



Türkiye
Solunum
Araştırmaları
Derneği

36.

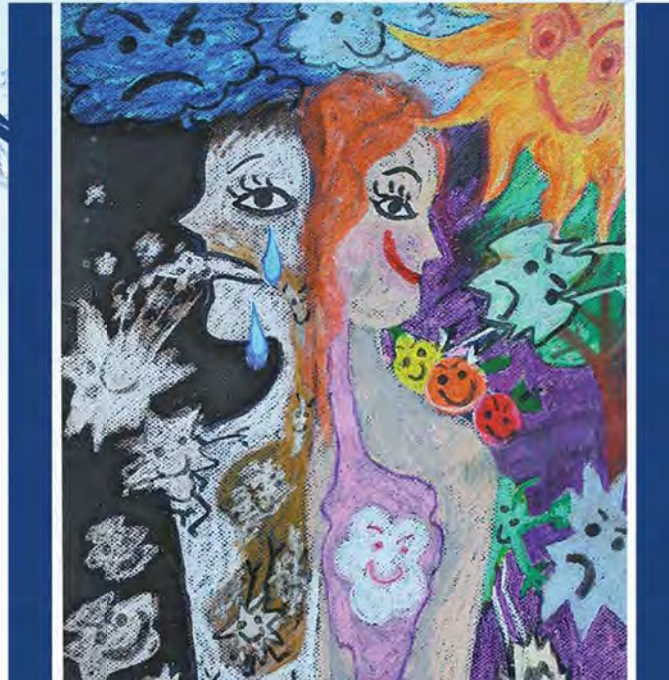
ULUSAL KONGRESİ

15-19 EKİM 2014

Sheraton Oteli, Çeşme-İzmir

SOLUNUM 2014

www.solunum.org.tr/solunum2014



BİLDİRİ ve ÖZET KİTABI

SÖZLÜ SUNUMLAR

SS-001

Akciğer Kanserinde Serum ve Bronşiyal Lavajda HE-4 Düzeylerinin Karşılaştırılması

Elif Yılmazel Uçar¹, Alev Lazoğlu Özkaya², Omer Araz¹, Metin Akgün¹, Mehmet Meral¹, Hasan Kaynar¹, Leyla Sağlam¹, Hülya Aksoy², Fatih Akçay²

¹Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Erzurum

²Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Erzurum

Human epididimis 4 (HE-4) protein, akciğer ve over kanserlerinde bir tümör belirteci olarak kullanılması amaçlanmıştır. Bu çalışma, akciğer kanserli hastaların bronşiyal lavajında (BL) HE-4 düzeylerini ölçmek ve sistemik olarak arttığı bilinen serum HE-4 düzeyleri ile BL HE-4 düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla dizayn edildi.

Çalışmaya 64 akciğer kanserli hasta, 38 benign akciğer hastalıklı hasta ve 19 sağlıklı kişi dahil edildi. Hasta gruplarında bronkoskopik işlem esnasında BL alındı. Serum HE-4 ve BL HE-4 düzeyleri ELİSA yöntemiyle ölçüldü.

Serum HE-4 düzeyleri benign akciğer hastalıkları grubuna (135 ± 26.9 pmol/L, $p=0.001$) ve sağlıklı kontrole (14.8 ± 7.0 pmol/L) göre akciğer kanserli hastalarda (204.2 ± 22.9 pmol/L, $p<0.0001$) anlamlı derecede yüksekti. Her iki hasta grubunda BL HE-4 açısından anlamlı farklılık gözlenmedi. BL HE-4 düzeyleri her iki hasta grubunda serum düzeylerinden daha yüksekti ($p<0.0001$). Serum HE-4 düzeyleri akciğer kanseri grubunda tümör evresi ($p=0.001$), ve yaş ($p<0.0001$) ile korele idi. Serum ROC eğrisinde altta kalan 0.784 (95% CI, $0.701-0.867$) ve BL-HE-4 'de 0.496 (95% CI, $0.382-0.610$) idi.

Bu çalışma serum HE-4 sistemik artışının HE-4'ün lokal artışına (BL) göre daha belirleyici rolü olduğunu göstermiştir, onun için akciğer kanserli hastalarda BL HE-4 ölçümleri yerine serum HE-4 ölçümlerinin kullanımı önerilebilir.

SS-002

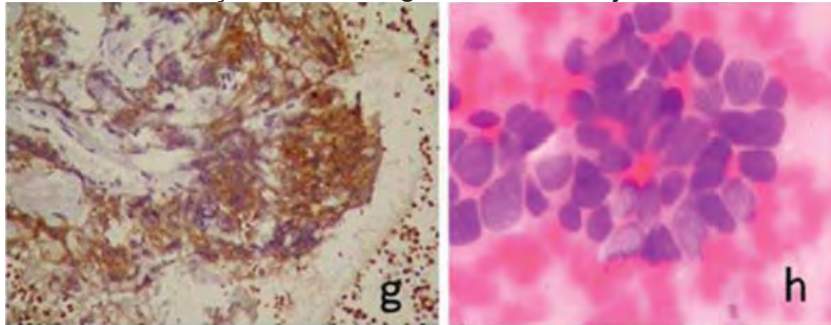
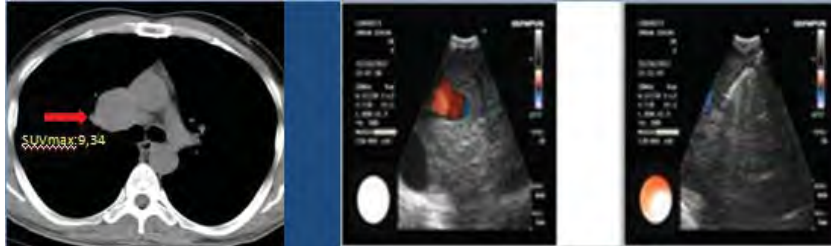
Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Tanısında Endobronşiyal Ultrasonografi Eşliğinde Transbronşiyal İğne Aspirasyonunun YeriAyperî Öztürk¹, Nilgün Yılmaz Demirci², Zafer Aktaş¹, Funda Demirağ³, Ali Alagöz⁴, Aydın Yılmaz¹¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Pulmonoloji Kliniği, Ankara²Gazi Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara³Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Ankara⁴Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Ankara

GİRİŞ-AMAÇ: Endobronşiyal Ultrasonografi eşliğinde transbronşiyal iğne aspirasyonu (EBUS-TBİA), akciğer kanseri tanısı ve evrelemesi amacıyla mediastinal kitleler ile lenf nodlarının değerlendirilmesinde kullanılan güvenli, minimal invaziv bir yöntemdir. Son yayınlanan rehberlerde EBUS-TBİA'nın akciğer kanserinin mediastinal evrelemesindeki yeri belirlenmiştir ancak literatürde ilk tanı aşamasında kullanılmasını öngören az sayıda çalışma mevcuttur ki bu çalışmalarda küçük hücreli akciğer kanserli (KHAK) hasta sayısı azdır dolayısıyla EBUS-TBİA'nın KHAK tanısında rolü belirsizdir. Bu çalışmamızın amacı, KHAK'nde EBUS-TBİA'nın tanısal test olarak kullanılabilirliğini değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD: Kliniğimizde Mart 2010- Temmuz 2014 tarihleri arasında CP-EBUS TBİA uygulanan 1761 hasta retrospektif olarak incelendi. 1157 (%65,8) hastanın granülatöz ve/veya antrakoz; 604 (%34,2) hastanın malign tanısı aldığı, malign tanılı hastaların 67'si (%11) KHAK olup verileri ayrıntılı şekilde incelendi.

BULGULAR: KHAK tanısı alan 67 hastanın 6'sı (%9) kadın, 61'i (%91) erkekti. Ortalama yaş, 56± 12,8 (30y-77y) idi. 38 hastada bir, 22 hastada iki, 5 hastada üç, 2 hastada dört farklı istasyon olmak üzere toplam 108 adet lenf nodu örnekledi ve komplikasyon izlenmedi (Lenf nodlarının dağılımı tablo 1' de, örnek toraks BT ve EBUS-TBİA resim 1 ve resim 2'de gösterilmiştir). Lenf nodlarının ortalama EBUS çapı 40,1mm ±21,35 idi. Her lenf nodu ortalama 3 kez örnekledi. Hastaların radyolojik tetkikleri incelendiğinde 35 hastanın sınırlı, 32 hastanın yaygın hastalık oldukları saptandı. Sadece iki hastaya ilki tanısal olmadığı için ikinci kez EBUS uygulandı. Alınan örnekler, yayma ve hücre bloğu olarak incelendi. Tüm hücre blokları KHAK ile uyumlu gelirken (%100), yaymaların 91'i (%86) tanısal idi.

SONUÇ: EBUS-TBİA, konvansiyonel bronkoskopi ve diğer tetkikler ile tanı konulamayan KHAK tanısında güvenle uygulanabilecek bir tanı yöntemidir; minimal invaziv yöntem olduğu için ileri invaziv cerrahi tanı yöntemlerinden önce tercih edilebilir.

Resim 1. Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Patolojik Görünümü**Resim 2. Sağ trakeobronşiyal (10R) lenf nodu toraks BT ve EBUS-TBİA görüntüsü****Tablo 1. Lenf nodları dağılımları**

LENF NODU İSTASYONLARI	OLGU SAYISI
2R/2L	-
4R	23
4L	15
7	27
10R	5
10L	15
11R	11
11L	12

SS-003

Opere Edilen Akciğer Kanserli Olgularda Kardiyak ve Pulmoner Riskin Önemi

Akif Turna, Elvin Hekimoğlu, Nurlan Alizade, Ahmet Demirkaya, Ezel Erşen, Kamil Kaynak
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

GİRİŞ: Opere edilebilen uygun evreli küçük hücreli dışı akciğer kanserli olguların bir kısmı, solunumsal ve/veya kardiyak açıdan kısıtlı durumda olabilmektedir. Bu olguların ameliyatlarının genel olarak yüksek riskli olduğu kabul edilmekte ve alt yapısı olan merkezlerde opere olması önerilmektedir. Çalışmadaki amacımız, solunumsal ve/veya kalp açısından riskli olgularda uygulanan rezeksiyonlardan sonra gerçekleşen morbidite, mortalite ve sağkalımları irdelemektir.

YÖNTEMLER VE HASTALAR: Kliniğimizde Ocak 2007 ile Şubat 2013 arasında küçük hücreli dışı akciğer kanseri tanısı ile opere edilen ortalama 60.0 yaşında 318'i (%83.7) erkek, 62'si (%16.3) kadın 380 olgu irdelendi. Bu olguların 248'ine (%4.2) lobektomi, 90'ına (%23.6) pnömonektomi, 15'ine (%3.9) bilobektomi, 19'una (%5) wedge rezeksiyon, 8'ine (%2.1) diğer rezeksiyonlar uygulanmış idi. Olguların çoğunda, pulmoner risk indeksi ve Goldman kalp riski indeksi, prospektif olarak, geri kalan küçük bir kısmında da dosyalar irdelenerek retrospektif olarak kaydedildi. Kalp açısından riskli olgulara ameliyat öncesi ve sonrası gerekli yönetim ve tedaviler uygulandı. Akciğer açısından riskli olanlarda rezeksiyon yapılabilirlik, uluslararası rehberlere göre belirlendi.

BULGULAR: Tüm olguların 8'inde (%2.1) ameliyat sonrası 30 gün içinde herhangi bir neden ile mortalite, 89'unda (%23.4) en az bir komplikasyon gerçekleşti. Akciğer risk indeksi 0, 1, 2 ve 3 olanların sırası ile 11'inde (%26.7), 37(%25.5), 22'si (%36) ve 3'ünde (%25) morbidite saptandı. Pulmoner risk ile komplikasyon gelişme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağıntı bulunmadı ($p=0.479$). Goldman kalp indeksi 0, 1, 2 ve 3 olanların ise, sırası ile 2'si (%33.3), 37(%22.0), 17'si (%30.3) ve 5'inde (%35.7) en az bir komplikasyon kaydedildi($p=0.361$). Hastaların hastanede yatış süreleri açısından en yüksek ve en düşük pulmoner risk indeksi olanlar arasında istatistiksel olarak fark bulunmaz iken ($p= 0.114$), kardiyak indeksleri 1 ve 3 olan hastalar arasında yatış süreleri açısından (7.8'e 10.3 gün) ($p=0.006$) arasında bir fark saptandı. Pulmoner ve kardiyak risklere göre olguların ameliyat sonrası sağkalımlarında da bir fark bulunmadı.

SONUÇ: Kalp ve/veya akciğer işlevleri açısından orta veya yüksek riskli grupta olan olgularda, yeterli klinik alt yapı bulunuyor ise, akciğer tümörü için rezeksiyon yapılabilir. Bu olguların uygun bakımları ile, daha uzun yatış süresi öngörülmek ile birlikte, mortalite, morbidite ve uzun dönem sağkalımlar açısından düşük riskli hastalara göre önemli bir fark bulunmamaktadır.

SS-004

Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Orta ve Ciddi Evre KOAH Hastalarında Pnömonektomi: Mantıklı ve Güvenli midir?

Akif Turna, Elvin Hekimoğlu, Osman Yakşi, Ezel Erşen, Nurlan Alizade, Kamil Kaynak
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ: Pnömonektomi sonrasında hayat kalitesindeki belirgin düşüş dikkate alındığında, birçok cerrahın mümkün olduğunca pnömonektomiden kaçınmaya eğilimli olduğu görülmektedir. Kabul edilebilir mortalite ve morbiditede yapılacak pnömonektomiye uygun hastaların seçimi için rehberler bulunmaktadır. Orta ve ciddi KOAH'lı hastalarda yapılan pnömonektomili hastalardaki sonuçlarımızı ılımlı KOAH'lı olgularda yapılan pnömonektomilerin sonuçları ile karşılaştırdık.

Hastalar ve Metotlar: Merkezimizde Ocak 2002 ile Mayıs 2012 arasında, küçük hücre dışı akciğer kanserli tanısı ile pnömonektomi yapılan hastalar irdelendi. Olguların tamamına mediastinoskopi ya da VAMLA yapıldı. Hastalar, ameliyatın ardından en az 1 gün yoğun bakımda takip edildi.

BULGULAR: Toplam 88 hastaya (81 erkek,7 kadın) pnömonektomi uygulandı. Bunlardan, 31(35.2%)i 'orta'(FEV1/FVC<0.70, 50%<=FEV1<80%), 6 (6.8%)'sı 'ciddi' (FEV1/FVC<0.70, 30%<=FEV1<50%) KOAH idi. Cinsiyet, biyokimyasal parametreler ve yaş açısından orta derecede KOAH hastaları ile ılımlı KOAH olan veya KOAH bulunmayan hastalar arasında fark bulunmamaktaydı. Buna karşın, ortalama içilen sigara sayısı ve ortalama tümör çapı orta derecedeki KOAH hastalarında daha fazlaydı. (p=0.008 and p=0.026). Hafif KOAH olan veya KOAH bulunmayan hastalarla kıyaslandığında orta derecedeki KOAH hastalarında postoperative komplikasyon oranının hafifçe yüksek olduğu görülmektedir.(herhangi bir komplikasyon: 9/31, 29.0 % vs. 9/51, 17.6%,p=0.175). Orta derecede KOAH olan hastalar istatistiksel olarak önemli olmayacak şekilde 30 günlük daha yüksek mortaliteye sahipti. (5/31, 16.6% vs. 3/51,5.9%, p=0.107). Ciddi derecede KOAH olan hastalarda ölüm meydana gelmedi. Orta derecede KOAH olan hastalarla ılımlı derecede KOAH olan veya KOAH olmayan hastalarda hastane yatışı benzerlik göstermekteydi. Postoperatif solunum yetmezliği, bronkoplevral fistül, ciddi disritmi açısından fark saptanmadı. (Tablo). T faktörü, FVC, ek komorbidite morbidite için tahmin ettirici faktörler olarak görülmedi. (p>0.05).

TARTIŞMA: Postoperatif sonuçlar orta evredeki KOAH hastalarıyla ılımlı evrede olan veya KOAH olmayan hastalar arasında farklılık göstermemektedir. Güvenli biçimde pnömonektomi yapılacak olan doğru hastaların seçiminde yeni algoritmalar orta ve ciddi KOAH'ın önemini geçersiz kılmaktadır.

Pnömonektomi Yapılan KOAH'lı OLGULARDA KOMPLİKASYONLAR

Komplikasyon	Orta evrede KOAH olan hastalar (n=31)	Orta evrede KOAH olan hastalar (n=31)	Orta evrede KOAH olan hastalar (n=31)
Bronkoplevral fistül	2 (6.5%)	3(5.9%)	-
Solunum yetmezliği	3(9.7%)	3(5.9%)	1(16.7%)
Postoperatif ampiyem	-	2(4.0%)	-
Ciddi disritmi	2 (6.5%)	-	1(16.7%)
Diğer	3(9.7%)	1(2%)	-

SS-005

Göğüs Duvarına Invazyon Yapan Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde Sağkalımı Etkileyen FaktörlerAbidin Şehitoğulları¹, Fuat Sayir², Ufuk Çobanoğlu², Ali Kahraman², Yusuf Aydemir³¹Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Sakarya-Türkiye²Sağlık Bakanlığı Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Van-Türkiye³Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Sakarya-Türkiye

AMAÇ: Çalışmamızda göğüs duvarı invazyonu olan akciğer kanserinde sağkalımı etkileyebilecek olan bazı histopatolojik faktörleri inceledik.

MATERYAL-METOD: Sakarya üniversitesi tıp Fakültesi ve Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi kliniklerinde toplam 12 göğüs duvarına invaze akciğer kanseri olgusu opere edildi. Bu olgular retrospektif olarak değerlendirildi. Beş yıllık takip yapıldı. Tümörün; göğüs duvarına invazyon derinliği (parietal plevra, ekstra plevral yağlı doku, interkostal kaslar, Kosta tutulumu), perinodal tutulum, "N" tutulumu, rezeksiyon cerrahi sınırı gibi faktörlerin prognoz ve sağkalım üzerine olan etkisi araştırıldı.

BULGULAR: Olguların 10' u erkek (%83), 2'si kadın (%17) veyası ortalaması 55±8 (42-74) idi. Tümörlerin yerleşimi 9 olguda sağ akciğer (%75), 3 olguda sol akciğerde (%25) idi. Ameliyata alınan olguların 9' una göğüs duvarı rezeksiyonu (%75), 3 olguya ekstraplevral rezeksiyon uygulandı (%25). Tümörlerin hücre tipine göre dağılımı 7 olguda epidermoid ca. (%58,3), 3 olguda adeno ca. (%25), 1 olguda büyük hücreli ca. (%8,3), 1 olguda indifferansiyel ca. (%8,3). Ameliyat edilen olguların postoperatif patolojileri 8 olguda Evre IIB, 3 olguda Evre IIIA, 1 olguda N2 Evre IIIA idi. Hastaların evrelere göre sağkalımı incelendiğinde evreler arasında fark olduğu ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü (p=0,72). 5 yıllık sağ kalım Evre IIB' de %35, IIIA'da %24, Evre IIIA N2 olguda %0 bulundu.

Göğüs duvarı invazyon düzeyine göre sağkalım değerlendirildiğinde Kosta tutulumu, interkostal tutulum, parietal plevra dışı yağ dokusu, parietal plevra tutulumu arasında anlamlı fark bulunamadı (p=0.60). Kosta tutulumunun diğer invazyon düzeylerine göre sağkalımı daha iyi olduğu görüldü.

Kosta tutulumu ile parietal plevra tutulumu açısından bakıldığında kot tutulumunun parietal plevra tutulumuna göre daha iyi sağkalım sağladığı ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (p=0.15).

Ekstraplevral yağ doku ile parietal plevra tutulumunda sağkalımın ekstraplevral yağ doku tutulumunda daha iyi olduğu ancak anlamlı olmadığı saptandı (p=0.31)

N2 hastalık varlığını N0 ile ve N1 hastalık varlığını N0 ile ayrı ayrı karşılaştırdığımızda sağkalımı anlamlı etkilemediği görüldü. Tümörün lenfatik invazyon yapmasının sağkalımı olumsuz etkilediği ancak bunun anlamlı olmadığı bulundu (p=0.12).

SONUÇ: Sağkalım geliştirilmesinde cerrahi tekniklerin gelişmesi kadar lenfatik invazyon, gibi histopatolojik faktörlerinde önem kazandığı gösterilmiştir. Göğüs duvarı invazyonu açısından değerlendirildiğinde tam bir görüş birliği olmasada kanaatimizce "en block" rezeksiyon ekstraplevral rezeksiyona tercih edilmesi gerekmektedir

SS-006**Akciğer Kanseri Tanısında Hasta Maliyetleri: Ön Analiz Sonuçları**

Murat Türk, Fatma Yıldırım, Ahmet Selim Yurdakul, Can Öztürk

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye.

GİRİŞ-AMAÇ: Ülkemizde en sık görülen kanser türleri içinde akciğer kanseri ilk sırada yer almaktadır. Akciğer kanseri tedavisine harcanan para sağlığa ayrılan bütçenin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Tedavi ile ilgili harcamalar konusunda veriler olmasına rağmen tanı aşamasındaki harcamalara dair veriler kısıtlıdır. Bu çalışmamızda kliniğimize akciğer kanseri öntanısı ile yatırılan ve akciğer kanseri tanısı konulan hastaların maliyet analizlerinin yapılması ve maliyet dağılımının diğer ülkelere ait verilerle karşılaştırılması amaçlandı.

MATERYAL-METOD: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğine 1 Eylül 2013-31 Temmuz 2014 tarihleri arasında akciğer kanseri öntanısı ile yatırılan ve akciğer kanseri tanısı konan hastaların maliyet verileri bilgi işlem bölümünden alınarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, tetkik, tedavi hizmetleri, yatak, ilaç ve sarf malzeme ücretleri ayrı ayrı kaydedildi.

BULGULAR: Onbir aylık süre içerisinde göğüs hastalıkları kliniğine toplam 78 hasta akciğer kanseri öntanısıyla yatırılarak tetkik edilip tanı konuldu. Hastaların 61'i (%78.2) erkek, 17'si (%21.8) kadın idi. Hastaların 5'i (%6.4) acil servisten, 73'ü (%93.6) poliklinikten yatırıldı. Yaş ortalamaları 63 ± 10 yıl (median: 62.5 yaş), ortalama yatış süreleri 15.5 ± 14.0 gün (median: 13 gün) idi. Hasta başına düşen total maliyet medyan 2.445,0 TL[152,0-16.988,0 TL] idi. Total maliyetin en önemli kısmını %46.4 ile tetkik ücretleri oluştururken, yatak ücreti %14.7, ilaç ücretleri %14.1 ve sarf malzeme %4.5'ünü oluşturmaktaydı.

SONUÇ: Akciğer kanseri tanı aşamasında tüm dünyada maliyeti yüksek bir hastalıktır ve sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

SS-007

Kemoterapötik İlaçlara Bağlı Gelişen Pulmoner Komplikasyonlar

Ruhşel Cörüt, Ayşegül Füsün Öner Eyüpoğlu

Başkent Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Kemoterapötik ilaçlar solid tümörlerde ve hematolojik malignitelerin tedavisinde kullanılmaktadırlar. Son yıllarda bu ilaçların inflamatuvar hastalıklarda da immünsupresif özellikleri dolayısıyla kullanımı giderek artmıştır. Kemoterapötik ilaçların kullanımı sırasında ortaya çıkan en önemli sorun organ toksisitesidir. İlaçlara bağlı akciğer hastalıkları (İBAH) modern tıbbın başlangıcı ile tanımlanmaya başlanmıştır. İBAH benign infiltratlardan hayatı tehdit eden çok çeşitli akciğer hastalıklarına kadar değişik klinik tablolarla karşımıza çıkabilmektedir.

AMAÇ: İBAH'ın görülme sıklığı konusunda yeterli veri yoktur. Bizde bu amaçla, onkoloji polikliniğinde kemoterapötik ajanlarla tedavi alan ve İBAH tanısı konulan hastaları retrospektif olarak inceledik.

BULGULAR: Kemoterapötik ajanlarla tedavi gören ve öksürük, ateş, nefes darlığı, göğüs ağrısı ile başvuran 1231 hastadan İBAH tanısı alan 20 olguyu dahil ettik. Olgularda kadın/erkek oranı 11/9 ve ortalama yaş 53.2 olarak saptandı. Hastaların %55'i erkek idi. Kadın-erkek dağılımında olgular arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi ($p>0,05$). Hastaların %70'inde öksürük, %60'ında dispne, %50'sinde ateş, %40'ında balgam semptomları mevcut idi. Tüm hastaların ortalama 1 saniyedeki zorlu ekspirasyon hacmi (FEV1) değeri %69, zorlu vital kapasite (FVC) değeri %73, FEV1/FVC oranı % 79, Karbon Monoksit Diffüzyon Kapasitesi (DLCO) %63 idi. Bu veriler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Akciğer grafisinde hastalarımızın 5'inde plevral effüzyon, 10'unda retiküler görünüm ve 5'inde konsolidasyon saptandı. Olguların yüksek rezolüsyonlu toraks bilgisayarlı tomografilerinde 6 hastada buzlu cam, 9 hastada buzlu cam+ intertisyel patern+ fibrozis birlikteyken, 5 hastada ise YRBT'de bir patoloji saptanmadı. Hastalarımızın 2'sine VATS ile İBAH tanısı konulurken, 18'ine klinik ve radyoloji ile tanı konulmuştur. Kemoterapötik ajanlara bağlı akciğer hastalığı görülme sıklığı %0.27 olarak saptanmıştır. Bleomisin (n:2), Siklofosfomid (n:2), MTX (n:2), ARA-C (n:2), Desatinip (n:2), Erlotinip (n:2), Temadozol (n:1), Sisplatin (n:2), Transtuzumab (n:2), Oksaliplatin (n:1) ve Dokataksel (n:1) en çok pulmoner toksisite yapan kemoterapötik ajanlar olarak saptandı. Olguların %95'i steroid tedavisinden fayda gördü ($p<0,05$).

TARTIŞMA: Bu sonuçlar bize kemoterapötik ajan kullanan hastalar değerlendirilirken, İBAH riskinin göz önünde bulundurulması gerekliliğini ve yüksek klinik şüphe varlığında hızla tedavi başlanmasının önemini birkez daha vurgulamaktadır.

SS-008

Leflunomide Kullanımının Bleomycine Bağlı Oluşturulan Akciğer Fibrozisi Üzerine Antienflamatuar ve Antifibrotik Etkileri

Servet Kayhan¹, Aygül Güzel², Latif Duran³, Şerife Tütüncü⁴, Ahmet Güzel⁵, Mithat Günaydın⁶, Osman Salı⁷, Ali Okuyucu⁷, Mustafa Yasin Selçuk⁸

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Samsun

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Samsun

⁴Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Histoloji ve Embriyoloji Ana Bilim Dalı, Samsun

⁵Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Samsun

⁶Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Samsun

⁷Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Samsun

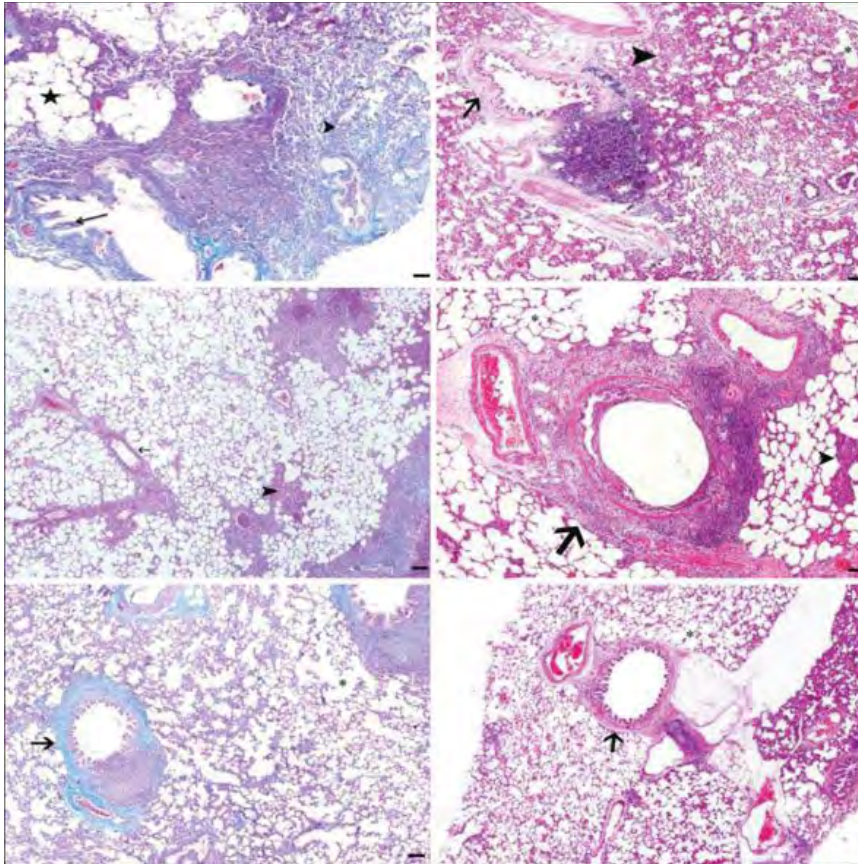
⁸Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Akciğer fibrozisi nadir görülmekle birlikte mortalitesi yüksek, ilerleyici bir hastalıktır. Mevcut tedavi rejimleri bu hastalığı iyileştirmek için yetersizdir. Leflunomide (LEF) immünmodülatör bir ajan olup antiproliferatif aktivitesi nedeniyle romatoid artritte kullanılmaktadır. Bu çalışmada LEF'in bleomycine (BLM)'ye bağlı akciğer fibrozisindeki potansiyel yararlarını araştırmak amaçlanmıştır. Materyal ve Metodlar: Toplam olarak 21 tane yetişkin, erkek wistar albino ratlar kullanılmıştır. Deney hayvanları her grupta yedi rat olan kontrol, BLM ve BLM+LEF olmak üzere üç gruba bölünmüştür. BLM grubuna deneysel akciğer fibrozisi modeli oluşturmak amacıyla intratrakeal olarak BLM (2.5 U/kg) uygulandı. Kontrol grubuna BLM yerine aynı miktarda saline verildi. LEF grubuna BLM ile birlikte oral yoldan LEF (10 mg/kg/gün) uygulandı. LEF kullanımının akciğerlerde oluşan enflamasyon ve fibrozisi değerlendirmek üzere serum clara hücre proteini-16 (CC-16), thiobarbituric asit reaktif maddesi (TBARS), superoksit dismutaz (SOD) ve ileri oksidasyon protein ürünlerinin (AOPP) serum düzeyleri ölçüldü. Ayrıca immunohistokimyasal yöntemler kullanılarak akciğer dokusu içeriğindeki IL-6, TNF- α ve NF- κ B düzeyleri araştırıldı.

BULGULAR: LEF kullanımı CC-16 düzeyini önemli derecede arttırmış ve AOPP düzeyiniyse azaltmıştır (sırasıyla P=0.042 ve P=0.003). İmmunohistokimyasal incelemede LEF grubunda BLM grubuna kıyasla IL-6, TNF- α ve NF- κ B düzeyleri önemli derecede azalmıştır (P<0.001).

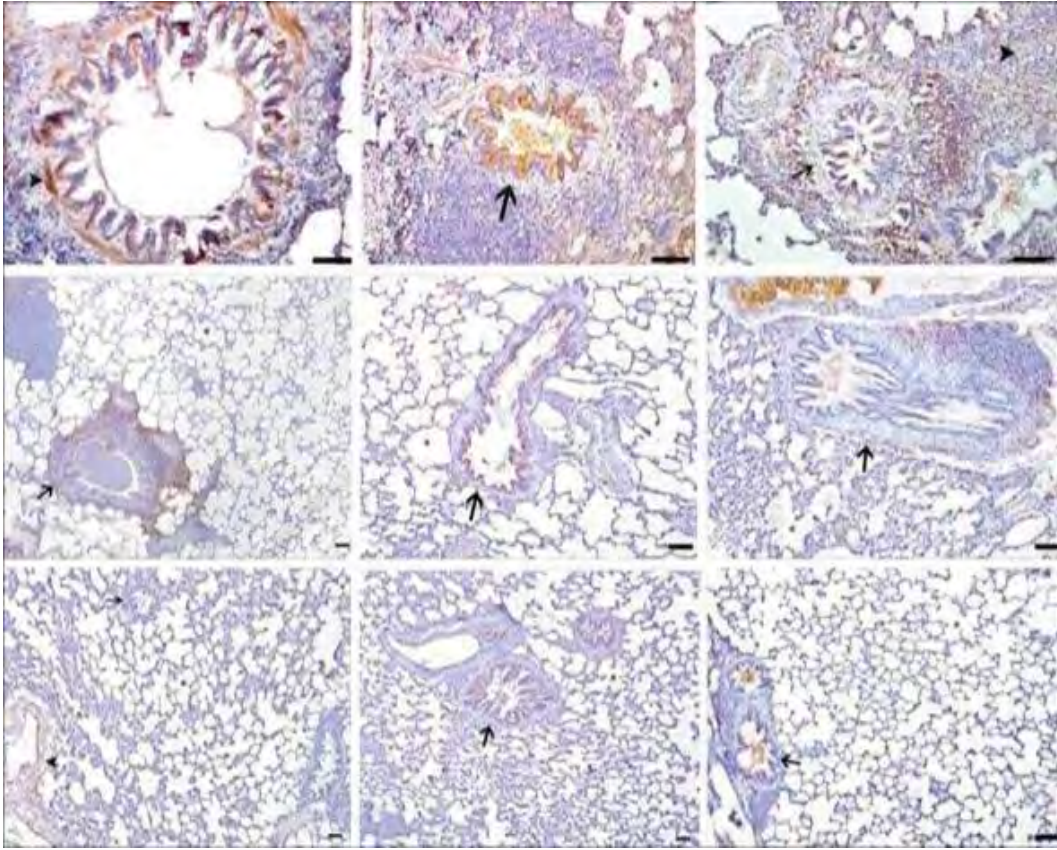
SONUÇLAR: LEF oksidatif stres faktörlerini ve alveoler inflamasyonu, akciğer hasarını ve akciğer fibrozisini azaltmaktadır.

Resim 1



Crossman's trichrome boyası ile akciğer kesitlerinin incelenmesi [(A1) Bleomycine grubu; (B1) Leflunomide grubu; (C1) kontrol grubu] ve Hematoxilen-Eosin boyası ile [(A2) Bleomycine grubu; (B2) Leflunomide grubu; (C2) kontrol grubu]. Yıldız, alveol, Ok, bronşiyol epiteli, Ok başı, alveol duvarında fibröz kalınlaşma, Bar: 50 μ m

Resim 2



Çalışma gruplarının immünohistokimyasal inceleme sonuçları. IL-6 [(A1) Bleomycin grubu; (A2) Leflunomide grubu; (A3) kontrol grubu], TNF-α [(B1) Bleomycin grubu; (B2) Leflunomide grubu; (B3) kontrol grubu] ve NF-κB [(C1) Bleomycin grubu; (C2) Leflunomide grubu; (C3) Kontrol grubu]. Yıldız: alveol, Ok: bronşiyol epiteli, Ok başı:bronşiyol duvarında düz kas, Bar: 50 µm.

Serum CC-16, SOD, AOPP ve TBARS düzeylerinin karşılaştırılması

GRUPLAR	CC-16 (pg/mL)	SOD (U/mL)	AOPP (µmol/L)	TBARS (µmol/mL)
KONROL	57.12±8.75	1.41±0.09	30.10±7.82	17.93±2.19
BLM	46.18±6.29 (a)	1.35±0.16	197.45±91.00 (c)	21.26±5.18
LEF	54.35±7.09(b)	1.48±0.03	37.70±9.09(d)	18.77±3.29

a, P=0.021 kontrol grubuyla karşılaştırılınca; b, P=0.042 BLM grubuyla karşılaştırılınca; c, P=0.003 kontrol grubuyla karşılaştırıldığında; d, P=0.003 BLM grubuyla karşılaştırıldığında

SS-009

Ratlarda Bleomisinle Oluşturulan Akciğer Fibrozisine Apocynin'in Etkisi

Talat Kılıç¹, Hakan Parlakpınar², Nigar Vardı³, Alaadin Polat⁴, Sedat Yıldız⁴, Elif Asludere³¹İnönü Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Malatya²İnönü Üniversitesi, Farmakoloji Ana Bilim Dalı, Malatya³İnönü Üniversitesi, Histoloji ve Emriyoloji Ana Bilim Dalı, Malatya⁴İnönü Üniversitesi, Fizyoloji Ana Bilim Dalı, Malatya

İdiopatik pulmoner fibrozis (İPF), çoğu interstisyel pnomoniye göre daha kötü prognoza sahiptir. Hastalığın tedavisinin olmaması, akciğer transplantasyonunun kısıtlı hasta grubuna uygulanabilmesi, yaşam suresindeki kısıtlılık nedeniyle yeni tedavi arayışları sürmektedir. Et-yopatogeneizde inflamasyon ve oksidatif stresin rolü bilindiğinden, antioksidan ve antiinflamatuvar ajanlarla yapılan çalışmalar devam etmektedir. Apocynin (APO), kanada kenevirinden elde edilen ve NADPH-oxidase inhibitörü bir ajandır. Yapılan çalışmalarda güçlü bir antioksidan ve antiinflamatuvar olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda ratlarda blomisinle (BL) oluşturulan akciğer inflamasyon ve fibrozisine APO'nun tedavi edici ve koruyucu etkisini araştırdık. Kontrol grubu; APO grubu: 20 mg/kg APO i.p yolla 29 gün; BL-1 ve BL-2 grupları: 2.5mg/kg BL intratrakeal tek doz; APO+BL grubu: BL'den 12 saat öncesinde başlanmak üzere 20 mg/kg APO 15 gün i.p; BL+APO grubu: BL verildikten sonraki 15.günde başlanmak üzere 20 mg/kg APO 14 gün boyunca i.p verildi. İnflamasyon ve fibrozisin oluştuğunu göstermek için BL-1 grubu 15.günde, diğer tüm gruplar 29.günde sakrifiye edildi. Alınan akciğer doku örnekleri histopatolojik, oksidan ve anti-oksidanlar açısından değerlendirildi. İPF'e yönelik tedavi araştırmalarında bleomisinle induklenen akciğer fibrozis modeli sıklıkla kullanılmaktadır. Bu modelde gelişen inflamasyon ve fibrozis insanlardakine benzemektedir. Çalışmamızda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, BL gruplarında malondialdehide (MDA) ve total oksidan kapasite (TOK) seviyesinde anlamlı artış tespit edildi. BL'e bağlı artmış MDA ve TOK seviyesinin, hem koruyucu hem de tedavi amaçlı APO uygulaması ile belirgin gerilediği gözlemlendi. Benzer şekilde oksidatif stresin önemli bir göstergesi olan oksidatif stress indeksi (OSI), kontrol grubuna göre BL gruplarında belirgin yüksek olduğu, bu yüksekliğin APO uygulaması ile gerilediği görüldü. Katalaz (KAT), superoxide dismutase (SOD), glutathione peroxidase (GPx) seviyelerinin kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, BL gruplarında azaldığı ve bu azalmanın APO uygulamasıyla anlamlı olarak önlediği görüldü (Tablo1). Histopatolojik olarak kontrol grubuyla kıyaslandığında, BL gruplarında inflamasyon ve fibrozisin belirgin olduğu ve bu değişikliklerin APO uygulaması ile belirgin gerilediği görüldü. Konu ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunda ajanlar, fibrozis oluşturulmadan önce verilmiş. Ancak pratikte İPF'nin büyük bir kısmı, ileri dönem fibrosiz ile karşımıza çıkmaktadır. Dolayısı ile oluşan fibrozisin tedavisi, fibrosizi önlemeye yönelik profllaktik tedaviden daha önemli olacağı açıktır. Profllatik uygulamayla birlikte, tedavi amaçlı APO uygulanması, çalışmamızı daha da önemli kılmaktadır. Sonuç olarak, APO'nun BL ile oluşturulan akciğer inflamasyon ve fibrozisi hem önlediği hemde tedavi ettiğini göstermiş olduk.

Tablo 1. Akciğer dokusundaki KAT, GSH, GPX, MDA, TOK, TAK ve OSI düzeyleri.

Parametre	Birim	Kontrol	APO	BL-1	BL-2	BL+APO	APO+BL
MDA	nmol/g tissue	1.03±0.25	1.23±0.16	2.83±0.48	2.26±0.21a	1.21±0.17	1.21±0.26
SOD	U/g protein	1.051±0.12	1.10±0.31	0.77±0.06	0.76±0.10b	1.11±0.13	1.22±0.20
CAT	K/g protein	11.36±2.35	11.23±2.22	3.39±1.21	3.98±0.88c	11.24±1.99	9.38±1.86
GPX	U/mg protein	68.85±11.18	69.46±14.84	28.95±9.22	20.06±4.68c	94.89±28.79	85.61±25.78
GSH	micromol/g tissue	2.74±0.36	2.40±0.45	2.32±0.46	1.62±0.27d	2.36±0.75	2.36±0.81
TOK	µmol H ₂ O ₂ Eq/L	5.31±1.67	6.47±2.09	11.11±2.02	10.77±0.79a	7.14±0.97	7.02±1.55
TAK	mmol Trolox Eq/L	1.11±0.11	1.16±0.12	1.08±0.13	1.10±0.17e	1.17±0.16	1.16±0.10
OSI	Arbitrary unit	4.89±1.38	5.52±1.56	10.47±2.39	9.52±2.11a	6.30±1.76	6.29±1.25

Değerler: ortalama±SS, a BL-1 dışındaki tüm gruplara göre anlamlı yükseklik (P<0.0001), b BL+APO ve APO+BL gruplarına göre anlamlı düşüklük (sırsıyla, P=0.015, P=0.001), c BL-1 dışındaki tüm gruplara göre anlamlı düşüklük (P<0.0001), d sadece kontrol grubuna göre anlamlı (P=0.016) düşüklük mevcut, e diğer tüm gruplarla anlamlı değişiklik (P>0.05) yok. TOK: Total oksidan kapasite, TAK: Total antioksidan kapasite, OSI: oksidatif stress indeksi.

SS-010

Ratlarda Monocrotalin İle İndüklenmiş Pulmoner Hipertansiyonda Diminazenin Etkisi

Aysun Şengül¹, Sertan Arkan², Çiğdem Vural³, Cüneyt Özer⁴, Büşra Yaprak³, Ayşegül Taş⁵

¹Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

⁴Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Deneysel Hayvan Laboratuvarı, Kocaeli

⁵Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Fizyoloji Bölümü, Kocaeli

AMAÇ: Pulmoner hipertansiyon, pulmoner vasküler dirençte artışla karakterize, sağ kalp yetersizliği ve ölüme neden olabilen kompleks ve ilerleyici bir hastalıktır. Günümüzde kullanılmakta olan tedavilerin olumlu etkilerine rağmen hastalığın mortalite ve morbiditesi hala yüksek seyretmektedir. Pulmoner hipertansiyon da dahil çeşitli akciğer hastalıklarında koruyucu etkisi gösterilmiş olan anjiotensin converting enzim (ACE) 2'nin enzimatik aktivitesini arttıran bir ajan olan diminazenin (DZN) egzersiz kapasitesi, sağ ventrikül sistolik basıncı, sağ ventrikül hipertrofisi, pulmoner vasküler remodelling üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

METOD: 9 haftalık 33 adet Wistar rat, kontrol grubu (n=11), monocrotalin (MCT) grubu (n=15) ve MCT+ DZN grubu (n=7) olmak üzere 3 gruba ayrıldı. MCT ve MCT+DZN grubuna 1. Gün 60 mg/kg MCT intraperitoneal (i.p.) olarak uygulandı. MCT+DZN grubuna 21.günden itibaren 15 mg/kg/gün DZN i.p. olarak uygulandı. 35. Günde tüm ratların egzersiz kapasitesi zorlu yüzme testi ile değerlendirildi. Açık göğüs yöntemi ile sağ kalp sistolik basınç ölçümünün ardından kalp ve akciğerler çıkarılarak sağ ventrikül hipertrofisi ve pulmoner vasküler remodelling açısından histopatolojik olarak incelendi.

BULGULAR: 35. günde mortalite oranı kontrol grubunda %0, MCT grubunda % 63,3, MCT+DZN grubunda % 14,3 olarak izlendi. Mortalite oranlarında DZN tedavisi ile istatistiksel anlamlı düzeyde olmayan azalma ve median yaşam süreleri açısından anlamlı düzelme izlendi (p=0,16, p= 0,007). DZN tedavisi ile egzersiz kapasitesi, orta boy pulmoner arteriöl duvar kalınlığı, sağ ventrikül duvar kalınlığı, sağ ventrikül sistolik basıncında MCT grubuna göre anlamlı düzelme izlenmezken, muskularize pulmoner arteriöl sayısında anlamlı azalma izlendi (P<0,01).

SONUÇ: Diminazen pulmoner hipertansiyonda yaşam süresini uzatmakta ve pulmoner arterioller muskularizasyonunu azaltmaktadır ve pulmoner hipertansiyonda yeni bir tedavi seçeneği olabileceği düşünülmektedir.

SS-011

Sıçanlarda Bleomisin ile Oluşturulan Akciğer Fibrozisi Modelinde Nigella Sativa Yağının İnflamasyon, Fibrozis ve Antioksidan Enzimler Üzerine Etkisi

Münire Çakır¹, Şule Kaya¹, Sema Bircan², İbrahim Metin Çiriş², Duygu Kumbul Doğuç³, Mustafa Nazıroğlu⁴, Birsen Harun Dağdeviren³, Ercan Sözbir⁴, Cemil Özgül⁴, Ömer Çelik⁴, Handan Ankaralı⁵

¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Isparta

³Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Isparta

⁴Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyofizik Ana Bilim Dalı, Isparta

⁵Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Ana Bilim Dalı, Düzce

Çalışmanın amacı, nadir görülmekle birlikte prognozu ve sağkalımı oldukça kötü bir hastalık olan İPF'nin önlenmesinde veya tedavisinde N. sativa'nın (çörek otu) etkin olup olmadığını araştırmaktır.

Çalışmada, her grupta 8'er sıçan olmak üzere toplam 5 grup mevcuttu. Kontrol grubuna yalnızca intratrakeal salin verildi. N. sativa grubuna günde tek doz oral gavajla N. sativa yağı verildi. Bleomisin ve tedavi gruplarına 0. günde tek doz intratrakeal bleomisin (2,2 mg/kg) uygulandı. 16 gün boyunca bleomisin grubuna başka işlem yapılmazken tedavi gruplarından birine 0-16., diğerine 8-16. günler arasında günde tek doz oral gavaj ile N. sativa yağı verildi. Çalışma sonunda sıçanlar kurban edilerek akciğer dokusu histopatolojik olarak incelendi; hem akciğer dokusunda hem de BAL sıvısında GSH, GSH-Px, SOD enzim aktivitelerine bakıldı. Histolojik değerlendirmede inflamasyon, bleomisin grubunda %45,6; uzun tedavi kolunda %19,3 ve kısa tedavi kolunda %14,1 oranında görüldü. Hem uzun hem kısa süreli tedavi kolunda inflamasyonun, bleomisin grubuna göre anlamlı oranda azaldığı gözlemlendi (sırasıyla p=0,019; p=0,003). Bleomisin grubunda fibrozis skoru 1,6 olup bu skor uzun süreli tedavi kolunda 0,78 ve kısa süreli tedavi kolunda 0,35 idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla p=0,004; p=0,0001). İntratrakeal bleomisin verilmesi ile akciğer dokusunda GSH-Px ve GSH aktivitelerinde kontrol grubuna göre belirgin bir azalma görüldü (sırasıyla p=0,026; p=0,031). Bleomisin grubu ile karşılaştırıldığında uzun ve kısa süreli tedavi kollarında enzim aktiviteleri daha yüksek saptanmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. BAL sıvısında bleomisin verilen grupta GSH ve GSH-Px enzim aktivitelerinin kontrol grubuna göre anlamlı oranda azaldığı (sırasıyla, p=0,05; p<0,01) görüldü. Her iki tedavi kolunda bleomisin grubuna göre GSH-Px enzim aktivitesinin arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p<0,01). Tedavi kolları karşılaştırıldığında GSH-Px enzim aktivitesindeki artış kısa tedavi kolunda daha belirgindi (p<0,01). GSH enzim aktivitesi ise kısa süreli tedavi kolunda bleomisin grubuna göre daha yüksekti ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0,0001). Akciğer dokusu ve BAL sıvısındaki SOD enzim aktivitesi ise, gruplar arasında farklılık göstermedi. Antioksidan ve antiinflamatuar özelliği birçok çalışmada gösterilmiş olan N. sativa, hem inflamasyon ve fibroziste azalma hem de antioksidan enzim aktivitelerinde artış sağlaması nedeniyle İPF tedavisinde veya hastalığın önlenmesinde etkin olabilir.

SS-012

İdiyopatik Pulmoner Fibroziste Seri Solunum Fonksiyon Testlerinin Prognozu Belirlemedeki Önemi ve Diğer Parametrelerle İlişkisi «Retrospektif Analiz»

Tuğba Önalın, Nesrin Moğulkoç

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD

İdiyopatik pulmoner fibrozisli hastalarının düzenli ve objektif verilerle izlenmesi hastalığın progresyon hızının saptanmasına, uygulanan veya geliştirilmekte olan tedavilerin etkinliğinin gözlenmesine olanak sağlamaktadır.

Çalışmamızın amacı; IPF'li hastaların seri SFT ölçümleri ile izlenmesinin prognozu öngörmedeki değerini retrospektif olarak gözlemlemektir. İkincil sonlanım noktası olarak ise yaş, cinsiyet, sigara öyküsü, SPAB yüksekliği, ek hastalıklar gibi diğer değişkenlerle prognoz arasındaki ilişkiyi saptamaktır.

Çalışmaya dahil edilen 94 olgunun demografik verileri yanısıra ilk başvurudaki ve izlemdeki (6.ay, 12.ay, 24.ay, 36.ay, 48.ay ve 60.ay) SFT ölçümleri kaydedilmiştir.

Çalışma grubumuzun yaş ortalaması 62.8 ± 10.3 olup %71.3'ü (67 olgu) erkek, %28.7'si (27 olgu) kadındır. Ortalama izlem süreleri 41.03 ± 27.02 aydır, %59.4'ü (60 hasta) izlemede kaybedilmiş olup %44.6'sı (41 olgu) hayattadır. Otuziki olgunun (%34) tanısı cerrahi akciğer biyopsisi ile doğrulanmıştır.

Olguların yaşlarının, genel sağkalımla veya izlemdeki solunum fonksiyon testleri kayıplarıyla ilişkisiz olduğu saptanmıştır. Ancak 50 yaş altı olgu grubu ayrı incelendiğinde, ortalama sağkalımın bu grupta belirgin düşük olduğu gözlenmiştir ($p=0.039$). Sistolik pulmoner arter basıncı düzeyi yüksek olan olguların genel sağkalım gerekse EKO sonrası sağkalım sürelerinin anlamlı düşük olduğu saptanmış ($p=0.006$ ve $p<0.0001$), SPAB yüksekliğinin DLCO/VA ile ilişkili olduğu gözlenmiştir ($p=0.05$).

Bazal FVC ve DLCO değerinin sırasıyla %10 ve %15'ini ilk 6 ay ve 12 ay içerisinde kaybeden olguların sağkalımlarının bu kaybı yaşamayanlarla farklı olmadığı görülmüştür.

Sonuç olarak, çalışmamızda IPF'de prognozu belirleyen parametreler; 50 yaşın altında tanı almak ve SPAB'nın yüksek saptanması olarak belirlenmiştir. 50 yaş altı grubun prognozu solunum fonksiyonlarındaki değişimle ilişkisiz, SPAB yüksekliği ise DLCO/VA'daki değişimle ilişkili saptanmıştır.

IPF'de etkili tedavilerin kullanılmaya başlanması yanısıra ülkemizde de uygulanmaya başlanmış olan transplantasyona hastaların uygun zamanda yönlendirilmesi açısından prognostik izlem çalışmaları önem taşımaktadır.

SS-013

Kronik Hipoksiye Bağlı Pulmoner Arteriyel Basınç Artışında Lektin-Benzeri Okside LDL Reseptör-1 İn Rolü

Gönül Şimşek¹, İbrahim Güner¹, Muhittin Onur Yaman¹, Barış İkitimur², Mustafa Yıldız⁴, Gülderen Şahin¹, Sibel Yurt⁵, Volkan Sözer⁶, Nermin Yelmen¹, Remise Gelişgen³, Hafize Uzun³

¹İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi, Kardiyoloji Enstitüsü, İstanbul

⁵Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İstanbul

⁶Yıldız Teknik Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Kimya Bölümü, İstanbul

Kronik hipoksida gelişen pulmoner hipertansiyon (PH) un reaktif oksijen metabolitlerinin (ROM) üretimi ile ilişkili olduğu, antioksidan tedavinin PH un gelişimini hafiflettiği belirtilmektedir. PH, endotelial disfonksiyon ve proliferasyonla karakterize ilerleyici bir hastalıktır. Endotelial disfonksiyon, vasküler kalınlaşma ve pulmoner vasküler rezistansta artışa yol açar. Böylece endotelial disfonksiyon, PH un erken evresinde önemli rol oynayabilir. Ancak hipoksida gelişen endotelial disfonksiyon mekanizmaları tam olarak anlaşılmamıştır. LOX-1 endotelial disfonksiyonun başlatılmasında esas element olarak göz önüne alınır ve okside LDL'nin endotelial reseptörü olarak bilinir. Oksidatif stres vasküler endotelial hücrelerde LOX-1 ekspresyonunu indükler. Kronik hipoksida ROM artışına bağlı olarak LOX-1 ekspresyonu ve aktivasyonunun artışı endotelial disfonksiyona neden olabilir. Araştırmamızda kronik hipoksiye bağlı pulmoner arteriyel basınç artışında LOX-1 ve major ligandı okside LDL'nin rolü araştırılmıştır. Çalışmada Yeni Zelanda türü albino erkek tavşanlar kontrol (n=7) ve kronik hipobarik hipoksiye maruz bırakılan grup (n=7) olarak ikiye ayrıldı. Kronik hipobarik hipoksi, basıncı 410 mmHg'ya ayarlanmış düşük basınç kamerasında gerçekleştirildi. Deney hayvanları günde 22 saat süre ile 30 gün boyunca düşük basınç kamerasında tutuldu. Süre bitiminde anesteziye tavşanlarda sistolik pulmoner arteriyel basınç (PAPs), pulmoner arter çapı (PAd), sol ventrikül diyastol ve sistol sonu çaplar, sol atrium ve sağ ventrikül çapı ekokardiyografik olarak incelendi. Sol ventrikül kontraktilite göstergeleri fraksiyonel kısalma ve ejeksiyon fraksiyonu tayin edildi. Ekokardiyografik incelemeyi takiben tavşanlardan kan ve pulmoner arter doku örnekleri alındı. Plazma LOX-1, okside LDL, nitrik oksit (NO), endotelin-1 (ET-1), oksidatif stres göstergesi malondialdehid (MDA), antioksidanlardan Cu-Zn süperoksit dismutaz (SOD) ve glutatyon (GSH) düzeyleri tayin edildi. Ayrıca pulmoner arter LOX-1 ölçümü gerçekleştirildi. İstatistiksel değerlendirmede Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kronik hipoksiye maruz bırakılan tavşanlarda kardiyak parametrelerin kontrol grubuna göre değişmediği, PAPs ve PAd değerlerinin anlamlı artış gösterdiği belirlendi (p<0.001). Plazma ve pulmoner arter LOX-1 düzeylerinde kontrol tavşanlardan yüksek olduğu saptandı (p<0.001). Kronik hipobarik hipoksi MDA değerlerinde anlamlı artış oluştururken (p<0.001), Cu-Zn SOD ve GSH değerlerinde anlamlı azalmalara neden oldu (p<0.01). Okside LDL, NO ve ET-1 düzeylerinin hipobarik hipoksi grubunda anlamlı olarak arttığı belirlendi (p<0.001). Bulgularımız LOX-1 ilişkili endotelial disfonksiyonun, kronik hipoksida gözlenen pulmoner hipertansiyonun patofizyolojisinde önemli rol oynadığını ileri sürmektedir. Pulmoner hipertansiyon modellerinde LOX-1'i araştıran çalışmalar pulmoner hipertansiyonun erken tanı ve tedavisine önemli katkılar sağlayacaktır.

SS-014

Vücut Kitle İndeksi, Yağ Oranı ve Yağ Dağılımı İle Solunum Fonksiyonları Arasındaki İlişkinin BelirlenmesiDerya Güzel¹, Yusuf Aydemir², Ramazan Akdemir³¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji ABD / Sakarya²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD / Sakarya³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji ABD / Sakarya

GİRİŞ: Obesite, beslenme alışkanlıklarının değişmesi ve sedanter yaşamın sonucu olarak tüm dünyada prevalansı gittikçe artan önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Obesitenin volüm azalması başta olmak üzere solunum fonksiyon parametrelerini bozduğu bilinmektedir. Obesitenin solunum fonksiyonlarına etkisini araştıran çalışmaların çoğunda sınıflandırma, vücut kitle indeksi (BMI) ile yapılmaktadır. Obesitenin değerlendirilmesinde BMI standart yöntem olarak kullanılır ve Dünya Sağlık Örgütü de obesiteyi BMI kullanarak sınıflandırmıştır. Ancak BMI vücut yağ oranı (VYO) ve vücut yağ dağılımı (VYD)'nin değerlendirilmesinde sensitif değildir ve vücut kütleindeki artışın, yağ dokusundan mı kaynaklandığı, yoksa kas kütle artışına mı bağlı olduğuna ilişkin net yanıt veremez. Bu nedenle biyoimpedans yöntemi ile VYO'nun ve antropometrik ölçümlerle VYD'nin belirlenmesi fonksiyonel bozukluğu daha iyi değerlendirebilir.

AMAÇ: Çalışmamızda solunum sistemini etkileyen bozukluğu olmayan normal ve obez bireylerde VYO ve VYD'nin pulmoner fonksiyonlar üzerine etkisinin belirlenmesi ve BMI ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

METOD: Solunum fonksiyonlarını bozacak hastalığı olmayan 170 gönüllü birey çalışmaya alındı. Vücut kitle oranı, bel çevresi, kalça çevresi ölçüldü. Vücut yağ oranı Tanita cihazı ile biyoelektrik impedans yöntemiyle belirlendi. Yağ kütlesi, yağsız vücut kütlesi ve yağ yüzdesi hesaplandı. Standartlara uygun solunum fonksiyon testleri yapıldı.

BULGULAR: BMI ile SFT parametreleri arasında bir ilişki gösterilemezken, vücut yağ oranı, yağsız vücut kütlesi ve bel çevresi ile SFT arasında anlamlı korelasyon bulundu. Kalça çevresi ile ilişki bulunamadı. Yağ yüzdesi arttıkça FEV1, FVC ve FEF 25-75 azalmaktaydı. BMI'ne göre sınıflandırılan obes ve normal bireyler arasında SFT değerleri açısından anlamlı farklılık yokken, Vücut yağ oranına göre sınıflandırılan yağ oranı düşük ve yüksek bireyler arasında farklılık tesbit edildi.

SONUÇ: Pulmoner fonksiyonların değerlendirilmesinde beden kitle indeksi parametresinin tek başına organ disfonksiyonunu belirlemede yetersiz olabileceği; adipozitenin mutlaka miktar ve lokalizasyon olarak göz önüne alınması gerektiği kanaatine varıldı.

Vücut yağ kütlesi ve yağsız vücut kütlesi ile akciğer fonksiyonlarının ilişkisi:

	Yağ<20 kg n=67	Yağ>20 kg n=103	p	Yağsız kütle<50kg n=56	Yağsız kütle>50kg n=114	p
FEV1	3,50	3,11	0,012	2,76	3,59	<0,001
FVC	4,22	3,81	0,038	3,40	4,36	<0,001
FEF 25-75	3,55	3,08	0,027	2,73	3,57	<0,001
FEV1/FVC	82,98	82,04	0,393	81,30	82,93	0,163
FEV1 beklenen	102,50	98,39	0,057	97,76	101,05	0,151
FVC beklenen	103,89	101,69	0,211	103,96	101,33	0,259
FEF 25-75 beklenen	98,55	89,89	0,038	84,69	97,83	0,001
FEV1/FVC beklenen	104,83	104,09	0,875	101,82	106,07	0,018

Vücut yağ oranı ve vücut yağ dağılımının akciğer fonksiyonları ile korelasyonu.

	yağ		Yağsız vücut kütlesi		Bel çevresi		Kalça çevresi	
	r	p	r	p	r	p	r	p
FEV1	-0,442	<0,001	0,559	<0,001	0,155	0,042	0,015	0,846
FVC	-0,441	<0,001	0,573	<0,001	0,158	0,038	0,027	0,722
FEF 25-75	-0,273	<0,001	0,301	<0,001	0,104	0,176	-0,048	0,530
FEV1/FVC	0,035	0,648	0,032	0,676	0,065	0,395	0,008	0,914
FEV1 %	-0,082	0,285	0,003	0,964	-0,011	0,882	-0,005	0,945
FVC %	0,003	0,972	-0,176	0,022	-0,100	0,193	-0,028	0,715
FEF 25-75 %	-0,122	0,112	0,132	0,027	0,043	0,572	0,006	0,941
FEV1/FVC %	0,007	0,928	0,116	0,131	0,106	0,167	0,077	0,318

r: Pearson korelasyon katsayısı

Vücut yağ oranı (VYO) ile akciğer fonksiyonlarının ilişkisi:

	VYO <%25 n=59	VYO >%25 n=111	p
FEV1	3,71	3,11	<0,001
FVC	4,47	3,81	<0,001
FEF 25-75	3,71	3,08	<0,001
FEV1/FVC	83,06	82,04	0,378
FEV1 beklenen %	102,93	98,39	0,044
FVC beklenen %	103,15	101,69	0,526
FEF 25-75 beklenen %	100,30	89,89	0,011
FEV1/FVC beklenen %	105,74	104,09	0,355

SS-015

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı modelinde Defibrotid'in kalp, böbrek ve beyin dokusunda Protein Redoks Regülasyonu Üzerine EtkileriMüge Kutnu¹, Nihal Enşen², Volkan Sözer³, Murat Mengi², Halil Tunalı², Hafize Uzun¹¹Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı²Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı³Yıldız Teknik Üniversitesi, Kimya Bölümü, Biyokimya Anabilim Dalı

GİRİŞ: KOAH sadece lokal pulmoner inflamasyon değil, sistemik inflamasyonla karakterize olan kompleks bir hastalıktır. Bu sistemik etkilerin azaltılması için yeni ve daha etkili tedavi şekillerine ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır. KOAH hastalarında kullanılmak üzere inflamasyonu da düzenleyen bazı antitrombotik ilaçlar geliştirilmektedir. Defibrotid antitrombotik, anti-iskemik, anti-inflamatuvar, anti-apoptik özellikler gösteren bir ajandır. DF'nin KOAH'lı hastalarda kullanımına yönelik bir araştırma bulunamamıştır.

AMAÇ: Deneysel KOAH oluşturduğumuz sıçanların akciğer doku histolojilerinde KOAH bulgularını azalttığını belirlediğimiz defibrotidin; sıçanların kalp, böbrek ve beyin dokularındaki lipid peroksidasyonu belirteci malondialdehit(MDA), oksidatif protein hasarının belirteci plazma ileri oksidasyon protein ürünleri(AOPP), prooksidan antioksidan denge(PAD) ve total antioksidan kapasite(TAK) düzeyleriyle; protein ve lipid oksidatif hasarı üzerine redoks homeostazisini sağlama yönündeki olası antioksidan rolünü araştırmaktır.

YÖNTEM-GEREÇLER: Çalışmada 40 adet, Sprague Dawley, erkek sıçan

1. Kontrol,
2. DF,
3. KOAH,
4. KOAH+DF grubu olarak dörde ayrıldı.

KOAH ve KOAH+DF gruplarına amfizem oluşturmak için intratrakeal olarak pankreatik elastaz ve oda havasında SO₂, Kontrol ve DF gruplarına SF ve oda havası verildi. DF ve KOAH+DF gruplarına defibrotid, Kontrol ve KOAH gruplarına ise serum fizyolojik intraperitoneal olarak verildi. Uygulama sonunda biyokimyasal çalışmalar için kalp, böbrek ve beyin dokuları çıkartıldı. Dokularda MDA, AOPP, PAD ve TAK düzeyleri kolorimetrik yöntemle saptandı. Grupların tüm verileri SPSS 13.0 programında, Anova varyans analizini takiben, Post-Hoc testler ile analiz edildi.

BULGULAR: Bulgularımız elastaz ve SO₂ ile oluşturulan deneysel KOAH'ta kalp, beyin ve böbrek dokusunda lipid peroksidasyonunun ve ileri oksidasyon protein ürünlerinin arttığını, prooksidan antioksidan dengenin bozulduğunu, total antioksidan kapasitenin bozulan bu dengeyi düzelterek yeterlilikte değişmediğini göstermektedir. Ayrıca bulgularımız Defibrotid kullanımının deneysel KOAH'ta lipid peroksidasyonu ve ileri oksidasyon protein ürünlerindeki artışı azaltarak lipid ve protein oksidasyonunda koruyucu bir etkisi olduğunu göstermektedir.

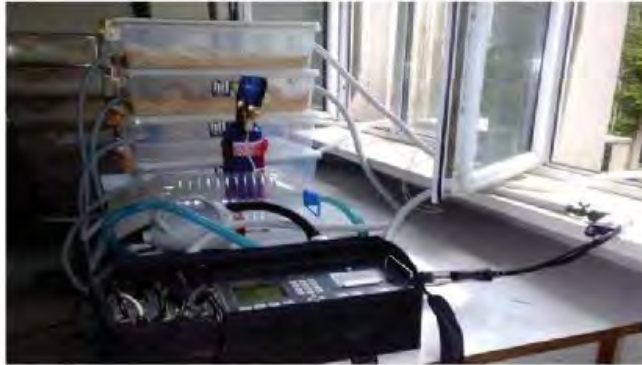
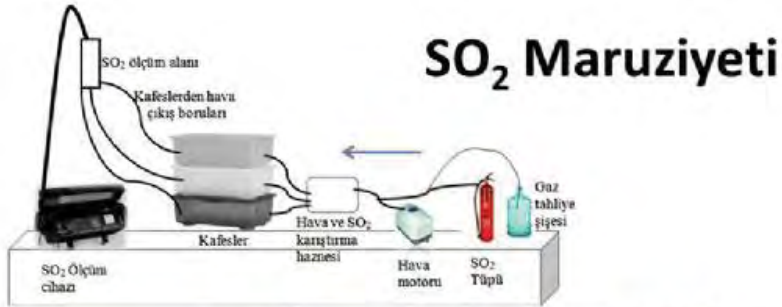
SONUÇLAR: Elastaz ve SO₂ ile oluşturulan deneysel KOAH'ta kalp, beyin ve böbrek dokusunda lipid ve protein oksidasyonunun artabileceği görülmüştür. Bu bulgular KOAH'ta ve deneysel modellerde; kanda ve çeşitli dokularda değişik oksidatif stres göstergeleriyle oksidatif stresin arttığını gösteren çalışmalarla uyumludur. KOAH'ta ve sigara maruziyeti modellerinde çeşitli dokularda ortaya çıkan oksidatif stres, elastaz ve SO₂ ile oluşturulan modelde de görülmektedir. Defibrotid kullanımı deneysel KOAH'ta lipid ve protein oksidasyonunda koruyucu bir etki gösterebilir. Klinikte çeşitli amaçlarla kullanılan DF'nin KOAH'ta yararlı etkisinin klinik olarak da değerlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Elastaz verme düzeneği ve Tekniği

Elastaz verme düzeneği.



Elastaz verme tekniği.

SO₂ Maruziyet Düzeneği

SS-016

Yüksek Oranda Früktoz İçeren Mısır Şurubunun Solunum Sistemine Etkileri

Önder Öztürk¹, Oğuzhan Kavruk², Gülsüm Argüz³, Özlem Özmen⁴, Ahmet Akkaya¹¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Isparta²Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji AD, Isparta³Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Isparta⁴Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Veteriner Fakültesi, Patoloji AD, Burdur

AMAÇ: Günümüzde birçok tatlı gıda ve içeceklerin üretiminde kullanılan mısır şurubunun kardiyovasküler hastalık, Tip 2 Diyabet, insülin direnci, metabolik sendrom ve karaciğer yağlanması ile ilişkili çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Fakat mısır şurubunun akciğer üzerindeki etkisi bilinmemektedir. Bu çalışmada, mısır şurubunun, mısır şurubu ile beslenen sıçanların akciğerleri üzerindeki etkisi araştırıldı.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Yirmi dört adet Wistar Albino dişi rat 3 gruba ayrıldı. Grup 1: Kontrol grubu, Grup 2: Mısır şurubu (10 hafta %30'luk, oral), Grup 3: Mısır şurubu (10 hafta %30'luk, oral)+Alfa Lipoik Asit (ALA) (100 mg/kg, 4 haftadan sonra, oral). Deney sonrası sıçan akciğerleri histopatolojik olarak değerlendirildi. Alınan kan örneklerinde malon dialdehit (MDA) ve katalaz (KAT) düzeyleri ölçüldü. Üç grupta elde edilen veriler; Kruskal Wallis, Mann Whitney-U ve ANAVO post hoc Bonferroni testleri kullanılarak karşılaştırıldı.

BULGULAR: Akciğer dokusunda histopatolojik olarak; hiperemi, ödem, lenfoid doku hiperplazi ve enflamatuvar reaksiyonlar değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0.004$)(Resim 1). Histopatolojik değişiklikler özellikle 2. Grupta artmıştı. Grup 2 ile 3 arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına karşın ($p=0.057$), 3. Grupta histopatolojik değişiklikler daha azdı. Oksidatif stresindeğerlendirilmesi için bakılan MDA ve katalaz düzeyleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$).

SONUÇ: Mısır şurubu ile beslenen sıçanlarda, mısır şurubu akciğerlerde histopatolojik değişiklikler meydana getirmektedir. ALA'nın ise akciğerlerde meydana gelen histopatolojik değişikliklerin oluşumunu azalttığı gösterilmiştir. Fakat mısır şurubunun hangi mekanizmayla akciğerlerde değişiklik yaptığını gösteren çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Resim 1

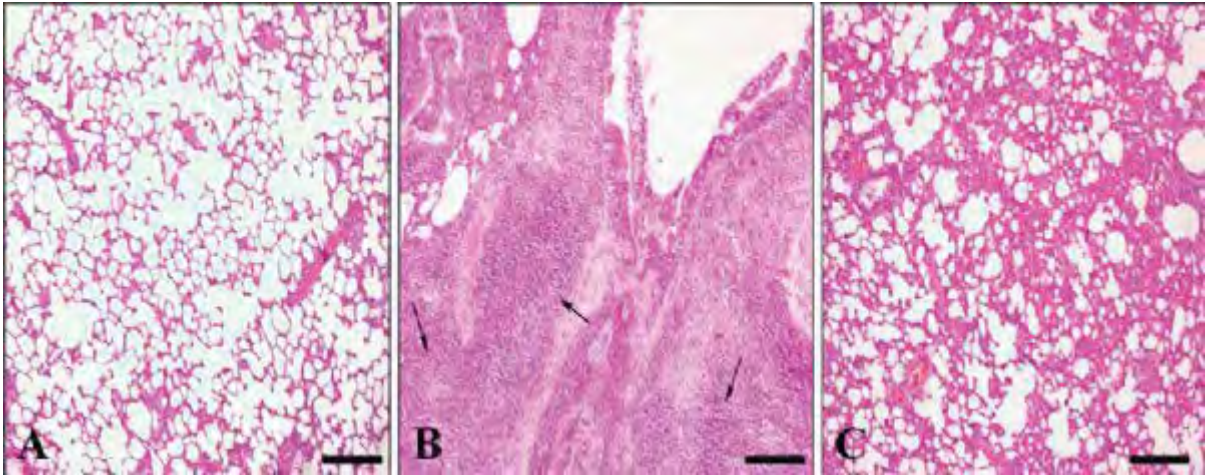


Figure 1: (A) Kontrol grubu: normal akciğer dokusu, HE.; (B) Mısır şurubu grubu: artmış akciğer inflamasyonlu (ok), HE.; (C) ALA tedavi grubu: akciğerlerde hafif iltihabi reaksiyonu, HE, = 500uM

SS-017**Miyofasyal Gevşetme Tekniğinin Solunum Kas Kuvveti ve Fonksiyonel Kapasite Üzerine Etkisi: Ön Çalışma**

Ebru Kaya Mutlu, Rüstem Mustafaoğlu, Tuğba Çivi, Arzu Razak Özdiñler
İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

GİRİŞ: Miyofasyal gevşetme tekniği bir tedavi yöntemi olarak son yıllarda fizyoterapi uygulamaları arasında giderek daha fazla yer almaktadır. Miyofasyal gevşetme; kası çevreleyen, hem ekstramusküler hem de intermusküler bağ dokuyu ve tonusu artmış, spazmlı, kuvvet üretme yeteneği bozulmuş kasları dışsal kuvvetlerle gevşetip kısıtlılıkları gidermek için kullanılır. Çalışmamızın amacı, sağlıklı kişilerde diyaframa uygulanan miyofasyal gevşetme tekniğinin solunum kas kuvvetine ve fonksiyonel kapasite üzerine akut etkisini araştırmaktır.

YÖNTEM: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde çalışan, yaş ortalamaları $31,3 \pm 5,6$ yıl olan 11 sağlıklı ve gönüllü olgu çalışmaya dahil edildi. Miyofasyal gevşetme tekniği öncesi ve sonrası maksimum inspirasyonda tutma zamanı ve ekspirasyon süresi ölçülerek solunum kas kuvvetleri, merdiven inip çıkma süresi ile fonksiyonel kapasiteleri değerlendirildi. Diyaframa miyofasyal gevşetme tekniği, olgular sırt üstü pozisyonunda iken her nefes verişte (ekspirasyonda) diyafram gerginliği hissedilerek deneyimli fizyoterapist tarafından uygulandı. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (SPSS 15.0) istatistik programı kullanıldı. Tüm analizlerde $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Olguların, uygulama öncesi ve sonrası sonuç değerleri arasındaki farkın anlamlılığını belirlemek amacıyla "Wilcoxon Signed-Rank" testi kullanıldı.

BULGULAR: Araştırma grubumuzun 6'sı erkek, 5'i bayan ve beden kütle indeksi (BKİ) ortalaması $23,6 \pm 4,2$ kg/m idi. Uygulama öncesi ve sonrası maksimum inspirasyonda tutma zamanında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,003$). Ekspirasyon süresi ile merdiven inip çıkma sürelerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,59$ ve $p=0,08$; sırasıyla).

SONUÇ: Sağlıklı bireylerde miyofasyal gevşetme tekniğinin solunum kas kuvvetini akut olarak arttırdığı sonucuna vardık. Bu nedenle miyofasyal gevşetme tekniğinin solunum sıkıntısı çeken kas hastaları için solunum kas kuvvetini artırmaya katkı sağlayacağı görüşündeyiz. Ancak fonksiyonel kapasite üzerine etkisinin bulunamamasının olgu sayısı azlığından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bu sebeple daha fazla olgu sayısı ve daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS-018

Akciğer Nakil Listesinde Bekleyen Hastalarda Pulmoner Rehabilitasyon Programının Nefes Darlığı ve Egzersiz Kapasitesine EtkisiLütfiye Kılıç¹, Nur Dilek Bakan², Esra Pehlivan³, Arif Balcı³, Songül Büyükkale⁴, Adnan Sayar⁴¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH Pulmoner Rehabilitasyon Ünitesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH Transplantasyon kliniği, Göğüs Hastalıkları, İstanbul³Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH Pulmoner Rehabilitasyon Ünitesi, Fizyoterapist, İstanbul⁴Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH Transplantasyon kliniği, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

GİRİŞ: Pulmoner rehabilitasyon programı (PRP) akciğer hastalığı nedeniyle günlük yaşam faaliyetleri kısıtlanan hastalarda uygulanabilir ve kanıta dayalı bir tedavi seçeneğidir. Çoğu ilaçların aksine PRP akciğer hastalıklarının ekstra-pulmoner etkilerini tersine çevirmeyi veya stabilize etmeyi hedeflemektedir. Akciğer nakli (Tx) için listelenen ve PRP uygulanması amacıyla ünitemize gönderilen hastalarda, PRP'nin nefes darlığı ve egzersiz kapasitesi üzerine etkisini incelemeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: Mart 2012-Mayıs 2014 tarihleri arasında hastanemizde Tx listesine alındıktan sonra ünitemize gönderilen 27 hasta PRP'na katıldı. Hastalara PR ünitesinde 2 gün ayaktan doğrudan gözetim altında, 3 gün evde olmak üzere 5 gün PRP uygulandı. Hastalar başvuruları esnasında anamnez ve klinik özellikleri ile yeniden değerlendirilerek program ve hastalıkları konusunda bilgilendirildiler. PRP'na katılımları için yazılı onamları alınarak, kardiyoloji konsültasyonları yapıldı. Fonksiyonel egzersiz kapasitesini değerlendirmek için 6-dakika yürüme testi (6DYT) yapıldı. Nefes darlığı ve yorgunluklarını değerlendirmek için BORG dispne skalası ve Modified Medical Research Council (MMRC) kullanıldı. Programın 16 seansını tamamlayan hastaların başlangıç ve program sonrası değerleri karşılaştırıldı. Programın en az 16 seansını tamamlayamayan hastalar değerlendirme dışı bırakıldı. Vücut kitle indeksi hesaplanarak hastalara diyetisyen kontrolünde oral nutrisyonel destek ve beslenme eğitimi verildi. Hayat kalitesi kısa form 34 (SF36) başlangıçta her hasta için doldurulmuş olsa da kontrolü yapılamadan hastaların bir kısmı nakil oldukları için değerlendirmeye alınmadı.

