



Türkiye
Solunum
Araştırmaları
Derneği

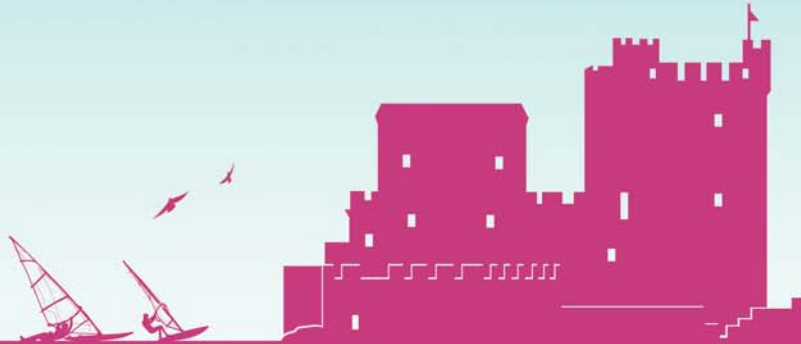


**ULUSAL
KONGRESİ**

2-6 EKİM 2013

Sheraton Oteli, Çeşme-İzmir

SOLUNUM 2013



BİLDİRİ ÖZET KİTABI

OLGU KONSEYİ

OK-01

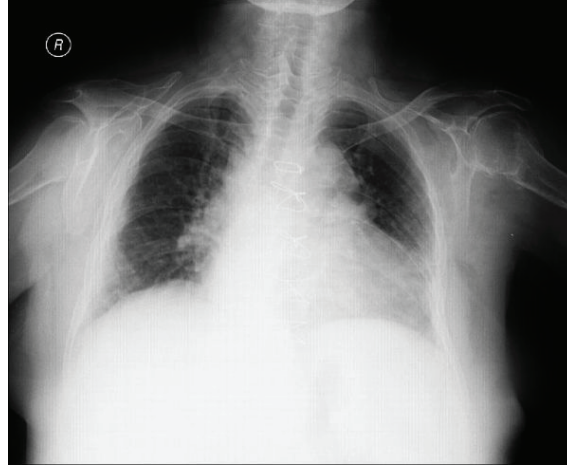
ÖKSÜRÜĞE BAĞLI KOT KIRIĞI

Levent Cem Mutlu¹, Gizem Kaplan¹, Arda Kayhan²¹Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tekirdağ²Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

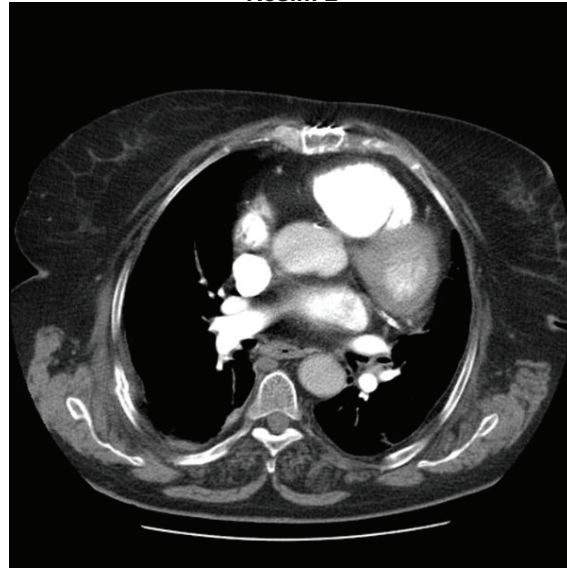
Öksürük, hastaların doktora başvurmasına neden olan en sık semptomlardan biridir. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan ulusal ankette hastaların en sık tıbbi çözüm aradıkları semptomun öksürük olduğu, doktor başvurusuna neden olan en sık ikinci semptomun yine öksürük olduğu görülmüştür. Özellikle uzun süren öksürük, ciddi bir hastalığın belirtisi olabileceği gibi pek çok sistemle ilişkili olabilen komplikasyonlara neden olabilmektedir. Polikliniğimize öksürük sonrası gelişen göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran ve multiple kot kırığı tespit edilen olgu sunulmuştur.

76 yaşında kadın hasta öksürük, nefes darlığı, hırıltı ve göğüs ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Yaklaşık 3 haftadır öksürük, nefes darlığında artma ve hırıltı solunumu olan hastanın 2 hafta önce şiddetli öksürük sonrası sağ yanda ağrı şikayeti başlamış. Acil servisine başvuran hasta yapılan tetkikler sonucu taburcu edilmiş. Göğüs ağrısı devam eden hasta polikliniğe başvurdu. Özgeçmişin de, astım, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği ve tip II DM mevcut. Sigara kullanım öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde ateş: 36,7°C, nabız 88/dak, solunum sayısı 18/dak, arteryel kan basıncı 130/85 mmHg olarak tespit edildi. Solunum sistemi muayenesinde hafif skolyoz, oskültasyonda bilateral ronküsleri mevcut olan hastanın diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Pulmoner emboliyi ekarte etmek için istenen d-dimer değerinin 0,823 µg/dl (referans aralığı 0 - 05µg/dl) olması üzerine çekilen Pulmoner Bilgisayarlı Tomografi (BT) anjiyografinde trombüs lehine bulguya rastlanmazken görüntü alanına giren kemik yapılarında sağ 6,7 ve 9. Kostalarda fraktür hatları dikkati çekti. Nonsteroid anti inflamatuvar tedavi ile ağrısı hafifleyen hasta ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

Resim 1



Resim 2



OK-02

İLGİNÇ BİR ASTİM NEDENİ: VENLAFAKSİN

Tekin Yıldız

MedicalPark Bursa Hastanesi

Venlafaksin, son yıllarda sıkça kullanılan selektif serotonin - noradrenalin geri alım inhibitörü grubu antidepresandır. Venlafaksin kullanımının akciğerlerde çeşitli etkileri olduğuna dair bazı kanıtlar mevcuttur. 25 yaşında bayan hasta öksürük, balgam, hırıltılı solunum, nefes darlığı, çabuk yorulma şikâyetleriyle başvurdu. Hastanın şikâyetleri Temmuz 2012'de suicidal amaçlı 18 adet Venegis (Venlafaksin HCl) 75 mg aldıktan sonra başlamış. Bu nedenle 5 gün Hastanede yatırılarak tedavi almış. Çok hızlı hareket ettiğinde nefes darlığı artıyormuş. Fizik muayenesinde her iki akciğerde ekspiryumda uzama ve yaygın ronküsler mevcuttu. Solunum fonksiyon testinde obstrüktif tip solunum fonksiyon bozukluğu saptandı. PA AC grafisinde bilateral havalanma fazlalığı bulguları saptandı. Venegis overdoza bağlı astım tanısı kondu. Hastaya inhaler steroid uzun etkili beta2 mimetik kombinasyonu ve lökotrien reseptör antagonisti tedavisi başlandı. İlaç tedavisi sonrasında hastanın şikâyetleri azaldı. Hastanın astımı halen ikili kombine tedavi ile kontrol altındadır. Astım hastalarında etyolojik nedenler araştırılırken, ilaç anamnezinin önemini vurgulama için olgu sunuldu.

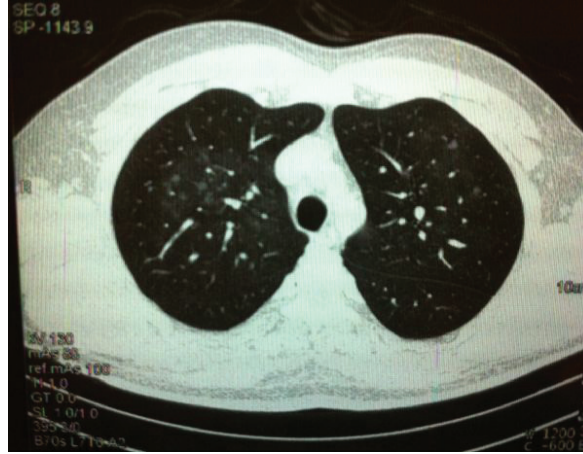
OK-03

ASTIM DEMEDEN ÖNCE... (SPREY AYAKKABI BOYASI İLE GELİŞEN HİPERSENSİTİVİTE PNÖMONİSİ)

Elif Özarı Yıldırım, İpek Özmen, Hamza Ogün, Haluk Celalettin Çalışır
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Daha öncesine ait bilinen hastalık öyküsü olmayan 34 yaşındaki erkek hasta, son 1 haftadır gelişen nefes darlığı, hırıltılı solunum yakınması ile dış merkez başvurusunda astım tanısı konularak bronkodilatör tedavi düzenleniyor ancak yakınmalarının gerilememesi üzerine tarafımıza başvuruyor. Hastanın akciğer grafisinde düşük yoğunlukta nonhomojen infiltrasyon alanları izlenmekteydi. Hastaya çekilen yüksek rezolusyonlu akciğer tomografisinde dağınık buzlu cam alanları görüldü. Hastanın anamnezi detaylandırıldığında 1 hafta kadar önce sprey ayakkabı boyası ile boya yaptığı, boyama sonrası ilk gün öksürük, hırıltısı olduğu öğrenildi. Periferik kanda eosinofili, solunum fonksiyon testinde küçük havayolu obstrüksiyonu, karbonmonoksit difüzyon testinde DLCO: 98, bronkoalveolar lavajında lenfositik alveolit CD4/CD8 oranı 0.9 olan hastada hipersensitivite pnömonisi düşünüldü. Hastanın takiplerinde lezyonlarında dramatik düzelme gözlemlendi. Astım tanısı koymadan önce ayrıntılı anamnez alınmasının gerekliliği, kısa süreli bir maruziyet olmasına rağmen astım atağı dışında ayırıcı tanıda hipersensitivite pnömonisinin de düşünülmesi gerektiğini vurgulamak için bu vakayı sunduk.

