularının büyük çoğunluğu plevrada görülür. Etyolojisinde bilinen iki önemli neden asbest veya erionite ile temastır. Hastamızda asbest temasının olmaması, rutin taramadaki tomografi bulguları ile tanısal işlemlerin başlatılması, EBUS sayesinde mezotelyoma tanısını koymamız ve literatürde nadiren EBUS ile mezotelyoma tanısının konulması sebebi ile olgumuzu paylaşmak istedik. Sonuç olarak, MPM agresif bir hastalık olduğundan başarılı tedavi için erken tanı konulmalıdır. Klinik ve radyografik değerlendirmeler tanı için tek başına genellikle yetersiz olabilirken, torakoskopi en kesin yöntemdir. MPM'nin sadece tanısına yönelik EBUS ile yapılmış çalışma yoktur. Ancak EBUS biyopsi sonucu ile tanı konulan nadir vakalar literatürde bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Endobronşial Ultrasonografi, Plevral Mezotelyoma

## Senkron Akciğer Kanseri: Kötü, Daha Kötü, En Kötü?

Cebrail Azar<sup>1</sup>, Elif Altuntaş<sup>1</sup>, Özgen Arslan Solmaz<sup>2</sup>, Birol Yıldız<sup>3</sup>, Şengül Azar<sup>4</sup>, Tayfun Kermenli<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Elazığ

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji, Elazığ

<sup>3</sup>Elazığ Medikal Hospital, Tıbbi Onkoloji, Elazığ

<sup>4</sup>Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Elazığ

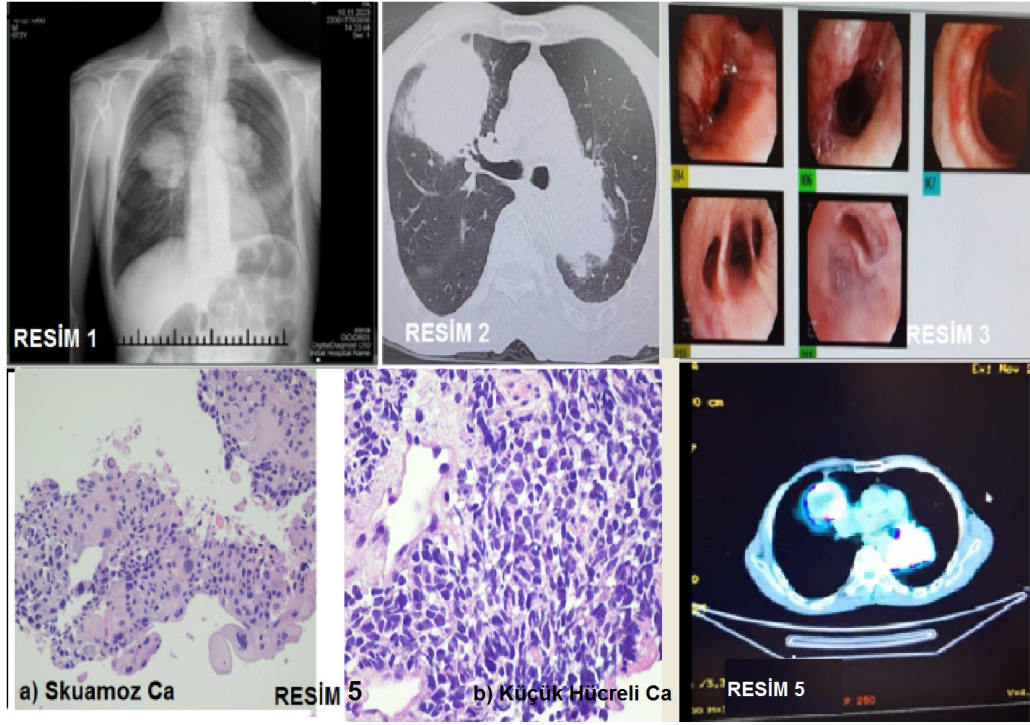
<sup>5</sup>Elazığ Medikal Hospital, Göğüs Cerrahisi, Elazığ

**Giriş-Amaç:** Akciğer kanserleri tüm dünyada en sık görülen kanserlerden olup kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir. İki ayrı primer akciğer kanserinin eş zamanlı olarak bulunması durumunda bu kanserlere senkron akciğer kanserleri (SAK) denilir. Farklı zamanlarda ortaya çıkmasına ise metakron tümör denilmektedir. SAK göreceli olarak nadir görülen bir durumdur ve tüm akciğer kanserleri içindeki sıklığı %0.1- 1.6'dır. Nadir bir durum olması sebebiyle SAK tanısı alan olgumuzu sunuyoruz.

**Olgu:** 70 yaşında erkek hasta öksürük, balgam, iştahsızlık, kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde oskültasyonda sol hemitoraks alt alanda raller mevcut idi. PA-AC grafisinde bilateral hiler yerleşimli yaklaşık 6 cm çapında düzgün sınırlı opasiteler izlendi (Resim 1). Hastaya ileri parankim ve mediasten değerlendirilmesi amacıyla Kontrastlı BT Toraks çekildi. Sağ akciğerde 6x6 cm boyutunda sağ üst lob bronşunu oblitere eden spiküle kontürlü kitle ve sol hiler alanda 6x4 cm boyutunda aort ile ara planları net seçilemeyen sol ana pulmoner arter ve bronşları daraltan kitle izlendi. Sol akciğer alt lob posteriorda buzlu cam görünümüleri, tomurcuklanmış ağaç manzarası izlendi. Mediastinal alanda multiple lenf nodu izlendi. Sol sürrenal bez kalınlığı artmıştı (Resim 2). Hastanın laboratuvar tetkiklerinde WBC: 6,200 (mm<sup>3</sup>) Nötrofil:4.500 (mm<sup>3</sup>) PLT: 254×10<sup>9</sup>/L CRP (mg/L): 200 ( 0-8 ) INR:1,02. Hastaya Bakteriyel Pnömoni tanısı ile tedavisinden sonra bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide; Sol ana bronş distalinde kitle izlendi. Önce bronş lavajı yapıldı sonra punch biyopsiler alındı. Sağ üst lob anterior segment distalinde kitle izlenmiş olup buradan da punch biyopsiler alındı (Resim 3). Bronkoskopik lavaj: ARB: - , Gram boyama ve kültürde özellik izlenmedi. Patoloji sonucu ise soldaki kitleden Küçük Hücreli Karsinom ve sağdaki kitleden Skuamöz Hücreli Karsinom olarak geldi (Resim 4). PET CT sonucu sağ akciğerde kostaya invaze malign kitle, sol alt paratrakeal alanda sol infrahiler bölgeye uzanan malign kitle, lenf nodu metastazları, surrenal metastazlar ile uyumlu olarak geldi (Resim 5). Hastada Küçük Hücreli Karsinom olması ve metastatik olması nedeniyle cerrahi düşünülmedi. Hastaya kemoterapi olarak karboplatin+etoposid ve atezolizumab tedavisi verildi.



Resim 1-5



**Tartışma-Sonuç:** Multiple primer akciğer tümörlü olgularda histopatolojik tiplendirme, uygulanan cerrahi ve tümörlerin senkron veya metakron olması sağkalım açısından önemlidir. Farklı tedavi planlarının farklı sağkalım sonuçları olacaktır. Bu hastalarda sağkalım, tek primer akciğer kanseri tanılı olgulara göre daha kötüdür, ancak metastatik olgulara göre daha iyidir.

**Anahtar Kelimeler:** Senkron Akciğer Kanseri, Biyopsi, Bronkoskopi, Kemoterapi, Metakron

**PS-294**

## **Kalsifiye Fibröz Tümör; Nadir Görülen Olgu**

Necmiye Gül Temel<sup>1</sup>, Merve Gülcan Bayrak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Yerleşkesi, Göğüs Cerrahi

<sup>2</sup>Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi Dr. Kamil Furtun Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi Yerleşkesi, Göğüs Hastalıkları

**Giriş-Amaç:** Plevranın kalsifiye fibröz tümörü (PKFT) ilk kez 1996’ da Pinkard ve ark tarafından tanımlanmış nadir görülen benign tümörlerdir. Bu lezyonlar subkutan doku, gastrointestinal sistem ve plevra olmak üzere çeşitli organlardan kaynaklanabilirler. KFT tipik olarak yavaş büyür ve genellikle insidental tespit edilirler. KFT lerin yaklaşık %10’ u plevra kaynaklı olarak bildirilmiştir. Nadir görülmesi nedeniyle, PKFT si olan hastamızı sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 58 yaş erkek hasta sırt ve göğüs ağrısı nedeni ile başvurduğu acil serviste çekilen toraks BT de sağ akciğer alt lob posteromedialinde plevral tabanlı yaklaşık 17 mm çaplı nodül tespit edilmiş (Resim 1). Tanı ve evreleme amaçlı çekilen PET BT sağ akciğerde tariflenen nodülde düşük düzeyli FDG tutulumu ve SUV maks: 1.6 olarak raporlanmış. Tarafımıza yönlendirilen hastaya tanı ve tedavi amaçlı VATS eksplorasyon planlandı. Yapılan eksplorasyonda sağ akciğer alt lob superior segmente oturmuş mantar şeklinde kabarıklık, sert, beyaz renkli nodüller lezyon tespit edildi (Resim 2). Nodül endoskopik stapler yardımı ile wedge rezeksiyon şeklinde çıkarıldı. Postoperatif 1. günü göğüs tüpü çekilen hasta, 2. günü şifa ile taburcu edildi. Patoloji sonucu plevranın kalsifiye fibröz tümörü; vimentin ile yaygın, faktör 13A ile yamasal pozitif; CD34, Dog1, CD117, SMA, Desmin, CD68, STAT6, ALK, CK7, CK5/6, S100, EMA ile negatif olarak raporlandı.