BULGULAR: Ünitemize gönderilen 27 hastanın 23' ü (%85) PRP'nin 16 seansını tamamlayabildi. Diğer 4 hastanın tamamlayamama nedeni, erken donör çıkması nedeniyle Tx yapılmasıydı. PRP'nı tamamlayan %57 erkek (n:13) %43 kadın (n:10) hastanın yaş ortalaması 35±10 hesaplandı. On (%44) hasta bronşektazi, 7 (%30) hasta silikozis, 2 (%9) hasta sarkoidoz, 1 (%4) hasta İPF, 1 (%4) hasta KOAH ve 2 (%9) hasta diğer hastalıklar şeklinde tanı almıştı. PRP öncesi 6DYM ile sonrası değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan fark anlamlıydı [300 (70-524) ile 360 (139-489), p=0,018]. PRP uygulanmadan önceki 6DYT öncesi ve sonrası BORG ortanca değerleri ile program bittikten sonra yapılan 6DYT öncesi ve sonrası BORG ortanca değerleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzelme olduğu saptandı (PRP öncesi başlangıç 2(0-4) bitiş 4 (0-10), PRP sonrası başlangıç 0,5 (0-3) bitiş 3 (0,5-8), her ikisi içinde p=0,000). MRC test değeri program öncesi ve sonrası ortancaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p= 0,008).

TARTIŞMA: Akciğer nakli için listede bekleyen hastalarda operasyon öncesi PRP uygulanması, hastanın fonksiyonel egzersiz kapasitesinde artış dispne algısında düşüş sağlamaktadır.

SS-019**Akciğer Malignitelerinde Endobronşiyal Kriyobiyopsilerin Tanı Değeri ve Güvenliği
(Kaç Biyopsi Tanı İçin Yeterlidir?)**Fatih Seğmen¹, Zafer Aktaş², Ayperi Öztürk², Aydın Yılmaz², Derya Özyayın³, Funda Demirağ⁴, Polat Pehlivanoglu⁵¹Muş Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları²Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Grişimsel Pulmonoloji Kliniği³Sinop Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları⁴Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji⁵Uşak Devlet Hastanesi, Anestezi

Endobronşiyal kriyobiyopsilerin malign hastalıkların tanısında tanı için yeterli kriyobiyopsi sayısını bulmak ve kanama komplikasyonunun şiddeti ile korale ederek morbidite ve mortaliteyi artırmaksızın minimum kaç kriyobiyopsinin tanı için yeterli olacağını bulmayı amaçladık. Şubat 2013–Ekim 2013 tarihleri arasında hastanemizde malignite şüphesi olan ve rutin fiberoptik bronkoskopi ile ilk seferde tanı konulamamış, görünür endobronşiyal lezyonu olan ve rijit brokoskopi ile tanısız girişim yapılan hastalar veya malign havayolu darlığı olan ve endobronşiyal tedavi endikasyonu konarak girişimsel bronkoskopik tedavi işlemleri için rijit bronkoskop ile entübe edilen toplam 50 hasta çalışmaya alındı. Hastalardan fleksibl kriyoprop ile dört adet kriyobiyopsi alındı ve oluşan kanamalar kaydedildi. Alınan kriyobiyopsiler tek patoloji uzmanı tarafından alınma sırası bilinmeksizin değerlendirildi. Oluşan kanamalar müdahale gerektirmeyen kanamalar (Grade 0) ve müdahale gerektiren kanamalar (Grade 1, 2, 3) şeklinde sınıflandırıldı. Hastalara bir biyopsi ile % 82, iki biyopsi ile % 94, üç biyopsi ile % 94, dört biyopsi ile % 96 oranında patolojik tanı koyduk. Birinci biyopsiden sonraki biyopsiler birinci biyopsiye göre istatistiksel olarak anlamlı derecede üstün pozitif tanı başarısına sahipti ($p=0,034$, $0,034$, $0,016$). İkinci biyopsi ve sonraki biyopsilerde bulunan pozitif sonuçlar arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamadı ($p=1,000$, $1,000$). Tek kriyobiyopsi % 82 tanı başarısıyla konvansiyonel yöntemler ile elde edilen tanı başarısından (% 88) daha düşük tanı başarısına sahiptir. Bu nedenle kriyobiyopsi rutin bronkoskopik biyopsi tekniği olarak kullanılamaz. İkinci biyopsiden sonraki biyopsilerin tanıya anlamlı katkısı yoktu. Bu nedenle ikiden fazla biyopsi almanın gerekli olmadığı düşünüldü. Biyopsi sayısı arttıkça müdahale gerektiren kanamalar anlamlı derecede artmaktadır ($p=0,048$). Bir ve iki biyopsi yapılan hastaların kanama oranları ortalama %7,1 iken, üç ve dört biyopsi alındığında bu oran ortalama %17,3'e çıkmaktadır. İki grubun kanama oranları arasında anlamlı fark vardı ($p=0,027$). İkinden sonraki biyopsilerde ikiye kadar olan biyopsilere göre kanama riski 2,76 kat daha fazladır. Sonuç olarak ilk forseps biyopsi ile endobronşiyal lezyona patolojik tanı konamayan hastalarda bronkoskopi tekrarı yerine sedasyon altında endotrakeal tüp içinden fleksibl kriyobiyopsi yapılmalıdır ve iki biyopsi tanı için yeterlidir. İkinci biyopsiden sonraki biyopsiler hem tanıya katkı sağlamamakta hem de müdahale gerektiren kanamaları artırmaktadır.

SS-020

Havayolu Stentleri: Endikasyonlar, Komplikasyonlar ve Güçlükler

Levent Dalar¹, Levent Karasulu², Cengiz Özdemir², Sinem Nedime Sökücü², Merve Tarhan², Sedat Altın²

¹İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, İstanbul

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Üçüncü basamak bir referans merkezi girişimsel pulmonoloji ünitesinde yerleştirilen havayolu stentlerinin etkinliğini değerlendirmek.

YÖNTEMLER: Girişimsel pulmonoloji ünitesinde 2005-2013 yılları arasında havayolu stenti yerleştirilen 283 hastanın kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi.

SONUÇLAR: Toplam 283 hastaya 390 havayolu stenti yerleştirildi. Olguların 153'ünde stenoz neoplastik etyolojiye sahipti. 176 olgu takip sırasında kaybedildi, 101 olgu halen hayatta ve 6 olgu takipten çıktı. Ortalama sağkalım kaybedilen olgularda 190,3 olarak bulundu. İşlem 10 olguda desatürasyon ya da major hemoraji nedeniyle erken sonlandırıldı ve 1 olguya resüsitasyon uygulandı. İşlem sırasında ölüm gözlenmedi. Sık rastlanan stent komplikasyonları granülasyon (%25), mukostaz (%24,6) ve migrasyon (%21) olarak saptandı.

TARTIŞMA: Seçilmiş olgularda neoplastik ya da non-neoplastik havayolu obstrüksiyonunun çözümünde stent en iyi yaklaşım olarak izlenmektedir. Sağkalımı uzatırlar, ancak mükemmel stent henüz ortaya konamamıştır. Diğer taraftan stent uygulaması için en uygun hastanın seçilmesine hasta tarafından uygulanan stent bakımı tedavi başarısı için anahtardır.

SS-021**Girişimsel Pulmonoloji: Tek Merkez Deneyimi**

Levent Dalar¹, Levent Karasulu², Cengiz Özdemir², Sinem Nedime Sökücü², Merve Tarhan², Sedat Altın²

¹İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, İstanbul

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Bir referans girişimsel pulmonoloji (GP) merkezinin deneyimini değerlendirmek ve bu deneyim ışığında girişimsel işlem gerektiren olgular için doğru yaklaşım biçimini belirlemek.

YÖNTEMLER: 2005–2013 yılları arasında girişimsel pulmonoloji ünitesinde işlem yapılan 954 olgunun kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi.

SONUÇLAR: 954 olguya toplam 1683 rijit bronkoskopi, 1655 fiberoptik bronkoskopi ve 21 medikal torakoskopi uygulandı. Ana endikasyonlar sırasıyla malign havayolu obstrüksiyonu (n: 388, %41,1), benign havayolu darlığı (n: 132, %13,9), ve hemoptizi (n: 56, %5,9) idi. 510 olgu izlemde kaybedildi, 417 olgu halen sağ ve takipte ve 16 olgu takipten çıktı. İşlem sırasında ölüm gözlenmedi, ancak 33 olgu işlem sonrası erken dönemde yoğun bakım ünitesinde kaybedildi. Temel prosedür diyet lazer ya da argon plazma koagülasyon eşlikli mekanik rezeksiyon olarak saptandı. Kriyoterapi 119 olguda kullanıldı.

TARTIŞMA: Bir GP ünitesi minimum donanımla kurulabilir. GP ile ilgilenen hekimlerin iyi eğitilmiş olmaları, her bir olgu için en doğru yaklaşımı kurgulayacak deneyime sahip olmaları gerekmektedir. GP işlemleri sağkalımı uzatabilir ancak işleme bağlı komplikasyonlar ve olguların doğru yönetilmesi kimi zaman zorlayıcı olabilir.

SS-022

Plevra Hastalıklarında İnvaziv Tanı Algoritması Nasıl Olmalıdır?Güntülü Ak¹, Muzaffer Metintaş¹, Selma Metintaş², Emine Dünder³¹ESOGÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları A.D.; ESOĞÜ Akciğer ve Plevra Kanseri Uygulama ve Araştırma Merkezi, Eskişehir²ESOGÜ Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.; ESOĞÜ Akciğer ve Plevra Kanseri Uygulama ve Araştırma Merkezi, Eskişehir³ESOGÜ Tıp Fakültesi, Patoloji A.D.; ESOĞÜ Akciğer ve Plevra Kanseri Uygulama ve Araştırma Merkezi, Eskişehir

AMAÇ: Plevral patolojili hastalardan tanı için çoğunlukla invaziv işlemler gerekir, bu konuda en etkin yöntem torakoskopidir. Son yıllarda görüntüleme rehberliğinde yapılan iğne biyopsilerinin tanı başarısı da kör yapılan biyopsilere göre yüksek çıkmaktadır. Bu durumda hangi hastada hangi uygulamanın yapılmasının gerektiği konusunda çeşitli öneriler olmakla birlikte genel kabul görmüş bir algoritma yoktur. Çalışmamızda, plevral patolojili hastaların invaziv tanısında geliştirdiğimiz bir algoritmanın prospektif olarak etkinlik ve güvenliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Aralık 2010 tarihinden itibaren plevral patoloji nedeniyle kliniğimize başvuran ve tanı için invaziv işlem gereken hastalar bilgisayarlı toraks tomografisi (BTT) bulgularına göre üç gruba ayrıldılar: BTT'nde yalnızca plevra sıvısı olan hastalar, benign asbest plörezisi kuşku olan hastalar, plevral sıvının yanısıra iğne biyopsisi için ulaşılması güç atipik lezyonu olan hastalara medikal torakoskopi (MT), plevral sıvı + plevral kalınlaşma ve / veya ulaşılabilir lezyonu olanlara Abrams iğnesi ile kapalı iğne biyopsisi, plevral sıvı olmadan plevral lezyonu olan hastalara Tru-cut iğne biyopsisi yapıldı. Abrams iğnesi ile biyopsi sonucu fibrinöz plörit gelen hastalara MT uygulandı. MT yapılan ve sonucu fibrinöz plörit gelen hastalar malign hastalık için risk faktörü varsa videotorakoskopi (VATS) uygulandı, yoksa takibe alındı. Tru-cut iğne biyopsisi fibrinöz plörit gelenler ise doğrudan VATS'a verildi. Takip süresi 2 yıl olarak belirlendi.

SONUÇLAR: Çalışmaya ardışık 169 hasta dahil edildi. Yukarıda belirtilen kriterlere göre 80 hastaya MT, 67 hastaya Abrams ile kapalı iğne biyopsisi ve 22 hastaya Tru-cut iğne biyopsisi yapıldı. MT ve Abrams grubunda 6'şar hasta takip süresi tamamlanmadığı için değerlendirmeye alınmadı. MT grubunda 74 hastanın 43'üne malign hastalık veya tüberküloz tanısı konuldu. Kalan 31 hastanın patolojik değerlendirmesi fibrinöz plörit idi. Bunlardan iki tanesinde yanlış negatiflik belirlendi. Abrams grubunda 61 hastanın 48'i malign hastalık veya tüberküloz tanısı aldı. Kalan 13 hasta fibrinöz plörit olarak değerlendirildi, bu hastaların 4 tanesinde yanlış negatiflik belirlendi. Tru-cut grubunda 22 hastanın 20'si malign hastalık veya tüberküloz tanısı aldı. Kalan 2 hastanın birisi yanlış negatifti. Bir bütün halinde önerdiğimiz algoritmanın tanı başarısı % 95.5 olarak belirlendi. İşlemler boyunca majör komplikasyon gelişmedi, işlemlerin toplam maliyeti mevcut uygulamalara göre daha düşük idi. Önerdiğimiz algoritmanın tanı başarısı MT veya VATS tanı başarısına eşit, maliyeti daha düşük, hastalar için daha konforlu ve komplikasyonları kontrol edilebilir düzeyde bulundu.

SS-023

Endobronşiyal Tümörlerde Kriyobiopsinin Tanı Değeri

Zafer Aktaş¹, Ayperi Öztürk¹, Aydın Yılmaz¹, Funda Demirağ², Fatma Ulus³¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Pulmonoloji Kliniği, Ankara²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Ankara³Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi Kliniği, Ankara

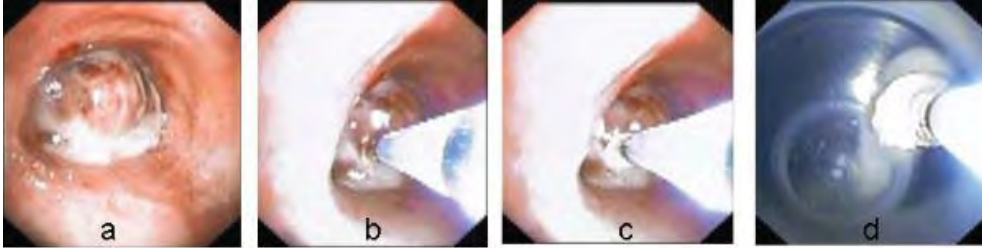
AMAÇ: Endobronşiyal tümörlerde kriyobiopsilerin tanı değeri ve forseps biyopsilere olan üstünlüğü yapılan birçok çalışmayla kanıtlanmıştır. Komplikasyonlar açısından forseps biyopsilerle aralarında anlamlı bir fark yoktur. Girişimsel Pulmonoloji Kliniğimizde endikasyon konarak girişimsel işleme alınan, endobronşiyal tümörü olan ve işlem öncesi patolojik tanısı olmayan hastalara işlem başlangıcında kriyobiopsi yaparak endobronşiyal kriyobiopsilerin tanı değerini bulmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Girişimsel Pulmonoloji Kliniğimizde 2013 yılında 142 hastaya 175 kez girişimsel işlem uygulandı. Endobronşiyal tümörü olan 47 (%33,1) hastanın işlem öncesi patolojik tanısı yoktu. Solunum yetmezliği nedeniyle fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapılmadan acil girişimsel işleme alınan 1, FOB yapılan ancak hastanın işlemi tolere etmemesi, işlem sırasında hastada gelişen hipertansiyon, desatürasyon, lezyonun trakeda olması ve lezyonun kanama olasılığı gibi nedenlerle biyopsi alınamayan 23, FOB ile biyopsi alınan ancak patolojik tanısı olmayan 23 olmak üzere toplam 47 hastaya girişimsel işlem başlangıcında endobronşiyal kriyobiopsi yapıldı. Hastalar ameliyathane şartlarında, total intravenöz anestezi altında rijit bronkoskopi (RB) entübe edildi. RB'un görüş alanındaki lezyonlardan rijit kriyoprop, görüş alanı dışındaki lezyonlardan RB içinden ilerletilen FOB ile lezyon görüntülenecek FOB'un çalışma kanalından geçirilen fleksibl kriyoprop ile 3'er saniye dondurma süresiyle 1-4 adet kriyobiopsi alındı (Resim 1).

BULGULAR: İşlem öncesi patolojik tanısı olmayan 47 hastanın 45 (%95,7)'ine kriyobiopsi ile tanı kondu. 43 (%91,5) hasta malign tümör, 2 (%4,3) hasta benign tümör tanısı aldı. 2 (%4,3) hastaya tanı konamadı (Tablo 1). İşlem sırasında 1 (%2,1) hastada gelişen orta dereceli kanama argon plazma koagülatör ile kolaylıkla kontrol altına alındı. 1 (%2,1) hastada uzamış anesteziye bağlı karbondioksit retansiyonu nedeniyle uyandırma işlemi sırasında görülen solunum yetmezliği ise 4 saat invaziv mekanik ventilasyon sonrası başarılı ekstübasyon ile sonlandı.

SONUÇ: Endobronşiyal tümörlerde kriyobiopsi, FOB işlemi sırasında çeşitli nedenlerle biyopsi alınamayan veya ilk FOB biyopsi ile patolojik tanı konamayan hastalarda etkili ve güvenli bir doku örnekleme yöntemidir.

Resim 1 a= Sol ana bronş tümör, b= Kriyoprob ve donma, c= Traksiyon, d= Çözünme



Tablo-1 Tanılar

Tanı	(Tanı)	(n)	n	%
Küçük hücreli dışı karsinom			27	57,4
	NOS (Not otherwise spesified)	(5)		
	Epidermoid karsinom	(18)		
	Adeno karsinom	(4)		
Küçük hücreli karsinom			4	8,5
Malign epitelyal tümör			2	4,3
High grade nöroendokrin karsinoma			2	4,3
Karsinoid tm			1	2,1
Adenoid kistik karsinom			2	4,3
Mukoepidermoid karsinom			1	2,1
Metastatik karsinom			4	8,5
	Renal hücreli karsinom metastazı	(3)		
	Tiroid papiller hücreli karsinom metastazı	(1)		
Hamartom			2	4,3
Tanı konamayan			2	4,3
Toplam			47	

SS-024**Toraks Dışı Maligniteli Hastalarda Mediastinal Lenfadenopati Tanısında Endobronşial Ultrason Rehberliğinde Transbronşial İğne Aspirasyonunun Tanısal Değeri**

Ozan Usluer, Ahmet Üçvet, Serkan Yazgan, Soner Gürsoy, Şeyda Örs Kaya

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

AMAÇ: Toraks dışı maligniteler mediastinum ve/veya hilusa metastaz yapabilirler. Mediastinoskopi veya video-yardımlı torasik cerrahi (VATS), bu metastazların tanısında kullanılan invaziv yöntemlerdir. Son yıllarda giderek popülaritesi artan ve daha az invaziv olan diğer bir tanı yöntemi ise endobronşial ultrason rehberliğinde transbronşial iğne aspirasyonudur (EBUS-TBİA).

YÖNTEM-GEREÇLER: Çalışmamızda, toraks dışı malignite tanısı almış ve mediastinal ve/veya hiler metastaz şüphesi bulunan olgular retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Nisan 2011 ile Temmuz 2014 tarihleri arasında ardışık 43 olguya toraks dışı malignite ve mediastinal ve/veya hiler metastaz şüphesi nedeniyle EBUS-TBİA uygulandı. Toplam 288 aspirasyon (her bir hasta için ortalama 6.7, 2-12 aralığında) 108 lenf bezine (her bir hasta için ortalama 2.5, 1-4 aralığında) uygulandı. Duyarlılık, özgüllük, pozitif öngörü değeri, negatif öngörü değeri, pozitif ön görü değeri ve doğruluk oranları sırasıyla %87.9, %100, %100, %71.4 ve %90.7 idi. EBUS-TBİA işlemine bağlı mortalite gözlenmedi.

SONUÇLAR: Bu çalışmada, toraks dışı malignite tanılı hastalarda endobronşiyal ultrason rehberliğinde transbronşiyal iğne aspirasyonunun (EBUS-TBİA), mediastinal ve hiler lenf bezi değerlendirilmesinde güvenli ve tanısal doğruluğu yüksek bir yöntem olduğu gösterilmiştir.

SS-025

Erişkin Ampiyemli 109 Hastada Cerrahinin Sonuçları ve Prognozu Etkileyen Faktörlerin Analizi

Akın Eraslan Balcı, Murat Kılıç, Derya Özdemir Tüten, Suna Polatoğlu, Siyami Aydın
Fırat Üniversitesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

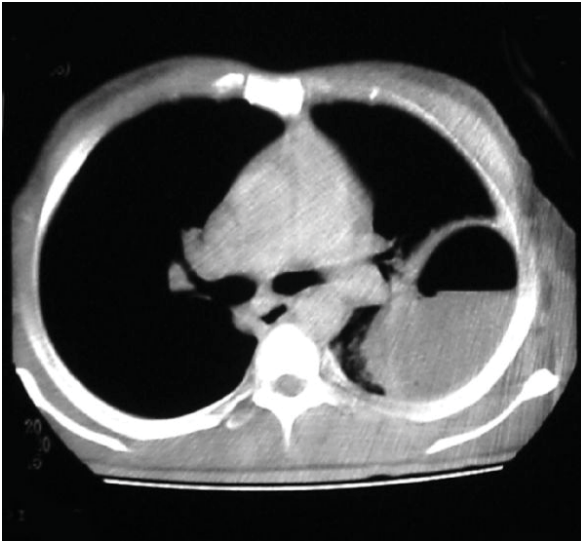
AMAÇ: Ampiyem cerrahisi için endikasyonları ve sonuçları inceleyerek prognoz faktörlerini analiz etmek.

YÖNTEM: Ampiyem tanısıyla 2000-2014 yılları arasında ameliyat edilen 109 hastayı retrospektif olarak incelemek. Her hastada şu faktörlerin her birine 1 puan verilerek 1-5 arasında Ampiyem Şiddet Skoru (AŞS) atandı. Mültiküle pleval tutulum/pleva kalınlaşması, pleval sıvı kültürünün pozitifliği, pleval sıvı pH<7.2, pleval sıvı glükoz <40 mg/dl. Ameliyat endikasyonları şunlardı:medikal tedaviyle düzelmeyen semptomlar, pleval hastalığın süresi > 4 hafta, yeterli kardiyopulmoner rezerv. Operasyonda akciğer, diyafragma ve toraks duvarındaki peel'in çıkarılması ve akciğerin ekspansiyon hale getirilmesi standart prosedürdü.

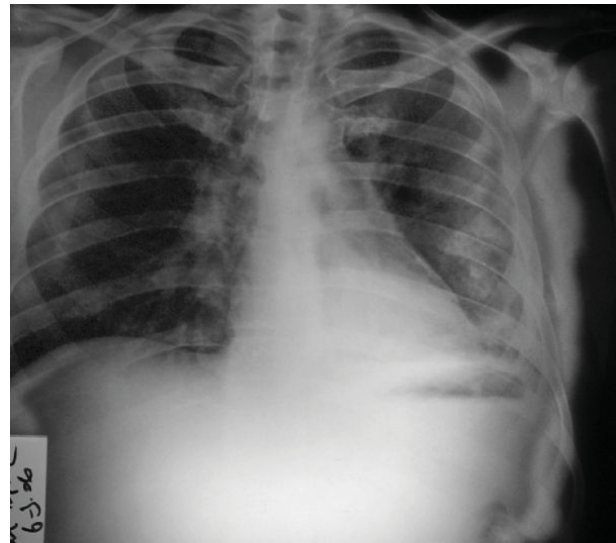
SONUÇLAR: 109 hastanın yaş ortalaması 51.5 ± 21.75 (17-85), en sık 3 semptom dispne (n:19, %17.4), ateş (n:17, %15.6) ve halsizlik (n:15, %13.8); en sık görülen kültür sonuçları negatif (n:37, %34), S. aureus (n:17, %16), S. pneumoniae (n:16, %15) ve anaeroblardır (n:12 %11). En sık etyoloji pnömoni (n:45, %41.3), toraks travması (n:14, %12.8), rezeksiyon dışı toraks cerrahisi (n:12, %11) ve subdiyafragmatik apseydi (n:10, %9.2). Tablo 1'de yapılan cerrahi müdahalelerin dağılımı verilmiştir. Dekortikasyon sonrası bütün klinik parametreler anlamlı olarak düzeldi (Tablo 2). Morbidite %21.7 olup en sık ekspansiyon kusuru (%3.5), uzamış hava kaçağı (%3.5) ve solunum yetmezliği (%2.6) görüldü. Re-torakotomi oranı %5.5 (n:6). Mortalite oranı %4.6 (n:5) olup nedenleri miyokard enfarktüsü, ventriküler aritmi, solunum yetmezliği ve pulmoner emboliydi. Postoperatif hastane süresi 8.7 ± 7.4 gün, takip süresi 47 ± 21.4 (4-120) ay oldu. İki hastada (%1.9, 2/104) nüks oldu. Komplikasyon ve mortalite oranı 40 yaşın üstündeki hastalarda, etyolojisinde özofagus perforasyonu olanlarda, AŞS 3'ten fazla olanlarda, semptom sayısı 5'in üzerinde olanlarda daha yüksek bulundu ($p<0.05$)

SONUÇ: Erişkin ampiyemleri çocuk ampiyemlerine göre daha yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir. Fibrinolitik tedavi ve VATS'ın başarı şansı açık cerrahiden daha düşüktür.

Figur 1. Ampiyemli hastanın preoperatif BT



Figur 2. Aynı Hastanın Postoperatif Akciğer Filmi



Tablo 1. 109 hastada yapılan 115 dekortikasyonun dağılımı

	Açık	Vats
Doğrudan	64 (%55.6)	11 (%9.6)
Göğüs Tüpü/Kateter Sonrası	21 (%18.3)	4 (%3.5)
Göğüs Tüpü/Fibrinolitik Sonrası	13 (%11.3)	2 (%1.7)
Toplam	98 (%85.2)	17 (%14.8)

Tablo 2. Dekortikasyon operasyonunun klinik parametreler üzerindeki etkisi

	Preoperatif	Postoperatif
FEV1	1.9 ± 0.6	2.5 ± 0.6
Ampiyem Şiddet Skoru	3.5 ± 0.9	0.9 ± 0.9
Dispne Skoru	3.9 ± 0.6	1.3 ± 0.5
Semptom sayısı	6.3 ± 0.8	1.6 ± 0.6
Antibiyotik tedavi gereksinimi	105/109 (%96.3)	17/104 (%16.3)

SS-026

Diffüz Malign Plevral Mezotelyomalı 57 Hastada Plevrektomi/Dekortikasyon Operasyonu Sonuçları

Akın Eraslan Balcı, Suna Polatoğlu, Derya Özdemir Tüten, Murat Kılıç, Siyami Aydın
Fırat Üniversitesi, Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

AMAÇ: Diffüz Malign Plevral Mezotelyoma (DMPM)'da Plevrektomi/Dekortikasyon (P/D) sonuçlarını değerlendirmek.

YÖNTEM: 2000-2014 yılları arasında P/D yapılan 57 hastan retrospektif olarak değerlendirildi.

SONUÇLAR: Ortalama yaş 59 ± 9.9 (40-82), erkek/kadın oranı $41/16=2.56$ idi. Bütün hastalarda plevra efüzyonu öyküsü vardı. Başlıca semptomlar göğüs ağrısı (n: 34, %59.6) ve dispneydi (n:23, %40.4). BT'de plevral bulgular olarak plevra sıvısı (n:25, (%43.9), plevra sıvısı + plevrada kalınlaşma (n:20, (%35.1), plevra kalınlaşması (n:12, (%21) saptandı. Ayrıca parankim lezyonları 15 (%26.3), mediastinal LAP 15 (%25.3), her ikisi 6 (%10.5) hastada görüldü. Preoperatif tanı 23 (%47.4) hastada VATS ile, 19 (%35.1) hastada plevra biyopsisiyle, 6 (%10.5) hastada plevra sıvı sitolojisiyle ve 4 (%7) hastada PET ve hasta öyküsüne dayanarak konuldu. Beş (%8.8) hastada tanı postoperatif elde edilebildi. Operasyonda lateral torakotomi insizyonu tercih edildi. Tam dekortikasyon oranı %75.4 (43/57) oldu. Morbidite %12.3 (7/57), mortalite %3.5 (2/57) oldu. Bütün hastalar postoperatif dönemde kemoterapi aldı. Preoperatif FEV1 ve dispne skoru değerleri postoperatif dönemde anlamlı olarak düzeldi ($p<0.05$). Ortalama sürvi 14.4 ± 13.3 ay oldu. Mediasten lenf nodu tutulumu ve/veya parankim lezyonu olanlarda sürvi anlamlı olarak daha kısaydı (sırasıyla, 10.5 ± 11.1 , 11.2 ± 8.7 ve 8.9 ± 9.3 , $p<0.05$). Mediasten ve/veya parankim lezyonu olmayanlarda sürvi anlamlı olarak daha uzundu (17.8 ± 13.1 ay, $p<0.05$).

SONUÇ: Plevraya sınırlı DMPM'da P/D sürvi avantajına sahiptir. P/D bu hastalarda minimum mortalite ve morbiditeyle yapılabilir.

Figür 1. Mezotelyomalı Hastanın Preoperatif akciğer filmi



plevral kalınlaşma ve plevra sıvısı

Figür 2. Aynı Hastanın Postoperatif Akciğer Filmi



Postoperatif dönemde plevral lezyon ve sıvı görülüyor

SS-027**Opere Edilen Olgularda Videotorakoskopinin Hayat Kalitesine Olan Etkisi**

Akif Turna, Pelin Altınbezer, Hande Sezer, Nurlan Alizade, Elvin Hekimoğlu, Ezel Erşen, Kamil Kaynak
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ: Videotorakoskopi, son yıllarda giderek daha çok kabul gören bir girişim şeklidir. Bu girişim şeklinin, hastalardaki ameliyat sonrası ağrıya, yatış süresine ve yapılan insizyonların kozmetik özelliklerine olan etkisi biliniyor olmasına karşın, hayat kalitesine olan etkisi henüz tam olarak ortaya koyulamamıştır. Amacımız, videotorakoskopik rezeksiyon yapılan olgular ile, torakotomi uygulanan olgulardaki hayat kalitesini irdelemektir.

OLGU: Ocak 2014 ila Temmuz 2014 arasında kliniğimizde videotorakoskopik (Grup 1), da anterolateral (Grup 2), ya da posterolateral ya torakotomi (Grup 3) ile opere edilen 17'si (%28.3) bayan 60 olgunun yaş ortalaması 52.3 yıl idi. Çalışmamız, prospektif olarak yapılan bir hasta kohort çalışmasıdır. Olguların 22'sine (%29.3) girişimler videotorakoskopik olarak, 21'ine (%28.0) anterolateral torakotomi ile ve 17'sine ise (%22.7) posterolateral torakotomi ile yapıldı. Olgulara ameliyattan hemen önce, ameliyat sonrası ise 1., 7. Ve 30. Günlerde SF-36 hayat kalitesi anketi uygulandı. Ayrıca, olgularda ameliyat sonrası 1., 7. Ve 30.günlerde deneyimledikleri ağrı, görsel analog skala (İng; 'visual analogue scale') sorularak kaydedildi. Olguların ağrı skorları Mann-Whithney U testi ile, hayat kalitesi skorları ise, 'McNemar' testi ile irdelendi.

BULGULAR: Her üç grubun da ameliyat öncesi 3 ayrı kategoride yapılan hayat kalitesi skorlamaları videotorakoskopi ve anterolateral torakotomi uygulanan olgularda istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı değilken ($p=0.259$), posterolateral torakotomi uygulanan hastaların hayat kalitesi skoru ortalamasının, videotorakoskopi uygulanan olgulara göre anlamlı ölçüde iyi oldukları izlendi ($p=0.005$). Benzer şekilde, posterolateral torakotomi yapılan olguların, hayat kalitelerinin, anterolateral torakotomi yapılan hastalara göre istatistiksel açıdan sınır düzeyde daha iyi olduğu saptandı ($p=0.056$). Bununla birlikte, grupların, 1.gün, 7.gün ve 30.gündeki hayat kalitesi skorlarının birbirinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı olmadığı görüldü (Tüm karşılaştırmalarda $p>0.05$). VAS skorlarının da her 3 grubu için yapılan 3 karşılaştırmada da anlamlı olarak farklı olmadığı saptandı (Tüm karşılaştırmalarda $p>0.05$). Ancak, videotorakoskopi uygulanan olgulardaki 30.gündeki hayat kalitesinin, posterolateral torakotomi yapılan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da belirgin şekilde daha iyi olduğu izlendi ($p=0.083$).

TARTIŞMA ve SONUÇ: Günümüzde videotorakoskopik rezeksiyonlar, tüm olguların 1/3'üne uygulanmaktadır ve genellikle, daha düşükün olgulara videotorakoskopi uygun görülmektedir. Ancak, anterolateral torakotomi, posterolateral torakotomi ve videotorakoskopi yapılan olgularda hayat kalitesi açısından ilk 30 günde bir fark saptanmamıştır. Konunun tam olarak aydınlatılması için ileri çalışmalara gerek bulunmaktadır.

SS-028

Tek İnsizyon VATS Lobektomi Vakalarımız

Semih Halezeroğlu, Erdal Okur, Gökhan Ergene
Acıbadem Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

GİRİŞ: Klasik 3 veya 4 port kullanılarak gerçekleştirilen videotorakoskopik anatomik akciğer rezeksiyonları endoskopik araçların gelişmesi ve cerrahi tecrübenin artması ile tek insizyon ile de uygulanabilir hale gelmiştir. Bu çalışmada kliniğimizde son 6 ayda gerçekleştirdiğimiz tek insizyon videotorakoskopik lobektomi (Sİ VATS Lobektomi) deneyimlerimiz sunulmaktadır

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Kliniğimizde Aralık 2013 ile Temmuz 2014 tarihleri arasındaki 6 aylık dönemde 16 vakada tek insizyon VATS ile lobektomi operasyonu gerçekleştirildi. Aynı zaman dilimi içerisinde sadece tek insizyon olarak başlanan ancak operasyonun başarılı olamadığı durumlarda ikinci bir yardımcı insizyon açılması gereken 2 olgumuz oldu. Hiçbir hastada açık operasyon gerekli olmadı. İşlem tamamlandıktan sonra aynı kesiden toraks tüpü yerleştirildi. İşlem sonunda kesi bölgesine lokal anestezi tekrar uygulandı. Postoperatif dönemde non-steroid anti enflamatuar, Tremadolol HCl ve parasetamol birlikte kullanıldı. Olguların demografik özellikleri, patoloji sonuçları, hastanede kalış süreleri kayıt edildi.

BULGULAR: Hastaların 7'si erkek, 9 'u kadın olup yaşları 4 ile 85 arasında olup ortalama yaş 55.6 idi. Hastanede ortalama kalış süresi 4.25 gün (1-7 gün) olarak belirlendi. Hastaların 13'ü küçük hücreli dışı akciğer kanseri, 2'si bronşiektazi, 1'i CCAM (konjenital kistik adenomatoid malformasyon) nedeniyle opere edildi. Sol Üst Lobektomi 3 hastaya, Sol Alt Lobektomi 3 hastaya, Sağ Üst Lobektomi 4 hastaya, Sağ Orta Lobektomi 1 hastaya, Sağ Alt Lobektomi 4 hastaya, Bilobektomi Süperior 1 hastaya Sİ VATS lobektomi işlemi uygulandı.

SONUÇ: Sİ VATS ile, standart 3 veya 4 port ile yapılan anatomik akciğer rezeksiyonu operasyonlarının büyük kısmı ve halen açık operasyon uygulanmakta olan anatomik akciğer rezeksiyonları başarılı sonuçlarla gerçekleştirilebilmektedir.

SS-029**Robotik Toraks Cerrahisi: Türkiye’de Tek Merkezde İlk 102 Olgu Deneyimi**

Erkan Kaba, Özkan Demirhan, Elena Uyumaz, Mehmet Oğuzhan Özyurtkan, Kemal Ayalp, Alper Toker
İstanbul Bilim Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Da Vinci robotik sistemi toraks cerrahisinde yaklaşık son 10 yıldır kullanılmaktadır. Kliniğimizde da Vinci robotik cerrahi sistemi ile robotik cerrahi programı Ekim 2011’de uygulanmaya başlanmıştır. Bu çalışmada robotik cerrahi deneyimlerimiz sunulmaktadır. Aralık 2011-Ağustos 2014 arasında da Vinci robotik sistemi kullanılarak opere edilen hastaların prospektif tutulan bilgi kayıtları geriyedönük incelendi. Yaş ortalaması 57 ± 16 olan (8-84 yaş) 102 hastaya (67 erkek/35 bayan) cerrahi girişim uygulandı. Sık uygulanan işlemler 43 hastada (%42) lobektomi ve 37 hastada (%36) segmentektomiydi. Tüm hasta grubunda 6 hastada (%5.9) torakotomiye geçildi. Hastaların göğüs tüpünün ortalama kalış ve hastanede yatış süreleri sırasıyla 3.9 ± 3.1 ve 4.9 ± 2.3 gün olarak bulundu. Hastaların 28’i (%27.5) yoğun bakım ihtiyacı göstermezken, 71’i (%70) bir, üçü (%2.5) iki gün yoğun bakımda kaldı. Toplam 68 hastada (%67) malign, kalanlarda (%33) benign patoloji mevcuttu. Akciğer rezeksiyonu hastalarının 9’u (%13.2) daha önceden neoadjuvan tedavi almıştı. Primer akciğer kanserinde (n=60) en sık skuamöz hücreli karsinom ve adenokarsinomla (herbiri 22’şer hasta, %37) karşılaşıldı. Morbidite 23 hastada (%22.5) görüldü, en sık görülen komplikasyonlar uzamış hava kaçağı (11 hasta, %10.8) ve aritmiydi (7 hasta, %6.9). Mortalite bir hastada (%1) meydana geldi, hasta postoperatif 1. ayda tespit edilen akut lenfoblastik lösemi tedavisi sırasında kaybedildi. Robotik toraks cerrahisi malign ve benign toraks patolojilerinde kabul edilebilir morbidite oranlarıyla gelecek vaad eden bir cerrahi yöntem olarak görülebilir.

SS-030

Akciğer Hidatik Kist Cerrahisinde Tek Port Video Yardımlı Torakoskopik (VATS) Yaklaşım: Yeni Bir Yöntemİlhan Ocakcıoğlu¹, Hakan Sarzep¹, Mustafa Dinç², Fuat Sayır³¹Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Van²Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Van³Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Van

GİRİŞ: Ülkemizde akciğer hidatik kist olgularına özellikle hayvancılığı yaygın olduğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde sıklıkla rastlanmaktadır. Akciğer hidatik kist hastalığının cerrahi tedavisinde yaygın olarak açık cerrahi yaklaşım tercih edilmektedir. Literatürde torakoskopik yaklaşım özellikle çocuklarda küçük vaka grupları şeklinde görülmekte ve bu serilerde birden fazla port insizyonu kullanılmaktadır. Çalışmamızda tek port video yardımlı torakoskopik (VATS) yaklaşım ile opere ettiğimiz 10 akciğer hidatik kist hastasının verileri doğrultusunda, bu yeni yöntemin başarılı bir şekilde uygulanabilirliğini, avantajlarını ve uygulama tekniğini raporlamayı amaçladık.

YÖNTEM-GEREÇLER: Ocak 2013- Temmuz 2014 tarihleri arasında akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografi kullanılarak klinik ve radyolojik olarak hidatik kist tanısı konulan, tek port VATS yöntemi ile opere edilen 10 olgu prospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: 10 olgunun yaş ortalaması 25,9 (15-45) olup, olguların 6'sı erkek (%60) 4'ü kadın (%40) idi. Kistlerin lokalizasyonu değerlendirildiğinde olguların tümü unilateral yerleşimli olup, 6 hastada sağ tarafta (sağ üst lob:1 sağ alt lob:5) 4 hastada ise sol tarafta (sol üst lob:1 sol alt lob:3) idi. 1 olguda karaciğerde de kist mevcut idi. Opere edilen 10 olgudan 5'inde (%50) dev hidatik kist mevcut idi. Sekiz hastada kistler intakt idi. Radyolojik değerlendirmede iki hastada kist içerisinde hava sıvı seviyesi görüldü. Olguların tümünde torakoskopik olarak germinatif membran çıkarıldı, kistotomi ve kapitonaj uygulandı. Bütün olgular kaburga ayırıcı konulmaksızın torakoskopik olarak 3-4 cm uzunluğunda tek bir kesiden yapıldı. Hiç bir olguda açık torakotomi ihtiyacı gerekmedi. Ortalama operasyon süresi 80 dakika idi. Olguların hiçbirinde operasyon sırasında komplikasyon gelişmedi. Diren kalış süresi ortalama 3,3 gün, hastanede kalış süresi ortalama 4,1 gün idi. Yatış süresince sadece 1 hastada ekspansiyon kusuru gözlemlendi. Operasyon sonrası vizüel analog skalası (VAS) 24. saat 3,7, 48. saat 3,3 ve 72. saat 2,5 idi. Ortalama takip süresi 5 ay olup hastalar asemptomatik idi. Tüm olgulara operasyon sonrası albendazol tedavisi verildi.

SONUÇ: Çalışmamız akciğer hidatik kist hastalığının cerrahi tedavisinde tek port VATS yönteminin güvenli ve güvenilir bir seçenek olduğunu göstermektedir. Klasik açık yöntemle kıyasla bu minimal invaziv yöntem daha az ağrı, daha az morbidite, kısa hastanede kalış süresi ve daha iyi estetik sonuçlar sunar.

Resim



A Endoskopik aletlerin kullanımı B Tek port insizyon boyutu C Torakoskopik kistotomi D Torakoskopik kapitonaj E İnsizyon ve diren F Germinatif membran

SS-031

KOAH Hastalarında Kuru Toz İnhaler Kullanma Becerisi ile Bilişsel Fonksiyonların İlişkisiBaykal Tülek¹, Nart Bedin Atalay², Ercan Kurtipek³, Gülfem Yıldırım¹, Fikret Kanat¹, Mecit Süerdem¹¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya²TOBB ETÜ, Psikoloji Bölümü, Ankara³T.C. Sağlık Bakanlığı Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Konya

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)'nın tedavisinde önemli yeri olan kuru toz inhaler ilaçlar, terapötik etkilerinin sağlanabilmesi için doğru teknik ile kullanılmalıdır. KOAH'lı hastalarda bilişsel bozukluklar özellikle günlük yaşam aktivitelerinde bozulmalara neden olmakta bunun sonucu olarak da ilaç tedavisi uyumunda sorunlara yol açmaktadır. Bu çalışmada; KOAH bulunan hastalarda kuru toz inhaler ilaç kullanma becerisinin bilişsel fonksiyonlarla ilişkisinin -Türk popülasyonunda geçerlik, güvenilirlik ve standardizasyonu yapılmış testler kullanarak- araştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmaya ilk kez KOAH tanısı almış ve daha önce inhaler tedavi kullanmamış 30 hasta dahil edilmiştir. Hastalara 10 gün arayla 2 ziyaret yapılmış ve ilk ziyarette bilişsel işlev testleri uygulandıktan sonra uluslararası Aeresol Tedavi Cihazları Rehberi doğrultusunda diskus cihazı eğitim basamakları hastaya anlatılmıştır. Hastanın bu eğitim basamaklarını sözel anlatması ve ardından inhaler kullanımını uygulaması istenmiştir. Eğitim hastanın cihazı 3 kez üst üste hatasız tamamlamasına kadar sürdürülmüş ve hastanın cihazın kolaylığını 0-10 görsel analog skala ile değerlendirmesi istenmiştir. Hastanın eğitim sırasında yaptığı hatalar ve geçirilen zaman kaydedilmiştir. İkinci ziyarette ise hastanın ilaç kullanımını önce sözel olarak anlatması ardından inhaler ilacı kullanması istenmiş ve inhaler uygulaması "Doğru" ya da "Yanlış" olarak değerlendirilmiştir. Çalışma 29 hasta (26 erkek 3 kadın) ile tamamlandı. Hastaların ortalama yaşı 56.4 (±10.4), eğitim süresi 5.6 (±1.7), sigara tüketimi (28.4 (±9.2), FEV1 %65.6 (±20.3) idi. Birinci ziyarette hastaları sözel test doğruluk oranı 0,3 (±0,2), inhaler kullanma testi doğruluk oranı 0,4 (±0,4), toplam inhaler kullanma test süresi 183,8 saniye (±98,2), toplam eğitim süresi 616,7 saniye (±260,6) ve kolaylık değerlendirme 8,2 (±1,6) bulundu. İkinci ziyarette 7 hastanın diskus cihazının hatalı kullandığı belirlendi. Hastalar cihazı doğru kullananlar ve hatalı kullananlar olarak iki gruba ayrıldığında gruplar arasında sözel test doğruluk oranı, inhaler test doğruluk oranı, inhaler test uygulama süresi, toplam eğitim süresi ve mini mental toplam skorları açısından anlamlı fark bulundu (Tablo 1). Bilişsel testler ile eğitim parametreleri arasında negatif korelasyon saptanırken kolaylık derecelendirme arasında anlamlı korelasyon saptanmadı (Tablo 2). Çalışmamızda bilişsel fonksiyonların diskus cihazı öğrenme becerileri ile yakın ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar KOAH'lı hastalarda bilişsel fonksiyonların değerlendirilmesinin önemini vurgulamakta ve bilişsel fonksiyonları kötü olan hastalarda inhaler cihaz eğitimine daha uzun süre ayrılması ve daha sık kontroller yapılması gerektiğini düşündürmektedir.

İkinci ziyarette diskus cihazını doğru ve yanlış kullanan hastaların karşılaştırılması

	Doğru kullanan hastalar (n=22)	Yanlış kullanan hastalar (n=7)	p
Yaş (yıl)	54,9	61,1	>0,05
Eğitim (yıl)	5,8	5	>0,05
Sigara (paket yıl)	26,7	33,6	>0,05
FEV1 (% beklenen)	64,3	69,8	>0,05
Sözel Test Hata Oranı	0,23	0,52	0,05
İnhaler Test Hata Oranı	0,29	0,73	0,05
İnhaler testi süresi (saniye)	150	290,1	0,001
Toplam eğitim süresi (saniye)	515,2	935,6	0,001
Kolaylık derecelendirme (0-10 VAS)	7,8	9,6	0,005
Mini Mental Test	26,3	22,9	0,05

Bilişsel testler ile inhalasyon beceri parametreleri arasındaki korelasyon

	Sözel test doğruluk oranı	İnhaler testi doğruluk oranı	Toplam inhaler test süresi	Toplam eğitim süresi	Kolaylık değerlendirme
Mini Mental Test	r=-0,47 p<0,01	r=-0,51 p<0,005	r=-0,53 p=0,003	r=-0,68 p<0,001	r=-0,20 p>0,05

SS-032

Yaşlı KOAH ve Astım Hastalarında İnhalasyon Tedavi Başarısını Etkileyen Durumlar

Muzaffer Onur Turan¹, Turgay Kaşan², Arzu Mirici³

¹Gelibolu Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Çanakkale

²Gelibolu Devlet Hastanesi, Psikoloji Bölümü, Çanakkale

³Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Çanakkale

GİRİŞ: Yaşlı hastalarda, KOAH ve astım tedavisinde karşılaşılan önemli sorunlardan birisi inhalasyon cihazı kullanımında meydana gelen hatalardır.

AMAÇ: 65 yaş üstü KOAH ve astım tanısı olan hastalarda, inhalasyon cihazı kullanım becerilerine ve tedavi uyumuna etki edebilecek parametrelerin değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Çanakkale 18 Mart Üniversitesi ve Gelibolu Devlet Hastanesi'nde, göğüs hastalıkları polikliniklerinde başvuran 65 yaş üstü KOAH ve astım tanılı hastalar değerlendirilmeye alındı. Hastalar spirometri, Saint George Solunum Anketi (SGRQ) ve kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi amacıyla mental test (SMMT) uygulandı. Hastaların inhaler cihaz kullanım şekilleri, inhalasyon tedavilerinin düzenli, doğru doz ve zaman-
da kullanmaları 10 basamaklı bir testle puanlandırılarak değerlendirildi; hastanın inhaler tedavi uyumunu ölçen Morisky Uyum Ölçeği uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 79 erkek, 42 kadından oluşan 121 hastanın yaş ortalaması 70.41± 5.52 olup, 88'inde (%72.7) KOAH, 33'ünde (%27.3) astım tanısı mevcuttu. Hastaların %56,1'i handihaler, %54,5'i ölçülü doz inhaler (ÖDİ), %38,8'i diskus, %23,1'i aerolizer %9,9'u sanohaler, %4,1'i turbuhaler ve %1,7'si easyhaler kullanıyordu. Tüm inhaler cihaz tiplerinde, inhalasyon öncesi veya sonrasında nefes verme en çok yapılan hata olarak dikkat çekerken, ÖDİ kullanımında inhaleleri çalkalama, handihaler, diskus ve aerolizer kullanımında ise inhaler alımı sonrası nefes tutma en sık gözlenen diğer yanlışlıklardı. Kognitif bozukluk olan, sosyoekonomik düzeyi düşük, son 1 yılda astım/KOAH nedeniyle acil başvurusu olan, nefes darlığı veya balgam varlığı tarifleyen hastalarda, inhaler cihaz kullanma beceri puanı anlamlı olarak düşük bulundu (p=0.017, 0.03, 0.025, 0.03 ve 0.02). MMST skoru ve FEV1 litre ve yüzdesi yüksek olanların, inhaler cihaz kullanmada anlamlı olarak daha başarılı oldukları gözlemlendi (p=0.005, 0.007 ve 0.022). Son 1 yılda astım/KOAH nedeniyle hastaneye yatma sayısının, cihaz beceri puanı ile anlamlı bir şekilde ters orantılı (p=0.021), sigara içme miktarının (paket.yıl) ise Morisky skoru ile anlamlı olarak doğru orantılı olduğu saptandı (p=0.015). Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, tedaviye yardımcı aile bireylerinin varlığı, kullanılan inhalerin tipi gibi faktörlerin tedavi uyumuna anlamlı bir etkisi gözlenmedi.

SONUÇ: İnhaler tedavi kullanımında, KOAH ve astım tanılı yaşlı hastalarda hata yapma oranı yüksek olarak bulunmuştur. Kognitif bozukluk, yaşlı hastalarda inhalasyon tekniğini olumsuz yönde etkileyen önemli bir sorundur. Hastaların sosyoekonomik düzeyleri, sigara içme miktarı, mevcut pulmoner semptomları ve hava yolu hastalığı ile ilgili hastane başvurularının da, inhaler tedaviyi doğru ve düzenli kullanmalarını etkileyen faktörler arasında olduğu sonucuna varıldı.

SS-033

KOAH'da Yeni Evreleme İle Birlikte İnhaler Tedavi Kullanımında Meydana Gelen Değişiklikler

Muzaffer Onur Turan¹, Jülide Çeldir Emre², Sami Deniz³, Ayşegül Baysak⁴, Pakize Ayşe Turan⁵, Arzu Mirici⁶

¹Gelibolu Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Çanakkale

²Turgutlu Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İzmir

³Didim Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Aydın

⁴İzmir Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

⁵Çanakkale Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Çanakkale

⁶Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale

GİRİŞ: KOAH'da tedavi, yakın geçmişe kadar yalnızca hastaların spirometrik değerlerine göre şekillendirilirken, hastalık durumunun daha iyi değerlendirilmesi ve olgularda tedavinin daha iyi yönetilebilmesi için semptom ve alevlenmelerin dahil edildiği düzenleme yeni rehberde yer almıştır.

AMAÇ: Göğüs hastalıkları doktorlarının, yeni KOAH rehberindeki sınıflama ile birlikte, eski sınıflamaya göre verilen tedavi protokollerinde ne gibi değişikliklere gittiklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Ülkemizin farklı bölgelerinde çalışan göğüs hastalıkları uzmanları tarafından takip edilmekte olan KOAH tanılı hastalar gözlemselolarak incelendi. Solunum fonksiyon testleri, son 1 yıldaki KOAH alevlenme sayısı, KOAH nedeniyle hastaneye yatış sayıları, Modified Medical Research Council (mMRC) nefes darlığı skalası ve KOAH değerlendirme testi (CAT) verilerine ulaşılan hastalar çalışmaya dahil edilerek, bu hastalara göğüs hastalıkları doktorları tarafından reçete edilmiş KOAH ilaç tedavileri değerlendirildi. Hastalara uygulanan ilaç tedavilerinin, eski rehberdeki GOLD evrelemesine ve yeni rehberdeki A, B, C ve D gruplarına önerilen tedavi protokollerine ne kadar uygun olduğu incelendi.

SONUÇLAR: Çalışmaya dahil edilen 307 hastanın mevcut ilaç tedavisinin; %40.4'ünün her ikisi, %30.9'unun sadece yeni, %20.8'inin ise sadece eski tedavi protokolüne uygun olduğu görülürken, hastaların %7.9'unun iki protokole de uygun tedavi almadıkları gözlemlendi. Eski evreleme tedavi protokolüne uyumsuzluk %51.8 iken, yeni evrelemede bu oran %38.4 olarak bulundu. Uygun tedavi almayan hastaların sadece 6'sında eksik tedavi uygulandığı gözlenirken, %98'inde gereksiz tedavi (overtreatment) mevcuttu. Hastaların %58'inin uzun etkili antikolinerjik (LAMA) ve uzun etkili 2-agonist (LABA)+inhale kortikosteroid (İKS) kombinasyonu inhaler kullandığı tespit edildi. Yeni KOAH evrelemesine göre tedavilerde; A grubunda %64.4, B grubunda %70.4, C grubunda ise %53.7 oranında evreye uymayan ilaç kullanıldığı, D grubunda ise %100 tedavi doğruluğu olduğu gözlemlendi. Tüm gruplarda ve evrelemelerde en sık yapılan uygunsuz ilaç kullanım şekli, İKS içeren inhaler tedavi kullanımıydı; yeni evrelemeye göre 109 (%97.1), eski evrelemeye göre 148 hastada (%93.1) uygunsuz İKS kullanımı mevcuttu.

TARTIŞMA: KOAH hastalarında evrelere göre tedavi protokolleri zaman içerisinde değişiklik gösterse de, hala yüksek oranda bu tedavi seçeneklerine uyulmamaktadır. En yüksek oranda, inhale kortikosteroid içeren kombinasyon tedavilerinde yanlışlıkla gözlenmesi dikkat çekiciydi. Bu durumun, ilaç endüstrisinin kombine preparatlara ağırlık vermesi ve sadece LABA içeren preparatların ülkemizde yeterince bulunmaması ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

SS-034

KOAH'ta Bilişsel Fonksiyonların DeğerlendirilmesiTuğba Kaplan¹, Bekir Kaplan², Emine Sevgi³, Emine Bahar Kurt³¹T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Ulus Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniği²T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü³T.C. Sağlık Bakanlığı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: KOAH'ın çok bileşenli bir hastalık olduğu bilinmekle beraber kognitif fonksiyonlar üzerindeki etkisine yeteri kadar ilgi gösterilmemiştir. Bu amaçla kullanılan standardize mini mental test(SMMT) ve Montreal Bilişsel Değerlendirme Ölçeği(MOBİD) yürütücü işlevler, görsel-mekansal beceriler, dil, dikkat ve konsantrasyon, soyut düşünme, bellek ve oryantasyondan oluşan farklı bilişsel alanları değerlendiren tarama testleridir(4). MOBİD Ölçeği Türkiye'de ilk kez bu çalışmada KOAH da bilişsel fonksiyonların değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Bu çalışma KOAH'lı hastalarda kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇLER YÖNTEM: Ocak-Mart 2014 tarihleri arasında kliniğimize başvuran, KOAH'ı olan 40 yaş ve üzeri ek nörolojik hastalığı ya da beyin operasyonu öyküsü olmayan 101 hastaya yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanmıştır. Anket formunda arter kan gazı ve solunum fonksiyon testi sonuçları, KOAH değerlendirme testi (CAT), Standardize Mini Mental Test(SMMT) ve Montreal Kognitif Fonksiyon Ölçeği (MOBİD) yer almaktadır.

BULGULAR: Araştırmamızda uygulanan ölçeklerden CAT ile SMMT ve MOBİD ölçekleri arasında negatif anlamlı ilişki var iken, SMMT ile MOBİD ölçeği arasında pozitif anlamlı ilişki($r=0,784$) bulunmaktadır. SMMT ölçeği ile FEV1lt ve Oksijen saturasyonu arasında pozitif ilişki var iken, PaCO₂ ile negatif ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). MOBİD ölçeği ile FEV1lt, PaO₂ ve oksijen saturasyonu arasında pozitif ilişki var iken PaCO₂ ile negatif ilişki bulunmaktadır($p<0,05$). Atakta olanların SMMT(16,4) ve MOBİD Ölçek Puanı(14,0) stabil dönemdeki KOAH'lılardan anlamlı olarak düşük bulunmuştur($p<0,001$). Araştırmada SMMT ölçeğinin alt başlıkları incelendiğinde, en yüksek puan Yönelim grubunda elde edilmiş iken(8,2), en düşük puan dikkat/hesap grubunda(1,1) elde edilmiştir.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Çalışmamızda SMMT sonuçları ile MOBİD Ölçeği ve CAT puanları arasında bulunan ilişki semptom kontrolü ve hastalığın iyi yönetimi ile kognitif fonksiyonların korunmasının sağlanabileceği görülmüştür. Kognitif testlerle korele olarak hastalığın ağırlığını gösteren parametrelerden olan FEV1 lt ve saturasyon düzeyinin düşük bulunması klinik olarak da anlamlıdır. Türkiye'de ilk kez KOAH'lılarda kognitif fonksiyonların değerlendirilmesinde bu çalışmada kullanılan MOBİD ölçeği puanları atakta ve stabil dönemde olan KOAH'lılarda SMMT puanlarına göre daha düşük olup SMMT'e göre daha hassas bir ölçek olabilir. Atakta olmayanların SMMT(19,1) ve MOBİD Ölçek Puanı(18,8) atakta olanlardan anlamlı olarak fazla bulunmuştur($p<0,001$). Gelecekte, KOAH'lılarda kognitif fonksiyonları gösteren nöropsikolojik testlerde kötüleşme, disabilite ve mortalite için erken bir gösterge olabilir. Bu çalışmada en çok etkilenen kognitif fonksiyon bileşeni 'dikkat /hesap' olarak saptanmıştır, literatürde bu konudaki çalışma sayısı azdır ve saptanan bir patern mevcut değildir. KOAH'lı hastaların değerlendirilmesinde gözden kaçan bir komorbidite olarak bilişsel fonksiyonların değerlendirilmesinin hastalığın yönetimini kolaylaştırıcı bir yaklaşım olacağını düşünmekteyiz.

SS-035**KOAH Hastalarında Solunum Fonksiyon Test Kalitesi İle Kognitif Fonksiyonlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**Gülfem Yıldırım¹, Nart Bedin Atalay², Fikret Kanat¹, Mecit Süerdem¹, Baykal Tülek¹¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı²TOBB ETÜ, Psikoloji Bölümü

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) tanısının konulmasında ve hastalığın takibinde solunum fonksiyon testleri (SFT) çok sık kullanılmaktadır. SFT manevrasında doğru sonuçların elde edilmesi için tekrarlanabilirlik ve kabul edilebilirlik ölçütlerinin karşılanması gereklidir. Kognitif fonksiyon bozuklukları KOAH'lılarda sık karşılaşılan komorbiditelerden biridir. Bu çalışmamızda KOAH hastalarının SFT hata kodları ile kognitif fonksiyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmamıza KOAH tanılı 70 hasta prospektif olarak dahil edildi. Tüm hastalarda SFT uygulandıktan sonra cihaz tarafından kaydedilen hata kodları tekrarlanabilirlik ve kabul edilebilirlik ölçütlerine göre sınıflandırıldı. Tüm hastalara KOAH Değerlendirme Testi (CAT) ve Modifiye Britanya Tıp Araştırma Konseyi (mMRC) sorgulaması yapıldı. Hastaların yıllık alevlenme sayısı, sigara kullanım öyküsü, eğitim düzeyi, CRP düzeyleri kaydedildi. Sonrasında hastalara bilişsel psikolog tarafından bireysel olarak yaklaşık 30 dk süren Standardize Mini Mental test, İz Sürme Testi, Harf/kategori Akıcılık Testi, Saat Çizme Testi, Rakam Uzamı Testi, Brown-Peterson Testi, Geriatrik Depresyon Ölçeği gibi kognitif değerlendirme amacıyla kullanılan nöropsikolojik testler uygulandı. Hasta gruplarımızın SFT uyumu ve kognitif parametreleri karşılaştırılması Mann-Whitney U Testi ile yapılırken istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi. Hastaların SFT kalite değerlendirmelerine bakıldığında tekrarlanabilirlik kriterini doğru olarak yerine getiren hastaların yüzdesi 28.6, kabul edilebilirlik kriterini yerine getiren hastaların yüzdesi 57.1, her iki kriteri de doğru olarak yerine getiren hasta sayısı yüzde 14.3 olarak bulundu. Kognitif test ortalamalarına baktığımızda ise Türk toplumunda hafif demans tanısında eşik değeri 24 olan Mini Mental Test ortalamasının çalışmamızdaki sonucunun 25.8 olduğunu gördük. Çalışma hastalarının %18'i ise Türk toplumu ortalamasının altındaydı. Farklı SFT kalite gruplarının kognitif test sonuçları karşılaştırıldığında tekrarlanabilirlik ve kabul edilebilirlik parametrelerini ikisi birlikte doğru ve ikisi birlikte hatalı yapan hastalarda Mini Mental testte anlamlı farklılık bulundu ($26.66 \sim 25.73$, $p < 0.05$). Ayrıca tekrarlanabilirlik kriterini doğru ve yanlış yapan hastalar arasında ise Ters Sayı testi açısından sınırdan anlamlı farklılık mevcuttu ($4.5 \sim 3.96$, $p = 0.09$). Kognitif fonksiyonların SFT becerisini öngörme gücü değerlendirildiğinde ise sadece Mini Mental Testin tekrarlanabilirlik ve kabul edilebilirlik kriterlerinin ikisini birlikte öngörme değerinin anlamlı olduğu saptandı ($B = -0.43$, $p = 0.04$). Çalışmamızın sonuçları KOAH'lı hastalarda kognitif fonksiyonlar ile SFT kalite parametrelerinin ilişkili olduğunu göstermiştir. KOAH'lı hastalarda kognitif fonksiyonların değerlendirilmesi hastaların tanı ve takibinden oldukça sık kullanılan SFT'nin doğru yorumlanması açısından katkı sağlayabilecektir.

SS-036

Yeni Tanı Alan KOAH Hastalarının İzleminde Ruhsal Durumda ve Yaşam Kalitesinde Olan Değişiklikler

Muzaffer Onur Turan¹, Turgay Kaşan², Arzu Mirici³

¹Gelibolu Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Çanakkale

²Gelibolu Devlet Hastanesi, Psikoloji Bölümü, Çanakkale

³Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Çanakkale

GİRİŞ: Birçok kronik hastalık gibi, KOAH'da da çeşitli psikiyatrik bozukluklar sık olarak görülebilmektedir. Anksiyete ve depresyon, KOAH'da en sık görülen ruhsal bozukluklardır.

AMAÇ: KOAH tanısının konulu tedavide başlanmasının, hastaların mevcut ruhsal haline veya yaşam kalitesine olan etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Çanakkale 18 Mart Üniversitesi ve Gelibolu Devlet Hastanesi'nde, göğüs hastalıkları polikliniklerinde yeni tanı alan KOAH hastaları çalışmaya alındı. Hastalara, KOAH tanısı aldıkları tarihteki ilk görüşmede ve 6. ay sonundaki görüşmelerinde solunum fonksiyon testi (SFT), Hastane anksiyete depresyon (HAD) ölçeği, Beck depresyon ölçeği (BDÖ) ve Saint George Solunum Anketi (SGRQ) uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 71 erkek, 19 kadından oluşan, KOAH tanısını yeni almış 90 hastanın yaş ortalaması $61,65 \pm 9,76$ idi. Hastaların %54.4'ü tanı anında sigara içmekteyken, %38.9'u sigarayı bırakmış, %6.7'si ise hiç sigara içmemişti. 37 hastada (%41.1) tanı anında KOAH dışı bir komorbidite mevcuttu. KOAH tanısı aldıkları anda %23.5 hastada anksiyete, HADS'na göre %38.2, BDÖ'ne göre ise %52.9 hastada depresyon varlığı tespit edilmişken, 6. ayın sonunda anksiyete oranının %19'a, depresyon oranının ise %33.3 (HADS) / %47.6'ya (BECK) gerilediği gözlemlendi. 6. ayın sonunda HAD skorlarının %57.4'ünde azalma, %12.8'inde artış varken %29.8'inde skor aynı bulundu. BDÖ'nde ise %63.8 hastada düşüş, %6.4'ünde artış olup, %29.8'inde ise değişiklik yoktu. Yeni tanı ve 6.ay SFT değerleri karşılaştırıldığında, hastaların %57.1'inde FEV1 ve FVC değerlerinde artış mevcuttu. SFT değerlerinde düşüş olan %42.9'luk hasta grubunun tümünün sigara içmeye devam ettiği gözlemlendi. Hastaların %65'i, 6 aylık tedavi sonrası dispne, öksürük gibi semptomlarda gerileme tariflemekteydi. SGRQ'ya göre 6. ayın sonunda %68.1 hastada yaşam kalitesinde düzelme, %10.6'sında bozulma varken, %21.2'ünde ise değişiklik gözlenmedi. SGRQ skoru ile FEV1 arasında negatif korelasyon mevcuttu ($p=0.045$). Anksiyete ve depresyon skorlarının azalması ile, sigaranın KOAH tanısı sonrası bırakılması arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0.003$ ve 0.026). 6. ayın sonunda anksiyete skorunun azalması ile, ek komorbid hastalığın olmaması arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0.042$).

SONUÇ: Yeni tanı alan KOAH hastalarında, tanı konulmasıyla birlikte bronkodilatör tedavi başlanması sonucu nefes darlığı, öksürük gibi pulmoner semptomlar gerilemektedir. Bu durum, hastaların solunum fonksiyonlarında iyileşmeye, ruh halinde düzelmeye ve yaşam kalitesinde artışa yol açmaktadır. Bu sürece en ciddi olumlu katkı, sigaranın bırakılması ile gerçekleşmektedir.

SS-037**Yeni Bileşik KOAH Değerlendirmesine Göre Farklı İki Evre Arasında Üst Ekstremitte Fonksiyonları ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Karşılaştırılması**İsmail Özsoy¹, Sema Savcı¹, Serap Acar¹, Sevgi Özalevli¹, Atila Akkoçlu²¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, İzmir²Dokuz Eylül Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ: The Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2011 güncellemesinde yer alan Bileşik KOAH Değerlendirmesi için; KOAH Değerlendirme Testi (CAT) ya da Modified Medical Research Council (mMRC) Dispne Skalası ve alevlenme riski ya da solunum fonksiyon testlerinin kombinasyonu kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı yeni GOLD B ve C grupları arasında üst ekstremitte fonksiyonları ile günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılmasıdır.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Hastalar B grubu (n=18) ve C grubu (n=18) olmak üzere GOLD 2011 güncellemesinde yer alan Bileşik KOAH Değerlendirmesi' ne göre sınıflandırıldılar. Semptomlar COPD Assessment Test (CAT) ve Modified Medical Research Council (mMRC) Dispne Skalası ile değerlendirildi. Pulmoner fonksiyon testi değerleri ve son bir yıl içindeki alevlenme sayıları kaydedildi. Hastaların solunum kas kuvvetleri, maksimal inspiratuar ve ekspiratuar basınçlar (MIP ve MEP) ölçülerek değerlendirildi. Üst ekstremitte periferik kas kuvveti (omuz fleksiyon, omuz abdüksiyon, dirsek fleksiyon ve el kavrama kuvvetleri) el dinamometresi ve handgrip ile ölçüldü. Üst ekstremitte egzersiz kapasitesi 6 Dakika Pegboard ve Ring Testi ile değerlendirildi. Hastaların günlük yaşam aktiviteleri London Chest Activity of Daily Living (LCADL) skalası ile sorgulandı.

BULGULAR: B grubunun C grubuna göre maksimal ekspiratuar basıncı (p=0,037), omuz fleksiyon kuvveti (p=0,015), omuz abdüksiyon kuvveti (p=0,009) ve dirsek fleksiyon kuvveti (p=0,023) istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. İki grup arasında kavrama kuvveti, egzersiz kapasiteleri, LCADL skorları ve MIP değerleri açısından fark bulunmamıştır (p>0,05).

SONUÇ ve TARTIŞMA: B grubundaki hastaların üst ekstremitte kas kuvvetleri ve ekspiratuar kas kuvvetleri C grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenle, KOAH'lı hastalarda pulmoner rehabilitasyon programlarının planlanmasında KOAH'ın çok yönlü değerlendirilmesi önemlidir. KOAH progresyonu heterojenite gösterdiği için KOAH'ın çok yönlü değerlendirilmesi KOAH yönetimindeki yanıtta farklı bir bakış sağlayacaktır.

SS-038

Hiperkapnik Kronik Obstruktif Akciğer Hastalarında Pulmoner Rehabilitasyon SonuçlarıHülya Şahin¹, İlknur Naz¹, Sevcan Güney¹, Nimet Aksel², Fevziye Tuksavul¹, Ayşe Özsöz²¹Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pulmoner Rehabilitasyon Ünitesi²Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı pulmoner rehabilitasyon uygulamalarının hiperkapnik ve normokapnik KOAH hastalarında solunum fonksiyonları, arter kan gazı, dispne algısı, egzersiz kapasitesi, yaşam kalitesi ve psikolojik semptomlar üzerine etkilerinin karşılaştırılmasıdır.**YÖNTEM:** Çalışmaya 8 hafta boyunca toplam 16 seans süren ayaktan pulmoner rehabilitasyon programına katılan KOAH'lı olgular dahil edildi. Olguların fiziksel ve demografik verileri, hastalık süreleri, sigara öyküleri kaydedildi. Tüm olguların solunum ve kardiyak sistem muayeneleri, arter kan gazı analizleri yapıldı. Akciğer fonksiyonlarının değerlendirilmesi için body pletismograf ve karbonmonoksit difüzyon kapasitesi ölçümleri kullanıldı. Dispne şiddetleri MRC dispne skalası, genel yaşam kaliteleri SF-36 Yaşam Kalitesi anketi, hastalığa özel yaşam kaliteleri St. George Solunum Hastalıkları anketi ile, psikolojik semptomları Hastane Anksiyete Depresyon anketi ile değerlendirildi. Egzersiz kapasitelerinin ölçümü için 6 dk. yürüme testi uygulandı.**BULGULAR:** Çalışmaya katılan toplam 80 KOAH hastasının 20'si hiperkapnik (PCO_2 ort= $50,06 \pm 4,36$) 60' ı normokapnikti (PCO_2 ort= $38,12 \pm 3,61$). Hiperkapnik gruptaki olguların yaş ortalaması $59,85 \pm 7,59$ yıl, Beden kitle indeksi ort. $26,05 \pm 6,32$ kg/m², hastalık süreleri ort. $10,05 \pm 7,59$ yıl, sigara tüketimleri ort. $54,11 \pm 27,51$ p/yıl idi. Normokapnik gruptaki olguların yaş ortalaması $62,45 \pm 8,61$ yıl, beden kitle indeksi ort. $26,03 \pm 5,01$ kg/m², hastalık süreleri ort. $7,81 \pm 7,08$, sigara tüketimleri ort. $63,96 \pm 33,53$ p/yıl idi. Gruplar arasında yaş, beden kitle indeksi, hastalık süresi ve sigara tüketimleri açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Rehabilitasyon öncesinde gruplar karşılaştırıldığında hiperkapnik grupta oksijenasyon, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesi anlamlı ölçüde daha düşük, dispne algısı ve psikolojik semptomlar anlamlı ölçüde daha fazlaydı ($p<0,05$). Rehabilitasyon sonrasında her iki grupta da dispne algısı, oksijenasyon, egzersiz kapasitesi, yaşam kalitesi ve psikolojik semptomlarda anlamlı iyileşme görüldü ($p<0,05$). Rehabilitasyon sonunda hiperkapnik grupta PaCO₂ düzeyinde belirgin oranda düşüş saptandı ($p<0,05$). Gruplar değişim miktarları açısından karşılaştırıldığında hiperkapnik grupta egzersiz kapasitesindeki artış anlamlı olarak daha fazlaydı ($p<0,05$).**SONUÇ:** KOAH hastaları arter kan gazı değerlerinden bağımsız olarak pulmoner rehabilitasyon programlarından yarar görmeye birlikte egzersiz kapasitesindeki anlamlı artış ve PaCO₂ seviyesindeki anlamlı azalma dikkate alınırsa özellikle hiperkapnik hastaların rehabilitasyon programlarına katılım konusunda yönlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

SS-039

Kronik Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Pulmoner Rehabilitasyonda İlk Deneyimlerimiz

İpek Özmen, Elif Özarı Yıldırım, Murat Öztürk, Burhan Yılmaz, Nurgül Karagöz Yer Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Kronik akciğer hastalığı olan hastalarda pulmoner rehabilitasyon programının egzersiz kapasitesi, yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmak.

MATERYAL-METOD: Kronik akciğer hastalığı olan, pulmoner rehabilitasyon programına alınan hastalar program öncesi ve sonrası egzersiz kapasitesi için artan hızda mekik yürüme testi (AHMYT) veya 6 dakika yürüme testi, yaşam kalitesi açısından anket testleri ile değerlendirildi. Hastalar fizyoterapist eşliğinde alt ve üst ekstremitte kuvvetlendirme egzersizleri, bisiklet, yürüme bandı, solunum egzersiz eğitimine alındı. Hastalar haftada 2 veya 3 gün toplam 8 haftalık programlara alındılar. Hastaların beslenme durumları değerlendirildi. Hastalıkları ve medikal tedavileri konusunda bilgilendirildiler.

BULGULAR: 2 kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), 1 bronşektazi, 1 kifoskolyoz, 2 interstisyel akciğer hastalığı olan bir kadın ve 5 erkek toplam 6 hastanın (yaş median 64, ortalama 61 +/- 12.) sonuçları değerlendirildi. Hastaların MMRC dispne skalasında düzelme, AHMYT de 245 mt den 333 mt ortalama 88mt lik artış, yaşam kalitesi anketlerinde toplam skorda 65,35 ten 53,92 ye ortalama 11.43 puan ile gerileme, epworth uykululuk ölçeğinde ve uyku kalitesinde düzelme, tüm parametrelerde minimal klinik anlamlı değişiklik saptandı.

SONUÇ: Bu çalışma pulmoner rehabilitasyon programına alınan ilk hastalarımızın sonuçlarını paylaşmak amacıyla sunulmuştur. Hasta sayısı az olmakla birlikte program sonrası olumlu sonuçlar pulmoner rehabilitasyonun kronik akciğer hastalığı olan egzersiz kapasitesi azalmış hastalarda egzersiz kapasitesine ve dispne algısına yönelik anlamlı etkilerini bir kez daha göstermiştir. Bu anlamda kronik hastalık yükü her geçen gün artan ülkemizde özellikle eğitim araştırma hastanelerinde bu tip rehabilitasyon ünitelerinin gerekliliği ve yaygınlaştırılmasına yönelik farkındalığın artırılmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

üniteresim



üniteresim2



hastaların demografik özellikleri

TANI	YAŞ	CİNSİYET	SİGARA	HASTALIK SÜRESİ	MMRC BAŞLANGIÇ-BİTİŞ	SGRQ BAŞLANGIÇ-BİTİŞ	METRE BAŞLANGIÇ-BİTİŞ
KOAH	67	E	50	8	2/1	40/36	310/400
BRONŞEKTAZİ	75	E	-	15	3/2	62/57	350/400
KİFOSKOLYOZ	44	E	-	15	3/2	68/57	220/280
İAH	50	E	-	9	3/2	61/33	300/380
BRONŞEKTAZİ	61	K	-	10	3/2	72/64	170/310
İPF	70	E	55	3	4/3	89/74	120/270

SS-040

Hastanemizde Evde Bakım Hizmeti Alan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan Hastalarımızın Değerlendirilmesi

Müge Özdemir¹, Ülkü Aka Aktürk², Özlem Oruç², Hakan Nur Ok¹, Suat Solmaz¹, Leyla Gündoğdu¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Evde Bakım Hizmetleri Bölümü

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

AMAÇ: Hastanemizde evde bakım hizmetlerinden (EBH) yararlanan KOAH hastalarının EBH almadan önce ve sonrasındaki hastane başvuruları ve hastane yatışlarını karşılaştırmak.

MATERYAL-METOD: EBH alan KOAH hastalarının dosyaları retrospektif olarak incelendi. EBH almaya başlama tarihleri saptandı ve öncesindeki 1 yıl ile sonrasındaki 1 yılda poliklinik başvuru sayıları, acil servis başvuru sayıları, göğüs servisine ve yoğun bakım ünitesine yatış sayıları kaydedildi ve karşılaştırıldı. İstatistiksel analiz için 'bağımlı gruplarda T-test' kullanıldı.

SONUÇLAR: Çalışmaya 107 KOAH hastası dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması $77,5 \pm 16,2$ olup 58'i (%54) kadın, 49'u (%46) erkekti. Hastaların EBH öncesi 1 yılda acil servis başvuru sayısı ortalama $14,56 \pm 1,4$ iken EBH sonrası 1 yıl içinde acil başvuru sayıları $10,5 \pm 1,0$ olarak saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu ($p=0,0001$).

EBH almadan önce göğüs poliklinik başvuru sayıları yılda ortalama $8,36 \pm 0,8$ iken EBH alımı sonrasında ortalama poliklinik başvuru sayısı $2,97 \pm 0,2$ olarak saptandı. Aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıydı ($p=0,0001$). Hastalarımızın EBH almadan önce ve sonrasındaki hastane yatışları incelendiğinde EBH almadan önce göğüs servisine yatış ortalaması yılda $3,17 \pm 0,3$ iken EBH sonrası ortalama yatış sayısı $1,16 \pm 0,1$ olarak saptandı. Ortalamanın düşmüş olduğu saptanmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,64$).

Hastaların EBH almadan önceki yoğun bakım servisi yatış sayısı ortalamaları $4,4 \pm 0,4$ iken sonrasındaki yoğun bakım yatış sayısı ortalamaları $2,11 \pm 0,2$ olarak saptandı. Hastaların EBH sonrası yoğun bakıma yatış sayısının azaldığı görüldü. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p=0,480$).

Sonuç olarak; Evde bakım biriminin hedeflediği doğrultuda, takip edilen KOAH hastalarımızın hastane yatışları, poliklinik ve acil başvurularının azaldığı tespit edilmiştir. Poliklinik ve acil başvurusundaki azalma istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıydı. EBH KOAH hastalarında hastaneye başvuru ihtiyacını azaltarak yaşam kalitelerini dolaylı yoldan artırdığı kanaatindeyiz.