HRCT kesiti



sprey boya



OK-04

BOERHAAVE SENDROMU

Atalay Şahin, Fatih Meteroglu, Ahmet Erbey, Ahmet Sızlanan, Serdar Monis
Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi, Diyarbakır

Zorlu bir öğürme ve kusma sonrası ortaya çıkan özefagusun tam kat yırtılması, mortalitesi yüksek nadir klinik bir durumdur. Boerhaave sendromu olarak da bilinen bu durum özofagus distalinde spontan gelişen perforasyonlara bağlıdır. Özofagus kusma ve öğürme benzeri reflekslere karşı serozası olmadığı için dayanıklı değildir. Spontan perforasyonlarının önemli bir kısmını oluşturan Boerhaave sendromu genellikle postemetik olarak karşımıza çıkmaktadır. Klinik bulgularının karışması ve nadir görülmesi spontan özofagus rüptürünün tanınmasını güçleştirmektedir. Tanıda ve dolayısıyla tedavisinde gecikme ölümcül komplikasyonların önlenmesi için elzemdir. Bu yazıda, kusma şikayeti ile acil servise gelen 78 yaşındaki erkek hastada geç tanı konulan Boerhaave sendromunu ve uyguladığımız cerrahi tedaviyi sunduk.

OK-05

DİFFÜZ PANBRONŞİOLİT:TÜRKİYE'DEN NADİR BİR OLGU

Eylem Sercan Özgür¹, Oğuz Köksel², Leyla Memiş³, Sibel Atış Naycı¹, Ahmet İlvan¹, Gamze Çavuşoğlu¹

¹Mersin Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Mersin

²Mersin Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Mersin

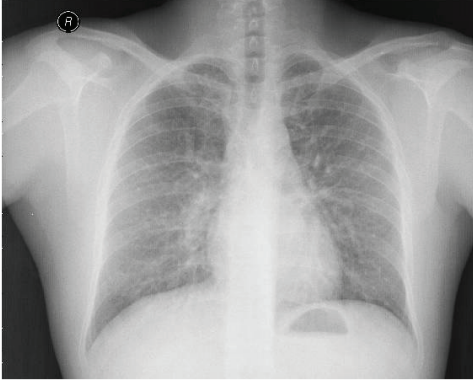
³Gazi Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Diffüz panbronşiolit (DPB) Japonya başta olmak üzere Asya ülkelerinde sigara içmeyen erkek hastalarda görülen solunum yollarının progresif inflamatuvar bir hastalığıdır. Başlıca semptomları öksürük, pürülan balgam, nefes darlığı olup ortalama 40'lı yaşlarda başlar. En önemli 2 tanı yöntemi biyopsi ve HRCT'dir. Tedavisinde makrolid antibiyotiklerin kullanılması semptomların azalmasına ve sağkalım süresinin uzamasına katkı sağlamakla birlikte, kanıtlanmış bilinen kesin bir tedavisi yoktur. Hastalığın ilerlemesiyle solunum yetmezliği ve kor pulmonale meydana gelebilir. Tedavisiz hastalarda 10 yıllık sağkalım %33,2'dir.

OLGU: 30 yaşında nonsmoker erkek hasta, progresif nefes darlığı, öksürük ve balgam şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenesinde çomak parmak ve bilateral bazallerde inspiratuvar ince raller bulundu. HRCT'de her iki akciğerde özellikle üst ve orta kesimlerde perilenfatik yerleşim gösterdiği düşünülen ince nodüler-retiküler dansiteler gözlenmiş olup bu değişikliklerin perifissürel alanlarda da bulunduğu izlendi (Resim 2). Bronkoskopik tranbronşial biyopsi kronik inflamasyon ile uyumlu olarak sonuçlandı. Tanısal amaçlı VATS yapıldı. Biyopsi sonucu nonspesifik pnömoni, yabancı cisim reaksiyonu olarak raporlandı. Hastanın sorgulamasında hastalığa neden olacak bir etkene maruziyet saptanmadı. Ancak konsey kararı ile tedavi olarak 1 mg/kg/gün prednizolon başlandı. Altıncı ay tedavi değerlendirilmesinde yanıt olmaması ve klinik ve fonksiyonel kötüleşme nedeniyle akciğer biyopsi preparatlarının tekrar incelenmesine karar verildi. Yapılan patolojik inceleme sonucunda hastaya diffüz panbronşiolit tanısı kondu. 500 mg/ gün 3 ay ve idamesinde haftada 3 kez 500 mg 9 ay, toplam 12 ay boyunca azitromisin tedavisi planlandı. Tedavi başlangıcında solunum fonksiyon testi FVC:%43, FEV1:%37, FEV1/FVC:72; arteriyel kan gazı pH:7.45, pO2:51mmHg, pCO2:41mmHg idi. 3 aylık azitromisin tedavi sonrasında solunum fonksiyon testi değerleri FVC:%65, FEV1:%59, FEV1/FVC:77, arteriyel kan gazında ph: 7.45 pO2: 90 mmHg, pCO2:39 mmHg olarak saptandı. Hastada 3 aylık tedavi sonrasında klinik olarak belirgin iyileşme ve efor kapasitesinde belirgin düzelme izlendi. Azitromisin tedavisi 12 aya tamamlanarak kesildi.

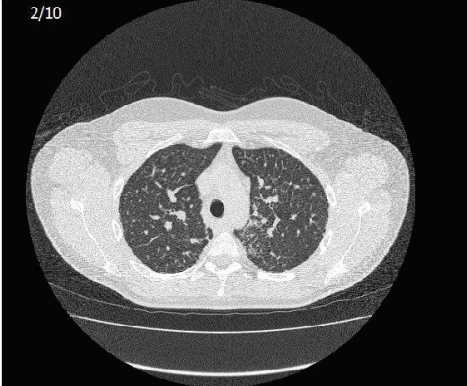
TARTIŞMA: Olgumuzda önce nonspesifik pnömoni, yabancı cisim reaksiyonu tanılarıyla sistemik steroid tedavisi başlanmış, ancak tedavi yanıtının olmaması ve progresyon saptanması üzerine biyopsi materyallerinin tekrar incelenmesi ile diffüz panbronşiolit tanısı konmuştur. Başlanan azitromisin tedavisi ile klinik ve fonksiyonel belirgin yanıt alınmış, hasta yaşam kalitesinde belirgin düzelme izlenmiştir. Ülkemizde nadir görülmekle birlikte özellikle sistemik steroid tedavisine yanıt alınamayan hastalarda ayırıcı tanılar arasında yer alması gerektiği düşünüldü.

Resim 1



Hastanın tedavi öncesi akciğer grafisi

Resim 2



Hastanın tedavi öncesi HRCT görüntüsü

OK-06

ÜLSERATİF KOLİTLİ BİR HASTADA MESALAMİN'E BAĞLI AKCİĞER HASARLANMASI

Sibel Boğa, Nagihan Durmuş Koçak, Sinem Güngör, Pınar Atagün Güney, Sibel Arınç, Umut Kasapoğlu, Feyyaz Kabadayı
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İnflamatuvar barsak hastalığı (Ülseratif kolit, Crohn hastalığı), akciğeri de kapsayan barsak dışı organ tutulumlarıyla da seyredebileceği gibi, tedavide kullanılan sulfasalazin ve mesalamin de akciğerde ilaç reaksiyonlarına neden olabilmektedir. Bu yüzden bu ilaçlara bağlı akciğer hasarlanmasının tanısı zor olup, genellikle gizli kaldığı düşünülmektedir. Biz de, mesalamin'e bağlı olduğunu düşündüğümüz bir olguyu paylaşmayı amaçladık.