VATS görüntüsü

**Tartışma-Sonuç:** Kalsifiye fibröz tümörler, total eksize edilmesi gereken ve ayırıcı tanıda soliter fibröz tümör, kronik fibröz plörit, kalsifiye fibröz plak akılda bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Bening, Fibröz, Soliter

## Akciğerde Multipl Metastatik Benign Leiomyom Olgusu

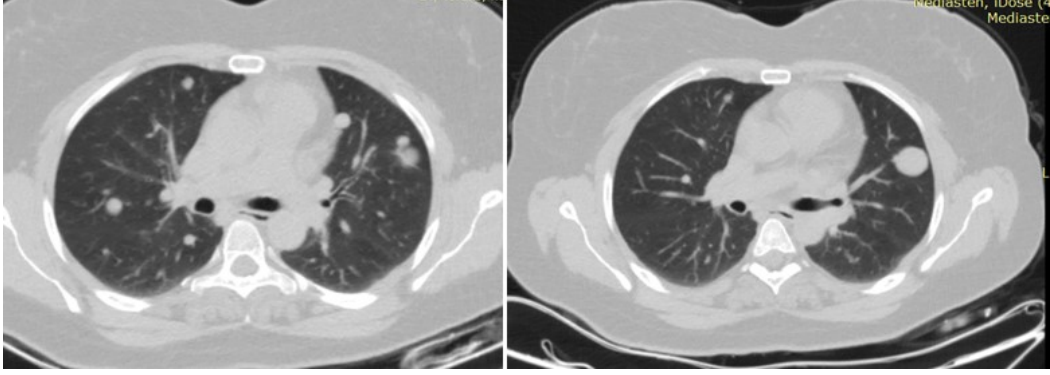
Ezgi Kılıçaslan<sup>1</sup>, Özgür İşgörücü<sup>1</sup>, Kemal Karapınar<sup>1</sup>, Aysun Ölçmen<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yedikule EAH, Göğüs Cerrahisi

**Giriş-Amaç:** Pulmoner benign metastaz yapan leiomyom (PBML) olguları nadir görülmektedir. Genellikle retroproduktif dönemdeki veya histerektomi geçmişi olan kadın hastalarda izlenmektedir. Hastalarda belirgin bir klinik semptom yoktur. Uterin leiomyom, retroproduktif dönemdeki kadınlarda görülen yaygın iyi huylu uterus tümörüdür. PBML çok nadirdir ve uterin leiomyoma'ya benzer histolojik görünümüne sahip ve uterus dışında büyüyen bir tümör olarak tanımlanır. Literatürde ~100 olgu bildirilmiş olmasına rağmen (1), insidansı, patogenezi ve tedavisi halen belirsizliğini korumaktadır. PBML, 34 - 55 yaş arası kadınlarda daha yaygındır ve ortalama yaş 47'dir. Hastanın Histerektomi sonrası süreçte; nodül tespitine kadar geçen süre 3 ay - 20 yıl arasında değişmektedir . Ortalama tanı süreci 14.9 yıldır. BML'nin klinik semptomları yoktur. Genellikle insidental olarak saptanır. Bu çalışmada, genellikle literatürde major jinekolojik cerrahi sonrası tanımlanmış, olgumuzda ise kontraseptif bilateral tüp ligasyonu öyküsü ile ilişkili PBML vakasını ve bu hastalığın tanı ve tedavisine ilişkin kısa bir derleme sunulmuştur.

**Olgu:** Kontraseptif bilateral tüp ligasyon geçmişi olan 44 yaş kadın hasta araştırıldı. Hastanın Toraks BT de bilateral akciğerde dağınık yerleşimli multipl nodüller ;sağda büyüğü yaklaşık 10 mm, solda büyüğü yaklaşık 25 mm boyutunda yumuşak doku dansitesinde lezyonlar izlendi. (Resim 1). Metastatik hastalık açısından değerlendirmek için çekilen PET BT de,sol akciğerde üst lobta 26x16 mm boyutlarında nodüler lezyonda (SUDmax1.8) minimal FDG tutulumları izlenmiştir. Her iki akciğer tanımlanan multiple nodüler lezyonlardaki minimal artmış metabolik aktivitelerin olası malign süreç (nöroendokrin tm?, low grade tm? met?) açısından değerlendirildi. Sol üst lobtaki nodüler lezyona TTİA yapıldı. Kısmen nekrotik materyal aspire edildi. Kesitlerde atipi göstermeyen monoton görünümde birkaç adet hücre izlendi. Bulgular tanısal olmayıp biyopsi tekrarı önerildi. Hastaya klinik konsey kararı ile R VATS wedge rezeksiyon kararı verildi. Sağ ac üst lob anterior, posterior, orta lobtan 1 er adet wedge rezeksiyon yapıldı. Wedge rezeksiyon materyallerinin histopatolojik tanısı leomiyom olarak sonuçlandı. İmmunohisyokimyasal incelemede hücreler vimentin, SMA, CD10, Desmin ile boyandı. Atipi ve nekroz izlenmedi. Mitoz 2 mm de 1 den az, Ki67 proliferasyonu % 1 civarında izlendi.Ön planda primer odak için uterus leomiyomu düşünüldü. Taburculuk sonrası dönemde kontrol Bt de lezyonlar stabil izlendi. (Resim-2)

## Akciğerde Multipl Metastatik Benign Leiomyom Olgusu



Her iki akciğerde dağınık yerleşimli multipl nodüller; sağda büyüğü yaklaşık 10 mm, solda büyüğü yaklaşık 25 mm boyutunda yumuşak doku dansitesinde yer kaplayıcı lezyonlar

**Tartışma-Sonuç:** PBML yavaş seyirli ve iyi prognozludur. PBML tedavisi için belirlenmiş bir tedavi kılavuzu henüz yoktur. Spesifik tedavi, tümörün sayısına, boyutuna, konumuna, progresyonu, reseptör ve hastanın genel durumuna göre değişebilmektedir. Metastatik tümörlerin cerrahi rezeksiyonu izole tümörler için önemli bir tedavi yöntemidir. Uterus leiomyomu veya uterus leiomyom nedeniyle cerrahi öyküsü olan retroproduktif kadınlarda AC grafi veya BT ile hastada yeni gelişen nodüller saptanabilir. Hastaların tedavi seçiminde ve prognozunu etkileyen Nodüllerin uterustan metastaz yaptığı düşünülerek; Pozitif ER ve PR ekspresyonu bakılabilir. PBML tanısı için önemli bir göstergedir. Cerrahi rezeksiyon, histerektomi ve bilateral ooforektomi, progestinlerin ve aromataz inhibitörleri ve LH salgılayan hormon analogları kullanılarak tıbbi kastrasyon, gonadal hormon salgılanması kontrolünü sağladığı için lezyonların büyümesini kontrol edebilir ve potansiyel tedavi yöntemleri olarak rapor edilmiştir (2). Fakat; daha önce yapılan bir çalışmada, düz kas hücrelerinde Pozitif ER ve PR olsa dahi, tamoksifen, progesteron ve bir aromataz inhibitörü ile 6-12 aylık tedavinin ardından PBML lezyonlarının boyutunda anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmüştür. (3) Bu sebeple; cerrahi ve medikal tedavi kombinasyonunun sinerjistik etkisi olabileceğinden ilerleyici ve semptomatik lezyonların tedavisinde ön planda düşünülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Pulmoner Nodül, Metastaz, Leiomyom, Uterus, Akciğer Leiomyom

## Senkronize Atipik Karsinoid Tümör Olgusu

Feride Marım<sup>1</sup>, Beyza Tas<sup>1</sup>, Furkan Ertürk Urfalı<sup>2</sup>, Mustafa Ersoy<sup>3</sup>, Mustafa Gürol Celasun<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

<sup>2</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

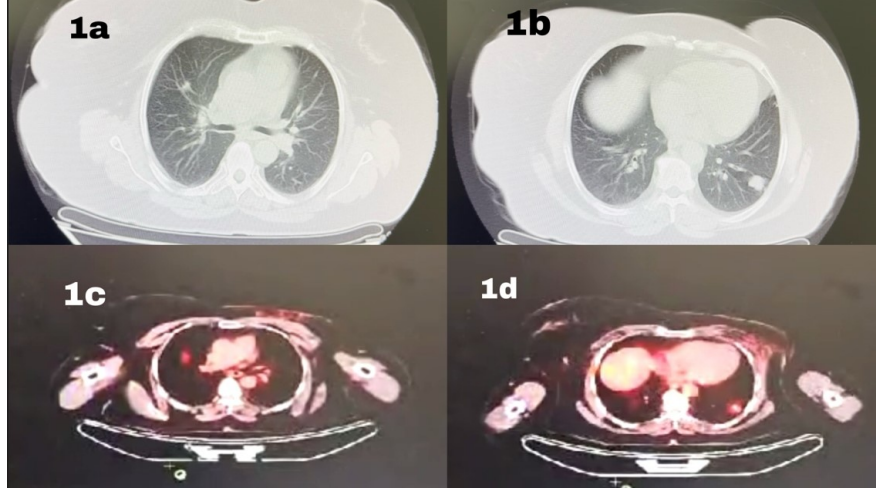
<sup>3</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalı

<sup>4</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı

**Giriş-Amaç:** Nöroendokrin tümörler (NET), nadir görülen, en sık akciğer ve gastrointestinal sistemi tutan heterojen bir tümör grubudur. NET ailesinde yer alan karsinoid tümörler tüm akciğer kanserlerinin %1-2'sini, tüm vücut karsinoidlerinin %20-25'ini oluşturur. Karsinoid tümörlerin %40 kadarı belirgin bir klinik bulgu olmaksızın insidental olarak radyolojik görüntülerde saptanmaktadır. Benzer zamanlarda tanı alan iki farklı primer kanser ise senkron tümör olarak adlandırılmaktadır. Biz de farklı bir hikayeden yola çıkarak tanı koyduğumuz bir olgumuzu sunmak istedik.

**Olgu:** 64 yaşında kadın hasta halsizlik ve kilo kaybı şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Dış merkezde invaziv duktal karsinom tanısıyla sol mastektomi ve aksiller lenf nodu diseksiyonu yapılmış ve adjuvan radyoterapi almıştı. Adjuvan kemoterapi öncesi metastaz açısından göğüs hastalıkları görüşü için yönlendirilmişti. Sigara ve asbest maruziyeti öyküsü yoktu. Solunumsal yakınması olmayan hastanın fizik muayenede ek patolojik solunumsal bulgusu yoktu. Hastanın meme operasyonu öncesi çekilen Toraks BT'sinde sol akciğer alt lob laterobazal segmentte plevraya yakın yerleşimli bitişik komşu birkaç adet 14x17 mm ve 11x12 mm (Resim 1b), bunun üst yakın komşuluğunda iki adet yakın komşu 10x9 mm ve 4x5 mm büyüklüklerinde pulmoner nodüller izlenmekteydi. Büyük lezyonun medial sınırı hiler bölgeye doğru uzanmaktaydı. Sağ akciğer üst lob dorsobazal segmentte yaklaşık 8 mm nodüler görünüm (Resim 1a) mevcuttu. Operasyon sonrası çekilen PET-BT'de ise bilateral hiler alanlarda (SUVmax: 3.7), sol akciğer alt lob posterobazal segmentte yaklaşık 17x14 mm boyutundaki nodül (SUVmax: 7.6)(Resim 1d) ve sağ akciğer üst lob posterior segment inferior kesimde yaklaşık 16x14 mm boyutundaki nodül (SUVmax: 7.2)(Resim 1c) dışında diğer nodüllerde metabolik aktivite artışı görülmemişti. Multipl nodüllerin metabolik aktivitelerindeki değişkenlik ve santral komşulukları göz önünde tutularak, sol akciğerdeki metabolik aktivitesi yüksek olan nodülden tru-cut biyopsi yapıldı. Tümör hücreleri orta büyüklükte oval koyu renkli nükleusa sahip dar sitoplazmalı hücreler olup solid adalar ve trabeküler yapılardan oluşturmaktaydı. Tümör hücrelerinde Sinaptofizin, Kromogranin, CD56 ve Pansitokeratin pozitif görüldü ve 'karsinoid tümör' tanısı aldı. Hastaya Galyum-68 PET-BT çekildi. Sol akciğerdeki nodülde (suvmax:1.6) ve sağ akciğerdeki nodülde (suvmax:0.9) tutulum saptandı. Bulgular yüksek dereceli 'atipik karsinoid tümör' ile uyumlu bulundu. Dış organ metastazı tespit edilmedi. Cerrahi tedaviyi kabul etmeyen hastanın hipermetabolik nodüllerine Stereotaktik vücut radyoterapisi (SBRT) yapıldı. Hastaya meme kanseri açısından adjuvan aromataz inhibitörü başlandı. Hasta NET açısından Galyum-68 PET-BT ile takip edilecek.