SS-041**KOAH Hastalarında Ev Programı Olarak Verilen Pulmoner Rehabilitasyonun Genel Sağlık Durumu, Uyku Kalitesi ile Topluma Katılım ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri Üzerine Etkileri**Onur Aydoğdu¹, Hacer Kuzu Okur², Zübeyir Sarı¹, Tuğba Cimilli Öztürk³, Ufuk Saadet Yurdalan¹, Gülden Mine Polat¹¹Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul²Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İstanbul³Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servisi Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Son yıllarda KOAH hastalarında mortalite ve morbiditenin artması pulmoner rehabilitasyona verilen önemi artırmıştır. Ancak pulmoner rehabilitasyonun sadece belli bir zaman dilimi içerisinde uygulanmaması, ev programı olarak verilmesi gerekmektedir. Evde uygulanan rehabilitasyon programı maliyet azalması ile birlikte hastanın kendi çevresinde en uygun hayat tarzını oluşturmasını sağlar. Bu çalışmada, KOAH hastalarında ev programı olarak verilen pulmoner rehabilitasyonun genel sağlık durumu, uyku kalitesi, topluma katılım ve fiziksel aktivite düzeyleri üzerine etkileri değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya, Aralık 2013 – Şubat 2014 tarihleri arasında, Göğüs Hastalıkları Polikliniğine başvuran, ardışık, orta-ağır düzeyde KOAH hastalığı olan, düzenli tedavi altındaki 8'i kadın, 20'si erkek toplam 28 hasta alındı. Hastaların sigara, hastalık süresi, SFT, ek hastalık, meslek özellikleri kayıt edildi.

Hastaların genel sağlık durumları Nottingham Sağlık Profili ile, uyku kaliteleri Pittsburgh Uyku Anketi ile, topluma katılım düzeyleri Toplumsal Katılım Anketi ile, fiziksel aktivite düzeyleri ise Uluslararası Fiziksel Aktivite Düzeyi Ölçeği ile değerlendirildi. Değerlendirmeler sonrasında hasta eğitimi, kontrollü solunum teknikleri ve düşük yoğunluklu alt ve üst ekstremitte egzersizleri verildi. Üç hafta sonra tüm hastalar yeniden değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların (n=28) yaş ortalaması (62,35±8,94) yılı. Tedavi öncesine göre tedavi sonrasındaki genel sağlık durumu ve uyku kalitesi düzeylerinde anlamlı gelişmeler gözlenirken (p<0,05), olguların fiziksel aktivite ile topluma katılım düzeylerinde ise anlamlı gelişmeler saptanmadı (p>0,05).

SONUÇ: Bulgularımıza göre; 3 hafta süresince ev programı olarak uygulanan pulmoner rehabilitasyon ile tüm parametrelerde gelişme görülürken sadece fiziksel aktivite ile topluma katılım düzeylerinde istatistiksel açıdan anlamlı gelişme görülmedi. Bu bulgunun tedavi sürecinin kısa olması ve çalışmaya dâhil edilen hastaların yaş ortalamasının yüksek olması ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamız sonucunda pulmoner rehabilitasyonun KOAH hastalarında uzun süreli ev programı olarak tedaviye eklenmesinin ve vaka kontrol çalışmalarının yapılmasının önemli olacağını düşünmekteyiz.

SS-042

Pulmoner Hipertansiyonlu Hastalarda Solunum Fonksiyonları ile Egzersiz Kapasitesi, Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

Gökşen Kuran Aslan¹, Buket Akıncı², İpek Yeldan¹, Gülfer Okumuş³

¹İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

²İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Lisansüstü Programı

³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Pulmoner hipertansiyon (PH), pulmoner dolaşımın küçük damarlarını etkileyen kronik, ilerleyici bir hastalık grubudur. PH'lu olgularda dispne ve fiziksel aktivitede kısıtlılığın yanı sıra solunum kas kuvvetinde azalma görülebilmektedir.

AMAÇ: PH'lu olgularda solunum kas kuvveti ve solunum fonksiyonlarının egzersiz kapasitesi, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmek.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Çalışmaya İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı PH polikliniğinde takip edilen olgular alındı. Tüm olguların solunum fonksiyonları spirometre ve ağız içi basınç ölçümleri (Maksimal İnspiratuar ve Ekspiratuar Basınç), fiziksel aktiviteleri, altı dakika yürüme testi ve aktivite monitörü (Sense wear® Armband) ile ölçülerek "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA-Kısa Form)" ile değerlendirildi. Yaşam kalitesi ölçümünde "Minnesota Kalp Yetmezliği ile Yaşam Anketi" kullanıldı. İstatistiksel analiz için tanımlayıcı istatistiksel analiz ve Pearson korelasyonu kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 32 olgunun (26 kadın, altı erkek; ortalama yaş= 53,7±15.2 yıl), 29'unun fonksiyonel kapasiteleri II, üçünün ise III idi. MİP ile UFAA total (p=0.016) ve Armband ortalama metabolik eşdeğeri (MET) (p=0.034) arasında; MEP ile yaşam kalitesi (p=0.012) ve Armband adım sayısı arasında (p=0.035) anlamlı ilişki bulunurken; spirometri sonuçları ile egzersiz kapasitesi, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

SONUÇ: Çalışmamızda PH'lu olgularda ağız içi basınç ölçümleri ile fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Sonuç olarak ağız içi basınç ölçümlerinin yapılmasının PH'lu olguların fiziksel aktivite düzeylerinin değerlendirilmesinde yardımcı olabileceği görüşüne varıldı.

SS-043**Yaşlılarda Tüberküloz: Ankara'da 2005-2012 Yılları Arasında İki Verem Savaş Dispanserine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Vakaların Değerlendirilmesi**

Özge Karadağ Çaman¹, Filiz Ağca², Asiye İnan Süer², Aycan Bölük¹, Berkan Aktuğ¹, Sabri Altıntaş¹, Ahmet Aras¹, Furkan Donbaloğlu¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

²Altındağ 3 No.lu Verem Savaş Dispanseri, Ankara

GİRİŞ: Tüberküloz (TB) birey, aile ve topluma getirdiği yükler nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaşlı nüfus, immünitede zayıflama, kronik hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı, huzurevi, bakımevi gibi toplu yerlerde yaşama vb. nedenlerle özel bir grubu oluşturmaktadır. Türkiye'de 2010 yılında en yüksek yeni TB olgu hızı (37,5/100.000) 65 yaş üzeri nüfusta saptanmıştır. Bu çalışmada, Ankara'da bulunan iki verem savaş dispanserine (VSD) kayıtlı yaşlı TB hastalarında tedavi ile ilişkili bazı faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Ankara merkezinde iki VSD'de Ocak 2005-Aralık 2012 tarihleri arasında kayıtlı 65 yaş ve üzeri TB hastalarının kayıtları kullanılarak yürütülmüştür. Araştırma kapsamında 320 hastanın kayıtlarına ulaşılmış, veri sağlayabilecek nitelikte 281 dosya incelenmiştir. Veri analizinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılmıştır. Çalışma için Ankara İl Halk Sağlığı Müdürlüğünden izin alınmış, hastaların kimlik bilgileri kullanılmamıştır.

BULGULAR: Araştırmaya dahil edilen 281 hastanın tanı aldıkları yaş ortalaması $72,7 \pm 0,2$ yıl olup, %52,3'ü kadındır. Hastaların %50,5'inde akciğer, %43,1'inde akciğer dışı, %6,4'ünde hem akciğer hem akciğer dışı tutulum olup, %8,2'si nüks hastadır. Hastaların %49,1'i VSD veya aile sağlığı merkezini (ASM) kendisi ziyaret ederek, %50,9'unun evi araçla ziyaret edilerek ya da bir yakınının sağlık merkezlerini ziyaret etmesi yoluyla doğrudan gözetimli tedavi (DGT) almıştır. Tedaviyi bir yakını ya da ev ziyareti yoluyla alan hasta sıklığı, 75 yaş ve üzeri hastalarda anlamlı olarak artmaktadır ($p < 0,05$). Tedavi sonuçlarının %81,1'i tedavi başarısı, %11,6'sı ölüm olarak rapor edilmiştir. İlaça bağlı rapor edilen yan etki %37,7; yan etki, tedaviye uyum sorunu ya da başka hastalık nedeniyle tedaviye ara verme sıklığı %36,3'tür. Cinsiyetler arasında DGT şekli, yan etki ve tedaviye ara verme açısından fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

SONUÇ: Çalışmada 65 yaş ve üzeri TB vakalarının yarısının tedavi sürecinde bir yakının desteği ya da ev ziyareti yapılması gerekmiştir. Hastaların üçte birinde yan etki bildirilmiş, üçte birinde tedaviye ara verilmesi gerekmiştir. Yaşlı TB vakaları, ek hastalıklar ve ilaca bağlı yan etkiler nedeniyle daha yakın izlem gerektirmektedir. Bu yaş grubunda hasta yakınlarının desteği ve ev ziyaretlerine gereksinim de artmaktadır. Türkiye'de giderek artan yaşlı nüfus nedeniyle bu gruba yönelik birincil, ikincil ve üçüncül korumayı kapsayan tüberküloz kontrolü çalışmalarına ağırlık verilmesi ve bu yaş grubuna sağlık hizmeti sunumunda ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir.

SS-044**Pulmoner Tüberküloz Tanılı Hastalarda Tedavi Sonuçlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Tek Merkez Sonuçları**

Aysun Şengül¹, Ülkü Aka Aktürk², Yusuf Aydemir³, Nurullah Kaya⁴, Nagihan Durmuş², Fatma Turan Taşolar¹

¹Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Kocaeli

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

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya

⁴Zonguldak Ereğli Devlet Hastanesi Radyoloji Kliniği, Zonguldak

AMAÇ: Bakteriolojik olarak doğrulanmış pulmoner tüberküloz tanılı hastaların tedavi sonuçlarını ve istenmeyen sonuçlar ile ilişkili faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

METOD: Kocaeli Verem Savaş Dispanseri'nde 2005-2011 yılları arasında tedavi edilmiş yayma ve/veya kültür pozitif pulmoner tüberküloz hastalarının dosyaları retrospektif olarak incelendi. Başka bir merkeze nakil olan, 15 yaşından genç, dosyalarına erişilemeyen hastalar değerlendirilmeye alınmadı. Hastalar başarılı tedavi sonucu olan (kür, tedavi başarısı) ve istenmeyen tedavi sonucu olan (tedavi terki, tedavi başarısızlığı, ölüm) hastalar olarak gruplandı. İstenmeyen sonuçlar ile ilgili risk faktörlerinin değerlendirilmesinde lojistik regresyon analizi kullanıldı.

BULGULAR: Bakteriolojik olarak doğrulanmış 758 pulmoner tüberküloz olgusunun 258'i kadın (%35), 480'i erkek (%65) idi. 683 (%92,6) hastada başarılı tedavi sonucu izlenirken 55 (%7,4) hastada istenmeyen tedavi sonucu izlendi. Tedavi terki 29 (%3,9) hastada, ölüm 18 (%2,4) hastada, tedavi başarısızlığı 8(%1,1) hastada izlendi. Hastaların ortalama yaşı 39,9 ±19 idi ve istenmeyen sonuçları olan hasta grubunun ortalama yaşı ise 49,5±19 idi. Tedavi başarısı ile ilgili faktörler yaş, ek hastalık varlığı, ilaç direnci, eğitim, daha önce tüberküloz tedavi öyküsü olarak izlendi. Cinsiyet, kırsal yerleşim, radyografide kavite varlığı, yayma pozitifliği, kültür pozitifliği, meslek grubu, sağlık sigortası türü tedavi sonuçları ile ilişkisiz bulundu.

SONUÇ: 65 yaş üstü olma, ek hastalık varlığı, düşük eğitim düzeyi, ilaç direnci, daha önce tedavi öyküsü varlığı istenmeyen tedavi sonuçları ile ilişkili bulunmuştur. Ükelere ve bölgelere göre tedavi başarısını etkileyen faktörleri bilmek, tedavi uygulayıcılarındaki farkındalığı artırarak ve bu hasta gruplarına özel önlemler olarak tedavi başarısızlığını azaltmaya katkıda bulunabilir.

SS-045**Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde Son 8 Yılda (2006-2013) Tnf Alfa Blokeri Kullanan Hastalara Verilen Latent Tüberküloz Tedavisi Sonuçları**Sema Demir¹, Filiz Sadi Aykan¹, Derya Öztuna²¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Bölümü²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Ana Bilim Dalı

GİRİŞ: TNF- α blokör tedavisi almakta olan hastalarda tüberküloz kemoprofilaksine rağmen tüberküloz gelişme sıklığını belirlemektir.

METOD: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıklarına, 2006-2013 yılları arasında başvuran, TNF- α blokör tedavisi halen alan, tüberküloz kemoprofilaksisi almış hastalar, tüberküloz gelişme sıklığı açısından retrospektif olarak değerlendirildi. TNF- α blokör tedavi endikasyonu alan, romatolojik ve dermatolojik hastalık tanısı olan; 18-80 yaş aralığında, 134 hasta değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, sigara içme durumu, BCG aşısı, akciğer grafisi, hastalık tanısı, ek hastalık varlığı, tüberküloz hikayesi, PPD değeri, kemoprofilaksi alma durumu, hangi anti-tüberküloz ajanı aldığı ve aldığı süre, TNF- α blokör tedavisi aldığı süre, başka immünsupresif alımı olup olmadığına bakıldı.

BULGULAR: Çoğu romatolojik hastalık tanısı olan ve anti-TNF tedavi alan hastalarda (n:134), izoniyazid ile tüberküloz kemoprofilaksi uygulaması (profilaksi endikasyonu olan %73.9 hasta) sonrasında, pulmoner veya ekstra-pulmoner tüberküloz hastalığı gelişmemiştir.

SONUÇ: Anti-TNF tedavi verilecek hastalarda, TCT veya quantiferon ile taramada latent tüberküloz infeksiyonu tanısı konulmuşsa, anti-TNF öncesi en az 1 ay kemoprofilaksi almalı, 9 ay İNH veya 4 ay RİF ile tbc profilaksisi tamamlanmalıdır. Aylık serum karaciğer enzimleri, bilirubin ölçümleri; 3 ayda bir fizik muayene ve akciğer radyografisi takipleri yapılmalıdır.

SS-046

Antitüberküloz Tedavisi Alan Hastalarda Optik Kohorens Tomografi ile RNFL Kalınlığının Takibi Optik Nöropatiyi Erken Ortaya ÇıkarabilirAziz Gümüş¹, Veysi Öner², Asiye Yavuz¹¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Ana Bilim dalı, Rize²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim dalı, Rize

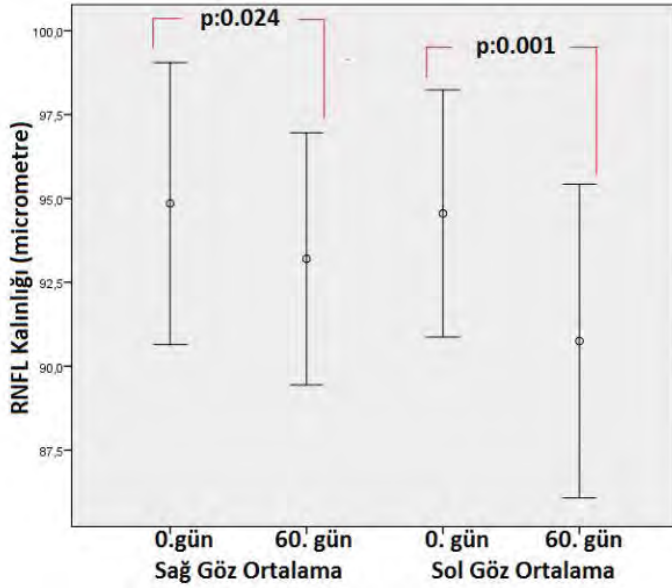
GİRİŞ: Tüberküloz tedavisinin temel ilaçlarından olan etambutol ve isoniyazid optik nöropatiye neden olabilir. Optik kohorens tomografi (OCT), optik sinir hastalıklarının tanı ve takibinde kullanılan noninvaziv, tekrarlanabilir, yüksek çözünürlüklü bir görüntüleme yöntemidir. Çalışmadaki amacımız, antitüberküloz tedavinin retinal sinir lif tabakası (RNFL) kalınlığı üzerine etkisini ve OCT'nin, optik nöropatinin erken tanısındaki etkinliğini araştırmaktır.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya, Ocak 2012- Aralık 2013 tarihleri arasında akciğer veya akciğer dışı tüberküloz tanısı konulan toplam 20 hasta alındı. Antitüberküloz tedavi başlamadan önce ve tedavinin ikinci ayı tamamlandığında her iki gözde OCT ile RNFL kalınlığı ölçümü yapıldı.

BULGULAR: Başlangıca göre tedavinin 2. ayında, sağ gözde süperior kadranda ve ortalama RNFL kalınlığında incelleme görülürken (sırasıyla; p:0.024 ve p:0.006), sol gözde, süperior ve inferior kadranda ve ortalama RNFL kalınlıklarında anlamlı incelleme tesbit edildi (sırasıyla; p:0.001, p:0.008, p<0.001).

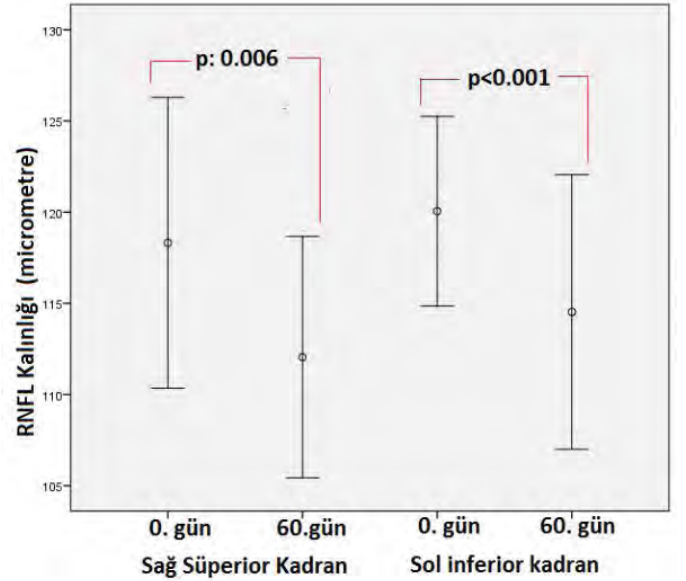
SONUÇ: Antitüberküloz tedavisinin temel ilaçlarından İNH ve ETB kullanan hastalarda RNFL kalınlığında azalma ol

Figür 1



Sağ ve sol gözde ortalama RNFL azalmasının error-bar grafiğinde gösterilmesi

Figür 2



Sağ gözde süperior kadranda, sol gözde inferior kadranda RNFL kalınlığındaki azalmanın error-bar grafiğinde gösterilmesi

SS-046_2**Sarkoidoz ve Tüberküloz Hastalarında Serum Katelisinin Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Ercan Korucu¹, Mediha Gönenç Ortaköylü¹, Ayşe Bahadır¹, Leyla Pür², Esmâ Seda Akalın¹, Asuman Kara³, Hafize Uzun⁴, Burak Önal⁵, Emel Çağlar¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²İ.Ü. DETAE

³Şehit Kamil Devlet Hastanesi Gaziantep

⁴İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Biyokimya ABD

⁵İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Farmakoloji ABD

GİRİŞ-AMAÇ: Sarkoidoz ve tüberküloz klinik, radyolojik, histolojik ve immunolojik benzer özellikler taşıyan hastalıklardır. Bu iki granülomatöz hastalığa D vitamininin etkisi uzun süredir araştırılmaktadır. Katelisinin doğal immun sistemle ilgili antimikrobiyal peptiddir ve direkt olarak D vitamini tarafından indüklenir. Katelisinin ve D vitamininin sarkoidoz ve tüberküloz gelişmesindeki rolleri tam olarak belli değildir. Çalışmamızda Sarkoidoz ve tüberküloz hastaları ile sağlıklı kontroller arasında D vitamini ve katelisinin serum düzeylerini karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamıza Sarkoidoz tanısı ile takipli tedavi almamış 30 hasta, yeni tanı konmuş balgam yayma(+) akciğer tüberkülozlu tedavi başlanmamış 30 hasta ve 20 sağlıklı birey kontrol grubu olarak alındı. Serum 25-hidroksi vitamin D [25(OH)D] ve katelisinin düzeyleri ölçüldü.

BULGULAR: Vitamin D seviyesi sarkoidozlu hastalarda $11,75 \pm 8,92$ pg/ml, tüberkülozlu hastalarda $22,5 \pm 9,96$ pg/ml bulundu ve sarkoidozlu hastalarda anlamlı olarak daha düşüktü ($p < 0.001$). Ciddi vitamin eksikliği sarkoidozlu hastaların %47 sinde, tüberkülozlu hastaların %3'ünde görüldü. Serum katelisinin düzeyleri sarkoidoz hastalarında ($67,68 \pm 38,03$ pg/ml) ve tüberküloz hastalarında (68.74 ± 39.44 pg/ml), sağlıklı kontrollere göre (120.37 ± 41.03 pg/ml) anlamlı olarak daha düşüktü ($p < 0.001$). Sarkoidoz ve tüberküloz hastalarının serum katelisin düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p = 0.966$). Katelisininin $107,14$ pg/ml kestirim noktasında sarkoidoz hastalarını sağlıklı kontrollerden ayırmada sensitivitesi %81,5, spesifitesi %71,2 bulundu.

SONUÇ: Bulgularımız katelisininin granülomatöz hastalıkların gelişiminde farklı bir rol oynayabileceğini düşündürmüştür.

SS-047

Pnömoni Semptomları ile Başvuran Olgularda Toraks Ultrasonografisinin Standart Radyografi ile Karşılaştırılması

Yasemin Bodur¹, Mehmet Sinan Bodur², Fatma Tokgöz¹, Emine Aksoy¹, Oğuz Aktaş¹, Mehmet Arif Akçay¹, Tülin Sevim¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Uygun semptomlar ve fizik bakı bulgularının varlığında radyolojik olarak akciğer infiltrasyonlarının gösterilmesi pnömoni tanısı için yeterlidir. Akciğer radyografisi hastalığın yaygınlığı hakkında bilgi verebildiği gibi ayırıcı tanıda da faydalıdır. Ancak; gebelik, yoğun bakım hastası veya acil servislere başvuran bazı hasta gruplarında standart radyografi yerine göğüs ultrasonografisi ön planda düşünülebilmektedir. Bu çalışmada bir göğüs hastalıkları hastanesi polikliniğine ve acil servisine başvuran pnömoni semptomlarına sahip hastalarda, göğüs ultrasonografisinin (USG) pnömoni tanı ve ayırıcı tanı açısından PA akciğer grafisi ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Kasım ve Aralık 2013'te acil servis ve polikliniğimize pnömoni semptomları ile başvuran 63 hasta araştırmaya alındı. Tüm hastalar başvurunun ilk 24 saati içinde standart PA akciğer grafisi ve göğüs ultrasonografisi ile değerlendirildi. Radyolojik olarak konsolidasyon, hava bronkogramı, plevral efüzyon, atelektazi gibi bulgular ve anatomik lokalizasyonlar kaydedildi. Hastaların takiplerinde konulan son tanılarına göre radyografik yöntemlerin doğruluğu karşılaştırıldı.

Hastaların 41'i (%65) erkek ve yaş ortalaması 57±8(18–85) idi. En sık başvuru semptomu öksürük ve yan ağrısı idi. Kırk dört hastada en az 1 ek hastalık kaydedildi. Otuz üç hastada (%52) pnömoni tanısı; 30 hastada en sık akut bronşit, akciğer kanseri, konjestif kalp yetmezliği olmak üzere pnömoni dışı tanımlar konuldu. Göğüs USG ile pnömoni tanılı hastaların %63'ünde konsolidasyon, %45'inde hava bronkogramı, %42 sinde plevral efüzyon ve %6'sında atelektazi kaydedilirken, PA grafide konsolidasyon %82, hava bronkogramı %12, atelektazi %6, plevral efüzyon %33 oranda kaydedildi. Hava bronkogramı ve plevral sıvı saptamada USG'nin PA grafiden daha üstün olduğu saptandı. Sonuç olarak yatakbaşı göğüs ultrasonografisi pnömoni tanısında güvenilir bir tanı yöntemi olabilir. PA akciğer grafisi geniş kullanım alanı olduğundan üstünlüğünü devam ettirse de özellikle acil serviste, gebe olgularda ve yoğun bakım şartlarında pnömoni ve diğer göğüs patolojilerinin tanısında ve uygun tedavinin yönetilmesinde ultrasonografinin yeri bulunmaktadır.

SS-049**Pozisyonel Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastaların Fenotipik ve Polisomnografik Özellikleri**Seher Karakuş¹, Önder Öztürk², Ahmet Akkaya²¹Aydın Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği²Süleyman Demirel Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD

AMAÇ: Pozisyonel OUAS' lu hastalarla pozisyonel olmayan OUAS' lu hastaları karşılaştırılarak, fenotipik ve polisomnografik farklılıkları göstermeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: 2005-2012 yılları arasında uyku laboratuvarımıza yatan hastalar incelendi. Pozisyonel OUAS tanısı alan hastalarda total apne- hipoapne indeksininin (AHİ) >5 ve supin ve nonsupin postürler arasında AHI de >50% azalma olması olarak tanımlandı. Toplam uyku süresi, uykuya dalma süresi, uyku mimarisi (Evre1,Evre 2,Evre 3, REM), oksijen desatürasyon indeksi (ODI), en düşük oksijen satürasyon değeri, apne-hipopne indeksi(AHI), aurosal indeksi gibi polisomnografi bulguları kaydedildi. Bel çevresi, boyun çevresi ve vücut kitle indeksi değerlerine bakıldı. Pozisyonel OUAS, pozisyonel olmayan OUAS ve kontrol grubu karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya OUAS tanısı konulan yaş ortalaması 48,25±0,46 yıl olan 604 hasta alındı. Çalışmaya alınan hastalar pozisyonel OUAS, pozisyonel olmayan OUAS ve kontrol grubu olarak 3 gruba bölündü. 510 olarak bulunan OUAS hastaların %50,39'u pozisyonel OUAS, %49,61'i pozisyonel olmayan OUAS olarak tespit edildi. Pozisyonel OUAS hastalarının pozisyonel olmayan OUAS hastalarla karşılaştırıldığında daha genç, daha uzun boylu, daha zayıf, bel ve boyun çevresinin daha ince olduğunu bulundu. Pozisyonel OUAS'lı hastalar ile pozisyonel olmayan OUAS hastaların REM, Evre 1 ve Evre 3 özelliği bakımından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı. Hafif ve orta şiddetli OUAS'lı hastalarda pozisyonel OUAS'ın daha fazla olduğu tespit edildi.

SONUÇ: Bu çalışmanın sonucuna göre pozisyonel OUAS'lı hastaların daha genç, daha uzun boylu, daha zayıf olduğu, bel ve boyun çevrelerinin ise daha ince olduğu saptandı. Pozisyonel OUAS tanısı konduğunda hafif-orta şiddette olan obstrüktif apne bulguları, pozisyonla birlikte artış göstermekte ve hastalığın şiddeti değişmektedir. Bu durum ek hastalıkların görülme sıklığını arttırmaktadır. Bu nedenle pozisyonel OUAS'ı farklı bir klinik tip olarak değerlendirilmeli ve uygun tedavi başlanmalıdır.

SS-050

Rem ilişkili Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastaların Fenotipik ve Polisomnografik Özellikleri

Oğuz Çelik, Önder Öztürk, Ahmet Akkaya

Süleyman Demirel Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD

AMAÇ: Bu çalışmada REM ilişkili OUAS'lu hastalarla OUAS tanısı konulan hastalar arasındaki fenotipik ve polisomnografik farklılıkları araştırmak istedik

MATERYAL-METOD: 2005-2013 yılları arasında uyku laboratuvarımıza yatan 680 hastanın dosyaları retrospektif tarandı. AHI>5 olay/saat olan ve OUAS tanısı alan olgularla, OUAS tanısı konulan ve NonREM-AHI'nin normal sınırlarda olması (<5) şartıyla, REM-AHI'nin NonREM-AHI'den en az iki kat veya daha fazla olduğu durumlarda REM ilişkili OUAS tanısı konulan 386 hasta çalışmaya dahil edildi. Toplam uyku süresi, uykuya dalma süresi, uyku mimarisi (Evre1, Evre 2, Evre 3, REM), oksijen desatürasyon indeksi (ODI), en düşük oksijen satürasyon değeri, apne-hipopne indeksi(AHI), arosal indeksi gibi polisomnografi bulguları kaydedildi. Bel çevresi, boyun çevresi ve vücut kitle indeksi değerlerine bakıldı. Ek hastalıkları kaydedildi. Çalışmaya alınan hastalar tanılarına göre 3 gruba ayrıldı; Grup 1: OUAS tanısı alan hastalar, Grup 2: REM ilişkili OUAS tanısı alan hastalar, Grup 3: Kontrol grubu.

BULGULAR: Çalışmaya alınan olguların yaş ortalaması 49,53±0,58 yıl olarak bulundu. REM ilişkili OUAS, tüm OUAS'lı olguları %10,6'sını oluşturmaktaydı. REM ilişkili OUAS tanısı alan hastaların OUAS tanısı alan hastalara göre daha kısa boylu, daha zayıf, boyun ve bel çevrelerinin daha ince olduğu tespit edildi. Fakat yaş ortalamalarına bakıldığında daha yaşlı oldukları saptandı. REM ilişkili OUAS tanısı alan olguların uyku mimarisi özelliklerini OUAS tanılı hastalarla karşılaştırdığımızda; toplam uyku süresi, uykuya dalma süresi, uyku etkinliği, REM latensi, Evre 1 ve Evre 3 özellikleri bakımından fark olmadığı görüldü. Her iki grup arasında apne-hipopne süreleri, REM'deki apne-hipopne süreleri, NREM apne-hipopne süreleri AHI değerleri açısından istatistiksel olarak fark mevcuttu (p<0.05). AHI değerlerine bakıldığında hafif ve orta şiddette bulunan hasta sayısı ile ağır şiddette bulunan hasta sayısının aynı olduğu görüldü. REM ilişkili OUAS tanısı alan hastalarda ek hastalıklar çok fazla görülmediği gibi, daha sık diabetes mellitus (%31.25) saptandı

SONUÇ: REM ilişkili OUAS uyku mimarisinde belirgin bozulmaların görülmediği "bir ara dönem" veya uykuda solunum bozukluğunun bir nevi başlangıç/erken evresi olarak düşünülebilir. Tedavi edilmediği takdirde OUAS dönüşmesi ve/veya Tip 2 Diabet gibi komplikasyonların oluşması mümkündür.

SS-051

Farklı Bir OSAS Klinik Tipi: REM İlişkili OSAS

Handan İnönü Köseoğlu¹, Osman Demir²¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, Tokat

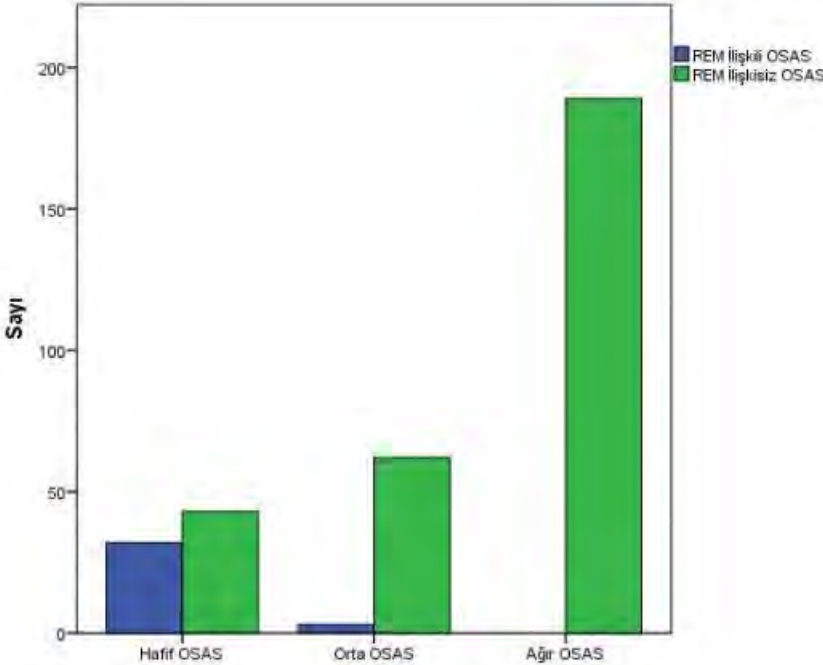
GİRİŞ: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS), uyku sırasında üst solunum yolu (ÜSY)' nda tekrarlayıcı obstrüksiyon epizodları, hipoksemi ve arousallar ile karakterizedir. Uykuda hızlı göz hareketlerinin görüldüğü (Rapid Eye Movement) REM döneminde faringeal kas aktivitesi daha fazla azalmakta, ÜSY kollapse artmaktadır. Bu nedenledir ki REM döneminde obstrüktif solunumsal olayların sıklığı ve süresi daha fazla, oksijen desatürasyonu daha ciddidir. REM ilişkili OSAS'ın bazı yazarlarca OSAS'ın erken dönemi-başlangıç prezentasyonu olduğu savunulurken, bazı yazarlarca farklı bir OSAS klinik tipi olarak tanımlanmaktadır. Prevalansı %10-36 gibi oldukça geniş bir aralıkta verilmekte, bu sonuca hastalıkla ilgili tanımlama kriterlerinin farklılığı yol açmaktadır. Bu çalışmada REM ilişkili olan ve olmayan OSAS'lı olguların klinik ve polisomnografi (PSG) özelliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışma retrospektif olarak yapıldı. Uykuda solunum bozukluğu ön tanısı ile PSG yapılan, apne-hipopne indeksi (AHI) \geq 5 tespit edilerek OSAS tanısı konulan olgular iki gruba ayrıldı: AHİREM < 5 olmak üzere, AHİREM / AHİREM >2 olan ve en az 30 dakika süreyle REM kaydı elde edilen olgular "REM ilişkili OSAS", bu tanıma uymayanlar "REM ilişkili olmayan OSAS" şeklinde sınıflandırıldı. REM uykusu üzerine etkisi olan benzodiazepin türevleri, narkotik grubu ilaç kullananlar çalışmaya alınmadı.

SONUÇLAR: Yaş ortalaması 51 ± 10 olan toplam 329 olgu çalışmaya alındı. Olguların 35 (%10.6)'i REM ilişkili, 294 (%89.4)'ü REM ilişkili olmayan grupta yer alıyordu. Yaş ve beden kitle indeksi ortalaması, sigara öyküsü, ek hastalıklar açısından gruplar benzerken ($p>0.05$), cinsiyet açısından anlamlı farklılık gösteriyordu (Tablo 1). PSG'de; REM ilişkili olgularda AHİ'nin daha düşük, REM ve NREM Evre 3 süresinin daha uzun, evre 1,2 süresinin daha kısa, ortalama-minimum oksijen saturasyon değerlerinin daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$) (Tablo 2). REM ilişkili olguların 16 (%46)'sında aynı zamanda pozisyon bağımlılığı vardı, bu oran diğer grupta 58 (%19.7)'di, fark anlamlıydı ($p=0.001$). REM ilişkili olguların %91.4'ünde hafif, %8.6'sında orta dereceli OSAS mevcuttu, bu grupta ağır dereceli olgu bulunmamaktaydı. OSAS derecesi bakımından iki grup anlamlı farklıydı (Tablo 2, Şekil 1).

TARTIŞMA: Çalışmamızda REM ilişkili OSAS'lı olguların hastalıklarının daha hafif dereceli, oksijenasyonlarının daha iyi olduğu, yaş ve beden kitle indeksinin her iki grupta benzer olduğu görüldü. Bu bulgular REM ilişkili OSAS'ın, OSAS'ın erken dönemi veya öncüsü olmaktan çok, farklı bir OSAS klinik tipi olduğunu düşündürmektedir.

Şekil 1



Olguların OSAS ağırlık derecelerine göre dağılımı

Tablo 1: Olguların demografik özellikleri

	REM ilişkili OSAS (n=35)	REM ilişkili Olmayan OSAS (n=294)	p
Demografik özellikler			
Yaş*	52 ± 10	51 ± 10	0.855
Cinsiyet			
Erkek n (%)	18 (51)	219 (74)	0.007
Kadın n (%)	17 (49)	75 (26)	
BKİ*	32.05 ± 4.48	33.88 ± 7.08	0.137
Sigara n (%)	6 (17.1)	63 (21.4)	0.712
SVH n (%)	1 (2.9)	4 (1.4)	0.432
DM n (%)	6 (17.1)	55 (18.7)	0.999
HT n (%)	10 (28.6)	100 (34)	0.649
KVH n (%)	7 (20.6)	60 (20.6)	0.999

*ortalama ± standart sapma BKİ: Beden kitle indeksi, SVH: serebrovasküler hastalık, DM: diabetes mellitus, HT: hipertansiyon, KVH: kardiyovasküler hastalık

Tablo 2: Olguların polisomnografi bulguları

	REM ilişkili OSAS (n=35)	REM ilişkili Olmayan OSAS (n=294)	p
Polisomnografi bulguları			
Evre 1	5.10 [2.60-10.70]	8.90 [4.80-15.20]	0.001
Evre 2	40 [34.60-45.40]	46.80 [38-53.70]	<0.001
Evre 3	33.30 [27-38.30]	27 [18.40-34.20]	<0.001
REM*	19.96 ± 5.08	14.75 ± 6.68	<0.001
Uyku etkinliği (%)*	84.03 ± 10.01	81.56 ± 10.71	0.195
AHI	8.40 [6.30-11.10]	38.80 [22.90-60.7]	<0.001
Desaturasyon %	0.40 [0.10-1.40]	4.10 [0.40-22.80]	<0.001
ODİ	8.60 [5-11.70]	31.35 [18.60-57.40]	<0.001
Uyanıklık O2 saturasyonu	96 [94-96]	95 [93-96]	0.001
Ortalama O2 saturasyonu	95 [94-96]	93 [91-95]	<0.001
Minimum O2 saturasyonu	85 [81-88]	80 [69-86]	<0.001
OSAS ağırlık derecesi			
Hafif n (%)	32 (91.4)	43 (14.6)	<0.001
Orta n (%)	3 (8.6)	62 (21.1)	
Ağır n (%)	0 (0)	189 (64.39)	
Pozisyon bağımlılığı n (%)	16 (45.7)	58 (19.7)	0.001

*ortalama ± standart sapma REM: Rapid Eye Movement, AHI: Apne Hipopne İndeksi, ODİ: oksijen desaturasyon indeksi Uyku evreleri toplam uyku zamanının %'si olarak verildi, O2: oksijen, Desaturasyon %: oksijen saturasyonunun %90'ın altında geçtiği uyku süresi

SS-053**Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Olgularda Kardiyovasküler Hastalık Riskini Belirlemede Yeni bir belirteç: Beden-Biçim İndeksi**Oğuz Köktürk¹, Asiye Kanbay², Feride Çelebi³, Osman Köstek⁴¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul³Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara⁴İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye Anabilim Dalı, İstanbul

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) kardiyovasküler ve metabolik hastalıklar ile içi içe girmiş, mortalitesi ve morbiditesi oldukça yüksek hastalıklar kompleksidir. OSAS; uyku sırasında tekrarlayan solunum durmaları, hipoksi ve sempatik aktivitede artış nedeniyle diabetes mellitus, ateroskleroz, akut koroner sendrom ve ani ölüm gelişiminde bağımsız bir risk faktörüdür. Bunun yanı sıra OSAS ve kardiyometabolik hastalıkların gelişiminde en belirgin ortak risk faktörü santral obezitedir. Boyun çevresi, bel çevresi, bel/kalça oranı ve beden kitle indeksi (BKİ) OSAS riskini belirlemede kullanılan antropometrik ölçümler arasındadır. "A Body Shape Index" ABSI olarak adlandırılan bel, kilo ve boy ölçümleri kullanılarak dilimize çevrilmiş haliyle "Beden Biçim İndeksi" BBİ, yeni bir ölçümdür. Çalışmamızda amaç OSAS'lı olgularda geleneksel indekslerin yanı sıra yeni keşfedilen ABSİ parametresinin kardiyovasküler hastalıkları (KVH) belirlemede değerini araştırmaktır. Uyku merkezlerimize başvuran 136 olgunun kayıtları incelendi. Olgular Apne-Hipopne İndeksi (AHI) <5 = kontrol grubu, AHI=5-15; hafif dereceli OSAS, AHI 15-30; orta dereceli OSAS ve AHI>= 30 ağır dereceli OSAS olarak gruplandırıldı. Tüm olguların demografik verileri kaydedildi. Ayrıca boyun, bel, bel/kalça, BKİ ve BBİ ölçümleri yapıldı. Çalışmaya yaş ortalaması 47.6± 11/ yıl olan %68'i (99) erkek, %32'i (47) kadın olmak üzere 136 olgu alındı. Grup dağılımları incelendiğinde 60 olgu ağır dereceli OSAS, 29 olgu orta dereceli OSAS, 34 olgu hafif dereceli OSAS ve 23 olgu ise kontrol grubu olarak belirlendi. OSAS hastalığının ağırlığı arttıkça KVH risk faktörlerinin ve sıklığının belirgin olarak arttığı tespit edildi (p<0.05). OSAS'lı olgularda BBİ değerinin kontrol grubu ile karşılaştırıldığında belirgin olarak yüksek bulundu (0.082±0.005, 0.063± 0.009; p< 0.05, sırasıyla). BBİ ile AHI arasında pozitif korelasyon izlendi (r=0.409, p<0.001). OSAS grupları ağırlığına göre incelendiğinde KVH'ın mevcudiyeti ile BBİ arasında ilişki tespit edilmedi. Ağır OSAS'lı grupta bel çevresi ve BKİ KVH'ı olanlarda anlamlı olarak yüksek saptandı (p=0.001 ve p=0.001, sırasıyla). BBİ, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında OSAS'lı olgularda belirgin olarak yüksek olarak saptandı. Genel popülasyonda BBİ ile KVH arasında ilişki tespit edilmiş olmakla birlikte OSAS ağırlığına göre olgular incelendiğinde hastalık şiddeti arttıkça BBİ oranları değişmemekte ve BBİ ile KVH arasında ilişki saptanmamıştır. Bu konuda daha geniş hasta katılımıyla yapılacak yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

SS-054

Uyku Apne Sendromu Olan Kalp Yetmezliği Hastalarında Kardiyovasküler Hasar Biyobelirteçlerinin (CRP, ADİPONEKTİN, H-FABP, HMGB1, NT-PROBNP) DeğerlendirilmesiBelgin Erkan¹, Sibel Özkurt¹, Dursun Dursunoğlu², Neşe Dursunoğlu¹, Beyza Akdağ³¹Pamukkale Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli²Pamukkale Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Denizli³Pamukkale Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Denizli

Erişkinlerde uyku bozuklukları sık görülmekte ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Uyku Apne Sendromu (UAS) ile kardiyovasküler (KV) hastalıkların birlikteliği sıklıkla ve bu birliktelik morbidite ve mortalite üzerine olumsuz etkiler yapmaktadır. Kalp yetmezliği (KY) ve UAS birlikteliği olan hastalarda kardiyak hasarın serumdaki biyobelirteçlerinde değişiklik olmaktadır.

Çalışmamızın amacı KY ve UAS olan hastalarda kardiyovasküler hasar biyobelirteçlerindeki değişiklikleri değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamızda KY (EF<%50) hastaları UAS açısından sorgulandı. Semptomatik olanlara PSG yaptırıldı ve UAS tespit edilen 9 hasta çalışmaya dahil edildi (Grup 1: KY+UAS). PSG'si yapılan KY hastalarından basit horlaması olan 9 hasta KY grubunu (Grup 2) oluşturdu. Hastalardan PSG öncesi venöz kanları alındı ve CRP (C-Reaktif Protein), Adiponektin, H-FABP (Kalp Tipi Yağ Asidi Bağlayıcı Protein), HMGB1 (High Mobility Group Box-1 Protein), NT-proBNP (N-terminal pro Beyin Natriüretik peptid) düzeyleri tespit edildi.

BULGULAR: Grup 1'de serum CRP, NT-proBNP ve HMGB1 değerleri Grup 2'ye göre anlamlı derecede yüksekti (p:0.001). Grup 1'de adiponektin düzeyleri Grup 2'den düşük, HFABP düzeyleri ise yüksek bulunmasına rağmen bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü (p>0.05).

Sonuç olarak, UAS'nun eşlik ettiği KY hastalarında kardiyovasküler hasar daha fazla görülmektedir bu hastaların erken dönemde tespit edilip UAS tedavisinin yapılması önemlidir.

Gruplarının biyobelirteç düzeyleri

Biyobelirteçler	Grup 1: KY + UAS (Ort.±SD)	Grup 2: KY (Ort.±SD)	p Değeri
CRP (mg/L)	1.77±0.75	0.78±0.23	0.001
Adiponektin (ng/dl)	0.66±0.24	0.81±0.21	p>0.05
NT-proBNP (ng/dl)	0.20±0.05	0.13±0.02	0.0001
HFABP (ng/dl)	0.11±0.02	0.10±0.01	p>0.05
HMGB1 (ng/dl)	0.13±0.03	0.08±0.01	0.001

SS-055**Kendiliğinden Sigara Bırakmada Etkili Faktörler**

Ayşegül Karalezli¹, Nazmi Bilir², Mecit Süerdem³, Seyfettin Gümüş⁴, Şermin Börekçi⁵, Zeynep Atam Taşdemir⁶, Hafize Güngör Çobanoğlu⁷

¹Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ABD, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara

³Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

⁴GATA Göğüs Hastalıkları, Ankara

⁵İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁶Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

⁷Özel Antalya Yaşam Hastanesi

GİRİŞ: Tüm dünyada sigara bağımlılığı, tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak kabul edilmektedir. İlaç ve motivasyonel destek tedavileri ile sigara bırakma oranları %24-%45 arasında bildirilmektedir. Birçok kişi ise sigarayı hiçbir yardım almadan bırakmaktadır. Çalışmamızda kendiliğinden sigarayı bırakanların sigarayı bırakmalarında etkili olan faktörlerin araştırılması amaçlandı.

METOD: İstanbul, Ankara, Konya ve Antalya'da kendiliğinden sigarayı bırakmış kişilerle yüz yüze yapılan bu anket çalışmasında 1007 kişi ile görüşülmüştür.

BULGULAR: Ankete katılanların %49'u (n=498) kadın idi. Katılımcıların %34,9'u İstanbul'da, %29,9'u Ankara'da, %20,6'sı Konya'da, %14,7'si Antalya'da ikamet etmekte idi. Katılımcıların %37,1'i 18-29 yaş, %24,6'sı 30-40 yaş, %20,1'i 41-50 yaş aralığında, %18,2'si ise 50 yaş üstünde idi. Eğitim düzeyi %25,5 ilköğretim, %13,2 ortaokul, %35,7 lise, %23 lisans/ön lisans düzeyinde idi. Katılımcıların %72,6'sı sigaraya 20 yaşından önce başladığını belirtmiştir. Sigarayı ilk denemede bıraktıklarını söyleyenlerin oranı %36,6 tespit edilmiştir. Bırakmada en etkili faktör kendi hastalığı nedeniyle sigarayı bırakma olarak saptanmıştır (%21); bu kişilerin %62'si akciğer, %12,9'u kalp, % 7,7'si mide, % 6,2'si gırtlak kanseri nedeniyle sigarayı bıraktıklarını belirtmişlerdir. Hastalıktan korktuğu için sigarayı bırakanların oranı ise %16 olup; katılımcılar başta akciğer olmak üzere kanserden (%36,7), ikinci sırada kalp hastalığından (%15,3) korkarak sigarayı bıraktıklarını belirtmişlerdir. Birinci dereceden yakınının hastalığı nedeniyle sigarayı bıraktıklarını söyleyenlerin %22,5'i yakınlarının kanser, %22,5'i akciğer hastalığı, %20'si astım/bronşit hastası olduğunu söylemişlerdir. Sigarayı aile bireyinin baskısıyla bıraktığını söyleyen katılımcıların oranı %14 olup; %43,9'u babasından, %36,3'ü annesinden baskı gördüğünü belirtmiştir. Erkekler en fazla çocukları (%31.5) ve eşinden (%24.1) baskı gördüğünü söylerken kadınlar en fazla baba (%48,5) ve anneden (%45.6) baskı gördüklerini söylemişlerdir. Katılımcıların %64,6'sı sigara paketlerinin üzerindeki yazılı ve görsel uyarıları etkisiz bulunduğunu belirtmiştir.

SONUÇ: Sigaranın zararları ile ilgili yazılı ve görsel uyarıların sigara bırakmada beklendiği gibi etkili olmadığı görülmüştür. Bireylerin kendiliğinden sigara bırakmalarında en etkili faktör, bir hastalığın varlığı ve gelecekte yeni hastalık korkusu olarak tespit edilmiştir. Hekimler tarafından tüm hastaların sigara öyküsü sorgulanmalı, sigaranın neden olabileceği hastalıklar konusuna vurgu yapılarak hastalar bilgilendirilmelidir.

SS-056**Türkiye’de Sigara Bırakma Polikliniklerinin Durumu**

Pelin Duru Çetinkaya¹, Özgür Batum², Emine Aysoy Kararmaz³, Ayşe Turan⁴, Perihan Çetinkaya¹, Ferhat Çetinkaya⁴

¹Adana Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Adana

²Uşak Devlet Hastanesi,Uşak

³Toros Devlet Hastanesi, Mersin

⁴Çukurova Dr.AşkimTüfekçi Devlet Hastanesi,Adana

AMAÇ: Sigara bırakma polikliniklerinin sayısı ülkemizde her geçen gün artmaktadır. Bu çalışmada Ülkemizdeki sigara bırakma polikliniklerinin durumunu değerlendirmek amaçlanmıştır.

GEREÇ YÖNTEM: Sigara bırakma poliklinik(SBP) listesi T.C. Sağlık Bakanlığı internet sitesinden alınmış ve 81 ilden 234 merkez telefonla aranmıştır. Sözel olurları alınan SBP çalışanlarına, poliklinikleri ile ilgili sorular içeren anket yapılmıştır.

BULGULAR: 234 sigara bırakma polikliniğinden 34’ünün poliklinik hizmeti vermediği saptanmıştır. SBP ‘nin 66’sına ise kayıtlı numaralardan ulaşılamamıştır ya da ankete katılmak istememişlerdir. 134 SBP’ne anket yapılabilmştir. Bu merkezlerde 320 hekim çalışmaktadır. 62 SBP(%46,3) randevulu, 72 (%53,7)SBP ise direkt hasta kabulü yapmaktadır. Sigara bırakma polikliniğindeki hekimlerin dağılımına bakılmış: 76 (%56,7) SBP’de göğüs hastalıkları uzmanı, 28 (%20,9) SBP’de pratisyen hekim,11(%8,2) SBP’de psikiyatri hekimi, 12 (%9) SBP’de diğer hekimler (kadınoğum, göğüs cerrahisi,dahiliye, genel cerrahi...), 6 (%4,5) SBP’de aile hekimi, 3 (%2,2) SBP’de halk sağlığı hekiminin çalıştığı saptanmıştır. 116 (% 86,6) SBP’de çalışan hekimler sigara bırakma eğitimi almışlardır. Sadece 30 (% 22,4) SBP’de 1 veya daha fazla il tütün kontrol üyesi vardır.72 (%53,7) SBP’de ayrı bir SBP odası vardır. 69(%51,5) SBP hastalar için bekleme salonu vardır. 58 (%43,3) SBP’de CO ölçüm cihazı vardır. 54(%40,3) SBP’de hekimin bireysel görüşmesi dışında hastalara eğitim verilmektedir.

SONUÇ: 116 SBP deki hekimler sigara bırakma eğitimi görmüşlerdir. Tüm hekimler sigara bırakma hizmeti verebilmektedir ancak ülkemizde bu görevi çoğunlukla göğüs hastalıkları hekimleri üstlenmiştir.SBP standardizasyonu için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS-057**Gençlerde Sigara Kullanımının Egzersiz Kapasitesi, Dispne ve Yorgunluk Düzeyi ile İlişkisi**

Aysel Yıldız, Fatma Karantay Mutluay

İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

AMAÇ: Üniversite öğrencilerinde sigara kullanımının egzersiz kapasitesi ve efor sonrası yorgunluk semptomu ile ilişkisini araştırmak.**YÖNTEM:** Araştırmaya İstanbul Medipol Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinden sigara kullanan (n=24) ve kullanmayan (n=24) toplam 48 öğrenci katıldı. Öğrencilerin demografik verileri, sigara kullanımı, Fagerstrom tolerans anketi ile nikotin bağımlılık düzeyi kaydedildi. Egzersiz kapasitesi 6 Dakika Yürüme Testi (6DYM), dispne ve yorgunluk düzeyleri Modifiye Borg Skalası ile değerlendirildi. Veri analizinde SPSS 15.0 programı kullanıldı.**BULGULAR:** Sigara kullanan grupta cinsiyet dağılımı eşit iken kullanmayan grupta kız öğrenciler çoğunlukta idi (%56,25). Fagerstrom tolerans anketine göre sigara kullananların %16,7'si düşük düzeyde, %14,6'sı orta düzeyde, %10,4'ü yüksek düzey ve %8,3'ü çok yüksek düzeyde nikotin bağımlısı idi.Grupların Beden kitle İndeksi (BKI), 6 DYT öncesi oksijen saturasyon değerleri, solunum frekansı, Borg dispne ve yorgunluk skorları benzerdi ($p>0,05$).6 DYT sonrasında grupların dispne algısı ve saturasyon değerleri benzer bulundu. Solunum frekansı ($p<0,01$) ve Borg yorgunluk skorları sigara kullanan grupta daha yüksekti ($p=0,052$). Gruplar arasında 6 dakika yürüme mesafesi ve efor sonrası dispne algısı bakımından anlamlı fark bulunmadı.Her iki grupta BMI ile 6 DYM arasında ilişki bulunmadı. Sigara kullanan grupta yürüme mesafesi ile dispne algısı ($r_s=0,516$, $p=0,01$) ve yorgunluk ile solunum frekansı arasında ($r_s=0,487$, $p=0,016$) pozitif yönde ilişki saptandı.**SONUÇ:** Çalışmamızda sigara kullanan gençlerde egzersiz kapasitesinde bir azalma gösterilememiş ancak efor sonrası yorgunluk düzeyi yüksek bulunmuştur. Sonuçlarımız sigara kullanımının başta egzersiz kapasitesi olmak üzere eforla ilişkili dispne ve yorgunluk düzeylerini negatif yönde etkilediğini düşündürmektedir.**TARTIŞMA:** Sigara kullanımının egzersiz kapasitesine bir etkisinin olmaması çalışmamızın sağlıklı genç popülasyon ile yapılmasından kaynaklanmış olabilir. Daha geniş örneklem sayıları ile orta ve ileri yaş gruplarda araştırmanın sürdürülmesi planlanmaktadır.

SS-058

Tütünle Mücadele Yasasıyla Ortaya Çıkan Değişikliklerin Liseli Öğrenciler Üzerindeki Etkileri

Melike Demir¹, Gülistan Karadeniz², Fikri Demir³, Cem Karadeniz⁴, Halide Kaya¹, Mahsuk Taylan¹, Velat Şen³, Derya Yenibertiz⁵

¹Dicle Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

²Şifa Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

³Dicle Üniversitesi, Çocuk Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

⁴Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

⁵Acıbadem Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Bu çalışmada, gençlerin sigaranın zararları ve nasıl bırakabilecekleriyle ilgili yeterli bilgi seviyesine ulaşmış olup olmadığını sorgulanarak, kapsamı genişletilen tütünle mücadele yasasının etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Materyal ve metodlar: Türkiye'nin başkenti Ankara'nın bir ilçesindeki sekiz farklı lisede okuyan tüm 11. sınıf öğrencileri araştırmanın evrenini oluşturdu. Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, kendileri ve yakın çevrelerindeki sigara alışkanlıkları, tütün ürünlerinin zararları ve ulusal tütün kontrol programı kapsamında çıkarılan yasalar ve yapılan düzenlemeler (görsel medyada yapılan düzenlemeler, sigara bırakma hattı vs.) hakkındaki bilgi ve düşüncelerini öğrenmek üzere 30 sorudan oluşan bir anket formu araştırmacılar tarafından hazırlandı. Bu formlar öğretmenlerinin gözetimi altında, 1266 öğrenci tarafından isim belirtilmeksizin dolduruldu.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 1244 öğrencinin yaş ortalaması 17,1±0,6 yıl (15-20) bulundu. Bunların 697'si (%56) kız, 547'si (%44) erkek idi. Sigara içenlerin 173'ü (%72,6) erkek, 65'i (%27,4) kız idi. Sigara içme oranı erkek öğrenciler arasında oldukça yüksekti ($p<0,001$). Okullara göre değerlendirildiğinde en yüksek sigara içme oranının %24 ile meslek lisesi, en düşük oranın ise %7.5 ile sağlık meslek lisesi öğrencileri arasında olduğu gözlemlendi. Sigaraya başlama yaşı ortalama 14.1±2.0 yıl (9-17) idi. Öğrencilerin en sık sigaraya başlama nedeni üzücü bir olay sonrasında teselli bulmak içindi (%19). Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda; erkek cinsiyet ($p<0,001$), meslek lisesinde okuma ($p<0,01$), kardeşin sigara içmesi ($p<0,001$), arkadaşın sigara içmesi ($p<0,001$) ve ders başarısızlığının ($p<0,01$) sigara içme için bağımsız risk faktörleri olduğu saptandı. Öğrencilerin %54,9'unun sigarayı bırakma planları vardı. En sık bırakma nedeni sağlığını koruma (%42,9) isteğiydi. Sigara içen 238 kişiden 136'sı (%57.1) sigara bırakma hattını bilmesine rağmen bunların sadece 5'i (%3.7) arayıp bilgi almıştı ancak bırakmak için herhangi bir girişimde bulunmamışlardı.. Yasayla ilgili kısıtlamaları ve uygulanan cezaları bütün öğrencilerin %81.8'i doğru bulmaktaydı. Çalışmamıza katılan öğrencilerin yaklaşık % 60'ı görsel medyada yayınlanan sigaranın zararlarına ilişkin bilgilendirici kısa filmlerin etkileyici olduğunu ve sinema filmi ve dizi filmlerdeki sigara figürlerinin kapatılmasını doğru bulduklarını belirtmişlerdi.

SONUÇ: Sigara alışkanlığı lise öğrencileri arasında oldukça yaygındır. Her ne kadar sigara içenlerin bırakmak için profesyonel yardım arama oranları düşük olsa da gençlerin tütünle mücadele yasalarını bilmektedirler. Ayrıca genç nesillerde sigarayla mücadelede başarılı olmak için, tütünle mücadele eylem planlarının onların da bu konudaki görüşleri dikkate alınarak belirlenmesinin faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

SS-059**Nikotin Bağımlılığının Fiziksel Aktivite Düzeyine Etkisi**Betül Taşpınar¹, Orçin Telli Atalay², Ferruh Taşpınar¹, İsmail Okur¹, Canan Gül¹¹Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Kütahya²Pamukkale Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Denizli

GİRİŞ: Sigara içme ve nikotin bağımlılığı fizyolojik, psikolojik ve davranışsal süreçleri olan kompleks bir sendromdur. Bu nedenle çalışmamız sigara içen bireylerde nikotin bağımlılığının fiziksel aktivite düzeyi üzerine olan etkisinin araştırılması için gerçekleştirildi.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmaya sigara içen yaş ortalaması $31,67 \pm 11,75$ yıl olan 329 kişi dahil edildi. Katılımcıların demografik verileri kaydedildikten sonra nikotin bağımlılığının değerlendirilmesi için Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) ve fiziksel aktivite düzeyinin belirlenmesi için ise Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) Kısa Formu kullanıldı. Elde edilen verilerin SPSS 20 programına girişi yapılarak normalliği Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uymadığı belirlenen veriler Kruskal-Wallis testi ile yorumlandı.

BULGULAR: Sigara kullanım süresi $9,29 \pm 10,30$ paket/yıl olarak belirlenen olgular, nikotin bağımlılık düzeylerine göre düşük, orta ve ileri derece bağımlı olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Olguların fiziksel aktivite düzeyleri, fiziksel olarak aktif olmayan (<600 MET-dk/hafta), fiziksel aktivite düzeyi düşük olan ($600-3000$ MET-dk/hafta) ve fiziksel aktivite düzeyi yeterli olan (sağlık açısından yararlı olan) (>3000 MET-dk/hafta) şeklinde sınıflandırıldı. Nikotin bağımlılık düzeylerine göre düşük olan grupta 143, orta grupta 141, ileri derece bağımlı grupta ise 45 olgu yer aldı. Katılımcıların düşük, orta ve ileri nikotin bağımlılık düzeylerine göre UFAA puanları sırasıyla; $4335,46 \pm 4367,70$, $3532,61 \pm 3903,27$, $2870,41 \pm 3620,38$ ve oturma süreleri ise sırasıyla $358,20 \pm 268,92$ dk, $396,66 \pm 249,73$ dk, $405,42 \pm 188,74$ dk olarak belirlendi. Elde edilen UFAA verileri gruplar arasında farklılık gösterirken ($p=0,006$) oturma sürelerinde anlamlı farklılık belirlenmedi ($p=0,09$).

TARTIŞMA ve SONUÇ: Bu çalışma ile nikotin bağımlılık düzeyinin artmasıyla kişilerin fiziksel aktivite düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Sigaranın zararlı etkileri ile fiziksel aktivite azlığı birleştiğinde sağlığın daha olumsuz şekilde etkilenmesi beklenmektedir. Buna ilaveten düzenli fiziksel aktivite alışkanlığına sahip olma bilinci henüz yerleşmemiş olan bir toplum olduğumuz düşünüldüğünde sağlığı korumak ve geliştirmek, ayrıca komorbiditeleri ve sağlık giderlerini azaltmak için toplumumuzda bu bilincin yerleştirilmesi ve sigara bırakma çalışmalarını üzerinde durulması önemlidir.

SS-060

Çocuklarda Sigara Dumanına Maruziyetin Solunum Yolu Hastalıklarına Etkisi: Pilot Çalışma

Gamze Başkent, İsmail Yıldız, Muhammed Ali Varkal, Ayşe Kılıç, Fatma Oğuz, Emin Ünüvar

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Ebeveynleri sigara içen çocuklarda akut solunum yolu hastalıklarında artış olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Bu çalışmada 2013-2014 yılları arasında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran pnömoni ve bronşit tanısı almış çocukların ne kadarının pasif sigara içicisi olduğu ve ailelerin sigara bağımlılık düzeyleri ile çocukların solunum yolu hastalığına yakalanma sıklığı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlandı.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmaya bronşit ve pnömoni tanısı almış; yaşları 1,5-16 arasında değişen, 52(27K;25E) çocuğun anne ve babası retrospektif olarak değerlendirilmeye alındı. Çocukların evde sigara dumanına maruz kalma düzeyleri ve ailelerin bağımlılık seviyeleri değerlendirildi. Sigara dumanına maruz kalanların hastaneye yatış ve antibiyotik kullanım sıklığı incelendi. Ailelerin sigara bağımlılık seviyelerini değerlendirmek için Fagerstrom nikotin toleran testi kullanıldı. Parametrelerinde değerlendirilmesinde ki-kare testi ve spearman korelasyonu kullanıldı.

BULGULAR: Sigara içen anne sayısı %38 ve baba sayısı %67,3 olarak belirlendi. Her iki ebeveyninde sigara içme durumu % 53,8 idi. Sigara içen ebeveynler arasında anne ve babaların bağımlılık yüzdeleri yüksek olanlar % 65,7 olarak belirlendi. Günde yarım paket ve üstü olarak içilen sigara oranı anneler için %40 iken, bu oran babalarda %82,1 idi. 52 çocuk arasından, pasif içici olarak belirlenen 41 çocuğun (%78,8) bronşit ve pnömoniyeye yakalanarak hastaneye yatış oranı %40,4 iken, son bir yıl içinde antibiyotik kullanım sıklığı beş kereden fazla olarak % 41,4 olarak bulundu. Ailelerin bağımlılık düzeyleri ile solunum yolu hastalığına yakalanıp ilaç kullanım oranı arasında anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

SONUÇ VE TARTIŞMA: Evde çocukların sigara dumanına maruz kalması başta solunum sistemi hastalıkları olmak üzere pek çok sağlık problemi için risk faktörüdür. Çocukları hastalıklardan korumak için tek yolun sigarayı tamamen bırakmak olduğu düşünülmektedir. Ebeveynlerin bilgilendirilmesi ve uzmanların desteği ile herkesin sigarayı bırakması için öncü ve sürekli rol oynanmalıdır.

SS-061**Nargile İçicilerinde Solunum Fonksiyonlarında Bozulma ve Artmış Oksidatif Stres Düzeyleri**Funda Karaduman Yalçın¹, Hatice Canan Hasanoğlu², Mükremin Er³, Hatice Kılıç³, Ayşegül Şentürk³, Ayşegül Karalezli³¹Sinop Boyabat 75.yıl Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Sinop²Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara³Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara

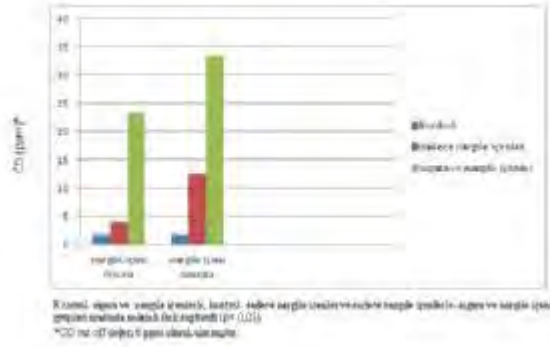
AMAÇ: Nargile, sigaraya göre daha zararsız olduğu düşünülen, sağlığa zararları konusunda yeterli çalışma olmayan ve günümüzde tüm dünya gençlerini tehdit eden bir tütün içme aracıdır. Bu çalışmada, nargile içimi sonrası nefeste biriken karbonmonoksit seviyelerini göstermek, solunum fonksiyon testlerindeki değişiklikleri incelemek ve aynı zamanda nargilenin oksidatif stres parametrelerine etkisini göstermek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Kesitsel tipteki bu analitik araştırma, Ankara İli'nde yer alan nargile içilen üç kafede yapıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 18-40 yaş arası, nargile içen 50 kişi çalışma grubunu oluştururken, sigara veya nargile içmeyen, aynı yaş ve cinsiyet grubunda olan 50 kişi de kontrol grubunu oluşturdu. Çalışma grubuna katılanlara nargile içimi öncesi ve sonrası, nefeste karbonmonoksit ölçümü ve solunum fonksiyon testi yaptırıldı. Nargile içimi sonrası ise oksidatif stres parametrelerinin değerlendirilmesi için kan örneği alındı. Kontrol grubuna ise herhangi bir zamanda nefeste karbonmonoksit ölçümü, solunum fonksiyon testi uygulandı ve kan örneği alındı.

BULGULAR: Nargile içen grupta 33 erkek, 17 kadın olup, yaş ortalamaları $26,72 \pm 5,2$ iken, kontrol grubunda 32 erkek, 18 kadın olup, yaş ortalamaları $27,46 \pm 5,3$ idi. Nargile içen grupta aynı zamanda sigara içenler (24 kişi) ve sadece nargile içenler (26 kişi) bulunmaktaydı. Nargile içen grupta, nargile içimi öncesi ve sonrası nefeste ölçülen CO değerleri ortalamalarında sırasıyla 8,04 ppm'den, 28,08 ppm'e anlamlı artış olduğu izlendi ($p < 0,00$) (Şekil 1). Solunum fonksiyon testi parametrelerinden FVC, FEV1, PEF ve FEF %25-75 değerleri, nargile içen grupta nargile içimi öncesi sırasıyla %96,68, %92,82, %95,02, %89,92 iken, nargile içtikten sonra sırasıyla %93,56, %89,60, %90,58, %83,66 olup aralarındaki azalmanın anlamlı olduğu izlendi (Tablo 1). Nargile içimi sonrası kanda bakılan oksidatif stres parametrelerinden TAS (Total Antioksidan Status), TOS (Total Oksidan Status) ve OSI (Oksidatif Stres İndeksi) değerleri ortalamalarında, kontrol grubuna göre anlamlı artış izlendi (Tablo 2).

SONUÇ: Çalışmamızın sonuçları, nargile içiminin hem solunum fonksiyonlarında bozulmaya hem de oksidatif strese yol açtığını göstermiştir. Bugüne kadar nargilenin, oksidatif stres üzerine etkisini gösteren bir çalışma yapılmamıştır. Sigaraya göre daha az zararlı olduğu gibi yanlış inanışlar nedeniyle giderek kullanımı artan ve özellikle gençleri tehdit eden nargile alışkanlığı ile mücadele konusunda gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

Şekil 1



Nargile içimi öncesi ve sonrası gruplar arası karbonmonoksit (CO) değerleri dağılımı

Nargile içimi öncesi ve sonrası solunum fonksiyon testi sonuçlarının karşılaştırılması

SFT	Nargile içimi Öncesi (n= 50) ortalama± SS	Nargile içimi Sonrası (n= 50) ortalama± SS	p değeri
FVC %	96,68± 8,1	93,56± 8,3	p< 0,00*
FEV1 %	92,82± 8,5	89,60± 8,0	p< 0,00*
FEV1/ FVC	84,98± 4,7	84,88± 6,5	p= 0,12
PEF %	95,02± 17,8	90,58± 21,0	p= 0,01*
FEF 25- 75 %	89,92± 17,8	83,66± 18,8	p= 0,01*

*Nargile içimi öncesi ve sonrasında FVC, FEV1, PEF ve FEF 25- 75 % parametreleri ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptandı (p< 0,05).

Oksidan ve antioksidan stres parametrelerinin gruplara göre dağılımı ve karşılaştırılması

Oksidan ve Antioksidan Parametreler	Nargile içenler (n= 50) (nargile içimi sonrası) ortalama± SS	Kontrol grubu (n= 50) ortalama± SS	p değeri
TAS*	2,31± 0,24	2,00± 0,20	p< 0,00***
TOS**	9,81± 4,79	3,21± 2,46	p< 0,00***
OSI‡	0,42± 0,18	0,15± 0,11	p< 0,00***
PON¶	164,25± 114,49	202,21± 112,13	p= 0,09
SPONφ	414,32± 304,02	551,18± 335,66	p= 0,01***
ARE	241,15± 50,32	233,95± 52,53	p= 0,48

*TAS (Total antioksidan status) birimi: mmol Trolox eşivalen/L **TOS (Total oksidan status) birimi: µmol H2O2 Equiv./L ‡OSI (Oksidatif Stres İndeksi) PON¶ (Paroksonaz) birimi: U/L SPONφ (Salt- stimulated Paroksonaz) birimi: U/L AREψ (Ariesteraz) birimi: U/L ***Nargile içimi sonrasında TAS, TOS, OSI ve SPON ortalamalarında kontrol grubuna göre anlamlı farklılık saptandı (p< 0,05).

SS-062**Kot Kuşlamaya Bağlı Olarak Gelişen Silikozis Olgularının Özellikleri**

Cengizhan Sezgi, Maşuk Taylan, Hadice Selimoğlu Şen, Halide Kaya, Melike Demir, Özlem Abakay, Abdullah Çetin Tanrıkulu, Abdurrahman Abakay
Dicle Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Silikozis, kristal silika inhalasyonu sonucu gelişen, geri dönüşümsüz ve ilerleyici, diffüz interstisiyel fibronodüler akciğer hastalığıdır. Hastalığın önlenbilir olması ve tedavisinin olmaması diğer iki önemli özelliğidir. Kot kuşlama, kotun aşındırılıp renginin açılması veya yumuşatılması amacıyla, basınçlı hava ile kum partiküllerinin kumaş üzerine püskürtülmesidir. Çalışmada amacımız bölgemizde ikamet eden ancak hayatının belli bir döneminde kot kuşlamada çalışmış silikozis hastalarının klinik, radyolojik ve laboratuvar özelliklerini sunmaktır.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya 74 silikozis hastası alındı. Hastaların yaşları, maruziyet süreleri, sigara öyküleri, geçirdikleri hastalıklar, solunum semptomları, fizik muayene bulguları, spirometri, DLCO, statik volümleri ve kan gazı ölçüldü. Ayrıca akciğer grafileri ve yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) çekildi. Bulgular istatistiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların tümü erkek olup yaş ortalaması 28,4±4,8 yıl idi. Hastaların %22,2 si sigara içmemiş, %25,9 u içiyor, %51,9 u bırakmıştı. Üçünün (%4,1) tüberküloz geçirdiği bilgisi vardı. Maruziyet süresi 3,6±1,4 yıl idi. En belirgin semptomlar ise sırasına göre nefes darlığı 56 hastada (%76,7), öksürük 48 (%65,8), göğüs ağrısı 40 (%54,8), balgam 39 (%53,4) ve hemoptizi 13 (%18,6) hastada saptandı. Akciğer grafilerinde %61,3 inde İLO skoruna göre 1/0 ve daha büyük opasiteler görüldü. YÇBT de tüm hastalarda üst ve orta zonlarda, bilateral diffüz yayılım gösteren mikronodüller gözlemlendi. Olguların % 54, 6 sında mediastinal lenfadenomegali ve % %29,3 ünde üst zonlarda fibrozis görüldü. Statik volümlerde beklenen değerin RV: %122,2±24,1, TLC:93,8± 14,1, RV/TLC:133,5±17,9 olarak bulundu. Spirometrik ölçümlerde ise beklenen değerin FVC: %89,4±17,8, FEV1: %84,8±18, FEV1/FVC:84,5±10,9 ve MEF25-75:73,4±27,5 olarak ölçüldü. Ortalama DLCO:105,6±20,1 idi. Kan gazı bulguları ise pO2:86,8±8,8 pCO2:38,4±4,5 idi.

SONUÇ: Kot kuşlamacılığına bağlı gelişen silikozis hastalarının genç yaşta olduğu, belirgin solunum semptomlarına ve radyolojik bulgulara sahip olduğu ancak solunum fonksiyon testlerinde belirgin bozulma oluşmadığı gözlemlendi.

SS-063

Pnömokonyoz Olgularımızın Genel Özellikleri (Bir Yıllık Deneyim)

Arif Hikmet Çımrın¹, Ayşe Coşkun Beyan¹, Yücel Demiral², Osman Alparıslan Ergör², Ayşe Vasfiye Ertuğrul¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İzmir

Ülkemizde pnömokonyoz bir toplum sağlığı sorunu olmayı sürdürmektedir. Son yıllarda tekstil, kuşlamacılık ve maden sektörü ana pnömokonyoz kaynakları olarak öne çıkmıştır. Ancak çok farklı sektörlerin pnömokonyoz ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Meslek hastalıkları polikliniğimizde(MHstP) müracaat ederek pnömokonyoz tanısı koyduğumuz olguların özelliklerinin paylaşılmasını amaçladık. 32 olguya pnömokonyoz tanısı koyduk. 16 olgu(%50) hekim, sekiz olgu(%25) iş mahkemesi ile sekiz olgu da(%25) SGK yoluyla sevk edildi. Olguların yaş ortalaması 38,84'tü (23-53. 26 olguda (%81) sigara kullanım öyküsü vardı. Olguların ortalama çalışma süresi 9 yıl, sektörel dağılım ise seramik 17 olgu(%53), kuşlamacılık 10 olgu(%31), çimento iki olgu(%6), gemi söküm bir olgu(%3), dökümcülük bir olgu(%3) idi. PA akciğer grafi bulguları; 16 olgu(%50) olağan, 15olgu (%46) özellikle üst zonlarda küçük opasiteler, bir olgu(%3)üst zonda büyük opasite ve bir olgu(%3) plevral anormallik saptandı. HRCT bulgular; PA grafi bulgularına ek olarak, radyogramı olağan olan 12 olgu (%75) üst ve orta zonlarda, 4 olgu (%25) tüm zonlarda bilateral mikronoduler opasiteler saptandı. Spirometrik incelemede; 12 olguda(%37) restriktif, dört olguda(%25)obstrüktif tipte fonksiyon bozukluğu saptandı. Sonuç; Başta seramik ve diş teknisyenliği olmak üzere farklı sektörler pnömokonyoz oluşumunda rol oynamaktadır. Yapılan değerlendirmelere rağmen komplike pnömokonyoz olguları vardır. Riskli iş kollarının sistematik olarak izlemi pnömokonyoz sıklığını azaltabilir.

SS-064**Mesleksel Astım Olgularımızın Genel Özellikleri(Bir Yıllık Deneyim)**

Arif Hikmet Çımrın¹, Ayşe Coşkun Beyan¹, Yücel Demiral², Osman Alparıslan Ergör², Ayşe Vasfiye Ertuğrul¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, İzmir

Mesleksel astım olguları ayrıntılı iş öyküsü alınmaz ise gözden kaçabilecek hasta grubudur. Şikayetlerin başlangıcı ya da kötüleşmesi ancak iyi bir meslek anamnezi alınırsa iş öyküsüyle ilişkilendirilebilir. Birçok farklı sektörden olgular başvurmakta ve latent süre değişiklik göstermektedir. Meslek hastalıkları polikliniğimizde(MHstP) müracaat ederek mesleksel astım tanısı koyduğumuz olguların özelliklerini paylaşmayı amaçladık.

10 ayda toplam 14 hastaya mesleksel astım tanısı konuldu. Dört olgu(%28) SGK, 10 olgu(%72) hekim yoluyla sevk edildi. Olguların yaş ortalaması37,5(31-45)idi. 10 olgu (%71) sigara kullanım öyküsü vardı. Ortalama çalışma süresi dokuz yıl, Dört olgu(%28) tamirat bakım, üç olgu (%21) tekstil, üç olgu(%21) temizlik, üç olgu (%21)seramik ve bir olguda(%9) döküm sektöründe çalışmıştı. Olguların işe başlangıç süreleri ile şikayetlerin ortaya çıkışı arasındaki periyod ortalama 21 ay(1-60) idi. En sık yakınma 12 olguda(%85) nefes darlığı, en sık fizik muayene bulgusu 12 olguda(%85) yaygın ekspiratuar ronküsler idi. PEF takiplerinden üçü(%42) tanısız, dördü(%57) uyumsuz idi

SONUÇ: Solunabilir kimyasal madde maruziyeti mesleksel astıma neden olabilir. Yapılan iş, yakınmalar ve fonksiyonel değerlendirme tanıda temel ölçütlerdir.