OLGU: 60 yaşında erkek hasta. Yaklaşık 3 ay önce ülseratif kolit (ÜK) tanısı konup mesalamin ve metil-prednizolon tedavisi başlanmış. 1,5 aydır giderek artan dispne, öksürük ve ateş yakınmaları olan hasta bronkodilatör tedaviden fayda görmemiş. Hastanemiz acil polikliniğine başvurduğunda, bilateral özellikle üst zonlarda yerleşimli infiltrasyonlar izlenmiş ve pnömoni ön tanısı ile yatırılmış. Fizik muayenede oda havasında oksijen satürasyonu (SO₂):%80, Ateş:38.8, solunum dakika sayısı:18, nabız dakika sayısı:120 idi. Oskültasyonda bilateral ralleri mevcuttu. Serum C-reaktif protein düzeyi:26.5, beyaz küre sayısı:13.500, ARB negatif, PPD negatif saptandı. Pnömoni ön tanısıyla seftriakson ve klaritromisin verilen hastanın kliniğinde düzelme olmadı. Toraks bilgisayarlı tomografide bilateral üst ve orta loblarda yer yer yamalı, genelde asiner, granüler yaygın infiltrasyonlar görüldü. Bronkoalveoler lavajda; lenfosit %27, nötrofil %15, makrofaj %54, eosinofil %4 bulundu. Enfeksiyon belirteçlerinin çok ön planda olmaması ve antibiyotik tedavisine yanıt alınamaması nedeniyle, akciğer dışı organ tutulumu da olmadığından, hastalığa bağlı akciğer tutulumundan ziyade, mesalamin'e bağlı bir hipersensitivite reaksiyonu olduğu düşünülerek ilaç kesildi. Takip eden 8 günde giderek durumu düzelen, SO₂ düzeyi %91'e çıkan ve akciğer grafisinde regresyon görülen hastanın, kanlı ishal ve karın ağrısı şikayetleri başlaması üzerine Gastroenteroloji konsültasyonu yapılarak, tedaviye yeniden metil-prednizolon 32 mg/gün eklendi. İki hafta sonra kontrolde akciğer lezyonlarının tamamen kaybolduğu gözlemlendi.

SONUÇ: Mesalamin alan bir hastada subakut-kronik semptomlar ve multilober infiltratlar veya solunum fonksiyon testi anormallikleri geliştiğinde ilaç reaksiyonu akla gelmelidir. İlacın kesilmesi ile genel durumun düzelmesi tanıda güçlü bir destek sağlamakta olup hastaların çoğu kortikosteroid eklenmesine gereksinim göstermezler.

OK-07

SOLİTER PULMONER NODÜL OLARAK ORTAYA ÇIKAN EOZİNOFİLİK GRANÜLOM OLGUSU

Banu Musaffa Salepci¹, Benan Çağlayan¹, Recep Demirhan², Şermin Kökten Çoban³, Hatice Eryiğit², Murat Ersin Çardak², Esmâ Doğan¹

¹Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, İstanbul

³Dr Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ ve AMAÇ: Histiositozis X hastalığının alt gruplarından biri olan eozinofilik granülom, diğer adı ile Langerhans hücreli histiositoz, multisistem bir hastalık olarak ortaya çıktığı gibi tek organ tutulumu da gösterebilir. Pulmoner eozinofilik granülom, sigara ile ilişkili, en sık 20-40 yaşta ortaya çıkan, difüz interstisyel tutulumla karakterize bir hastalıktır. Son yıllarda kadın olgularda sigara içme oranının artması nedeni ile ortalama yaş daha yüksek bildirilmiştir. Radyolojik olarak küçük kist ve nodüllerle karakterize olmakla birlikte çok nadir soliter pulmoner nodül olarak ta ortaya çıkabilir. Nadir görülmesi nedeni ile soliter pulmoner nodül ile ortaya çıkan eozinofilik granülom olgusunu sunmayı amaçladık.

OLGU: Altmış yaşında kadın olgu, sigara içme öyküsü 60 paket/yıl ve aktif içici. Öksürük şikayeti ile polikliniğimize başvuran hastanın çekilen akciğer grafisinde sağ üst zonda düzensiz sınırlı opasite tespit edildi. Antibiyotik tedavisi başlanarak kontrole çağrıldı. Kontrol akciğer grafisinde değişiklik olmaması ve yoğun sigara içici olması nedeni ile toraks BT istendi. Toraks BT'de sağ üst lobda 15 mm çapında, spiküler uzantıları olan malign karakterde soliter pulmoner nodül tespit edildi. Yapılan bronkoskopide endobronşial lezyon görülmedi. Sağ üst lob lavaj sitolojisinde patolojik bulgu yoktu. Çekilen PET-CT'de nodülden F18-FDG tutulumu (SUDmax 5.5) tespit edildi. Başka hipermetabolik odak tespit edilmeyen olguya kliniğimizde toplanan onkoloji konseyinde torakotomi kararı alındı. Hastanemiz göğüs cerrahi kliniğinde yapılan torakotomide wedge rezeksiyon ile çıkarılan nodülün frozen sonucu granülom ile uyumlu gelince lobektomi yapılmadı. Postoperatif patoloji sonucu eozinofilik granülom olarak rapor edildi.

Sonuç: Yoğun sigara içicilerde radyolojik olarak malign karakterde soliter pulmoner nodül olan olgularda eozinofilik granülom da ön tanılar arasında akılda tutulmalıdır.

OK-08

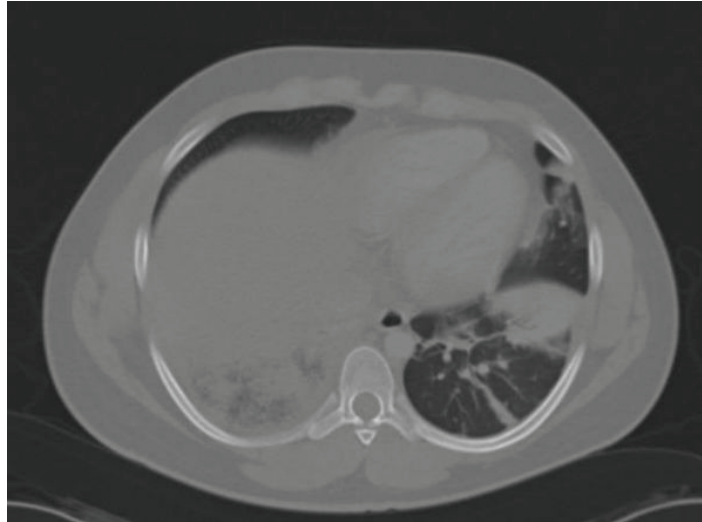
NON-LANGERHANS CELL HİSTİOSİTOZİS (ROSAİ DORFMAN HASTALIĞI): OLGU SUNUMUAslıhan Banu Er¹, Duygu Özol¹, Bülent Bozkurt¹, Hacer Haltaş²¹Turgut Özal Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara²Turgut Özal Üniversitesi, Patoloji Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Histiositozis denen hastalık grubu monosit, makrofaj veya dendritik hücre sistemine ait hücrelerin lokalize veya yaygın proliferasyonu ile karakterize nadir görülen bir grup hastalıktır. Non Langerhans histiyositozis, boyanma özelliklerine göre Langerhans hücrelerinden ayrılan histiyositlerin anormal çoğalması ile karakterizedir. Özellikle cilt tutulumu sık izlenmektedir. Ancak bazı tiplerinde ciddi organ yetmezliği yapabilmektedir. Vakaların %60'tan fazlası 16 yaş altındadır. Erkekler kızlardan 2 kat fazla etkilenmektedir. Genel anlamda prednisolon ve vinblastin tedavide kullanılan iki temel ilaçtır. Tedaviye başlangıç olarak alınan çabuk cevap hastalığın prognozunu iyigideceğini gösterir. Olgumuz; 16 yaşında erkekti. Bir aydır devam eden yüksek ateş, genel durum bozukluğu, ilerleyen nefes darlığı yakınması ile başka merkezde tetkik ve tedavi edilmekteyken, kliniğimize nakledildi. Hastanın bu süre içinde klaritromisin, ampicilin-sulbaktam kullandığı, yanıt alınamayınca imipenem, vankomisin, tişesiklin kombinasyonuna geçildiği ancak ateşlerinin devam ettiği öğrenildi. Fizik muayenesinde siyanotik, taşikardikti. Ateşi:38.8 derece saptandı. Solunum sayısı 23/dk, oskültasyonda sağ bazalde solunum sesleri azalmıştı. Çekilen akciğer grafisinde sağ sinüs künt, sağ bazalde ve sol parakardiyak bölgede infiltrasyonları mevcuttu. Çekilen toraks tomografisinde sağda plevral efüzyon ve sağda daha fazla olmak üzere bilateral konsolidasyon alanları mevcuttu. (Resim-1/2) Arter kan gazında PO₂:47mmHg, PCO₂:38mmHg SO₂:%86 saptandı. Hastanın akut hipoksemik solunum yetmezliği olması üzerine 0.75mg/kg steroid başlanması planlandı. Hastaya torasentez ve bronkoskopi uygulandı. Alınan sıvıların incelemesinde CD68 ve CD14 pozitif boyanan S100 yaygın zemin boyanmasında yaygın histiyositler izlendi. Bronş aspirasyonunda benzer özellikte CD1a negatif histiyositler saptandı. Steroid tedavisin ilk 24 saatinde ateşleri düştü ve klinik bulguları hızla düzelmeye başladı. Steroid tedavisinin 10. gününde çekilen akciğer grafisinde konsolidasyon ve infiltrasyonların kaybolduğu saptandı. Çok nadir saptanan bir histiyositozis örneği olarak olgumuz literatür bulguları eşliğinde tartışılacaktır.