## Toraks BT ve PET-BT Kesitleri



Resim 1a :Toraks BT’de sağ akciğer üst lob dorsobazal segmentte yaklaşık 8 mm nodüler görünüm. Resim 1b :Toraks BT’de sol akciğer alt lob laterobazal segmentte plevraya yakın yerleşimli bitişik komşu birkaç adet 14x17 mm ve 11x12 mm nodül. Resim 1c :PET-BT’de sağ akciğer üst lob posterior segment inferior kesimde yaklaşık 16x14 mm boyutundaki nodül (SUVmax: 7.2). Resim 1d :PET-BT’de sol akciğer alt lob posterobazal segmentte yaklaşık 17x14 mm boyutundaki nodül (SUVmax: 7.6).

**Tartışma-Sonuç:** Olgumuzda meme kanseri ve akciğer atipik karsinoid tümörü senkron tümörler olarak tanı almıştır. Akciğer karsinoid tümörleri, nöroendokrin morfoloji ve diferansiasyon gösteren, pulmoner diffüz nöroendokrin sistemin matür hücrelerinden kaynaklanan, malign tümörlerdir. Kendine özgü klinikopatolojik özellikleri olan bu tümörlerin düşük dereceli olanları tipik karsinoid, orta ve yüksek derece olanları atipik karsinoid tümör olarak sınıflandırılır. Karsinoid tümörler yüksek vaskülarizasyona rağmen FDG PET-BT incelemesinde metalik aktivite göstermeyebilir ve reseptör tutulumu olan Galyum- 68’in PET-BT incelemesinin tanı oranını arttırdığı bildirilmiştir. Pulmoner tipik ve atipik karsinoidlerde, cerrahi rezeksiyon, tedavi seçimi ve tek küratif seçenektir; ancak bizim vakamızda olduğu gibi cerrahi yapılamayan olgularda somatostatin analogları, mTOR inhibitörleri, sitotoksik kemoterapi, peptid reseptör radio-hedefli tedavi seçenekleri uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Karsinoid Tümör, Nöroendokrin Tümör, Galyum-68 PET-BT, Senkron Tümör

## Poster Bildiri Oturumu 16: Çevre ve Meslek Hastalıkları - KOAH

PS-298

### Yoğun Kimyasal Maruziyeti Sonrası Gelişen Reaktif Havayolu Disfonksiyonu Sendromu Olgusu

Özlem Oruç<sup>1</sup>, Ayşe Nur Altunel<sup>1</sup>, İpek Erdem<sup>1</sup>, Melike Demir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Reaktif Havayolu Disfonksiyonu Sendromu (RADS) spesifik tek bir iritan maddeye yoğun konsantrasyonda maruziyet sonrası 24 saat içinde başlayan en az 3 ay devam eden astım benzeri havayolu semptomları ile karakterize bir sendromdur. Olgunun sunulmasındaki amaç akut başlangıçlı solunumsal şikayetlerle hastaneye başvuran olgularda hastanın meslek ve günüçi kimyasal maruziyeti sorgulanmalı, inhalasyon hasarı söz konusu olabileceğine dikkat çekmektir.

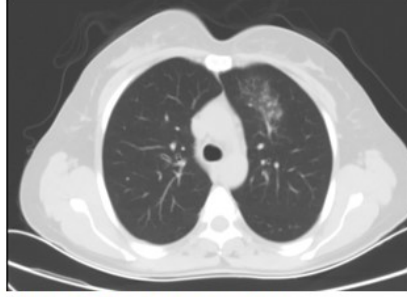
**Olgu:** Bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan nonsmoker 41 yaş kadın hasta ani başlayan nefes darlığı, öksürük şikayetleri ile acil servise başvurdu. Başvurusunda vitalleri stabil görülen, belirgin hipoksisi olmayan hastanın solunum sistemi muayenesinde bibaziller raller mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda nonhomojen infiltrasyon (Şekil 1) görülmesi üzerine Toraks BT istendi. Toraks BT görüntülerinde bilateral yamasal buzlu cam alanları, kaviteleşme eğilimi gösteren lezyonlar mevcut görüldü. (Şekil 2,3) Kan tetkiklerinde CRP:7 Lökosit:6.4 Lenfosit: 1.5 Eozinofil: 0.06 Hb: 11.3 PLT: 244bindi. Pnömoni ön tanısı ile Moksifloksasin 400 mg tablet reçete edilerek taburcu edildi. Şikayetleri devam eden ek olarak balgam miktarında artış olan hasta 2 hafta sonra Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvurdu. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde şikayetlerinin başladığı gün evde yoğun olarak kimyasal yağ çözücüye maruz kaldığı öğrenildi. Etiyolojinin aydınlatılması ve romatolojik hastalıkların akciğer tutulumu ekartasyonu açısından ENA profili, TİT, tam kan, CRP, karaciğer fonksiyon testleri, renal fonksiyon testleri istendi. SFT planlandı, ciddi dispnesi olan ve derin inspiryum ile öksürüğü tetiklenen hasta testi tolere edemedi. Ön planda kimyasal pnömonitis düşünülen hastaya hastane yatışı önerildi, hastanın yatışı kabul etmemesi üzerine tedavisi metilprednizolon 32 mg 1x1 po, 160/4.5 mcg/doz budesonid/formeterol fumarat 2x1 inh, sambutamol 200 mcg/doz 4x1 inh şeklinde planlanarak taburcu edildi. 2 hafta sonraki poliklinik kontrolünde görüldü, kontrol akciğer grafisi ve Toraks BT görüntülerinde lezyonları tam regrese izlendi. Tetkiklerinde romatolojik hastalık lehine bulgu saptanmadı. Hastanın nefes darlığı, öksürük, balgam şikayetleri 6 aylık süreçte devam etmesi üzerine uzun etkili inhale bronkodilatör tedavisine devam edildi. Hastanın 6 ay sonra yapılan SFT'de FEV1: 2.24(%90), FEV1/FVC: 75.4( %93) görüldü.



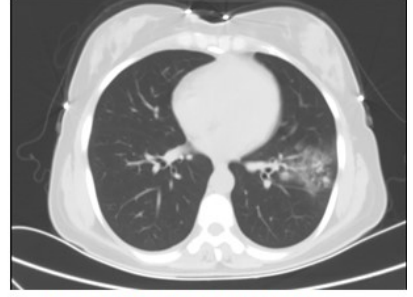
## Akciğer Görüntülemeleri



Şekil 1: Akciğer Grafisi



Şekil 2: Akciğer Tomografisi



Şekil 3: Akciğer Tomografisi

**Tartışma-Sonuç:** Günlük hayatta sık kullanılan irritan maddelere maruziyet sonrası inhalasyon hasarı gelişebilmektedir. Ani başlangıçlı solunum yolu şikayetleri ile hastaneye başvuran hastalarda enfektif hastalıklara ek olarak inhalasyon hasarı olabileceği de göz önünde bulundurularak hastanın kimyasal çevresel veya mesleki maruziyetinin olup olmadığı sorgulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Astım, Dispne, Akut İnhalasyon Hasarı

**PS-299**

## **Meslek Hastalıklarında Anamnezin Önemi**

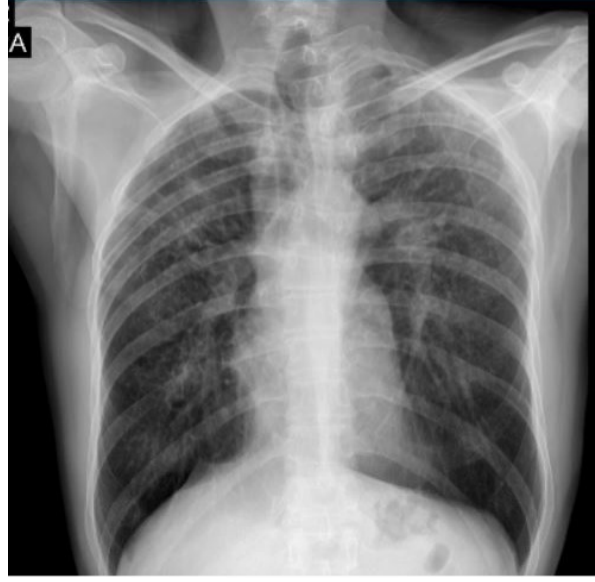
Asuman Aslan Kara<sup>1</sup>, Adem Koyuncu<sup>1</sup>, Gülden Sarı<sup>1</sup>, Cebrail Şimşek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Silikozis, kristal silika tozunun solunmasına bağlı akciğerlerde fibrotik doku reaksiyonu ile sonuçlanan, önlenebilir ve kontrol edilebilir mesleki akciğer hastalıklarından biridir. Dünya çapında, birçok bireyin sağlığı için tehdit oluşturan küresel bir sorun olmaya devam etmektedir. Cam kumlama, cama matlık kazandırmak için yüksek basınçta kumların cam yüzeyine çarpması sonucu aşındırılması işlemidir ve yoğun silika maruziyeti söz konusudur. Silikozisin klinik semptomları nonspesifiktir ve hastalığın erken evresinde akciğer röntgeninde fark edilemeyen erken parankimal değişiklikler nedeniyle tanınmayabilir. Silikozisin akut, akselere ve kronik formları mevcut olup, erken dönem tomografi bulguları genişlemiş mediastinal lenf nodları, sentrilobüler nodüller, interlobüler septal kalınlaşma ve yamalı buzlu cam opasitesidir. Meslek öyküsünün ayrıntılı sorgulanmaması, silikozisin fibrozise ilerleyerek hastaların kötüleşmesine katkıda bulunur. Bu sorunlar, aynı zamanda silikozisin tanı ve tedavisini engelleyen temel faktörlerdir. Bu yazıda, mediastinal lenfadenopati etyolojisi araştırılırken akciğer malignitesi ön tanısıyla EBUS (endobronşial ultrasonografi) yapıldıktan sonra silikozis tanısı alan olgu sunulmuştur.