SS-065

Maden İşçilerinde Eritrosit İndekslerinin Değerlendirilmesi

Ercan Gencer¹, Emine Gencer², Filiz Sadi Aykan³, Gülriz Erişgen⁴

¹Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, Zonguldak

²Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, Zonguldak

³Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, Ankara

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Kömür tozuna maruziyetin kömür işçilerinde bazı fizyolojik ve laboratuvar parametreleri etkilediği, bazı değişikliklerin pnömokonyoz gelişiminde etkili olabildiği bilinmektedir. Çalışmadaki amacımız Zonguldak ili kömür madenlerinde çalışan işçilerde eritrositer seriyi değerlendirmektir.

YÖNTEM-GEREÇLER: Çalışmaya; 2014 Ocak ve Haziran ayları arasında Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine öksürük, balgam ve nefes darlığı şikayetleri ile başvuran, pnömokonyoz ve diğer akciğer hastalığı tanısı olmayan 90 hasta alındı. Maden işçisi olan 50 kişi madenci grubuna, maden işçisi olmayan 40 kişi kontrol grubuna alındı. Her iki grupta sigara geçmişleri sorgulandı. Madenci ve kontrol gruplarının her ikisinde de rutin hemogramda yer alan eritrositer seriye ait eritrosit sayısı (RBC), hemoglobin (HB), hematokrit (HCT), ortalama eritrosit hacmi (MCV), ortalama eritrosit hemoglobini (MCH) ve ortalama eritrosit hemoglobin konsantrasyonu (MCHC) parametreleri kaydedildi. SPSS 15.0 programı ile istatistiksel analiz yapıldı.

BULGULAR: Grupların yaş ortalaması 33,37±7,45'dir. Her iki grup arasında RBC, HB, HCT, MCV, MCH ve MCHC açısından anlamlı fark bulunmadı. Sigara içmeyen madencilerin ortalama MCV değerleri (84,90fL) kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu. Sigara içen madencilerde MCV değerlerinde (92,47fL) kontrol grubuna göre (sigara içmeyen kontrol grubu MCV:89,78 fL; sigara içen kontrol grubu MCV:90,78 fL) anlamlı fark bulunmadı.

SONUÇ ve TARTIŞMA: Kömür tozuna maruziyet pnömokonyoz gelişimine neden olan etkenlerden biridir. Maden işçilerindeki eritrosit indekslerindeki değişimler pnömokonyoz gelişimi açısından değerlendirme dahilinde bulundurulabilir.

SS-066**Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakımında Hastane Enfeksiyonları ve Etken Mikroorganizma Dağılımı**

Ayşegül Erciyas, Fatma Şahin, Saadet Çakmak, Y.tuğrul Şipit

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Ankara

GİRİŞ: 1 Ocak-31 Aralık 2013 tarihleri arasında göğüs hastalıkları yoğun bakımlarında görülen hastane enfeksiyonları ve etken mikroorganizma dağılımlarının saptanması amaçlanmıştır

GEREÇLER VE YÖNTEM: 1 Ocak-31 Aralık 2013 tarihleri arasında göğüs hastalıkları yoğun bakımlarında görülen hastane enfeksiyonları geriye dönük olarak incelenmiştir. Hastane enfeksiyonları, yaş, cinsiyet ve etken mikroorganizmalar kaydedilmiştir. Hastane enfeksiyon tanısı CDC kriterlerine göre konmuştur. Etken mikroorganizmaların identifikasyonu konvansiyonel biyokimyasal testler ile çalışılmıştır.

BULGULAR: 2013 yılında hastanemiz yoğun bakımlarına 573 hasta yatışı olmuştur. 19 hastaya hastane enfeksiyonu tanısı konmuştur. Hastaların %61,1'i erkek, %38,9'u kadındır. Yaş ortalamaları 59,66 (39-76)' dır. Hastane enfeksiyon etkeni olarak toplam 18 mikroorganizma izole edilmiştir.

Yoğun bakım enfeksiyon hızı %1.94' dür. Hastane enfeksiyon türlerine göre hızları Tablo 1' de verilmiştir.

Tablo1. Hastane enfeksiyon türlerine göre dağılımlar ve hızları

Hastane enfeksiyon türü Hastane enfeksiyon sayısı Hastane enfeksiyon hızı(%)

Primer Kan Dolaşımı Enfeksiyonu 6 % 31,5

Ventilatör ilişkili pnömoni 5 % 26,3

Santral Katater ilişkili bakteriyemi 4 % 21,1

Nozokomiyal Pnömoni 4 % 21,1

En sık izole edilen mikroorganizmalar sırasıyla; Acinetobacter (%27,7), S.aureus (%16,6), VRE(%16,6), Pseudomonas spp(%16,6), Klebsiella pneumoniae(%11,1), Candida albicans(%5,5), E.coli (%5,5) olarak tespit edilmiştir.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Hastanemizin yoğun bakım ünitelerinde hastane enfeksiyon etkenlerinin çoğunluğunun Acinetobacter olduğu görülmüştür. Ayrıca Ventilator ilişkili pnömonilerin (VİP) çok olduğu görülmüştür. Ventilator ilişkili pnömonileri (VİP) önlemek amacıyla enfeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanmasının önemi ortaya çıkmıştır. Farkındalık oluşturulması için; el hijyeni, 30-45 derece hasta başı pozisyonu, kaf basıncı ölçümleri, uygun aspirasyon, klorheksidinli ağız bakımı, sterilizasyon-dezenfeksiyon gibi önlemlerin Ventilator ilişkili pnömoniler (VİP) demeti adı altında hemşire gözlem formlarına eklenerek kullanılması önerilmiştir.

Hastane enfeksiyon türlerine göre dağılımlar ve hızları

Hastane enfeksiyon türü	Hastane enfeksiyon sayısı	Hastane enfeksiyon hızı
Primer Kan Dolaşımı Enfeksiyonu	6	31,5
Ventilatör ilişkili pnömoni	5	26,3
Santral Katater ilişkili bakteriyemi	4	21,1
Nozokomiyal Pnömoni	4	21,1

SS-067

Vücut Kitle İndeksi Akut Hiperkapnik Solunum Yetmezlikli Hastalarda Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Başarısını Etkiler Mi?Esmahan Akpınar¹, Serdar Akpınar², Nazire Uçar³¹Ankara Çubuk Devlet Hastanesi- Göğüs Hastalıkları²Dışkapı Yıldırım Beyazıt E.A.H- Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi³Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahi E.A.H- Göğüs Hastalıkları

AMAÇ: Vücut kitle indeksinin (BMI) noninvaziv mekanik ventilasyon (NIMV) başarısını etkileyip etkilemediği halen araştırılan bir konudur. Obezitenin akciğer fonksiyonlarına ve diğer sistemler üzerinde önemli etkileri bulunmaktadır. Çalışmamızda akut hiperkapnik solunum yetmezlikli normal, fazla kilolu ve obez hastalarda NIMV uygulamasındaki farklılıkları ve BMI'in NIMV başarısına etkisini göstermeyi amaçladık.

METOD: Çalışmaya yoğun bakım ünitesine kabul edilen akut hiperkanik solunum yetmezlikli 86 hasta dahil edildi. Hastalar BMI' ne göre üç gruba ayrılarak incelendi. Grup 1 BMI 18.5 - 24.9 kg/m² (normal) olanlar, Grup 2 BMI 25 - 30 kg/m² (fazla kilolu) olanlar, Grup 3 BMI > 30 kg/m² (obez) olanlardan oluşturuldu. Dahil edilen tüm olguların BMI, yaş, cinsiyet, APACHE II skoru, serum C-reaktif protein (CRP) düzeyi, yoğun bakım ünitesinde kalış, hastanede kalış süreleri, tanıları, ek hastalıkları, NIMV uygulama esnasındaki IPAP, EPAP, başlangıç, birinci, dördüncü, yirmi dördüncü saat arter kan gazı(AKG), yoğun bakım ünitesinden çıkış AKG değerleri karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: Hastaların 34'ü (% 39,5) kadın, 52'i (%60,5) erkek ve ortalama yaş 70±12 idi. Grup 1'de NIMV başarısı % 50, grup 2'de %28, grup 3'de %21'di gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (p=0.79). NIMV başarısız grupta CRP düzeyi ve APACHE II skoru anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,01, p=0,001). Group 3'de 1. saat solunum sayısı daha fazlaydı (p<0.05). Grup 3'de 1. gün ve çıkış PaCO₂ değerleri istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olarak saptandı (sırasıyla p=0.04, p<0.05). IPAP ve EPAP değerleri BMI artışı ile korelasyon göstermekte ve grup 3'de diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p=0,001, p=0,001). Bu sonuçlar, BMI yüksek olan hastalarda NIMV stratejisinin farklı olması gerektiğini ve klinik düzelmenin daha geç olduğunu göstermektedir. Akut hiperkapnik solunum yetmezlikli hastalarda obezitenin NIMV başarı kriterlerinin değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulması gerektiği sonucuna vardık.

SS-068**Yoğun Bakım Takibi Gerektiren Künt Göğüs Duvarı Travmalarında Prognostik Faktörler**Necati Çıtak¹, Atilla Pekçolaklar², Abdulaziz Kök³, İbrahim Denizkırın⁴, Derya Özden Omaygenç¹, Serdar Evman⁵¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi²Soma Devlet Hastanesi³Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi⁴Sinop Devlet Hastanesi⁵Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Künt göğüs duvarı travması sonrası solunum fonksiyonlarında bozulma gelişerek yoğun bakım takibi gerekebilmektedir. Bu çalışmamızda yoğun bakım takibi gerektiren künt göğüs duvarı travmalarında prognostik faktörleri inceledik.

HASTALAR VE METOD: 2011 ile 2013 tarihleri arasında yoğun bakım ünitelerimizde (YBÜ) travmatik kaburga kırığı nedeniyle takip edilen 51 olgu (yaş ortalaması 51.9±15.9, 44'ü erkek, 7'si kadın) retrospektif olarak analiz edildi. Kaburga kırığı sayısı, gelişmiş pulmoner komplikasyonlar, mekanik ventilasyon (MV) gereksinimi, eşlik eden yaralanmalar ve mortaliteler kaydedildi.

BULGULAR: Olguların 33'ünde (%64.7) parankim kontüzyonu, 25'inde (%49.0) cilt altı amfizemi, 23'ünde (%45.0) hemo-pnömotoraks, 13'ünde (%25.4) yelken göğüs, 11'inde (%21.5) pnömotoraks ve 11'inde (%21.5) hemotoraks saptandı. %17.6'sında (n=9) MV uygulanımı gerekmişti. Kırık sayısında artma (p=0.002), hemopnömotoraks (p=0.03) ve torakotomi uygulanmış olması (p<0.001) MV ihtiyacını arttıran faktörlerdi. MV ihtiyacı üç veya daha az kaburga kırığı olanlarda %7.8 iken dört ve üzeri kaburga kırığı olanlarda %46.2 idi (p=0.001). 32 olguda (%62.7) eşlik eden yaralanma mevcuttu. Kaburga kırığı sayısının artması eşlik eden yaralanma varlığıyla ilişkili değildi (p=0.1). Olguların %15.6'sında (n=8) mortalite gelişmişti. Mortaliteye etkisi olan tek bağımsız faktör MV gereksinimiydi (p=0.001). YBÜ yatış süresi ortalama 4.7±8.7 gün idi (aralık, 1-62). YBÜ'de yatış süresini uzatan faktörler yelken göğüs varlığı (p=0.01), torakotomi uygulanmış olması (p=0.001) ve MV ihtiyacıydı (p=0.01).

SONUÇ: Kaburga kırığı nedeniyle yoğun bakımda takip edilen hastalar mekanik ventilasyon ihtiyacı açısından yakından takip edilmelidir. Çünkü kaburga kırığı sonrası mortaliteyi etkileyen tek bağımsız faktör mekanik ventilasyon gereksinimidir. Yelken göğüs, torakotomi veya mekanik ventilasyon uygulanan olgular uzun süre yoğun bakımda yatacakları için buna göre takipleri yapılmalıdır.

SS-069**Kardiyovasküler By-pass Geçiren Hastalarda Postoperatif Dönemde Noninvaziv Mekanik Ventilasyonun Etkinliği**

Eliz Kuman Oyman, Erhan Tabakoğlu

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne

Kardiyopulmoner by-pass sonrası solunum yetmezliği ve atelettazi sık görülür. Noninvaziv pozitif basınç, hastayı ileri müdahalelerden korur. Çalışmamızda kardiyovasküler by-pass operasyonu geçiren hastalarda postoperatif dönemde profilaktik olarak ağız parçası ile noninvaziv mekanik ventilasyon uygulamasının etkinliğini belirlemek amaçlanmıştır.

Aralık 2013 – Nisan 2014 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Kliniği'nde, kardiyovasküler by-pass ameliyatı olan 66 hasta çalışmaya alındı. Çalışmamız prospektif, olgu- kontrol çalışma olarak planlandı. İki gruba ayrılan tüm hastaların demografik özellikleri, kardiyak cerrahinin çeşidi ve süresi, preoperatif değerlendirme (euroSCORE), tedavi öncesi (ekstübe edildikten 1 saat sonra), tedavi sonrası (24. saat) vital bulgular, arter kan gazı değerleri, Borg dispne skoru, alveoloarteriyel gradient, PaO₂ /FiO₂ oranı, Basitleştirilmiş Akut Fizyoloji II Skoru ve Akut Fizyoloji ve Kronik Sağlık Değerlendirmesi II Skoru değerleri, akciğer grafilerinin değerlendirilmesi kaydedildi.

Her iki gruba monitarizasyon, maske ile O₂, bronkodilatör tedavi uygulandı. 1. gruba ek olarak noninvaziv mekanik ventilasyon uygulandı, 2. gruba triffow ile egzersiz uygulandı.

İki grup arasında yaş, cinsiyet, sigara öyküsü, komorbid hastalıklar ve euroscore değerleri, operasyon çeşidi ve süresi arasında anlamlı fark saptanmadı (p>0.05).

Noninvaziv mekanik ventilasyon uygulanan grupta PaO₂, SaO₂ ve PaO₂/FiO₂ oranında görülen artış ve yine bu grupta kalp tepe atımı, borg dispne skoru, alveoloarteriyel gradient değerlerinde görülen azalma istatistiksel açıdan anlamlı saptandı. (p<0.05).

Akciğer grafileri karşılaştırıldığında noninvaziv mekanik ventilasyon uygulanan grupta daha az progresyon izlenirken (p<0.05), tedavi sonrası 1 hastada atelettazi izlenmiştir. Kontrol grubunda ise 10 hastada atelettazi izlenmiştir.

Sonuç olarak postoperatif dönemde profilaktik amaçlı, ağız parçası ile noninvaziv mekanik ventilasyon uygulaması solunum yetmezliğini önlemede başarılı olmuştur.

SS-070**Yoğun Bakım İzlemi Gerektiren Aktif Tüberkülozlu Hastalarda Prognoz**Filiz Koşar¹, Levent Dalar², Pelin Uysal³, Emel Eryüksel⁴, Aybüke Kekeçoğlu¹¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi²Bilim Üniversitesi, Floranse Nightingale Hastanesi³Acıbadem Halkalı Hastanesi⁴Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı

GİRİŞ: Ülkemizin de içinde yer aldığı DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 2009 yılı tüberküloz (TB) insidansı ortalaması yüz binde 47 iken, Türkiye'nin TB insidansı yüz binde 29'dur. Dünya genelinde 2009 yılı tüberküloz insidansı ortalaması ise yüz binde 137'dir. Türkiye verilerinde TB'dan ölüm oranı; tüm hastalarda %3,1, yeni hastalarda %3,0 ve önceden tedavi görmüş hastalarda %3,3 olarak saptanmıştır. Nüfusa göre ölüm oranı 1 milyonda 6'dır. 2009 yılında TB'a bağlı ölen hasta sayısı 525 olarak bildirilmektedir. Aktif tüberkülozlu hastalarda solunum yetmezliğinin bildirilen sıklığı % 1.5-5 arasında değişmektedir. Türkiye'de solunum yetmezliği nedeni ile yoğun bakım gerektiren tüberküloz olgularına yönelik bir çalışma literatürde mevcut değildir.

AMAÇ: İstanbul ilinde TB 'a bağlı solunum yetmezliği gelişen olguların tedavi edilebildiği iki hastaneden biri olan hastanemizin solunum yoğun bakım ünitesinde tedavi edilen TB olgularına ait klinik ve laboratuvar bulgularını değerlendirmek, bu olgularda yoğun bakım ve hastane mortalitesini belirlemek, mortaliteyi etkileyen faktörleri tespit etmek

HASTA VE METOD: Mayıs 2010 ve aralık 2013 tarihleri arasında yoğun bakım ünitemize aktif akciğer tüberkülozuna bağlı solunum yetersizliği nedeni ile alınan hastalar retrospektif olarak gözden geçirildi. Mikrobiyolojik olarak aktif tüberküloz olduğu kanıtlanmış yani, direk mikroskopik inceleme ile en az bir kez basil pozitif olguların hastane kayıtları hastanemiz tıbbi kayıt sisteminden çıkarılarak değerlendirildi.

BULGULAR: 35 tüberkülozlu hasta (8 kadın, ortalama yaş 45) aktif tüberküloz tanısı ile çalışmaya alındı.

Ortalama Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II skoru yoğun bakıma kabul sırasında $17.00 \pm 7,7$ idi. Hastaların 16 sı (45.7 %) ilk 30 gün içinde YB ünitesinde kaybedildi. 23 hastada (65.7 %) invazif mekanik ventilasyon gerekliliği ortaya çıktı. Yoğun bakıma alınma nedeni 3 hastada masif hemoptizi, 2 hastada ampiyem, 9 hastada sepsis, 3 hastada ekstrapulmoner TB, 1 hastada kanser birlikteliği ve 1 hastada vaskülite bağlı alveoler hemoraji idi. Yüksek APACHE II skoru ve invazif mekanik ventilasyon gerekliliği mortaliteyi arttıran faktörler olarak belirlendi. ($p= 0.04$ ve $p = 0,030$).

SONUÇ: Yoğun bakım yatışı gerektiren tüberküloz olgularında mortalite oldukça yüksektir, birlikte olan risk faktörleri mortaliteyi daha da arttırmaktadır.

SS-070_2

Ocak 2013 - Temmuz 2014 Tarihleri Arasında Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde Yatarak Tedavi Edilen ve Etken Üretilen Sağlık Bakımı İle İlişkili Pnömoni Olgularının DeğerlendirilmesiSertaç Arslan¹, Ayhanım Tümtürk², Özlem Erçen Diken¹¹Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Çorum²Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları, Çorum

Sağlık Bakımı ile ilişkili Pnömoniler (SBİP), sağlık hizmetlerinin yaygınlaşması ile önemi gittikçe artan, yüksek mortalite ve morbiditeye sahip hasta grubudur. Çalışmamızın amacı, hastanemizde SBİP tanısı ile tedavi edilmiş ve solunum örneklerinde etken üretilen hastaların yaş, cinsiyet, etken spektrumu, yatış süresi, yoğun bakım gereksinimi ve ölüm oranları yönünden SBİP kriterleri de gözönüne alınarak değerlendirilmesidir.

Ocak 2013-Temmuz 2014 tarihleri arasında Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde yatarak tedavi edilen Sağlık Bakımı ilişkili Pnömoni hastalarından, balgam/solunum yolu örneklerinde etken üretilen 52 olgu; yaş, cinsiyet, eşlik eden kronik hastalıklar, etken spektrumu, yatış süreleri, yoğun bakım ihtiyacı ve ölüm oranı açısından retrospektif olarak incelendi.

Toplam 52 olgu; 35 erkek (%67), 17 kadın (%33) hastadan oluşuyordu. Yaş ortalaması 71.87, takipte kaybedilen hastaların yaş ortalaması 75.09, taburcu olan hastaların yaş ortalaması 69.50 bulundu. Olguların 33'ü (%63) son 90 gün içinde hastanede yatmıştı.

Ortanca hastanede yatış süresi 20 gündü. Dokuz (%17) hastada aspirasyon öyküsü mevcuttu. En sık görülen ek hastalık 42 (%81) olgu ile KOAH'tı. Etkenler; 20 (%38) olguda Acinetobacter Baumanii, 17 (%33) olguda Klebsiella Pneumonia, 11 (%21) olguda Pseudomonas Aureginosa ile ilk üç sıradaydı. Solunum sistem hastalıkları, KBY, Bronş CA ve diğer kanser hastalarında ortanca yatış süreleri 20 günden uzun bulundu. Evde infüzyon tedavisi alan ve hemodializ hastalarında ortanca yatış süreleri 20 günden uzundu. Yirmialtı hastada (%50) yoğun bakım gereksinimi ortaya çıktı. Balgam kültüründe A. Baumanii üreyen 20 olgunun 17'sinde (%85) YBÜ gereksinimi varken, bunu 11 olgunun 4'ü (%36) ile P. Aureginosa takip etti. Evde bası yarası bakımı yapılan tüm hastalarda YBÜ ihtiyacı varken, evde infüzyon tedavisi alan hastalarda YBÜ ihtiyacı %69 saptandı. Eşlik eden hastalık grubuna göre YBÜ ihtiyacı en sık nörolojik hastalıklar (%88) grubundaydı. Toplam 22 hasta (%42) kaybedildi. Etkenlere göre mortalite oranında 13 hasta ile (%65) A.

Baumanii ilk sırada yer aldı. Altmışbeş yaş altında mortalite oranı %33 iken 65 yaş üstünde %44 saptandı. Evde bası yarası bakımı hastalarında mortalite %100, son 90 günde hastanede yatan hastalarda %45'ti. Nörolojik hastalıklar grubunda mortalite %77 saptandı. SBİP yüksek mortalite ve morbiditeye sahip bir hastalık grubudur. Tedavi planında bölgesel direnç faktörleri gözönünde bulundurulmalı; bu nedenle pnömoni hastalarında kültür örneklemesine sıkça başvurulması bölgesel veriler ortaya konulmalıdır.

SS-071**Nesfatin-1 İle Obstrüktif Uyku Apne Sendromunun Ağırlığı Arasında Bir İlişki Var mı?**

Ömer Araz, Elif Yılmazel Uçar, Metin Akgün

Atatürk Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Erzurum

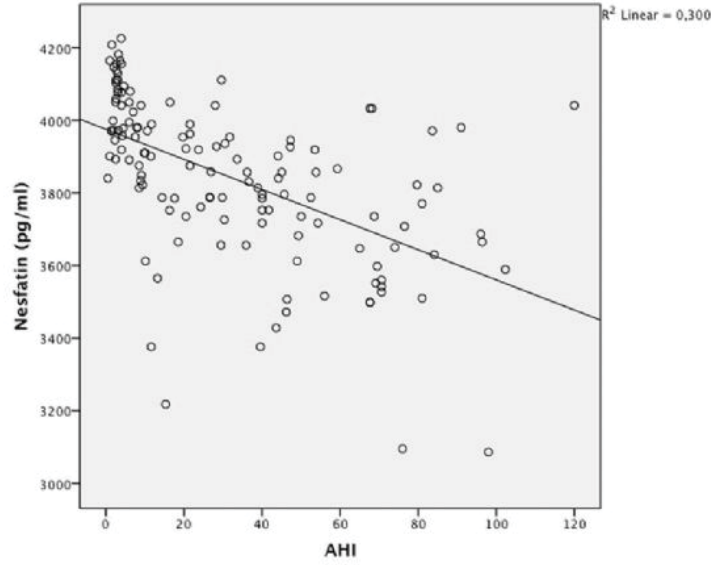
AMAÇ: Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) ile obezite birlikteliği sık görülmektedir. Obezite ile iştah artışı ilişkisi net olmasına rağmen, OSAS ile obezite ilişkisi pek çok yönden açıklığa kavuşsa da tam aydınlanmış değildir. Çalışmamızda iştah baskılayıcı hormon olan Nesfatin-1'in vücut kitle indeksinden (BMI) bağımsız olarak OSAS varlığı ilişkisi olup olmadığını değerlendirmeyi amaçladık.

METOD: Çalışmaya 102'si OSAS, 32 kontrol olmak üzere 134 vaka alındı. Tüm vakalara polisomnografi yapıldı ve Nesfatin-1, TSH, FT3 ve FT4 ölçümü yapıldı.

BULGULAR: OSAS hastalar ile kontrol grubu karşılaştırıldığında; Grup I (OSAS) Nesfatin-1 düzeyi 3776.5 ± 204.8 pg/ml, Grup II (Kontrol grubu) ise 4056.2 ± 101.5 pg/ml idi ve istatistiksel olarak belirgin fark vardı ($p < 0,0001$). Buna ilaveten Nesfatin-1 ile apne-hipopne indeksi (AHI) arasında istatistiksel olarak negatif kolerasyon vardı ($p < 0,0001$, $r = -0.543$) (Resim 1). Gruplar arası yaş cinsiyet ve BMI gibi kafa karıştırıcı faktörlere göre düzeltme yapıldığında AHI ile Nesfatin-1 arasındaki istatistiksel olarak anlamlı olan bu fark devam ediyordu ($p < 0,0001$). Her iki grupta BMI ile Nesfatin-1 arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu. Tüm grupların demografik ve laboratuvar özellikleri Tablo 1 ve 2' de gösterildi.

SONUÇ: OSAS'lı hastalarda OSAS'lı olmayan popülasyona göre daha düşük seviyede Nesfatin-1 bulunabilir ve OSAS'ın ağırlığı artıkça bu hormondaki düşüklük artmaktadır. Bu hormonun seviyesi tespit edilerek dışardan takviye ile artırılabilir. Buda obez OSAS'lı hastalarda iştahı azalmasına ve dolayısıyla kilo kaybına yol açarak OSAS'ın tedavisine ek katkıda bulunabilir.

Resim 1



Nesfatin-1 ile apne-hipopne indeksi arasındaki ilişki

Tablo 1 Tüm grupların demografik özellikleri

	Grup I	Grup II	P değeri
	(n = 102)	(n = 32)	
Yaş (yıl)	52.0 ± 11.9	47.8 ± 14.4	0.100
BMI	33.4 ± 6.1	31.0 ± 4.6	0.042
NC (cm)	40.6 ± 4.2	36.5 ± 4.2	0.012
WC (cm)	89.8 ± 7.4	86.0 ± 5.2	0.008
ESS	10 ± 4	3 ± 2	0.001

BMI: Vucut kitle indeksi, NC: Boyun çavresi, WC: Bel Çevresi, ESS: Epworth uykululuk skalası.

Tablo 2 Tüm grupların laboratuvar özellikleri

	Grup I	Grup II	P değeri
	(n = 102)	(n = 32)	
Nesfatin-1	3776.5 ± 204.8	4056.2 ± 101.5	<0.001
TSH	1.49 ± 0.97	1.29 ± 0.46	0.254
FT3	3.25 ± 0.62	3.12 ± 0.43	0.278
FT4	0.91 ± 0.15	0.89 ± 0.15	0.720
AMS	89.4 ± 3.7	94.0 ± 1.4	<0.001
SMS	85.8 ± 5.6	92.3 ± 1.6	<0.001
MD	7.3 ± 3.9	2.8 ± 0.75	<0.001

TSH: Tiroid Stimulan hormon, FT4: Serbest T4, FT3: serbest T3, AMS: Uyanıklık ortalama oksijen satürasyonu, SMS: Uykuda ortalama oksijen satürasyonu, MD: uykuda ortalama oksijen desatürasyonu

SS-072**Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Olgularda Pozitif Havayolu Basıncı Tedavisinin Serum İnsülin Benzeri Büyüme Faktörü -1 Ve Kognitif Fonksiyonlar Üzerine Etkisi**

Asiye Kanbay¹, Neslihan Cerrah Demir², Nuri Tutar², Zuhal Özer Şimşek², Osman Köstek³, İnsu Yılmaz², Hakan Büyükoğlan², Ramazan Demir²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Erciyes Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları, Kayseri

³İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Dahiliye Anabilim Dalı, İstanbul

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) kognitif fonksiyonları etkileyen, yüksek morbiditesi nedeni ile önemli bir halk sağlığı sorununa yol açan kompleks bir hastalıktır. Bu çalışmada amaç OSAS tanılı olgularda CPAP tedavisinin serum insülin benzeri büyüme faktörü-1 [insulin like growth factor- 1 (IGF-1)] düzeyi ve kognitif fonksiyon üzerine etkisini araştırmaktır. Uyku Merkezimize başvuran 314 kişi arasından tüm gece yapılan polisomnografi ile OSAS tanısı konulan 33 hasta alındı. Kontrol grubu olarak PSG ile herhangi bir uyku hastalığı saptanmayan 17 kişi alındı. PSG öncesi tüm olgulara Epworth Uykuluk Skalası (EUS) uygulandı. PSG sonrasında serum IGF-1 ölçümü amacıyla venöz kan örneği alındı. Aynı zamanda kognitif fonksiyonları değerlendirmek amacıyla minimental test (MMT) uygulandı. Aynı işlemler, CPAP tedavisinin 3. ayında tekrarlandı. Başlangıçta OSAS grubunun MMT skoru 23.5 ± 3.6 , serum IGF-I düzeyi 79.1 ± 36.1 ng/ml, kontrol grubu MMT skoru 28.1 ± 1.4 , serum IGF-I düzeyi 147.1 ± 49.1 ng/ml ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu (sırasıyla $p=0,0001$ ve $0,0001$). OSAS grubunda CPAP tedavisinin 3. ayında tekrarlanan MMT skoru 26.5 ± 2.8 , serum IGF-I düzeyi 129.1 ± 58.2 olarak bulundu. CPAP tedavisi sonrası her iki değerde belirgin artış saptandı (sırasıyla $p=0,0001$ ve $0,0001$). Kontrol grubunda ise bazal ve 3.ay MMT skorları ve IGF-I düzeyleri arasında belirgin değişiklik saptanmadı (sırasıyla $p=0.054$, $p=0,1$). OSAS; apne ve hipopneler sonucunda uykuda bölünmeler ve kan oksijen düzeyinde tekrarlayan düşmelerle karakterize bir durumdur. Bu nedenle hipofiz aksında hormon salınımları etkilenebilmekte ve olgularda kognitif fonksiyonları olumsuz yönde etkilemektedir. Elde edilen bu sonuçlarla; etkin CPAP tedavisi ile OSAS hastalarında kognitif fonksiyonlarda kısa sürede düzelme izlenmektedir.

SS-073

Obstrüktif Uyku Apnesinde Gözetimli Egzersiz Programının Sonuçları: Pilot ÇalışmaEsra Atılğan¹, Ayşel Yıldız¹, Erdoğan Kunter², Candan Alğun¹¹İstanbul Medipol Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul²İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) olan hastalarda servikal, orofarengeal kasları güçlendirme ve postür egzersizlerinin etkilerini araştırmaktır.

YÖNTEMLER: İstanbul Medipol Üniversitesi, Özel İstanbul Medipol Hastanesinde OUAS tanısı ile takip edilen 11 hasta (K/E:4/7) çalışmaya alındı. Hastaların demografik verileri ve Apne Hipopne İndeksi (AHI), kaydedildi. Hastaların egzersiz kapasitesi 6 dakika yürüme testi (6 DYT), efor sonrası dispne ve yorgunluk şiddeti modifiye borg skalası, psikolojik durumları Beck Depresyon Anketi (BDA), uyku kalitesi Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve Epworth Uykuluk Ölçeği (EUÖ) ile değerlendirildi. Değerlendirmeler tedavi öncesi ve gözetimli egzersiz programı bitiminde tekrarlandı. Değerlendirme sonrası hastalar haftada bir gün fizyoterapist gözetiminde diğer günler evde olmak üzere 3 ay süreyle egzersiz programına (EP) alındı. Servikal, orofarengeal ve postür egzersizlerini içeren gözetimli egzersiz programı haftada 7 gün, günde 4 kez uygulandı. Veri analizinde SPSS 15.0 programı kullanıldı.

BULGULAR: Katılımcıların %90.9'u gece CBAP kullanmaktaydı. Kadınların yaş (61±7,7) ve Beden Kitle İndeksi(BKİ) (33.04±9,8), erkeklerin yaş (52,14±13,15) ve BKİ'den (28,45±3,9) yüksekti. EP başlangıcında her iki cinste 6DYT öncesi Borg dispne ve yorgunluk şiddeti benzer iken efor sonrası kadınların dispne şiddeti daha yüksekti (p=0,025). EP sonrasında ise her iki grubun dispne ve yorgunluk şiddetleri benzerdi. EP öncesinde kadın ve erkeklerin yürüme mesafesi (6DYT) benzer iken EP sonrasında 6DYT erkeklerde (464,57±63,09), kadınlardan (287,75±131,75) yüksekti (p=0,029). EP sonrasında PUKİ, EUÖ ve BDA ölçümlerindeki düzelme anlamlılık seviyesinde ulaşamamıştır.

SONUÇ: Gözetimli egzersiz programı sonrasında egzersiz kapasitesinde artış ve efor sonrası dispne azalma elde edilmiştir. Servikal, orofarengeal ve postür egzersizlerinin OUAS'lı hastalarda gözetimli egzersiz programı kapsamında da yararlı olduğunu düşünmekteyiz.

TARTIŞMA: Egzersiz kapasitesindeki artışın kadınlarda daha az oluşu bu hastaların BKİ'nin yüksek olmasından kaynaklanabilir. Egzersizlerin OUAS'lı hastalarda ihmal edilmemesi gerektiği ve daha fazla sayıda hasta ile uzun süreli çalışmaların yapılmasının gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

SS-074**Persistan Allerjik Rinit'in Uyku Kalitesi ve OSAS Prevalansı Üzerine Etkileri**

Bülent Bozkurt¹, Deniz Kızıllırmak², Kadriye Şerife Uğur³, Fatma Küçük⁴, Duygu Özol²

¹Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Allerjik Hastalıklar Bilim Dalı, Ankara

²Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

³Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

⁴Ordu Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

Persistan Allerjik Rinit(PAR) burun akıntısı ve nazal konjesyon ile seyreden; kronik ve eozinofilik inflamasyon ile karakterize bir hastalıktır. Uyku sırasındaki konjesyon nazal pasajın tıkanmasına yol açarak basit horlamadan obstrüktif uyku apnesine(OSAS) kadar farklı solunum bozukluklarına yol açabilir. Bu çalışmada PAR'ın uyku kalitesi ve OSAS prevalansı üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Uyku ilişkili solunum bozukluğu semptomları olan 150 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 55'ine PAR tanısı konuldu(grup-1); 95 hastada ise PAR tespit edilmedi(grup-2). Tüm hastalar uyku bozuklukları açısından polisomnografi ve Epworth Uykululuk Skalası ile değerlendirildi. İki grup polisomnografi bulguları, yaş ve vücut kitle indeksi açısından karşılaştırıldı.

Yaş ve vücut kitle indeksi açısından iki grup benzer bulundu. Gruplar arasında uyku mimarisi, arosal indeksi, apne-hipopne indeksi ve ortalama oksijen saturasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Hafif OSAS; 23 allerjik ve 31 non-allerjik hastada saptandı. Orta OSAS; 9 allerjik ve 17 non-allerjik hastada saptandı. Ağır OSAS ise; 9 allerjik ve 19 non-allerjik hastada saptandı. Epworth Uykululuk Skalası sonuçlarında da iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı.

Çalışmamızın verileri sonucunda; uyku ilişkili solunum bozukluğu semptomları olan kişilerde persistan allerjik rinitin polisomnografi bulgularını etkilemediği gösterilmiştir. Ayrıca iki grupta da OSAS prevalansının aynı olduğu saptanmıştır.

SS-075

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu İle İlişkili Göz PatolojileriAsiye Yavuz¹, Berrak Şekeryapan², Mevlüt Karataş¹, Aziz Gümüş¹, Halit Çınarka¹, Ünal Şahin¹¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize

AMAÇ: Bu çalışmadaki amacımız Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) tanılı hastalarda başta glokom ve floppy eyelid sendromu olmak üzere birlikteliği tanımlanmış göz patolojilerini araştırmaktır.

YÖNTEM: Kliniğimizde polisomnografi (PSG) tetkik için yatırılan, çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 163 (43 kadın, 120 erkek) hasta göz polikliniğine yönlendirildi. Hastalar Apne-hipopne indeksi (AHI) değerlerine göre; normal, hafif, orta ve ağır OUAS olarak sınıflandırıldı. AHI değeri 5'ten küçük olanlar kontrol grubu, 5 ile 15 arasında olanlar hafif OUAS, 15 ile 30 arasında AHI değerleri orta OUAS, 30 ve üzeri AHI değerleri ise ağır OUAS olarak kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen kişilerin yaş ortalaması 48±10 yıldır. Gruplar arasında gruba yaş, trigliserit düzeyi ve vücut kitle indeksi (VKİ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık vardı. Orta ve ağır OUAS grubunda floppy eyelid sendromu (FES) her iki gözde de anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0,016/ p=0,024$). Hastalarımızın hiçbirinde glokom düşündürülen göz içi basıncı (GİB) artışı ve optik disk ödemi yoktu. Peripapiller retinal sinir lifi tabakası kalınlığı (RSLT), GİB ve C/D oranı ile AHI arasında korelasyon saptanmadığı gibi gruplar arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu. Hiçbir hastamızda literatürde birlikteliği gösterilen optik nöropati saptanmadı ve oküler hipertansiyon tanısı konulmadı. Blefarit ve papiller konjonktivit görülme sıklığı ağır OUAS grubunda yüksek olmakla beraber gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

SONUÇ: Bu çalışmada OUAS'lı hastalarda glokom ve optik nöropati saptanmadı. Orta ve ağır OUA sendromlu hastalarımızda ile FES görülme sıklığı her iki göz için anlamlı düzeyde yüksektir. Çalışma grubumuzun yaş ortalamasının göreceli olarak düşük olması glokom görülmemesini açıklayabilir. NAİON ve glokoma yönelik etiyolojik araştırmalarda göreceli olarak bulunan OUA sendromu sıklığının yüksek olduğu literatürde gözlenmektedir. Bu yüzden, biz OUAS tanılı hastaların glokom ve NAİON açısından uzun dönem takiplerinin yapılması gerektiği ve daha geniş katımlı araştırmaların yol gösterici olacağı kanısını taşımaktayız. Göz kliniklerinde de FES, glokom ve NAİON tespit edilen hastaların PSG için göğüs hastalıkları kliniğine refere edilmesinin faydalı olacağı kanısındayız.

Floppy eyelid (Sarkık göz kapağı)



Sağ Göz Floppy Eyelid

SS-076

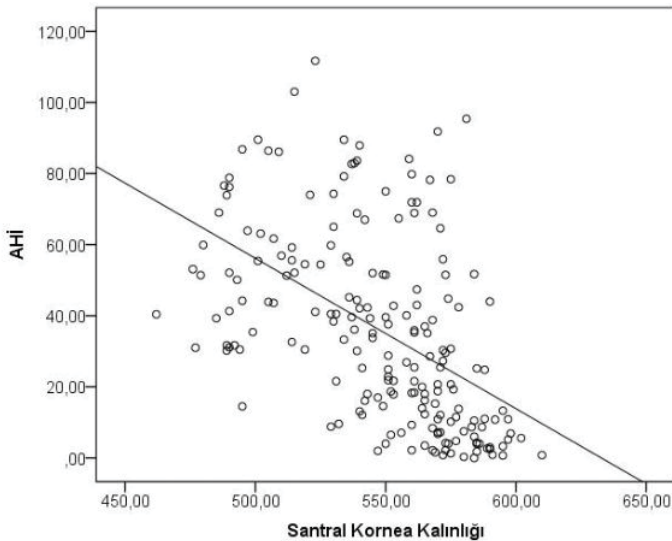
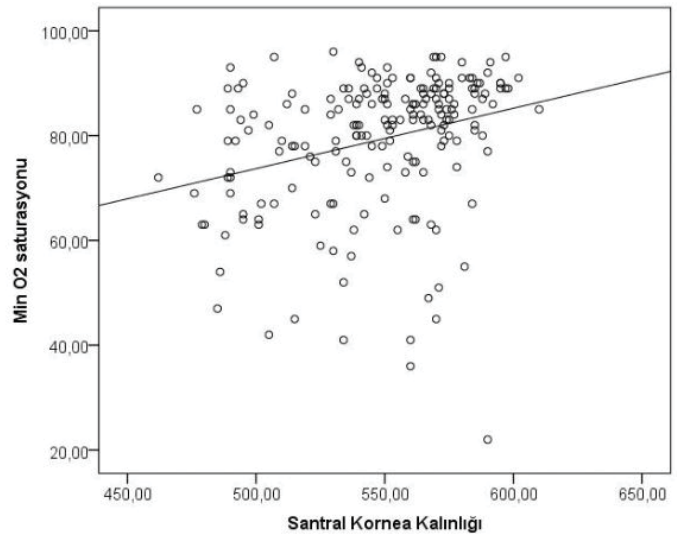
Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Olgularda Santral Kornea Kalınlığı Ölçümü ve Hastalık Ağırılığı ile İlişkinin AraştırılmasıHandan İnönü Köseoğlu¹, Asiye Kanbay², Hüseyin Ortak³, Remzi Karadağ⁴, Osman Demir⁵, Selim Demir³¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul³Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat⁴İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul⁵Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı, Tokat

GİRİŞ-AMAÇ: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS), nörovasküler hastalıkların gelişiminde önemli risk faktörlerinden biridir. OSAS'lı olgularda retinal vasküler konjesyon, keratokonus, papil ödemi, optik nöropati, glokom, retinal sinirlerde incelleme, gevşek gözkapağı sendromu gibi patolojiler gelişebilmektedir. Uykuda solunumsal olaylar sonrası meydana gelen tekrarlayan hipoksemi atakları, hiperkapni, intrakranial basınçta artış ve sempatik aktivasyon görme bozukluklarının gelişimine katkıda bulunmaktadır. Bu çalışmada OSAS'lı olgularda kornea kalınlığı ile, hastalığın ağırlığı ve oksijen saturasyonu arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışma prospektif olarak yapıldı. Mayıs 2013-Haziran 2014 tarihleri arasında uykuda solunum bozukluğu ön tanısıyla polisomnografi (PSG) yapılan olgular değerlendirildi. Göz muayenesinde santral kornea kalınlığı, otorefraktometre, gözyaşı kırılma zamanı ölçümü ve schirmer testi yapıldı. Olgular apne-hipopne indeksi (AHI)'ne göre dört gruba ayrıldı: OSAS olmayan olgular (Grup 1:AHI< 5), hafif dereceli OSAS (Grup 2:AHI, 5-15), orta dereceli OSAS (Grup 3:AHI, 15-30), ağır dereceli OSAS (Grup 4: AHI > 30). Daha önceden göz cerrahisi veya göze lazer tedavi uygulanan, kontakt lens kullanan, aktif üveit, kornea distrofisi, keratiti olan, steroid tedavi alan, vaskülit, glokom ve diabeti olan olgular çalışmaya alınmadı.

SONUÇLAR: Yaş ortalaması 50.02±11.97 olan, 128 (%65.6) erkek, 67 (%34.4) kadın toplam 195 olgu çalışmaya alındı. Grup 1, 2, 3 ve 4'de sırasıyla 26, 31, 31 ve 107 olgu yer almaktaydı. Olguların polisomnografi ve göz bulguları Tablo 1'de belirtilmiştir. Kornea kalınlığı gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdi (p<0.01). Otorefraktometre, gözyaşı kırılma zamanı ve schirmer test açısından gruplar benzerdi (p>0.05) (Tablo 1). Korelasyon analizinde kornea kalınlığı ile AHI, oksijen desaturasyon indeksi (ODİ), desaturasyon % değeri arasında negatif yönde, kornea kalınlığı ile minimum oksijen saturasyonu arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edildi (Tablo 2, Şekil 1, Şekil 2).

TARTIŞMA-SONUÇ: Çalışmamızda OSAS ağırlık derecesi ve hipoksemi arttıkça kornea kalınlığının azaldığı görülmüştür. Birçok sistemik komplikasyonla seyreden OSAS'ın göz patolojilerine de yol açabileceği unutulmamalı, olgular bu yönüyle de ele alınmalı, etkin OSAS tedavisinin göz bulgularındaki değişime katkısı araştırılmalıdır.

Santral kornea kalınlığı ile AHI arasındaki korelasyon**Santral kornea kalınlığı ile oksijen saturasyonu arasındaki korelasyon**

Tablo 1: Olguların demografik özellikleri, polisomnografi ve göz bulguları

	Grup 1 OSAS yok (n=26)	Grup 2 Hafif OSAS (n=31)	Grup 3 Orta OSAS (n=31)	Grup 4 Ağır OSAS (n=107)	p
Yaş (yıl)	42.5±15.3	49.16±10.62	48.58±8.31	52.5±11.61	0.001
Cins (erkek/kadın)	11/15	24/7	25/6	68/39	0.009
BKİ (kg/m2)	30.83±6.71	30.28±4.95	31.22±4.61	34.01±6.66	0.005
Polisomnografi bulguları					
Evre 1 (%)	9.16±9.26 5.15[3.1-13.1]	5.99±3.96 5.3[2.9-7.9]	9.14±11.83 5.5[3.5-10]	8.08±7.81 6.5[2.7-10.6]	0.828
Evre 2 (%)	56.47±16.55	53.96±17.39	54.7±18.24	62.87±15.79	0.011
Evre 3 (%)	24.99±16.01	27.71±12.5	22.21±12.77	19.01±11.66	0.004
REM (%)	9.84±8.28	14.83±7.5	13.04±8.29	10.45±6.74	0.012
Uyku etkinliği (%)	76.5±21.58 81.55[75-89.1]	79.78±10.74 81.9[72.1-88.9]	80.79±13.74 85.2[77.9-90.9]	81.85±10.11 83.2[74.9-89.4]	0.782
AHI	4.07±8.25 2.35[1.3-4]	9.72±2.73 9.6[7.2-12.1]	21.79±4.13 21.6[18.3-25.3]	55.13±20.06 51.7[39.3-71.9]	<0.001
Ortalama O2 saturasyonu	94.54±7.75	95.42±1.57	92.1±15.48	92.76±3.18	0.178
Minimum O2 saturasyonu	88.62±13.78 91[89-92]	88.58±2.51 89[87-90]	84.74±4.6 85[81-89]	72.21±12.78 75[64-83]	<0.001
Desaturasyon %	0.26±0.5	1.19±1.73	3.82±18.97	13.85±18.12	<0.001
ODİ	5.1±10.43 1.75[0.9-3.8]	6.28±3.99 5.6[3.3-8.5]	19.84±25.04 15.9[11.4-21.9]	53.43±24.39 47.9[34.2-71.2]	<0.001
Göz bulguları					
Santral kornea kalınlığı	569.92±13.46 571[561-577]	567.48±23 570[556-584]	557.97±16.52 561[547-570]	530.21±30.21 534[505-558]	<0.001*
Otorefraktometre	0.7±0.99	0.4±1.2	0.6±1.07	0.88±1.4	0.293
Gözyaşı kırılma zamanı	9.9±4.8	10.9±4.9	11.5±4.6	9.79±4.28	0.226
Schirmer test	10.3±4.5	12.6±5.7	13.8±5.5	11.7±5.4	0.100

Uyku evreleri toplam uyku zamanının %'si olarak verildi, BKİ: beden kitle indeksi, O2 sat: oksijen saturasyonu, Desaturasyon %: oksijen saturasyonunun %90'ın altında geçtiği uyku zamanı yüzdesi, REM:Rapid Eye Movement, AHI:Apne Hipopne İndeksi, ODİ:oksijen desaturasyon indeksi *Gruplar ikişerli karşılaştırıldığında grup 4 ile grup 3, grup 2, grup 1 arasındaki fark anlamlı

Tablo 2: Santral kornea kalınlığı ile polisomnografi parametreleri arasındaki korelasyonlar

	Santral kornea kalınlığı	
	r	p
AHI	-0.469	<0.001
Minimum O2 saturasyonu	0.359	<0.001
Desaturasyon (%)	-0.206	0.004
ODİ	-0.443	<0.001

AHI:Apne Hipopne İndeksi, ODİ:oksijen desaturasyon indeksi, Desaturasyon %: oksijen saturasyonunun %90'ın altında geçtiği uyku zamanı yüzdesi

SS-077

Deneysel Ampiyem Modelinde Moksifloksasin ve Doripenemin Plevral Sıvılara PenetrasyonuMustafa Çalık¹, Saniye Goknil Çalık², Zerrin Defne Dundar³, Mehmet Ergin³, Hıdır Esme¹, Recep Kesli⁴¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi Kliniği²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği³Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı⁴Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Kliniği

Ampiyem lokalize veya tüm plevra boşluğu içeren çeşitli etiyolojilere bağlı gelişen; bakteri, hücresel debris ve lökositleri içeren iltihap bulunması olarak tanımlanır. İlk olarak 3000 yıl önce Mısırlı hekim Imhotep tarafından tanımlanmasına rağmen, M.Ö. 500 civarında ondan 2500 yıl sonra tanımlayan Hipokrat tanımlandığında daha çok yankı bulmuştur. İlk kimin ve ne zaman tanımlandığı bir yana dursun, o zamandan beri önemli bir tıbbi sorun olmaya devam etmektedir. Vakaların %70-90'nından parapnömanik efüzyon (% 40-60) ve cerrahisi sonrası plevra boşluğunda enfeksiyon gelişme olarak tanımlanan post-operatif ampiyem (% 30) sorumludur. Genellikle, tedavi semptomlara ve hastalığın şiddetine göre belirlenir. Tedavide ilk seçenek göğüs tüpü yerleştirilmesi ve uygun antibiyotik tedavisidir. Antibiyotik seçimi ve spekturumu da önemlidir. Bu çalışmanın amacı, deneysel tavşan ampiyem modeli kullanılarak plevra sıvısına (PS) moksifloksasinin ve doripenemin penetrasyonunu değerlendirmektir.

Ampiyem; intraplevral terebentin (1 mL) enjeksiyonu ile indüklendikten, 24 saat sonra plevral boşluk içine 5 mL *Klebsiella pneumoniae* (ATCC 33495), *Fusobacterium nucleatum* (ATCC 25586) ve *Streptococcus pneumoniae* (ATCC 6305) verilerek oluşturuldu. Ampiyem doğrulandıktan sonra, moksifloksasin (25 mg/kg-1) ve doripenem (20 mg/kg-1) intraperitoneal olarak verildi. Antibiyotik düzeylerini belirlemek amacıyla 8, 24, 48 ve 72. saatlerde ardışık olarak plevral sıvıdan ve kandan örnekler alındı. Bu örnekler Yüksek Performanslı Sıvı Kromatografisi (High Performance Liquid Chromatography-HPLC) ile ölçüldü.

PS içine her iki antibiyotiğin de penetrasyonu iyiydi. Doripenem 1.68'lik penetrasyon oranıyla (Eğri Altında Kalan Alan (Area Under the Curve-AUC) için PS/Kan oranı) moksifloksasinin 0.78 oranından daha iyiydi. PS ve kan konsantrasyonu arasındaki eşitleme süresi doripenemde moksifloksasinden daha hızlıydı. Moksifloksasinin pik PS konsantrasyonu 0,81 µg/mL-1 ile verilmesinden 8 saat sonra ulaşıldı. 24, 48 ve 72.

Saatlerdeki ölçümlerde giderek azaldı. Doripenemin kan ve PS konsantrasyonları en baştaki eşit idi. İlerleyen ölçümlerde plevra konsantrasyonu artarken, kan konsantrasyonu hemen hemen aynı kaldı. Doripenem verilmesinden 24 saat sonra 0.54 ug / ml olan pik konsantrasyonuna ulaştı.

Her iki antibiyotiğin plevral sıvıya penetrasyonu arasında fark mevcuttu. Plevral sıvı penetrasyonu açısından Doripenemin moksifloksasine göre daha iyi olduğu tespit ettik. İnsan ve tavşan plevra kalınlığı arasındaki farklılıklar nedeniyle doripenemin, plevral sıvılarına penetrasyonu insanla eşit plevra kalınlığı olan hayvanlardaki enfeksiyon modellerinde veya klinik çalışmalarla da incelenmesi gerektiği düşünüyoruz.

SS-078

Serum Ve Plevral Efüzyonda Soluble IL-2 Reseptörü ve IL12p40 Tüberküloz Plörezi Tanısında İşlevsel midir?

Seda Tural Önür¹, Sinem Sökücü¹, Levent Dalar², Ekrem Cengiz Seyhan³, Ayşegül Akbaş¹, Sedat Altın³

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

²İstanbul Bilim Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

³Medipol Üniversite Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Tüberküloz plörezi ayırıcı tanısında yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip olduğu bilinen ADA aktivitesi serum ve plevral efüzyonda ölçülen IL-12p40 ve soluble IL-2 reseptör düzeyleri ile karşılaştırılarak eksüdatif plevral efüzyon ayırıcı tanısında değerlerinin ortaya konulması amaçlandı.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmaya klinik, radyolojik ve histopatolojik olarak 52 tüberküloz plörezi, kontrol grubu olarak 39 malign plörezi ve 29 paraprnömonik efüzyon tanısı alan toplam 120 plevral efüzyonlu olgu alındı.

BULGULAR: Tüberküloz plörezi tanısı alan grubumuzla kontrol grubumuzda plevral efüzyon ve serumda bakılan IL-12p40 ile plevral efüzyonda bakılan ADA düzeyi karşılaştırıldığında tanıya katkı sağladığı gözlemlendi.(p<0,005) Mikrobiyolojik ya da histopatolojik olarak kesin tüberküloz plörezi tanısı alan grubumuzla kontrol grubumuzda plevral efüzyon ve serumda bakılan soluble IL-2 reseptör düzeyleri ile plevral efüzyonda bakılan ADA düzeyi karşılaştırıldığında tanıya katkı sağladığı gözlemlendi.(p<0,001) Tek başına plevral efüzyonda bakılan ADA ölçümü cut-off >62,44U/ml için yüksek sensitivite (%84,62) ve spesifite (%80,88) gösterdi. Tek başına plevral efüzyonda ölçülen soluble IL-2 reseptörünün >4,8ng/ml cut-off değeri için sensitivitesi %82,69 spesifitesi %70,59 olarak bulundu. Tek başına serumda ölçülen soluble IL-2 reseptörünün >0,6ng/ml cut-off değeri için sensitivitesi %82,69 spesifitesi %52,94 olarak bulundu. Tek başına plevral efüzyonda ölçülen IL-12p40 'ın >210pg/ml cut-off değeri için sensitivitesi %80,77 spesifitesi %60,29 olarak bulundu. Tek başına serumda ölçülen IL-12p40 'ın >42pg/ml cut-off değeri için sensitivitesi %80,77 spesifitesi %39,71 olarak bulundu.

SONUÇ: Tüberküloz plörezi tanısında serumda ve plevrada ölçülen soluble IL-2 reseptörünün ve plevral sıvıda ölçülen IL-12p40 düzeyinin tek başlarına istatistiksel olarak yüksek anlamlılıkla tüberküloz plörezi ayırıcı tanısında kullanışlı olabileceği ortaya kondu.

TARTIŞMA: İncelediğimiz parametrelerin ayırıcı tanıda ADA yerine kullanılması hatta serumda bakılabilmeleri ile hastaya daha az komplikasyon riskinden dolayı daha konforlu tanı konulması sağlanması nedeniyle klinikte kullanımını önerilebilir. Özellikle de plevral soluble IL-2 reseptörünün tüberkülozun endemik olmadığı ülkelerde malign efüzyondan ayırıcı tanı için ADA ya yakın etkinlikte bir gösterge olarak kullanımı önerilir.

SS-079

Parapnömonik Efüzyonun Tanısında Yeni Bir Biyobelirteç: Nötrofil Gelatinase-Associated Lipokalin

Aziz Gümüş, Asiye Yavuz, Songül Özyurt, Derya Giakoup

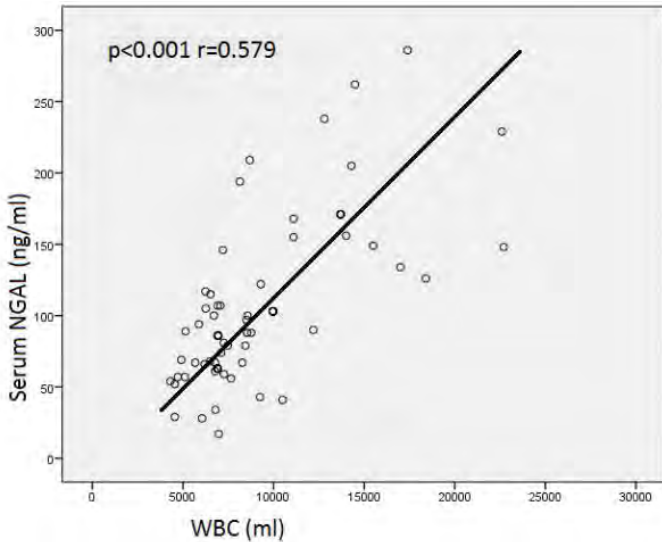
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim dalı, Rize

GİRİŞ: Nötrofil gelatinase-associated lipokalin, nötrofillerden sentezlenip salınan protein yapıda bir mediatördür. Fizyolojik fonksiyonu henüz bilinmemektedir. İnflamasyonla seyreden birçok hastalıkta kanda seviyesi artmaktadır. Yüksek serum düzeyleri birçok hastalık için kötü prognostik özellik taşımaktadır. Plevral efüzyon çeşitli patolojiler sonucu ortaya çıkabilir. En sık neden kalp yetmezliği (KY)'dir. Diğer sık nedenler parapnömonik efüzyon (PPE), kanser (CA) ve pulmoner embolidir. Ülkemizde ve gelişmekte olan benzer ülkelerde Tüberküloz(TBC)'a bağlı efüzyonla sık karşılaşılmaktadır. Çalışmadaki amacımız güncel bir inflamasyon belirteci olan NGAL'in plevral efüzyona neden olan farklı etiyojik hastalıkların ayırımındaki etkinliğini araştırmaktır.

MATERYAL-METOD: Çalışma Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde yapıldı. 25 parapnömonik efüzyon, 25 kalp yetmezliği, 25 tüberküloza bağlı efüzyon ve 25 kansere bağlı efüzyon olmak üzere toplam 100 hasta çalışmaya alındı. Hastaların serum ve plevral sıvılarında NGAL ölçümü yapıldı.

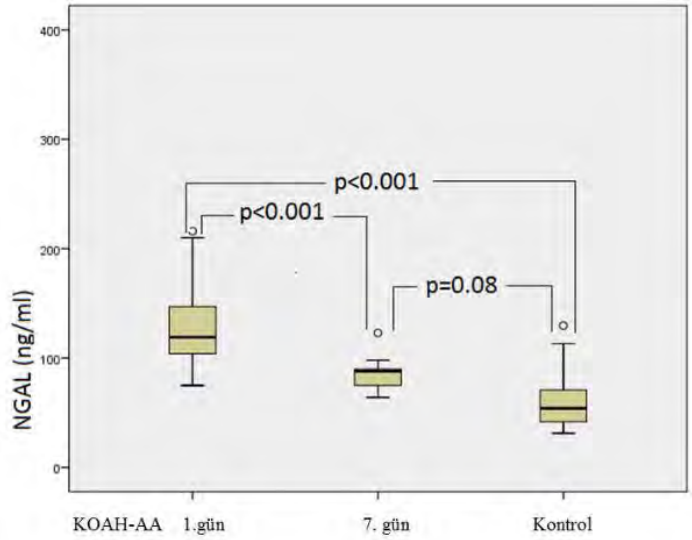
SONUÇLAR: PPE'da serum NGAL düzeyi KY, CA ve TBC'a göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Sırasıyla NGAL düzeyleri; 171 ± 56 ng/ml, 86 ± 31 ng/ml, 103 ± 42 ng/ml ve 63 ± 19 ng/ml ($p < 0.001$). Benzer olarak plevral NGAL düzeyi PPE'da KY, CA ve TBC'a göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < 0.001$). Serum NGAL düzeyi ile kan lökosit, kan nötrofil, crp, sedimentasyon, serum LDH, kreatinin, plevral WBC ve plevral nötrofil sayıları arasında pozitif korelasyon gösterildi. En anlamlı ilişki serum NGAL düzeyi ile kan WBC arasında tesbit edildi ($p < 0.001$, $r = 0.579$). Hem serum hemde plevral NGAL düzeyleri, PPE hastalarını PPE olmayanlardan ayırt etmede yüksek bir etkinliğe sahipti. Sırasıyla AUC: 0.910 ve AUC: 0.790.

Resim 1



Serum NGAL düzeyi ile WBC arasında pozitif korelasyon.

Resim 2



Parapnömonik olan ve parapnömonik olmayan gruplar arasındaki serum NGAL düzeylerinin boxplot grafiğindeki görünümü.

SS-080

Malign Mezotelyomalı Hastaların Tanı Ve Prognozunda Serum Mesothelin ve Midkine Seviyelerinin İlişkisi

Güntülü Ak¹, Selma Metintaş², Yuji Tada³, Hideaki Shimada⁴, Kenzo Hiroshima⁵, Masatoshi Tagawa⁶, Muzaffer Metintaş¹

¹ESOGÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları A.D.; ESOĞÜ Akciğer ve Plevra Kanseri Uygulama ve Araştırma Merkezi, Eskişehir

²ESOGÜ Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.; ESOĞÜ Akciğer ve Plevra Kanseri Uygulama ve Araştırma Merkezi, Eskişehir

³Department of Respiriology, Graduate School of Medicine, Chiba University, Chiba, Japan

⁴Department of Surgery, School of Medicine, Toho University, Tokyo, Japan

⁵Department of Pathology, Tokyo Women's Medical University, Yachiyo, Japan

⁶Division of Pathology and Cell Therapy, Chiba Cancer Center Research Institute, Chiba, Japan

AMAÇ: Bu çalışmada malign mezotelyomanın tanısında, malign mezotelyoma tanısındaki rolü iyi konumlandırılmış bir biyobelirteç olan mesothelin ile insanlarda MDK geni tarafından kodlanan bir protein olan midkine seviyelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT: Mesothelin ve midkine seviyeleri 95 malign mezotelyoma, 56 metastatik malign plevral hastalık, 27 benign plevral hastalık ve 20 benign asbest plörezisi tanılı hastanın serumunda ELISA metodu ile belirlendi. Cut-off değeri mesothelin için 1.5 nmol/L ve midkine için 421 pg/mL olarak alındı.

SONUÇLAR: Malign mezotelyomanın metastatik malign plevral hastalık, benign plevral hastalık ve benign asbest plörezisinden ayırımında mesothelin'in duyarlılık ve özgüllüğü sırasıyla %51.6 ve %71.4; %51.6 ve %71.4; %51.6 ve %85 idi. Malign mezotelyomanın metastatik malign plevral hastalık, benign plevral hastalık ve benign asbest plörezisinden ayırımında midkine'in duyarlılık ve özgüllüğü sırasıyla %61.1 ve %41.1; %61.1 ve %40; %61.1 ve %85 idi. Bu iki biyobelirtecin kombine kullanımı tanısal etkinliği artırmadı. Mesothelin seviyelerinin malign mezotelyomanın hücre tipi ve evresine göre değiştiği, ancak prognozla ilişkili olmadığı bulundu. Diğer taraftan midkine seviyeleri hücre tipi ve evreden bağımsız olarak kötü prognoz ile ilişkiliydi.

SONUÇ: Mesothelin malign mezotelyomayı benign plevral hastalıklardan ayırt etmede orta derecede duyarlılık ve yüksek özgüllük gösterdi. Midkine malign mezotelyomayı benign asbest plörezisinden ayırt etmede mesothelin ile karşılaştırıldığında biraz daha yüksek duyarlılık, ancak aynı derecede özgüllüğe sahipti. Midkine seviyeleri prognoz ile ilişkili bulundu.

SS-081**Hyaluronan, Osteopontin, C-ERC / Mesothelin, N- ERC / Mesothelin ve Syndecan – 1 Serum Seviyelerinin Analizi İle Malign Mezotelyomanın Tespiti**

Sertaç Arslan¹, Filip Mundt², Selma Metintaş³, Güntülü Ak⁴, Katalin Dobra², Anders Hjerpe², Muzaffer Metintaş⁴

¹Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Çorum

²Karolinska Institutet, Department of Laboratory Medicine, Division of Pathology, Stockholm, Sweden

³ESOGÜ Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı A.D.; ESOĞÜ Akciğer ve Plevra Kanseri Uygulama ve Araştırma Merkezi, Eskişehir

⁴ESOGÜ Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları A.D.; ESOĞÜ Akciğer ve Plevra Kanseri Uygulama ve Araştırma Merkezi, Eskişehir

AMAÇ: Malign plevral mezotelyomanın erken tanısı ve ayırıcı tanısında tümör belirteçleri ümit verici gözükmemektedir. Bu çalışmada malign plevral mezotelyomalı hastaların metastatik malign plevral hastalıklar, benign plevral hastalıklar ve benign asbest plörezisi tanılı hastalardan ayırımında hyaluronan, osteopontin, C-ERC / mesothelin, N- ERC / mesothelin ve syndecan – 1 serum seviyelerinin etkinliğini belirlemek amaçlanmıştır.

METOT: Toplam 230 hastadan alınan serum örnekleri tümör belirteçlerinin tespiti için Enzyme-Linked Immunosorbent Assays ile analiz edildi.

SONUÇLAR: İncelenen belirteçler malign plevral mezotelyomalı hastaları metastatik malign plevral hastalığı olan hastalardan ayırt etmek için yeterli duyarlılık ve özgüllüğü gösteremediler. N-ERC / mesothelin malign plevral mezotelyomalı hastaların benign plevral hastalıklardan ayırımında, %67.8 duyarlılık ve %83.1 özgüllük ile orta derecede etkinlik gösterdi. Malign plevral mezotelyomalı hastaların benign asbest plörezili hastalardan ayırımında N-ERC/mesothelin %76.7 duyarlılık ve %77.3 özgüllüğe, C-ERC/mesothelin %66.7 duyarlılık ve %81.8 özgüllüğe sahipti. N-ERC/mesothelin, osteopontin ve syndecan-1'in kombinasyonu malign plevral mezotelyomalı hastaların benign asbest plörezili hastalardan ayırımında, %70 duyarlılık ve %81.8 özgüllük ile iyi bir kombinasyondur.

SONUÇ: Cut-off değerinden daha yüksek N-ERC / mesothelin veya C-ERC/mesothelin seviyesi olan hastalarda mezotelyoma riski yüksektir. Bu nedenle bu hastalar nonspesifik klinik ve radyolojik bulgulara sahip olsalar bile uygun invaziv işlemlere tabii tutulmalıdırlar. Tümör belirteç seviyesi yüksek olan bir hastada eğer histopatolojik tanı ilk invaziv işlemde fibrinöz plörit olarak gelirse tanı için daha ileri invaziv işlemler yapılmalıdır. Syndecan – 1 ümit verici gözükmemektedir ve daha geniş serilerde çalışılmalıdır.

SS-082

Malign Plevral Efüzyon Tedavisinde Küçük Çaplı Kateter Uygulamasının Etkinliği

Adem Deligönül¹, Hüseyin Melek², Coşkun Özer Demirtaş³, Gamze Çetinkaya², Özkan Kanat¹, Mehmet Muharrem Erol², Ender Kurt¹, Ahmet Sami Bayram², Türkan Evrensel¹, Cengiz Gebitekin²

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Bursa

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

AMAÇ: Malign plevral efüzyonda amaç sağ kalım süresi kısa olan hastanın nefes darlığını ortadan kaldırmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Çalışmamızın amacı malign plevral efüzyon tedavisinde küçük çaplı kateter uygulanmasının etkinliği ve güvenilirliğinin gösterilmesidir.

MATERYAL-METOD: Onkoloji kliniğimizde 2011-2014 yılları arasında malign plevral efüzyon nedeniyle yatırılarak küçük çaplı kateter (KÇK) uygulanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya 457 KÇK uygulaması yapılan, 152 hasta dahil edildi. İşlem öncesi fizik muayene, radyolojik olarak ve torasentez ile sıvı lokalizasyonu doğrulandı. Kalınlığı 10 F olan, poliüretan radyo-opak kateter yatak başında, lokal anestezi altında yerleştirildi ve serbest drenaja bırakıldı. İlk bir saat içinde 1500 cc drenaj olması durumunda kateter geçici olarak kapatıldı. Hastalar günlük drenaj miktarları ve kontrol grafipleri ile takip edildi. Drenaj miktarının 100 cc/gün altına inmesi durumunda dren çekildi. Hastaların tüm verileri kaydedildi.

BULGULAR: Hastaların 89'u erkek, 63'ü kadın, ortalama yaş 55,8 (22-81) di. En sık görülen semptomlar dispne ve öksürüktü. Hastaların 52'si (%34,2) akciğer, 37'si (%24,3) gastro intestinal sistem, 24'ü (%15,7) genito üriner sistem, 20'si (%13,1) meme, ve 19'u (%12,5) diğer malignitelerdi. Kateter uygulamasına bağlı en sık komplikasyon kateter ve drenaj yolunun tıkanmasıydı. Ortalama KÇK uygulama sayısı 3, katerin ortalama kalış süresi 14,7(1-83) gündü. Onbeş hastaya ilave tüp torakostomi uygulandı. Kateter uygulamasına bağlı mortalite saptanmadı. Plevral sıvı ortalama laktat dehidrogenaz, glukoz ve albümin değerleri sırasıyla 765, 105 ve 1,6 idi. Günlük ortalama drenaj miktarı sırasıyla ilk, üçüncü ve 15. gün 1105, 850 ve 304 cc/gün idi. Tüm hastalarda semptomatik iyileşme sağlandı.

SONUÇ: Malign plevral efüzyonların semptomatik tedavisinde küçük çaplı kateterler etkin bir şekilde kullanılabilir. Yaşam beklentisi sınırlı olan bu grup hastada, uygulama kolaylığı yanında düşük komplikasyon oranı ve maliyeti nedeniyle küçük çaplı kateterler tercih edilebilir.

SS-083**KOAH'ta Akut Hiperkapnik Solunum Yetmezliği ile Servislerde NIV Uygulama Sonuçlarımız: 24 Aylık Analiz**

Fatma Tokgöz, Meltem Ağca, Tülay Yarkın, Hakan Günen

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ – AMAÇ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) alevlenmesine bağlı akut hiperkapnik solunum yetmezliğinin (SY) tedavisinde non-invaziv ventilasyonun (NIV) etkin olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda, akut hiperkapnik SY ile acil polikliniğimize başvuran ve kliniklere yatışı uygun bulunan KOAH tanılı hastaların tedavi sonuçları ve NIV başarısını etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

HASTA SEÇİMİ VE YÖNTEM: Mayıs 2011 ve 2013 arasında acil polikliniğimize akut hiperkapnik SY ile başvuran KOAH tanılı tüm hastaların ilk başvuruları kaydedildi. Hastaların demografik özellikleri, laboratuvar değerleri, acile başvuru ve takip arter kan gazı (AKG) parametreleri, servislerde uygulanan tedaviler ve yatış sonuçları kaydedildi. Hastalar düzelme ile servislerden taburcu edilenler (Grup 1) ve ölüm veya yoğun bakım ünitesi (YBÜ) sevki gerçekleşenler (Grup 2) olmak üzere 2 gruba ayrılarak karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya 357'si (%62,2) erkek ve yaş ortalaması $68,1 \pm 10,9$ (36-98) olan 574 hasta alındı. Nefes darlığı, öksürük ve balgam en sık başvuru şikayetleriydi. Hastaların %76'sında, en sık hipertansiyon olmak üzere en az 1 ek hastalık mevcuttu. Halen sigara içme oranı %10,4 idi. Ortalama yatış günü $9,9 \pm 10,2$ (1-38) idi. Yatışların; %83'ünde hasta düzelme ile taburcu edilmiş, %7'sinde YBÜ sevki yapılmış, %5'inde exitus gelişmiş, %4'ü hastaneden ayrılmış ve %1'i KOAH dışı nedenlerle başka bölümlere nakil olmuştu. Analizimizde Grup 1'de 477, Grup 2'de 67 hasta yer aldı. Malignite varlığı ($p=0,030$), tedavide teofilin bulunmaması ($p=0,002$), serum albumin ($p=0,000$) ve protein ($p=0,034$) düşüklüğü, acil serviste NIV uygulanmasının ilk 2. saati, servislerde 24 ve 48. saat kontrol AKG'lerinde düşük pH ve yüksek pCO_2 , yüksek CRP ($p=0,025$) değerlerinin NIV başarısızlığını etkilediği görüldü.

SONUÇ: KOAH akut hiperkapnik SY hastalarında NIV ile takipte genel başarılarımız yüksektir. Malignite varlığı, teofilinsiz tedavi, AKG'de ilk 2 günde düşük pH ve yüksek pCO_2 değerleri, düşük serum albumin ve protein düzeylerinin NIV başarısını olumsuz etkilediği saptanmıştır.

SS-084**KOAH'da Komorbidite Varlığının KOAH Alevlenme Gelişimine Olan Etkisi**

Muzaffer Onur Turan¹, Jülide Çeldir Emre², Sami Deniz³, Ayşegül Baysak⁴, Pakize Ayşe Turan⁵, Arzu Mirici⁶

¹Gelibolu Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Çanakkale

²Turgutlu Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İzmir

³Didim Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Aydın

⁴İzmir Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

⁵Çanakkale Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Çanakkale

⁶Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale

GİRİŞ: Komorbid hastalıklar, sıklıkla KOAH'a eşlik etmekte olup, hastalığın şiddet ve prognozunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

AMAÇ: KOAH'da komorbidite varlığının, KOAH alevlenme gelişimiyle olan ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

BULGULAR: Ülkemizin farklı bölgelerinde çalışan göğüs hastalıkları uzmanları tarafından takip edilmekte olan KOAH tanılı hastalar gözlemsel olarak incelendi. 169 erkek (%87.6) ve 24 kadından (%12.4) oluşan 193 KOAH tanılı hastanın yaş ortalaması 66.53 + 10.94 olarak bulundu. Hastaların %61.1'i sigara içmekteydi, %35.8'i sigarayı bırakmıştı; sigara içmeyenlerin oranı %3.1 olarak görüldü. KOAH evrelemesine göre; A grubunda olan 31 (%16.1), B grubunda olan 53 (%27.5), C grubunda olan 13 (%6.7) ve D grubunda olan 96 hasta (%49.7) vardı; ortalama FEV1 değeri %58.57 + 14.83 idi. 104 KOAH'lı hastada (%53.9) komorbid hastalık gözlenirken, ortalama komorbidite sayısı hasta başına 1.05 olarak bulundu. Bu hastalıklardan; dislipidemi %49.2, anemi %46.1, iskemik kalp hastalığı %27.5, DM %16.8, geçirilmiş MI %16.6 ve HT %14 oranında görülmekteydi. Cinsiyet, aktif sigara içilmesi, KOAH evresi ve son 1 yılda KOAH alevlenme olması ile komorbid hastalık varlığı arasında ilişki görülmedi (p:0.131, 0.490, 0.867 ve 0.114). Son 1 yılda 171 hastada (%88.6) KOAH alevlenme geçirildiği tespit edilirken, hasta başına yılda ortalama 4.10 alevlenme düştüğü gözlemlendi. Hastaların %66.3'ünde son 1 yılda en az 2 alevlenme öyküsü mevcuttu. KOAH alevlenme öyküsü ile; dislipidemi (p:0.284), anemi (p:0.568), iskemik kalp hastalığı (p:0.403), MI (p:0.252) ve HT (p:0.208) varlığı arasında anlamlı ilişki görülmezken, son 1 yılda KOAH alevlenme geçirilmesi ve sık alevlenme olması ile, DM varlığı arasındaki ilişki istatistiki açıdan anlamlı olarak bulundu (p:0.001 ve 0.003). KOAH hastalarında herhangi bir komorbid hastalığın olduğu ve olmadığı gruplar incelendiğinde, alevlenme sayısı açısından anlamlı fark gözlenmedi (p:0.171). Serum değerlerinden, LDL yüksekliği ve alevlenme sayısı arasında pozitif bir korelasyon bulundu (p:0.015); hemoglobin, hematokrit, HDL, total kolesterol ve trigliserit değerleri ile aynı korelasyon gözlenmedi.

SONUÇ: Komorbid hastalıklar, KOAH tanılı hastalarda yüksek oranda gözlenmektedir. Özellikle DM varlığında, KOAH alevlenme riskinin daha yüksek olabileceği düşünüldü.

SS-085

Türkiye’de Hastaneye Başvuran Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların GOLD 2013’ e Göre Kategorizasyonu ve Kılavuzlara Uyumun Değerlendirilmesi (ALPHABET Çalışması)

Hakan Günen¹, Mehmet Yılmaz², Oğuz Aktaş¹, Pınar Ergün³, Gönenç Ortaköylü⁴, Atike Demir⁵, Pelin Çetinkaya⁶, Alev Gürgün⁷, Müge Otlu⁸, Aykut Çilli⁹, Ufuk Yılmaz⁵, Nurdan Köktürk¹⁰, Halil İbrahim Yakar¹, İdilhan Ar¹¹, Aylin Konya¹¹

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

²Safranbolu Devlet Hastanesi, Karabük

³Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

⁴Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

⁵Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

⁶Çukurova Dr. Aşkım Tüfekçi Devlet Hastanesi, Adana

⁷Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

⁸Bingöl Devlet Hastanesi, Bingöl

⁹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

¹⁰Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

¹¹Novartis İlaç Türkiye

GİRİŞ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanı ve tedavisi için uluslararası kılavuz olan GOLD, yaygın olarak kullanılmakta ve kabul görmektedir. Bu çalışmada, hastaneye başvuran KOAH hastalarının GOLD 2013 strateji dokümanına göre sınıflandırıldıklarında kategorilere göre dağılımının ve günlük pratikte göğüs hastalıkları uzmanlarının bu kılavuzun önerilerine uyumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çokmerkezli, gözlemsel, kesitsel, tekvizitli bu çalışma Türkiye’deki coğrafide dağılımı temsiledecek şekilde 7 ildeki (İzmir, İstanbul, Ankara, Antalya, Adana, Karabük, Bingöl) 12 merkezde (3 üniversite, 6 eğitim ve araştırma ve 3 devlet hastanesi) gerçekleştirilmiştir. İkinci ve üçüncü basamak merkezlerde, Haziran-Aralık 2013 tarihleri arasında polikliniğe başvuran KOAH hastaları çalışmaya dahil edilmiştir.