Resim-1



Resim-2



OK-09

IPF ÖN TANILI SARKOİDOZ OLGUSU

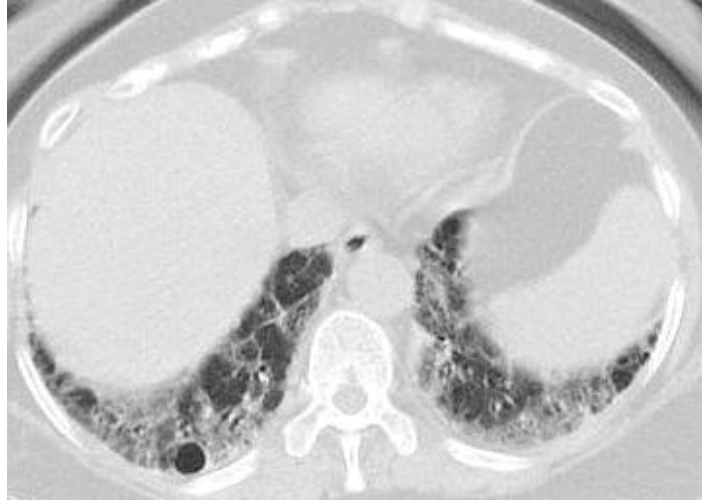
Nesrin Baygın, Tuncer Özkısa, Deniz Doğan, Ömer Deniz, Hayati Bilgiç
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları AD

IPF genellikle klinik bulgulara ek olarak radyolojik görüntülerin özellikleri ile tanı konulan hızlı seyirli bir tablodur. Klinik pratikte tipik radyolojik bulgulara sahip olan hastalara çoğu zaman patolojik örneklemeye yapılmamaktadır. Ancak seyri ve tedavi yaklaşımındaki farklılıkları açısından IPF'nin diğer interstisyel akciğer hastalıklarından ayırıcı tanısının çok iyi yapılması gerekmekte olup zaten esas olarak IPF tanısının diğer tanılarının kesin olarak dışlanması esasına dayalı olduğu bilinmektedir. Bu konuyla ilgili olarak klinik tablo ve radyolojik görünümü ile IPF'yi düşündürülen bir sarkoidoz olgusunu paylaşmak istedik. Son günlerde giderek artan eforla nefes darlığı şikayeti olan 66 yaşında bayan olgu kendisine planlanan operasyon öncesi olası post-operatif pulmoner komplikasyonlar yönünden değerlendirilmek üzere tarafımıza konsülte edildi. Olgunun gelişinde vital bulgularında oda havasında oksijen satürasyonu %90 olup diğer bulguları normal sınırlarda idi. Solunum sistemi muayenesinde her iki hemitoraks kaidelerde velcro raller oskulte edilmekteydi. Akciğer grafiğinde her iki akciğer akciğerde orta ve alt zonlarda daha yoğun retikülo-nodüler dansite artışı alanları izlenmekteydi (Resim 1). Çekilen YRBT (yüksek rezolüsyonlu toraks BT incelemesi) tetkikinde her iki akciğer parankiminde özellikle alt loblarda intralobüler ve interlobüler septal kalınlaşmalar ile yer yer bal peteği akciğer görünümü, arayüz bulgusu ve traksiyon bronşiektazik değişiklikler izlendi. Bu görünüm UIP paterni ile uyumlu olup öncelikli olarak IPF'yi düşündürmekte idi. Olgunun yaşı, fizik muayene bulguları ve akciğer parankim bulguları IPF ile uyumlu olmakla birlikte olası diğer interstisyel akciğer hastalıklarının ekarte edilmesi için FOB işlemi ve Romatoloji konsültasyonu planlandı. Yapılan transbronşiyal parankim biyopsinin histopatolojik sonucunda biyopsi örneğinde subepitelyal alanda multinükleer dev hücre topluluğu ve bu dev hücre sitoplazmalarında polarize ışığı çift kırmayan, bazofilik boyanan cisimcikler ("Schaumann Body") izlendi. Olgu sarkoidoz tanısı ile takibe alındı. Biz bu olgu sunumu ile IPF ön tanısı olan olgularda FOB işleminin önemini bir kez daha vurgulamak istedik.

Resim 1



Resim 2



OK-10

GEBELİK İLE BİRLİKDE HİPERSENSİTİVİTE PNÖNOMİ OLGUSU

Talat Kılıç¹, Gazi Gülbaş¹, Hilal Ermiş¹, Saltuğ Buğra¹, Ünal Akel¹, Ömer Kaya¹, Hilal Şahin³, Süleyman Savaş Hacıevliyagil¹, Yasemin Ayfer Ersoy², Nurcan Kırıcı Biber¹, Zeynep Ayfer Aytemur¹

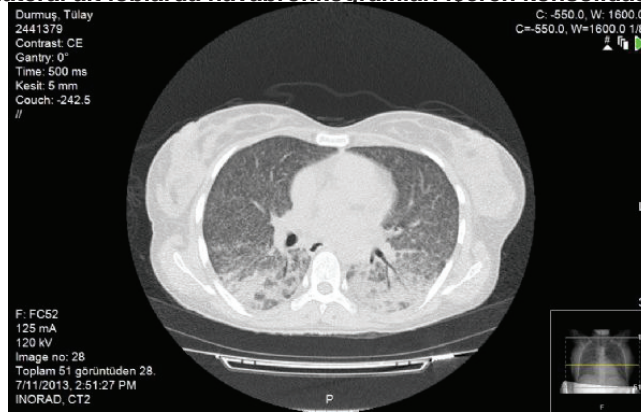
¹İnönü Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya

²İnönü Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

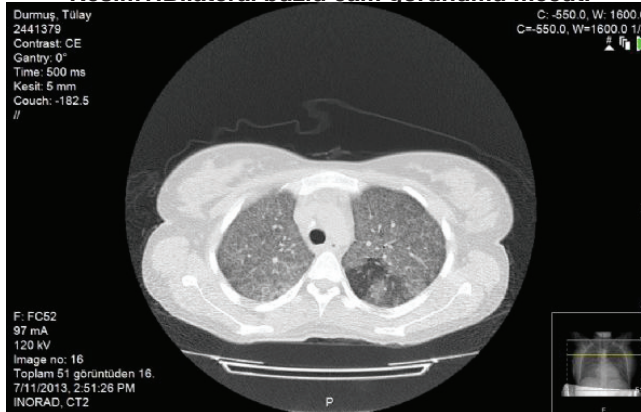
³İnönü Üniversitesi, Tıp Fköltesi, Intern dr, Malatya