**Olgu:** 48 yaşında erkek hasta, dış merkeze göğüs ağrısı şikayetiyle başvurması üzerine çekilen Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde sağ akciğer üst lob posteriorda yaklaşık 4 cm, kitle imajı veren konsolide alan ve eşlik eden büyüğü 2 cm mediastinal ve hiler lenf nodları olması üzerine hastaya EBUS yapılmış. Patolojisinde antrakoz pigmenti görülmesi ve mesleki maruziyet öyküsünün olması üzerine meslek hastalıkları tanısı koymakla yetkilendirilmiş hastaneye yönlendirilmiş. Hasta kliniğimizde değerlendirildiğinde aktif yakınması yoktu, hastanın 10 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu. Öz geçmişinde ve soy geçmişinde özellik yoktu. Hasta yaklaşık 20 yıl cam kumlama atölyesinde çalışmış, 4 yıl boyunca bizzat kendisi cam kumlama işini yapmıştı. Çalışma süresi boyunca kişisel koruyucu donanım kullanmadığı öğrenildi. Pulmoner sistem muayenesinde patoloji yoktu. Laboratuvar sonuçlarında kollajen doku markerları negatif, solunum fonksiyon testinde obstrüksiyon vardı ve reversibilitesi pozitif geldi. Hastaya mevcut meslek öyküsü, tipik radyolojik görünümü nedeniyle silikozis tanısı konuldu ve ILO okuması r/q 2/2, A2 olarak değerlendirildi. Bildirim yapıldı ve takibe alındı.

Resim 1



Resim1: Postero anterior akciğer grafisi, bilateral üst ve orta zonda nodüler opasiteler, sol hiler bölgede büyük opasite ve sağ üst zonda birleşme eğiliminde nodüler opasiteler ILO r/q 2/2, A2

**Tartışma-Sonuç:** Silikozis tanısı, dikkatli ve ayrıntılı alınan meslek öyküsü, uyumlu radyoloji ve diğer tanıların dışlanması ile konulur. Silikozis, kalıcı ve ölümcül akciğer hasarına neden olabileceği için erken teşhisi ve erken önlem oldukça önemlidir. Böylece, komplikasyonlar azaltılabilir ve hastanın yaşam kalitesi artırılabilir. Etkili erken önleme ve erken tanının önemi konusunda bilgi eksikliği giderilmeli, ayrıntılı meslek öyküsü alınmalı ve bu konuda farkındalığın artırılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Silikozis, Cam Kumlama, Meslek Hastalığı

## PS-301

### Yol Ayrımında İki Ayırıcı Tanı: Sarkoidozis mi, Silikozis mi?

Elif Akıncı Aydın<sup>1</sup>, Övgü Velioglu Yakut<sup>1</sup>, Gülce Cansu Serin<sup>1</sup>, Turan Acıcan<sup>1</sup>, Özlem Özdemir Kumbasar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD

**Giriş-Amaç:** Silikozis, ILO Sınıflandırmasına göre maruziyet ve tipik radyolojik bulgularla tanımlanır ancak silikozisin radyolojik paternleri sarkoidozise benzeyebilir. Sarkoidozis, nedeni bilinmeyen sistemik granüloamatöz bir hastalıktır; fakat metaller veya silika gibi inorganik tetikleyicilerin neden olabileceğinden kuşulanılmaktadır.

**Olgu:** Olgu-1: 51 yaş erkek hasta uzun yıllar demir-çelik işçiliğiyle çimento, seramik işçiliği yapmış;2019'da progresif dispne nedeniyle dış merkezdeki incelemelerde toraks BTde mediastinal-hiler lenfadenopati (LAP), bilateral yaygın parankimal infiltrasyon ve lingulada konsolidasyon alanı görülmüş, PET-BT'de patolojik tutulum izlenmemiş. Antibiyotiklere yanıtız hastada linguladaki lezyona yapılan TTİABx'de granülom düşünülerek sarkoidoz tanısı ile kısa süreli metilprednizolon denendikten sonra azatiopirin başlanmış. Şikayetleri gerilemeyen hastanın tarafımıza başvurusunda tüm tetkikleri tarandı ve iş-maruziyet dosyaları incelenerek sodyum silikat maruziyeti belgelendi. Tüberküloz ve bağ doku hastalığı dışlandı. Yapılan örneklemeler ve dış merkez patoloji preparatlarının yeniden incelenmesinde intersitisyel kalınlaşma, fibrotik alanlar ve yer yer dev hücre grupları görülmüş olup net bir granülom varlığı düşünülmeyen hastada bulgular ağır metal ve silika maruziyetine bağlı olarak kabul edilerek hasta takibe alındı.

Olgu-2: 38 yaş erkek hasta,28 yıllık mermer işçisi; 2016dan beri dispne, öksürük, balgam şikayeti ile başka bir merkezde tüberküloz, silikozis, sarkoidozis ön tanıları ile incelenmiş, toraks BTde mediastinel-hiler LAP, bilateral nodüler infiltrasyon ve konsolide alanlar görülmüş, PETBTde LAP ve parankimde yumuşak dokuda tutulum gösteren alanlara multiple bronş bx ve EBUS yapılmış. Biyopside granüloamatöz reaksiyon düşünülen hastaya deflazokort verilmiş. Kliniğimize başvuran hastanın EBUS preparatları nonnekrotizan granüloamatöz lenfadenitis olarak yorumlandı. Tüberküloz ve bağ doku hastalığı dışlandı. Maruziyetleri göz önünde bulundurularak siliko-sarkoidozis düşünülen hastaya metilprednizolon başlandı fakat doz azaltma aşamasında fonksiyonel progresyon olunca metotreksat eklenerek yanıt alındı.

Olgu-3: 52 yaş erkek hasta,20 yıl yaş emaye kaplama-pişıirmede çalışmış; progresif dispne nedeniyle çekilen toraks BTsinde sentrilobüler nodüler opasiteler, mediastinal-hiler LAPlar görüldü. Tüberküloz ve bağ doku hastalığı dışlandı. Daha önce aldığı metilprednizolon altında radyolojik progresyonu olan hastada maruziyet ve anamnezle HP tanısından uzaklaşıldı. Sitolojik incelemelerde granüloamatöz reaksiyon düşünülmedi. BAL'da CD4/8 oranı 1 saptanan hastada yaş emayede bulunan silika maruziyeti ile radyolojik özellikler de birleştirildiğinde silikozis ön planda düşünüldü.

**Tartışma-Sonuç:** Radyolojik olarak benzer paternde görülebilen bu iki hastalıkta maruziyetler ve sitolojik özellikler ayırıcı olmakla birlikte güncel literatür verileri göz önüne alındığında silika maruziyeti olan bir hastada sarkoidozis de olabileceği, silikozis-sarkoidoz birlikteliğinin bulunabileceği unutulmamalıdır. Ayırıcı tanı ile tedavi-takip planlarının belirlenmesi önemli olup uygun hastalarda her iki hastalık açısından ileri incelemeler ve yakın izlem önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Silikozis, Sarkoidozis, Meslek Hastalığı

**PS-302**

## **Komplike Silikozis Olgusunda Gelişen Akciğer Karsinomu**

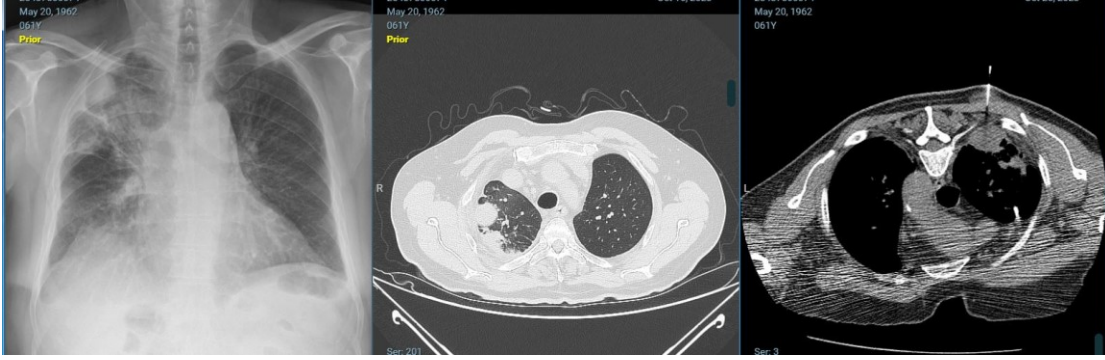
Seher Baki<sup>1</sup>, Gülden Sarı<sup>1</sup>, Adem Koyuncu<sup>1</sup>, Rabia Ezber<sup>1</sup>, Cebrail Şimşek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Silikozis, solunabilir silika tozunun akciğerlerde birikmesiyle oluşan granülomatoz inflamasyon ve genellikle diffüz pulmoner fibrozise ilerleyen, kronik bir akciğer hastalığıdır. Progresif masif fibrozisi (PMF), patolojik olarak bağ dokusu ile kaynaşmış silikotik nodüllerin kümelenmesinden oluşur. Bu yazıda, PMF vakasında yeni gelişen akciğer karsinomu tanı süreci sunulmaktadır.

**Olgu:** 2017 yılı itibariyle pnömokonyoz tanısıyla takip edilmekte olan hasta iki hafta önce başlayan öksürük, balgam ve nefes darlığı şikayetlerinde artış olması üzerine polikliniğimize başvurdu. 35 yıl önce akciğer tüberkülozu tanısı alan hastanın o dönemde 5 yıl süreyle yeraltı taş ocaklarında dinamit patlatma işinde çalıştığı, tanı sonrasında işi bırakarak market işlettiği öğrenildi. Yapılan fizik muayenede oskültasyondaki yaygın ronküs dışında solunum sistemi muayene bulgusu yoktu. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde CRP yüksek (73 mg/l), 3 balgam ARB negatifti. PAAG'de sağ akciğer üst zonda plevraya oturan nodüler opasite ve sağda daha yoğun bilateral retikülonodüler dansite artışı vardı. Eş zamanlı çekilen HRCT'de sağ üst zonda daha belirgin olmak üzere sağ akciğerde plevral çekinti ve parankim distorsiyonu oluşturan, büyüğü 3.5 cm çapa ulaşan yer yer gruplaşma eğilimi gösteren, bir kısmı plevral-parankimal ayrımı net olarak yapılamayan, çoğunluğu çekintili konturlu çok sayıda nodüler kitle lezyonu izlendi. Malignite şüphesi ile çekilen PET-CT, bilateral sağda daha belirgin olmak üzere bir kısmı subplevral yerleşimli, bir kısmı konsolide görünümde büyüğü sağ akciğer üst lob apikal-posteriorda yaklaşık 20 mm çapında olmak üzere multiple nodüler lezyon alanlarında artmış metabolik aktivite tutulumları (SUVmax:9.87), mediastende bilateral paratrakeal, prekarinal, subkarinal, bilateral hiler, aortikopulmoner multiple yer yer konglomere görünümlü lenf nodlarında artmış metabolik aktivite tutulumları (SUVmax:12.58) raporlandı. Torakal MR hasta uyumsuzluğu nedeniyle çekilemedi. Eski BT leri ile güncel radyolojik görüntüler karşılaştırıldığında, yeni gelişen kitle lezyonlarında tipik radyolojik PMF bulgularının olmaması nedeniyle invaziv işlem planlandı. Sağ akciğer üst loba 3,5 cm çapındaki nodüler kitle lezyona transtorasik iğne biyopsisi (TTiB) yapıldı, patoloji sonucu "Küçük Hücreli Dışı Karsinoma" olarak raporlandı.