BULGULAR: Ortalama yaşları 62.6±9.9; KOAH süreleri ortalama 6.4±6.0 yıl olan 1610 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların %85.7’si erkek, %79.4’ü de en fazla ilkokul mezunu olarak saptanmıştır. Halen sigara içenler, hastaların %31.5’i, bu hastaların sigara yükü ortalama 45±23.4 paket yıldır. Hastaların %57.1’inde en az 1 komorbidite bulunmaktadır. En sık rastlanan komorbidite, kardiyovasküler hastalıklar olup, tüm hastalar içinde kardiyovasküler komorbiditesi olanlar %40 olmuştur. Hastaların ortalama FVC değeri 2.5±0.9L (beklenene göre %69.4±20.8), FEV1’i 1.6±0.7L (%55.5±20.9), FEV1/FVC ise %65.7±14.6’dır. Hastaların %39.5’inde FEV1/FVC≥%70 saptanmıştır. Hastalar, hekimler tarafından %41.1’i (661 hasta) Grup A, %20.8’i (335 hasta) Grup B, %13.2’si (212 hasta) Grup C ve %20.5’i (402 hasta) Grup D olarak kategorize edilmişlerdir. Tüm hastalar baz alındığında en sık tercih edilen tedavi rejimi uzun etkili beta 2 agonist (LABA), inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili antikolinerjikten (LAMA) oluşan üçlü tedavi rejimi olmuştur.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Çalışmaya, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerin polikliniklerinde KOAH tanısı ile tedavi ve/veya takip edilen hastalar dahil edilmiştir ve bu hastalarda GOLD 2013 raporunda önerilen birleşik değerlendirmeye göre en sık rastlanan kategori Grup A olmuştur. Kategorilere dağılım, COPD Gene, ECLIPSE ve Cocomics kohortlarında elde edilen sonuçlara benzerdir. KOAH için tanımlanan bir tanı kriteri olan sabit oran ölçütüne göre, çalışmadaki hastaların yaklaşık %40’ında tanı aşamasında kılavuzlara uyumsuzluk olduğu söylenebilir. Farmakolojik tedavi için kılavuz önerilerine göre, her grup için önerilen tedaviler eşit öncelikli kabul edildiğinde, hastaların %7.3’ünün LABA+İKS+LAMA kullanması gerektiği öngörülebilir. Hastaların %62’sinin LABA+İKS+LAMA kullanması tedavide de kılavuz uyumunun düşük olduğunu gösterebilir.

1 Agusti A et al. Eur Respir J 2013; 42: 1391–1401

SS-086**Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Akut Alevlenme ile Hastaneye Yatırılan Hastaların Maliyetleri: Ön Analiz Sonuçları**

Fatma Yıldırım, Murat Türk, Can Öztürk

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye.

GİRİŞ-AMAÇ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Akut alevlenme KOAH'lı hastaların hastaneye yatışlarının başlıca nedenidir ve KOAH ilişkili sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu çalışmada KOAH akut alevlenme ile yatırılan hastaların 3. Basamak üniversite hastanesinde maliyetini belirlemek amaçlandı.

MATERYAL-METOD: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi göğüs hastalıkları kliniğine 1 Eylül 2013-1 Haziran 2014 tarihleri arasında KOAH atak nedeniyle yatırılan hastaların maliyet verileri bilgi işlem bölümünden alınarak değerlendirildi. Hastaların tetkik, tedavi hizmetleri, yatak, ilaç ve sarf malzeme ücretleri ayrı ayrı kaydedildi.

BULGULAR: Dokuz aylık süre içerisinde göğüs hastalıkları kliniğine toplam 579 hasta yatırılarak tetkik ve tedavi edildi. Bu hastaların 122'sinin (%21.1) yatış nedeni KOAH akut alevlenme idi. Hastaların 94'ü (%77.0) erkek, 28'i (%23.0) kadın idi. 55 (%45.1) hasta acil servisten, 67 (%54.9) hasta poliklinikten yatırıldı. 111 (%91) hasta tedavi sonrası servisten taburcu edilirken, 11 (%9) hasta solunum yetmezliği nedeniyle yoğun bakım ünitesine alındı, bu hastaların 9'u (%7.4) servise devredilirken, 2 (%1.6) hasta exitus oldu. Yatış süresi medyan 8 gün [6-14] idi. Hasta başına düşen total maliyet medyan 1.066,50 tl [731,0-2.295,75 tl] idi, bu maliyetin en önemli kısmını %32.5 ile ilaç ücretleri oluştururken, yatak ücreti %28, tetkik ücretleri %29 ve sarf malzeme %9.5'ünü oluşturmaktaydı.

SONUÇ: KOAH akut alevlenme, göğüs hastalıkları kliniğine yatırılan hastalarda önemli bir ekonomik yük ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir.

SS-087

Türkiye’de GOLD 2013’e Göre Kategorize Edilmiş Olan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastaların Değerlendirilmesi (ALPHABET Çalışması)

Hakan Günen¹, Mehmet Yılmaz², Oğuz Aktaş¹, Pınar Ergün³, Gönenç Ortaköylü⁴, Atike Demir⁵, Pelin Çetinkaya⁶, Alev Gürgün⁷, Müge Otlu⁸, Aykut Çilli⁹, Ufuk Yılmaz⁵, Nurdan Köktürk¹⁰, Halil İbrahim Yakar¹, İdilhan Ar¹¹, Aylin Konya¹¹

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

²Safranbolu Devlet Hastanesi, Karabük

³Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

⁴Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

⁵Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

⁶Çukurova Dr. Aşkın Tüfekçi Devlet Hastanesi, Adana

⁷Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

⁸Bingöl Devlet Hastanesi, Bingöl

⁹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

¹⁰Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

¹¹Novartis İlaç Türkiye

GİRİŞ: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanı ve tedavisi için uluslararası kılavuz olan GOLD, yaygın olarak kullanılmakta ve kabul görmektedir. Bu çalışmada, hastaneye başvuran KOAH hastalarının GOLD 2013 strateji dokümanına göre sınıflandırıldıklarında kategorilere göre dağılımının ve günlük pratikte göğüs hastalıkları uzmanlarının bu kılavuzun önerilerine uyumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çok merkezli, gözlemsel, kesitsel, tek vizitli bu çalışma Türkiye’deki coğrafi dağılımı temsil edecek şekilde 7 ildeki (İzmir, İstanbul, Ankara, Antalya, Adana, Karabük, Bingöl) 12 merkezde (3 üniversite, 6 eğitim ve araştırma ve 3 devlet hastanesi) gerçekleştirilmiştir. İkinci ve üçüncü basamak merkezlerde, Haziran- Aralık 2013 tarihleri arasında polikliniğe başvuran KOAH hastaları çalışmaya dahil edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 1610 hasta, hekimler tarafından %41.1’i (661 hasta) Grup A, %20.8’i (335) Grup B, %13.2’si (212) Grup C ve %20.5’i (402) Grup D olarak değerlendirilmiştir. Her kategori kendi içinde değerlendirildiğinde KOAH süreleri A-D her grup için sırasıyla 5.3±5.9, 7.3±6.1, 5.6±5.3, 7.9±6.0 yıl olarak bulunmuştur. Grup A’da %36, B’de %28.7, C’de %33, D’de %25.6 hasta halen sigara içmektedir. Her grupta komorbiditesi bulunan hastaların oranı A-D için sırasıyla; %51.9, %63.3, %52.4, %63.2 olup en sık görülen komorbidite, kardiyovasküler hastalığı olan hastaların her gruptaki oranı sırasıyla %36.5, %46.0, %34.0 ve %44.0 olmuştur. Hastaların %56.6’sında gereğinden fazla tedavi uygulanmıştır. Fazla tedavi uygulanan hastaların oranı sırasıyla %75, %79.1, %70.8, %0 olmuştur. Yetersiz tedavi ise sadece 50 hastada (%3.1) saptanmıştır. GOLD 2013’te her kategori için önerilen tedaviler eşit öncelikli kabul edilerek hesaplanan, tahmini dağılım ile gerçek yaşamda inhaler tedavilerin dağılımı Tablo 1’de görülmektedir. FEV1/FVC<%70 olan, hastaların %60.5’inin GOLD 2013 kategorilerine göre dağılımı Grup A %25.8 (221), B %20.4 (174), C %17.3 (148) ve Grup D %36.5 (312) şeklinde gerçekleşmiştir.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Bu çalışmada KOAH hastaların en sık olarak Grup A kategorisine dahil olduğu gösterilmiş olup, FEV1/FVC>=%70 olanlar dışarıda bırakıldığında ise hastaların çoğu Grup D’de yer almıştır. KOAH ile geçen süre ve komorbiditelerin semptomatik olan B ve D gruplarında daha fazla olduğu görülmektedir. Çalışmada öne çıkan sonuçlardan birisi de tüm gruplarda gereğinden fazla tedavi uygulandığı ve bu sonuca sebep olan tedavinin LABA+İKS+LAMA tedavisi olmasıdır. Gereğinden fazla tedavi uygulanması maruziyet ve yan etki artışının yanında ekonomik yük artışını da beraberinde getirmektedir.

Tablo1. GOLD 2013 tedavi önerisi ile gerçek yaşamda uygulanan tedavilerin karşılaştırılması

Tablo1. GOLD 2013 tedavi önerisi ile gerçek yaşamda uygulanan tedavilerin karşılaştırılması

	GOLD A		GOLD B		GOLD C		GOLD D		Toplam	
	Önerilen	ALPHABET	Önerilen	ALPHABET	Önerilen	ALPHABET	Önerilen	ALPHABET	Önerilen	ALPHABET
LABA	16,7	2,3	25,0	0,6	16,7	0,0	0,0	0,0	14,6	0,7
LAMA	16,7	10,0	25,0	8,7	41,7	2,4	29,2	3,2	28,1	6,1
LABA + LAMA	0,0	4,4	50,0	6,9	16,7	1,9	12,5	2,0	19,8	3,8
LABA+İKS	0,0	21,0	0,0	17,9	25,0	18,9	29,2	11,7	13,5	17,4
LABA + LAMA + İKS	0,0	49,5	0,0	61,2	0,0	70,3	29,2	78,9	7,3	65,0
SABA - SAMA	66,7	8,6	0,0	2,1	0,0	4,2	0,0	2,2	16,7	4,3
Diğer	0,0	4,2	0,0	2,7	0,0	2,4	0,0	2,0	0,0	2,8
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

LABA: Uzun etkili β_2 agonist; LAMA: Uzun etkili antikolinerjik; İKS: İnhaler kortikosteroid; SABA: Kısa etkili β_2 agonist; SAMA: Kısa etkili antikolinerjik

SS-088

Neutrophil Gelatinase-Associated Lipocalin. KOAH Akut Alevlenmede Yeni Bir BiyobelirteçAziz Gümüş¹, Halit Çınar¹, Müge Hazıroğlu¹, Aynur Kırbaş², Mevlüt Karataş¹, Songül Özyurt¹¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim dalı, Rize²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Klinik Biyokimya Ana Bilim dalı, Rize

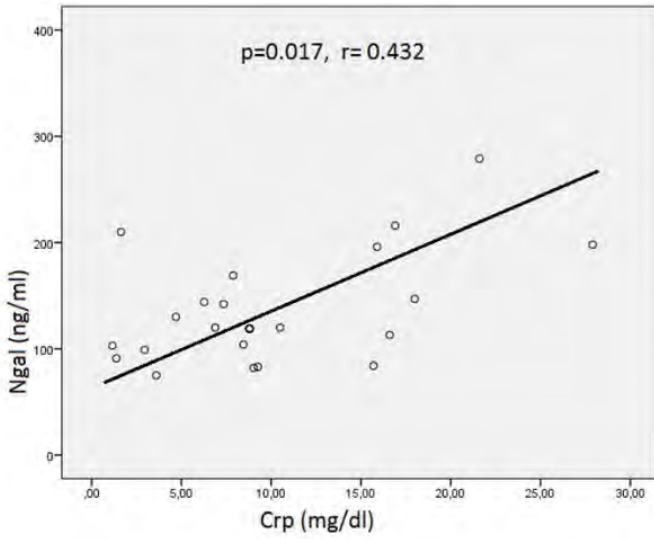
GİRİŞ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı akut alevlenmelerle seyreden kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Akut alevlenme sırasında, c-reaktif protein (CRP) gibi akut faz reaktanları ve inflamatuvar hücreler sistemik dolaşımda artar. CRP, akut alevlenmede en duyarlı biyobelirteçdir. Nötrofil gelatinase-associated lipokalin (NGAL), nötrofillerden sentezlenip salınan protein yapıda bir mediatördür. Fizyolojik fonksiyonu henüz bilinmemektedir. İnflamasyonla seyreden birçok hastalıkta, kandaki seviyesi artmaktadır. Yüksek serum düzeyleri birçok hastalık için kötü prognostik özellik taşımaktadır. Çalışmadaki amacımız NGAL'in KOAH akut alevlenmedeki önemini araştırmaktır.

MATERYAL-METOD: Çalışma Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde yapıldı. Çalışma popülasyonu, KOAH akut alevlenme tanısı ile serviste tedavisi yapılan 32 hasta ile 20 sağlıklı kişinin yer aldığı kontrol grubundan oluşmaktaydı. Hastaların yatışının 1. günü ve tedavinin 7. gününde NGAL, CRP, lökosit, fibrinojen ve sedimentasyon düzeyleri ölçümü yapıldı.

BULGULAR: KOAH-AA tanılı 32 hastanın yaş ortalaması 67.4±8.6 idi. Büyük çoğunluğu erkeklerden oluşmakta idi (30 erkek-2 kadın). Hastaların NGAL düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı yüksekti. Sırasıyla 141±64ng/ml ve 61±26ng/ml (p<0.001). Tedavinin 7. günü ölçülen serum NGAL düzeyi başlangıç NGAL değerine göre belirgin olarak düşüktü. Sırasıyla 89±28ng/ml ve 141±64ng/ml (p<0.001). NGAL ile CRP arasında oldukça anlamlı pozitif korelasyon tesbit edildi (p=0.017, r:0.432).

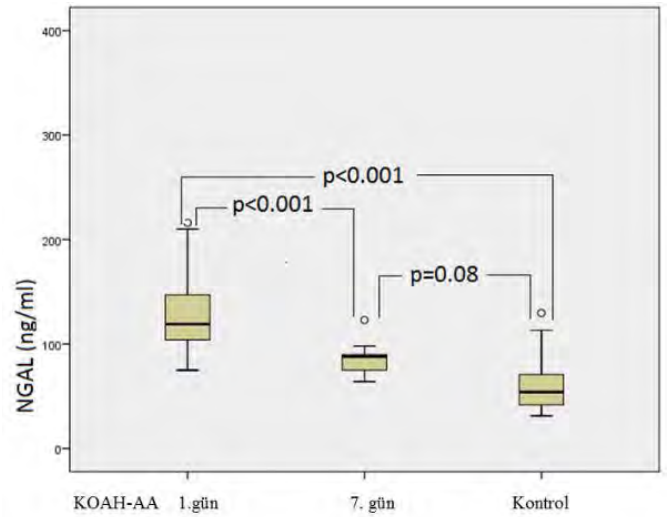
SONUÇ: Serum NGAL düzeyi, KOAH akut alevlenmede yükselmekte ve tedavi ile birlikte azalmaktadır. NGAL akut inflamasyon biyobelirteci olarak tesbit edilmiştir. KOAH-AA'nin tanı ve tedavi takibinde kullanılabilir. Ancak geniş kapsamlı çalışmalarla bu bilgiler doğrulanmalıdır.

Resim 1



NGAL ile CRP arasında pozitif ilişki scatterplot grafiğinde gösterilmesi.

Resim 2



KOAH-AA ve kontrol gruplarında serum NGAL düzeylerinin boxplot grafiğiyle karşılaştırılması.

Tablo 1

	1. gün	7. gün	p değeri
NEGAL (ng/ml)	141±64	89±28	<0.001
Crp (mg/dl)	8,0±7,1	1,6±2,1	<0.001
Lökosit (/ml)	15175±7418	9525±3088	<0.001
Fibrinojen (mg/dl)	610±144	447±107	<0.001
Sedimentasyon (/saat)	30±18	17±13	<0.001

NGAL ve diğer sistemik inflamasyon belirteçlerinin 1 ve 7. günlerdeki farklılığının gösterilmesi

SS-089**Hiperhidrozis Nedeniyle Yapılan 24 Torakoskopik Sempatektomi Ameliyatı Ve Uzun Dönem Sonuçların Değerlendirilmesi**

Akın Eraslan Balcı, Suna Polatoğlu, Derya Özdemir Tüten, Murat Kılıç, Siyami Aydın
Fırat Üniversitesi Göğüs Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

AMAÇ: Yüz, el ve koltukaltı aşırı terlemesinde endoskopik torakal sempatektomi (ETS)'nin sonuçlarını uzun dönem sonuçlarıyla birlikte değerlendirmek.

MATERYAL-METOD: Torakoskopik hiperhidrozis tedavisinin başladığı 2011 yılından itibaren yapılan ETS operasyonları retrospektif olarak incelendi. Toplam 24 hastanın 22'si erkek, 2'si kadındı. Yaş ortalaması 21.9 ± 3.7 (range, 17-28) olup VATS ile torakal sempatektomi yapıldı. Hastalardan 16 (%66.7)'sında el, 5 (%20.8)'inde aksilla, 3 (%12.5)'ünde yüz terlemesi baskındı. Beş (%20.8) hastada ek olarak ayaklarda da hiperhidrozis vardı. Hastaların 18'ine tek seansta bilateral, 6'sına iki ayrı seansta bilateral sempatektomi ameliyatı uygulandı. Cerrahi yöntem, iki port yardımıyla T2-3-4 gangliyon rezeksiyonu ve Kuntz sinirinin koterizasyonuydu. Sonuçlar cerrahi teknik, ameliyat sırasında ve sonrasında ortaya çıkan komplikasyonlar ve hasta memnuniyeti yönünden incelendi. Hastalar ortalama 12 ay (dağılım 6-12 ay) takip edildi.

SONUÇLAR: Ameliyatla ilgili erken veya geç mortalite gözlenmedi. İki (%8.3) post-operatif komplikasyon görüldü (Tek taraf kol zayıflığı 1 (%4.2), 4 Ay sonra kol hareketlerinin normale döndüğü görüldü; bir hemitoraksta hemorajiye bağlı opasite 1(%4.2), 3 ay sonraki grafide kayboldu. Kompansatris hiperhidrozis 3 (%12.5) hastada görüldü (omuz bölgesinde 2, bel bölgesine 1). Hastalar yaşamlarını kötü etkilemediğini belirttiler. Nüks 2 (%8.4) hastada gelişti ve tek taraflıydı (2 ay ve 8 ay sonra). Horner sendromu gelişmedi. Hastalardan 3'ünde ayak terlemesinde de azalma olduğu gözlemlendi. Ameliyattan 6 ay sonra yapılan değerlendirmede hasta memnuniyeti %79.2 mükemmel (n:19); %12.5 iyi (n:3) ve %8.3 kötü (n:2) idi.

SONUÇ: Endoskopik torakal sempatektomi, hiperhidrozis tedavisinde düşük operatif morbidite ve ameliyat sonrası yüksek memnuniyet oranları ile tercih edilmesi gereken seçenek olmalıdır. Bu ameliyatın iki torakoport yardımıyla oldukça estetik ve güvenli bir biçimde uygulanacağı düşünülmektedir.

SS-090

DPAH Ayırıcı Tanısında Cerrahi Biyopsinin Yeri

Tülin Sevim¹, Fatma Tokgöz¹, Hakan Kırıl², Emine Aksoy¹, Mustafa Vayvada², Mustafa Akyıl², Dilem Anıl Tokyay¹, Volkan Baysungur²

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

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

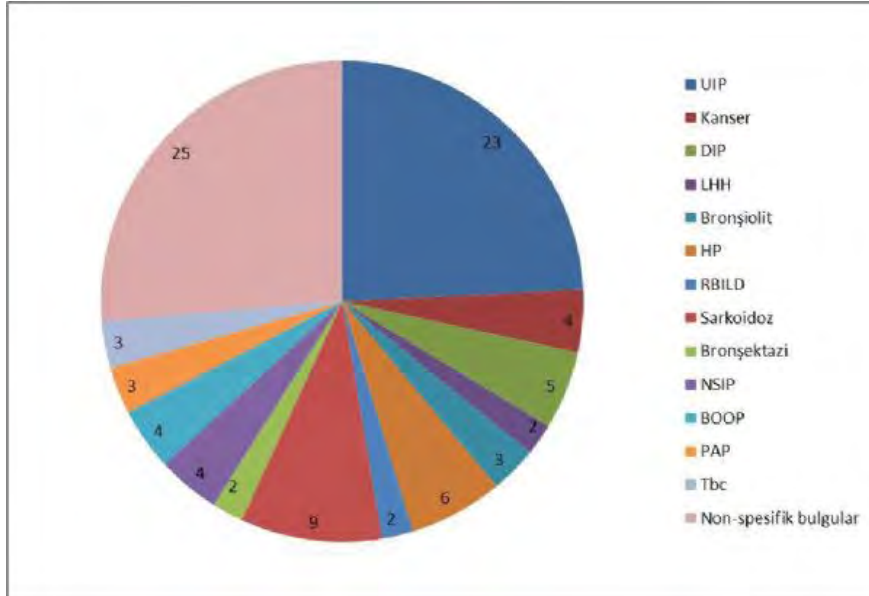
GİRİŞ VE AMAÇ: Diffüs parankimal akciğer hastalıklarında (DPAH), tanı ve tedavi açısından cerrahi biyopsi gerekliliği sıkça sorgulanmaktadır. Çalışmamızda hastanemizde klinik ve radyolojik olarak DPAH ön tanısı ile cerrahi akciğer biyopsisi uygulanan olgular kullanılan teknik ve elde edilen sonuç yönünden değerlendirdik.

HASTA SEÇİMİ VE YÖNTEM: Hastanemizde 2008-2013 yılları arasında VATS veya mini torakotomi uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi, hastaların cerrahi işlemleri ve komplikasyonları, son tanıları kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 95 hastanın 56'sı (%59) kadın ve yaş ortalaması 49,4±9,5 (22-74) idi. Cerrahi öncesi hastaların %76'sına (n=72) fiberoptik bronkoskopi, %39'una (n=37) transbronşial biyopsi ve %40'ına (n=38) bronkoalveoler lavaj uygulanmış, spesifik tanı elde edilmemişti. Serimizde VATS 88, mini torakotomi 7 hastada uygulanmıştı. Örnek sayısı 74 hastada (%78) tek iken diğer hastalarda 1'den fazla biyopsi alınmıştı. İşlem 68 (%72) hastada sol akciğerden yapılmıştı. Ortalama yatış süresi 2,6±2,7 gün (1-18 gün) idi. İki hastada ilk 1 ay içinde exitus olmuş ve toplam 5 hastada (%5,2) major komplikasyon gelişmişti. Sekiz hastada ise 8 (%8) uzamış hava kaçağı kaydedildi. Yetmiş bir hastada spesifik tanı konulurken, 24 hasta spesifik tanı elde edilemedi. En sık konulan son tanı usual interstisyel pnömoni (n=23, %24) idi (Grafik).

SONUÇ: Yapılan cerrahi biyopsi ile hastaların %75'inde spesifik tanı elde edilmiştir. Bu tanıları içinde farklı tedavi uygulamalarının gerekli olduğu tüberküloz ve akciğer kanseri de mevcuttur. VATS veya mini torakotomi, torakotomiye göre daha düşük olmakla birlikte morbidite ve mortalitesi olan işlemlerdir. Bu nedenlerle DPAH tanısı ile tetkik edilen her hastada cerrahi biyopsi kararı; ayrıntılı klinik ve radyolojik değerlendirme ile verilmelidir.

Grafik: Patolojik tanıların dağılımı (n)



UIP: usualinterstisyel pnömoni, DIP: desquamatif interstisyel pnömoni, LHH: langerhans hücreli histiositoz, HP: hipersensitivite pnömonisi, RB-ILD: respiratuar bronşiolit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı, NSIP: nonspesifik interstisyel pnömoni, BOOP: bronşiolitis obliterans organize pnömoni, PAP: pulmoner alveoler proteinozis, Tbc: tüberküloz

SS-091**Pektus Ekskavatumlu Hastalarda Açık Cerrahi Sonrası İkincil Olarak Uygulanan Minimal İnvazif Pektus Ekskavatum Düzeltilmesi: Çok Merkezli Bir Çalışma**Kamil Kaynak¹, Ahmet Önen², Mehmet Bilgin³, Volkan Karaçam², Ahmet Demirkaya⁴, Elvin Hekimoğlu¹, Akif Turna¹¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir³Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Kayseri⁴Acıbadem Atakent Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Göğüs duvarı deformitelerinin minimal invazif olarak onarımı, artık standart haline gelmiş bir uygulamadır. Ancak, daha önce açık cerrahi uygulanmış olgularda deformiteyi düzeltmek için uygulanan minimal invazif cerrahinin rolü tam olarak ortaya koyulamamıştır. Yöntemler ve Hastalar: Çalışmamızda, Türkiye’de 3 merkezde Şubat 2007 ile Temmuz 2014 arasında yapılan ve daha önce 1993 ile 2011 yılları arasında açık (Ravitch veya modifiye Ravitch tekniği) cerrahi uygulanmış, ancak başarılı düzeltme sağlanamamış 42’si erkek 55 pektus ekskavatumlu olguda uygulanan minimal invazif göğüs duvarı deformitesi düzeltme işlemleri irdelenmiştir. Olguların yaş ortalaması 21.7 olup, en küçük hasta 9, en yaşlı hasta ise 44 yaşında idi. Haller indeksi ortalaması 3.35 idi (2.1-6.2). Olguların çoğunda ikincil ameliyatı isteme nedeni kozmetik idi.

BULGULAR: Hiçbir olgu kaybedilmedi. Hastalarda 4’üne(%7.3) 2 bar, diğerlerinde tek bar kullanıldı. Toplam 9 olguda (%16.4) komplikasyon gelişti. Bu komplikasyonların çoğu pnömotoraks idi. Ameliyat süresi ortalama 80.4 dk (30 ila 150 dk arası) idi. Olgulardan 22’sinde (%40) takılan barlar çıkarıldı. Hastaların 6 aylık takiplerinde 3 (%5.5) erken ameliyat sonrası görülenlere ek olarak saptanan yara yeri enfeksiyonu dışında herhangi bir problem saptanmadı.

TARTIŞMA: Pektus ekskavatumun minimal invazif yöntem ile ilk ameliyat olarak önerilmek ile birlikte, daha önce açık cerrahi işlem yapılmış olgularda da ikincil ameliyat referans merkezlerde (redo) güvenle uygulanabilmekte, bu işlem sonrasında oluşabilecek komplikasyonlar düşük düzeylerde gerçekleşmektedir.

SS-092

Göğüs Cerrahisi Operasyonlarında Hangi Taraf Çift Lümenli Endotrakeal Tüp Seçilmelidir?

Tevfik Kaplan¹, Perihan Ekmekçi², Baturay Kansu Kazbek², Nalan Ogan³, Aslıhan Algan⁴, Serdar Han¹, Filiz Tüzüner²

¹Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

²Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı

³Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

⁴Ufuk Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi İstatistik Bölümü

GİRİŞ: Çift lümenli endotrakeal tüpler göğüs cerrahisi operasyonlarında tek akciğer ventilasyonu için yıllardır kullanılmaktadır. Ancak bu operasyonlarda entübasyon tarafının seçiminde halen tartışma mevcuttur. Bu çalışmada sağ ve sol çift lümenli endotrakeal tüp ile opere olan hastaların peroperatif ve postoperatif bulguları karşılaştırıldı.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Kliniğimizde Ocak 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında opere olan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların peroperatif hipoksi (SpO₂ < % 90), hiperkapni (end-tidal karbon dioksit) ve akciğerlerin yeterli şekilde söndürülüp söndürülemediği, anestezi kayıtları ve ameliyat notlarından veriler elde edilerek analiz edildi. Ayrıca hastalar, postoperatif uyanma döneminde yapılan arteriel kan gazı analizi (pH, pCO₂ ve laktat düzeyleri) ile postoperatif servis takibinde akciğer ekspansiyon kusurları açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmada toplam 80 hasta mevcuttu (44 (% 55), erkek 36 (% 45) kadın). Ortalama yaş 53.74±15.59 idi. Kırk dokuz torakotomi 31 videotorakloskopik operasyon yapıldı. Sağ çift lümenli endotrakeal tüp 33 hastada kullanılırken sol çift lümenli endotrakeal tüp ise 44 hastada kullanıldı. Peroperatif hipoksi (p<0.05), hiperkapni (p<0.01) ve akciğerin söndürülememesi (p<0.01) sağ çift lümenli endotrakeal tüp kullanılanlarda daha yüksek bulundu. Postoperatif uyanma dönemindeki arteriel kan gazı analiz verileri karşılaştırıldığında yüksek pCO₂ (> 45 mmHg), düşük pH (< 7.36) ve yüksek laktat düzeyleri (5 mmol/l) anlamlı olarak sağ taraf çift lümenli endotrakeal tüp kullanılanlarda daha yüksek bulundu (p<0.001). Ayrıca hastaların servisteki takiplerinde sağ çift lümenli tüp kullanılanlarda atelektaziye daha sık rastlandı (p<0.001).

SONUÇ: Çift lümenli endotrakeal tüpü nadir olarak kullanan birçok anestezi uzmanı için kolay uygulanabilirliği açısından sağ çift lümenli endotrakeal tüp tercih nedenidir. Ancak diğer taraftan endotrakeal tüp malpozisyonlarına bağlı sorunlar cerrahları çok zor durumda bıraktığı gibi çoğu zaman operasyonlar akciğer izolasyonu yapılmadan tamamlanmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen veriler sağ çift lümenli endotrakeal tüp kullanımının kötü akciğer izolasyonuna ve postoperatif dönemde atelektazilere neden olabileceğini göstermiştir. Bundan dolayı sol pnömonektomi operasyonu hariç diğer tüm göğüs cerrahisi operasyonlarında sol çift lümenli endotrakeal tüpün öncelikli olarak tercih edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

SS-093**Soliter Pulmoner Nodül'lerde Cerrahi Sonuçlarımız**

Mertol Gökçe¹, Gökçen Sevilgen¹, Korcan Tilkan¹, Özkan Saydam², Fatma Erboy³, Tacettin Örnek³, Bülent Altınsoy³, İlker Öz⁴, Figen Atalay³, Meltem Tor³

¹Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak

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

³Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak

⁴Radyoloji Anabilim Dalı, Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak

AMAÇ: Kliniğimizde soliter pulmoner nodül (SPN) nedeniyle opere edilen olguların geriye dönük olarak analizini çıkarmak, elde edilen sonuçların SPN tanı ve tedavisindeki katkısını araştırmak.

YÖNTEM-GEREÇ: Ekim 2007–Temmuz 2014 tarihleri arasında SPN nedeniyle cerrahi uygulanan 46 olgu yaş, cinsiyet, radyolojik özellikler, malignite öyküsü, cerrahi yaklaşım, rezeksiyon tipi, morbidite, mortalite ve patoloji sonuçları açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Olgular 28 (%61) erkek ve 18 (%39) kadın olup yaşları 26 ile 73 (ort: 58) arasında hesaplandı (Tablo 1). Semptom sadece 7 (%15) olguda görülürken 39 (%85) olgu ise asemptomatikti. SPN olguları içinde malignite öyküsü olan 19 olgu (%41.3) bulunuyordu (Tablo 2). Operasyon öncesi tanı ve evreleme için akciğer grafi, toraks bilgisayarlı tomografi (BT), pozitron emisyon tomografi (PET/BT), girişimsel bronkoskopi, transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi ve mediastinoskopi kullanıldı (Resim 1). Radyolojik olarak lezyonlar 28 olguda (%61) sağ, 18 olguda (%39) sol akciğerde yerliyordu. Buzlu cam opasitesi (GGO) görünümü sadece 2 (%4.35) olguda mevcuttu. Olguların nodül çapları incelendiğinde 12 olgu (%26.08) < 1cm, 1cm < 15 olgu (%32.60) < 2 cm ve 2cm < 19 olgu (%41.30) < 3cm hesaplandı (Tablo 3).

SONUÇ: Yirmidokuz olguya (%63.1) video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS), 17 olguya (%36.9) torakotomi ile yaklaşıldı (Tablo 4). VATS ve torakotomi arasında komplikasyon görülme oranları bakımından istatistiksel anlamlı fark bulunmadı (p>0.05). İntraoperatif ve postoperatif dönemde mortalite izlenmedi. Patolojik incelemede 21 olgu (%45.65) benign, 25 olgu (%54.35)'da malignite tespit edildi (Tablo 5a ve 5b). Nodül çapları ile patolojik sonuçlar karşılaştırıldığında ise; nodül çapı<1cm olguların %13.04'ü malign bulunurken nodül çapı>1cm olan olguların %41.30'u malign patolojiye sahip bulundu (p<0.05). Malign SPN'lerin 13 (%52)'ü primer akciğer tümörü iken 12 (%48)'sinin metastatik tümör olduğu tespit edildi. Malign SPN olgularımızın sağkalım oranları incelendiğinde 5 (%20) olgu hayatta değil ve 20 (%80) olgu ise sağ ve sağlıklı takipleri devam etmektedir.

TARTIŞMA: SPN'ler, benign hastalıktan, primer ve/veya metastatik maligniteye kadar değişik patolojik durumdan kaynaklanabilir. Ancak gelişen görüntüleme teknikleri ile erken evre tanı ve tedavi uygulamalarındaki ilerleme nedeniyle metastatik SPN'lere daha sık rastlanılmaya başlanmıştır. Günümüzde minimal invaziv cerrahi (VATS) yaklaşım ve deneyimin gelişimi ile SPN'lere cerrahi yaklaşım artmaktadır. Erken tanı konulan ve cerrahi rezeksiyon uygulanan malign SPN olgularında yüksek sağ kalım oranları akıldan çıkarılmamalıdır.

Resim 1



Sağ üst lob ant segmentte 20x20mm SUV max=9.9 FDG tutulum gösteren malign karakterde SPN. Sağ torakotomi, frozen biyopsi malign, sağ üst lobektomi-mİnd operasyonu yapıldı. Patoloji: Adenoskuamöz karsinom T1aN0M0 olarak raporlandı. Olgu postop 4. yılında nüks ve metastaz yok.

Sağ üst lob anterior segmentte 20x20mm SUV max=9.9 fdg tutulum gösteren malign karakterde kitle. Sağ torakotomi frozen patoloji sonucu malign, sağ üst lobektomi, mİnd operasyonu yapıldı. Patoloji: adenoskuamöz hücreli ca, T1aN0M0, postop 4. yılında nüks ve metastaz yok.

Tablo 3

Nodül çapı < 1cm	1cm < Nodül çapı < 2cm	2cm < Nodül çapı < 3cm
12 (%26.08)	15 (%32.60)	19 (%41.30)

Olguların nodül çaplarının dağılımı

SS-094**Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Nedeni İle Akciğer rezeksiyonu Uygulanan Olgularda Postoperatif Profilaktik Enoksaparin Uygulamasının Göğüs Tüpü Drenaj Miktarı Üzerine Etkisi**Nuri Düzgün¹, Hıdır Esme¹, Mustafa Çalık¹, Burhan Apilioğulları², Ferdane Melike Duran¹¹Meram Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Konya²Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Konya

AMAÇ: Derin ven trombozu (DVT) normal nüfusta yaklaşık 1/1000 olarak görülürken, kanserli hastalarda 15/100 civarında görülür. Postoperatif profilaktik antikoagulan ilaç kullanımının kanamalara neden olabileceği bilinmektedir. Yapılan çalışmalar günlük 40 mg enoksaparin uygulamasının DVT riskini yaklaşık %45 oranında azalttığını göstermiştir. Çalışmamızda küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) nedeni ile opere ettiğimiz olgularda postoperatif profilaktik antikoagulan (enoksaparin 40mg) uygulamasının göğüs tüpü drenaj miktarına etkisini saptamayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: Mayıs 2009 ile Eylül 2013 tarihleri arasında hastanemize başvuran ve opera edilen KHDAK' li 77 olgu çalışmaya dahil edildi. Hastalardan 35' ine postoperatif 3 gün süreyle 1 x enoksaparin 40mg uygulandı. Kontrol grubundaki 42 hastaya ise postoperatif antikoagulan verilmedi. Hastaların preoperatif ve postopoperatif Hg, Htc değerleri ile hastalara verilen eritrosit süspansiyonu miktarları, postoperatif drenaj miktarları, yoğun bakımda kalma süreleri ve hastanede yatış sürelerine bakıldı.

BULGULAR: Olguların 68 (%88.3)'i erkek, 9 (%11.7)' u kadındı. 77 olgunun ortalama yaşı 61.4olarak saptandı. Preoperatif ortalama Hct değeri enoksaparin verilmeyen olgularda %42.3, enoksaparin verilen olgularda %41.7 olarak bulunurken; postoperatif ortalama Hct değeri enoksaparin verilmeyen olgularda %37.8 ve enoksaparin verilen olgularda ise %38.7 olarak bulundu. Enoksaparin verilmeyen olgularda toplam ortalama göğüs tüpü drenaj miktarı 652.8cc, enoksaparin verilen olgularda ise 791.4cc olarak hesaplandı. Hastaların ortalama hastanede yatış süresi 11.7 gün olarak bulundu. Çalışmamızda enoksoparin verilen ve verilmeyen olgularda preoperatif ve postoperatif Hg, Hct değerleri, göğüs tüpü drenaj miktarları, yoğun bakım ve hastanede kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Hastalarımızda antikoagulan kullanımına bağlı herhangi bir kanama saptamadık ve hastalarımızın hiçbirisinde pulmoner emboli gelişmedi.

SONUÇ: Çalışmamızda KHDAK' li opere edilen olguların, postoperatif drenaj miktarına profllaktik antikoagulan uygulamasının etkisi olmadığı saptanmıştır. Akciğer kanseri nedeni ile opere edilen ve özellikle postoperatif yoğun bakım ihtiyacı doğabilecek tüm riskli olgularda DVT profilaksisi yapılmalıdır.

SS-095

İdyopatik Pulmoner Fibrozis Hastalarında Tanı ve Tedaviye Yaklaşım: Bir Anket ÇalışmasıCeyda Anar¹, Oğuzhan Okutan², Oğuz Uzun³, Savaş Özsu⁴, Bülent Altınsoy⁵¹İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, göğüs hastalıkları bölümü, İzmir²GATA Haydarpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul³Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Samsun⁴Karadeniz Teknik Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Trabzon⁵Bülent Ecevit Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Zonguldak

AMAÇ: Dünya'da olduğu gibi, ülkemizde de hekimler arasında idyopatik pulmoner fibrozis (IPF) hastalarına tanı ve tedavi yaklaşımı konusunda görüş birliği yoktur.TÜSAD DPAH-PVH ÇG olarak ülkemizdeki hekimlerin IPF'li hastalara yaklaşımını bir anket ile ortaya koymayı amaçladık.Materyal ve

METHOD: IPF hastalarında tanı ve tedaviye yaklaşıma yönelik 24 soru içeren web tabanlı ankete katılım için hazırlanan ve anket linkini içeren davet mektubu, göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi uzmanlarının mail gruplarına gönderildi.Ankete katılan hekimlerin verdiği yanıtlar değerlendirildi.

BULGULAR: Anketi 93 göğüs hastalıkları, 8 göğüs cerrahisi olmak üzere toplam 101 hekim yanıtladı.Ankete katılan hekimlerin %47,5'i üniversite,%22,7'si eğitim araştırma, %11,8'i devlet hastanesinde ve %8,9'u da özel hastanede çalışıyordu.Katılımcıların %30,6'sı yılda 5'den az IPF hastası, %16,8'i 21'den fazla IPF hastası görüyordu.Çalıştıkları kurumlarda %56,4'ünde romatolojik hastalıklara yönelik laboratuvar tetkikleri yapılırken %49,5'inde romatoloji uzmanı bulunmaktaydı. Katılımcıların %66,3'ü IPF tanısı için anamnez, semptom ve klinik bulgular ile birlikte tipik radyolojik bulguların olmasının tanı için yeterli olacağını, %27,7'si ise klinik ve radyolojik bulguların yanı sıra patolojik bulgularının da IPF ile uyumlu olması gerektiğini belirttiler.IPF tanısı için doku örneği alma konusunda kullanılan yöntemlere bakıldığında; bronkoskopik transbronşial biyopsinin, torakoskopik ve açık akciğer biyopsinin oranların hemen hemen aynı olduğunu gözlemledik(sırası ile %25,7,%24,7,%25,7).IPFdüşünülen hastalarda tanı aşamasında tereddütte düşünülen alanlar arasında en çok %73,2 oranında alınan biyopsilerin patolojik değerlendirilmesi ile ilgili sorunlar yaşanırken; bunu %49,5 oranında da radyolojik bulguların yorumlanması takip etmekteydi.IPf tanısı konulan hastaların %37,6'sı deneyimli merkeze yönlendirilirken; medikal tedavi ve ilaçsız takip de sırasıyla %33,6 ve % 14,8 olarak saptandı.Hekimlerin %87,1'i hastaları 3 ayda bir takip etmekte ve takip sırasında en fazla tercih edilen tetkik spirometri (%89,1) idi.Çalıştıkları hastanede %89,1 oranında akciğer transplatasyonu yapılmadığı tespit edildi.Katılımcıların %29,7'si her zaman, %48,5'i ise bazen hastalarına akciğer transplantasyonu önermektedirler.Fonksiyonel ölçümler ve radyolojik bulgulara göre trasplantasyon kararı veren katılımcı oranı %43,5 iken; IPF tanısını koyduğu zaman ve medikal tedaviye rağmen kötüleşme olursa transplantasyon kararı veren kişi oranı sırasıyla %35,6 ve %11,8 idi.

SONUÇ: Çalışmamızın sonuçları da birçok yönden IPF klavuzları ile uyumlu olmakla birlikte, bu konudaki tartışma ve kafa karışıklıklarını da gösterecek niteliktedir.Bu nedenle IPF ile ilgili çalışmalar yakinen takip edilerek bir ülke kılavuzunun hazırlanması, her geçen gün daha fazla oranda gördüğümüz bu hastalığın tanı ve takibinde göğüs hastalıkları uzmanlarını işini kolaylaştırabileceğini düşünüyoruz.

SS-096**Pulmoner Tromboemboli Tanılı Olgularda Kısa Dönem Mortalitenin Değerlendirilmesi**

Ezgi Demirdöğen Çetinoğlu¹, Aslı Görek Dilektaşlı¹, Özge Aydın Güçlü¹, Güven Özkaya², Funda Coskun¹, Ahmet Ursavaş¹, Mehmet Karadağ¹

¹Uludağ Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Bursa

GİRİŞ-AMAÇ: Pulmoner tromboembolide (PTE) tedavi edilmemiş olgularda mortalite %25-30 olup olgularının %5-23'ünde tedaviye rağmen nüks görülmektedir. PTE yönetiminde prognostik değerlendirme oldukça önemlidir. sPESI, kısa dönem mortalite için değerli bir belirteçtir. Klinik sınıflama, tedavi seçeneklerini (antikoagülan/trombolitik) ve prognozu belirlenmesi açısından önem arzeder. Çalışmamızda PTE tanılı hastalarımızın özellikleri ve 30. gün sağkalım sonuçlarının karşılaştırılması planlandı.

YÖNTEM-GEREÇ: 1 Ocak 2013 - 1 Temmuz 2014 tarihleri arasında başvuran ve Uludağ Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Kliniği tarafınca PTE tanısı konmuş 72 hastanın verileri retrospektif incelendi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortanca değeri 63 (22-88) ve %57'si (n=41) kadın idi. %92'si (n=66) hastanemiz acil servisine başvurmuş hastalardan oluşmakta idi. En sık başvuru semptomu dispne (%85) olup diğer başvuru semptomları ise göğüs ağrısı, yan ağrısı, hemoptizi, senkop, öksürük ve bilinç değişikliği olarak sıralanmaktaydı. Olguların %22'sinde (n=16) derin ven trombozu (DVT) semptomu mevcuttu. PTE risk faktörleri, Wells klinik olasılık skorlaması sonuçları, tanı yöntemleri, klinik ağırlık sınıflaması, PTE şiddet indeksi sınıflaması ve hastaların başlangıç tedavileri Tablo 1'de özetlenmiştir. Sadece 4 hastaya ayaktan tedavi planlandı. UFH tedavisi uygulanan 3 hastaya takiben katater trombektomi ve 4 hastaya sistemik trombolitik uygulandı. Başlangıçta DMAH verilen 1 hastaya da takiben sistemik trombolitik uygulandı. Olguların tümünde D Dimer pozitif idi. Altmışaltı olguya alt ekstremitte dopler ultrasonografi (US) yapıldı ve 26'sında DVT bulgusu izlendi. Olguların 70'ine ekokardiyografi (EKO) yapıldı ve %54'ünde (n=39) sağ ventrikül disfonksiyonu bulguları saptandı. Kanama komplikasyonları incelendiğinde 2 vakada majör kanama, 5 vakada da minör kanama gözlemlendi. Hastaların 30 günlük sağkalımı incelendiğinde %86'sının sağ olduğu, %13'ünün öldüğü belirlendi. Bir hastanın 30 günlük sağkalım bilgisine ulaşamadı. 30. gün sonunda sağ olan ve kaybedilen olgular karşılaştırıldığında kaybedilen olguların trombosit değerleri sağ kalanlara göre anlamlı düzeyde düşük idi. Yapılan EKO incelemesinde exitus olan tüm olgularda sağ ventrikül yüklenme bulguları ve %78'inde vazopressör kullanımı mevcut idi. (Tablo 2)

TARTIŞMA-SONUÇ: Çalışmamızda sPESI ile mortalite arasında ilişki bulunamadı ancak yapılan EKO incelemesinde literatür ile uyumlu olarak kaybedilen olgularda sağ ventrikül disfonksiyonu anlamlı düzeyde fazla saptandı. Ayrıca trombosit sayımının PTE olgularında kontrol grubuna oranla daha düşük olduğunu gösteren çalışmalara ek olarak çalışmamızda kaybedilen olgularda trombosit değerlerini daha düşük olduğu bulunmuştur.

Tablo 1. Olguların demografik ve klinik karakteristik özellikleri

Cinsiyet % (n)	%43 (31)
Erkek	%57 (41)
Kadın	
Yaş [med (min-max)]	63 (22-88)
Wells klinik olasılık Sınıflaması % (n)	%25 (18)
Düşük	%46 (33)
Orta	%29 (21)
Yüksek	
PTE klinik ağırlık % (n)	%14 (10)
Masif	%47 (34)
Submasif	%39 (28)
Nonmasif	
PTE risk sınıflaması % (n)	%19 (14)
sPESI \geq 1	%81 (58)
sPESI=0	
PTE tanı yöntemi	%76 (55)
Spiral toraks BT	%24 (17)
Pulmoner perfüzyon sintigrafisi	
Alt ekstremitte venöz doppler US	%36 (26)
DVT bulgusu var	%56 (40)
DVT bulgusu yok	
PTE başlangıç tedavisi	%63 (45)
UFH	%25 (18)
DMAH	%12 (9)
Trombolitik	
30 günlük mortalite	%86 (62)
Sağ	%13 (9)
Ölüm	

PTE:pulmoner tromboemboli sPESI:basitleştirilmiş pulmoner emboli şiddet indeksi DVT:derin ven trombozu UFH: unfraksiyone heparin DMAH:düşük molekül ağırlıklı heparin

Tablo 2. Erken dönemde (30. gün) ölen ve yaşayan hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerinin karşılaştırılması

	Yaşayanlar (n=62)	Ölüm (n=9)	p
Yaş	62 (22-88)	71 (48-77)	0.082
Kadın	35	6	0.724
Erkek	27	3	
Başvurudan tanı anına dek geçen süre (saat)	2.5 (0.33-240)	2 (30-48)	0.704
Nabız/dakika	97 (60-156)	96 (56-115)	0.489
SKB (mmHg)	110 (80-200)	130 (90-200)	0.307
DKB (mmHg)	70 (40-114)	80 (50-100)	0.430
Beyaz küre (K/mm3)	10.40 (2.98-23.30)	14.70 (3.28-21.40)	0.213
Trombosit sayımı (K/mm3)	252 (58-825)	172 (81.6-304)	0.022
Arter kan gazı analizi			
Ph	7.45 (7.23-7.54)	7.46 (7.31-7.56)	0.976
PO2	62 (34-132)	73 (47-90)	0.542
PCO2	30.5 (17-48)	28 (21-54)	0.798
Dopplerde DVT (+)	23 (%39)	3 (%50)	0.676
Dopplerde DVT (-)	36 (%61)	3 (%50)	
EKO'da RVD (+)	29 (%48)	9 (%100)	0.003
EKO'da RVD (-)	31 (%52)	0	
PAB (mmHg)	46 (20-120)	55 (30-90)	0.346
sPESI \geq 1	50 (%81)	7 (%78)	1
sPESI=0	12 (%19)	2 (%22)	
KPR (+)	0	7 (%78)	<0.001
KPR (-)	62 (%100)	2 (%22)	
Vazopressör (+)	2 (%3)	7 (%78)	<0.001
Vazopressör (-)	60 (%97)	2 (%22)	

Değerler med (min-max) olarak verilmiştir. SKB: sistolik kan basıncı DKB:diastolik kan basıncı RVD:sağ ventrikül disfonksiyonu DVT:derin ven trombozu KPR:kardiyopulmoner resusitasyon sPESI:basitleştirilmiş pulmoner emboli şiddet indeksi

SS-097

Pulmoner Arteriyel Hipertansiyonda Serum Lektin Benzeri Okside Lipoprotein Reseptörü-1'in Endotel Hasar Belirteci Olarak Önemi Ve Hemodinamik Parametreler İle Olan İlişkisi

Hafize Uzun¹, İlknur Yaşar², Barış İkitimur³, Burçak Kılıçkiran Avcı³, Gülcan Güntaş⁴, Ersan Atahan², Gönül Şimşek⁵, Bilgehan Karadağ³, Koray Taşçılar⁶, Zeki Öngen³, Gül Öngen²

¹İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, Göğüs Göğüs hastalıkları Anabilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, Kardiyoloji Anabilim Dalı

⁴İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, Fizyoloji Anabilim Dalı

⁵İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, Romatoloji Bilim Dalı

⁶Kırklareli Sağlık Yüksek Okulu, Kırklareli

AMAÇ: Pulmoner arter hipertansiyon (PAH) pulmoner arter basıncı ve pulmoner vasküler rezistansta artış ile karakterize, sağ ventrikülde genişleme ve hipertrofiye yol açan ölümcül bir hastalıktır. PAH, endotelial hücrelerde ve düz kas hücrelerinde proliferasyon ve kan damarlarında fibroz meydana geldiğinde ortaya çıkar. Okside LDL (oxLDL) aterosklerotik süreçteki etkisini lektin benzeri okside düşük yoğunluklu lipoprotein reseptörü-1 (LOX-1) reseptörü yoluyla yapmaktadır. Çalışmadaki amacımız, PAH'lu hastalarda serum LOX-1, oxLDL, endotelin-1 (ET-1) ve nitrik oksit (NOx) gibi endotel hasar belirteçleri ile hemodinamik parametreler arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Çalışmaya PAH tanısı almış toplam 20 hasta (16 kadın, 4 erkek) ve 19 sağlıklı gönüllü (13 kadın, 6 erkek) kontrol grubu olarak dahil edildi. Rutin kan biyokimyası yanında LOX-1, oxLDL, ET-1 ve NOx düzeyleri tayin edildi.

BULGULAR: Üre, kreatinin, kreatin kinaz (KK), KK-MB, trigliserid, açlık kan şekeri, hemoglobin ve lökosit sayısı iki grup arasında benzer ($p>0.05$) iken total kolesterol, HDL-K, LDL-K ve trombosit sayısı PAH grubunda düşük ($p<0.05$) bulundu. LOX-1, oxLDL ve ET-1 düzeyleri PAH'lu hastalarda kontrole göre anlamlı yüksek, NOx düzeyleri ise anlamlı düşük saptandı. PAH'lu hastalarda LOX-1, ET-1 ve ortalama pulmoner arteriyel basınç arasında pozitif korelasyon bulundu.

SONUÇ: PAH'lu hastalarda saptanan ET-1 düzeylerindeki artışın ve NOx düzeylerindeki azalmanın bir neden mi, yoksa sonuç mu olduğu bilinmemektedir. ET-1'in güçlü bir vazokonstriktör ve pulmoner arter düz kas hücrelerinde etkin bir mitojen olması, artmış ET-1 düzeylerinin PAH'ın seyri ve yaşam beklentisiyle ilişkili bulunması gibi kanıtlar, patogeneizde endotelinin rol oynadığı savını desteklemektedir. PAH hastalarında oxLDL ve LOX-1 reseptör düzeylerinde görülen artışlar, endotel disfonksiyonu ile ilişkili bu belirteçlerin PAH patogenezinde rol oynayabileceklerini düşündürmektedir. Pulmoner hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisinde LOX-1 önemli yeni bir hedef olabilir. Bu nedenlerle PAH'lu hastaların ciddi bir endotel hasar ile karşı karşıya oldukları ve dolaylı olarak da, bu sistemleri düzeltici girişimlerin kötü prognozun önlenmesinde etkili olabileceği düşüncesindeyiz. İleri ve geniş kapsamlı çalışmalar ile bu etkiler altında yatan mekanizmaların desteklenmesi gerekmektedir.

SS-098

Astımlı Hastalarda, Atopik Durumun, Emosyonel Duruma, Astım Kontrolüne ve Yaşam Kalitesine EtkisiHikmet Çoban¹, Yusuf Aydemir²¹Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği / Sakarya²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD / Sakarya

GİRİŞ: Astım, hastaların ömür boyu birlikte yaşamak zorunda oldukları, fiziksel semptomların yanı sıra ruhsal ve sosyal hayatlarını da önemli ölçüde etkileyen kronik bir sağlık sorunudur. Bu yüzden, hastaların sağlık durumları hakkında tam bilgiye sahip olmak için semptomların yanında yaşam kalitesinin de değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Astım gibi kronik somatik hastalıklarda psikiyatrik komorbiditelerin oldukça sık olduğu bilinmektedir. Allerjenlerin astım alevlenmelerine ve semptomların sürmesine yol açtıkları iyi bilinmesine rağmen, mevcut allerjenlerin astım kontrolüne, yaşam kalitesine ve emosyonel duruma etkisi halen bilinmemektedir. Özellikle iç ve dış aeroallerjen tipi ile emosyonel durum arasındaki ilişkiyi gösteren çalışma bildiğimiz kadarıyla henüz yoktur.

AMAÇ: Çalışmamızda atopik astımlı hastalarda, ev tozu akarı ve polen allerjilerinin; astım kontrolüne, yaşam kalitesine ve emosyonel duruma etkisinin araştırılması amaçlandı.

METOD: GINA kriterlerine göre astım tanısı konulmuş ve allerji tedavisi almamış ardışık 174 hasta çalışmaya alındı. Tüm hastalara deri prick testi yapıldı. AKT (astım kontrol testi), AQLQ (astıma spesifik yaşam kalitesi anketi) ve HAD (hastane anksiyete depresyon anketi) ile astım kontrolü, yaşam kalitesi ve emosyonel durumları değerlendirildi.

BULGULAR: 134 (%78,7) hastada atopi tesbit edildi. Hastaların 58'inde (%33,3) anksiyete, 83'ünde (%47,7) depresyon bulundu. Atopik durum ve ev içi / ev dışı allerji tipi ile emosyonel durum arasında ilişki bulunamadı. Ayrıca atopi ile astım şiddeti, astım kontrolü ve yaşam kalitesi arasında da ilişki yoktu. Hastaların 89'u (%51,9) kontrolsüz astımdı. Kontrolsüz astım grubunda anksiyete ve depresyon skorları anlamlı ölçüde yüksek ve yaşam kalitesi skorları düşük bulundu. (Sırasıyla $p<0,001$, $p<0,0001$, $p<0,0001$) Anksiyete ve depresyon grubunda AKT ve AQLQ skorları daha düşüktü. ($p<0,0001$) Sonuçlar cinsiyete göre değerlendirildiğinde akar ve polen allerjileri erkeklerde daha fazlaydı. Kadınlarda ise anksiyete ve depresyon skorları anlamlı ölçüde yüksek bulundu.

SONUÇ: Deri prick testi pozitif olan atopik hastalarda, atopik olmayanlarla karşılaştırıldığında, anksiyete depresyon skorları, astım kontrolü ve yaşam kalitesi skorları açısından farklılık bulunamaması; atopik olan grup ile atopik olmayan grup arasında astım şiddeti, atak sıklığı ve spirometrik değerler açısından farklılık olmaması ile açıklandı. Özellikle kontrolsüz astımlı hastalarda anksiyete ve depresyonun oldukça sık olduğu ve bütüncül tedavi yaklaşımında, bu hastalara medikal tedavinin yanı sıra psikolojik destek ve eğitim verilmesi gerektiği kanaatine varıldı..

Atopi ile emosyonel durum, yaşam kalitesi ve astım kontrolü ilişkisi

	Non-atopik astma n=37	Atopik astma n=137	p değeri
HADS-Anksiyete	8,43	7,98	0.607
HADS-Depresyon	7,57	6,85	0.277
HADS- Total	16,00	14,82	0,302
AKT	17,97	18,42	0,486
AQLQ-Total	4,45	4,29	0,683

HADS: Hastane Anksiyete Depresyon Skalası AQLQ: Astıma Spesifik Yaşam Kalitesi Anketi AKT: Astım Kontrol Testi

Astım kontrolü ile emosyonel durum ve yaşam kalitesi ilişkisi

	Kontrolsüz Astma (AKT<20)	Kontrol Altında Astma (AKT>20)	p değeri
HADS-A Skoru	9,18	6,92	0,001
HADS-A>10 (n)	37 (41,6%)	21 (24,7%)	-
HADS-D Skoru	8,27	5,67	<0,0001
HADS-D>7 (n)	54/89(60,7%)	29/85(34,1%)	-
HADS total	17,42	12,61	<0,0001
AQLQ	5,01	3,67	<0,0001

Standart cut-off değerleri anksiyete için 10, depresyon için 7, AKT için 20 olarak kabul edilmiştir.

Emosyonel durum ile yaşam kalitesi ve astım kontrolü ilişkisi

	Anksiyete			Depresyon		
	yok n=116	var n=58	<i>p value</i>	yok n=91	var n=83	<i>p value</i>
AKT	19,28	16,41		20,18	16,20	
AQLQ-Total	4,68	3,62		4,80	3,81	
AQLQ-Semptom	5,10	4,07	<i>p<0.0001</i>	5,27	4,20	<i>p<0.0001</i>
AQLQ-Aktivite	4,31	3,49		4,44	3,59	
AQLQ-Duygusal	5,08	3,36		5,08	3,88	
AQLQ-Çevresel	3,92	3,00		4,03	3,16	
Astım şiddeti	1,91	2,21	<i>0,196</i>	1,81	2,22	<i>0,045</i>

Atopik durum ile çeşitli hasta özelliklerinin ilişkisi

	Non-atopik astma	Atopik astma	<i>p value</i>
	n=37	n=137	
Yaş	46,73	43,06	<i>0,138</i>
Cinsiyet*(k/e)	34/3	100/37	<i>0,016*</i>
BMI	28,20	27,30	<i>0,349</i>
Rinit (yok/var)	18/19	19/118	<i><0,0001*</i>
FVC	85,78	84,65	<i>0,551</i>
FEV1	85,14	84,79	<i>0,854</i>
PEF	67,46	67,3	<i>0,760</i>
Alevlenme/yıl	0,35	0,66	<i>0,868</i>
Astım şiddeti	2,05	1,99	<i>0,142</i>

SS-099

Astım Hastalarında MDR-1 C>T Gen Polimorfizm Sıklığının Değerlendirilmesi

Ümrhan Toru¹, Ceylan Ayada², Osman Genç², Zehra Yaşar³, Server Şahin⁴, İsmet Bulut⁵, Erdoğan Çetinkaya⁶

¹Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kütahya

²Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Ana Bilim Dalı, Kütahya

³Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu

⁴Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Ana Bilim Dalı, Kütahya

⁵Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Allerji ve İmmunoloji Kliniği, İstanbul

⁶Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Bir transmembran proteini olan ve hücre içine giren ilaç ve toksik maddelerin hücre dışına atılmasında görev alan P-glikoprotein kromozom 7 üzerinde yer alan çoklu ilaç dirençliliği (MDR-1) geninin ürünüdür. MDR-1 geni C>T polimorfizmi, P-gp seviyesi ve dolayısıyla toksik maddelerin hücre dışına atılması ile ilişkilidir. P-gp'nin endojen ve egzogen irritan maddelerin etkileri ile mücadelede, oksidatif stres metabolitlerinin uzaklaştırılmasında ve oksidatif strese karşı koruyucu görevi bulunmaktadır. Bronşial mukozanın kronik eozinofil temelli inflamasyonun özel bir formu olan bronşial astım etyopatogenezinde pulmoner ve sistemik inflamasyon süreçlerinin yanı sıra oksidatif stres faktörleri ve genetik faktörler de önemli rol oynamaktadır. MDR-1 geni tarafından kodlanan P-glikoprotein'in, bir antioksidan olarak rol oynaması nedeniyle akciğer dokusunun oksidatif strese karşı korunmasında önemli bir görevi olabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple biz çalışmamızda astım hastalarında MDR-1 C>T gen polimorfizm sıklığını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM-GEREÇLER: Çalışmamızda astım (n=45) ve kontrol (n=27) olmak üzere iki grup oluşturuldu. Venöz kan örneklerinden klasik yöntem ile DNA izolasyonu yapıldı. DNA örneklerinden polimeraz zincir reaksiyonu ve enzim kesimi yöntemiyle MDR-1 C/T gen polimorfizmleri belirlendi. Elde edilen veriler SPSS16.0 istatistik programında değerlendirildi.

BULGULAR: Her iki grup içinde de MDR-1 gen polimorfizmi Hardy-Weinberg eşitliğine göre anlamlı bir dağılım göstermemiştir. MDR polimorfizmi açısından; astım grubunda 9 bireyin (% 20,0) CC, 27 bireyin (% 60,0) CT, 9 bireyin (% 20,0) TT; kontrol grubunda 12 bireyin (% 44,4) CC, 14 bireyin (% 51,9) CT, 1 bireyin (% 3,7) TT genotipi taşıdığı tespit edildi. Gruplar arasında MDR polimorfizmi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6,881$; $df=2$; $P= 0,032$).

SONUÇ: Yapmış olduğumuz çalışma ile ilk kez astım popülasyonunda MDR-1 C>T gen polimorfizm sıklıkları tanımlanmıştır. Elde etmiş olduğumuz veriler doğrultusunda astım fizyopatolojisi açısından MDR-1 C>T gen polimorfizminin muhtemel bir katkısının olabileceğini öngörmekteyiz. Bunun yanı sıra klinik açıdan özellikle astım hastalarının tedavisinde ilaç direncinin tedavi yanıtında önem taşıdığını bilmekteyiz. Bu nedenle, hasta ve kontrol grupları arasında araştırmış olduğumuz polimorfik bölge farklılığının saptanmasının tedavi kriterleri arasında yer alması ile bireysel ilaç tedavisi uygulamasında yarar sağlanabileceğini düşünmekteyiz.

SS-100**Astım Hastalarında ACE ve AT1 Gen Polimorfizm Sıklıkları**

Ceylan Ayada¹, Ümran Toru², Osman Genç¹, Server Şahin³, Zehra Yaşar⁴, İsmet Bulut⁵, Murat Acat⁶

¹Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Ana Bilim Dalı, Kütahya

²Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kütahya

³Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji Ana Bilim Dalı, Kütahya

⁴Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu

⁵Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Allerji ve İmmunoloji Kliniği, İstanbul

⁶Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Karabük

GİRİŞ-AMAÇ: Renin anjiyotensin aldosteron sistemi (RAAS) birçok hastalığın patogenezinde rol oynamaktadır. RAAS içinde anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) ve anjiyotensin reseptör 1 (AT1R) geni için birçok polimorfizm tanımlanmış ve farklı hastalıklarla ilişkilendirilmiştir. Astım; reversibl hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize kronik inflamatuvar bir hastalıktır ve etyopatogenezinde çevresel faktörlere ek olarak genetik risk faktörlerinin de yer aldığı bilinmektedir. Akciğerlerde yüksek miktarda bulunan ACE aracılığıyla Anjiotensin, RAAS'ın en etkin elemanı ve güçlü bir vazokonstriktör olan Anjiotensin 2'ye dönüşür. Anjiotensin 2, AT1 ve AT2 reseptörleri üzerinden farklı sistemik etkilere yol açmaktadır. AT1 reseptörü aracılığı ile RAAS aktivasyonunun dominant etkileri olan; vazokonstriksiyon ve hipertansiyon gerçekleşmektedir. ACE geni kromozom 17q23 üzerinde lokalizedir, fonksiyonel olarak 2 polimorfizm (I ve D) ve bağlantılı 3 genotip (II, ID, DD) tanımlanmıştır. ACE (I/D) polimorfizmi ACE geninin intron 16 bölgesinde yer almaktadır. Bireyler arasındaki plazma ACE seviyesindeki farklılık ACE (I/D) polimorfizmi ile ilişkilendirilmektedir ve D allelinin varlığı yüksek ACE aktivitesiyle ilişkilendirilmektedir. Biz bu çalışmamızda astım hastalarında ACE ve AT1 gen polimorfizm sıklıklarını araştırdık.

YÖNTEM-GEREÇLER: Astım (n=45) ve kontrol (n=27) olmak üzere iki grup oluşturuldu. Venöz kan örneklerinden klasik yöntem ile elde edilen DNA'lardan polimeraz zincir reaksiyonu ve enzim kesimi yöntemleriyle ACE ve AT1 polimorfizmleri belirlendi. Elde edilen veriler SPSS16.0 istatistik programı ile analiz edildi.

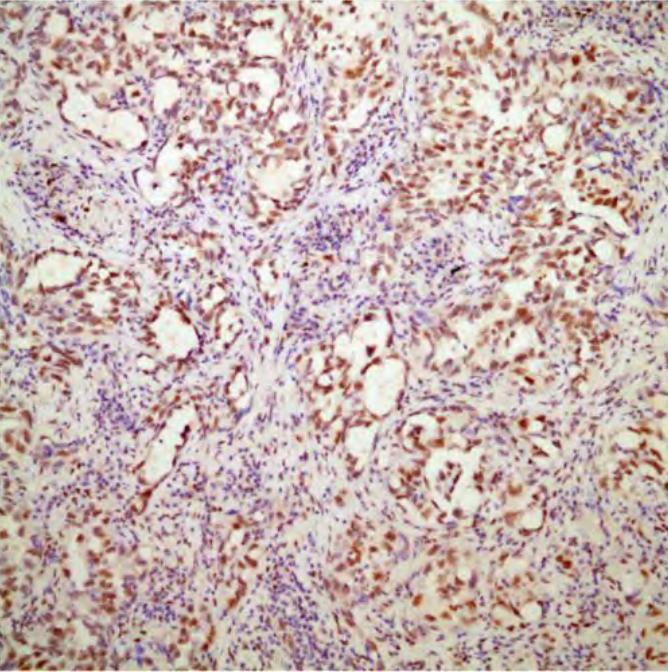
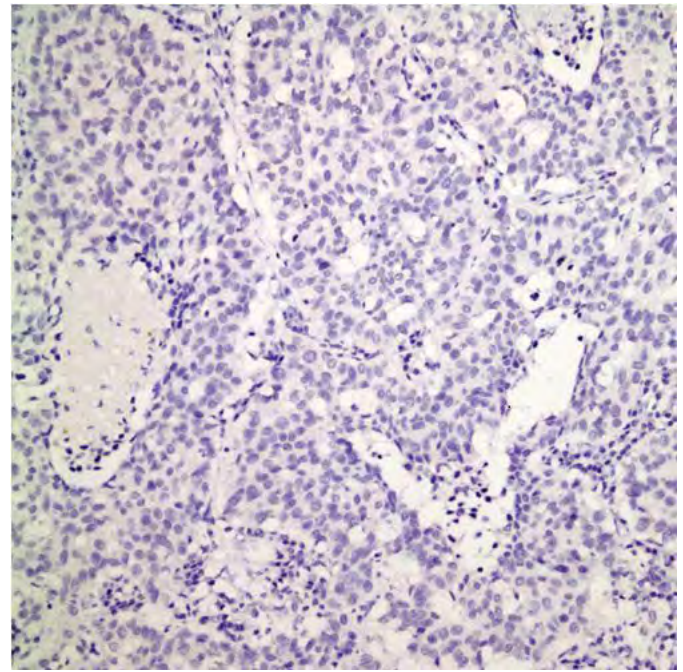
BULGULAR: Her iki grup içinde de ACE ve AT1R gen polimorfizmleri Hardy-Weinberg eşitliğine göre anlamlı bir dağılım göstermemiştir. ACE polimorfizmi açısından; astım grubunda 16 bireyin (%35,6) DD, 22 bireyin (%48,9) ID, 7 bireyin (%15,6) II; kontrol grubunda 8 bireyin (%29,6) DD, 14 bireyin (%51,9) ID, 5 bireyin (%18,5) II genotipi taşıdığı tespit edildi. AT1 polimorfizmi açısından astım grubunda 25 bireyin (%55,6) AA, 18 bireyin (%40,0) AC, 2 bireyin (%4,4) CC; kontrol grubunda 13 bireyin (%48,1) AA, 13 bireyin (%48,1) AC, 1 bireyin (%3,7) CC genotipi taşıdığı tespit edildi. Hasta ve kontrol grupları arasında ACE ($X^2=0,296$; $df=2$; $P=0,862$) ve AT1 ($X^2=0,458$; $df=2$; $P=0,795$) polimorfizmleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

SONUÇ: Astım gelişiminde ACE polimorfizminin bir risk faktörü olmaktan uzak olduğunu desteklemiş bulunmaktayız. Bunun yanı sıra ilk kez astım hastalarında AT1R polimorfizm sıklıkları tanımlanmıştır. Elde etmiş olduğumuz verilere dayanarak astımın RAAS' da ACE yolağından bağımsız bir fizyopatoloji gelişimine sahip olduğunu söyleyebiliriz.

SS-101

Akciğer Kanserinde ERCC1 Protein Varlığının PET-BT' de 18F-FDG Tutulumu ile Olan İlişkisi ve Prognostik ÖnemiTuba Şahinoğlu¹, Serkan Uysal², Ulaş Kumbasar³, Sevgen Çelik Önder⁴, Rıza Doğan³, İlhan Paşaoğlu³, Metin Demircin³¹Sivas Kamu Hastaneleri Birliği, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Sivas²Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bolu³Hacettepe Üniversitesi, Göğüs-Kalp ve Damar Cerrahisi A.D., Ankara⁴Hacettepe Üniversitesi, Tıbbi Patoloji A.D., Ankara

Akciğer kanseri en sık tanı alan, kanser mortalitesinde dünya genelinde önde gelen ve yılda yaklaşık 1.3 milyon kişinin ölümüne neden olan malignitedir. Yaklaşık %85'i küçük hücreli dışı akciğer kanseri(KHDAK)'dir. Akciğer kanserinde cerrahi en etkili tedavi yöntemi olmakla birlikte, tedavi protokolleri evreye göre belirlenebilir. PET-BT(Pozitron Emisyon Tomografisi- Bilgisayarlı Tomografi) tanı ve evrelemede önemli bir non-invaziv yöntemdir. KHDAK'de KT rezistansı klinik bir tehdittir, bu durumun EGFR(Epidermal Growth Factor Receptor), P53 ve ERCC1(Excision Repair Cross-Complementing Group-1 /eksizyon onarım çapraz-tamamlayıcı grup 1) gibi önemli biyomarkerlar ile sıkı ilişkisi olduğu gösterilmiştir. ERCC1 nükleotid eksizyon tamir yolundaki anahtar enzimlerden biridir. Platin-DNA(-Deoksiribonükleik Asit) atıklarının temizlenmesinde görev yapmaktadır. Yüksek ERCC1 ekspresyonu KHDAK'de önemli bir prognostik faktör olmakla birlikte, aynı zamanda KT için ilaç rezistansını gösteren prediktif bir parametredir. PET-BT ile KT rezistans tümör markerlarının ilişkisini gösteren sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmada, ERCC1 ekspresyonunun, evreleme amaçlı yapılan PET-BT'de tümördeki 18F-FDG tutulumu(SUVmaks değeri- Maximum Standart Uptake Value) ile ilişkisinin incelenmesi ve prognostik faktör olarak değerlendirilmesi amaçlandı. Kliniğimizde 2008 ile 2013 yılları arasında akciğer kanseri nedeniyle komplet rezeksiyon yapılmış 71 akciğer kanserli hasta çalışmaya dahil edildi. Hasta verileri retrospektif olarak H.Ü. Hastaneleri arşiv dosyalarından ve otomasyon sisteminden, rezeksiyon sonrası patolojik spesmenlere ait parafin blokları H.Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı Arşivi'nden temin edildi. Hastaların parafin bloklarından hazırlanan preparatlar ERCC1 antikoruna ile immünohistokimyasal olarak boyandı. Nükleer boyanma pozitif kabul edilerek, boyanma şiddeti ve yaygınlık üzerinden yapılan semikantitatif bir skorlama ile preparatlar değerlendirildi. SUVmaks ile tümör çapı, evresi, adjuvan KT almış veya almamış olmak, 1 yıldan uzun takip ve sağkalım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi (P<0.05). Evre IA ile IIB arasında SUVmaks ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gösterildi (P=0.020). Literatürle uyumlu olarak, ERCC1 (+)'liği ile sağkalım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi (P=0.016). KHDAK'de, ERCC1'in bağımsız bir prognostik faktör olduğu tespit edilmiş olmasına karşın SUVmaks ile ilişkisi tek bir değer üzerinden gösterilemedi. SUVmaks'ı 2.5 ve/veya üzeri olan hastalardan hayatta olanların %57.4'ü ERCC1(+) iken, eksitus olanların %29.4'ü ERCC1(+) saptandı. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (P= 0.048). ERCC1 için oluşturulacak kantitatif skorlama sistemleri, ileride yapılacak çalışmalarda daha net ve ortak sonuçlar elde edilmesini sağlayacaktır.

ERCC1 ile Kuvvetli Pozitif Boyanma, X200**Negatif Kontrol x200**

ERCC1 ile yapılan immunohistokimyasal boyamada negatif kontrol, tonsilde.

ERCC1 (+) ve (-) Hastaların Değişik Parametrelerle Olan İstatiksel Analizi

DEĞİŞKEN	ERCC1 (+) (%)	ERCC1 (-) %	P değeri
SUVMAX GR			
<2.5	5(71.4)	2(28.6)	0.281
>=2.5	32(50.0)	32(50.0)	
ADJUVANT KT			
YOK	23(60.5)	15(39.5)	0.099
VAR	14(42.4)	19(57.6)	
SAĞKALIM			
EKSİTUS OLANLAR	5(27.8)	13(72.2)	0.016
YAŞAYANLAR	32(60.4)	21(39.6)	

ERCC1 ile sağkalım arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi (P=0.016)

ERCC1(+) ve (-) Hastalarda SUVmaks>=2.5 Olanlardaki Sağkalım Analizi

DEĞİŞKEN	ERCC1(+)	ERCC1(-)	Pearson Chi-Square	P Değeri
SUVmaks>=2.5				
EKSİTUS OLANLAR	5(%29.4)	12(%70.6)	3.925	0.048
YAŞAYANLAR	27(%57.4)	20(%42.6)		

ERCC1(+)’liği SUVmaks>=2.5 ve SUVmaks<2.5 olan hastalarda ayrı ayrı değerlendirildiğinde yalnızca sağkalıma göre anlamlı farklılık gözlemlendi (Pearson Chi-Square=3.925, P= 0.048). SUVmaks>=2.5 olan hastalarda hayatta olanların %57.4’ü ERCC1(+) iken, eksitus olanların %29.4’ü ERCC1(+) idi.

SS-102

Radyasyona Bağlı Akciğer Hasarının Engellenmesinde Halofuginonun Etkinliği Elektron Mikroskobu İncelenmesi

Mustafa Çalık¹, Güler Yavaş², Saniye Göknil Çalık³, Çağdaş Yavaş², Zeliha Esin Çelik⁴, Özlem Ata⁵, Hıdır Esme¹

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı

³Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

⁴Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı

⁵Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Ana Bilim Dalı

Akciğer kanseri (AK) tüm dünyada kanserden ölümlerin önde gelen nedenidir. Tüm AK'lerinin % 75'den fazlasını oluşturan küçük hücre dışı akciğer kanseri (KHDAK) daha tanı anında bile ilerlemiş veya metastatik hastalığı vardır. 5 yıllık genel sağkalım % 15 civarındadır. Herhangi bir dokuya uygulanan iyonize radyasyon, direkt ve indirekt (serbest radikaller aracılığı ile) DNA hasarına bağlı hücre ölümü ve fibrozisle sonuçlanır. Geleneksel olarak, radyoterapi (RT) AK hastalarının yaklaşık % 30-40 yarar sağlar, ancak, bunların % 20-30 oranında geç dönem ve ilerleyici bir komplikasyon olan radyasyona bağlı akciğer hasarına (RABAH) yol açar. Halofuginon (H) geleneksel Çin tıbbında yaklaşık iki bin yıldır antimalaryal ilaç olarak kullanılmaktadır. Şiddetli yan etkileri nedeniyle klinik kullanım alanı bulamamasına rağmen veteriner hekimlikte antikoksidiyal olarak kullanılmaktadır. Deneysel araştırmalarda fibroblastlar ve fibrozis üzerine etkinliği gösterilmiştir. Bizde H'nin RABAH önlenmesindeki etkisini araştırmak istedik.

Çalışmamızda aynı nesil randomize olarak seçilen altmış dişi rat her biri 10 sıçandan oluşan altı eşit gruba ayrıldı: Grup 1 (G1) kontrol grubu, G2: RT kontrol grubu, G3 ve G4 sırası ile 2.5µg H ve 5µg H grubu; G5 ve G6 ise 2.5 µg H+RT ve 5 µg H+RT grupları olarak belirlendi. RT tek doz 12 Gy olarak sıçanların sol hemitoraksına uygulandı. H günlük dozlar halinde intraperitoneal olarak uygulandı. Her bir gruptan 5'er adet sıçan RT sonu 6. ve 16. haftalarda servikal dislokasyon ile sakrifiye edilerek sol akciğerleri ışık ve elektron mikroskopuyla histopatolojik değerlendirmeye tabi tutuldu.

Bütün gruplarda; RT'nin 6. ve 16. haftalarında inflamasyon ve fibrozis skoru arasında istatistiksel anlamlı fark vardı (p< 0.001).