Hipersensitivite pnömonisi(HP), fungal, bakteriyel ve hayvansal protein kaynaklı organik tozların veya reaktif kimyasalların tekrarlayan inhalasyonları sonunda oluşan IgE aracı olmayan bir hipersensitivite reaksiyonudur. Etyolojide birçok ajan saptanmış olmakla birlikte, en sık rastlanılan çiftçi akciğerinin nedeni olan thermophilic actinomycete'ler ve kuş besleyicilerin akciğerine yol açan kuş proteinleridir. HP geleneksel olarak akut, subakut ve kronik fazlarda karşımıza çıkabilir. Akut dönem antijenle karşılaşmadan 4-8 saat sonra ortaya çıkan ateş, titreme, dispne, miyalji, öksürük ve rallerle karakterizedir. Bunlar herhangi spesifik tedavi olmaksızın 24 saatte geçer. Subakut ve kronik fazda yavaş gelişen progresif dispne, yorgunluk, hafif ateş, kilo kaybı, kronik öksürük ve raller mevcuttur. Olgumuz, 28 yaşında, bilinen hiçbir hastalığı olmayan 14 haftalık gebe idi. Hastanemize başvurmadan 3 hafta önce öksürük, ateş, nefes darlığı şikayetiyle başvurduğu sağlık kuruluşunda nonspesifik antibiyotik başlanmış. Bir haftalık tedaviye rağmen, şikayetlerinin sürmesi üzerine hasta merkezimiz intaniye kliniğine ateş(37.9 OC) etyolojisi araştırılmak üzere yatırılmış. Muayenesinde bilateral ralleri duyulması üzerine PA grafisi önerilmiş ancak hasta kabul etmemiş. Yatışından itibaren hastaya seftriakson 1 gr 2x1(i.v) başlanmış. Üç günlük seftriakson tedavisine rağmen, hastanın 38 OC'e varan ateşleri devam etmesi üzerine azitromisin 500 mg tb 1x1 eklenmiş. Bu arada hastanın başta olan nefes darlığında belirgin artış olması ve hipoksinin gelişmesi(po2:59mmHg, Spo2:%90)üzerine, pulmoner tromboemboli şüphesi ile DMAH(clexan 0.6 2x1) başlanmış.Yapılan alt ekstemite dopleri normal olarak değerlendirildi. Hastanın hipoksisinin derinleşmesi(po2:55,spo2:%87),ateşinin devam etmesi ve hipotansiyon(80/60) gelişmesi üzerine hasta yoğun bakıma alındı ve daha önce intaniye tarafından başlanmış olan(3 günlük seftriakson tedavisine cevap alınmaması üzerine) meropenem 3x1 gr(iv)+linezolid 2x600mg(iv) tedavisine devam edildi. Bu arada hastanın genel durumunun kötüleşmesi üzerine hasta yakınlarının onayı alınarak çekilen dinamik toraks tomografisinde bilateral yaygın bozlu cam görünümü ve bilateral alt loblarda havabronkogramları içeren konsolidasyon izlendi(Resim1-2). Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine rağmen, ateşinin devam etmesi ve alınan kültürlerinde üremenin olmaması üzerine olası enfeksiyon dışı nedenlere yönelik anemnez derinleştirildi. Alınan ayrıntılı anemneze göre hasta, şikayetleri başlamadan önce yaklaşık 2 hafta süre ile papağan bulunan bir evde kaldığı öğrenildi. Anemnez, klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde hasta HP olarak değerlendirilip, 1 mg/kg prednizolon başlandı. Başlanmış olan prednizolon tedavisine 24-48 saat içinde dramatik cevap alındı. Hastanın hipoksisi düzeldi,ateşi düştü ve bilateral ralleri kayboldu. Ayrıntılı anemnezin önemini vurgulamak için olgumuzu yayınlamayı uygun gördük.

Resim 1: Bilateral alt loblarda havabronkogramları içeren konsolidasyon mevcut.



Resim1: Bilateral buzlu cam görünümü mevcut.



OK-11**TNF-ALFA BLOKÖRÜNE BAĞLI NADİR BİR YAN ETKİ: ADALİMUMAB İLE AKUT PLÖROPERİKARDİT**

Hakan Özkan¹, Ahmet Seşkin Çetinkaya¹, Tekin Yıldız², Tahsin Bozat¹

¹MedicalPark Bursa Hastanesi Kardiyoloji Servisi, Bursa

²MedicalPark Bursa Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi, Bursa

Tümör nekroze edici faktör alfa antagonizması romatoid artrit, psöriyatik artrit, vaskülit, ankilozan spondilit hastalarında önemli bir tedavi stratejisidir. Adalimumab iyi bilinen tümör nekroze edici faktör-alfa bloke edici ajandır. Adalimumab ile tedavi edilen hastalarda çeşitli yan etkiler bildirilmiştir. Kardiyak ve pulmoner yan etkiler nadirdir. Sadece birkaç kardiyak ve pulmoner yan etki bildirilmiştir. Altı aydır psöriyatik artrit nedeniyle adalimumab ile tedavi edilen altmış bir yaşında erkek tipik plöro-perikardit ile başvurdu. Akciğer grafisi ve Ekokardiyograide önemli oranda perikardiyal ve bilateral plevral effüzyon saptandı. Diğer etyolojik nedenler dışlandıktan sonra; Adalimumab tedavisi kesilip hastaya günlük 1200 mg İbuprofen başlandı. 3 hafta sonra yapılan kontrol akciğer grafisi ve Ekokardiyografide plevral ve perikardiyal sıvılarda tam rezolüsyon gözlemlendi. Adalimumab ile tedavi edilen hastalarda akut perikardit ve plevral effüzyon gelişebileceği göz önüne alınmalıdır.

OK-12

BÖBREK TRANSPLANT HASTASINDA BASİLLER ANJİOMATOZİS VE PLEVRAL EFÜZYON

Zeliha Arslan Ulukan, Sadiye Keskin, Sevim Kuşluççek, Abdullah As, Muzaffer Sarıyar
Özel Medicana International İstanbul Hastanesi

GİRİŞ: Basiller anjiomatozis (BA), immün düşkün hastalarda, cilt lezyonu olarak dikkati çekmiş ancak sindirim ve solunum sistemi mukozalarında da görülebilen vasküler proliferatif bir lezyondur. Bu lezyonlara Bartonella cinsinden, Bartonella henselae ve Bartonella quintana adlı bakterilerin neden olduğu bildirilmiştir.

Böbrek transplant operasyonu sonrası immünsupresiv tedavi altında iken göğüs ağrısı –ateş- ciltte döküntü nedeni ile başvuran hastadaki basiller anjiomatozis sunulacaktır

OLGU SUNUMU: Otuz yaşında erkek hasta 6 ay önce canlı donörden böbrek transplant operasyonu geçirmiştir.

Transplant nedeni ile immünsupresif kullanmakta. Göğüs ağrısı- ateş – ciltte döküntüler nedeni ile başvurdu. Plevral effüzyon – pnömoni ön tanısı ile istenen toraks bt tetkikinde solda ince rim tarzında minimal pleural effüzyon tespit edildi. Hastanın mevcut cilt döküntülerinin yoğunluğu ve immünsupresif tedavialması dolayısıyla Kaposi sarkomu ön tanısı ile dermatoloji muayenesi istendi. Lezyonlardan biyopsi alındı. Hastanın kliniği ve bulguları ile basiller anjiomatozis olabileceği düşünülüp uygun antibiyoterapi başlanmasını takiben lezyonlarda ve pleural effüzyonda gerileme gözlemlendi.

TARTIŞMA: Basiller anjiomatozis, ilk kez Stoler tarafından kazanılmış immün yetmezlik sendromu olan hastalarda fark edilmiş proliferatif vasküler lezyonlarla karakterize bir rahatsızlıktır. Bartonella türleri, ciltte proliferasyon yapan tek bakteri grubu olarak bildirilmiştir. Kediler bu bakteri türlerinin doğal rezervuarlarıdır ve BA'li hastaların bir kısmında kedi teması bu rahatsızlığın nedeni olabilir. Basiller anjiomatozis'in, sağlıklı bireylerde de görülebildiğine dair az sayıda yayın vardır; daha çok, çeşitli nedenlerle immün sistemi baskılanmış kişilerde özellikle de HIV pozitif hastalarda görülür. Lezyonlar, pyojenik granuloma ya da Kaposi sarkoma benzer nodül yada papüller şeklinde farklı klinik görünümlere sahip olabilirler. Bu lezyonun göğüs hastalıkları açısından önemi, klinik olarak Kaposi sarkomu ile karıştırılabilmesidir. Basiller anjiomatozis tedavisinde 4 haftalık oral Eritromisin veya Tetrasiklin kullanımı yeterlidir. Kaposi sarkomu tedavisinde ise immünsupresif tedavi azaltılır kemo ve/veya radyoterapi kullanılır. Histopatolojik olarak BA de endotel hücreleri büyük, poligonal şekilli olduğu bildirilmiştir. Ayrıca nötrofil, lökostatik debris varlığı, iğsi hücrelerle garip şekilli damar kanallarının olmaması bu lezyonu histopatolojik olarak Kaposi sarkomundan ayıran histopatolojik görünümlerdir.