## PMF'de Akciğer Kanseri



**Tartışma-Sonuç:** Pnömokonyoz olgularında akciğer kanseri görülme sıklığı yüksektir. Torakal MR, PMF ile akciğer malignitesi ayırıcı tanısında kullanılabilir. Ancak hasta uyumsuzluğu ve deneyimli radyolog eksikliği nedeniyle kullanımı sınırlıdır. PMF de BT de tipik radyolojik bulgular iyi tanımlanmıştır. Pnömokonyoz tanılı hastalarda yeni gelişen kitle lezyonlarında, maruziyet ile temporal ilişki de kurulamaması halinde doku tanısı gerekebilir. Bu nedenle şüphelenilen olgular pnömokonyoz takibi açısından deneyimli merkezlere yönlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Silikozis, Akciğer Karsinomu, PMF

## İş Yerleri Bizi Anlıyor Mu?

Saadet Ertaş<sup>1</sup>, Gülden Sarı<sup>1</sup>, Adem Koyuncu<sup>1</sup>, CebraİL Şimşek<sup>1</sup>

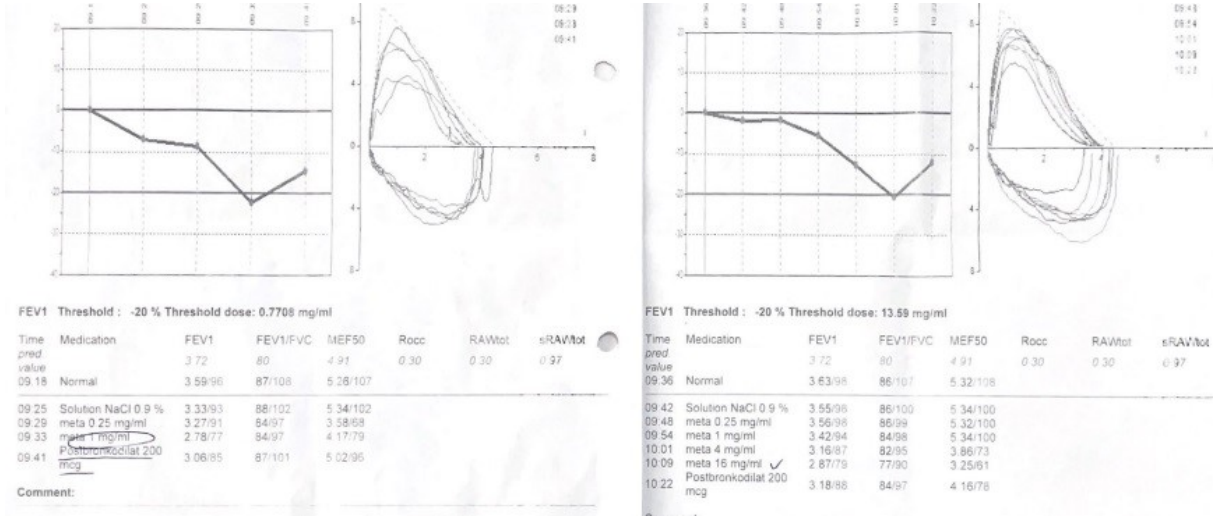
<sup>1</sup>Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** İş ile ilişkili astım; mesleki astım (MA) ve işle alevlenen astım olmak üzere iki başlık altında toplanmaktadır. MA daha önce astım tanısı olmayan kişide iş yerinde belirli bir duyarlaştırıcı etkene maruziyet sonrası ortaya çıkan astımı tanımlamaktadır. İş yerinde alevlenen astım ise; astım tanılı hastanın iş yerinde spesifik olmayan duyarlaştırıcı maruziyeti ile semptomlarının kötüleşmesidir. Bu olgu sunumu ile astım tanısı alan hastanın iş yerinde proses değişikliği yapılması ile astım için daha riskli bir pozisyona alınması sonrasında semptomlarda kötüleşme ile meslek hastalığı kliniğinde tekrar değerlendirilerek meslek astım tanısı almasına dikkat çekmeyi amaçladık.

**Olgu:** 38 yaşında bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan hasta yaklaşık 3 ay kadar önce hırıltı yakınması ile dış merkeze başvurmuş. Hırıltıya öksürük de eşlik ediyormuş ve gece sabaha karşı uyanmak zorunda kalıyormuş. Bu şikayetleri ile dış merkeze başvuran hastaya astım ön tanısı ile inhaler tedavi başlanmış. Meslek öyküsünde yaklaşık 10 yıldır gazaltı kaynağı yapan hastanın astım tanısı sonrası 3 ay önce işyerinde pozisyon değişikliği yapılmış. Kaynak dumanından uzaklaştırılmış ancak araçlara fiber sikon sıkıp tinerle temizleme işlemi yapılan bölüme alınmış. Ortamda fiber-tiner ve lastik kokusu varmış. Şikayetleri inhaler tedaviye rağmen azalmayan ve çarpıntı eklenen hasta mesleki astım ön tanısı ile polikliniğimize yönlendirilmiş. Polikliniğimizde değerlendirilen hastanın FM'de bilateral yaygın ronküsü mevcuttu. SFT: FVC:3,70 %83, FEV1:3,33 %89, oran:80, reversibilite negatif gelen hastaya bronş provokasyon testi (BPT) yapıldı. İşyeri sonrası BPT 1 mg ile pozitif gelirken, istirahat sonrası BPT 16 mg ile pozitif geldi (Şekil 1-2). Sonrasında hasta PEF takibine alındı. 14 günlük işyeri PEF takibinin 8 gününde PEF değişkenliği %20'nin üzerinde saptandı. 14 gün istirahat PEF takibinde ise PEF değişkenliği saptanmadı. Mevcut tetkikleri ile hastaya mesleki astım tanısı konuldu. İş yerine "iş hijyen koşullarının sağlandığı, uygun kişisel koruyucu donanımın kullanıldığı, partikül, toz, duman, kimyasal, gaz ve buharlardan uzak ortamda çalışması uygundur." şeklinde öneride bulunuldu.



## İş yeri ve istirahat BPT



Şekil 1-2

**Tartışma-Sonuç:** MA dünya çapında yaygın bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte klinik bulgularının spesifik olmaması ve farkındalığının az olması nedeni ile olduğundan çok daha az tanı konulmaktadır. MA'ya neden olan 400'den fazla madde tanımlanmış olup her geçen gün listeye yenileri eklenmektedir. Krom, nikel, kobalt, demir, çinko gibi çeşitli metaller; metal kaplama işçilerinde ve paslanmaz çelik kaynakçılarında MA'ya neden olmaktadır. MA tanısı için öncelikle iyi bir anamnez ve meslek öyküsü ile hastalıktan şüphelenmek sonrasında tanı için gerekli objektif testleri yapmak gereklidir. SFT, ev ve iş yeri PEF takibi ve BPT günlük pratikte sık kullanılan testler arasındadır. Tedavide öncelik hastanın etkenden uzaklaştırılmasıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Mesleki Astım, Kaynak Dumanı

**PS-304**

## **Mazot Aspirasyonu Sonrası Gelişen Bir Lipoid Pnömoni Olgusu**

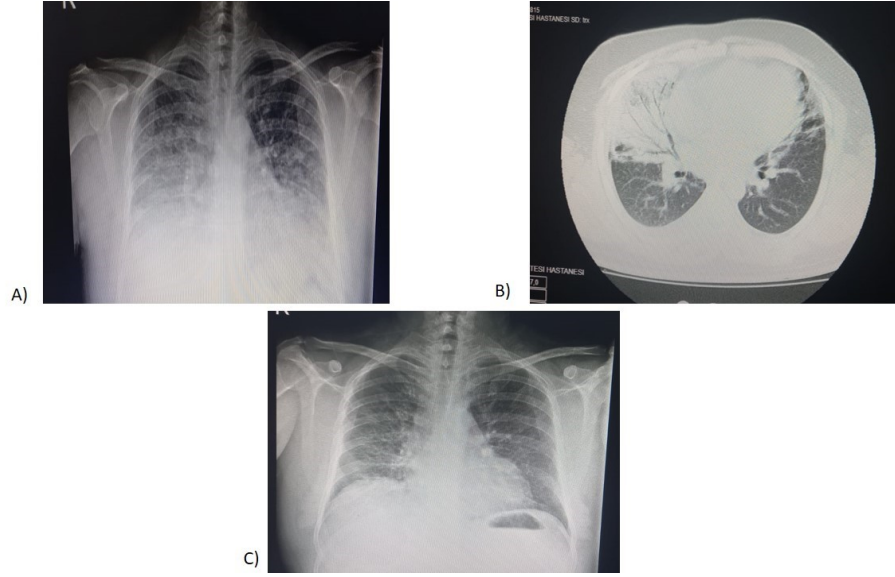
Rabia Şahin<sup>1</sup>, Merve Yumrukuz Şenel<sup>1</sup>, Mustafa Çolak<sup>1</sup>, Hikmet Çoban<sup>1</sup>, Fuat Erel<sup>1</sup>, Nurhan Sarıoğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD

**Giriş-Amaç:** Lipoid pnömoni, eksojen veya endojen lipit içeren ürünlerin aspirasyonu veya inhalasyonundan kaynaklanan nadir bir hastalıktır. Geçmiş otopsi serilerinde görülme sıklığı %1 ile %2,5 arasında bildirilmektedir. Hastalıkla bağlantılı spesifik bir klinik özelliğin olmaması nedeniyle öykü tanıda çok önemli rol oynar. Klinikte hastaların yarısına yakınında hiç semptom görülmezken; semptomatik vakalarda ateş, öksürük, nefes darlığı, göğüs ağrısı görülebilmektedir. Radyolojik olarak akciğerde konsolidasyon, nodül ve buzlu cam gibi non-spesifik lezyonlar görülebilir. Kesin tanı, bronkoalveoler lavaj veya akciğer biyopsisi ile elde edilen, solunum sekresyonlarında lipid yüklü makrofajları gösteren histolojik özelliklerle konulur. Biz bu vakada eksojen mazot aspirasyonuna sekonder gelişen lipoid pnömoni vakasını anamnez almanın önemini ve bu vakaları yakın takip etmenin önemini vurgulamayı amaçladık.