H kullanıldığı her dozda erken ve geç dönemde RABAH'ı azaltmıştır. Bu bulgulara paralel olarak göre RT sadece inflamasyon ve fibrozis bulguları RT gruplarında 6. haftayla karşılaştırıldığında 16. haftasında kötüydü (p <0.001). 6. haftada yapılan elektron mikroskobu incelemesinde H uygulamasından bağımsız olarak bütün gruplardaki bulgular benzerdi. Yapısal açıdan 2.5 µg H ve RT uygulanan grupla RT grubu; buna ek olarak 5 µg H+RT grubunun 6. Ve 16. Haftadaki bulguları benzerdi.

Halofuginon ister düşük ister yüksek dozda kullanılsın RABAH'ı azaltmıştır. Bu etki uzun dönem ve yüksek dozda en belirgindir.

SS-103

T1-3N0M0 Opere Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserlerinde Lenfovasküler ve Perinöral İnvazyonun Sağkalıma Etkisi

Yekta Altemur Karamustafaoğlu, Fazlı Yanık

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi AD, Edirne

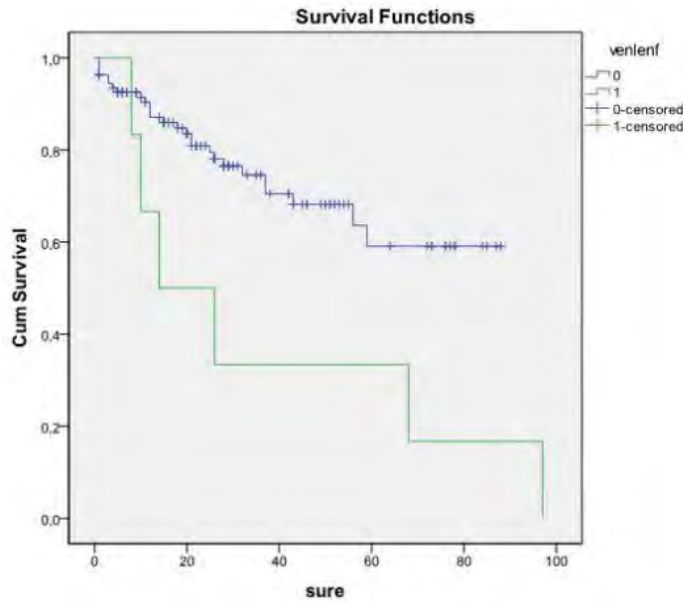
AMAÇ: Erken evre (T1-3N0M0) Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde (KHDAK) cerrahinin sağkalımı artırmasına rağmen %35'lere varan rekürrens oranları bildirilmiştir. Çalışmamızın amacı; N0 olgularda lenfatik, vasküler ve perinöral invazyon varlığının sağkalıma etkisinin araştırılmasıdır.

MATERYAL-METOD: Ocak 2006-Haziran 2014 tarihleri arasında kliniğimizde rezeksiyon yapılan, ortalama yaşları $61,8 \pm 0,8$ (38-81), 13'ü (%11) kadın, 102'si (%89) erkek 115 p(T1-3N0M0) KHDAKli olgu retrospektif olarak incelendi. Seksen sekiz (%76,5) olguya lobektomi, 23 (%20) olguya pnömonektomi, üç (%2,6) olguya wedge ve bir (%0,1) olguya segmentektomi yapıldı. Histopatolojik tanı 62 (%52,5) olguda epidermoid karsinom, 46 (%39) olguda adenokarsinom, üç (%2,5) olguda büyük hücreli karsinom, iki (%1,7) olguda adenoskuamöz karsinom ve iki (%1,7) olguda da lenfoepitelyal karsinom olarak raporlandı. Kırk bir (%36) olgu T1N0M0, 58 (%50) olgu T2N0M0 ve 16 (%14) olgu T3N0M0 olarak evrelendi. Kaplan Meier sürvi analizi ve Cox regression testleri ile sağkalım ve etkili faktörler araştırıldı.

SONUÇLAR: Otuz dokuz olguda (%34) lenfovasküler yada perinöral invazyon olduğu görüldü. Tüm seride ortalama sağkalım; $66,2 \pm 4,48$ ay (57-75, %95 CI) iken; sadece lenf invazyonu olanlarda $64,2 \pm 5,73$ ay ($n=17, p=0,20$), perinöral ve lenfatik invazyonu olanlarda $49,6 \pm 13,1$ ay ($n=5, p=0,47$), venöz ve lenfatik invazyonu olanlarda $37,1 \pm 15$ ay ($n=6, p=0,01$), arter ve lenfatik invazyonu olanlarda $21,1 \pm 4,05$ ay ($n=8, p=0,44$), venöz ve perinöral invazyon olanlarda ($n=1, p=0,51$), lenfovasküler ve perinöral invazyon olanlarda 49 ay ($n=2, p=0,35$), perinöral ve ven invazyonu olanlarda ise 50 ay ($n=1, p=0,51$) olarak bulundu. Venöz ve perinöral invazyon birlikteliğinin sağkalımı olumsuz etkilediği ($p=0,03$) diğer invazyon kombinasyonlarının ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü. Vasküler, lenfatik ve perinöral invazyon ile tümör cinsi ve evre arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p=0,57; 0,82$).

TARTIŞMA: Opere edilebilir N0 olgularda venöz ve lenfatik invazyonun birlikte olması sağkalımı azaltan prognostik bir faktör olabilir. Ancak daha doğru değerlendirmeler yapmak için; daha fazla vaka sayısı ile yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

Resim 1



Venöz ve perinöral invazyonun sağkalıma etkisi

SS-104

Kemoterapi Alan Akciğer Kanserli Hastalarda Kemoterapi sonrası Nötropeni Gelişiminin Öngörülmesinde Serum G-CSF Düzeyinin Rolü

İskan Zencir¹, Uğur Gönlüğü¹, Arzu Mirici¹, Dilek Ülker Çakır², Coşkun Bakar³

¹Çanakkale Onsekiz Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çanakkale

²Çanakkale Onsekiz Üniversitesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Çanakkale

³Çanakkale Onsekiz Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Çanakkale

GİRİŞ: Kemoterapi hem küçük hücreli akciğer kanseri hem de ileri dönemdeki küçük hücreli dışı akciğer kanserinin standart tedavisidir. Kemoterapinin en önemli yan etkisi ise kemik iliği depresyonudur. Bu çalışmanın amacı kemoterapiye bağlı myelosupresyonun öngörülmesinde serum G-CSF düzeylerinin rolünü araştırmaktır.

METOD: Patolojik olarak ispatlanmış 50 primer akciğer kanseri olgusunda her kür öncesi ve sonrasında serum G-CSF düzeyleri ELISA yöntemiyle ölçüldü. Hematolojik toksisite ECOG kriterlerine göre derecelendirildi.

BULGULAR: İlk aşama kemoterapi alan 42 olgunun 8 'inde febril nötropeni gelişti. Ancak ikinci aşama kemoterapi alan 8 olgunun hiçbirinde febril nötropeni gelişmedi. Yaş, cinsiyet, hastalığın evresi, performans durumu, yandaş hastalık ile febril nötropeni gelişimi arasında bir ilişki saptanmadı. Ancak febril nötropeni gelişenler daha yaşlı (70 ± 8 'a karşı 62 ± 9) ve daha düşük vücut yüzey alanına sahiptiler. Her kemoterapi küründen sonra serum G-CSF düzeyleri azalmıştır. Kürler sonrasında serum G-CSF düzeyi en yüksek korelasyonu serum CRP ile gösterdi. İkinci kürden sonra serum G-CSF düzeyi ile lökosit düzeyleri arasında pozitif korelasyon vardı.

SONUÇ: Serum G-CSF düzeylerinin febril nötropeni oluşunun öngörülmesinde rolü yoktur.

SS-105**İleri Evre Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri Hastalarda Edmonton Semptom Skoru ile Genel Sağlıkım Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**Fatma Özbaki¹, Ülkü Yılmaz, Yurdanur Erdoğan, Derya Özyaydın

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Literatürde KHDAK' de prognostik faktörleri değerlendiren çok sayıda çalışma vardır. Sağlıkım süreleri ile semptomlar arasındaki ilişki net değildir. Çalışmamızın amacı; ileri evre KHDAK'li hastalarda prognostik faktörlerin tanımlanması ve semptomlarla yaşam süreleri arasındaki ilişkinin ortaya konmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Çalışmaya Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ağustos 2011 ile Mayıs 2012 tarihleri arasında, yeni tanı konmuş, performansı ECOG 0-2 arasında olan Evre 3b ve Evre4 KHDAK'li hastalar dahil edilmiştir. Hastaların demografik bilgileri, hastalık ilişkili özellikleri ve laboratuvar değerleri kaydedildi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) ile kemoterapi (KT) öncesi ve sonrası semptomları sorgulandı. Çalışma prospektif olarak tasarlandı ve hastalar 826 gün takip edildi. Takip süresinin sonunda Cox orantısal risk analizi ile başlangıç semptomları, semptomların KT sonrası değişiminin ve genel özelliklerin sağlıkım ile ilişkisine bakıldı.

SONUÇ: Çok değişkenli sağlıkım analizinde; genel özelliklerden hastalığın evresi ($p=0,004$ HR: 2,373 %95 GA: 1,317-4,274) ve histopatolojik tanısının ($p=0,006$ HR: 2,311 %95 GA:1,271-4,202) prognostik olarak değeri olduğu saptandı. Yine çok değişkenli analizde başlangıç semptomlarından yorgunluk ($p=0,001$ HR:2,389 %95 GA: 1,460-3,908) ve üzüntü ($p=0,032$ HR:2,311 %95 GA: 1,271-4,202) skoru 4 ve üzerinde olanların sağlıkım sürelerinin kısa olduğu, KT sonrası öksürük şiddeti artan ($p=0,006$ HR: 1,933 %95 GA: 1,128-3,314) hastaların sağlıkımının kısa, ölüm risklerinin yüksek olduğu saptandı. Tedavi sürecinde hastaların performans skoru ile birlikte semptom skoru ile de izlenmesi anlamlı olacaktır. Semptomların prognoz ile ilişkisinin ortaya konabilmesi için geniş hasta sayılarıyla yapılan prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS-106

Malign Mezotelyomalı Hastalarda Tanı ve Prognoz Değerlendirmesinde Serum Fibulin-3'ün Rolü

Halide Kaya¹, Melike Demir¹, Maşuk Taylan¹, Cengizhan Sezgi¹, Özlem Abakay¹, Hadice Selimoğlu Şen¹, Süreyya Yılmaz¹, Mehmet Bayram², İbrahim Kaplan³, Abdullah Çetin Tanrıkulu¹, Abdurrahman Şenyiğit¹

¹Dicle Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları A.B.D, Diyarbakır

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Dicle Üniversitesi, Biyokimya A.B.D, Diyarbakır

AMAÇ: Malign mezotelyoma (MM) serozal membranlardan gelişen nadir ama oldukça agresif ve fatal seyirli tümördür. Tanıda radyolojik ve patolojik olarak güçlükler yaşanmaktadır. Bu nedenle son yıllardaki çalışmalar, hastalığın tanı ve prognoz değerlendirmesinde yeni biyomarkerlerin önemi üzerine yoğunlaşmıştır. Glikoprotein yapılı bir protein olan fibulin-3, bir çok kanserin tanı ve prognoz değerlendirmesinde önemli bir marker olarak gösterilmiştir ancak MM'de yapılmış çalışmalar az sayıdadır. Çalışmamızın amacı; serum fibulin-3 düzeylerinin MM'nin tanı ve prognozundaki rolünü, klinik ve laboratuvar parametreleri ile ilişkisini araştırmaktır.

MATERYAL-METOD: Prospektif olarak Ocak 2012-Ocak 2014 tarihleri arasında hastanemize başvuran ve biopsi ile MM tanısı konan 43 hasta ve 40 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Hastaların tanı anındaki demografik ve klinik özellikleri, rutin laboratuvar incelemeleri, serum fibulin-3 düzeyleri ve tedavi sonuçları potansiyel prognostik faktörler olarak tanımlandı. İstatistiksel olarak iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Student t-test (parametrik) veya Mann-Whitney U test (nonparametrik) kullanıldı. Serum fibulin-3 düzeylerinin MM tanısında en yüksek sensitivite ve spesifitesini saptamak için 'The receiver operating characteristic' (ROC) eğrisi kullanıldı. Tek değişkenli (univariate) sağkalım analizi, Kaplan-Meier metodu kullanılarak yapıldı. Sağkalımla ilgili bağımsız prediktörü saptamak için, olası prognostik faktörler çok değişkenli cox regression analiziyle değerlendirildi.

BULGULAR: MM'li hastalarda serum fibulin-3 düzeyleri kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek saptandı. MM tanısında serum fibulin-3 düzeyleri incelendiğinde en iyi cut-off değeri 36.6 ng/ml, AUC (area under the curve)=0.976, sensitivite=%93.0 ve spesifite=%90.0 olarak bulundu. Çalışmamızda başlangıçta kötü prognostik faktörler; ileri evre, yüksek lökosit ve platelet sayısı ile yüksek C-reactive protein olarak bulundu ($p<0.05$). Ancak daha sonra çok değişkenli analiz yapıldığında sadece ileri evre anlamlı parametre olarak belirlendi.

SONUÇ: Çalışmamızın sonuçları serum fibulin-3 düzeylerinin MM tanısında faydalı olmasına rağmen hastalığın prognozunda katkısı olmadığını göstermiştir. Ayrıca ileri evre kötü prognozla ilişkili en önemli faktör olarak bulunmuştur.

TARTIŖMALI POSTER OTURUMLARI

TP-001

KOAŞ Hastalarında Periferik Nöropati

Hatice Baysal¹, Baykal Tülek², Hakan Ekmekci³, Fikret Kanat², Mecit Süerdem²¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD Konya²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD Konya³Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji AD Konya

GİRİŞ: Kronik hipoksi periferik nöropatinin (PNP) önemli bir nedenidir. Oksidatif stres, dolaşımdaki inflamatuvar hücrelerin aktivasyonu ve proinflamatuvar stokinler de PNP'den sorumlu olabilir. Ancak bulgular yeterli olmadığı için periferik nöropati KOAŞ komorbiditeleri arasında sayılmamakta ve genellikle tanı almamaktadır. Çalışmamızda; PNP tanısı almamış olan ve ağır hipoksemisi bulunmayan stabil dönemdeki KOAŞ hastalarında PNP prevalansını belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: 80 stabil KOAŞ hastası ve 80 sağlıklı gönüllü (40 sigara içen, 40 sigara içmeyen) çalışma adayları olarak belirlendi. Hariç bırakma kriterleri nedeniyle 24 hasta, 31 kontrol olgusu çalışmadan çıkarıldı. 56 KOAŞ hastası, 49 (24 sigara içmeyen, 25 sigara içen) sağlıklı kontrol ile çalışma tamamlandı. Hasta seçiminde dikkat edilenler; stabil KOAŞ tanılı olmak, ağır hipoksemili (SaO₂>%90) olmamak, son altı ay içinde alevlenme geçirmemiş olmak, PNP bulgularına sahip olmamak ve önceden PNP tanısı almamış olmak, nörotoksik ilaç kullanmıyor olmak, PNP'ye neden olabilecek hastalıklara sahip olmamak. Elektrodiagnostik testler bilateral üst ve alt ekstremitelerden konvansiyonel motor ve duysal sinir ileti ölçümleri şeklinde gerçekleştirildi.

BULGULAR: KOAŞ olgularımızda, sigara içen ve içmeyen kontrol gruplarına göre yüksek oranda PNP belirlendi (sırasıyla; %41.1, %36.0, %33.3). Ancak KOAŞ olgularında elde edilen yüksek PNP oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0.784). KOAŞ grubunun alt ekstremitelerde sinir iletim hızında belirgin düzeyde yavaşlama tespit edildi. Sigara içen ve içmeyen kontrol gruplarının elektrofizyolojik ölçümleri arasında anlamlı farklılık saptanmadı. KOAŞ grubunda; PNP ile GOLD evreleri, hastalık süresi, son iki yıldaki atak sayısı, yaş, VKİ, sigara kullanımı, FEV₁, FVC, SaO₂ ve CRP düzeyleri arasında ilişki yoktu.

SONUÇ ve TARTIŞMA: Duysal ve motor bileşenleri ile PNP, KOAŞ'ın sistemik etkilerinden birisi olarak kabul edilebilir. PNP gelişimi ile KOAŞ yaşam kalitesinde ve egzersiz kapasitesinde azalma ortaya çıkar. PNP tespit edilmesi ve tedavisi ile hastaların yaşam kalitesi artar. Sonuç olarak; KOAŞ'da periferik nöropatinin klinik ve prognoz üzerindeki etkileri ile PNP tedavisinin hastalığın kliniği ve doğal gidişi üzerindeki etkileri kapsamlı çalışmaların konusu olmalıdır.

Tablo 1.

	GRUPLAR												p
	KOAŞ				Sigara içen kontrol grubu				Sigara içmeyen kontrol grubu				
	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	Ort	SS	Min	Maks	
Yaş (yıl)	61.37	6.55	51.00	75.00	58.16	3.91	52.00	66.00	61.17	6.92	47.00	73.00	0.069
Kilo (kg)	78.04	14.09	47.00	109.00	79.68	14.66	35.00	108.00	79.83	10.83	63.00	100.00	0.739
Boy (cm)	167.16	7.78	153.00	187.00	167.36	11.61	122.00	185.00	167.50	6.37	153.00	178.00	0.590
VKİ (kg/m ²)	27.94	4.87	18.83	42.46	28.26	3.61	23.52	35.86	28.46	3.62	22.41	36.73	0.799

Grupların yaş, kilo, boy ve VKİ değerlerine ait karşılaştırmalar.

Tablo 2.

PNP	GRUPLAR						p
	KOAŞ		Sigara içen kontrol grubu		Sigara içmeyen kontrol grubu		
	n	%	n	%	n	%	
Yok	33	58.9	16	64	16	66.7	0.784
Var	23	41.1	9	36	8	33.3	

Grupların PNP dağılımları.

Tablo 3.

KOAH Grubu	KOAH Evre	Hastalık Süresi	Yaş (yıl)	VKİ (kg/m ²)	Sigara (Paket/Yıl)	% FVC	% FEV ₁	SaO ₂	CRP (mg/L)	
PNP	r	-0.053	0.078	0.245	0.145	-0.075	-0.049	0.049	-0.063	-0.139
	p	0.696	0.569	0.069	0.287	0.581	0.718	0.717	0.645	0.307

KOAH grubunda PNP ile hastaların değişik özellikleri arasındaki ilişkiler.

Tablo 4.

Sigara içen kontrol grubu	Yaş (yıl)	VKİ (kg/m ²)	Sigara (Paket/Yıl)	% FVC	% FEV ₁	
PNP	r	0.157	0.208	0.126	-0.387	-0.463
	p	0.453	0.318	0.548	0.056	0.020

Sigara içen kontrol grubunda PNP ile olguların değişik özellikleri arasındaki ilişkiler.

TP-002

Koroner Anjiyografi Uygulanan Hastalarda Koah Varlığı Ve Etkileri: Kesitsel Bir Çalışma

Emine Altuntaş¹, Levent Dalar², Selen Yurdakul¹, Özlem Soğukpınar², Önder Demiröz¹, Çavlan Çiftçi¹

¹İstanbul Bilim Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kardiyoloji AD

²İstanbul Bilim Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD

GİRİŞ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve aterosklerotik kalp hastalığı arasında ortak risk faktörlerinden kaynaklanan bir ilişki olduğu bilinmektedir. KOAH'a eşlik eden kalp hastalıkları hastalığın morbidite ve mortalitesini artırır. Benzer şekilde koroner arter hastalığına eşlik eden havayolu obstrüksiyonu da önemli bir mortalite nedenidir. Koroner anjiyografi planlanan hastalarda KOAH varlığını araştırarak sık konuşulan ancak seyrek tanı konulan bir komorbid durumun tanımlanması amaçlandı.

OLGULAR VE YÖNTEM: Çalışma Eylül 2013-Mayıs 2014 arasında koroner anjiyografi yapılması planlanan ardışık 116 olgu alındı. Olguların 87'si (%75) erkekti. Yaş ortalaması 61,97 ±10,24 (36-85 aralığında) idi. Tüm olgulara ayrıntılı anamnez, fizik muayene, akciğer grafisi ve kardiyak incelemelerine ek olarak kısa etkili bronkodilatör uygulamasının ardından solunum fonksiyon testi uygulandı. Tüm olgulara ekokardiyografi ve bilateral karotis dopler ultrasonografisi yapıldı. Sonuçların değerlendirilmesinde deskriptif analizlerin yanı sıra korelasyon ve regresyon analizleri uygulandı.

SONUÇLAR: Tiffeneau oranı %70'in altında 16 olgu (%13.8) saptandı. Regresyon analizinde intima media kalınlığında artış ile KOAH varlığı arasında anlamlı ilişki saptandı (r: -0,56, p< 0.05). İki veya daha fazla damar hastalığına sahip olma ve KOAH varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p= 0.06, r= -0, 12). Koroner anjiyografisinde herhangi bir darlık saptanması ile KOAH varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p> 0.05)

TARTIŞMA: KOAH ve koroner arter hastalığı arasında ortak risk faktörlerinden kaynaklanan bir birliktelik farklı çalışmalarda gösterilmiştir. Ancak bu durumun farklı popülasyonlarda yaygınlığı ve etkilerini gösteren çalışma sayısı sınırlıdır. Bu çalışmada KOAH varlığının karotis arterlerinde intima media kalınlaşması ile yüksek oranda ilişkili olmasına karşın koroner arter hastalığının varlığı ve yaygınlığı arasında bir ilişki saptanmadı. Koroner arter hastalığı varlığı ya da pozitif sintigrafi ve/veya efor testi bulguları nedeniyle koroner anjiyografi planlanan hastalarda KOAH sıklığı ülke ortalamasının üç katından fazla olarak saptandı (%4.2'ye karşılık %13.8).

Tablo-1

Parametreler		
Cinsiyet	K:29 E:87	%25 & %75
Diyabetes Mellitus	43	%37
Hipertansiyon	81	%69
Hiperlipidemi	39	%33
Sigara öyküsü	57	%49
Alkol öyküsü	11	%9
KOAH olduğunu bilen ve tedavi alan	6	%5
KOAH olduğunu bilen ve tedavi almayan	15	%12
Atriyal fibrilasyonu olan	9	%7
Aile öyküsünün olması	9	%7

Tablo-1 Demografik veriler

Tablo-2

Değişken	Bütün hastaların ortalaması	Standart sapma
Yaş	61.97	10.24
Açlık kan şekeri	130.91	57.332
HbA1c	6.67	1.517
Total kolesterol	205.72	57.143
LDL-K	128.49	45.49
HDL-K	47.04	15.53
Trigliserid	153.49	80.206
BUN	18.91	11.375
Kreatinin	0.95	0.249
Hb	13.61	1.71
Hct	39.74	4.29
Platelet sayısı	238.9	58.483
MPV	10.40	1.168
MHC	29.1	0.39
MCV	84.84	5.87
EF	51.77	9.477
sPAB (sistolik pulmoner arter basıncı)	32.74	11.297
TAPSE	2.22	0.398
KİMK	0.91	0.139
FEV1	2.37	0.824
FVC	2.85	0.951
FEV1/FVC	81.54	11.971
FVC %	82.9	18.91
FEF25-75	2.51	1.453
FEV1/FVC < %70	16	12.7

Tüm katılımcıların biyokimyasal, solunum fonksiyon testi, ekokardiyografik bulgularının ortalaması ve standart sapması

TP-003

Servislerde Takip Edilen KOAH Akut Hiperkapnik Solunum Yetmezliği Hastalarında Mortalite Analizi

Fatma Tokgöz, Meltem Ağca, Tülay Yarkin, Hakan Günen

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: KOAH'ın 2020 yılında dünyada ölüm nedenleri arasında üçüncü sıraya çıkması beklenmektedir ve ileri evre KOAH hastalarında solunum yetmezliği en başta gelen ölüm nedenidir. Çalışmamızda akut hiperkapnik solunum yetmezliği ile acil polikliniğimize başvuran ve servislere yatırışı gerçekleşen KOAH hastalarında mortalite ve mortaliteye etki eden faktörleri araştırdık.

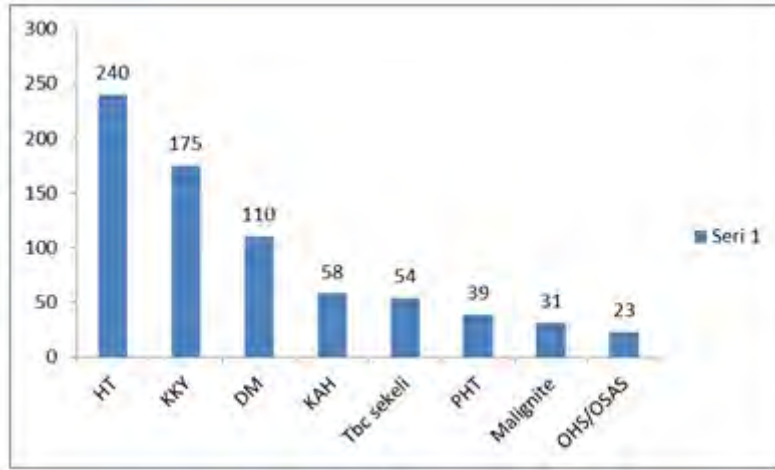
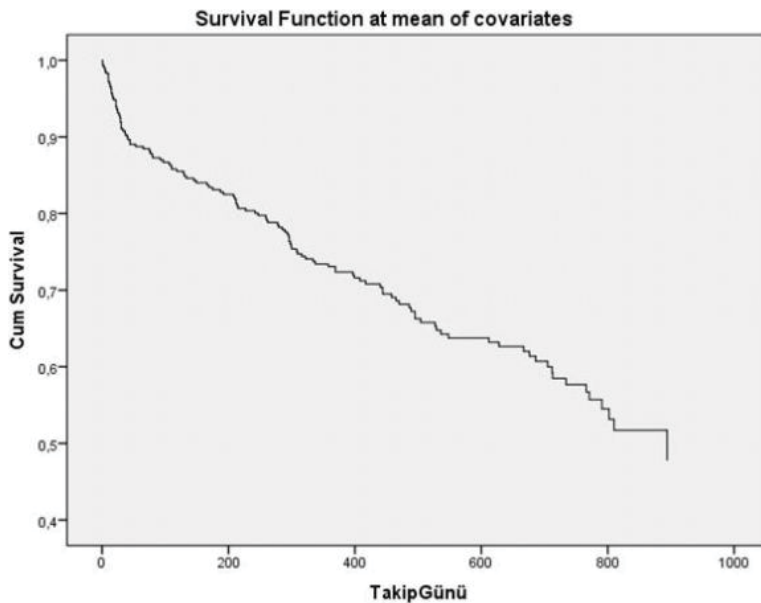
HASTA SEÇİMİ ve YÖNTEM: Mayıs 2011 ve Mayıs 2013 arasında acil polikliniklerimize başvuran ve arter kan gazında (AKG) hiperkapnik asidoz saptanarak kliniklerde takibi uygun görülen KOAH tanılı hastaların ilk başvuruları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, başvuru laboratuvar değerleri, başvuru ve takip AKG parametreleri, servis takip sonuçları kaydedildi. Nisan 2014'e kadar olan takiplerinde yaşam süreleri değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya 217'si (%37,8) kadın ve yaş ortalaması 68 ± 11 olan 574 hasta alındı. Ortalama ek hastalık 1,4 (0-5) idi. Hastaların yatışında % 4,4'ü (n=25) eksitus olmuş, 1 yıl içinde hastaların %28,9'ü ölmüştü.

Hastane içi mortalitenin; serum albumin düşüklüğü, tam kan sayımında beyaz küre yüksekliği, hemoglobin ve hematokrit düşüklüğü, malignite varlığında arttığı görülmüştür ($p < 0,05$).

Hastaların takibi süresini içeren regresyon analizinde (Figür); ileri yaş, düşük serum albumin düzeyi, malignite varlığı ve taburculuk öncesi alınan AKG'de yüksek PaCO₂ değerleri mortalite için bağımsız risk faktörleri ($p < 0,05$) olarak belirlenmiştir.

SONUÇ: Çalışmamızda servislerde takip edilen akut hiperkapnik solunum yetmezlikli KOAH hastalarında yüksek mortalite izlenmiştir. Mortalitenin ileri yaş, düşük serum albumin değeri, taburculuk öncesi yüksek PaCO₂ düzeyi ve malignite varlığında arttığı saptanmıştır.

Grafik 1: Kaydedilen en sık ek hastalıklar**Hastaların Başvurudan İtibaren Yaşam Süresi Eğrisi**

TP-004

Kantitatif Bilgisayarlı Tomografinin Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Fenotipi Belirlemedeki RolüSümeyye Alparslan Bekir¹, Evrim Eylem Akpınar¹, Gökçe Kaan Ataç², Meral Gülhan¹¹Ufuk Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye²Ufuk Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

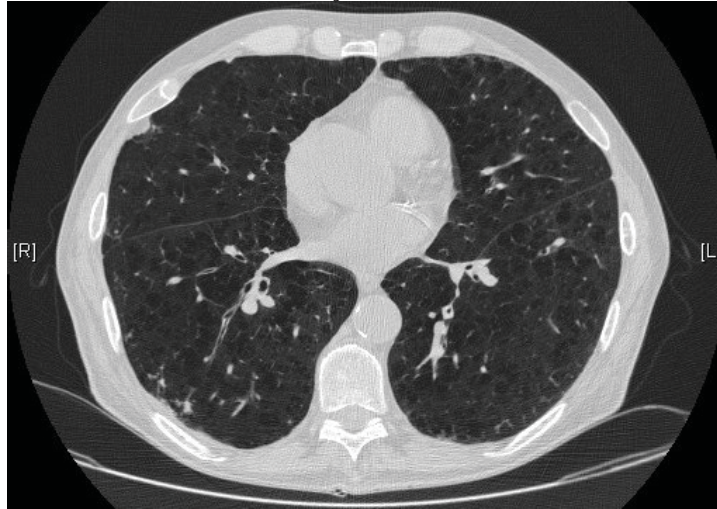
AMAÇ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı konmuş hastalarda, kantitatif toraks BT'nin KOAH fenotiplerinin belirlenmesindeki rolünü araştırmak.

MATERYAL-METOD: Ocak 2007- Eylül 2013 tarihleri arasında Ufuk Üniversitesi Dr. Rıdvan Ege Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniği veya servisinde değerlendirilen ya da konsülte edilen 104 hasta ve 20 kontrol olgusu çalışmaya alındı. Hastaların spirometrik parametrelerine SFT kayıtlarından, toraks BT verilerine ise Radyoloji arşivinden ulaşıldı. Tüm toraks BT'lerin kantitatif incelemesi Radyoloji Anabilim Dalı'ndan belirlenen aynı ve tek bir Radyoloji Uzmanı tarafından yapıldı. Görüntü Arşivleme ve İletişim sisteminden elde edilen toraks BT incelemeleri Radyoloji servisinde kullanılan iş istasyonuna yüklendi. Bu amaçla Advanced Workstation 4.2 Sun Workstation kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmamızda literatürde ilk defa bakılan sağ ve sol akciğer amfizem hacimleri ortalama değerleri sırasıyla $205,8 \pm 303,3$ ml ve $210,3 \pm 363,8$ ml olup kontrol grupları ile aralarında anlamlı bir fark bulundu ($p < 0,001$). Olguların ROC analizinden elde edilen amfizem hacmi eşik değeri % 2,1 olarak alındığında, FEV1/FVC < 70 'in altında olma durumunu tahmin etmedeki duyarlılığı %62,3, seçiciliği %94,4, pozitif prediktif değeri ise %98,5 olarak bulundu. Kronik bronşit tanımlanmasında ise direk bronş duvar kalınlığı ölçümleriyle bir cut-off belirlenemedi. Katılımcıların spirometri değerleri incelendiğinde kronik bronşitlilerin ($n=39$) FEV1, FEV1/FVC ve FEF 25-75 değerleri amfizemli olgularınkinden ($n=65$) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Spirometri değerlerinden, YÇBT'deki amfizem yüzdesi ile en yüksek negatif korelasyon gösteren parametre FEV1/FVC idi ($r = -0,539$) ($p < 0,001$). Diğer spirometri değerlerinin aksine FEV1/FVC (%) değeri ile bronş duvar kalınlığı arasında negatif korelasyon izlendi ($r = -0,214$) ($p < 0,05$).

SONUÇ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda toraks BT'de kronik bronşit varlığını objektif olarak tanımlamak için daha fazla sayıda hasta içeren ileri araştırmalar gerekmektedir. Çalışmamızda kantitatif BT'de amfizem ve kronik bronşit varlığının fonksiyonel değerlendirme sonuçlarını öngördüğü (amfizem varlığı FEF 25-75, FEV1/ FVC, FEV1) ancak, yıllık atak sayısı ve semptom skorları açısından belirleyici olmadığı izlenmiştir. Radyolojik bulgularla klinik korelasyonu değerlendirip fenotip belirlenmesi için ileri araştırmalara ihtiyaç vardır.

Şekil 1



Bilgisayarlı Tomografi görüntüsü: Azalmış damarlanma ve sentrilobüler amfizem alanları izlenmekte, sigara içicisi amfizemi

Tablo 1: Hasta Grubunun GOLD Evrelerine Göre Dağılımı

GOLD EVRESİ	Sayı	Yüzde
1	13	12.5
2	50	48.1
3	27	26.0
4	14	13.5

Hasta grubunun 13 tanesinin (%12,5) GOLD Evresi 1, 50'sinin (%48,1) GOLD Evresi 2, 27'sinin (%26,0) GOLD Evresi 3 ve 14'ünün (%13,5) de GOLD Evresi 4'tür (Tablo 1).

Şekil 2



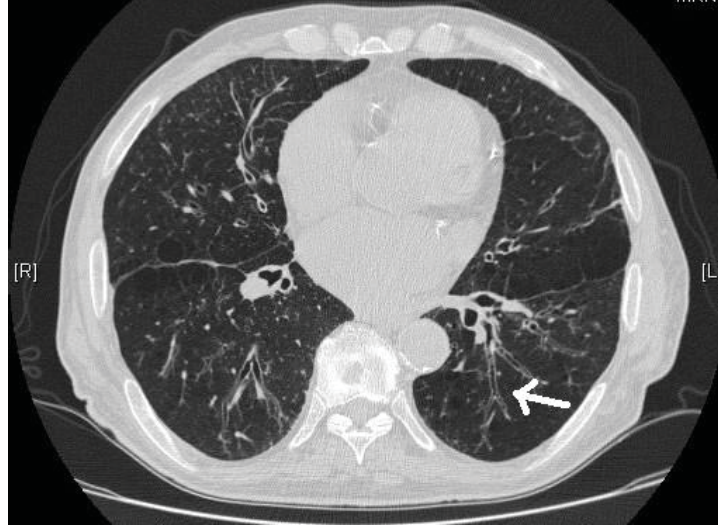
Bronşun seyri akciğer periferine kadar izlenebilmektedir (beyaz ok). Bu görünüm bronşiyal duvar kalınlaşmasıyla birlikte bir kronik bronşit bulgusudur.

Tablo 2: Hasta ve Kontrol Grubunun Spirometri Bulguları

spirometri	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca	P
FEV1(%)	Hasta	104	57,1	20,6	58,5	<0,001
	Kontrol	20	90,7	15,3	86,5	<0,001
FEV1 lt	Hasta	104	1,6	0,7	1,525	0,001
	Kontrol	20	2,4	0,9	2,58	0,001
FVC (%)	Hasta	104	75,3	21,1	75	<0,001
	Kontrol	20	98,5	19,5	96,5	<0,001
FVC lt	Hasta	104	2,6	0,9	2,475	0,046
	Kontrol	20	3,2	1,2	3,4	0,046
FEV1/ FVC (%)	Hasta	104	58,6	9,9	62,0	<0,001
	Kontrol	20	73,1	1,9	73,0	<0,001
FEF25-75 (%)	Hasta	104	27,4	13,4	25,5	<0,001
	Kontrol	20	55,4	12,2	55	<0,001
FEF25-75 lt	Hasta	104	0,8	0,5	0,745	<0,001
	Kontrol	20	1,8	0,7	1,795	<0,001
PEF (%)	Hasta	104	59,8	22,3	59	<0,001
	Kontrol	20	81,0	25,4	87,5	<0,001

Hasta ve kontrol grubunun bütün spirometri değerleri incelendiğinde hasta grubunun spirometri değerleri, kontrol grubundan anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 2).

Şekil 3



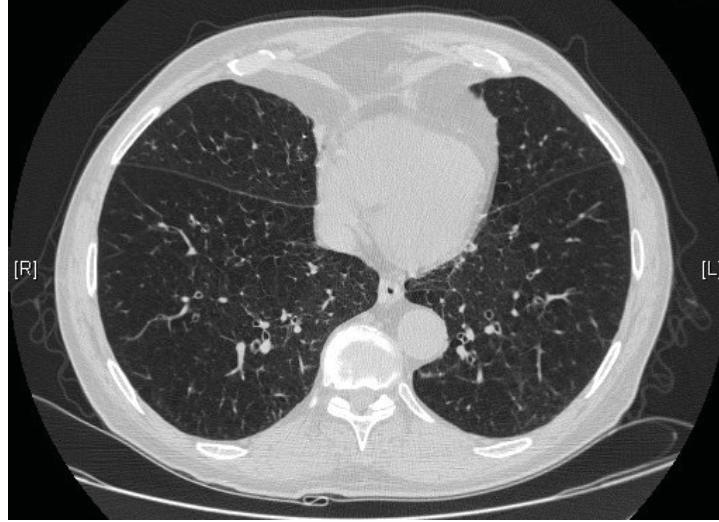
81 yaşındaki KOAH tanısı mevcut olan erkek olguya ait aksiyel YÇBT görüntüsü (peribronşiyal kalınlaşmaya (ok) ait değişiklikler

Tablo 3: Hasta ve Kontrol Grubunda Toplam Akciğer Kapasitesi, Akciğer Amfizem Hacmi, Akciğer Hacimleri (Sağ ve Sol Akciğer Hacimleri) ve Bronş Duvar Kalınlıkları Değerleri

Özellik	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	P
Toplam Akciğer Kapasitesi (mlt)	Hasta	104	4972	1564	4748	0,338
	Kontrol	20	4453	1556	4835	0,338
Amfizem Hacmi (mlt)	Hasta	104	414	642	136	<0,001
	Kontrol	20	60	99	26	<0,001
Amfizem Yüzdesi (%)	Hasta	104	7,3	9,6	3,3	<0,001
	Kontrol	20	1,2	1,9	0,5	<0,001
Sağ Akciğer Toplam hacim (mlt)	Hasta	104	2642	785	2536	0,264
	Kontrol	20	2346	803	2473	0,264
Sağ Akciğer amfizem Hacmi (mlt)	Hasta	104	205	303	89	<0,001
	Kontrol	20	31	47	20	<0,001
Sol Akciğer Toplam Hacim (mlt)	Hasta	104	2355	854	2207	0,292
	Kontrol	20	2037	902	2306	0,292
Sol Akciğer Amfizem Hacmi (mlt)	Hasta	104	210	363	61	<0,001
	Kontrol	20	29	63	3	<0,001
Bronş Duvar Kalınlığı (mm)	Hasta	104	2,0	0,6	2,0	0,724
	Kontrol	20	2,0	0,6	1,9	0,724

Hasta grubu ile kontrol grubu arasında toplam akciğer kapasitesi değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 3). Hasta grubunda amfizem hacmi ve amfizem yüzdesi, kontrol grubundan anlamlı olarak fazla izlendi ($p<0,001$) (Tablo 3). Hasta grubunda sağ ve sol akciğer amfizem hacimleri, kontrol grubundan anlamlı olarak fazla bulundu ($p<0,001$). Hasta ve kontrol grupları arasında sağ ve sol akciğer toplam hacimleri ve bronş duvar kalınlıkları değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 3).

Şekil 4



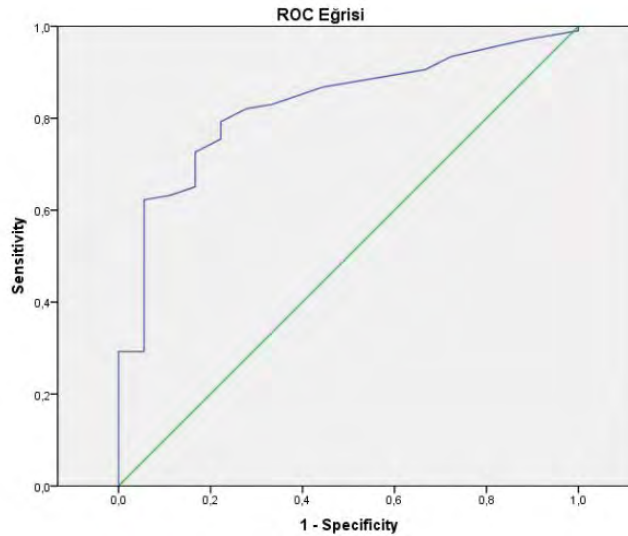
Sentrilobüler Amfizemin Bilgisayarlı Tomografi görüntüsü

Tablo 4: Spirometri Değerleri ile Amfizem Hacimleri ve Bronş Duvar Kalınlığı Değerleri Arasındaki Korelasyon

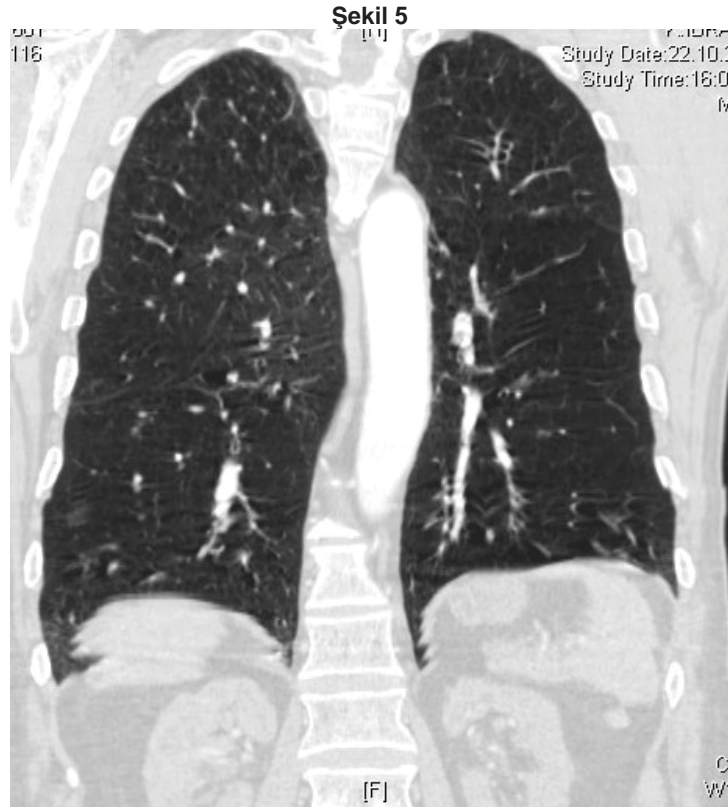
	BT Paramet- releri	BT Paramet- releri	BT Paramet- releri	BT Paramet- releri	BT Paramet- releri	BT Paramet- releri	BT Paramet- releri
Spirometri Değerleri		Amfizem Yüzdesi	Amfizem Yüzdesi	Ortalama Amfizem Hacmi	Ortalama Amfizem Hacmi	Bronş Duvar Kalınlığı	Bronş Duvar Kalınlığı
	N	r	p	r	p	r	p
FEV1	124	-0,378	<0,001	-0,166	0,066	-0,083	0,365
FVC	124	-0,187	0,037	-0,201	0,025	-0,026	0,775
FEV1/ FVC	124	-0,539	<0,001	-0,006	0,943	-0,214	0,014
FEF25-75	124	-0,416	<0,001	-0,141	0,118	-0,109	0,235
PEF	124	-0,277	0,002	-0,188	0,036	-0,068	0,460

Değerlendirmeye alınan parametreler ile amfizem yüzdesi arasında negatif korelasyon izlenirken ($p < 0,05$), ortalama amfizem hacmi değeri ile spirometri parametrelerinden sadece FVC ve PEF değerleri arasında negatif korelasyon bulundu ($p < 0,05$). Ortalama amfizem hacmi değeri ile FEV1, FEV1/FVC ve FEF25-75 değerleri arasında negatif korelasyon var iken, bu ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0,05$). Bronş duvar kalınlığı ile FEV1/ FVC değeri arasında negatif korelasyon var iken ($r = -0,214$) ($p = 0,014$), bronş duvar kalınlığı ile diğer spirometri değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4).

Grafik 1



Grafik 1: FEV1/FVC Değişkeninin %70'in Altında Olma Durumu ve Amfizem Yüzdesi Değişkeni ile Elde Edilen ROC Eğrisi (Eğri Altında Kalan Alan: 0,829, %95 GA: 0,739-0,919, $p < 0,001$)

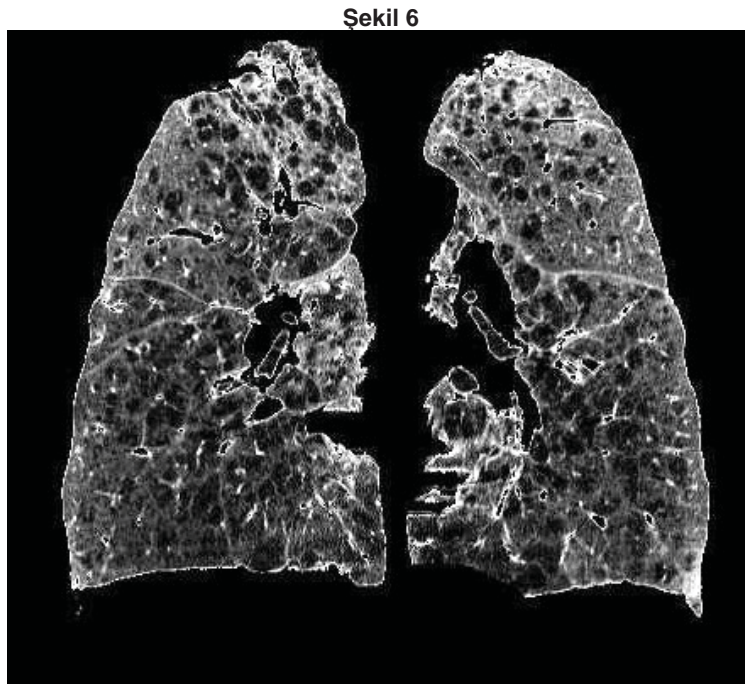


Panlobüler Amfizemde Bilgisayarlı Tomografi görüntüsü

Tablo 5: Amfizem Yüzdesi ile FEV1/FVC Değerinin %70'in Altında Olma Durumuna Ait ROC Eğrisi Tablosu

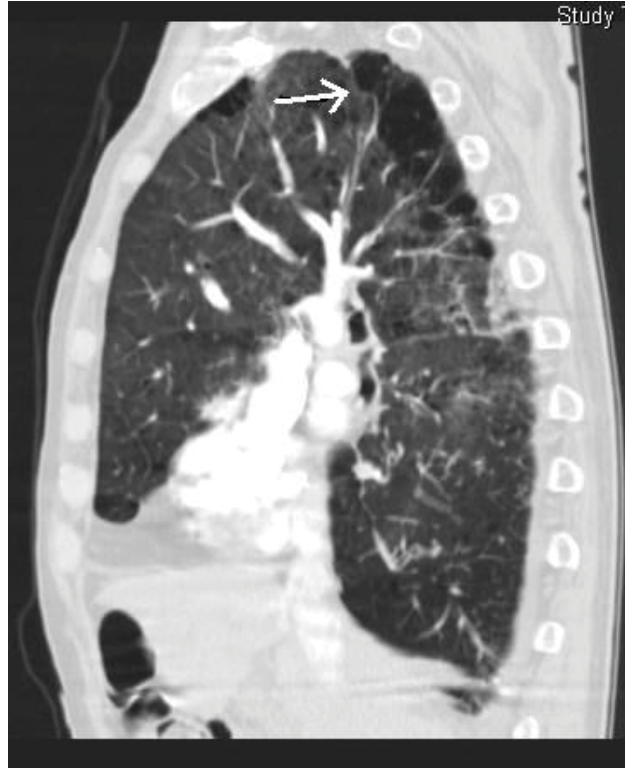
			%95 güven Aralığı	%95 güven Aralığı
Eğri Altında Kalan Alan	Standart Hata	P	En Küçük	En Büyük
0,829	0,046	<0,001	0,739	0,919

ROC analizi ile yapılan değerlendirme sonucunda amfizem yüzdesinin, FEV1/FVC değerinin %70 altında olmasını öngörmeye tanısal değeri olduğu görüldü (Eğri Altında Kalan Alan: 0,829, %95 GA: 0,739-0,919, $p < 0,001$) (Tablo 5).



Panlobüler Amfizemin ayrıntılı görünümü

Şekil 7

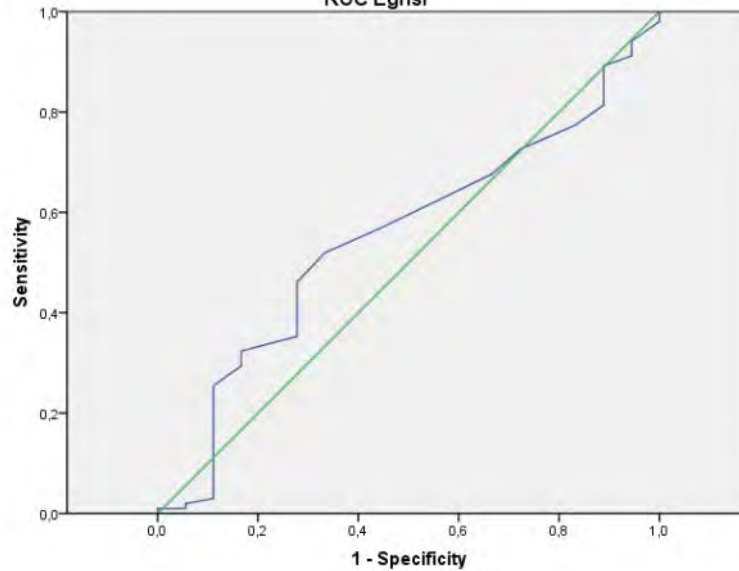


Paraseptal Amfizemin Bilgisayarlı Tomografi görüntüsü

Tablo 6: Amfizem Yüzdesi ve FEV1/FVC Değeri Arasında Yapılan ROC Analizinden Elde Edilen Eşik Değerler

Amfizem Yüzdesi Eşik Değeri	Duyarlılık (%)	Özgüllük (%)	Pozitif Prediktif Değer (%)	Negatif Prediktif Değer (%)
%0,85	79,2	77,8	95,5	38,9
%2,1	62,3	94,4	98,5	29,8

Yapılan ROC analizinden elde edilen amfizem yüzdesi için birinci eşik değer % 0,85 olup, bu sınırın FEV1/FVC'nin %70 altında olma durumunu tahmin etmedeki duyarlılığı %79,2, özgüllüğü %77,8 olarak bulundu. Amfizem yüzdesi için elde edilen ikinci eşik değer % 2,1 olup, bu sınırın FEV1/FVC'nin %70 altında olma durumunu tahmin etmedeki duyarlılığı %62,3, özgüllüğü %94,4 olarak bulundu. Birinci eşik noktası için (% 0,85) pozitif prediktif değer %95,5 iken, ikinci eşik noktası için (% 2,1) pozitif prediktif değer %98,5 olarak saptandı. (Tablo 6). Bu nedenle biz araştırmamızda Amfizem Yüzde Eşik Değerini % 2,1 olarak seçtik.

Grafik 2**ROC Eğrisi**

Grafik 2: FEV1/FVC Değişkeninin %70'in Altında Olma Durumu ve Bronş Duvar Kalınlığı Değişkeni ile Elde Edilen ROC Eğrisi (Eğri Altında Kalan Alan: 0,551, %95 GA: 0,415-0,687, p=0,494)

Şekil 8



Paraseptal Amfizemin Bilgisayarlı Tomografi görüntüsü

Tablo 7: Bronş Duvar Kalınlığı ile FEV1/FVC Değerinin %70'in Altında Olma Durumuna Ait ROC Eğrisi Tablosu

Eğri Altında Kalan Alan	Standart Hata	P	%95 Güven Aralığı	
			En Küçük	En büyük
0,551	0,069	0,494	0,415	0,687

ROC analizi ile yapılan değerlendirme sonucunda bronş duvar kalınlığı değerlerinin, FEV1/FVC değerinin %70 altında olmasını öngörmede tanılal değeri olmadığı görüldü (Eğri Altında Kalan Alan: 0,551, %95 GA: 0,415-0,687, $p=0,494$) (Tablo 7). Bu nedenle bu araştırmada bronş duvarı kalınlığı için herhangi bir eşik değeri saptanamamıştır.

Bu eşik değerlere göre çalışmamızda hasta grubunun içinde amfizem baskın fenotipli olarak saptanan hasta sayısı 65 (% 62,5) idi. Çalışma grubunda amfizem olmayan 39 (%37,5) hasta, kronik bronşit olarak kabul edildi. Kontrol grubunda 2 olgunun (%10) amfizem için belirlenen eşik değerini aşmış olduğu görüldü.

Tablo 8: Amfizem ve Kronik Bronşit Hastalarının Spirometri, mMRC Dispne Skalası, Yıllık Atak Sayısı ve CAT Skoru Değerlerinin Karşılaştırılması

Spirometri	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	P
FEV1	Amfizem	65	53,7	21,1	52	0,015
	Kronik Bronşit	39	62,7	18,7	67	0,015
FVC	Amfizem	65	73,6	22,2	73	0,218
	Kronik Bronşit	39	78,1	19,3	79	0,218
FEV1/ FVC	Amfizem	65	56,2	10,5	58	0,002
	Kronik Bronşit	39	62,6	7,2	64	0,002
FEF 25-75	Amfizem	65	25,0	13,4	21	0,009
	Kronik Bronşit	39	31,4	12,4	33	0,009
mMRC Dispne Skalası	Amfizem	65	2,2	0,8	2,0	0,058
	Kronik Bronşit	39	1,9	0,7	2,0	0,058
Yıllık Atak Sayısı	Amfizem	65	2,0	1,3	2	0,291
	Kronik Bronşit	39	1,8	1,2	1	0,291
CAT Skoru	Amfizem	65	19,7	5,2	19	0,194
	Kronik Bronşit	39	18,3	5,2	19	0,194

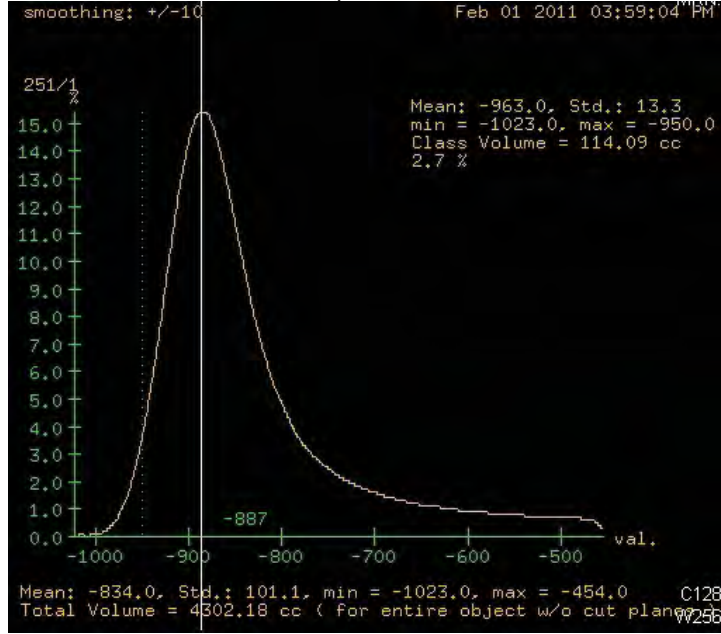
Amfizem ve kronik bronşit olan hastalar arasında FVC, mMRC dispne skalası, yıllık atak sayısı ve CAT Skoru değerleri açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). FEV1, FEV1/FVC ve FEF25-75 değerleri amfizem fenotipinde kronik bronşite göre daha düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9: Amfizem, Kronik Bronşit ve Kontrol Gruplarının Bronş Duvar Kalınlıklarının Değerlendirilmesi

Özellik	Grup	N	Ortalama	Std. Sapma	Ortanca	P
Bronş Duvar Kalınlığı	Amfizem	65	1,995	0,58	1,85	0,625
	Kronik Bronşit	39	2,047	0,56	2,00	0,625
	Kontrol	20	1,963	0,60	1,80	0,625

Tüm olgular içerisinde ise amfizem, kronik bronşit ve kontrol gruplarının bronş duvar kalınlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,625$) (Tablo 9).

Şekil 9



Histogram

TP-005

Koah'lı Hastalarda Atak Nedeni İle Hastane Yatışlarının Maliyet Analizi: Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Örneği

Özlem Salman Sever, Esmâ Sevil Akkurt, Gaye Ulubay
Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olan kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) dikkat çekici boyutta ekonomik yüküyle bağlantılıdır. Hastalığın şiddeti ile bakım maliyeti doğru orantılıdır.

Sağlık sisteminde KOAH'la ilişkili toplam yükün en büyük bölümü KOAH alevlenmelerine bağlıdır. Bu çalışmada, KOAH akut ataklı hastaların hastane yatış maliyetini ve bu durumu etkileyen faktörleri irdeledik. Çalışmamızda Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'na ve Acil Servisi'ne 1 Ocak 2012-31 Aralık 2013 tarihleri arasında başvuran ve KOAH Akut Atak tanısıyla yatırılan 90 hasta değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, yoğun bakım yatış durumları, yatışta enfeksiyon, antibiyotik tedavisi uygulanma, invazif-noninvazif mekanik ventilasyon uygulanma durumları, yatarak tedavi maliyetinin birebir tutarı, hasta tutarı ve kurum tutarı durumları, yoğun bakım hastaların 1. ve 2. basamak paket ödeme yöntemine göre geri ödemeleri retrospektif olarak incelendi. Hastaların yoğun bakım yatışlarındaki maliyetleri incelenerek, SGK tarafından yapılan 1. ve 2. basamak paket ödemeleriyle halen uygulanmayan yoğun bakım birebir faturalandırma sistemleri karşılaştırıldı.

Çalışmadaki 90 hastanın (K/E;23 (%25,6)/ 67 (%74,4)) yaş ortalaması 72,5±8,7 idi. 72 hastada sigara kullanımının öyküsü olup kullanmam miktarı 45,3±33,6 paket/yıldı. Hastalarımızın 9 (%10) 'u yoğun bakımda takip edilirken 83 (%92,2) hastada antibiyotik kullanım ihtiyacı oldu. Çalışmamızda hastaların ortalama yatarak tedavi maliyeti; 1504 ±1534 TL,ortalama yatış süresi 5.7 gün olarak saptandı.

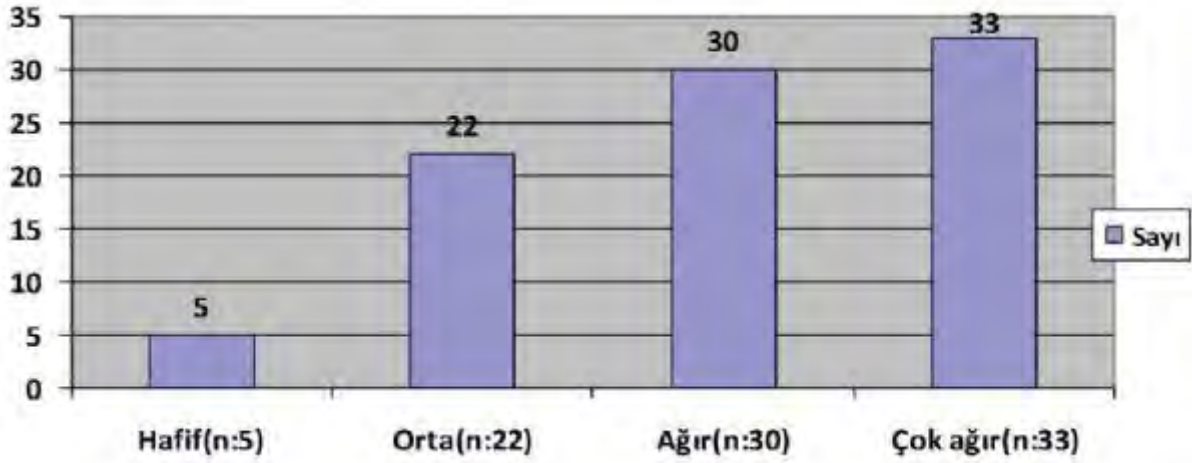
Çalışmadaki hastaların %41'i grip aşısı yaptırmışken, % 49'u yaptırmamıştı. Grip aşısı yaptıran ve yaptırmayan hastaların yoğun bakım yatışları arasında anlamlı fark bulundu (p=0,04). Yoğun bakım yatışı yapılanlarda, hasta tarafından ödenen miktar ile kurum tarafından ödenen miktar arasında anlamlı farklılık belirlendi (p=0.0001). Ayrıca SGK 1. Basamaktan yapılan geri ödeme miktarının maliyete göre daha düşük ve istatistiksel olarak farklılık olduğu görüldü (p= 0.001).

KOAH atağı nedeniyle hastane yatışları KOAH 'ın ekonomik yükünün önemli bir kısmını oluşturur. Çalışmamızda KOAH'lı hastaların yıllık grip aşılarını yaptırmalarının yoğun bakım yatışını azaltacağı sonucuna varılmıştır. Bu nedenle KOAH'lı hastalarda yoğun bakım yatışlarının ve yatış maliyetlerinin azaltılması için yıllık grip aşısı uygulaması önem taşımaktadır. Sağlık hizmet sunucularının yoğun bakım olarak verdiği sağlık hizmetinin karşılığında SGK tarafından yapılan ödenmelerde 1. basamak sistemi yerine birebir faturalandırma ile ödeme yapılmasının hastanelerinin mağduriyetini ve zararını önleyeceğine, böylelikle yoğun bakım hizmetlerine gereken önemin hastaneler tarafından gelecekte de verileceğini düşünmekteyiz.

Tablo 1. Çalışmadaki hastaların klinik ve demografik özellikleri.

Değişkenler	n= 90
Yaş	72,5±8,7
Cinsiyet K[n(%)]/ E[n(%)]	23 (%25,6) / 67 (%74,4)
Sigara kullanım durumu Kullanan[n(%)] / Kullanmayan[n(%)]	72(%81,1) / 17(%18,9)
Sigara kullanım miktarı (paket-yıl)	45,3±33,6
Solunum fonksiyon testi sonuçları (beklenenin % değeri)	46,8±15,2
Antibiyotik tedavisi uygulanma durumu Uygulanan[n(%)] /Uygulanmayan[n(%)]	83(%92,2) / 7(%7,8)
Hastanede yatış süresi (ort± SD /gün)	5,7 ±5,2
Yoğun bakım yatış durumu YBY olan [n(%)] YBY olmayan [n(%)]	9(%10) / 81(%90)
İnvazif mekanik solunum desteği durumu	11(%12,2)
Noninvazif mekanik solunum desteği durumu	17(%18,9)
Ek hastalık durumu Tek ek hastalığı olanlar Birden fazla ek hastalığı olanlar Ek hastağılı olmayanlar	49(%54) 26(%29) 15(%17)

Şekil 1. Hastaların Solunum Fonksiyon Testindeki Havayolu Darlığının Şiddetine Sonuçlarına Göre Dağılımı.

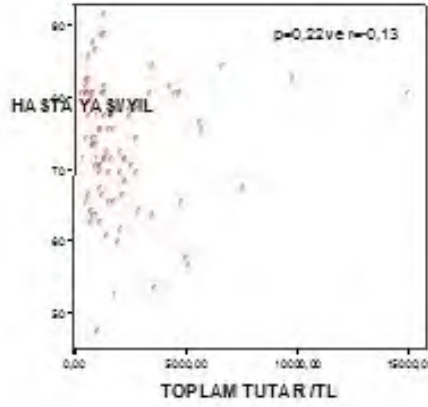


Tablo 2. Hastaların klinik ve demografik özellikleri ile maliyet ilişkisi

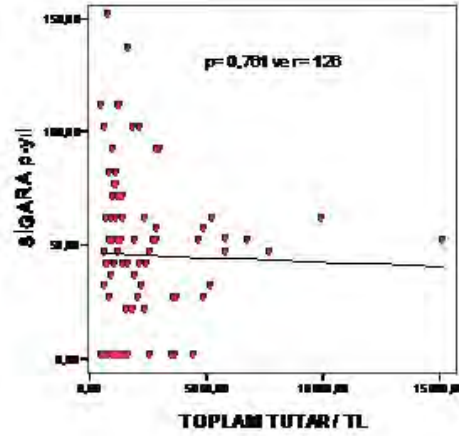
Değişken	Maliyet	p değeri
Cinsiyet durumu		
Erkek	1865 ±1614	0,159
Kadın	1305 ±1410	
Yaş		0,22
Sigara içme p-yılı		0,761
Grip aşısı durumu		
Grip aşısı yaptıran	1460 ± 1399	0,510
Grip aşısı yaptırmayan	1553 ± 1561	
Ek hastalık durumu		
Tek ek hastalık	1715 ± 1242	0,479
Birden fazla ek hastalık	1346 ± 1821	
Ek hastalık yok	1878 ± 1861	
Antibiyotik tedavisi uygulanma durumu		
Uygulanan	1507 ±1578	0,659
Uygulanmayan	1362 ± 2126	
SFT'de obstrüksiyon şiddeti durumu		0,471
Yatış süresi		0,000
Yoğun bakım yatış durumu		
Yoğun bakıma yatan	1891 ±2837	0,076 *
Yoğun bakıma yatmayan	1504 ±1534	
Mekanik ventilatör kullanma durumu		
MV uygulanmayan	1507 ± 1275	0,026
NIMV uygulanan	1201 ± 1956	0,000
IMV uygulanan	2406 ± 3881	

* Hasta tutarı ile kurum ve toplam tutar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,015$)

Şekil 2: Hastaların Yaşı ile Hastanede Yatış Maliyetleri Arasındaki İlişki



Şekil 3: Hastaların Sigara Kullanım Miktarları ile Hastane Yatış Maliyetleri Arasındaki İlişki



Tablo 3. Yoğun Bakım Yatışlarının SGK 1 ya da 2. Basamak Paket Ödeme Sistemi ile Birebir Faturalandırılma Tutarlarının Karşılaştırılması

	Basamak 1	Basamak 2	Birebir faturalandırma
Tutar (TL)	1227 ± 3121	2337 ± 6923	2058 ± 5416
p değeri			0.0001

Tablo 4. Grip Aşısı Yaptırma Durumu ile Yoğun Bakıma ve Servise Yatma Durumunun Karşılaştırılması

Grip aşısı	Yoğun bakım yatışı olan	Yoğun bakım yatışı olmayan	p değeri
Yaptırmamış	n:40	n:9	
Yaptırmış	n:41	n:0	p= 0,04

TP-006

Acil Servise Sık Başvuran KOAH'lı Hastalarda Maliyet AnaliziÖzcan Haçer¹, Merve Tarhan¹, Levent Dalar²¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) hem doğrudan hem dolaylı maliyeti nedeniyle ekonomik ve sosyal yükü artıran bir hastalıktır. Bu çalışmada, KOAH tanısıyla acile sık başvuran hastaların hastane maliyetlerinin hesaplanması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: 1 Ocak-31 Aralık 2013 tarihleri arasında Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Göğüs Hastalıkları Birimine 30 günlük süre içinde en az üç kere KOAH tanısıyla başvuran 482 hasta çalışma kapsamına alındı. Veriler hastane otomasyon sistemi kullanılarak retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: %83,2'si erkekti. Ortalama hastane yatış ve poliklinik başvuru maliyeti 2096 TL olarak hesaplandı. Acil başvurularının ortalama maliyeti 850 TL idi. En yüksek maliyeti tedavi işlemleri oluşturmaktaydı. Görüntüleme işlemleri poliklinik başvuru ve hastane yatışta 74 TL iken acil başvurularında 63 TL idi.

SONUÇ: Hastaların hastalık yönetimi konusunda bilgilendirilmesi acil başvurularını önemli ölçüde azaltabilir. KOAH'ta sağlık harcamalarını en aza indirmek için ise koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi gereklidir.

TP-007

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Anemi ve İnflamasyon İlişkisiAyşe Gül Öney Kurnaz¹, Nuri Tutar², Hakan Büyükoğlan², İnci Gülmez², Fatma Sema Oymak², Ramazan Demir²¹Harran Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Şanlıurfa²Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

KOAH olan hastalarda aneminin sık görüldüğü ve bunun nedeninin de KOAH'a bağlı inflamasyon olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı; KOAH ilişkili kronik hastalık anemi sıklığının ve aneminin inflamatuvar cevap ile ilişkisinin olup olmadığının araştırılmasıdır.

HASTALAR VE YÖNTEM: EÜTF Göğüs Has. Polikliniğine, Haziran 2009-Haziran 2010 tarihleri arasında başvuran ve SFT ile GOLD kriterlerine göre KOAH tanısı doğrulanan hastalar prospektif olarak kaydedildi. Hastaların yaş, cinsiyet, Hgb ve Htc değerleri, SFT'de post-bronkodilatör FEV1, %FEV1, FEV1/FVC değerleri, anemi nedeni olabilecek komorbid durum varlığı da kaydedildi. Hastalar, hemoglobin değerlerine göre üç gruba ayrıldı. Anemi tanısı DSÖ kriterlerine göre konuldu. Bu hastalar arasında KOAH ilişkili KHA'si olan ve eşit sayıda anemisi olmayan KOAH hastası çalışmaya alındı. Hastalar klinik olarak stabildiler. Bu iki grupta, serum ferritin, demir/demir bağlama, CRP, IL-1β, TNF-alfa, serum amiloid-A(SA-A) seviyeleri çalışıldı ve periferik yaymaları incelendi ve VKI, SpO2 değerleri kaydedildi.

BULGULAR: Bir yıl içinde, SFT ile KOAH tanısı doğrulanan 517 hasta başvurmuştu. Bu hastalar içinde tüm nedenlere bağlı anemi, 135(%26,1); polisitemi, 42(%8,1) hastada saptandı. Hastaların 340'ının(%65.7) hemoglobin değeri normaldi. Polisitemik hastalarda FEV1, %FEV1, FEV1/FVC değerleri anemik hastalara ve normal hemoglobine sahip olanlara göre daha düşük bulundu. Bu hastalar içinde, çalışmaya alınma kriterlerine uygun 19(%3.6) KOAH ilişkili anemisi olan ve eşit sayıda anemisi olmayan hasta çalışmaya alındı. Bu iki grup arasında; yaş, cinsiyet, FEV1, %FEV1, FEV1/FVC değerleri, KOAH evresi, SpO2 ve VKI ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. İki grupta da, CRP, IL-1β, TNF-alfa ve SA-A düzeyi ortalama ve normal değer aralıklarına göre yüksek iken; iki grup arasında inflamasyon belirteçleri karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmadı. KOAH ciddiyeti ve inflamasyon belirteçleri arasındaki ilişkide ise; SA-A düzeyi ve CRP düzeyi çalışmaya alınan ağır KOAH'lı hastalarda daha yüksek tespit edildi (p=0.019, p=0.044). Ayrıca, anemik grupta TNF-alfa düzeyi ağır KOAH'lı hastalarda daha yüksek bulunurken (p=0.025); kontrol grupta SA-A düzeyinin ağır KOAH'lı olgularda daha yüksek olduğu görüldü (p=0.046). VKI, kadınlarda anlamlı olarak yüksekti (p=0.002). VKI ile inflamasyon arasında anlamlı ilişki yoktu (p>0.05). SpO2 değeri ile inflamasyon karşılaştırıldığında ise; sadece CRP>3mg/L olan hastalarda SpO2 anlamlı olarak düşük idi (p=0.02). Diğer belirteçler ile SpO2 arasında anlamlı ilişki yoktu. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; KOAH'tatüm nedenlere bağlı anemi, polisitemiye göre yüksek oranda saptanırken; KOAH ilişkili KHA oranı düşük bulunmuştur. Ayrıca KHA olan ve olmayan hastalarda inflamasyon belirteçleri düzeyleri yüksek saptanırken; iki grup arasında farklılık tespit edilememiştir.

Anemik ve Kontrol Grup Hastalarının Spo2, Demir-demir bağlama, ferritin, crp, IL1beta, TNF-alfa ve SA-A Düzeylerinin karşılaştırılması

	Anemik Grup (n=19)(%)	Kontrol Grup (n=19)(%)	P
Spo2(ort) (min-max)	94.0 (90-99)	94.2 (89.98)	P=0.840
Ferritin(ng/mL)ort (min-max)	68.8 (4-221)	66.0 (17-176)	P=0.840
CRP(mg/mL)ort (min-max)	14.0 (3-54)	13.6 (3-121)	P=0.339
Fe-Fe bağlama(%) (min-max)	36.2 (2-47)	35.2 (3-23)	P=0.544
IL-1beta(pg/mL) (min-max)	31.0 (27-64)	30.9 (26-43)	P=0.370
TNF-alfa(pg/mL) (min-max)	33.3 (9-87)	30.5 (13-44)	P=0.977
SA-A(ng/mL) (min-max)	602.2 (382-970)	608.7 (349-933)	P=0.583

Kitlerin cut-off degerleri: CRP (3mg/L), IL1-beta(27pg/mL), TNF-alfa(29.3pg/mL), SA-A(580ng)

Bir Yıl İçinde Polikliniğe Başvuran KOAH Tanılı;Anemik,Polisitemik ve Normal Hemogloblinli hastaların yaş,cinsiyet,Hgb,Htc ve FT bulgularının karşılaştırılması

	Anemi (n=135)	Polisitemi (n=42)	Normal Hgb (n=340)	Toplam (n=517)	p
Yaş(yıl) ortanca (%25-75)	64 (57-71)	63 (54-63)	62 (54-70)	63 (54-71)	P=0.104
Cinsiyet(%) (erkek/kadın)	106/28	25/17	238/102	370/147	P=0.028
Hgb (g/dl) ortanca	11.5	17.1	14.6	14.1	p<0.001
Htc(%) ortanca	35.7	51.4	43.7	42.4	P<0.001
FEV1(L) ortanca	1.49 (1.11-2.08)	1.13 (0.9-1.39)	1.6 (1.21-2.23)	1.58 (1.14-2.14)	P<0.05
FEV1(%) ortanca	63	46.5	67	64	P<0.05
FEV1/FVC (%)ortanca	63	54.5	63	63	P<0.05

Polisitemik hastalarda FEV1 anemi ve normal hgb ye göre daha düşük .%FEV1 degeri polisitemik ve normal hb sahip hastalarad anlamlı farklı .FEV1/FVC Anemik - polisitemik grup ve polisitemik -normal hb sahip grup arasında anlamlı

TP-008

Soluble Urokinase-Type Plasminogen Activator Receptor, KOAH'da Akut Alevlenmeyi Predikte Eden Yeni Bir Biyobelirteçdir

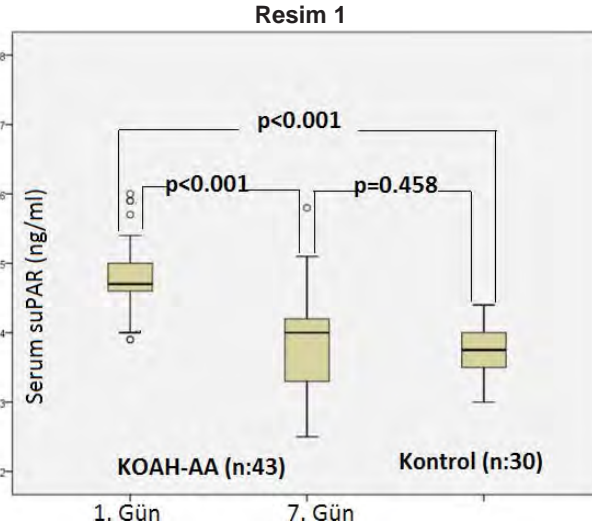
Aziz Gümüş, Müge Hazıroğlu, Asiye Yavuz, Derya Giakoup, Sebih Alp
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim dalı, Rize

GİRİŞ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) akut alevlenme (AA)lerle seyreden kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Akut alevlenme sırasında, c-reaktif protein (CRP) gibi akuz faz reaktanları ve inflamatuvar hücreler sistemik dolaşımında artar. Soluble urokinase-type plasminogen activator receptor (suPAR) düzeyi, akut viral ve bakteriyel enfeksiyonlarda ve kronik inflamasyonla seyreden hastalıklarda artar. Özellikle yoğun bakımda sepsis ve bakteriyemi ile seyreden hastalıkta, kötü prognozla ilişkilidir. Çalışmadaki amacımız, suPAR'ın KOAH-AA tanısını öngörmeye ve tedaviye cevaptaki etkinliğini araştırmaktır.

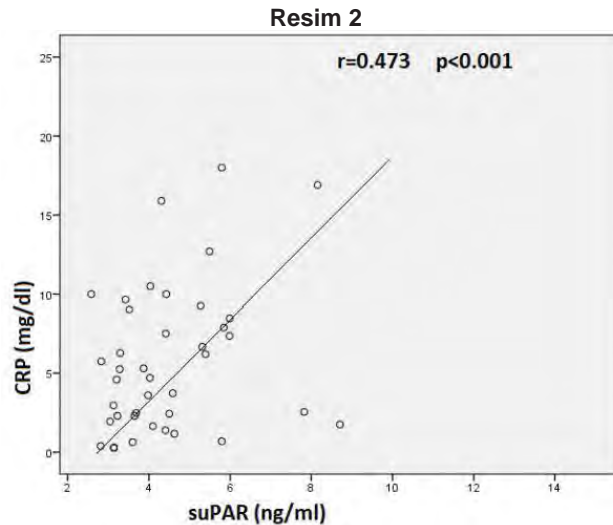
MATERYAL-METOD: Çalışma Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde yapıldı. Çalışma popülasyonu, KOAH-AA tanılı 43 hasta ile 30 kontrol grubundan oluşmaktaydı. Hastaların yatışının 1. günü ve tedavinin 7. gününde suPAR, CRP, lökosit ve sedimentasyon düzeyleri ölçümü yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan KOAH-AA'lilerin yaş ortalaması: 67.74 ± 8.6 idi. Hastaların büyük çoğunluğu erkeklerden oluşmaktaydı (40 erkek-3 kadın). KOAH-AA hastalarında serum suPAR düzeyi, kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulundu. Sırasıyla $5,2 \pm 1,9$ ng/ml ve $3,8 \pm 0,4$ ng/ml ($p < 0.001$). KOAH-AA hastalarında tedavi cevabı açısından 1. gün ve 7. gün ölçülen serum suPAR düzeyleri karşılaştırıldı. suPAR düzeyinde tedavi sonrası anlamlı düşme görüldü. Sırasıyla $5,2 \pm 1,9$ ng/ml ve $4,1 \pm 0,8$ ng/ml ($p < 0,001$). suPAR ile CRP, lökosit ve sedimentasyon hızı arasında pozitif korelasyon görüldü. Sırasıyla $p < 0.001$, $p = 0.028$ ve $p = 0.018$.