SONUÇ: Özellikle multipl yerleşimli vasküler proliferatif lezyonlarda hastanın hikayesi de göz önüne alınarak ayırıcı tanıda Basiller anjiomatozis akılda bulundurulmalıdır

OK-13

AMPIYEM NEDENİ İLE DEKORTİKASYON YAPILAN HASTADA CERRAHİ ZEMİNDE GELİŞEN LENFOMA OLGUSU: OLGU SUNUMU

Bayram Metin¹, Yavuz Selim İntepe², Sevinç Şahin³, Eylem Yıldırım², Halil İbrahim Serin⁴, Eşef Bolat⁵

¹Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Yozgat

²Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yozgat

³Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

⁴Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Yozgat

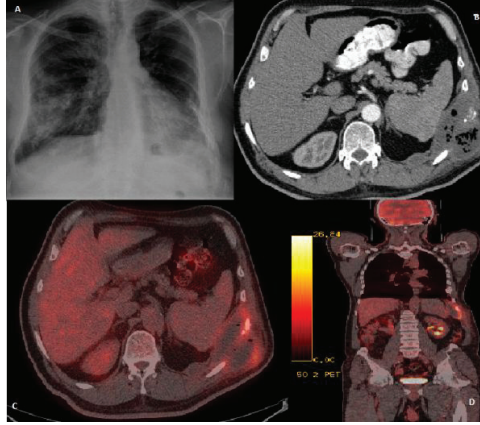
⁵Bozok Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Yozgat

GİRİŞ: Torasik bölge tümörlerinin %5'ini oluşturan göğüs duvarı tümörleri selim ve habis birçok etyolojiyi içerdiğinden klinisyen için doğru teşhis ve tedavinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Göğüs duvarı tümörleri primer tümörler, komşu organ tümörlerinin yerel invazyonu, metastatik lezyonlar ve nonneoplastik patolojiler şeklinde sınıflandırılabilir. Primer göğüs duvarı tümörlerinin ise %2 den az bir kısmını lenfomalar oluşturur. Literatürde sınırlı sayıda plevra, kosta ve sternum kaynaklı primer malign lenfoma tanılı olgu bildirilmiştir. Cerrahi skar zemininde gelişen lenfoma olgusuna literatürde pek rastlanmadığı için sunmayı amaçladık.

OLGU: 63 yaşında erkek hastaya 2 yıl önce ampiyem nedeni ile ampiyemektomi ve dekortikasyon ameliyatı yapılmış. Patoloji sonucunda herhangi bir malignite bulgusuna rastlanılmamış. Yaklaşık 2 ay önce diren yerinde ağrı ve şişlik meydana gelmeye başlayan hastanın yüzeysel doku USG' sinde sol göğüs duvarında 88 x 53 mm boyutlarında kistik alanlar içeren kronik hematoma olabileceği düşünülen solid yumuşak doku lezyonu izlenmiştir. Tomografide ise sol hemitoraks inferiorunda yaklaşık 10 x 7,5 cm boyutlarında kotu destrükte eden, intratorasik ve subkutan alana uzanım gösteren ve torakal kas yapılarını infiltrate eden lobule solid kitle lezyonu izlenmiştir. Turkuat biyopsi patoloji sonucu küçük yuvarlak hücre komponenti olan tümör olarak geldi. Yapılan PET BT incelemesinde lezyon bölgesinde ortalama SUVMax; 5.5'lik bir tutulum mevcuttu. Bunun üzerine hasta operasyona alındı. Operasyonda hastaya sol 7. Kostadan itibaren 12. kostaya kadar anblok rezeksiyon yapıldı. Daha sonra kitlenin dalağa komşuluğu nedeni ile genel cerrahi ekibinde vakaya dahil olması ile dalağa koter yardımı ile wedge şeklinde parsiyel rezeksiyon yapıldı. Diyafragmanın kitle tarafından tutulan kesimi rezeke edildi. Komşu akciğer dokusu wedge rezeksiyonla çıkarıldı. Toraks duvarı ve diyafragmadaki doku defekti alanı komposit mesh kullanılarak rekonstrükte edildi. Postoperatif patoloji sonucu diffüz büyük B hücreli lenfoma (DBBHL) olarak değerlendirilen hastanın sınır biyopsileri negatifti. Hasta daha sonra hematoloji kliniğine yönlendirildi.

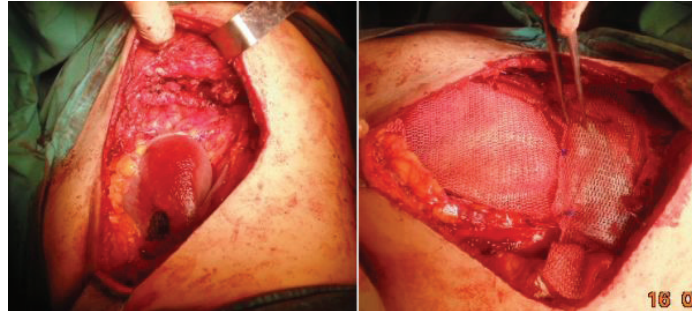
SONUÇ: Sonuç olarak, skar zemininde gelişen göğüs duvarı lenfoması oldukça nadirdir. Histopatolojik teşhis ve doğru evreleme tedavi ve prognozda önemlidir. Lenfomalarda esas tedavi şekli KT +/- RT olsada, bizim olgumuzda olduğu gibi izole göğüs duvarı tutulumu olup malignite tanısı ile operasyona girilen, tamamı çıkartılan ve ameliyat sonrası patolojik değerlendirmede lenfoma tanısı alan olgularda adjuvan KT'nin de tedaviye eklenmesinde düşünülebilir.

Resim 1



A. Direk grafide sol8. kostada fraktür imajı B. Toraks CT'de sol göğüs duvarında içinde nekroz alanları ve kemik destrüksiyonu içeren kitle lezyon C ve D. Pet BT'de sol göğüs duvarında SUVmax 5.5 olan kitle lezyon

Resim 2.



Operasyon görüntüleri

OK-14

PLEVRAL PARAZİTER EFÜZYON: OLGU SUNUMU

Umut Sabri Kasapoğlu¹, Çağatay Tezel², Sibel Arınç¹, Armağan Hazar¹, Erdal Polat³

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

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

³Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Plevral boşlukta enfeksiyonlar sıklıkla paraprnömonik effüzyon ve ampiyem şeklinde görülmektedir. En sık saptanan etken mycobacterium tüberkülozis. Nadiren de olsa fungal, paraziter ve viral ajanlar da plevral boşlukta enfeksiyona neden olabilir. Bizler de kliniğimizde tanı koyduğumuz bir olguyu sizlere sunmayı amaçladık.

OLGU: 61 yaşında bayan hasta kilo kaybı, halsizlik-iştahsızlık, nefes darlığı ve sağ göğüs ağrısı ile başvurduğu merkezde çekilen akciğer grafisinde sağda masif efüzyon saptanması üzerine kliniğimize sevk edildi. Özgeçmişinde Fe eksikliği nedeni ile tedavi almaktaydı. Olgunun çekilen toraks BT sinde sağ akciğerde masif efüzyon ve pasif ateletazi ve karaciğerde kistik, düzgün sınırlı lezyon olduğu görüldü. Hastaya tanı-terapotik amaçlı torasentez yapıldı. Olgunun kist hidatik İHA sonucu negatif olarak raporlandı. Torasentez mayisi siyah-yeşil görünümde olan olgunun plevral efüzyonu eksüdatif özellikte olup, plevral mayide LDH:1640 glukoz:1 olarak saptandı. Hastanın plevral mayi kültüründe üreme olmadı. Torasentez mayisi direk mikroskopisinde amip trofozoitleri görülen olguya metronidazol tedavisi başlandı. Olgunun plevral mayisi ampiyem ile uyumlu olması üzerine hastaya göğüs cerrahisi kliniği tarafından tüp torakostomi uygulandı. Kontrol akciğer grafilerinde sıvıda regresyon olan hastanın tüp torakostomisi sonlandırıldı. Metronidazol tedavisi tamamlanan hastanın çekilen batın usg sinde karaciğerdeki lezyonun boyutlarında değişiklik olmaması üzerine olgu gastroenteroloji cerrahisi kliniği ile konsülte edilerek karaciğerdeki lezyon için diagnostik laparotomi uygulanan hastanın patolojisi kist hidatik olarak raporlandı. Olguya post operatif 3 ay süre ile albendazol tedavi verildi. Sekizinci ayda çekilen toraks BT sinde tama yakın regresyon olduğu görülen hasta halen takip edilmektedir.

SONUÇ: Plevral efüzyonlu olgularda paraziter enfeksiyonlarda akılda tutulmalıdır.

Olgunun Laboratuvar Bulguları

	PLEVRAL MAYİ	SERUM
GLUKOZ	1	105
PROTEİN	5.1	5.5
ALBUMİN	0.4	1.3
LDH	1640	219
ADA	21.8	

Olgunun Laboratuvar Bulguları

	TEDAVİ ÖNCESİ	TEDAVİ SONRASI
WBC	15.500	4.920
HGB	7.3	13.4
PLT	629.000	253.000
SEDİMENTASYON	>140	29
CRP	336	3.16

OK-15

PAGET VON SCHROETTER SENDROM'LU BİR MALİGN MEZOTELYOMA OLGUSU

Gülfem Yıldırım¹, Baykal Tülek¹, Ali Sami Kıvrak², Fikret Kanat¹, Mecit Süerdem¹

¹SELÇUK ÜNİVERSİTESİ,GÖĞÜS HASTALIKLARI ANA BİLİM DALI,KONYA

²SELÇUK ÜNİVERSİTESİ,RADYOLOJİ ANA BİLİM DALI,KONYA

GİRİŞ: Paget-von Schroetter Sendromu (PVSS) subklaviyen venin spontan trombozu olup; tüm venöz trombozların %0.5-1'ini oluşturur. Biz de kliniğimizde şilotoraks gelişen PVSS tanılı bir vakayı takdim edeceğiz.