**Olgusu:** Bilinen ek hastalığı olmayan, 30 paket-yıl sigara öyküsü olan 35 yaş, erkek hasta öksürük, nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurmuş. Acil serviste yapılan tetkiklerde kan değerleri ve Toraks Bilgisayarlı Tomografide (BT) parankimal patoloji olmayan hasta, acil serviste oksijen ve nebül tedavisi sonrası taburcu edilmiş. Şoför olarak çalıştığı öğrenilen hastanın aracının mazotu bitmesi nedeni ile başka bir araçtan hortum aracılığıyla mazot aktarırken aspire ettiği öğrenilmiş. Hasta öksürükte artma, göğüste batır tarzda ağrı, nefes darlığı ve pembe renkli balgam şikayetleri olması nedeni ile aspirasyon sonrası 5. günde tarafımıza başvurdu. Gelişinde WBC:  $10.4 \cdot 10^3/\mu\text{l}$ , CRP > 200 mg/l idi. Hastaya 1mg/kg/gün iv Metilprednizolon tedavisi ve beraberinde Meropenem 3x1 gr başlandı. Takibinde hastanın şikayetleri geriledi, antibiyoterapi 14 güne tamamlanarak kesildi. Metilprednizolon tedavisi azaltılarak 32 mg tablet ile taburculuğu yapıldı. Kontrollerde semptomlarında belirgin azalma olan ve akciğer görüntüleme bulguları gerileyen hastanın tedavisi oral 16 mg metilprednizolon ile takibimiz devam etmektedir.

## Olgunun Görüntüleme Bulguları



A), B) Mazot aspirasyonu sonrası 5. günde çekilen PA Akciğer Grafisi ve Toraks BT kesiti C) Birinci ay takibinde çekilen PA Akciğer Grafisi

**Tartışma-Sonuç:** Lipoid pnömoni, pnömonilerin ayırıcı tanısında öyküden de yola çıkarak aklımıza gelmesi gereken bir tanıdır. Özellikle vakamızda olduğu gibi aspirasyon sonrasında ilk saatlerde radyolojik olarak bulgu saptanmayabilir. Ancak hastaların aspirasyondan günler sonra semptom ve görüntüleme bulguları kötüleşebilmektedir. Bu nedenle hastaların yakın takip edilmesi önemlidir. Eksojen kaynaklı lipoid pnömoni olgularında tedavi açısından literatürde kesin öneriler olmadığı görüldü. Biz olgumuzda geniş spektrum antibiyotik tedavisi ile birlikte metilprednizolon uyguladık.

**Anahtar Kelimeler:** Lipoid Pnömoni, Mazot, Aspirasyon Pnömonisi

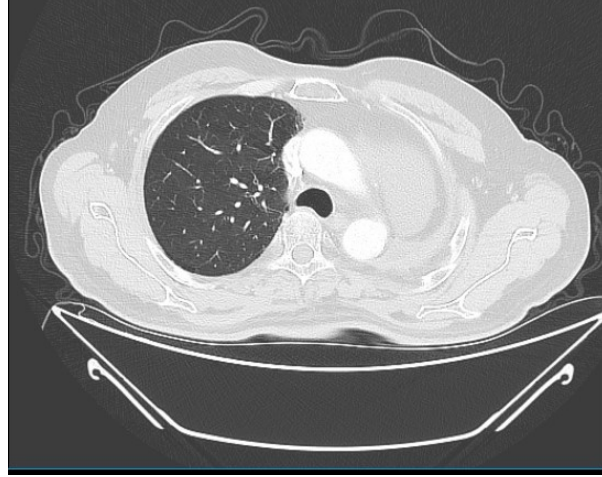
## Sigara İçmeyen Bir Madencide Mesleki Akciğer Kanseri: Olgu Sunumu

Ozan Ekim<sup>1</sup>, Gülden Sarı<sup>1</sup>, Rabia Ezber<sup>1</sup>, Adem Koyuncu<sup>1</sup>, Cebrail Şimşek<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Giriş-Amaç:** Mesleksel maruziyetler akciğer kanseri etyolojisinde önemli bir role sahiptir ve farklı endüstrilerde ve mesleklerde akciğer kanseri riskinin arttığı bildirilmiştir. Ancak maruziyetten dekatar sonra gelişmesi ve multifaktöriyel doğası nedeniyle akciğer kanseri gelişimini mesleksel maruziyetlere atfetmek mesleki akciğer kanseri tanısının önündeki en önemli zorluktur. Bu yazıda sigara öyküsü ve ailesinde malignite öyküsü olmayan kömür madeni işçisinde gelişen mesleki akciğer kanseri olgusu sunulmuştur.

**Olgu:** 57 yaşında erkek hastanın kliniğimize başvurusunda uzun süredir devam eden halsizlik ve son 6 aylık süreçte belirginleşen nefes darlığı şikayetleri mevcut. Yaklaşık olarak 14 yıl önce nefes darlığı ve öksürük nedeniyle tetkik edilmiş. Süreç sonucunda akciğer adenokarsinomu tanısı almış, ardından sol pnömonektomi uygulanmış. 2009'da gerçekleştirilen sol akciğer pnömonektomi ve mediastinal lenf nodu diseksiyonu ile orta derecede diferansiye adenokarsinom tanısı almış. Hasta hiç sigara içmemişti. Meslek öyküsünden hastanın 20 yaşında yurt dışında taş kömürü madeninde çalışmaya başladığı, 11 yıl bu sürecin devam ettiği, bu süreçte yer altında kazmacılık, tahkimatçılık ve domuzdamcılık yaptığı öğrenildi. Ardından 3 yıl kadar aktif olarak çalışmadığı bir süreç bulunan hasta Türkiye'ye kesin dönüş yaptıktan sonra akciğer kanseri tanısı aldığı 47 yaşına kadar esnaflık yapmış. Akciğer kanseri tanısı aldıktan sonra malulen emekli olarak çalışma hayatını sonlandırmış. Fizik muayenesinde sol hemitoraks üzerinde operasyon skarları mevcuttu. Sol akciğerde solunum sesleri alınamıyordu. PAAG'de Trakea sağa deviydi, sol diafragma elevasyonu mevcuttu, sol hemitoraksta homojen dansite artışı mevcuttu. HRCT'de mediastinal vasküler yapılar ve kalpte sola doğru minimal yer değişikliği mevcuttu. Sol akciğer izlenmedi. Sağ akciğerde dik seyirli vasküler yapılardan ayrımı net olarak yapılamayan milimetrik boyutlu birkaç adet nodüler dansite saptanmıştı. Sol kot yapılarında yer yer heterojeniteler mevcuttu. Sol akciğer izlenmedi (Resim 1). 2009'da sol akciğer pnömonektomi ve mediastinel lenf nodu diseksiyonu uygulanmış ve patoloji sonucu geniş alanlarda nekrotik orta derecede diferansiye adenokarsinom ve 7 numaralı lenfatik istasyonda fibröz doku içinde nekrotik alanlar içeren tümör dokusu raporlanmıştı. Ek olarak çift kırıcı ile plevral komşulukta fokal sahalarda silika kristalleri olduğu vurgulanmıştı. Sigara kullanma öyküsü olmayan, ailesel kanser öyküsü tariflemeyen hastanın meslek ilişkili akciğer kanseri açısından riskli meslekler arasında sayılan yer altı taşkömürü madenciliğini 11 yıl süreyle yaptığı öğrenildi. Hastalık gelişimi ile maruziyet başlangıcı arasında geçen latent süre literatürde belirtilen süreyle uyumluydu. Meslek öyküsü, radyolojik ve patolojik bulgularla hastada mesleki akciğer kanseri olduğu kanaatine varılarak bildirimde bulunuldu.



Mediastinal vasküler yapılar ve kalpte sola doğru minimal yer değişikliği mevcut. Sol akciğer izlenmedi.

**Tartışma-Sonuç:** Tüm mesleki kanserlerin büyük bir kısmını oluşturan akciğer kanseri, en yaygın mesleki kanser olarak kabul edilir. Madencilik; yer altı madenciliği sırasında kayaçlardan radon izotoplarının salınımıyla ilişkili olarak radyasyon –ilişkili akciğer kanseri, silika maruziyeti ve yer altı madenciliği sırasında iş makinalarından salınan dizel egzoz dumanları nedeniyle, akciğer kanseri için riskli meslek olarak tanımlanmaktadır. IARC 1997 yılında inhale kristal silikayı, 2012 yılında yayınlanan 11 toplum tabanlı vaka- kontrol çalışması sonuçlarından sonra da dizel egzoz dumanlarını insanlarda kanserojen olarak bildirmiştir. Kanser olgularında maruziyet ile hastalığın başlangıcı arasında geçen sürenin uzun olması sebebiyle etyolojik neden kimi zaman bulunamamaktadır. Hastaların ayrıntılı ve kronolojik meslek öykülerinin alınması ve mesleki maruziyetlerinin değerlendirilmesi etyolojinin saptanmasını sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Akciğer Kanseri, Silika, Mesleki Maruziyetler

## Plevral Sıvıdan Malignite Tanısı Alan Silikosiz Olgusu

Elif Selçuk<sup>1</sup>, Elif Akıncı<sup>1</sup>, Aslıhan Gürün Kaya<sup>1</sup>, Deniz Doğan Mülazımoğlu<sup>1</sup>, Serhat Erol<sup>1</sup>, Akın Kaya<sup>1</sup>

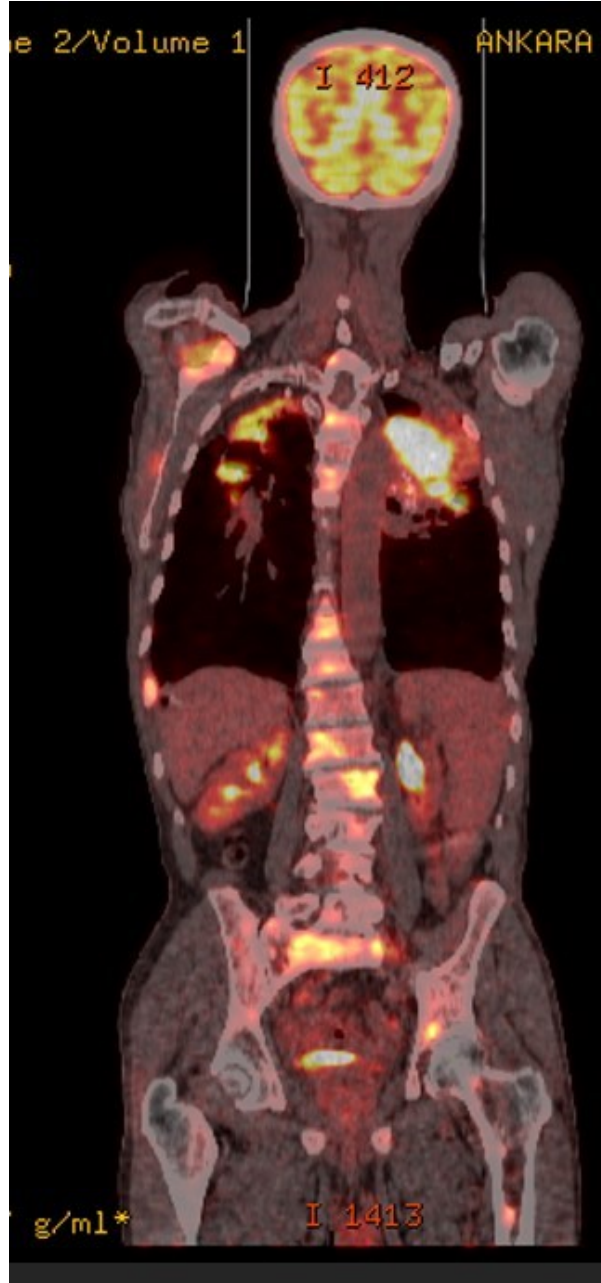
<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