SONUÇ: suPAR'ın akut inflamasyon markırı olduğu gösterilmiştir. CRP, lökosit ve sedimentasyon hızı gibi inflamasyon markırları ile oldukça iyi koreledir. suPAR, KOAH-AA'nin predikte edilmesinde ve tedaviye cevabın takibinde kullanılabilir.



KOAH-AA ve kontrol grubunda serum suPAR düzeylerinin boxplot grafisiyle karşılaştırılması



suPAR ile CRP arasında pozitif ilişki scatterplot grafiğinde gösterilmesi

TP-009

EGFR Geni Exon-21 L858r Mutasyonunun Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserine Yakalanma Riskine Olası Etkileri

Etem Akbaş¹, Ali Arıcan², Öznur Bucak¹, Erdiñç Nayır², Ebru Derici Eker³, Alper Ata⁴, Nazan Eras Erdoğan¹¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, Mersin²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Mersin³Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eczacılık Fakültesi, Mersin⁴Mersin Devlet Hastanesi Onkoloji Kliniği. Mersin

Epidermal growth faktörü (EGF) hücre proliferasyon ve differansiyasyonunu uyaran mitojenik etkileri gösterilmiş olan bir peptidlerdir. EGFR'un aşırı ekspresyonu ileri evre hastalık, metastatik fenotip gelişimi, sağ kalımda azalma ve kötü prognoz ile karakterizedir. EGFR ile karsinogenez arasındaki ilişki normal EGFR'nin aşırı ekspresyonu, reseptörde mutasyon gelişimi ile reseptörün sürekli aktivite kazanması, ligandların aşırı yapımına bağlı olarak fizyolojik ligand-reseptör dengesinin bozulması, fosfataz aktivitesindeki azalma ve heterodimerizasyondur. EGFR sinyalizasyonu ve regülasyon kusurları ile tümör gelişimi ilişkisine dair bir çok çalışma mevcuttur. Bu çalışmada EGFR geni ekzon-21, L858R mutasyonunun Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserine (KHDAK) yakalanma riskine olası etkileri incelenmiştir.

Çalışmamız Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Onkoloji Kliniğinde KHDAK tanısı almış yaş ortalaması 59,24 olan 120 hasta (102 erkek+19 bayan) - Aynı yaş ve cinsiyet özellikleri göz önünde tutularak sağlıklı bireylerden oluşturulan yaş ortalaması 57,81 olan 120 kişilik kontrol grubundan oluşmuştur.

KHDAK için diğer risk faktörlerinden sigara kullanımı Kontrol grubunda 82 iken KHDAK lilerde 105 kişidir. Bireylerden alınan kan örneklerinden DNA izolasyonu yapıldı ve genotipler PCR/RFLP yöntemleri kullanılarak belirlendi. Elde edilen PCR/RFLP ürünleri elektroforez ile görüntüledikten sonra yabancı, mutant ve heterozigot genotipler saptanmıştır. Genotip oranlarının istatistiksel değerlendirmeleri tamamlandıktan sonra Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserine (KHDAK) yakalanmada EGFR geni ekzon-21, L858R mutasyonunun olası etkisi ortaya konacaktır.

Çizelge I.

Genotip	Kontrol		KHDAK		P
	N	(%)	N	(%)	
TT	58	48,3	54	45	0,605
TG	62	51,7	66	55	
Cinsiyet					
Erkek	104	86,7	104	86,7	0,0001
Kadın	16	13,3	16	13,3	
Sigara					
Kullanan	84	70	105	87,5	0,04
Kullanmayan	36	30	15	12,5	

Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde EGFR geni ekzon-21, L858R mutasyonu genotip oranları ve KHAK için diğer risk faktörlerine ait genel sonuçlar.

Çizelge II.

Yaş Grupları	KHDAK N	KHDAK (%)	P	Nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı	Toplam nüfus içinde KHDAK (%)	P
				N	(%)	
< 49 YAŞ	18	15	(p=0,0045)	1.328.787	0,0013	(p=0,0001)
49-59	48	40		186.039	0,0258	
59-69	36	30		110.367	0,0326	
>69	18	15		80.581	0,0223	
TOPLAM	120	100		1.705.774	0,082	

Küçük hücreli dışı akciğer kanserlilerin deney grubu ve Mersin nüfusu içinde yaş gruplarına göre dağılımı

TP-010

40 Yaş Altı Genç Olgularda Görülen Akciğer Kanseri ve Epidemiyolojik Özellikleri

Derya Özaydın, İrem Şerifoğlu, Fatih Seğmen, Ülkü Yılmaz, Ayşenaz Özcan, Deniz Çetin Köksal
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Akciğer kanseri, dünyada kansere bağlı ölümlerin en sık nedenidir. Akciğer kanseri olguları genellikle 6.-7. Dekatta görülmekle beraber 40 yaş altı kişilerde nadir de olsa akciğer kanseri görülebilmektedir. Genç olgularda klinik prezantasyon ve hastalığın prognozu iyi tanımlanamamıştır.

Bu amaçla oluşturulan data retrospektif çalışmalara dayanmaktadır. Bu çalışmalarda tanımlanmış olguların çoğu yüksek insidansla adenokarsinoma olgularını içermekte, genç kadınlarda daha sık görülmekte ve ileri evre olguların daha sık olduğu belirtilmektedir. Siyah ırkta beyaz ırka göre hastalığın prognozu daha kötü seyretmektedir. Gençlerde sigara kullanım öyküsü yaşlılara göre fazla olmakla beraber iki grupta da benzer şekilde sigara kullanımı mevcuttur ve genç olgularda sigara kullanımının akciğer kanseri gelişimine etkisi net değildir. Biz bu çalışmada, Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH de 2007-2014 yılları arasında hastanemiz arşivindeki dosyalar retrospektif olarak değerlendirilerek akciğer kanseri tanısı konulan 40 yaş altı olguların epidemiyolojik özellikleri araştırılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %32,6'sı kadın; %67,4'ü erkek olarak saptandı. Çalışmada adenokarsinoma oranı %47,8, small cell ca %21,7, skuamoz cell ca %17,4, %13,1'i non-small cell ca olarak saptanmıştır. Tedavi öncesi PET_BT SUVmax değeri ortalama 12,81; tedavi sonrası 8,07 olarak saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşı 33,4; yaş ortalaması small cell ca 'da 32; non-small cell ca 'da 34,5 olarak hesaplanmıştır. Small cell ca saptanan hastaların %30'u kadın, %70'i erkek; non-small cell ca saptanan olguların %33,3'ü kadın, %67,7'si erkek olarak saptanmıştır. Hastalarımızda herhangi bir komorbid hastalık saptanmamıştır. Hastaların %19,5'u 10 paket/yıldan az, %34,7'si 10 paket/yıldan fazla sigara kullanmış; %45,6'sı hiç sigara kullanmamıştır. Tanı anında small cell ca'nın %60'ı metastatik; non-small cell ca'nın %55,6'sı metastatik olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda evre 3b ve evre 4 hastalarda progresyonsuz sağkalıma bakıldığında evre 3b olgularda 10 hafta, evre 4 olgularda 5 hafta olarak; toplam sağkalım ise evre 3b olgularda ortalama 14 hafta, evre 4 olgularda ortalama 8 hafta olarak saptanmıştır. Hücre tiplerine göre progresyonsuz sağkalıma bakıldığında adenokarsinoma 8,2 hafta, small cell ca 5,4 hafta, skuamoz cell ca 14,1 hafta; toplam sağkalım adenokarsinoma 11,7 hafta, small cell ca 8,2, skuamoz cell ca 15,3 hafta olarak saptanmıştır.

Evrelere göre palyatif kemoterapi ile tedavi yanıtlarına bakıldığında evre 3b olgularda tam yanıt %14,3, stabil yanıt %42,9, parsiyel yanıt %14,3, progresyon %28,6; evre 4 olgularda tam yanıt %0,0, stabil yanıt %21,1, parsiyel yanıt %15,8, progresyon %63,2 olarak saptanmıştır.

Hasta Populasyonunun Tanımlayıcı Karakteristik Özellikleri

HISTOLOJİ (SMALL-NONSMALL CELL CA)'YE GÖRE FARKLAR				
Değişken	Kategori	Small Cell Ca	Non-Small Cell Ca	p
Yaş-medyan (min-maks) *		32 (26-38)	34,5 (20-39)	0,10
Progresyona kadar survi-medyan (min-maks) *		5,0 (1-12)	7,5 (0,66-44)	0,495
Toplam yaşam survi-medyan (min-maks) *		8,5 (1-17)	12 (0,66-44)	0,371
Cinsiyet n (%) †				0,999
	Kadın	3 (30)	12 (33,3)	
	Erkek	7 (70)	24 (66,7)	
Komorbidite n (%) ‡				0,999
	Yok	10 (100)	33 (91,7)	
	Var	-	3 (8,3)	
Sigara n (%) ‡				0,735
	Yok	4 (40)	17 (47,2)	
	Var	6 (60)	19 (52,8)	
	İçmiyor	4 (40)	17 (47,2)	
Sigara1 n (%)				- [§]
	1-10 pkt/yıl	1 (10)	8 (22,2)	
	>10 pkt/yıl	5 (50)	11 (30,6)	
Evre n (%) †				0,999
	3b	3 (33,3)	9 (31,0)	
	4	6 (66,7)	20 (69,0)	
Metastaz n (%) †				0,999
	Yok	4 (40,0)	16 (44,4)	
	Var	6 (60,0)	20 (55,6)	
Cerrahi n (%) †				0,315
	Yok	10 (100)	30 (83,3)	
	Var	-	6 (16,7)	
Adjuvan kemoterapi n (%) †				0,999
	Yok	10 (100)	34 (94,4)	
	Var	-	2 (5,6)	
Tedavi yanıtı n (%) †				0,570
	Tam yanıt	-	5 (13,9)	
	Diğer	10 (100)	31 (86,1)	

* Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

† Fisher's Exact test ile analiz edilmiştir.

‡ Örneklem yetersizliğinden dolayı p değeri hesaplanamamıştır.

Kanser Evresi İlişkili Özellikler

EVRELERE GÖRE FARKLAR (3b-4)				
Değişken	Kategori	Evre 3b	Evre 4	p
Yaş-medyan (min-maks) *		34 (30-39)	34 (20-39)	0,210
Progresyona kadar survi-medyan (min-maks) *		10,5 (2-36)	4 (0,66-14)	0,057
Toplam yaşam survi-medyan (min-maks) *		15 (2-36)	6,5 (0,66-24)	0,112
Cinsiyet n (%) †				0,999
	Kadın	4 (33,3)	8 (30,8)	
	Erkek	8 (66,7)	18 (69,2)	
Komorbidite n (%) †				0,338
	Yok	11 (91,7)	25 (96,2)	
	Var	1 (8,3)	1 (3,8)	
Sigara n (%) ‡				0,503
	Yok	6 (50)	10 (38,5)	
	Var	6 (50)	16 (61,5)	
	İçmiyor	6 (50)	10 (38,5)	
Sigara1 n (%)				- [§]
	1-10 pkt/yıl	2 (16,7)	7 (26,9)	
	>10 pkt/yıl	4 (33,3)	9 (34,9)	
Metastaz n (%) †				<0,001
	Yok	12 (100)	-	
	Var	-	26 (100)	
Tedavi yanıtı n (%) †				0,316
	Tam yanıt	1 (8,3)	-	
	Diğer	11 (91,7)	26 (100)	

* Student t testi ile analiz edilmiştir.

† Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

‡ Fisher's Exact test ile analiz edilmiştir.

§ Örneklem yetersizliğinden dolayı p değeri hesaplanamamıştır.

TP-011

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Akciğer Kanseri Tanısı Konusundaki Tutumları

Ersin Günay¹, Hasan Erbay², Sevinç Sarıncı Ulaşlı¹, Muzaffer Sarıaydın¹, Aydın Balcı¹, Olcay Akar¹, Mehmet Ünlü¹¹Afyon Kocatepe Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar²Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

GİRİŞ-AMAÇ: Akciğer kanseri tanısının hastanın kendisine söylenmesi, tedavi seçenekleri, hastalığın seyri konusunda bizzat kendisinin bilgilendirilmesi gerektiği öne sürülmektedir. Ancak ülkemizde hastaların bu konudaki görüşleri ile ilgili çok az çalışma vardır. Bildiğimiz kadarıyla, ülkemizde tıp fakültesi öğrencilerinin bu konudaki görüşleri ile ilgili çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin akciğer kanseri tanısı almaları halinde bu gerçeği öğrenmeyi isteyip istemediklerini, hastalık konusunda yakınlarının bilgi sahibi olmasını isteyip istemeyeceklerini ortaya koymak ve kişilerin tedavinin planlanmasındaki tercihlerinde etkili olabilecek etkenlerin sorgulanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya üniversitemiz Tıp Fakültesi'nde eğitim alan 1-6. Sınıf öğrencileri dahil edildi. Anket soruları tüm tıp fakültesi öğrencilerine dağıtılıp kendilerinin cevaplaması istenerek uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 472 gönüllü öğrenci katıldı. Çalışmaya katılan öğrenciler sınıflarına göre 2 gruba ayrıldı (Klinik öncesi grup (Grup 1) (1.,2. ve 3. sınıf) (N=263) ve Stajyer & İntern grubu (Grup 2) (4., 5. ve 6. sınıf) (N=209). Gruplar cinsiyet açısından benzer bulundu (P=0.165). Her iki gruptaki öğrencilerin anne ve babalarının sağlıklı ve sağ olup olmamaları açısından benzer olduğu görüldü (anne ve baba için sırasıyla P=0.447 ve P=0.199). Her iki gruptaki öğrencilerin ailelerinde akciğer kanseri ve akciğer kanseri dışında bir kanser tanısı konulan yakınlarının oranları benzerdi (P=0.445 ve P=0.770). Grup 1 öğrencilerinin 243'ü (%92.4) akciğer kanseri tanısı konulduğunda öğrenmek isterken Grup 2'deki öğrencilerin 177'si (%84) öğrenmek istiyordu (P=0.008). Grup 1'deki öğrencilerin 133'ü (%54.7) Grup 2'dekilerin 114'ü (64.4) tanının yakınlarına da söylenmesini istiyordu (P=0.047). Tanılarını öğrenmek istemeyen Grup 1'deki öğrencilerin 9'u (%45), grup 2'deki öğrencilerin ise 23'ü (%71.9) tanının kendisi dışında bir yakınına söylenmesini istiyordu (P=0.053). Akciğer kanseri tanısını öğrenmek istemediğini söyleyenlerin cinsiyet oranları benzer idi (P=0.379). Ailesinde akciğer kanseri tanısı almış yakını olanların (N=21) 8'i (%38.1) tanısını öğrenmeyi istemediğini belirtirken ailede akciğer kanseri tanılı yakını olmayanların (N=451) 44'ü (%9.8) tanının kendisine söylenmesini istememekteydi (P<0.001).

SONUÇ: Tıp Fakültesi öğrencilerinin akciğer kanseri tanısı konusundaki davranışlarını değerlendirdiğimiz çalışmamızda kliniklerde eğitim alan (stajyer ve intern) (4, 5 ve 6. sınıftaki) öğrencilerin klinik öncesi öğrencilere göre ve ailesinde akciğer kanseri tanısı almış yakını olan öğrencilerin olmayanlara göre kendilerine akciğer kanseri tanısının söylenmesini daha çok reddetme eğiliminde oldukları görülmüştür.

Tablo 1: Öğrencilerin demografik özellikleri

		Grup 1 (N=263)	Grup 2 (N=209)	P
Cinsiyet	Erkek	114 (43.3)	104 (49.8)	0.165
	Kadın	149 (56.7)	105 (50.2)	
Anne	Sağlıklı	256 (97.3)	202 (96.7)	0.447
	Hasta	6 (2.3)	4 (1.9)	
	Yaşamıyor	1 (0.4)	3 (1.4)	
Baba	Sağlıklı	249 (94.7)	193 (92.3)	0.199
	Hasta	5 (1.9)	10 (4.8)	
	Yaşamıyor	9 (3.4)	6 (2.9)	

Öğrencilerin demografik özellikleri

Tablo 2: Gruplardaki öğrencilerin yakınlarındaki kanser öyküsü ve kendilerinin kanser tanısı konusunda tutumları

	Grup 1	Grup 2	P
Ailenizde akciğer kanseri tanısı alan bir yakınınız oldu mu?			
Evet	10 (3.8)	11 (5.3)	0.445
Hayır	253 (96.2)	198 (94.7)	
Ailenizde akciğer kanseri dışında kanser tanısı alan bir yakınınız oldu mu?			
Evet	81 (30.8)	67 (32.1)	0.770
Hayır	182 (69.2)	142 (67.9)	
Kendiniz akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz?			
Evet	243 (92.4)	177 (84.7)	0.008
Hayır	20 (7.6)	32 (15.3)	

Tablo 3: Tanısının söylenmesini isteyen öğrencilerin verdiği cevaplar

	Grup 1	Grup 2	P
Tanıyı size kimin söylemesini isterdiniz?			
Tanıyı koyan ve tedaviyi sürdürecektir olan doktorun	229 (94.2)	165 (93.2)	0.669
Aileden birinin veya bir yakınımın	14 (5.8)	12 (6.8)	
Hastalık hakkındaki gerçeği doktor ne şekilde söylemeli?			
Doğrudan, olabilecekleri tüm gerçekliğiyle anlatmalı	134 (55.1)	114 (64.4)	0.057
Hastanın umudunu kırmadan anlayabileceği biçimde söylemeli	109 (44.9)	63 (35.6)	
Hastalığınızın yakınlarınıza söylenmesini ister miydiniz?			
Evet	133 (54.7)	114 (64.4)	0.047
Hayır	110 (45.3)	63 (35.6)	
Tedavinin planlanmasında (ameliyat, kemoterapi, radyoterapi,... vs.) sizce kimler rol oynamalı?			
Ben karar vermeliyim	51 (21.0)	29 (16.4)	0.639
Ailem ve yakınlarım karar vermeli	5 (2.1)	3 (1.7)	
Doktor karar vermeli	26 (10.7)	18 (10.2)	
Doktorun rehberliğinde gerekli bilgileri edindikten sonra ailemle birlikte karar vermeliyim	161 (66.3)	127 (68.6)	
Hastalığınız süresince sizi takip edecek olan doktorunuzdan neler beklersiniz?			
Sadece gereken tedaviyi uygulamasını	33 (13.6)	29 (16.4)	0.424
Tedavinin yanında psikolojik destek vermesini	210 (86.4)	148 (83.6)	
Kanser tedavisi planlanırken alternatif tıp konusunda yaklaşımınız ne olurdu?			
Hiç düşünmem	22 (9.1)	27 (15.3)	0.093
Modern tedavi yöntemlerinin yanında destekleyici alternatif tedavi yöntemlerini düşünürüm	216 (88.9)	144 (81.4)	
Modern tıp tedavi yöntemlerini denemeden alternatif tıba yönelirim	5 (2.1)	6 (3.4)	

Tablo 4: Tanının söylenmesini istemeyen öğrencilerin sorulara cevapları

		Grup 1	Grup 2	P
Hastalığınızın sizin dışınızda bir yakınınıza söylenmesini ister miydiniz?				
	Evet	9 (45.0)	23 (71.9)	0.053
	Hayır	11 (55.0)		
Tedavinize kimin karar vermesini istersiniz?				
	Yakınlarımın	1 (5.0)	0	0.164
	Doktorumun	13 (65.0)	14 (43.8)	
	Yakınlarımın ve doktorumun birlikte	4 (20.0)	15 (46.9)	
	Tedaviyi/Her türlü tıbbi müdahaleyi reddederdim	2 (10.0)	3 (9.4)	

Tablo 5: Tanının söylenmesini isteme durumunu etkileyebilecek faktörler

		Kendiniz akciğer kanseri olsaydınız gerçeği bilmek ister miydiniz?		P
		EVET	HAYIR	
Cinsiyet				
	Erkek	191 (87.6)	27 (12.4)	0.379
	Kadın	229 (90.2)	25 (9.8)	
Ailenizde akciğer kanseri tanısı alan bir yakınınız oldu mu?				
	Evet	13 (61.9)	8 (38.1)	<0.001
	Hayır	407 (90.2)	44 (9.8)	
Ailenizde akciğer kanseri dışında kanser tanısı alan bir yakınınız oldu mu?				
	Evet	131 (88.5)	17 (11.5)	0.826
	Hayır	289 (89.2)	35 (10.8)	

TP-012

Plevral Efüzyonla Seyreden Küçük Hücre Dışı Akciğer Kanserli Hastaların Saptanmasında Hücre Bloğu Yönteminin ÖnemiCeyhan Uğurluoğlu¹, Ercan Kurtipek², Nuri Düzgün³, Yaşar Ünlü¹, Hıdır Esme³¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

GİRİŞ: Plevral efüzyonların sitolojik incelenmesi en yaygın kullanılan tanı yöntemidir. Malign lezyonların tanısında, evrelemede ve prognozunda önemlidir. Sitolojik tanıda konvansiyonel yöntem; hücrelerin üst üste binmeleri, aşırı kalabalık hücre topluluklarının bir arada olması ve hücre kayıpları nedenleri ile düşük sensitiviteye sahiptir. Bunun aksine hücre bloğu yöntemi seröz sıvıları değerlendirmede kullanılan tanı yöntemlerindedir. Ayrıca morfolojik detayları daha iyi gözlenebilir, özel histokimyasal boyamalar ve immünohistokimyasal çalışmaların da yapılabildiği bir metod olup sensitivitesi daha yüksektir. Bu çalışmada; konvansiyonel yöntemle karşı hücre bloğu yöntemi tartışılmış, hücre bloğu yönteminin prosedürü değerlendirilmiştir.

MATERYAL-METOD: 2008-2013 yılları arasında klinik ve radyolojik muayenelerinde plevral efüzyon saptanan 194 hastayı içermektedir. Hastalardan elde edilen sıvılar iki eşit parçaya ayrılarak, bir yarısında konvansiyonel sitolojik analiz, diğer yarısında hücre bloğu oluşturularak analiz yapılmıştır.

SONUÇLAR: Konvansiyonel sitolojik analiz yapılan toplam 194 hastanın 154 (%79.4)'ü benign, 33(%17)'ü malign ve 7(%3.6)'si ise şüpheli malign olarak raporlandı (Tablo-1). Oysaki hücre bloğu yapılarak inceleme yapılan grupta 147 olgu benign (%75.8) iken 12 (%6.2) olguda metastaz, 4 (%2.1) olguda Squamoz Hücreli Ca, 18 (%9.3) olguda Adeno Ca, 5 (%2.6) olguda Büyük Hücreli Ca, 2 (%1) olguda Mezotelyoma, 3 (%1.5) olguda Küçük Hücreli Ca, 3 (%1.5) olguda Lenfoma saptandı (Tablo-2). Sonuç olarak, eksudatif plevral efüzyonun eşlik ettiği akciğer kanserli hastalarda tanısal araç olarak torosentez ile alınan mayinin kombine olarak hem konvansiyonel hem de hücre bloğu yöntemi ile sitolojik olarak değerlendirilmesi, benign- malign ayırımının daha düzgün olarak yapılabilmesi ve doğru tanının artması açısından oldukça önemlidir.

Tablo 1

	Konvansiyonel Yöntem	Hücre Bloğu
Benign	154 (%79.4)	147 (%75.8)
Malign	33 (%17)	47 (%24.2)
Şüpheli Malign	7 (%3.6)	

Konvansiyonel ve hücre bloğu yöntemlerinin tanısal oranları.

Tablo 2

Benign	147 (% 75.8)
Metastaz	12 (% 6.2)
Squamoz Hücreli Karsinom	4 (% 2.1)
Adenokarsinom	18 (% 9.3)
Büyük Hücreli Karsinom	5 (% 2.6)
Mezotelyoma	2 (% 1.0)
Küçük Hücreli Karsinom	3 (% 1.5)
Lenfoma	3 (% 1.5)

Hücre bloğu yöntemi ile tanı almış hastaların özellikleri

TP-013

Akciğer Kanseri Hastaya Tanısı Söylenmeli mi?

İbrahim Başol¹, Efe Özöğlü¹, Nesibe Hatun Ozan¹, Ayşe Nergis¹, Didem Hancı¹, Özlem Göksel², Tuncay Göksel²¹Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Öğrencisi, İzmir²Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Akciğer kanseri günümüzde en önemli kanser kaynaklı ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Hastalığın kötü gidişinin yarattığı olumsuz algı, tanının hastaya söylenmesi konusunda sorun yaşanmasına neden olmaktadır. Doktorların hastalarına net bilgi vermemesi ya da hasta yakınlarının bu konuda engelleyici tutum takınması yaygın bir davranış yöntemidir.

AMAÇ: Hasta veya sağlıklı bir kişinin olası akciğer kanseri tanısını öğrenmek isteyip istemediğini sorgulamak ve hekim veya tıp öğrencilerinin hastalara akciğer kanseri tanısını söyleme konusundaki farkındalıklarını değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu araştırma prospektif kesitsel bir anket çalışmasıdır. Çalışmaya girenler önce akciğer kanseri olanlar (A) ve olmayanlar (B) olarak 2 gruba ayrıldı. Kanser olmayan grubu doktorlar (B1), tıp öğrencileri (B2), genç sağlıklı kişiler (B3) ve kanser dışı hastalar (B4) oluşturdu. Çalışmaya özel hazırlanan anket formu yüz yüze yapılan görüşmelerle dolduruldu. Bilgiler SPSS 21.0' a yüklenmiş, demografik özelliklerin yüzdeleri alınmış ve gruplar arasındaki farklılıklar ki kare ve t testi ile ölçülmüştür.

BULGULAR: Anket çalışmasına toplam 585 gönüllü dahil edildi. Anket çalışmasına giren akciğer kanseri olmayan grubun %51'i kadın, %61'i evli, %33'ü lise mezunu olup, yaş ortalaması 37.9'dur. Kanser olmayan grubun %89'u akciğer kanseri tanısını öğrenmek isteyeceğini, %87'si tanıyı doktorunun söylemesini, %88'i tüm ayrıntıları bilmek isteyeceğini, %70'inin tanıyı başkasının bilmesinin sakıncası olmayacağını, %73'ü bu dönemde psikolojik destek almak isteyeceğini bildirdi. Kanser olmayan grubun alt grupları (B1,2,3,4) bu sorulara cevapları arasında fark bulunmadı. Anket çalışmasına giren akciğer kanseri grubunun %83'ü erkek, %89'u evli, %62'si ilköğretim mezunu olup, yaş ortalaması 59'dur. Kanser grubun %82'si tanısını bildiğini, %80'i tanıyı doktorunun söylediğini, sadece %55'i doktoru ile yalnızken konuşabildiğini ve %62'si ayrıntılı bilgi alabildiğini bildirdi. Profesyonel psikolojik desteği sadece %10'u alabilirken, %86'sı aileden destek aldığı bildirdi. Eşler en önemli destek kaynağı olmaktadır.

SONUÇ: Ülkemizde kanser tanısının saklanması ya da saklanma niyetinin azaldığı ancak tanı ve tedavi ile bilgilendirmelerin yeterli düzeyde olmadığı, belirtilen ihtiyaca rağmen psikolojik desteğin ihmal edildiği dikkati çekmektedir.

Tablo I.

Gruplar	Toplam	Yaş	Cinsiyet				Medeni Hal				
			Kadın		Erkek		Bekar		Evlü		
	n	Ort. ± SS (min-max)	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaşlı Kişiler	157	56,5 ± 8,6 (45-83)	84	51,9	78	48,1	21	13	140	87	
Genç Kişiler	217	29, ± 7,7 (15-44)	135	59,5	92	40,5	108	47,8	118	52,2	
Doktorlar	32	38,8 ± 12,7 (25-65)	14	43,8	18	56,3	18	56,3	14	43,8	
Tıp Öğrencileri	66	20,4 ± (1,6) 18-24)	45	68,2	21	31,8	65	98,5	1	1,5	
Toplam	472	38,0 ± 15,8 (15-83)	278	57,1	209	42,9	212	43,7	273	56,3	
		Sigara içiyor mu?				Ailede kanser hastası var mı?					
		İçiyorum		Hiç içmedim		Bıraktım		Var		Yok	
Gruplar	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaşlı Kişiler	43	27,0	57	35,8	59	37,1	69	43,4	90	56,0	
Genç Kişiler	66	29,7	121	54,5	35	15,8	77	34,5	146	65,5	
Doktorlar	5	16,1	22	71,0	4	12,9	8	25,0	24	75,0	
Tıp Öğrencileri	3	4,5	59	89,4	4	6,1	18	27,3	48	72,7	
Toplam	117	24,5	259	54,2	102	21,3	172	35,8	308	64,2	

Gruplar	Toplam	Yaş	Cinsiyet				Medeni Hal				
			Kadın		Erkek		Bekar		Evlü		
	n	Ort. ± SS (min-max)	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kanser hastaları	67	59,9 ± 9,2 (40-92)	10	15,2	56	84,8	6	9,1	60	90,9	
		Sigara içiyor mu?				Ailede kanser hastası var mı?					
		İçiyorum		Hiç içmedim		Bıraktım		Var		Yok	
Kanser hastaları	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kanser hastaları	7	10,8	6	9,2	52	80	37	56,1	29	43,9	

Gönüllülerin demografik özellikleri.

Tablo II.

Sorular:	Yanıtlar:	Sayı	Yüzde
AC Ca tanısını bilmek istiyor mu?	Evet	456	89,6
	Hayır	53	10,4
	Toplam	509	100
	*Yanıt yok: 9		
	Toplam	518	
Hayırsa kime söylensin?	Esime	31	57,4
	Anneme-babama	10	18,5
	Cocuklarıma	4	7,4
	Tıbbi vasıfım	2	3,7
	Diğer	7	13,0
	Toplam	54	100
Evetse size kim söylesin?	Doktorum	403	87,2
	Hemşirem	2	0,4
	Ailemden birisi	29	6,3
	Psikoloğum	26	5,6
	Diğer	2	0,4
	Toplam	462	100
Evetse başkasının bilmesinde sakınca var mı?	Baskalarının bilmesinde sakınca yok	322	70,9
	Hayır- sadece bana söylensin	132	29,1
	Toplam	454	100
	*Yanıt yok: 2		
Öğrendiğinizde ilk tepkiniz nasıl olurdu?	Tanıya inanmam başka bir doktora giderim	106	21,3
	Hemen kabul edemem ama zamanla benimseyebilirim	107	21,5
	Kabul ederim ve tedavi için çaba gösteririm	285	57,2
	Toplam	498	100
	*Yanıt yok: 20		
Hastalığınızın seyri hakkında neleri bilmek istersiniz?	Tüm ayrıntıların	436	88,3
	Sadece tedavisini	36	7,3
	Sadece öneörülen yaşam süresini	12	2,4
	Sadece tedavinin yan etkilerini	2	0,4
	Hiçbir şeyi	6	1,2
	Diğer	2	0,4
	Toplam	494	100
Tedaviniz planlanırken yanınızda kimler olmalı?	Eşim	196	39,9
	Annem babam	110	22,4
	Cocuklarım	36	7,3
	Tıbbi vasıfım	15	3,1
	Diğer (hic kimse)	19	3,9
	Diğer	22	4,5
	Esim annem babam	29	5,9
	Esim çocuklarım	41	8,4
	Hepsi	23	4,7
	Toplam	491	100
	*Yanıt yok: 27		
Bu dönemde psikolojik destek almak ister misiniz?	Evet	358	73,2
	Hayır	131	26,8
	Toplam	489	100
*Yanıt yok: 29			

Sağlıklı gönüllülerin anket sonuçları.

Grafik I.

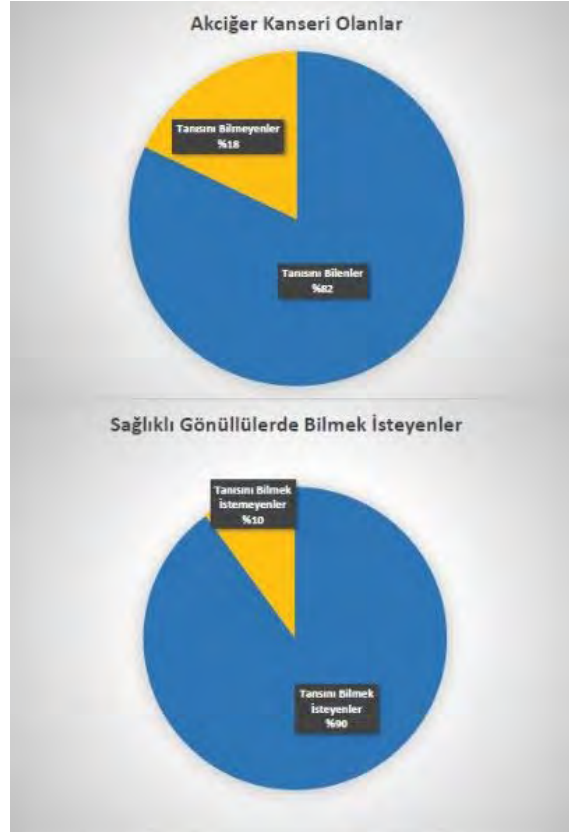


Tablo III.

Sorular	Yanıtlar	Sayı	Yüzde
Tanınızı biliyor musunuz?	Evet	55	82,1
	Hayır	12	17,9
	Toplam	67	100
Tanınızı size kim söyledi?	Doktor	54	84,4
	Aile fertleri	4	6,3
	Diğer	6	9,4
	Toplam	64	100
Nerede söylendi?	Hastane koridorunda - ayaküstü	2	3,2
	Doktorumla yalnızken	37	58,7
	Klinikte diğer hastaların yanında	8	12,7
	Diğer	16	25,4
	Toplam	63	100
Sizce yeterince ayrıntılı bilgi verildi mi?	Evet	42	64,6
	Hayır	11	16,9
	Tam değil	12	18,5
	Toplam	65	100
Psikolojik destek aldınız mı?	Evet	7	10,4
	Hayır	60	89,6
	Toplam	67	100
Tedavi sürecince yakınlarınızdan destek alıyor musunuz?	Evet	58	86,6
	Hayır	9	13,4
	Toplam	67	100
Tanıyı öğrendiğinizde ilk tepkiniz nasıl oldu?	Konulan tanıya inanmadım ve ...	10	15,4
	Doktorumun tanıyı doğru	43	66,2
	Diğer	12	18,5
	Toplam	65	100

Akciğer kanseri tanılı hastaların anket sonuçları.

Grafik II.



TP-014

Küçük Hücreli Akciğer Kanserinde Tedavi Öncesi Nötrofil /Lenfosit Oranı Ve Trombosit/Lenfosit Oranının Prognostik Önemi

Dilek Ernam, Makbule Özlem Akbay, Feyyaz Kabadayı, Ülkü Aka Aktürk, Selahattin Öztaş, Erhan Oğur, Ali Metin Görgüner, Özlem Soğukpınar

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Son yıllarda yapılan çalışmalarda bir çok kanser türü için nötrofil/lenfosit oranının (NLR) ve trombosit/lenfosit oranının (PLR) prognostik değeri olduğu tespit edilmiştir. Biz de kliniğimizde tanı konan ve platin bazlı kemoterapi tedavisi alan küçük hücreli akciğer kanserli (KHAK) hastaların NLR ve PLR oranının prognoz ile ilişkisini değerlendirmeyi planladık.

MATERYAL-METOD: Kliniğimizde Aralık 2011-Ocak 2014 tarihleri arasında tanı konulan 52 KHAK hastasının dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, evresi, performans durumu, laboratuvar tetkikleri ve metastaz sayıları kaydedildi. Hastaların NLR ve PLR oranlarının ve progresyonsuz sağkalım sürelerinin, yaş, cinsiyet, sigara paket-yıl, kanser evresi, performans durumu, metastaz sayısı, komorbid hastalık sayısı, kan değerleri ile ilişkisi incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 52 KHAK hastası alındı. Hastaların 7'si kadın 45' i erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 58.38± 10.04 idi. Hastalardan 39'u(%75) 65 yaşından küçük, 12'si(%25) büyük eşitti. Tanı konduğunda hastaların %76,1(40)'i yaygın evrede, %23,9(12) hasta sınırlı evredeydi. Sigara kullanım durumları değerlendirildiğinde hastalar 50.85±26.30 paket-yıl sigara içmişti. Uzak metastaz açısından değerlendirildiğinde %75 hastanın tanı anında metastazı mevcuttu. Ortalama NLR değeri 3.07, PLR değeri ise 170.5 olarak hesaplandı.

Hastalar ortalama NLR ve PLR değerine göre düşük ve yüksek olarak sınıflandırıldı. Düşük ve yüksek gruplar yaş, cinsiyet, evre, sigara, ecog, metastaz, komorbiditeye, progresyonsuz sağkalım ve ortalama sağ kalıma göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(p>0,05). Progresyonsuz sağkalım üzerine etkili olabilecek yaş, cinsiyet, sigara paket-yıl, kanser evresi, ecog, metastaz sayısı, komorbidite gibi faktörlerin sağkalım üzerinde ilişkisine bakıldığında istatistiksel anlamlı fark tespit edilmedi(p>0,05).

SONUÇ: Literatürde NLR ve PLR oranları ile ilgili olarak daha çok küçük hücreli dışı akciğer kanserleri üzerinde çalışmalar olduğu gözlenmiş olup prognostik öneme sahip olduğu tespit edilmiştir. KHAK ile yapılan az sayıda çalışma mevcuttur. Çalışmaların bir kısmında prognostik değeri olduğu tespit edilirken bazı çalışmalarda özellikle PLR oranının prognoza etkisi bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda NLR ve PLR oranları ile prognoz arasında her hangi istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Bu sonucun vaka sayımızın azlığı ile ilişkili olabileceği düşüncesindeyiz. KHAK de bu konu ile ilgili daha geniş vaka sayıları içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 2: NRL ve PLR oranının ortalama yaşam süresi ile ilişkisi

	Hasta sayısı n (%)	Ortalama yaşam süresi (ay)	P değeri
NRL:			
3,07<median	25 (50)	8,17 ± 0,76	0,784
3,07 >median	25 (50)	7,21 ± 0,89	
PLR:			
170,5<median	25(50)	7,56 ±0,76	0,576
170,5>median	25(50)	7,75 ± 0,89	

Tablo 3: NRL ve PRL değerinin progresyonsuz yaşam süresi ile ilişkisi

	Hasta sayısı n (%)	Progresyonsuz yaşam süresi (ay)	P değeri
NRL:			
3,07<median	25(50)	7,16 ± 0,77	0,751
3,07>median	25(50)	6,68 ± 0,71	
PRL:			
170,5<median	25(50)	6,83 ± 0,79	0,761
170,5>median	25(50)	7,71 ± 0,71	

Tablo 1:NLR ve PLR nin yaş, cinsiyet, evre, sigara,performans durumu, metastaz sayısı ve komorbid hastalık sayısı ile ilişkisi

	NLR düşük hasta sayısı	NLR yüksek hasta sayısı	P değeri	PLR düşük hasta sayısı	PLR yüksek hasta sayısı	P değeri
Yaş: <65 >65	18(72) 7(28)	20(80) 5(20)	0,508	19(76) 6(24)	19(76) 6(24)	1,000
Cinsiyet: Kadın: Erkek:	5(20) 20(80)	2(8) 23(92)	0,221	3(12) 22(88)	4(16) 21(84)	0,684
Evre: Sınırlı evre: Yaygın evre:	5(20) 20(80)	6(24) 19(76)	0,733	5(20) 20(80)	6(24) 19(76)	0,733
Sigara: < 20 p/yıl >20p/yıl	2(8) 23(92)	1(4) 24(96)	0,552	1(4) 24(96)	2(8) 23(92)	0,552
ECOG: 0-1 >1	20(80) 5(20)	15(60) 10(40)	0,123	18(72) 7(28)	17(68) 8(32)	0,758
Metastaz: 0 1 >1	5(20) 9(36) 11(44)	7(28) 5(20) 13(52)	0,440	5(20) 7(28) 13(52)	7(28) 7(28) 11(44)	0,779
Komorbidite: 0 1 >1	12(48) 8(32) 5(20)	10(40) 11(44) 4(16)	0,682	10(40) 10(40) 5(20)	12(48) 9(36) 4(16)	0,841

TP-015

Kliniğimizde Takip Edilen Akciğer Kanseri Kadın Hastalarımızın Değerlendirilmesi

Dilek Ernam, Özlem Makbule Akbay, Ülkü Aka Aktürk, Feyyaz Kabadayı
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Kliniğimizde nisan 2012-haziran 2014 yılları arasında tanı almış ve tedavi gören kadın akciğer kanserli hastalarımızın özelliklerini değerlendirmek.

MATERYAL-METOD: Kliniğimizde bu tarihler arasında tanı almış akciğer kanserli kadın hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, sigara kullanımları, ek hastalıkları, tanı yöntemleri, hücre tipleri, tümör evreleri ve lokalizasyonu kaydedildi.

BULGULAR: Kliniğimizde nisan 2012 ve haziran 2014 yılları arasında 380 hastaya akciğer kanseri tanısı konmuş olup tedavi başlanmıştır. Bu 380 hastanın 34'ü (%9) kadın, 346'sı (%91) erkekti. Kadın hastaların yaş ortalaması 61,5± 10,6 idi. Hastaların 20'i (%58.8'i) aktif sigara içicisi ve eskiden sigara içmiş hastalar olup ortalama sigara paket yıl 19,4± 20.3 idi. Hastaların 9'unda (%26.5) biyomass maruziyeti vardı. Hastaların başvuru sırasında yaklaşık %30'u asemptomatik, %38 i semptomatik olup günlük aktivite kısıtlaması yoktu. En sık görülen semptomların başında nefes darlığı (% 50), göğüs ağrısı (%35.3) ve öksürük (% 29.4) izlendi. Hastaların büyük kısmında (%76.4) en az bir ek hastalık mevcuttu. En sık hipertansiyon (%61.8), KOAH (%26.5) ve DM (%26.5) eşlik etmekteydi. Tümörlerin histolojik gruplarına bakıldığında %58.8' i adenokanser, %29.4'ü küçük hücreli akciğer kanseri, %5.9'u yassı hücreli, %2.9'u büyük hücreli, %2.9'u tiplendirilemeyen küçük hücreli dışı akciğer kanseri olarak bulundu. Adenokanser olgularının %35'i sigara içicisiyken (aktif ya da ex-smoker) küçük hücreli akciğer kanserli olguların %90'ı sigara içicisiydi. Tümör en fazla % 35.3 ile sağ akciğer üst lob, %26.5 ile sol akciğer üst lob yerleşimliydi. Tanısal yöntemler incelendiğinde hastalarımızın %67.6'sı fiberoptik bronkoskopi, %8.8'i TTİAB, %8.8'i torakotomi, %5.9'u plevra biyopsisi, %5.9'u periferik LAP biyopsisi ve %2.9'u da torasentez ile tanı almıştı. TNM evrelemesine göre hastalarımızın %79.3'ü evre 3-4 iken, %20.7'si evre 1-2 olarak tespit edildi. Saptanan metastaz bölgeleri sıklık sırasına göre kemik (%32.4), ekstrapleural LAP (%20.6), karaciğer (%14.7), plevra ve perikard (%14.7), beyin (%11.8), karşı akciğer (%8.8), sürrenal (%6.2) idi.

SONUÇ: Kadınlarda görülen akciğer kanseri sıklığı giderek artmaktadır. Sigara içiminin kadınlarda yaygınlaşmasının etkisi büyüktür. Akciğer kanseri erkeklerde olduğu gibi kadınlarda da en öldürücü kanserdir. Adenokanser tanısı alan kadınlarda sigara içme oranının düşük olması sigaraya ek olarak olası başka etiolojik faktörleri düşündürmektedir.

Tablo 1

TANI YÖNTEMİ	%
Fiberoptik Bronkoskopi	67,6
TTİAB	8,8
Torakotomi	8,8
Plevra Biyopsisi	5,9
Periferik Lenf Nodu Biyopsisi	5,9
Torasentez	2,9

Hastalarımızda akciğer kanseri tanı koyma yöntemlerinin dağılımı

Tablo 2

AKCİĞER KANSERİ TİPİ	%
Küçük Hücreli Akciğer CA	29,4
Akciğer Adeno CA	58,8
Skuamoz Hücreli Ca	5,9
Büyük Hücreli Ca	2,9
Tiplendirilemeyen KHDAK	2,9

Hastalarımızın akciğer kanser tiplerinin dağılımı

TP-016

Endobronşiyal Tedavinin Akciğer Karsinoid Tümörlerinin Tedavisindeki Etkinliği ve MaliyetiHilal Onaran Boyacı, Erdoğan Çetinkaya

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Karsinoid tümörlerde cerrahi tedavi altın standart yaklaşım olsa da son dönemlerde yapılan ve yayınlanan, tipik karsinoid tümörlerde endobronşiyal tedavi uygulamalarının başarılı sonuçları, seçilmiş olgularda, bu tedavi yönteminin alternatif bir tedavi yöntemi olabileceğine dikkat çekmektedir. Çalışmamızda endobronşiyal tedavinin akciğer tipik karsinoid tümörlerinin tedavisindeki etkinliği ve maliyetini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya tipik karsinoid tümörü olan, intralüminal komponentli, polipoid tipte ve endobronşiyal yöntem ile tedavi edilen hastalar alındı. 11 hasta, 7'si erkek ve 4'ü kadındı. Yaş ortalaması 46.1 (23-68)'di. Endobronşiyal yöntem olarak sıcak (elektrokoter, argon plazma koagulasyon, lazer) ve soğuk (kriyoterapi) yöntemler kullanıldı.

BULGULAR: 11 hastaya endobronşiyal tedavi yapıldı. Başvuru şikayeti en sık nefes darlığı, kronik öksürük ve hemoptizi olup en sık yerleşim yeri sağ bronşiyal sistemdi. Endobronşiyal tedavi, % 64 oranında tek seans halinde yapıldı. Olguların % 36' sının tümör tutunma alanına Kriyo, % 36'sına Kriyo+ APK ve % 28'ine APK uygulandı. Komplikasyon, işlem sırasında 3 (% 27) olguda (hemoraji, hipoksi ve disritmi), takip sırasında ise 2 (% 18) olguda (bronşiyal striktür) görüldü. Olgular ortalama 24.2 ay izlendi. İzlem sırasında toraks BT/ YRBT ve fleksible bronkoskopiden faydalanıldı. Hiçbir olgumuzda nüks gözlenmedi. Dolayısıyla tipik karsinoid tümörlerde endobronşiyal tedavinin etkin bir tedavi yöntemi olduğu gösterildi. Endobronşiyal tedavi yapılan hastaların işlem maliyeti 480 TL, lobektomi-segmentektomi (bronkotomi dahil) işlem maliyeti 1207.5 TL ve pnömonektomi yapılan hastaların işlem maliyeti ise 1307.99 TL olarak hesaplanmıştır. Endobronşiyal tedavi cerrahiye göre daha maliyet etkin bir tedavi yöntemidir.

SONUÇ: Bu retrospektif ve nonrandomize çalışmada endobronşiyal tedavinin güvenli, ucuz ve iyi seçilmiş tipik karsinoid tümürlü olgularda cerrahi tedaviye alternatif bir tedavi olabileceği görülmüştür. Endobronşiyal tedavi cerrahiye göre daha maliyet etkin bir tedavi yöntemidir. Aynı zamanda endobronşiyal tedavi optimal hayat kalitesi sağlamaktadır. Özellikle bayan hastaları torakotomi skarından kurtarmaktadır. Ayrıca uzun süreli hastane yatışı gerekmediğinden hastalar işlem sonrası iş yada gündelik hayatlarına kısa sürede dönebilmektedirler.

Tedavi sırasında hastanın bronkoskopik görüntüsü. Sağ ana bronş içinde polipoid lezyon görülmekte



Hastaların ilk başvurusunda kaydedilen cinsiyet, yaş, sigara kullanma durumları, başvuru şikayetleri ve tanıya kadar geçen ortalama semptom süresi

n:11	Sıklık %
Cinsiyet	
Erkek	7 (% 63)
Kadın	4 (% 37)
Yaş (ortalama yıl-dağılım)	
Erkek	46.1 (23-68)
Kadın	38.5 (28-57)
Sigara içme durumu	
Erkek (var/yok)	6 (% 85) / 1 (% 15)
Kadın (var/yok)	1 (% 33) / 3 (% 67)
Başvuru Şikayeti	
Nefes Darlığı	6 (% 85)
Kronik Öksürük	3 (% 42)
Kanlı Balgam	3 (% 42)
Göğüs Ağrısı	1 (% 14)
Tanıya Kadar Geçen Ortalama Semptom Süresi (ay orta./ dağılım)	29.2 (1-60)
Ek hastalık	1 (% 9)

Tedavi sonrası lezyonun tamamen çıkarıldığıının bronkoskopik görüntüsü.



Olguların takip özellikleri

Parametreler	Frekans n (%)
Takip Süresi (ortalama-dağılım ay)	24.2 (2-68)
Takibinde Komplikasyon Gelişen Hasta Sayısı/Oranı	2 (% 18)
Takipte Nüks gelişme Oranı	0

TP-017

Sağlık Personelinde Algılanan Stres, Çalışma Koşulları ve Sigara Kullanımı Arasındaki İlişki

Nurayet Canbaz¹, Aysel Yıldız², Devrim Tarakçı²¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı²İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü**GİRİŞ:** Sağlık çalışanlarında görevle ilişkili stres, gece/gündüz çalışma ve sigara kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırmak.**YÖNTEM:** Üniversite hastanesinde farklı birimlerde çalışan ve bilinen sağlık problemi olmayan personel çalışmaya alındı. Meslek, sigara kullanımı, Fagerstrom tolerans anketi ile nikotin bağımlılık düzeyi, Visual Analog Skala (VAS) ile algılanan iş stresi, gece/gündüz çalışma düzeni, gece/gündüz döneminde göreve başlama saati ile bitiş saatinde pakette olan sigara sayısının sorgulandığı anket katılımcılara dağıtıldı. Bir gece ve bir gündüz nöbeti sonrasında formlar toplanarak SPSS 15 Programı ile analizi yapıldı.**BULGULAR:** Çalışmamıza dahili bilimler (n=12), cerrahi bilimler (n=31), laboratuvar (n=37) ve acil ünitesinde (n=8) görevli toplam 88 gönüllü katıldı. Sigara kullanan 52 kişi, kullanmayan 33 kişi ve bırakmış 3 kişi vardı. Fagerstrom tolerans anketine göre nikotin bağımlılığı %37'sinin (n=19), düşük, %20,4'ünün (n=9) orta derce ve %42,6'sının (n=23) yüksek düzeyde idi. Sigara kullananların yaklaşık yarısı (%46,5) evde ailesinin yanında da sigara içiyordu. 35 kişi (%67,31) sigarayı bırakmayı denemişti. Aylık nöbet sayısı 2-18 arasında olup katılımcıların %71,7'sinin aylık gece nöbeti sayısı ≤ 5 idi. 54 kişi (%62,1) işini stresli buluyordu. Sigara içen ve içmeyenlerin aylık gece nöbeti sayısı benzer iken algılanan iş stresi sigara içenlerde (VAS=8,21±2,42) içmeyenlerden (VAS=6,6±2,62) daha yüksek bulundu (p=0,006).

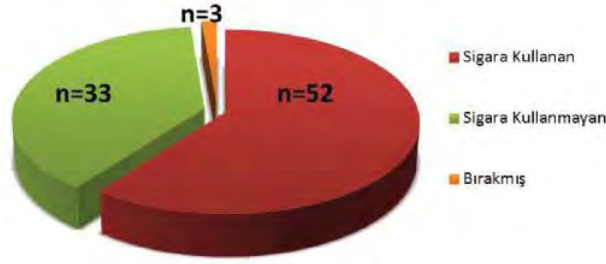
Sigara başlangıç yaşı ile aile bireyleri yanında sigara kullanımı arasında pozitif yönde ilişki vardı (rs=0,238, p=0,026). Algılanan iş stresi ile aylık nöbet sayısı (rp=0,285, p=0,007), sigara kullanımı (rs=0,291, p=0,006) ve nikotin bağımlılığı (rs=0,384, p<0,001) arasında pozitif yönde ilişki saptandı. Eğitim düzeyi ile sigara bağımlılığı arasındaki ilişki anlamlılık seviyesine ulaşamadı (p=0,054).

SONUÇ: Sağlık çalışanlarıncı sigaranın zararlı etkilerinin bilinmesine rağmen aile yanında sigara kullanımı yüksek düzeydedir. Ayrıca iş ile ilgili stres düzeyinin yüksek oluşu nikotin bağımlılık düzeyi dışında sigara kullanımını tetikleyen bir diğer faktör olarak göze çarpmaktadır.**TARTIŞMA:** Sağlık çalışanlarında sigara kullanımı literatürle uyumludur. Stres faktörleri, çalışma saatleri, tatil döneminde sigara kullanımı ve iş ortamında stresi azaltma yöntemlerinin sigara kullanımına etkisinin araştırılabileceği yeni çalışmalar planlamaktayız.

Şekil 1: Çalışmaya katılan gönüllülerin dağılımı



Şekil 2: Katılımcıların Sigara Kullanımı



Şekil 3: Fagerstrom tolerans anketine göre nikotin bağımlılığı



Tablo 1: Katılımcıların sigara kullanımı, çalışma koşulları ve algıladıkları iş stresi

Aile ile birlikteyken sigara kullanımı	%46,5
Sigara başlangıç yaşı	11-25
En az bir kez sigara bırakmayı deneme	%67,31
Aylık nöbet sayısı (min-max)	2-18
Aylık nöbet sayısı >5 olan	%28,3
İşini stresli bulan personel	%62,1

Tablo 2: Sigara içen ve içmeyenlerde aylık nöbet sayısı ve algılanan iş stresi

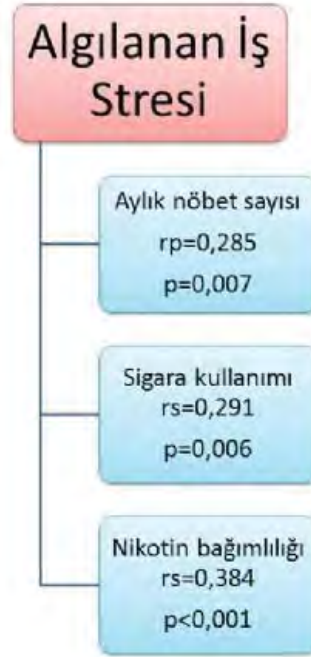
	Sigara içen	Sigara içmeyen	p
Aylık nöbet sayısı	5,60±5,47	4,36±3,51	AD
VAS algılanan iş stresi	8,21±2,42	VAS=6,6±2,62	0,006

AD: Anlamlı Değil

Tablo 3: Sigaraya başlama ve aile yanında sigara kullanımı

Aile bireyleri yanında sigara kullanımı		
Sigara başlangıç yaşı	rs=0,238	p=0,026

Şekil 4: Algılanan iş stresi ile aylık nöbet sayısı, sigara kullanımı ve nikotin bağımlılığı ilişkisi



TP-018

Trabzon KETEM 2012 Yılı Sigara Bırakma Polikliniği Sonuçları

Hasan Hamzaçebi, Ayşegül Ersoy, Seher Zorlu, Ayla Kostakoğlu
Ortahisar Toplum Sağlığı Merkezi, KETEM Birimi, Trabzon

AMAÇ: Tütün bağımlılığı, dünyada ve ülkemizde önlenabilir ölümlerin önde gelen nedenlerindedir. Tütün bağımlılığı, süregen ve tekrarlayan bir hastalıktır. Tütün kullanımı, çok yaygın bir bağımlılık çeşidi olmasının yanı sıra, tütün ve dumanında bulunan maddelerin, insan sağlığı üzerine yaptığı olumsuz etkiler sebebiyle dünyanın ve ülkemizin en önemli ve önlenabilir halk sağlığı sorunlarından birisidir. Dünya nüfusunun yaklaşık %20 si 800 milyon erkek ve 200 milyon kadın sigara içmektedir. Pasif içicilik nedeniyle yılda 600 bin kişi ölmekte ve bunların %75 i kadınlar ve çocuklar arasındadır. Sigara kullanımı pek çok öldürücü hastalığın meydana gelmesine yol açmaktadır. 2011 yılında dünyada tütün kullanımı nedeniyle 6 milyon kişi öldü ve bu ölümlerin yaklaşık %80 i düşük ve orta gelirli ülkelerde oldu. Halen ülkemizde 14,8 milyon kişi her gün sigara içmektedir ve tütün kontrol çalışmaları ile tütün kullanımına bağlı yaklaşık yılda 55 bin ölümün önlenileceği hesaplanmıştır.

YÖNTEM: 2012 yılı Ocak – Aralık döneminde polikliniğimize başvuran 1083 hastanın değerlendirilmesi planlandı. 1083 hastanın 21 inden çeşitli (psikiyatrik, kardiyolojik v.b.) nedenlerle konsültasyon istenmiş ancak tekrar geri gelmemişlerdir. Geriye kalan 1062 hastaya, 2013 yılı aralık ve 2014 yılı ocak aylarında telefonla ulaşılabilen ve cevap veren 610 kişi değerlendirilmeye alındı. Hastaların sigara içme durumu, bırakmayı etkileyen faktörler, önerilen farmakolojik tedavi, tekrar başlamayı etkileyen faktörleri bulmayı amaçladık.

BULGULAR: Hastaların %51,3 ü sigarayı bırakmış, %48,7 si bırakmamıştı, cinsiyet bakımından arada önemli bir fark yoktu ($p>0,005$). Hastaların önerilen ilaçları kullandıkları süreler incelendiğinde, erkeklerin ortalama 24,5 gün, kadınların ortalama 22,3 gün ilaçlarını kullandığı ancak arada anlamlı bir farkın olmadığı saptandı ($p>0,05$). Hastaların reçete edilen ilaçları kullanma durumu incelendiğinde; Varenecline ve Bopropion'u benzer oranda (%73,5 ve %74,5) kullandıkları, nicotine preparatlarını diğerlerine göre daha az oranda (%67,2) kullandıkları, önerilen ilaçları kullanılıp kullanılmadıklarına göre, istatistiksel bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$). Sigarayı bırakan hastalar ($38,0\pm 23,7$), bırakmayanlara ($22,9\pm 18,7$) göre daha uzun süre ilaç kullanmışlardı ve arada anlamlı bir farklılık bulunmaktaydı ($p<0,001$). Eğitim düzeyi arttıkça, önerilen ilacı kullanma oranları artmaktadır ($p<0,05$). Önerilen ilacı kullanan hastalar, kullanmayanlara göre daha uzun süre sigara içmemişlerdi ($p<0,001$).

SONUÇ: Sonuç olarak, sigarayı bırakmaya başvuranların önceden sigarayı bırakmayı etkileyen, tekrar başlamakta neden olan faktörlerin ve önerilen tedavi seçeneklerinin başarı durumlarının bilinmesinin, sigara bırakma oranlarını artıracaklarını umuyoruz.

Avanakotu



Yaşlı bir tütün üreticisi kadının özlü sözü

Sigarayı bırakan ve bırakmayan hastaların özellikleri

Özellik	Bırakan n %	Bırakmayan n %	p değeri
Cinsiyet Kadın	82 (48,2)	88 (51,8)	0,345
Erkek	231 (52,5)	209 (47,5)	
Eğitim İlkokul ve daha az	69 (43,1)	91 (56,9)	0,004
Ortaokul - Lise	137 (51,5)	129 (48,5)	
Yüksekokul ve üzeri	106 (61,3)	67 (38,7)	
Kullanılan ilaç Nicotine	52 (61,9)	32 (38,1)	0,014
Bupropion	102 (59,0)	71 (41,0)	
Varanecline	136 (73,1)	50 (26,9)	
Yaş	41,6±12,3*	41,8±12,7	0,794
Fagestrom Nicotin Bağımlılık Değeri	5,03±2,3*	5,32±2,4	0,231
İlaç kullanım süresi (gün)	38,0±23,7*	22,9±18,7	0,000
*Ortalama±Standart Sapma			

İlaç kullanma durumuna göre hastaların özellikleri

Özellik	Önerilen İlaç Kullandı n %	Önerilen İlaç Kullanmadı n %	p değeri
Cinsiyet Kadın	116 (68,2)	54 (31,8)	0,120
Erkek	327 (74,5)	112 (25,5)	
Eğitim İlkokul ve daha az	107 (67,3)	52 (32,7)	0,020
Ortaokul - Lise	197 (74,1)	69 (25,9)	
Yüksekokul ve üzeri	136 (78,6)	37 (21,4)	
Kullanılan ilaç Nicotine	84 (67,2)	41 (32,8)	0,279
Bupropion	173 (74,9)	58 (25,1)	
Varanecline	186 (73,5)	67 (26,5)	
Yaş	41,5±12,2*	42,1±13,2	0,650
Fagestrom Nicotin Bağımlılık Değeri	5,13±2,3*	5,14±2,3	0,967
Bırakılan gün sayısı	351,2¥	181,7	0,000
	*Ortalama±Standart Sapma	¥Mean rank	

TP-019

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Öğrencilerinin Sigara İçme ve İnternet Kullanım Alışkanlıkları, Yaşam Kalitesi Profillerinin İncelenmesi: Pilot ÇalışmaElif Üstün¹, Feryal Subaşı¹, Gökşen Kuran²¹Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul²İstanbul Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Bu araştırmanın amacı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümü öğrencilerinin sigara içme ve internet kullanım alışkanlıklarının incelenmesi ile olguların yaşam kalitelerine ve sigara içme durumlarına etki eden faktörlerin belirlenmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM: Enine kesitsel olarak planlanan bu pilot çalışmamıza, Yeditepe Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencisi olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü 187 kişi (K/E, 141/46, 21,9±1,8 yıl) dahil edilmiş, Nisan – Mayıs 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Olguların sosyodemografik özellikleri, sağlık davranışları (sigara içme ve egzersiz yapma alışkanlıkları), genel sağlık durumları ve internet kullanım alışkanlıkları anketle sorgulanmıştır. Sigara bağımlılık durumları Fagerström Testi (FT), dispne seviyeleri Modifiye "Medical Research Council" Dispne Skalası (MMRC) ve yaşam kaliteleri de Short Form-36 (SF36) kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Araştırmada sigara içme alışkanlığı olan olguların (SP) oranı %19,8 (n=37, 18K;19E), sigara içme alışkanlığı olmayan (SN) olguların oranı %80,2 (n=150, 123K;27E)'dir. Cinsiyete göre sigara içme alışkanlıkları karşılaştırıldığında sigara içme oranının kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir ($\chi^2(1, n=187)=16,04, p<0,01$). Grupların dispne seviyeleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($\chi^2(3, n=187)=20,18, p<0,01$). SF-36 Fiziksel Fonksiyon (PF), Fiziksel Rol Kısıtlaması (RP), Genel Sağlık Algılaması (GH), Mental Sağlık (MH), Fiziksel Komponent (PCS), Mental Komponent (MCS) skorları SP grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür. (z=-2,96, p<0,01; z=-3,83, p<0,01; z=-2,25, p<0,05; z=-2,72, p<0,01; z=-3,52, p<0,01; z=-2,03, p<0,05). Lojistik regresyon analizinde sigara içmeye etki eden bağımsız değişkenler cinsiyet, maddi durum, MMRC evreleri, BP, PCS ve MCS (sırasıyla OR:1,52, p=0,001; OR:-0,65; OR:1,08, p=0,004; OR:0,03, p=0,03; OR:-0,13, p=0,001; OR:-0,04, p=0,09) olarak bulunurken, lineer regresyon analizinde internet kullanma süresi (saat/gün) FT sonuçlarına etki eden risk faktörü olarak belirlenmiştir (OR:0,88, p=0,004).

TARTIŞMA: 2012 Türkiye Küresel Tütün Araştırması (KYTA) sonuçlarına göre sigara kullanma sıklığının erkeklerde (%41,5) daha yüksek olduğu bildirilmiştir. 1.. Araştırmamızda da sigara içme alışkanlığı oranı erkeklerde (%51,2) daha fazladır. Bulgular çalışma grubumuzda SF 36' nın BP, PCS ve MCS komponentlerini sigara içme alışkanlığı açısından risk faktörleri olarak göstermiştir. MMRC evrelerine bakıldığında da SP grubun dispne algısı daha yüksektir. Ayrıca internet kullanımının sigara bağımlılığı için risk faktörü olduğu da göz önünde bulundurulduğunda bireylerin bilgisayar başında geçirdikleri süre boyunca daha fazla sigara içtiklerini düşünmekteyiz.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

Fagerström testi	Bağımlılık Derecesi
0-2 puan	Çok az
3-4 puan	Az
5 puan	Orta
6-7 puan	Yüksek
8-10 puan	Çok yüksek

Tablo 1: Olguların Sosyodemografik Özelliklerine göre sigara içme durumlarının karşılaştırılması

		Sigara İçen (n=37)		Sigara İçmeyen (n=150)		p	x ²
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	18	48,6	123	82	0,00	16,046
	Erkek	19	51,4	27	18		
Anne Eğitimi	Okur yazar değil	3	8,1	3	2	0,25	4,068
	İlköğretim	8	21,6	27	18		
	Lise	13	35,1	57	38		
	Üni ve Üzeri	13	35,1	63	42		
Baba Eğitimi	Okur yazar değil	0	0	1	0,7	0,55	2,088
	İlköğretim	6	16,2	25	16,7		
	Lise	14	37,8	40	26,7		
	Üni ve Üzeri	17	45,9	84	56		
Maddi Durum	Düşük	6	16,2	3	2	0,001	13,257
	Orta	12	32,4	51	34		
	İyi	19	51,4	96	64		

Tablo 2: Olguların Sigara içme durumlarına göre MMRC Evrelerinin karşılaştırılması

		Sigara İçen (n=37)		Sigara İçmeyen (n=150)		p	x ²
		n	%	n	%		
MMRC	Evre 1	19	51,4	112	74,7	0,00	20,188
	Evre 2	14	37,8	38	25,3		
	Evre 3	3	8,1	0	0		
	Evre 4	1	2,7	0	0		

Tablo 3: Sigara içen ve içmeyen olgularda SF-36 skorlarını karşılaştırılması

	SP grup (n=37)		SN grup (n=150)		z	
	Ortalama	S.D.	Ortalama	S.D.		
PF	81,2	18,8	90,4	11,9	-2,96	0,
RP	52	38,8	78,6	31,2	-3,83	0
BP	70,7	23	73,3	20,6	-0,43	0,
GH	60,5	17,3	67,7	17,4	-2,25	0,
VT	55,4	17,8	60,8	18,7	-1,71	0,
SF	68,5	25,6	77,3	19,4	-1,79	0,
RE	55,8	39,3	68,5	32,1	-1,74	0,
MH	60,9	13,7	67	17,6	-2,72	0,
PCS	46	41,5	51	5,9	-3,52	0

Tablo 4: Sigara İçme Durumuna Etki Eden Bağımsız Faktörler

Bağımsız Değişkenler	B	S.E.	p	Odds Ratio
Cinsiyet	4,59	0,46	0,001	1,52
Gelir Düzeyi	0,51	0,36	0,072	-0,65
MMRC	2,97	0,38	0,004	1,08
BP	1,03	0,01	0,030	0,03
PCS	0,87	0,04	0,001	-0,13
MCS	0,96	0,02	0,096	-0,04
Constant	18,72	2,31	0,205	2,93

Tablo 5. Fagerström nikotin bağımlılık ölçek puanlarına etki eden faktörler

Bağımsız Değişkenler	B	S.E.	p	Odds Ratio
İnternet kullanımı	0,47	0,28	0,004	0,88
Constant	0,41	0,74	0,74	0,24

TP-020

Sigara İçicisi Olan ve Olmayan Sağlıklı Bireylerde Yorgunluk Seviyesi Ve Fiziksel Aktivite Düzeyinin KarşılaştırılmasıÇağla Ergin¹, Saadet Ufuk Yurdalan¹, İlkşan Demirbüken¹, Orhan Zengin²¹Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul²Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Sigara kullanımı kardiyovasküler ve pulmoner hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Sigara, fiziksel aktivite sırasında akciğer volümlerinde dinamik değişikliklere yol açar. Kanın oksijen taşıma kapasitesini azaltarak, kasın oksijen kullanımını ve enerji üretimini engeller. Bu sebeplerle sigara içen bireylerde yorgunluk oluşumu ve fiziksel aktivite düzeylerinde azalma beklenmektedir. Çalışmamızda, sigara içicisi olan ve olmayan sağlıklı sedanter genç bireylerde yorgunluk ve fiziksel aktivite düzeyinin karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Çalışmaya Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde 2013-2014 öğretim yılında öğrenim gören 18-27 yaş arası 191 sağlıklı sedanter birey katıldı. Fiziksel aktiviteye katılımı engelleyecek herhangi bir sağlık problemi olan bireyler çalışmaya alınmadı. Katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri Uluslar arası Fiziksel Aktivite Anketi kısa formu, yorgunluk seviyeleri ise Piper Yorgunluk Ölçeği ile değerlendirildi. Fiziksel aktivite düzeyleri düşük, orta, yüksek ve toplam aktivite düzeyi olarak hesaplandı. PYÖ ile toplam yorgunluk seviyesi yanı sıra ölçeğin alt grubunda yer alan davranışsal, duygusal, duyusal ve bilişsel yorgunluk seviyeleri de değerlendirildi. Tüm veriler SPSS 19 istatistik paket programı ile analiz edildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan 191 bireyden 8 kişi anketlere eksik yanıt verdiği için toplam 183 kişi ile araştırma tamamlandı. Katılımcıların % 59'u sigara kullanmıyorken, % 41'i sigara içicisiydi. Sigara içicisi olan ve olmayan bireyler arasında düşük, orta, yüksek ve toplam fiziksel aktivite düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). İki grup arasında duygusal yorgunluk açısından anlamlı fark bulunmazken; bilişsel, davranışsal, duyusal ve toplam yorgunluk seviyesi sigara içenlerde anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.05$).

SONUÇ VE TARTIŞMA: Araştırma sonuçlarına göre sağlıklı sedanter genç bireylerde sigara kullanımının fiziksel aktivite düzeyi ve duygusal yorgunluk seviyesi üzerinde bir etkisi bulunmamaktadır. Değerlendirmede kullanılan iki ölçüm yöntemi de subjektif değerlendirmeye dayalıdır. İleri çalışmalar fiziksel aktivite düzeyi ve yorgunluk seviyesini ölçebilecek objektif değerlendirme yöntemleri ile tekrar edilmelidir. Çalışma genç erişkin bireylerin katılımı ile gerçekleştirilmiştir, ileri yaşta sedanter bireylerle yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilebilir. İleri çalışmalar ile kardiyovasküler ve pulmoner hastalıklar için risk faktörü olan sigara kullanımı ve fiziksel aktivite düzeyi arasındaki ilişki incelenmelidir.

Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin demografik özellikleri

	Sigara Kullanan N=75	Sigara Kullanmayan N=108
Yaş (yıl)	21.01±1.34	20.76±1.65
Boy (cm)	173.04±7.12	170.02±8.50
Beden ağırlığı (kg)	65.52±10.08	63.18±11.44
Cinsiyet dağılımı (K/E)	27/38	56/47

Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerde yorgunluk seviyesi

	Sigara kullanan N=75	Sigara Kullanmayan N=108	p değeri
Davranışsal	5.48±2.44	4.22±2.63	0.001*
Duyusal	5.62±2.53	4.93±2.74	0.087
Duyusal	6.11±2.55	5.10±2.77	0.013*
Bilişsel	5.90±2.67	4.68±2.49	0.002*
Toplam	5.77±2.32	4.72±2.49	0.005*

* T testi $p<0,05$ **Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin fiziksel aktivite düzeyleri**

	Sigara kullanan N=75	Sigara kullanmayan N= 108	p değeri
Fiziksel aktivite düzeyi, n (%)	Düşük şiddetli: 20 (%26.7) Orta şiddetli: 45 (%60.0) Yüksek şiddetli: 10 (%13.3)	Düşük şiddetli:24 (%22.2) Orta şiddetli: 65 (%60.2) Yüksek şiddetli: 19 (%17.6)	0.647

Ki kare testi, n=sayı

Sigara kullanan ve kullanmayan bireylerin toplam fiziksel aktivite düzeylerinin karşılaştırılması

	Sigara kullanan N=75	Sigara kullanmayan N=108	p değeri
Toplam FA (MET-dk/hafta)	1989±214.2	2162±433.5	0.721

T testi, FA: fiziksel aktivite

TP-021

Sigara İçen Bireylerde Yaşam Memnuniyeti, Uyku Kalitesi ve Psikolojik Semptomların AraştırılmasıBetül Taşpınar¹, Ferruh Taşpınar¹, İsmail Okur¹, Canan Gül¹, Orçin Telli Atalay²¹Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Kütahya²Pamukkale Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Denizli

GİRİŞ: Sigara içmek, erken morbidite ve mortaliteye neden olan ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmanın amacı sigara içen bireylerde yaşam memnuniyeti, uyku kalitesi ve psikolojik semptomları incelemektir.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Çalışmaya sigara içen 99 (yaş ortalaması 40,07±10,34 yıl) içmeyen 108 (yaş ortalaması 39,51±10,29 yıl) olmak üzere toplam 207 kişi dahil edildi. Katılımcıların demografik verileri kaydedildikten sonra yaşam memnuniyeti için Görsel Analog Skala (GAS), uyku kalitesi için Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), psikolojik semptomlar için ise Kısa Semptom Envanteri (KSE) kullanıldı. Elde edilen verilerin SPSS 20 programına girişi yapılarak Independent sample t testi ile yorumlandı.

BULGULAR: Sigara içen grupta sigara kullanım süresi 18,37±12,05 paket/yıl olarak belirlendi. Yaşam memnuniyeti skoru, sigara içen bireylerde (X±SD) 6,52±2,48 olarak elde edilirken içmeyen bireylerde 7,58±1,79 bulundu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi (p=0,001). Toplam PUKİ puanı sigara içen bireylerde 6,14±3,07, içmeyenlerde ise 4,97±2,45 idi ve farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (p=0,003). Toplam KSE puanı ise içenlerde 46,95±33,30 bulunurken, içmeyenlerde 34,17±25,33 bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0,002).

TARTIŞMA ve SONUÇ: Çalışmamız sonucunda sigara içen bireylerin yaşam memnuniyetinin ve uyku kalitesinin olumsuz etkilendiği ve bu bireylerde psikolojik semptomların arttığı belirlendi. Sigara her ne kadar keyif verici bir madde olarak algılsa da aslında fiziksel zararlarının yanı sıra psiko-sosyal açıdan da olumsuz etkilerinin varlığı sigara bırakma çalışmaları kapsamında ele alınmalı ve toplum bilinçlendirilmelidir. Çünkü fiziksel ve psiko-sosyal sağlık birlikte sağlığı oluşturmaktadır. Ayrıca, gelecekteki çalışmaların daha fazla örneklem grubunda yapılmasının ve sigaranın psiko-sosyal faktörler üzerindeki olumsuz etkilerinin biyokimyasal etki mekanizmalarını da araştırarak şekilde dizayn edilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Tablo 1: Olgulara ait demografik veriler

Değişkenler	Sigara içen (99)	Sigara içmeyen (108)
Cinsiyet (E/K)	76/23	56/52
Yaş (Yıl)	40,05±10,38	39,51±10,29
Boy (cm)	171,40±8,02	168,21±10,16
Kilo (kg)	75,81±12,78	74,41±12,23
Vücut Kütle İndeksi (kg/m ²)	25,76±3,83	26,45±4,87

Tablo 2: Çalışmada incelenen olguların değerlendirme sonuçları

Değişkenler	Sigara içen (99)	Sigara içmeyen (108)	p
Yaşam Memnuniyeti (GAS)	6,52±2,48	7,58±1,79	0,001
Uyku Kalitesi (PUKİ)	6,14±3,07	4,97±2,45	0,003
Psikolojik Semptomlar (KSE)	46,95±33,30	34,17±25,33	0,002

TP-022

Sigara Yasaklarına Öğrenci Bakışı

Sibel Öktem Ayık¹, Bülent Özkan², Ayşe Dalli³, Elif Yumuk³, Nahit Can Karaburun³, Doğançan Şaybakan³, Yunus Elkırmış³, Selahattin Aydın Göçmen³, Çağrı Balcı³, Hamza Patir³

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyoistatistik, İzmir

³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fak 3. Sınıf Klinik Araştırma ve Uygulamalar Grubu, İzmir

Bu çalışmada Türkiye’de sigara içilmesinin önlenmesine yönelik alınan tedbirlerin öğrenciler tarafından nasıl değerlendirildiğini araştırmayı amaçladık.

METOD: Tıp Fakültesi Dönem III öğrencilerinin Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Koordinatörlüğü’nde klinik araştırma ve uygulamaları dersi kapsamında bu anket oluşturuldu. Çalışmaya üniversitemize 2013 yılında kayıt yaptırmış tüm öğrencilerin alınması planlandı. Anket soruları; öğrencilerin sigara içme alışkanlıkları ve sigara ile ilgili yasakların öğrenciler tarafından nasıl değerlendirildiğine yönelik sorulardan oluşturuldu.

BULGULAR: Çalışmaya yaş ortalaması 20.92±5.09 (16-52) olan 904 (%55’i erkek, %45’i bayan) öğrenci katıldı. Katılımcılardan hiç sigara içmemiş(HSİ) öğrenci sayısının 427(%47.2), daha önce sigarayı denemiş ya da bırakmış(SDB) olanların sayısının 247(%27.3), arada bir ya da düzenli olarak günde en az bir tane içen(ASİ-DSİ) öğrencilerin sayısının ise 230(%25.4) olduğu tespit edildi.