OLGU: 51 yaşında erkek hasta plevral efüzyon tetkik amacıyla kliniğimize yatırıldı. Hastanın 3 aydır dispne şikayeti mevcut olup, aynı zamanda sol kolda şişlik ve eforla ağrı şikayeti vardı. Fizik muayenede; genel durumu iyi, bilinci açık, vital bulguları normaldi. Solunum sistemi muayenesinde sol hemitoraks solunuma katılım azalmış olup oskültasyonda sol akciğer orta ve alt alanlarda solunum sesleri azalmıştı. Sol boyun ve kolda yaygın ödem mevcuttu. PA akciğer grafisinde sol hemitoraksta masif plevral efüzyon mevcut hastanın Toraks BT ile değerlendirilmesi sonucu, sol hemitoraksta masif plevral sıvı, sol akciğer alt lob ve lingulada kompresyon atelektazisi,sol subklavian ven ve innominant vende tromboze görünüm, sol subklavian alanda lenf bezleri ve supradiafragmatik plevra yüzeyinde nodülerite artışı izlendi. Üst ekstremitte venöz doppler USG yapılarak trombüs doğrulandı. Plevral efüzyon etyolojisi yönünden yapılan torasentez sonucu şilotoraks olan ve fiberoptik bronkoskopi(FOB) incelemesi normal olan hastaya Göğüs Cerrahisi kliniği tarafından torakoskopik lenf nodu eksizyonu ve multipl plevra biyopsi örnekleme yapıldı. Plevra biyopsi sonuçları malign mezotelyoma olarak değerlendirildi. Üst ekstremitte venlerinde trombüs izlenen hastaya, malign mezotelyoma ve PVSS tanısıyla bronkodilatör ve antikoagulan tedavisi verildi. Tüp torakostomi takibinin yapılması amacıyla Göğüs Cerrahisi kliniğine devredildi. Hasta yatışının 25. gününde solunum yetmezliği nedeniyle kaybedildi.

TARTIŞMA: Aksiller-subklavyan ven trombozu primer ve sekonder olmak üzere iki grupta incelenebilir. Sekonder trombozun en sık nedenleri; damar içi kateterleri veya tümöre bağlı venöz basıdır. Olgumuzda olduğu gibi malign mezotelyomalı hastalarda üst ekstremitede trombüs birlikteliği daha önce bir kez bildirilmiştir. Bu nedenle plevral efüzyonlu hastalarda olası malignite ihtimaliyle beraber trombüs gelişimi göz önünde bulundurulmalıdır.

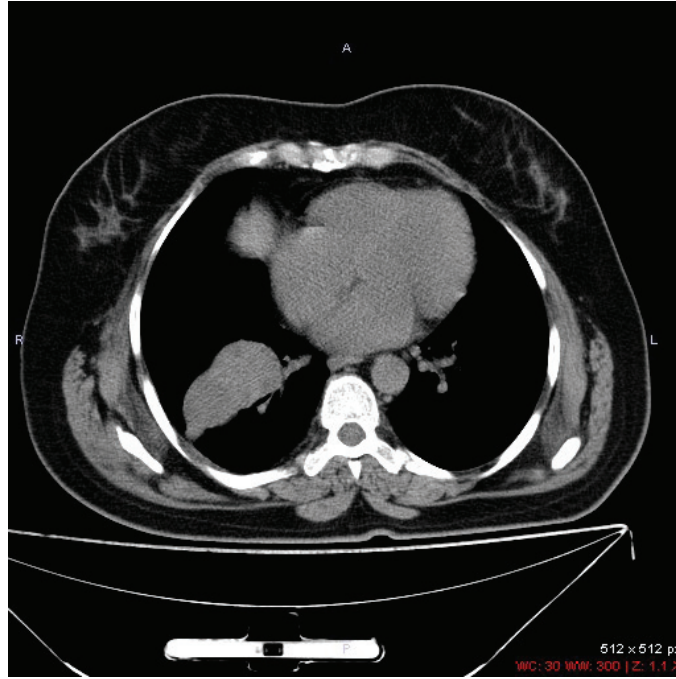
OK-16

MUKOEPİDERMOİD KARSİNOM VE BRONKOJENİK KİST BİRLİKTELİĞİ

Funda Cansun Yakut, Ahmet Üçvet, Soner Gürsoy, Esra Yamansavcı Şirzai, Banu Yoldaş, Tarık Yağcı
İzmir Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi; 1. Göğüs Cerrahisi Kliniği

Malignite potansiyeli taşıma riski, akciğerin gelişimsel nedenli kistik lezyonlarının cerrahi endikasyonları arasında yer alan ancak sık da izlenmeyen bir antitedir. Nefes darlığı nedeniyle takip ve tedavisi yapılırken sağda major fissür yerleşimli, yer yer kalsifik odaklar içeren lezyon saptanan elli bir yaşındaki kadın hasta cerrahi girişim açısından değerlendirildi. Preoperatif incelemeleri sonrasında, benign akciğer patolojisi düşünülen hastaya operasyon planlandı. Intraoperatif olarak lezyonun alt lob bronş başlangıcına yerleşmiş, kistik ve solid komponentlerden oluştuğu, kistik komponentin sarı jelatinöz sıvı içerdiği saptandı. Alınan örneklerin "Frozen section" incelemesi "bronkojenik kist ve benign bir akciğer tümörü" olarak bildirilmesi üzerine hastaya sağ alt lobektomi uygulandı. Postoperatif histopatolojik inceleme sonucu, "Bronkojenik kist zemininde gelişmiş mukoepidermoid karsinom" olarak raporlandı. Takibinin 3. ayında beyinde kitle saptanan ve radyoterapi alan hasta halen takibinin 28. ayındadır. Gelişimsel akciğer lezyonlarının malignite potansiyeli taşımaları nedeni ile rezektif cerrahi adayı oldukları göstermesi açısından olgu sunulmuş ve literatürün gözden geçirilmiştir.

Resim 1



Resim 2



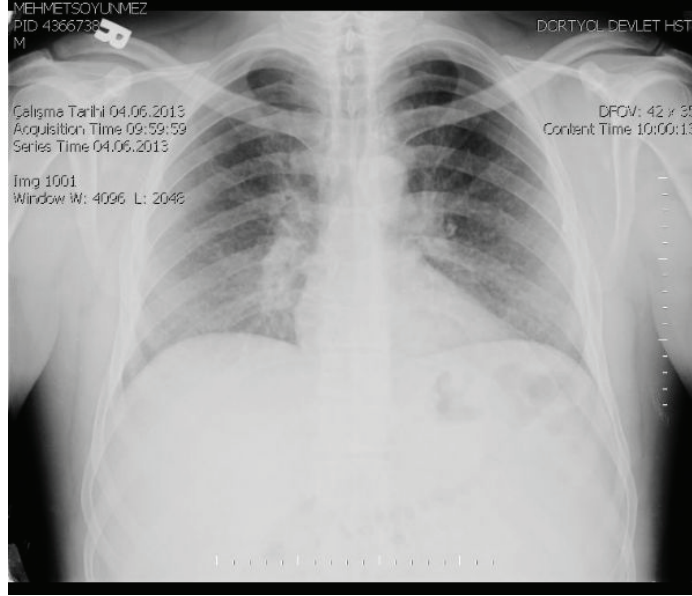
OK-18

KAYNAKÇI AKCİĞERİ

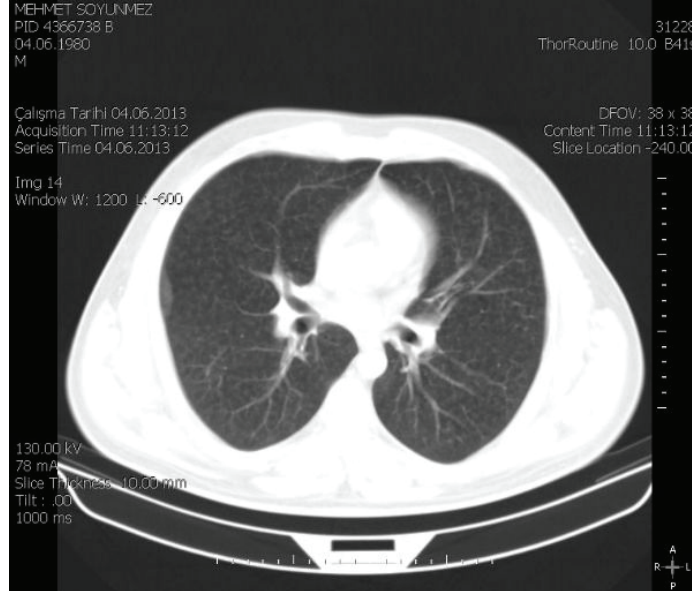
Zulal Özbolat¹, Levent Özdemir¹, Burcu Özdemir², Gökhan Büyükbayram¹¹Dörtüol Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Hatay²İskenderun Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Hatay