**Giriş-Amaç:** Silikosiz, silika kristallerinin inhalasyonu ile gelişen mesleki akciğer hastalığıdır. Radyolojik olarak toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) bilateral, simetrik, sentrilobüler ve perilenfatik keskin sınırlı nodüller, buzlu cam alanları, yamasal tarzda konsolidasyon ve hiler lenf nodu büyümesi görülebilir. Radyoloji ilerledikçe klinik semptomlar da ağırlaşır. Ayırıcı tanıda radyolojik görünümü taklit eden enfeksiyonlar, malignite, romatoid nodüller, sarkoidoz, pulmoner langerhans hücreli histiositozis, pnömoni, akut respiratuar distress sendromu (ARDS), kalp yetmezliği, difüz alveoler hemoraji sayılabilir. Fluorine-18-fluorodeoxyglucose (18F-FDG) pozitron emisyon tomografide (PET) de artmış metabolik aktivite saptanabilir. Ayrıca epidemiyolojik çalışmalarda da silikosiz ve artmış akciğer kanseri riski arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.

**Olgu:** Bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı, silikosiz tanıları olan 71 yaş erkek hasta kliniğimize toraks BT'sinde kitle görünümüleri mediastinal lenfadenopatileri, sol hemitoraksta plevral sıvısı, kosta ve vertebralarda sklerotik lezyonları olması nedeniyle yönlendirildi. Öyküsünde 15 paket-yıl sigara öyküsü olduğu, madende 19 yıl çalıştığı ve 40 yıl önce tüberküloz öyküsü olduğu öğrenildi. Hastaya çekilen PET-BT'de bilateral üst lobda yumuşak dokuda, mediastinal, sol supraklavikuler lenf nodlarında, iskelet sisteminde patolojik aktivite birikimleri saptandı. Mevcut bulgular ile ayırıcı tanıda silikozis, malignite ve akciğer tüberkülozu reaktivasyonu düşünüldü. Mediastindeki lenf nodlarından endobronşial ultrasonografi (EBUS) ile örnekleme yapıldı, bronş lavajı alındı. EBUS sitoloji sonucu malignite yönüden negatif fibrotik antrakozik lenf nodülü, raporlandı. Lavaj yaymaları da malignite yönünden negatif değerlendirildi. Alınan örneklerden gönderilen ARB boyaması negatif saptandı. Mevcut bulgularda malignite dışlanamayacağı için hastaya sağ akciğer üst lobdaki PET-BT'de artmış metabolik aktivite gösteren lezyondan BT eşliğinde transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı; sitoloji sonucu yaygın kollojen fibrosiz ve antrakozis, malignite yönünden negatif, raporlandı. Silikosizli olgularda klinik olarak plevral sıvı, radyolojik olarak iskelette patolojik aktivite gösteren lezyonlar rutin beklenmeyeceği için malignite kuşkusu devam eden hastanın sol hemitorakstaki plevral efüzyondan örnek alındı. Sitoloji sonucu adenokarsinom ile uyumlu olarak raporlandı. Moleküler incelemede ALK negatif, zayıf PD-L1 ekspresyonu saptandı. Hasta onkolojiye yönlendirildi.

**Tartışma-Sonuç:** Silikosizi olan hastalarda radyolojik bulgular ve PET-BT de artmış metabolik aktivite varlığı silikozisin kendisi ile ilişkili olabileceği gibi, silikoziste artmış oranda görülen malignite ve tüberküloz ile ilişkili olabilir. Bu nedenle bulguların ayrıntılı değerlendirilmesi ve tanıyı kesinleştirmek için gerekli histopatolojik örneklemeler gerekebilir.

## Plevral Sıvıdan Malignite Tanısı Alan Silikosiz Olgusunda Pet-BT Görüntüsü



Her iki akciğer üst lobda mevcut yumuşak doku yapılanmalarında nonhomojen patolojik aktivite birikimleri

**Anahtar Kelimeler:** Silikosiz, Malignite, Plevral Sıvı

**PS-311**

## **KOAH'ta Tedavi Tercih ve Tedavi Uyumuna İlişkin Hasta Perspektifleri**

Miguel Román Rodríguez<sup>1</sup>, Ilona McMullan<sup>3</sup>, Christopher Compton<sup>3</sup>, Raj Sharma<sup>3</sup>, Ruth Tal-Singer<sup>4</sup>, MeiLan King Han<sup>5</sup>, Merve Demirkaynak<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud Dra. Teresa Pique, Mallorca, İspanya

<sup>2</sup>Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares (IdISBa), Mallorca, İspanya

<sup>3</sup>GSK, Londra, Birleşik Krallık

<sup>4</sup>COPD Foundation, Washington, DC, ABD

<sup>5</sup>Michigan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pulmoner ve Kritik Bakım Tıbbi Bölümü, MI, ABD

<sup>6</sup>GSK, İstanbul, Türkiye

**Giriş-Amaç:** Yaşam tarzı değişiklikleriyle birlikte ilaçlar KOAH yönetiminde öncelikli yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Çalışmada KOAH yönetiminin optimize edilmesi amacıyla, tedavi tercihi ve tedavi uyumuna ilişkin hasta görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Hasta ve hizmet sağlayıcılara ait kalitatif içgörü verileri 2021 yılında üç kaynaktan toplanmıştır: Sağlık çalışanları ile GSK arasındaki etkileşimler, sosyal medya siteleri (uzman ve uzman olmayan); ve bağımsız bir online hasta anketi. Ortak temaların belirlenmesi için anahtar kelimeler kullanılarak verilerin anonimleştirilmesi, derlenmesi ve kategorize edilmesi amacıyla bir içerik analizi yöntemi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Sağlık çalışanı etkileşimleri 2966 adet veriden oluşmaktadır ve sağlık çalışanı tarafından bildirilen hasta içgörü verilerini sunmaktadır. Sosyal medya verileri 988 gönderiyi içermektedir (bunların bir alt kümesi [n=153] %97 oranında 41-<81 yaş arası hastaları içermektedir). Ankete katılan 44 kişi içerisinde 33 hasta (hafif-orta şiddetli KOAH) ve 20-69 yaş arası 11 bakım veren yer almaktadır. Sağlık çalışanları/GSK etkileşimlerinden ve sosyal medyadan elde edilen bilgilere göre, hastaların hastalık ve tedavi seçeneklerini anlama noktasında eksiklikleri bulunmaktadır ve bu da hasta eğitiminin iyileştirilmesi ihtiyacını vurgulamaktadır (Tablo). Tedavi tercihi konusunda, hastalar, tek dozun (üçlü tedavi) birkaç farklı inhaler tedaviden daha uygun olduğunu ve tedavi uyumunu artırabileceğini bildirmişlerdir (Tablo).



Tablo. Hastanın tedavi seçenekleri konusunda farkındalığı ve tercihi

<p>Hastanın tedavi seçenekleri konusunda farkındalığı</p>	<p>Hasta tedavi tercihi</p>
<ul style="list-style-type: none"><li>• KOAH hastaları (yeni ve mevcut hastalar), tedavi seçenekleri hakkında tavsiye almak için hem uzman olan hem de uzman olmayan sosyal medya sitelerini kullanıyor<ul style="list-style-type: none"><li>○ Cihazlar ve diğer tedavilerin (steroidler dahil) kullanımını içeren eğitimler ve hem uzman hem de uzman olmayan siteler aracılığıyla aranmaktadır.</li></ul></li><li>• Hastalar tek doz/cihazın faydalarını anlamıyor. (mVoC*)</li><li>• Hastaların hastalık hakkında farkındalık yetersizdir (mVoC ve sosyal medya)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tekli tedaviye karşı üçlü tedavi<ul style="list-style-type: none"><li>○ Erişim ve kullanım kolaylığı.</li><li>○ Hastalar tek dozun (üçlü tedavi) farklı tedavilerden daha uygun olduğunu düşünüyor.<ul style="list-style-type: none"><li>▪ “Kolaylık sağlamak için bir doz ve süreyi kapsamak için iki doz” (sosyal medya, n=988 gönderi)</li><li>▪ “Üçlü tedavi çok daha kullanışlı ve faydalı oluyor gibi görünüyor” [Yeni Hasta]</li><li>▪ “Tek doz, üçlü tedavileri diğer birçok ilaçtan daha kullanışlı kılıyor” (Hasta anketi ve sosyal medya)</li></ul></li><li>○ ABD'deki hastalar üçlü tedavinin uzun vadede daha ucuz olduğunu ve işveren veya devlet sigortasında daha ucuz olduğunu bildiriyor.<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ‘Üçlü tedaviler sigorta tarafından daha ucuzdur ve numuneler sağlanmaktadır (ABD) (Sosyal Medya)</li></ul></li></ul></li></ul>

KOAH, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı; mVoC, Müşterinin medikal yorumları

\*mVoC, Sağlık alışanları/hastalar ve GSK arasındaki etkileşim sonrasında elde edilen verileri tanımlar; bunlar, karşılanmamış tıbbi ihtiyaçlar, tedavi kılavuzları/yaklaşımları ve hastalık yükü hakkındaki geri bildirimleri içerir.

**Tartışma-Sonuç:** Bu analiz, yetersiz düzeydeki hastalık farkındalığı ve cihaz/dozaj eğitimi de dahil olmak üzere hasta tedavi tercihi ve uyumu ile ilgili ortak temaları ortaya koymuştur.Finansman: Çalışma, GSK sponsorluğunda gerçekleştirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** KOAH Yönetimi, Birinci Basamak, Eğitim



## Alfa-1 Antitripsin Eksikliği: Üç Olgu ile

Deniz Doğan Mülazımoğlu<sup>1</sup>, Miraç Öz<sup>1</sup>, Gökhan Çelik<sup>1</sup>, Sevgi Saryal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

**Giriş-Amaç:** Alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliği güçlü bir proteaz inhibitörü olan AAT'nin yetersizliğiyle karakterize, otozomal resesif kodominant geçiş gösteren kalıtsal bir patolojidir. AAT eksikliği genellikle siroz ve hepatosellüler karsinoma gibi karaciğer hastalıkları, erken başlangıçlı kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), pannikülit, vaskülit gibi ekstrapulmoner hastalıklara neden olmaktadır. AAT eksikliğinin yetişkinlerde en sık yol açtığı hastalık erken başlangıçlı panasiner amfizemdir. Serum AAT konsantrasyonu normal ortalama değerlerin %35'inden düşük ( $\leq 11 \mu\text{mol/L}$ ) olan olgularda ağır amfizem gelişir. Solunum semptomları klasik KOAH'tan farklı olarak 30-40 yaşlarında başlar ve hastalık özellikle sigara içenlerde veya mesleki ekspozisyonu olanlarda hızlı ilerleme gösterir. Homozigot olgulara alfa-1 antitripsin replasman tedavisi başlanması gerekmekte olup heterozigot olguların takipte FEV1 kaybı ve semptomları sorgulanarak replasman tedavisi gerekliliği değerlendirilmelidir. Ülkemizde ve dünyada nadir görülen bir kalıtsal patoloji olması nedeniyle kliniğimizde AAT replasman tedavisi alan üç olguyu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Olgu 1: Elli altı yaşında erkek hasta, 46 yaşında KOAH tanısı almış. Takiplerinde toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) yaygın amfizem alanları olması nedeniyle gönderilen serum AAT seviyesi 0.169 g/L olarak sonuçlanmıştır. Genetik test sonucunda homozigot PiMmaltonMmalton olarak saptanmış ve AAT replasman tedavisi başlanmıştır. Pandemi döneminde COVID-19 tanısıyla hospitalize edilmiş ve COVID-19'u hafif semptomlarla geçirmiştir.

Olgu 2: Sigara içme öyküsü olan 51 yaşında kadın hastanın 2012 yılında nefes darlığı nedeniyle yapılan tetkiklerinde toraks BT'de yaygın amfizem alanları saptanmıştır. Serum AAT düzeyi 0,415g/L olduğu için yapılan genetik incelemede PiZZ alleli saptanmış ve hastaya AAT replasman tedavisi başlanmıştır. Hasta 2020 yılında COVID-19 nedeniyle exitus olmuştur.

Olgu 3: Kırk bir yaşında kadın hastada, dispne etiyolojisi için yapılan spirometride obstrüktif ventilatuar defekt ve toraks BT'de hava hapsi alanları saptanmıştır. Serum AAT düzeyi 0,184 g/L olarak sonuçlanmıştır. Genetik olarak heterozigot PiMZ olan hastaya semptomatik ve ileri derecede FEV1 düşüklüğü olması nedeniyle AAT tedavisi başlanmıştır. Tablo 1'de olguların özellikleri, Şekil 1'de toraks BT bulguları gösterilmiştir.

Şekil 1. Olguların Toraks BT kesitleri A. Olgu 1, bilateral amfizem alanları ve büller B. Olgu 2, solda daha belirgin bilateral amfizem alanları C. Olgu 3, bilateral alt zonlarda hava hapsi ve amfizem alanları



Tablo 1. Alfa 1 antitripsin eksikliği olgularının demografik ve genetik özellikleri

	<b>OLGU 1</b>	<b>OLGU 2</b>	<b>OLGU 3</b>
<b>Genetik varyant</b>	PiMmaltonMmalton Homozigot	PiZZ Homozigot	PiMZ Heterozigot
<b>Yaş</b>	46	51	41
<b>Cinsiyet</b>	E	K	K
<b>Sigara öyküsü</b>	35 paket-yıl	15 paket-yıl	20 paket-yıl
<b>Karaciğer hastalığı</b>	+	-	-
<b>Serum AAT düzeyi, g/L</b>	0.169	0,415	0,184
<b>Tedavi süresi</b>	4 yıl	3 yıl	4 yıl
<b>Tedavi öncesi FEV1</b>	1460 ml, %46	620 ml, %23	1050 ml, %38
<b>Tedavi sonrası FEV1</b>	1280 ml, %43	650 ml, %30	1550 ml, %61
<b>Takip süresince hastane başvurusu/atak sayısı</b>	2	3	2

**Tartışma-Sonuç:** AAT eksikliği olan bireylerde amaç akciğer hastalığı gelişmesinin önlenmesidir. Ağır eksikliği bulunan bireyler sigarayı bırakmalı, aile öyküsü sorgulanmalı, genetik danışmanlık verilmeli ve KOAH gelişimini kolaylaştıracak çevresel ve mesleki risk faktörlerinden uzak durması sağlanmalıdır. Bronkodilatör tedavi kullanımı hastanın dispne şiddeti, FEV1 düzeyi ve atak sıklığına göre klasik KOAH hastalarında olduğu gibi yapılmalıdır. Genç yaşta amfizem ile başvuran hastalarda mutlaka serum AAT düzeyi istenmelidir. AAT replasman tedavisinin haftada bir kez 60 mg/kg intravenöz olarak uygulanması önerilmektedir. AAT eksikliğinde asıl tedavi karaciğer transplantasyonu olup amfizem gelişen ileri olgularda akciğer transplantasyonu da yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Alfa-1 Antitripsin, Amfizem, KOAH

## Nadir Bir Vaka, Kombine Pulmoner Fibrozis ve Amfizem Sendromu

İnci Selimoğlu Karateke<sup>1</sup>, Neslihan Özçelik<sup>1</sup>, Elif Kapdan<sup>1</sup>, Ünal Şahin<sup>1</sup>

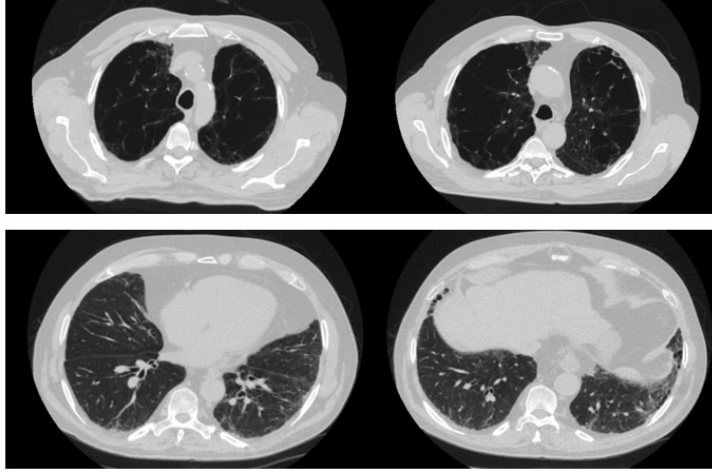
<sup>1</sup>Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

**Giriş-Amaç:** Kombine pulmoner fibrozis ve amfizem sendromu (KPFA) akciğerin üst loblarında amfizem ve alt loblarında fibrozis ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. İdiopatik interstisyel pnömoniler ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ) 2 ayrı başlıkta incelenen hastalıklar olmakla birlikte ilk kez 2005 yılında amfizem ve pulmoner fibrozis birlikteliği kombine pulmoner fibrozis ve amfizem sendromu (KPFA) olarak tanımlanmıştır (1,2). Olguların karakteristik özellikleri sigara içen, ileri yaş, erkek cinsiyette hastalarda, korunmuş akciğer volümlerinin yanında difüzyon kapasitesinde (DLCO) azalma olmasıdır (3). Bu hastalar yalnızca amfizem veya yalnızca fibrozis olan olgulardan farklı bir klinik seyir ve mortalite gösterdiğinden tanı koyulması önemlidir. KPFA sendromuna dikkat çekmek için bir olgumuzu sunmayı amaçladık.

**Olgu:** Yetmiş sekiz yaşında erkek hasta son bir yıldır artan nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde 20 paket/yıl sigara öyküsü vardı. 35 yıl önce sigarayı bırakmıştı. Uzun yıllar kömür dumanı maruziyeti bulunmaktaydı. KOAİ tanısı ile LABA+ LAMA kullanmaktaydı ve kononer arter hastalığı nedeniyle bir stent takılmıştı. Fizik muayenesinde hasta pletorik görünümündü, çomak parmağı yoktu. Solunum sistemi muayenesinde expiryumu uzun, bilateral bazallerde velcro ralleri duyuldu. Parmak ucu ölçülen saturasyon değeri %91' di. Laboratuvar tetkiklerinde patolojik olarak hematokrit (htc) yüksekliği (htc: %57,6), hemoglobin (hb) yüksekliği (hb:20 g/dL) bulundu. Hastanın akciğer grafisinde vasküler yapılarda genişleme, her iki akciğer üst zonda havalanma artışı ve bilateral alt zonlarda heterojen dansite artışı, retiküler izler görüldü (Resim1). Solunum fonksiyon testinde FEV1: 1,94 L %83, DLCO: %33 bulundu. EKG'de sağ aks deviasyonu, p pulmonale ve sağ dal bloğu izlendi, EKO'da PAB 51 mmHg saptandı. Hastaya pulmoner hipertansiyon etiyolojisi araştırması ve pulmoner emboli ekartasyonu için çekilen toraks BT anjiyoda pulmoner emboli saptanmadı. Parankim incelendiğinde ise bilateral üst loblarda yaygın amfizematöz görünüm, bilateral alt loblarda ise septal kalınlaşmalar, retiküler dansite artışları, bronşektazik değişiklikler ve periferik alanlarda fibrozis izlendi (Resim 2). Kardiyoloji ile konsülte edilen ve sağ kalp kateterizasyonu yapılan hastada mPAB:45 mm Hg ve vasoreaktivite testi negatifti. Romatolojik markırları negatif gelen hastaya KPFA tanısı kondu. Mevcut pulmoner hipertansiyonu açıklayacak KPFA dışında patoloji saptanmadı.



Resim 1. Olgunun akciğer grafisi



Resim 2. Olgunun bilgisayarlı tomografi görüntüsü; üst loblarda amfizem ve alt loblarda fibrozisin baskın olduğu izlenmektedir.

**Tartışma-Sonuç:** KPFA sendromu üst lob amfizemi ve alt lob fibrozisi ile karakterize nadir bir hastalıktır. Pulmoner hipertansiyon ve mortalite ile ilişkilidir. Hastalığa tanı koyulabilmesi için öncelikle hastalığın farkında olunması gerekir. Sigara içen ve nefes darlığı olan erkeklerde radyolojik uyumluluk varsa akla gelmelidir. KPFA'nın etiyolojisi, morbidite ve mortalitesini daha iyi açıklayacak, yeni tedavi seçeneklerine imkân tanıyacak yayınlara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Amfizem, Fibrozis, Sendrom