Otuziki yaşında erkek hasta, öksürük, hırıltı, nefes darlığı ile başvurdu. 15paket/yıl sigara içimi mevcuttu. Hastanın sorgusunda 10 yıldır 8 saat/gün kaynakçılık yaptığı öğrenildi. Fizik muayenesinde bilateral tüm zonlarda ekspiratuvar ronküsleri mevcuttu. Çekilen akciğer grafisinde noduler infiltratif alanlar, toraks tomografisinde bilateral tüm akciğerde noduler paternde infiltrasyon saptandı. Rutin laboratuvar tetkiklerinde özellik saptanmadı. Solunum fonksiyon testinde FVC:2.80 %73, FEV1: 2.62 %80 reversiblite pozitif idi. Hastaya 2 ay iş ortamından uzaklaşması için rapor verildi. İş ortamından uzaklaştıktan sonra hastanın şikayet ve bulgularının gerilediği gözlemlendi.

Resim 1



Resim 2



OK-19

SİLİKOZİS TANISIYLA YAPILAN TEK TARAFLI AKCİĞER NAKLİ: POST-OPERATİF SOLUNUM FİZİYOTERAPİSİ VE MOBİLİZASYON PROGRAMINA HEMODİNAMİK YANITLAR

Emir Şahin¹, Saadet Ufuk Yurdalan¹, Özden Özkal², Cemal Asım Kutlu², Ahmet Erdal Taşçı², Ali Yeginsu²

¹Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Kardiyopulmoner Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ: Solunum fizyoterapisi ve erken mobilizasyon yaklaşımları; akciğer transplantasyonu olan hastalarda önemli bir tamamlayıcı tedavidir. Çalışmamızda da, akciğer transplantasyonu yapılan hastada postoperatif ilk günden itibaren uygulanan solunum egzersizleri ve erken mobilizasyon programına olan hemodinamik yanıtlar irdelenmiştir.

OLGU RAPORU: 34 yaşında ve 15 yaşından itibaren dış teknisyeni olan erkek hasta, Ağustos 2012'de nefes darlığı, aşırı kilo kaybı ve merdiven çıkamama şikâyetiyle İzmir'de bir merkeze başvurmuş. Tetkiklerde iki akciğerinde de % 50 oranında pnömotoraks ve 2 hafta sonra tomografik görüntüleme ile silikozis tanısı konmuş. Ameliyata kadar 9 kez dren takılmış. Nakil için 4 ay sıra bekleyen hastaya 14 Mayıs 2013 tarihinde sağ akciğer nakli yapılmış. Hasta ameliyat öncesi fonksiyonel açıdan bağımsız ve yakınmasız. Hastaya postoperatif 1. günden itibaren her gün segmental ve pursed lips solunum egzersizleri uygulanarak aşamalı protokol ile mobilizasyon verilmiştir. Hastanın hemodinamik yanıtları tedavi öncesi, tedaviden hemen sonra ve toparlanma sonrası (5 dk sonra) ölçülmüştür.

BULGULAR: Post-op 1. günde ekstübe edilen hastada pre-op bulgulardan Borg Dispne Skoru 17/5, VAS ağrı skoru 7/4 idi. 7,5 paket/yıl sigara öyküsü olan hastada solunum fonksiyon testi değerleri FVC: %26/43, FEV1: %28/45, FEV1/FVC: %108/107, PEF: % 39/44, kan basıncı: 126/84 mmHg, kalp hızı:99 atım/dk, solunum frekansı: 36 soluk/dk, ve SpO₂(saturasyon): % 97 (6 lt/dk FiO₂ ile) iken taburculuk aşamasında vital bulguları sırasıyla 113/70 mmHg, 107 atım/dk, SaO₂: % 97 olarak bulundu. Kalp hızı yanıtı artan iş yüklerine cevap olup;vital bulguları egzersiz yaklaşımları ile stabildi.

TARTIŞMA: Akciğer nakilli olgumuzda postoperatif solunum fizyoterapisi ve erken mobilizasyon yaklaşımına kardiyovasküler yanıtların klinik risk oluşturmaksızın fizyolojiyi geliştirici olduğu belirlendi. Preoperatif solunum fizyoterapisi yaklaşımının da postoperatif transplantasyon kliniğini olumlu destekleyeceği düşünüldü.

OK-20**AYNI ANDA TÜBERKÜLOZ VE SARKOİDOZ OLDUĞU DÜŞÜNÜLEN İKİ OLGU**

Sibel Boğa, Nagihan Durmuş Koçak, Sinem Güngör, Pınar Atagün Güney, Sibel Arınç, Feyyaz Kabadayı
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Mikobakteri veya ürünlerinin özellikle tüberküloz (TB) insidansı yüksek olan bölgelerde sarkoidoza yol açan immün cevabı tetiklediğine dair hipotezler mevcuttur. Her iki hastalığın ardışık olarak veya aynı anda oluşabileceği gözlenmiştir. Biz de TB tedavisi verilirken aynı anda sarkoidozun da mevcut olabileceğini retrospektif olarak düşündüğümüz iki hastayı sunmayı amaçladık.

1. **OLGU:** 27 yaşında ev hanımı. 2004 yılında boyun sağ tarafında akıntılı şişlik, ateş, terleme yakınmaları ile başvurmuş. İndeks vaka pozitif, PPD: 21 mm. Bilgisayarlı tomografi'de (BT) bilateral hiler ve yaygın mediastinal lefadenomegaliler (LAM) saptanmış. Bronkoskopi normal bulunup lavaj ARB negatif gelen hastada süpüre LAM'den alınan sürüntüde ARB pozitif bulunması üzerine anti-TB tedavi verilmiş. Hastanemize başvurduğu 2007 yılında sol servikal LAM saptanan hastanın biyopsi sonucu non-nekrotizan granümatöz iltihap (sarkoidozla uyumlu) olarak bildirildi. Toraks BT'de mediastinal LAM'ler sebat etmekte olup PPD negatif bulundu. Takibe alınan hastasonra kontrolden çıktı. 2. olgu: 46 yaşında ev hanımı. 2006 yılında öksürük, sırt ağrısı, iştahsızlık, halsizlik yakınmaları ile başvurmuş. Akciğer grafisinde solda plörezi ile uyumlu dansite artışı, sağ hiler dolgunluk, bilateral parankimal infiltrasyonlar izlenmiş. Torasentezle eksuda özelliğinde mayi aspire edilmiş. Balgam ARB negatif, indeks vaka pozitif, PPD: 8 mm olup; plevral biyopsi sonucu nekrotizan granümatöz iltihap gelmesi üzerine anti-TB tedavi başlanmış ve 6 ay'a tamamlanmış. 2013 yılında 5-6 aydır süregelen nefes darlığı yakınması ile başvuran ve bronkodilatör tedavi kullanmakta olan hastanın toraks BT'sinde bilateral hiler, mediastinal LAM ve bilateral parankimal fibrotik lezyonlar, sağda plevral kalınlaşma izlendi. PPD negatif, serum anjiyotensin-konverting enzim düzeyi 9 idi. Mediastinoskopik biopsi sonucu non-nekrotizan granümatöz iltihap olarak geldi. Hasta halen spirometrik testlerle takip altında.

SONUÇ: TB ve sarkoidoz granümatöz hastalıklar olup bazı özellikleri ayırıcı tanıda yararlı olsa bile, kesin olarak TB için kültür pozitifliği ile ayırt edilirler. Bazı vakalarda her iki hastalığın birarada olduğu düşünülmekte ve bu durum tanı ve tedavide karışıklıklara yol açmaktadır. Mycobacterium tuberculosis'in sarkoidoza yol açan yolağı tetikleme hipotezi, TB tedavisinin sarkoidoz tedavisinde de yararlı olabileceği fikrini uyandırmakta olup bu konu henüz açıklığa kavuşmamıştır. TB tedavisinden sonra sarkoidoz gelişen hastalarda kortikosteroid tedavisi de tartışmalıdır.