Sigara içilmesinin engellenmesine yönelik sorulan sorular değerlendirildiğinde;

1. “Resmi kurumlarda kapalı alanlarda sigara yasaklarının uygulandığını düşünüyor musunuz?” sorusuna tüm öğrencilerin %53.1 çoğunlukla uyguluyor, %9.2’i ise tüm kapalı alanlarda uyguluyor,
2. “Kafe /restoranlarda kapalı alanlarda sigara yasaklarının uygulandığını düşünüyor musunuz?” sorusuna %48.3 öğrenci çoğunlukla uyguluyor, %6.7’i ise tüm kapalı alanlarda uyguluyor,
3. “Üniversite içinde kapalı alanlarda sigara yasaklarının uygulandığını düşünüyor musunuz?” sorusuna %47.1 öğrenci çoğunlukla uyguluyor, %27.5’i ise tüm kapalı alanlarda uyguluyor şeklinde belirtti. Sigara içen ve hiç sigara içmemiş öğrencilerin 1. ve 2. soruya verdikleri yanıtlarda belirgin fark yok iken 3. soruda ise istatistiksel fark izlendi(p=0001).

Kapalı alanlarda sigara içilmemesini destekleyip desteklemedikleri sorulduğunda, tüm öğrencilerin %78.4’in desteklediği, HSİ’in %82.9, ASİ-DSİ’in ise %70’i desteklediği gözlemlendi, gruplar arasındaki fark anlamlı idi (p=0.001). “Hastane ve okullarda açık alanlarda sigara içilmesi hakkında ne düşünüyorsunuz?” sorusuna tüm öğrencilerin %78.9’i içilmemeli ya da sigara için ayrılmış yerlerde içilmeli derken HSİ grupta %87.6, ASİ-DSİ grupta ise bu oran %52.2 bulundu, fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.0001).

“Üniversitede açık alanlarda (yerleşkede) sigara içilmesi hakkında düşünüyorsunuz?” sorusuna tüm öğrencilerin %64.9’i içilmemeli ya da sigara için ayrılmış yerlerde içilmeli olarak belirtirken HSİ öğrencilerde bu oran %77.1, ASİ-DSİ öğrencilerde ise %37.4’ü edüştüğü görüldü (p=0.0001). Sonuç olarak kapalı alanlarda sigara içilmemesi öğrenciler tarafından desteklenmekte, açık alanlarda ise, sigara içmeyen öğrenciler tarafından desteklenirken sigara içen öğrencilerin bu yasağı daha düşük oranda desteklediği görüldü.

Soru 1: Resmi kurumlarda kapalı alanlarda sigara yasaklarının uygulandığı düşünüyor musunuz ?

		0 Hiç içmedim	1 Arada bir / düzenli içiyorum	2 Denedim / bırakım	Total	
Soru.20 Resmi kurumlarda kapalı alanlarda sigara yasaklarının uygulandığı düşünüyor musunuz ?	Çoğunlukla uyguluyor	Count	245 _a	124 _a	111 _b	480
		% within Sigara.Kullanimi.3grup	57.4%	53.9%	44.9%	53.1%
	Nadiren uyguluyor	Count	90 _a	45 _a	65 _a	200
		% within Sigara.Kullanimi.3grup	21.1%	19.6%	26.3%	22.1%
	Tüm kapalı alanlarda uyguluyor	Count	33 _a	23 _a	27 _a	83
		% within Sigara.Kullanimi.3grup	7.7%	10.0%	10.9%	9.2%
	Yasaklar hiç uygulanmıyor	Count	59 _a	38 _a	44 _a	141
		% within Sigara.Kullanimi.3grup	13.8%	16.5%	17.8%	15.6%
Total	Count	427	230	247	904	
	% within Sigara.Kullanimi.3grup	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Each subscript (letter) denotes a subset of Sigara.Kullanimi.3grup categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the .05 level.

Soru 2: Kafe /restorantlarda kapalı alanlarda sigara yasaklarının uygulandığını düşünüyor musunuz ?

			0 Hiç icmedim	1 Arada bir / düzenli içiyorum	2 Denedim / bıraktım	Total
Soru.21 Kafe /restorantlarda kapalı alanlarda sigara yasaklarının uygulandığını düşünüyor musunuz ?	Çoğunlukta uyguluyor	Count	220 _a	111 _a	106 _a	437
		% within	51,5%	48,3%	42,9%	48,3%
		Sigara.Kullanimi.3grup				
	Nadiren uyguluyor	Count	131 _a	71 _a	89 _a	271
		% within	30,7%	30,9%	27,9%	30,0%
		Sigara.Kullanimi.3grup				
	Tüm kapalı alanlarda uyguluyor	Count	19 _b	21 _b	21 _b	61
		% within	4,4%	9,1%	8,5%	6,7%
		Sigara.Kullanimi.3grup				
	Yasaklar hiç uygulanmıyor	Count	57 _b	27 _b	51 _b	135
		% within	13,3%	11,7%	20,6%	14,9%
		Sigara.Kullanimi.3grup				
Total	Count	427	230	247	904	
	% within	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Sigara.Kullanimi.3grup					

Each subscript letter denotes a subset of Sigara.Kullanimi.3grup categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the .05 level.

Soru 3: Üniversite içinde kapalı alanlarda sigara yasaklarının uygulandığını düşünüyor musunuz?

			0 Hiç icmedim	1 Arada bir / düzenli içiyorum	2 Denedim / bıraktım	Total
Soru.22 Üniversite içinde kapalı alanlarda sigara yasaklarının uygulandığını düşünüyor musunuz?	Çoğunlukta uyguluyor	Count	244 _a	86 _a	96 _a	426
		% within	57,1%	37,4%	38,9%	47,1%
		Sigara.Kullanimi.3grup				
	Nadiren uyguluyor	Count	80 _a	25 _b	49 _a	135
		% within	14,1%	11,3%	19,8%	14,9%
		Sigara.Kullanimi.3grup				
	Tüm kapalı alanlarda uyguluyor	Count	81 _b	99 _b	69 _b	249
		% within	19,0%	43,0%	27,9%	27,5%
		Sigara.Kullanimi.3grup				
	Yasaklar hiç uygulanmıyor	Count	42 _b	19 _b	33 _b	94
		% within	9,8%	8,3%	13,4%	10,4%
		Sigara.Kullanimi.3grup				
Total	Count	427	230	247	904	
	% within	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Sigara.Kullanimi.3grup					

Each subscript letter denotes a subset of Sigara.Kullanimi.3grup categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the .05 level.

Soru 4: Kapalı alanlarda sigara içilmemesini destekliyor musunuz?

			0 Hiç icmedim	1 Arada bir / düzenli içiyorum	2 Denedim / bıraktım	Total
Soru.23 Kapalı alanlarda sigara içilmemesini destekliyor musunuz?	Evet	Count	354 _a	161 _a	194 _a	709
		% within	82,9%	70,0%	78,5%	78,4%
		Sigara.Kullanimi.3grup				
	Hayır	Count	73 _b	69 _b	53 _b	195
		% within	17,1%	30,0%	21,5%	21,6%
		Sigara.Kullanimi.3grup				
Total	Count	427	230	247	904	
	% within	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Sigara.Kullanimi.3grup					

Each subscript letter denotes a subset of Sigara.Kullanimi.3grup categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the .05 level.

Soru 5: Hastane ve okullarda açık alanlarda sigara içilmesi hakkında ne düşünüyorsunuz?

			0 Hiç içmedim	1 Arada bir / düzenli içiyorum	2 Denedim / bıraktım	Total
Soru.24 Hastane ve okullarda açık alanlarda sigara içilmesi hakkında ne düşünüyorsunuz?	İçilebilir	Count	33 _a	69 _b	28 _a	130
		% within Sigara.Kullanimi.3grup	7,7%	30,0%	11,3%	14,4%
		Count	239 _a	60 _b	130 _a	429
	İçilmemeli	% within Sigara.Kullanimi.3grup	56,0%	26,1%	52,6%	47,5%
		Count	20 _a	18 _a	23 _a	61
		% within Sigara.Kullanimi.3grup	4,7%	7,8%	9,3%	6,7%
	Kararsızım	Count	135 _a	83 _a	66 _a	284
		% within Sigara.Kullanimi.3grup	31,6%	36,1%	26,7%	31,4%
		Count	427	230	247	904
	Sigara için ayrılmış alanlarda içilebilir	% within Sigara.Kullanimi.3grup	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Count	73 _a	129 _b	58 _a	260
		% within Sigara.Kullanimi.3grup	17,1%	55,1%	23,5%	28,6%
İçilmemeli	Count	137 _a	25 _b	88 _a	250	
	% within Sigara.Kullanimi.3grup	32,1%	10,9%	35,6%	27,7%	
	Count	25 _a	15 _a	18 _a	58	
Kararsızım	% within Sigara.Kullanimi.3grup	5,9%	6,5%	7,3%	6,4%	
	Count	192 _a	61 _b	83 _a	336	
	% within Sigara.Kullanimi.3grup	45,0%	26,5%	33,6%	37,2%	
Sigara için ayrılmış alanlarda içilebilirler	Count	427	230	247	904	
	% within Sigara.Kullanimi.3grup	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Count	427	230	247	904	
Total	% within Sigara.Kullanimi.3grup	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	Count	427	230	247	904	
	% within Sigara.Kullanimi.3grup	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Each subscript (letter) denotes a subset of Sigara.Kullanimi.3grup categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the .05 level.

Soru 6: Üniversitede açık alanlarda (yerleşkede) sigara içilmesi hakkında ne düşünüyorsunuz ?

			0 Hiç içmedim	1 Arada bir / düzenli içiyorum	2 Denedim / bıraktım	Total
Soru.25 Üniversitede açık alanlarda (yerleşkede) sigara içilmesi hakkında ne düşünüyorsunuz ?	İçilebilir	Count	73 _a	129 _b	58 _a	260
		% within Sigara.Kullanimi.3grup	17,1%	55,1%	23,5%	28,6%
		Count	137 _a	25 _b	88 _a	250
	İçilmemeli	% within Sigara.Kullanimi.3grup	32,1%	10,9%	35,6%	27,7%
		Count	25 _a	15 _a	18 _a	58
		% within Sigara.Kullanimi.3grup	5,9%	6,5%	7,3%	6,4%
	Kararsızım	Count	192 _a	61 _b	83 _a	336
		% within Sigara.Kullanimi.3grup	45,0%	26,5%	33,6%	37,2%
		Count	427	230	247	904
	Sigara için ayrılmış alanlarda içilebilirler	% within Sigara.Kullanimi.3grup	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		Count	427	230	247	904
		% within Sigara.Kullanimi.3grup	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Each subscript (letter) denotes a subset of Sigara.Kullanimi.3grup categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the .05 level.

TP-023

Sigara Bırakmayı Etkileyen Faktörler ve Bırakma Yöntemlerinin Etkinliği

Esen Sayın, Evrim Eylem Akpınar, Meral Gülhan
Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışma sigarayı bırakmak için polikliniğimize başvuran hastalardan sigara kullanımını bırakan ve bırakamayan hastaların demografik-sosyokültürel özelliklerini karşılaştırmayı ve sigara bırakmayı etkileyen faktörleri, kullanılan tedavi yöntemlerinin başarı oranlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL-METOD: Toplam 179 hasta çalışmaya dahil edildi. Olguların demografik özellikleri, sigara içme davranışları, Fagerstrom nikotin bağımlılık derecesi, eşlik eden medikal ya da psikiyatrik hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar kaydedildi. Olguların 1.yıl sonundaki tedavi sonuçları değerlendirildi. Sigara bağımlılığının tedavisinde uygulanan tedavi yöntemlerinin etkinlik ve yan etkileri, bırakan ve bırakamayan bireylerde cinsiyet, meslek, eğitim, ek hastalık, aile anamnezi, evde sigara içilmesi, sigara içme süresi ve başlama yaşı, günlük sigara sayısı, başvuru nedeni, sigarayı bırakma isteme nedeni, daha önce sigarayı bırakma deneme durumları kaydedildi. İstatistiksel analiz Statistical Package for Social Sciences Version 18.0 (SPSS-18.0) programı kullanılarak yapıldı.

BULGULAR: Değerlendirilen 179 hastanın 118'i (%65.6) erkek, 61'i (%34.1) kadın, 71'i (%39.7) evli, 108'i (%60.3) bekar. Yaş ortalaması 41.5±13.7 yıl bulundu. Olguların oniki aylık izlem sonunda 57'sinin (%31.8) sigarayı bıraktığı görüldü. Sigarayı bırakmış olanlar ve bırakamamış olanlar arasında cinsiyet, yaş, çalışma durumu, öğrenim durumu açısından fark izlenmedi. Evli olmanın ve ek hastalık bulunmamasının sigara bırakma oranını anlamlı olarak arttırdığı bulundu (sırasıyla p=0.049, p=0.010). Evde başka sigara içen birinin bulunmasının bırakma üzerine anlamlı etkisi izlenmedi. Her iki grupta da vareniklin ile birlikte davranışsal tedavi en sık uygulanan yöntemdi. Kullanılan farmakolojik yöntemler arasında anlamlı fark izlenmedi. Ancak kombine tedavi grubunda en yüksek bırakma oranı (%41.7) izlendi.

SONUÇ: Çalışmamızda sigara bırakma oranı %31.8 olarak saptandı. Farklı tedavi yöntemlerinin etkinliği benzerdi. En yüksek bırakma oranı kombine tedavi grubunda (%41.7) izlendi. Evli olmak ve ek hastalık bulunmamasının sigara bırakma oranını arttırdığı saptandı. Mevcut tedavilere rağmen sigara bırakma oranının istenilen düzeyde olmadığı düşünülmektedir. Sigara bırakma tedavisinde kullanılabilecek yeni ilaçlar geliştirilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sosyodemografik özelliklerin sigara bırakmaya etkisi

Özellik		Sigara bırakma durumu				P
		Grup 1		Grup 2		
		N	%	N	%	
Cins	Erkek	36	63.2	82	67.2	0.356
	Kadın	21	36.8	40	32.8	
Yaş	18-44	39	68.4	80	65.6	0.421
	45 ve üzeri	18	31.76	42	34.4	
Çalışma durumu	Çalışan	50	87.7	107	87	0.603
	Çalışmayan	7	12.3	15	12.3	
Öğrenim durumu	Ortaokul ve altı	11	19.3	27	22.1	0.465
	Lise	12	21.1	34	27.9	
	Üniversite	34	59.6	61	50	
Medeni durum	Evli	29	50.9	42	34.4	0.049
	Bekar	28	49.1	80	65.6	

Evde başka sigara içen varlığı, ek hastalık varlığı, daha önce sigarayı bırakmayı denemiş olma durumu ile sigara bırakma durumunun değerlendirilmesi

		Grup 1	Grup 2	P
Evde başka sigara içen	Var	34(%59.6)	67(%54.9)	0.333
	Yok	23(%40.4)	55(%45.1)	
Ek hastalık	Var	11(%19.3)	46(%37.7)	0.010
	Yok	46(%80.7)	76(%62.3)	
Bırakmayı deneme	Evet	34(%59.6)	66(%54.1)	0.279
	Hayır	23(%40.4)	56(%45.9)	

Kullanılan tedavi yöntemi ile bırakma durumunun değerlendirilmesi

	Grup 1	Grup 2	P
NKYT+ DT	8(%14)	23(%18.9)	0.541
Vareniklin + DT	20(%35.1)	44(%36.1)	
Bupropion + DT	12(%21.1)	31(%25.4)	
Davranışsal terapi	13(%22.8)	16(%13.1)	
Kombine tedavi	4(%7)	8(%6.6)	

TP-024

Bir Yıllık Sigara Bırakma Poliklinik Sonuçlarımız: Sigara Bırakmada Etkili Olan Faktörler

Zehra Yaşar¹, Özlem Kar Kurt¹, Fahrettin Talay¹, Aysel Kargı²¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu²İslahiye Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Gaziantep

AMAÇ: Bu çalışmada sigara bırakma polikliniğinde takip edilen hastalarda sigara bırakma başarısını etkileyen faktörleri ve polikliniğimizin sigara bıraktırma oranlarını araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Ağrı Doğubeyazıt Devlet Hastanesi sigara bıraktırma polikliniğine başvuran 320 olgu incelendi. Olgulardan rutin biyokimyasal ve hematolojik testler, solunum fonksiyon testi, elektrokardiografi ve posteroanterior akciğer grafisi istendi. Tüm olgulardan sigara içme durumu, Fagerström nikotin bağımlılık testi, anksiyete ve depresyon değerlendirme ölçekleri ve demografik verilerin yer aldığı poliklinik formunun doldurulması istendi. Kullandıkları ilaçlar ve süreleri kaydedildi. Takipleri tamamlanabilen 241 olgunun 12. ayın sonunda sigara bırakma başarıları ve başarıya etki eden faktörler değerlendirildi.

BULGULAR: Genel olarak 12. ayın sonunda sigara bırakma oranı %37,3 idi. Sigara bırakan ve bırakamayan grup arasında değerlendirmede demografik özellikler benzerdi. Bırakamayan grupta Fagerström bağımlılık derecesi ($p<0,001$) ve işyerinde içilen sigara sayısı daha fazlaydı ($p<0,001$). Olguların % 27,4'üne davranışsal eğitim (DE), % 56'sına davranışsal eğitim ve Nikotin Replasman Tedavisi (DE+NRT), % 9,5'ine DE+Bupropion, % 2,5'ine DE+ Vareniklin, % 4,6'sına DE+ bupropion+NRT başlanmıştı. Bırakma oranları sırasıyla %15,2, %43,7, %52,2, %66,7 ve %45,5 idi. Yeterli sürede farmakolojik tedavi verilmesi ile bırakma oranları da anlamlı olarak artmaktaydı ($p<0,001$).

SONUÇ: Sigara bırakma süreci her olgu için bireysel değerlendirilmesi gereken zor bir süreçtir. Bu süreçte yeterli davranışsal eğitim ve uygun bireylere yeterli sürede farmakolojik destek tedavi verilmesi başarı oranını arttıracaktır.

Tablo1

	Sigarayı bırakamayan 151(%62,7)	Sigarayı bırakan 90(%37,3)	P
Yaş	40 (19-77)	42 (17-75)	0,78
Cinsiyet (E/K)	90/61	55/35	0,82
Okuryazar değil	17 (11,3)	4 (4,4)	0,23
İlkokul	47 (31,1)	35 (38,9)	
Ortaokul	42 (27,8)	22 (24,4)	
Lise	29 (19,2)	21 (23,3)	
Üniversite	11 (7,3)	3 (3,3)	
Sigaraya başlama yaşı	18 (10-40)	18 (12-40)	0,54
Başvuru nedeni Doktor önerisi	125 (82,8)	75 (83,3)	0,35
Kendi isteği	15 (9,9)	12 (13,3)	
Sigaraya başlama nedeni Çevre	56 (37,1)	24 (26,7)	0,097
Kendini ispat	39 (25,8)	31 (34,4)	0,15
Merak	71 (47,0)	39 (43,3)	0,58
Özenti	66 (43,7)	43 (47,8)	0,54
Sigara içilen miktar-Günlük (paket)	1 (0,5-2)	1 (0,5-3)	0,001
Paket-yıl	24 (2-96)	22 (2-156)	0,20
Sigarayı bırakma nedeni Doktor önerisi	106 (70,2)	63 (70)	0,97
Hastalık korkusu	57 (37,7)	29 (32,2)	0,39
Sigarayı bırakmayı düşünme	112 (74,2)	55 (61,1)	0,03
Güçlük-Konsantrasyon eksikliği	37 (52,9)	8 (18,2)	<0,001
Aşırı sigara isteği	38 (54,3)	21 (47,7)	0,49
Sinirlilik	58 (82,9)	26 (59,1)	0,005
İşyerinde sigara içen	65 (43,0)	45 (50,0)	0,29
İşkaçış	13 (1-30)	10 (1-25)	0,001
Bağımlılık yapıcı kullanımı	24 (15,9)	7 (7,8)	0,069
Kilo alımı	13 (8,6)	61 (67,8)	<0,001
Sigarayı bırakma 3.AY	32 (21,2)	90 (100)	<0,001
Arttıran faktörler-KAHVE	33 (21,9)	9 (10,0)	0,018
Depresyon FNBT skoru	8 (4-9)	6 (3-9)	<0,001

Olguların sigara bırakıp bırakamama durumuna göre özellikleri

Tablo3.Tedavi süresinin sigara bırakmaya etkisi

süre	DE+N-RT	DE+NRT	DE+Bupro- pion	DE+Bupro- pion	DE+Vare- niklin	DE+Vare- niklin	DE+NRT+- Bupropion	DE+NRT+- Bupropion
(gün)	Başarı- sız	Başarılı	Başarısız	Başarılı	Başarısız	Başarılı	Başarısız	Başarılı
1-30	50 (100)	0 (0)	8 (100)	0 (0)	0	0	4 (100)	0 (0)
>30	26 (30,6)	59 (69,4)	3 (20,0)	12 (80,0)	2 (33,3)	4 (66,7)	2 (28,6)	5 (71,4)
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	*	*	0,022	0,022

DE: davranışsal eğitim NRT: nikotin replasman tedavisi *DE+vareniklin grubunda herkes yeterli süre tedavi aldığı için istatistik yapılamadı.

TP-025

Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Olgularda Aritmi Tipleri ve Sıklığı

Asiye Kanbay¹, Erkan Ceylan¹, Şahin Avşar², Miraç Vural Keskiner³, Canan Gedik¹, Nebibe Bekar¹, Hasan Hüseyin Mutlu⁴, Handan İnönü Köseoğlu⁵

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

²Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

³İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Anabilim Dalı, İstanbul

⁴İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

⁵Gazi Osman Paşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS) kardiyovasküler hastalıkların sık görüldüğü, mortalitesi ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır. OSAS olgularında uyku sırasında sıkça tekrarlayan solunum durmaları ve hipoksi nedeniyle sempatik aktivasyon bunun sonucunda da aritmi, ateroskleroz, akut koroner sendrom ve ani ölüm sıklığında artış bildirilmektedir. Çalışmamızda amaç uyku laboratuvarımızda OSAS ön tanısı ile polisomnografi (PSG) tetkiki yaptığımız olgularda uyku sırasında izlenen aritmi sıklığı ve tiplerini belirlemektir. Çalışmaya İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerine OSAS ön tanısı ile PSG yapılan 94 olgu alındı. Olguların PSG esnasındaki tüm çekim süresince EKG kayıtları bir kardiyolog tarafından incelendi. Olgular Apne-Hipopne İndeksi (AHI) <5; kontrol grubu, AHI=5-15; hafif dereceli OSAS ve AHI >=15; orta-ağır dereceli OSAS olarak gruplandırıldı. Ayrıca olguların demografik ve PSG bulguları kayıt edildi. Çalışmaya yaş ortalaması 48.6± 13.2/yıl olan %61.7'i (58) erkek, %38.3'i (36) kadın olmak üzere 94 olgu alındı. Grup dağılımları incelendiğinde 59 olgu orta-ağır dereceli OSAS, 12 olgu hafif dereceli OSAS, ve 21 olgu ise kontrol grubu olarak belirlendi. OSAS olgularında atrial ekstra: 11 (%15) olguda, pause: 2 (%3) olguda, sinus bradikardisi: 34 (%46.5) olguda, sinus taşikardisi: 11 (%15) olguda, sinuzal aritmi: 4 (% 5.4) olguda ve ventriküler ekstrasistol 1 (% 1.3) olguda izlendi. Kontrol grubu incelendiğinde pause: 1 (%4.7) olguda, sinus bradikardisi: 8(%38) olguda, sinus taşikardisi: 1(%4.7) olguda tespit edildi. OSAS olgularında kontrol grubuna oranla aritmi tipi ve sıklığı anlamlı bir şekilde artmış olarak yüksek tespit edildi. Bu bilgiler ışığında; OSAS hastaları aritmi açısından bilgilendirilmeli, ritim bozukluğu etyolojisi araştırılan olgularda ise OSAS varlığı araştırılmalıdır.

TP-026

Obstrüktif Uyku Apne Sendromunda Apne Hipopne İndeksi Ve Oksijen Desatürasyon İndeksi'nin Aort Elastikiyetine EtkisiEmine Nilgün Ordu¹, Gülgün Çetintaş Avşar², Tülin Yılmaz Kuyucu², Can Yücel Karabay³, Özlem Oruç²¹Siirt Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları²Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH Göğüs Hastalıkları³Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH Kardiyoloji

AMAÇ: Obstrüktif uyku apnesendromu (OUAS); uyku boyunca tekrarlayan üst hava yolu obstrüksiyonu epizodları ve sıklıkla kan oksijen satürasyonunun düşmesi ile tanımlanır (1). Tekrarlayan hipoksi ve reperfüzyon periyodları reaktif serbest oksijen radikallerinin salınımını ve ateroskleroz gelişimini hızlandırır (2). Arter duvarlarındaki kollajen ve elastinin yıpranması ve ateroskleroz, özellikle santral arterlerde kompliyansın azalması ve arteryel sertlik (stiffness) gelişimi ile sonuçlanır. Çalışmamızda OUAS'ta apne hipopne indeksi (AHİ) ve oksijen desatürasyon indeksi (ODİ)'nin aort elastikiyetine etkisinin incelenmesi amaçlandı.

METOD: Hastanemiz Uyku kliniğinde polisomnografi ile OUAS tanısı alan ve OUAS dışında hastalığı olmayan 16 hastanın yaş, cinsiyet, BKİ, sigara öyküsü, AHİ, ODİ parametreleri kaydedildi. Arteryel sertliğin değerlendirilmesinde aortik stiffness indeksleri (3) olan 'aortik strain' (AS) ve 'aortik distensibilite' (AD), ekokardiyografik aort çapı ve kan basıncı ölçümleri ile hesaplandı ve bu parametreler arasında karşılaştırmalar yapıldı. Veriler SPSS programında t test, ki kare testi ve pearson korelasyon testi ile incelendi.

BULGULAR: Tüm hastaların 2'si kadın 14'ü erkek olup ortalama yaş 42.5 (±6.8)' di. Ortalama BKİ: 28.8 (±4.6) olup 6 hasta obez sınıfındaydı. Hastaların 7'sinde (%43.8) sigara kullanımı mevcuttu. AHİ'ne göre 12 hasta (%75) hafif-orta OUAS iken 4 hasta (%25) ağır OUAS grubundaydı (Tablo 1).

Aortik strain ağır OUAS'ta 5.34 (±1.6), hafif-orta OUAS'ta 8.21 (±1.12) olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.205). Aortik distensibilite ağır OUAS'ta 2.02 (±0.92), hafif-orta OUAS'ta 3.67 (±0.64) idi ve gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0.208). AHİ ve ODİ ile AS ve AD arasında anlamlı korelasyon izlenmedi (Tablo 2).

SONUÇ: Çalışmamızda OUAS tanılı, ek hastalığı olmayan hastalarda AHİ ve ODİ ile aort elastikiyeti arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Daha büyük hasta popülasyonlarıyla ve arteryel sertliğin değerlendirilmesinde kullanılan farklı parametrelerle yapılacak çalışmaların faydalı olacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR:1- *Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Tanı ve Tedavi Uzlaşma Raporu*, Editör: Tansu U. Çiftçi. Türk Toraks Derneği 2012.2- Gozal D, Kheirandish-Gozal L. Cardiovascular morbidity in obstructive sleep apnea: oxidative stress, inflammation, and much more. *Am J Respir Crit Care Med.* Feb 15 2008;177(4):369-75.3- Lacombe F, Dart A, Dewar E, Jennings G, Cameron J, Laufer E. Arterial elastic properties in man: a comparison of echo-Doppler indices of aortic stiffness. *Eur Heart J* (1992)13(8):1040-1045.**Tablo 1: Hastalık derecesine göre yaş, BKİ, sigara kullanımı, AHİ ve ODİ değerlerinin dağılımı**

	Yaş	BKİ	Sigara	AHİ	ODİ
Hafif-Orta OUAS (12)	41.5(±5.7)	29.3(±3.98)	4(%33)	14.25 (±6.08)	15.85(±6)
Ağır OUAS (4)	45.7(±9.7)	31.52 (±6.72)	3(%75)	45.62 (±10.67)	47.92 (±8.49)
p değeri	0.297	0.427	0.192	0.006	0.002

Tablo 2: AHİ ve ODİ ile Aortik strain ve Aortik distensibilite ilişkisi

	Apne Hipopne İndeksi		Oksijen Desatürasyon İndeksi	
	r	p	r	p
Aortik strain	-0.284	0.286	-0.209	0.437
Aortik distensibilite	-0.219	0.415	-0.166	0.539

(Correlation is significant at the 0.05 level (2 tailed))

TP-027

Genç Populasyonda Uyku Kalitesi ve Kalp Hızı Değişkenliği İlişkisi

Deniz Kızıllırmak¹, Muhammed Bora Demirçelik², Muzaffer Çakmak³, Esra Özcan⁴, Tuğba Yurdabakan⁴, Zeynep Betül Dilekcan⁴, Duygu Özol¹

¹Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

²Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

³Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

⁴Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Uyku ilişkili solunum bozukluklarının otonomik sinir sistemi üzerinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Bu etkiler uyanırken de devam etmekte ve yaşam kalitesini ve süresini etkileyen ciddi sistemik sonuçlar doğurmaktadır. Özellikle obstruktif uyku apne sendromunun(O-SAS); hipertansiyon, kardiyak aritmiler, koroner arter hastalığı ve ani kardiyak ölümlerle anlamlı ilişkisi gösterilmiştir. Sempatik ve parasempatik aktivite oranını gösteren kalp hızı değişkenliği kardiyovasküler hastalıklar için bağımsız risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada sempatovagal dengeyi etkileyecek başka risk faktörü olmayan genç hastalarda bozulmuş uyku kalitesi ve kalp hızı değişkenliği arasındaki ilişkinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Disotonomiye yol açabilecek herhangi bir sistemik hastalığı olmayan, kalp hızını etkileyecek ilaç kullanmayan, bilinen kardiyovasküler hastalığı olmayan, sigara ve alkol kullanmayan, 18-25 yaşları arasında 87 olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların 41'i erkek; 46'sı kadındı. Olgular Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği ile değerlendirildiler. Toplam Uyku Kalitesi Skoru 0-5 arasında olanlar sağlıklı uyku; üstünde olanlar bozulmuş uyku olarak iki gruba ayrıldılar. Her olgunun 'fast fourier transform metodu' kullanılarak frekans ölçümleri yapıldı ve düşük frekans/yüksek frekans(LF/HF) oranı hesaplandı. LF/HF oranı sağlıklı uyku grubunda 1,03; bozulmuş uyku grubunda ise 1,07 olarak bulundu. İki grup istatistiksel olarak karşılaştırıldığında sağlıklı uyku grubunda kalp hızı değişkenliği anlamlı olarak daha düşüktü(P=0,004). Çalışma sonucunda kardiyovasküler hastalıklar için bilinen risk faktörü bulunmayan genç olgularda subjektif uyku kalitesi ile kalp hızı değişkenliği arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu ilişki ile; uyku ilişkili solunum bozukluklarının ilk dönemlerinden itibaren kardiyovasküler etkilerin başladığı ortaya çıkmaktadır. Uyku ile ilişkili solunum bozukluğunun erken yaşta tespit edilmesi ve buna yönelik önlemlerin alınması kardiyovasküler mortaliteyi ciddi oranda azaltabilecektir.

TP-028

Nokturnal Oksijen Desaturasyonu Olan Obstrüktif Uyku Apneli Hastaların Uyku Verilerine Göre Basit Horlama Tanılı Hastalar İle KarşılaştırılmasıHaldun Şevketbeyoğlu¹, Dilaver Taş², Murat Köse³, Ercan Kurtipek⁴, Yüksel Terzi⁵¹Konya Asker Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, Konya²Balıkesir Asker Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, Balıkesir³Atasam Hastanesi, KBB Servisi, Samsun⁴Konya Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi, Konya⁵Ondokuz Mayıs University. İstatistik bölümü. Fen Edebiyat fakültesi. Samsun

AMAÇ: Uykudaki desatürasyonun en iyi indeksi desatürasyon epizodlarının sayısı değil, ortalama noktürnal SaO₂ veya SaO₂'nin belli sınırların (%90) altında geçirildiği kayıt süresidir. SaO₂ 'nin % 90'ın altında seyretmesi de uyku bölünmelerine yol açar. Gündüz hipoksemisi olmayan veya hafif hipoksemisi olan kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan hastalarda, nokturnal oksijen desaturasyonu (NOD), kayıt süresinin %30'dan fazlasında oksijen saturasyonu (SaO₂)'nun %90'ın altına düşmesi olarak tanımlanmıştır. NOD Nedenleri; Alveoler hipoventilasyon, Ventilasyon/ perfüzyon dengesizliği, fonksiyonel rezidüel kapasitede azalma, Uyku apne birlikteliği (overlap sendromu) olarak sayılabilir. NOD sonuçları; uyku kalitesinin azalması, pulmoner hipertansiyon, polisitemi, kardiyak aritmiler, miyokardın oksijen ihtiyacında artış ve koroner dolaşımında hipoksemik stres ve uyku sırasında ölüm sayılabilir. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) ile NOD birlikte görülebilmektedir. Çalışmamızda OUAS'lı hastalarımızda NOD sıklığı ve bunun uyku kalitesi ve OUAS şiddetine etkisini retrospektif olarak araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2008- Haziran 2009 tarihleri arasında Uyku Laboratuvarımızda yatan olguların dosyaları incelendi. EEG skorlaması için Rechtschaffen-Kales ve solunum skorlaması için AASM 1999 kriterleri kullanıldı İstatistiksel analiz için SPSS for windows 8.0 paket programı, T testi ve Mann whitney U testi kullanıldı. Basit Horlama polisomnografi (PSG) ile (Total apne-hipopne indeksi (AHI)<5) olması durumlu ve NOD(+) OUAS, PSG ile (Total-AHI>5) Total uyku süresinin %30'undan fazlasını SaO₂<%90 olarak geçirmesi durumlu olgular değerlendirildi.

BULGULAR: Toplam 134 çalışmaya alındı. Bunların, 28E (%53,8), 24K(%46,2) olmak üzere 52'si NOD(+) OUAS li olgular ve 45E (%54,9), 37K (%45,1) olmak üzere 82'si basit horlamalı olgular idi. NOD(+) OUAS li olgular diğer gruba göre Yaş, BMI, AHI, Oksijen Desaturasyon İndeksi (ODI), Evre1 değerlerinde anlamlı olarak yüksek, En düşük SaO₂ de ve Evre 3 değerlerinde anlamlı olarak düşük (p<0,05) iken, uyku etkinliği, Evre2, REM (p>0,05) değerleri açısından belirgin bir fark yoktu.

SONUÇ: NOD(+) OUAS'lı olgularda, uyku etkinliği, Evre2 ve REM yönünden bir farklılık gözlenmedi. Yaş, BMI, AHI, ODI, Evre1 değerlerinde anlamlı olarak yüksek, en düşük SaO₂'de ve Evre 3 değerlerinde anlamlı olarak düşüklük saptandı. Yaş, BMI, AHI yüksekliği ile beraber, NOD(+) OUAS hastalarında, SaO₂ düşüklüğünün (ODI yüksekliği ve endüşük SaO₂ verileri ile) basit horlama tanılı olgulara göre, özellikle evre1 ve evre 3 uykuyu etkileyebileceği kanaatine varılmıştır.

NOD(+) obstrüktif uyku apneli hastalar ile basit horlama tanılı hastaların PSG verilerinin karşılaştırması

	Olgu sayısı	Yaş	BMI	Uyku Etkinliği	AHI	ODI	EVRE1	EVRE2	EVRE3	REM	En düşük SaO ₂
NOD(+) OSAS PSG ile (Total-AHI>5)	52	48,44	32,63	82,35	26,1	31,85	14,4	45,53	24,47	13,53	73
Basit Horlama (Total-AHI<5)	82	37,99	26,84	87,35	2,5	4,05	7,5	46,68	28,19	16,04	87
		P=0,001	P=0,001	P=0,278	P=0,001	P=0,001	P=0,001	P=0,487	P=0,027	P=0,063	P=0,001

TP-029

Obstrüktif Uyku Apne Sendromunda Aralıklı Hipoksinin Bir Sonucu Olarak İnflamatuar Mediyatörlerdeki DeğişimlerMüge Kutnu¹, Volkan Sözer², Buket Çalışkaner Öztürk³, Ergi Hysi³, Ersan Atahan³, Cansu Çabuk¹, Benan Müsellim³, Hafize Uzun¹¹İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul²İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul³Yıldız Teknik Üniversitesi, Kimya Bölümü, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS), uyku sırasında tekrarlayan üst solunum yolu obstrüksiyonu epizotlarıyla karakterize bir sendromdur. OUAS'ın etyolojisi henüz kesin olarak bilinmemesine karşın yoğun yerel ve sistemik inflamasyon varlığı hastalarda gösterilmiştir. Bu prospektif çalışmada; OUAS ile inflamasyon arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmada polisomnografi (PSG) uygulanarak saptanmış olan Apne Hipopne İndeksi (AHI) ile inflamatuvar belirteçlerinden pentraksin-3 (PTX-3), interlökin-33 (IL-33) ve IL-33'ün membrana-bağlı ST2 reseptör serum konsantrasyonlarının ilişkisi değerlendirildi.

MATERYAL-METOD: Çalışma grubu cinsiyet ve yaş bakımından benzer, polisomnografik çalışma sonucu AHI'ne göre 28 hafif-orta dereceli OUAS (AHI<30), 32 ağır dereceli OUAS (AHI>30) ve 30 sağlıklı kontrol olmak üzere 90 bireyden oluşmaktadır.

BULGULAR: Hasta grubunun PTX-3, IL-33 ve ST2 reseptör konsantrasyonları kontrol grubuna göre ileri düzeyde anlamlı yüksek saptandı ($p<0.001$, $p<0.001$, $p<0.001$). AHI'ne göre iki gruba ayırdığımız hastalarda; ağır OUAS'lı grupta VKİ, boyun çevresi, desaturasyon indeksi (Dİ), minimal oksijen saturasyonu (MOS), AHI<30 olan hastalara göre yüksek saptandı ($p<0.05$, $p<0.01$, $p<0.001$, $p<0.001$). PTX-3 ağır OUAS'da anlamlı yüksek bulunurken ($p<0.001$); IL-33 ve ST2 düzeyleri iki grupta benzerdi ($p>0.05$). Hasta gruplarında PTX-3, IL-33 ve ST2 parametrelerinin birer laboratuvar testi olarak AHI'yi yüksek hastaları ayırt etme performansları ROC analizine göre incelendiğinde en yüksek spesifite (% 71) ve sensitiviteyi (% 81) PTX-3 düzeyleri gösterdi ($p<0.001$). Hasta grubunda PTX-3 ile VKİ ($r=0.446$; $p<0.01$) ve Dİ ($r=0.555$; $p<0.01$) arasında pozitif korelasyon, MOS ile negatif korelasyon ($r=-0.672$; $p<0.01$) saptandı.

SONUÇ: Özellikle ağır OUAS'lı hastalarda PTX-3'ün spesifite ve sensitivitesi yüksek bulunmuştur. PTX-3, OUAS'lı hastalarda inflamatuvar durumu yansıtan yeni bir biyobelirteç olabilir. PTX-3 ile MOS arasındaki negatif korelasyon, PTX-3 yüksek olgularda uyku sırasında daha fazla hipoksemisinin OUAS patofizyolojisinde önemli bir role sahip olan inflamasyonla beraberliğini bize yansıtmaktadır.

Hasta ve Kontrol Grupları Arasında Parametrelere İlişkin Tanımsal Bulgular ve Farklara İlişkin p Değerleri

Parametreler	Hasta (n=60)		Kontrol (n=24)		P değerleri
	Ortalama	Standart hata	Ortalama	Standart hata	
PENTRAKSİN3	1773,41	170,02	249,69	30,78	0,000***
IL33	5,90	0,05	5,46	0,03	0,000
RSP KONS	1,83	0,15	1,09	0,08	0,000

hasta grupları

	(AHI)<30 (n=28) mean±SE	(AHI)>30 (n=32) mean±SE	P
pentraxin	1111,44±113,80	2352,63±264,75	0,000
IL33	5,92±0,07	5,88±0,07	0,715
RSP KONS	1,91±0,29	1,76±0,14	0,970
BMI	29,98±0,75	32,35±0,77	0,019
BOYUN ÇEVRESİ	40,46±0,67	42,71±0,60	0,005
YAŞ	46,28±2,26	47,90±2,12	0,662
Dİ	35,64±4,61	55,97±3,94	0,000
MOS	82,57±0,94	76,43±1,24	0,000

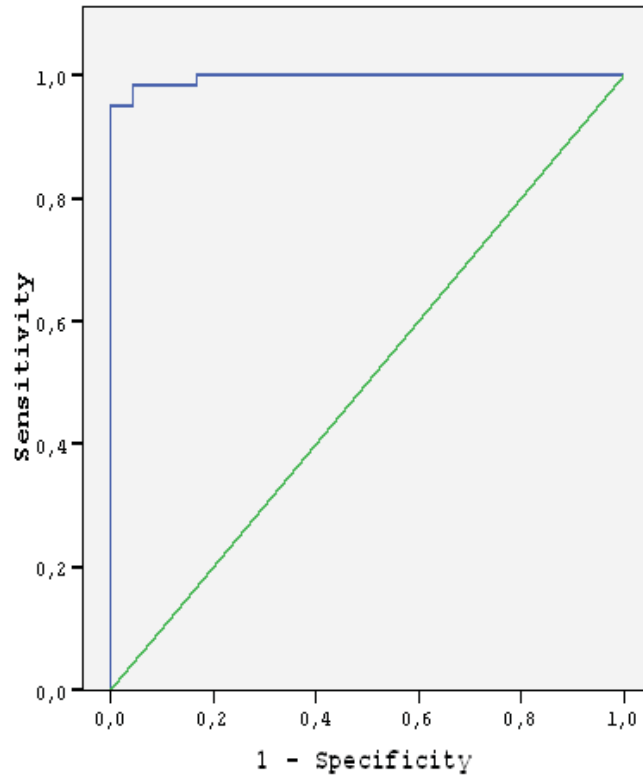
pentraxin-3 düzeylerinin hastalık durumuna göre kesim noktası, sensitivite ve spesifite değerleri

	Cut-off	Sensitivity (%)	1-Specificity (%)	AUC±SE	Anlamlılık (p)
Pentraxin-3	>563,09	95	4	0,996±0,004	0,000

çalışmamızda pentraxin-3'ün ROC(Receiver Operating Characteristic) eğrisi kullanılarak kesim değerleri belirlendi. Bununla incelenen parametrenin bir laboratuvar testi olarak osas'lu bireyleri sağlıklı kontrollerden ayırt etme performanslı değerlendirildi

pt3 hasta-kontrol

ROC Curve

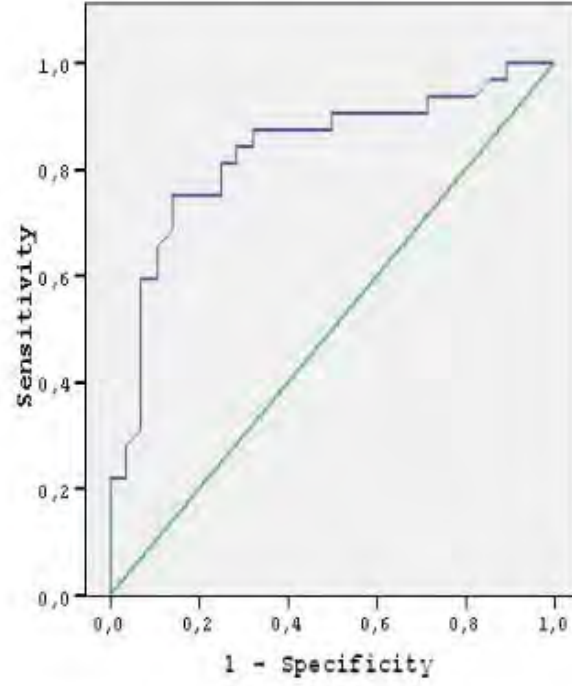


pentraxin-3 düzeylerinin AHI'ne göre kesim noktası, sensitivite ve spesifite değerleri

	Cut-off	Sensitivity (%)	1-Specificity (%)	AUC±SE	Anlamlılık (p)
Pentraxin-3	>1117,52	81	29	0.830±0.055	0,000

pentraxin-3'ün bir laboratuvar testi olarak AHI>30 (ağır osas) olan ve olmayan hastaları ayırt etme performansları değerlendirildi

hasta grupları
ROC Curve



Diagonal segments are produced by ties.

TP-030

OSAS'lı Hastalarda Dört Değişkenli Tarama Testinin Tanısal Değeri

Sevinç Sarıncı Ulaşlı¹, Ersin Günay¹, Muzaffer Sarıaydın¹, Gülay Özkeçeci², Akif Acay³, Olcay Akar¹, Mehmed Ünlü¹¹Göğüs Hastalıkları Ad, Tıp Fakültesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon²Kardiyoloji Ad, Tıp Fakültesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon³Dahiliye Ad, Tıp Fakültesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon

GİRİŞ-AMAÇ: Obstruktif uyku apne sendromu (OSAS) uyku sırasında devam eden inspiratuar çabaya karşı üst havayolu kollapsı sonucu tekrarlayan hava akımı kısıtlılığı veya durması ile karakterizedir. Polisomnografi (PSG) altın standart tanı yöntemi olarak uyku evrelerini ve çeşitli fizyolojik parametrelerin ayrıntılı olarak değerlendirilmesini sağlamaktadır. Ancak uyku çalışmaları zaman alıcı özel ekip ve cihaz gerektiren çalışmalardır. Emek ve maliyetinin yüksek oluşunun yanında gerek dünyada ve gerekte ülkemizde yeterli düzeyde uyku çalışması yapabilecek laboratuvarların sayısı oldukça azdır. Bu nedenle polisomnografi uygulanacak olguların seçimi çok önemli olup kesin tanı koydurmasalar da diğer tanı yöntemleriyle şüpheli olguların iyi değerlendirilmesi gerekir. Çalışmamızın amacı altın standart olarak bilinen polisomnografiye göre daha kolay uygulanan ve maliyeti daha düşük olan dört değişkenli (cinsiyet, horlama, vücut kitle indeksi, kan basıncı) tarama testinin tanısal değerinin ve kullanımının araştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM: Dört değişkenli tarama testi 90 kontrol grubu (RDI<5) ve OSAS dışında uyku hastalığı olmayan 30'u hafif OSAS (RDI 5-15) 30'u orta OSAS (RDI 15-30) ve 30'u ağır OSAS (RDI>30) tanısı alan 90 hastaya uygulandı. Çalışmaya alınan kişilerin horlama semptomları ve kan basıncı değerleri sorgulandı. Vücut kitle indeksleri hesaplandı. Takegami ve arkadaşlarının daha önceki çalışmalarında kullandıkları yöntemle bu dört değişkenli tarama testi her kişi için skorlandı. Bu sonuçlar tanımsal olarak değerlendirildi. Hasta ve kontrol grubunun demografik özellikleri ve dört değişkenli anket sonuçları karşılaştırıldı. Dört değişkenli tarama testinin özgüllük ve duyarlılık sonuçları hesaplandı.

BULGULAR: Araştırmamıza 90 kontrol grubu 90 OSAS'lı hasta olmak üzere 180 kişi alındı. Hasta ve kontrol grubu arasında cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmadı (p=0,051). BMI için hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulundu (p=0,001). Sistolik kan basıncılarında hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunurken (p=0,003) diastolik kan basıncı için hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmadı (p=0,050). Horlama da ise hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmadı (p=0,746). Çarpaz tablolar değerlendirilerek dört değişkenli tarama testinin duyarlılık değeri %77,7 özgüllüğü ise %62,2 olarak bulundu.

SONUÇ: Dört değişkenli tarama testinin düşük özgüllüğü nedeniyle ülkemiz popülasyonu için uygun bir tarama testi olmadığı görülmüştür. Ancak diğer PSG dışı tanısal anketler ile dört değişkenli anketin bir arada kullanılarak değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

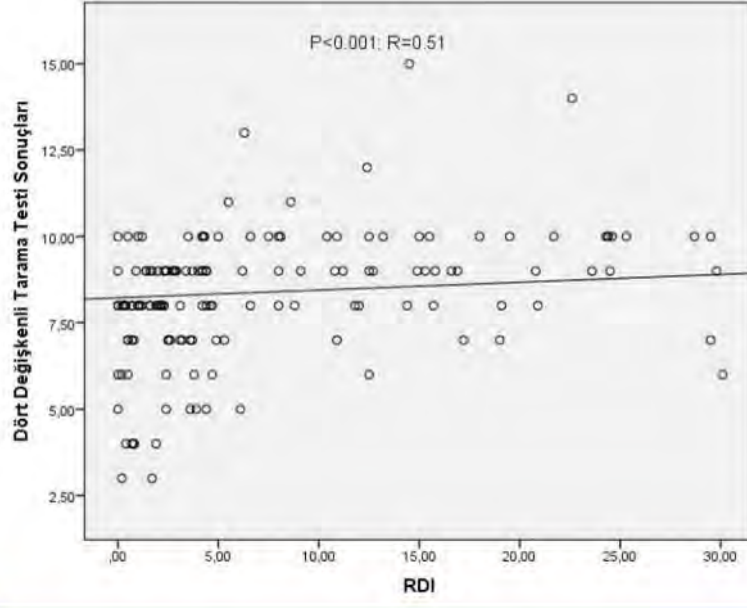
Tablo 1: Cut-off değerine göre grupların dağılımı

CUT-OFF	OSAS	KONTROL	TOPLAM
≥9	80	60	140
<9	10	30	40
	90	90	180

Tablo 2: Kontrol grubu ve OSAS ağırlık durumuna göre sonuçlar ve demografik durum

Parametreler	Kontrol	Hafif OSAS	Orta OSAS	Ağır OSAS	P
CİNSİYET	41 /49	6/24	6/24	9/21	0,051
YAŞ	44	42,5	52,5	56	<0,001
BOY	168	175	166	165	0,011
VÜCUT AĞIRLIĞI	82,4±17,3	89,2±15,2	87,4±12,3	94,6±20,6	0,012
BMI	28,4	24,05	31,7	31,7	0,001
RDI	2,4	8,9	20,8	60,4	<0,001
SİSTOL. TANSİYON	123	120	120	130	0,003
DİAST. TANSİYON	80	80	80	84	0,05
ANKET	8	9	9	10	<0,001
HORLAMA	70/11	28/2	28/2	27/3	0,746

Şekil 1: RDI ile dört değişkenli tarama testi değerleri ile arasındaki korelasyon



TP-031

Ağır Obstruktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Pozitif Havayolu Basıncı Tedavisinin Bazal Metabolizma Hızına EtkisiTuğba Aşlı Önyılmaz¹, Serap Argun Barış², Haşim Boyacı², İlknur Başyigit², Füsün Yıldız²¹Mardin Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Mardin²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli

AMAÇ: Çalışmanın amacı, continuous positive airway pressure (CPAP) tedavisinin ağır obstruktif uyku apne sendromu (OUAS) tanılı hastalarda bazal metabolizma hızına etkisinin değerlendirilmesidir.

YÖNTEM: OUAS ön tanısıyla polisomnografi yapılan 30 hastaya polisomnografi yapılan gecenin sabahında ve CPAP titrasyon gecesinin sabahında indirekt kalorimetri ile bazal metabolizma hızı ölçüldü. Hastaların demografik özellikleri, vücut-kitle indeksi (VKİ), apne-hipopne indeksi (AHI) ve sigara kullanım öyküleri kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya ağır OUAS tanısı konulan 6'sı (%24) kadın, 19'u (% 76) erkek olmak üzere, yaş ortalaması 51.40 ± 13.70 yıl olan toplam 25 hasta alındı. Hastaların CPAP tedavisi sonrası bazal metabolizma hızı ($p=0,049$), VO_2 ($p=0,042$) ve VCO_2 ($p=0,008$) değerlerinde, CPAP tedavisi öncesi değerlere göre istatistiksel anlamlı düşüş izlendi. Ayrıca, CPAP tedavisinin sigara içen, AHI > 60 olan ve VKİ ≥ 30 olan OUAS'lı hastalarda bazal metabolizma hızını, VO_2 ve VCO_2 değerlerini düşürdüğü ve bu düşüşün istatistiksel anlamlı olduğu saptandı. Sigara içmeyen hastalarda ise BMH, VO_2 ve VCO_2 değerlerinde azalma izlenmekle birlikte bu azalma sadece VO_2 değerinde istatistiksel anlamlı bulundu ($p=0.039$). AHI < 60 olan hastalarda ise; BMH, VO_2 ve VCO_2 değerlerinde, istatistiksel olarak anlamlı olmayan düşüş izlendi.

SONUÇ: OUAS ağırlığı ile bazal metabolizma hızı arasında bir korelasyon olduğu ve hastalık ağırlığı ile ilişkili olarak CPAP tedavisine bağlı bazal metabolizma hızında azalma tespit edilebileceği düşünülmüştür. CPAP tedavisinin bazal metabolizma hızı üzerine etkisini değerlendirecek daha fazla sayıda hasta içeren, daha uzun süreli çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Tablo-1

YAŞ (yıl)	51.40 ± 13.70
CİNSİYET	
Kadın	6 (%24)
Erkek	19 (% 76)
VKİ (kg/m²)	34.06 ± 6.02
AHI	60.76 ± 15.03
SİGARA ORANI (%)	
Sigara içen	15 (%60)
Sigara içmeyen	10 (%40)

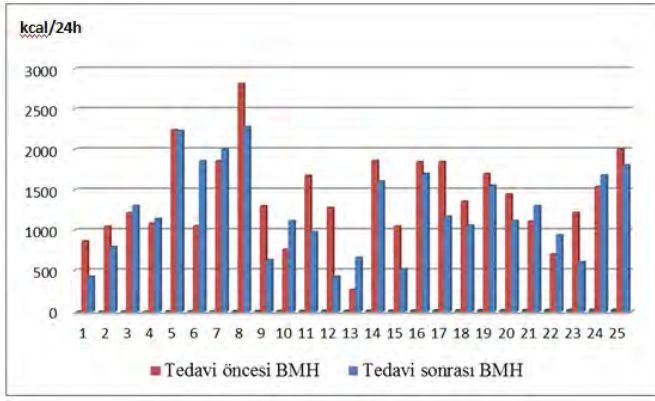
Hastaların demografik özellikleri

Tablo-2

	CPAP TEDAVİSİ ÖNCESİ	CPAP TEDAVİSİ SONRASI	p değeri
BMH (kcal/24h)	1414.35±547.7	1245.12± 554.47	0.049
VO₂ (l/min)	0.20±0.08	0.17±0.08	0.042
VCO₂ (l/min)	0.17±0.07	0.14±0.06	0.008

CPAP tedavisinin BMH, VO_2 ve VCO_2 değerlerine etkisi

Şekil-1



Hastaların CPAP tedavisi öncesi ve sonrası BMH değerleri

Tablo-3

	VKİ	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	p değeri
BMH (kcal/24h)	< 30	1266.16 ± 554.95	1450.08 ± 485.16	0.08
	≥ 30	1513.14 ± 538.63	1108.47 ± 570.69	< 0.001
VO ₂ (l/min)	< 30	0.18 ± 0.07	0.21 ± 0.07	0.06
	≥ 30	0.21 ± 0.07	0.14 ± 0.07	< 0.001
VCO ₂ (l/min)	< 30	0.14 ± 0.06	0.15 ± 0.04	0.75
	≥ 30	0.18 ± 0.06	0.12 ± 0.06	< 0.001

Obezite varlığına göre CPAP tedavisi öncesi ve sonrası BMH, VO₂ ve VCO₂ değerleri

Tablo-4

	Sigara alışkanlığı	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	p değeri
BMH (kcal/24h)	Var	1574.76 ± 532.95	1328.24 ± 643.26	0.001
	Yok	1173.74 ± 500.91	1120.43 ± 383.88	0.05
VO ₂ (l/min)	Var	0.23 ± 0.07	0.18 ± 0.09	0.004
	Yok	0.17 ± 0.07	0.17 ± 0.06	0.039
VCO ₂ (l/min)	Var	0.19 ± 0.07	0.15 ± 0.07	0.001
	Yok	0.14 ± 0.05	0.12 ± 0.03	0.98

Sigara kullanımına göre CPAP tedavisi öncesi ve sonrası BMH, VO₂ ve VCO₂ değerleri

Tablo-5

	AHI	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	P değeri
BMH (kcal/24h)	≤ 60	1326.39 ± 518.41	1288.45 ± 474.57	0.74
	> 60	1526.3 ± 588.19	1189.96 ± 662.63	0.008
VO ₂ (l/min)	≤ 60	0.19 ± 0.07	0.18 ± 0.06	0.73
	> 60	0.21 ± 0.08	0.16 ± 0.09	0.014
VCO ₂ (l/min)	≤ 60	0.15 ± 0.05	0.15 ± 0.04	0.77
	> 60	0.18 ± 0.07	0.12 ± 0.07	< 0.001

AHI değerlerine göre CPAP tedavisi öncesi ve sonrası BMH, VO₂ ve VCO₂ değerleri

TP-032

Konjestif Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Uykuda Solunum BozukluklarıSelvi Aşker¹, Müntecep Aşker²¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Van²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji, Anabilim Dalı, Van

AMAÇ: Çalışmanın amacı kalp yetmezliği hastalarında uykuda oluşan solunum bozukluklarını değerlendirmek ve bu bozuklukların hastaların demografik, klinik ve polisomnografik parametrelerle olan ilişkisini araştırmaktır.

METOD: Çalışma ileriye yönelik klinik bir çalışma olarak planlandı. Çalışmaya 29 kalp yetmezliği hastası dahil edildi. Hastaların gece horlama, apne ile uyanma ve gündüz aşırı uyku hali semptomları mevcut idi. Tüm hastalara polisomnografi testi yapıldı. Hastaların demografik ve klinik bilgileri kaydedildi. Hipertansiyonu, diyabetes mellitusu, ek akciğer hastalığı ve obesitesi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

SONUÇLAR: Ortalama yaş 57.8±10.9 (range: 29.0-74.0) idi. On bir erkek (37.9%) ve 18 kadın (62.1%) çalışmaya dahil edildi. Hastaların 3 (10,3%) ün de hafif derece obstruktif sleep apne (OSA), 6 (20,7%) sında orta derece OSA, 15 (51,7%) inde ağır derece OSA, 4 (13,8%) ünde ağır derece santral uyku apne sendromu saptandı. Bir hastada (3,5%) polisomnografi testi normal olarak değerlendirildi. Ağır derece OSA saptanan hastaların daha yaşlı (p=0.02), daha düşük ejeksiyon fraksiyonuna sahip oldukları (p=0.02), daha yüksek oksijen desaturasyon indexi (p<0.001), daha uzun apne süresi (p=0.02) ve daha düşük minimum oksijen konsantrasyonu ile ilişkili olduğu saptandı.

SONUÇ: Kalp yetmezliği hastalarında santral apneden ziyade tıkayıcı uyku apne sendromunun daha sık olduğu gözlemlendi. Bu hastalarda yüksek oranda uyku bozukluğu saptanması hastaların tedavisinde bu durumda dikkate alınması gerektiğini gösterdi. Bu konuda daha kapsamlı ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

TP-033

Koroner Arter Hastalarında Solunum Fonksiyonları İle Fiziksel Özellikler, Klinik Semptomlar ve Fonksiyonel Sınıflama Arasındaki İlişkinin DeğerlendirilmesiKıymet Muammer¹, Rasmi Muammer², Hülya Nilgün Gürses³¹İstanbul Üniversitesi, Kardiyoloji Enstitüsü, Kardiyopulmoner Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Haseki, İstanbul²Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul³Bezmîâlem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul**AMAÇ:** Bu çalışma koroner arter hastalarında(KAH) solunum fonksiyon testleri(SFT) ile fiziksel özellikler, klinik semptomlar ve fonksiyonel sınıflama arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.**METOD:** 85 KAH'a (77E, 8K; ortalama değerler; yaş:55.25±9.68 yıl, boy:167.94±8.23 cm, kilo:77.46±11.12 kg. ve vücut kitle indeksi(V-Kİ): 27.5±3.8 kg/m²) SFT yapıldı. Hastaların anjinaları Kanada Anjina Skalası (1:Fiziksel aktiviteyi durdurmayı gerektirmeyen göğüs çevresinde ağrı veya rahatsızlığın hissedilmesi - 4:Çok şiddetli ağrı), dispneleri Amerikan Toraks Derneği Dispne Skalası ile (0:Hiç - 4:Çok Ağır) ve fonksiyonel düzeyleri ise "New York Heart Association"(NYHA) Sınıflaması ile (1:Fiziksel aktivite kısıtlanmasında ve semptom yok-4:İstirahatte bile semptomların olması ve tamamen fiziksel aktivite kısıtlı) saptandı. Verilerin istatistiksel analizinde ilişkileri değerlendirmede "Spearman" ve "Pearson" korelasyon katsayısı kullanıldı. P<0.05 anlamlı olarak kabul edildi.**BULGULAR:** KAH' da SFT ortalamaları; %FVC:91.54±18.25, %FEV1:89.63±20.98, FEV1/FVC:75.6±8.22, %FMF25-75:85.85±33.12, %FEF:90.69±34.76 idi. Sigara içen 68[%80;(65E,3K)] içmeyen 17[%20;(12E, 5K)] hastaydı. Sigara içme süreleri 21.2 yıl, 1.2 pk/ gün olarak bulundu. Anjina skoru 1.74±1.04, dispne skoru 0.75±0.92, NYHA 1.87±0.88 olduğu kaydedildi. Solunum fonksiyonlarından %FVC %FEV1, %FMF25-75, %FEF değerlerinin fiziksel özelliklerden boy ile arasındaki ilişki sırasıyla (r= -0.38, p=0.0009), (r=-0.43, p= 0.0009), (r= -0.24, p=0.03), (r=-0.27, p=0.01) idi. Solunum fonksiyonlarının Anjina skoru, Dispne skoru ve NYHA ile ilişkili olmadığı saptandı. KAH' da solunum fonksiyonlarının ortalama değerleri normal sınırlar içinde idi. Ancak sigara içen 68 kişiden 24erkek (%35) hasta da FEV1/FVC değerleri 70'e eşit veya daha düşüktü. 21 hastanın(20E,1K)(%31) solunum fonksiyonları restriktif patenneydi. Hastaların VKİ 27.5 kg/m², fazla kilolu olmalarının hastaların solunum fonksiyonlarını belirgin düzeyde etkilemediği görüldü.**SONUÇ:** Çalışmamızda KAH'da SFT'nin fiziksel özelliklerden boy ile etkilendiği, hastaların klinik semptomları ve fonksiyonel kapasiteleri ile ilişkili olmadığı bulunmuştur.**Tablo 1: Koroner Arter Hastalarında Solunum Fonksiyonları İle Fiziksel Özellikler, Klinik Semptomlar ve Fonksiyonel Sınıflama Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

KAH n:85 (77E, 8K)	X±SS	%FVC	%FEV1	FEV1/FVC	%FMF	%FEF
Yaş(yıl)	55.25±9.68	r= 0,09 p=0,43 NS	r=0,15 p= 0,18 NS	r=-0,14 p=0,22 NS	r= 0,10 p=0,36 NS	r=-0,10 p=0,35 NS
Boy(cm)	167.94±8.23	r= -0.38 p=0.0009 ES	r=-0.43 p= 0.0009 ES	r=-0.16 p=0.14 NS	r= -0.24 p=0.03 S	r=-0.27 p=0.01 S
Kilo(kg)	77.46±11.12	r= -0,06 p=0,59 NS	r=-0,02 p= 0,89 NS	r=0,07 p=0,56 NS	r= 0,01 p=0,92 NS	r=0,0009 p=0,997 NS
NYHA	1.87±0.88	r= 0,01 p=0,93 NS	r=0,07 p= 0,52 NS	r=0,13 p=0,23 NS	r= 0,02 p=0,85 NS	r=0,01 p=0,95 NS
Anjina Sınıflaması	1.74±1.04	r= 0,098 p=0,37 NS	r=0,089 p= 0,42 NS	r=0,01 p=0,45 NS	r= -0,01 p=0,94 NS	r=-0,03 p=0,78 NS
Dispne Sınıflaması	0.75±0.92	r= 0,07 p=0,54 NS	r=0,08 p= 0,49 NS	r=0,04 p=0,70 NS	r= 0,02 p=0,83 NS	r=0,02 p=0,87 NS

TP-034

Torakal Manipülasyonun Torakal Mobilite ve Fonksiyonel Kapasite Üzerine Etkisi: Ön Çalışma

Rüstem Mustafaoğlu, Ebru Kaya Mutlu, Tuğba Çivi, Arzu Razak Özdiñler

İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Manipülasyon; ağrıyı gidermek, normal eklem hareketlerini restore etmek amacıyla ritmik düşük amplitütlü ve hareketin sonunda hızlı bir manevrayla uygulanan pasif hareketlerdir. Masa başı çalışan bireylerde torakal blokajlara bağlı olarak meydana gelen kısıtlılıklarda yurtdışında manipülasyon yaygın olarak kullanılmaktadır. Literatürde torakal manipülasyon ile gövde eklem hareket açıklığının arttığı bildirilmiş olmasına rağmen, torakal manipülasyonun torakal mobiliteye ve fonksiyonel kapasiteye etkisini araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle çalışmamızın amacı, sağlıklı kişilerde torakal manipülasyonun torakal mobiliteye ve fonksiyonel kapasiteye akut etkisini araştırmaktır.

YÖNTEM: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesinde masa başı çalışan 25 yaş üstü 13 sağlıklı ve erkek gönüllü olgular çalışmaya alındı. Torakal manipülasyon öncesi ve sonrası göğüs çevre ölçümleri nötral, inspirasyon ve ekspirasyon sırasında (aksilla, epigastrik ve subkostal seviyelerden) ölçüldü ve 6 dakika yürüme mesafesi değerlendirildi. Torakal manipülasyon, gönüllüler yüz üstü pozisyonunda iken derin nefes verişte deneyimli fizyoterapist tarafından uygulandı. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) (SPSS 21.0) istatistik programı kullanıldı. Tüm analizlerde $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Olguların, uygulama öncesi ve sonrası sonuç değerleri arasındaki farkın anlamlılığını belirlemek amacıyla "Wilcoxon Signed-Rank" testi kullanıldı.

BULGULAR: Araştırma grubumuzun yaş ve beden kütle indeksi (BKİ) ortalamaları sırasıyla $33,5 \pm 6,4$ yıl ve $26,6 \pm 4,7$ kg/m idi. Uygulama öncesi ($489,7 \pm 74,6$ m) ve sonrası ($515,3 \pm 80,4$ m) 6 dk yürüme mesafesi değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,002$). Göğüs çevre ölçümlerinde ise inspirasyon sırasında aksillar, epigastrik ve subkostal çevre ölçümünde istatistiksel olarak anlamlı artış görülürken ($p=0,02$, $p=0,01$ ve $p=0,006$, sırasıyla), nötral ve ekspirasyon sırasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

SONUÇ: Gelişen teknoloji ile birlikte masa başı çalışan bireylerde göğüs kafesi mobilitesi, akciğer kapasitesi ve omurga hareketliliği kısıtlanmaktadır. Bu sebeple sağlıklı bireyler ileride solunum problemleri ile karşılaşabilirler. Çalışmamızda masa başı çalışan sağlıklı bireylerde torakal manipülasyon ile torakal mobilitenin ve fonksiyonel kapasitenin arttığını bulduk. Bu nedenle, torakal manipülasyonun sağlıklı bireylerde torakal mobiliteyi ve fonksiyonel kapasiteyi arttırmaya yönelik alternatif bir yöntem olarak kullanılabilir.

Tablo 1:Gönüllülerin Özellikleri

Gönüllülerin Özellikleri	Ort±SS
Yaş (yıl)	33,5±6,4
Boy (cm)	177,7±5,6
Kilo(kg)	84,2±17,3
BKİ (kg/m ²)	26,6±4,7

Resim 1a



Resim 1b



Tablo 2: Torakal Manipülasyon Öncesi ve Sonrası Göğüs Çevre Ölçümü ve 6 Dakika Yürüme Mesafesi Ölçüm Değerleri

		Torakal Manipülasyon Öncesi Ort±SS	Torakal Manipülasyon Sonrası Ort±SS	p değeri
Göğüs Çevre Ölçümleri				
Nötral	Aksillar	96,65±9,67	96,69±9,26	0,892
	Epigastrik	91,42±10,60	91,73±10,58	0,527
	Subkostal	86,15±12,66	86,61±11,79	0,153
İnspirasyon	Aksillar	95,42±9,52	102,84±8,87	0,017
	Epigastrik	90,73±10,62	98,30±10,34	0,010
	Subkostal	85,63±11,80	92,61±11,10	0,006
Ekspirasyon	Aksillar	95,57±9,99	95,42±9,52	0,719
	Epigastrik	90,23±10,78	90,73±10,62	0,148
	Subkostal	85,30±12,61	85,63±11,80	0,206
Fonksiyonel Kapasite				
6 Dakika Yürüme Me- safesi		489,65±74,59	515,26±80,42	0,002

TP-035

Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalarda Fizyoterapi Programının Uyku Kalitesine Etkisi

Onur Aydoğdu, Murat Ağra, Zübeyir Sarı, Gülden Mine Polat
Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

AMAÇ: Yoğun bakım ünitesi, kritik sağlık sorunları olan hastaların bakım ve tedavisinin sürdürüldüğü, mekanik donanımlı bir ortamdır. Bu üniteye yatan hastalarda ağrı, fiziksel durum, ilaç tedavisi, ölüm korkusu, ışıklandırma, çevresel gürültü, kötü kokular, yabancı aletler, invaziv girişimler, mahremiyet kaybı ve aileden uzak kalma gibi nedenlerden dolayı uyku sorunları sık görülmektedir.

Uyku, bireyin fizyolojik ve psikolojik iyilik halinin devamı için gerekli temel yaşam gereksinimlerinden biridir. Araştırmalar, yoğun bakım ünitesinde kalan hastalarda uykunun hem süre hem de kalite açısından olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir. Bu hastalar uykuda geçirmeleri gereken sürenin önemli bir bölümünü uyanık olarak geçirmeleri nedeniyle uykunun terapötik etkisinden yeterince yararlanamamaktadırlar. Bu çalışmada, yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda uygulanan fizyoterapi programının uyku kalitesi üzerine etkileri incelendi.

METOD: Çalışmaya, Aralık 2013 – Mart 2014 tarihleri arasında, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesinde yatmakta olan 5'i kadın, 18'i erkek toplam 23 hasta (55.60 ± 13.48) alındı. Hastaların uyku kaliteleri, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ile değerlendirildi. Değerlendirmenin ardından tüm olgulara 4 ila 6 seans arasında değişen kişinin ihtiyacına yönelik fizyoterapi programı uygulandı.

BULGULAR: Tedavi öncesinde hastaların %87'sinin kötü uyku kalitesine sahip olduğu gözlenirken, tedavi sonrasında bu değer %82,6'ya düştüğü saptandı. Tedavi öncesi ve sonrası toplam PUKİ puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p < 0,05$).

SONUÇ: Yeterli ve dinlendirici olmayan uykunun, hastanın bilişsel fonksiyonlarını olumsuz yönde etkileyeceği, daha fazla gerginlik oluşturacağı, yara iyileşmesini geciktireceği, ağrıları artıracığı ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük oluşturacağı bilinmektedir. Bu nedenle YBÜ'lerinde uyku kalitesi hastanın sağlığı açısından önem arz eder. Çalışmamızda da, YBÜ'de uygulanan fizyoterapi ve rehabilitasyon programının olguların uyku kalitesini artırdığı görülmüştür.

Bizim çalışmamız kısa tedavi süreleri içerisinde ve Kalp ve Damar Cerrahisi YBÜ'de yapılmıştır. İleride, daha uzun süreli tedavi programlarını ve diğer YBÜ'leri de kapsayan çalışmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Olguların Demografik Özellikleri

Yaş (yıl)	55,6±13,48
Boy (cm)	173,3±5,36
Vücut Ağırlığı (kg)	77,79±6,52
Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²)	27,95±6,23

Ort: Ortalama SS: Standart sapma

Olguların Tedavi Öncesi ve Sonrası Uyku Kalite Skorlarının Karşılaştırılması

	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	Z	p
PUKİ Total Skor	8,47±3,13	7,65±2,96	-0,566	0,026

Ort: Ortalama SS: Standart sapma

TP-036

Görme Engelli Bireylerde 6 dakika Yürüme Testinin Kardiyopulmoner Yanıtlara Etkisi – Kontrollü Çalışma

Onur Aşkar¹, Saadet Ufuk Yurdalan², Onur Aydoğdu², Emre İşçi²

¹Özel Fizyotetik Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

AMAÇ: Çalışmalarda özellikle gören akranları ile karşılaştırıldıklarında görme engelli bireylerin kardiyovasküler dayanıklılıkları ve aerobik kapasitelerinin önemli derecede düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızın amacı, görme engelli bireylerde 6 dakika yürüme testinin kardiyopulmoner yanıtlara etkilerini incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü'nde gerçekleştirilen çalışmamıza 16'sı görme engelli, 20'si sağlıklı birey olmak üzere toplam 36 kişi dâhil edilmiştir. Görme engelli grupta 11 erkek, 5 kadın; sağlıklı grupta ise 6 erkek 14 kadın yer almıştır. Olguların yaşları 18-25 yıl arasında değişmekte olup, görme engelli katılımcıların yaş ortalaması $21,65 \pm 2,06$ yıl iken, sağlıklı katılımcıların yaş ortalaması ise $21,85 \pm 1.46$ yıldır. Çalışmamıza dâhil edilen tüm olguların sistolik ve diyastolik kan basınçları, solunum frekansları ve kalp hızları ölçülmüştür. Ölçümlerin ardından bireyler 6 dakika yürüme (6DY) testine alınmış ve toplam yürüme mesafeleri kaydedilmiştir. 6DY testinin ardından tüm olguların sistolik ve diyastolik kan basınçları, solunum frekansları ve kalp hızları yeniden ölçülmüştür.

BULGULAR: Her iki grupta da 6DY testinin ardından test öncesine göre, kalp hızlarında anlamlı bir artış saptanmıştır ($p < 0,05$). Sistolik ve diyastolik kan basınçları ile solunum frekanslarında ise test öncesine göre test sonrasında anlamlı bir değişiklik yaşanmamıştır ($p > 0,05$). Yine iki grup arasında, 6DY mesafeleri açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p < 0,05$). Test sonrası değerlerde ise iki grup arasında hiçbir ölçümde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

SONUÇ: Sağlıklı sedanter bireyler ile karşılaştırıldıklarında, görme engelli bireylerde görsel girdinin olmayışı ve buna bağlı olarak hareketlerin algılanamayışı ve fiziksel aktivite yönünden oluşan sınırlılıkları, gören akranlarından izole olmalarına neden olur. Görme engelli bireylerin egzersiz kapasitelerinin, kalp hızlarının, sistolik ve diyastolik kan basınçlarının sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığı bir çalışma literatürde yer almamaktadır. Çalışmamızın sonuçlarını yorumlayabilmek için ileride konuyla ilgili, yeterli olgu sayısına sahip randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Olguların Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Görme Engelli Bireyler	Sağlıklı Bireyler	p
Yaş (yıl)	21,65±2,06	21,85±1,46	0,704
Boy (cm)	171±12,94	168,3±8,2	0,447
Cinsiyet (k/e)	5 / 11	6 / 14	
Vücut Ağırlığı (kg)	72,12±19,21	60,60±10,44	0,062
Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²)	24,25±3,86	22,48±3,24	0,630

Ort: Ortalama SS: Standart Sapma

Görme Engelli Bireylerde 6 Dakika Yürüme Testi Öncesi ve Sonrası Değerlerin Karşılaştırılması

	Test Öncesi	Test Sonrası	Z	p
SKB	122,31±16,21	130,12±22,12	1,006	0,315
DKB	79,25±14,54	81,12±12,73	0,796	0,426
KH	78,75±13,22	87,50±14,08	2,406	0,016
SF	22,12±3,05	22,50±6,17	0,222	0,825

SKB: Sistolik Kan Basıncı, DKB: Diastolik Kan Basıncı, KH: Kalp Hızı, SF: Solunum Frekansı, 6DYT: 6 Dakika Yürüme Testi

Sağlıklı Bireylerde 6 Dakika Yürüme Testi Öncesi ve Sonrası Değerlerin Karşılaştırılması

	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	Z	p
SKB	119,55±11,47	123,90±13,28	1,228	0,220
DKB	78,25±6,60	81,45±8,77	1,101	0,318
KH	91,55±17,71	96,80±18,47	2,034	0,042
SF	22,20±4,58	24,20±4,76	1,361	0,173

SKB: Sistolik Kan Basıncı, DKB: Diastolik Kan Basıncı, KH: Kalp Hızı, SF: Solunum Frekansı, 6DYT: 6 Dakika Yürüme Testi

6 Dakika Yürüme Testinin Gruplar Arası Kardiyopulmoner Yanıtlarının Karşılaştırılması

	Görme Engelli Bireyler	Sağlıklı Bireyler	t	p
SKB	130,12±22,12	123,90±13,28	0,991	0,332
DKB	81,12±12,73	81,45±8,77	0,091	0,928
KH	87,5±14,08	96,8±18,47	1,662	0,106
SF	22,5±6,17	24,2±4,76	0,933	0,357
6DYT	474,06±77,23	602,70±68,43	5,294	0,001

SKB: Sistolik Kan Basıncı, DKB: Diastolik Kan Basıncı, KH: Kalp Hızı, SF: Solunum Frekansı, 6DYT: 6 Dakika Yürüme Testi

TP-037

Pulmoner Rehabilitasyonun, Akciğer Rezeksiyonu Yapılmış Ameliyatlardaki Etkisi

Gülten Tarhan, Sedat Gürkök
GATA Göğüs Cerrahisi AD

Bu çalışma Göğüs Cerrahisi kliniklerinde akciğer rezeksiyonu planlanmış hastalara preoperatif ve postoperatif dönemde yapılan pulmoner rehabilitasyonun, pulmoner kapasiteye etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Gülhane Askeri Tıp Akademisi Göğüs Cerrahisi AD. kliniğinde, 6 aylık bir dönemde kliniğe yatışı yapılmış 24 hasta ile yapılmıştır. Araştırmada kişisel veriler ve solunum fonksiyon testi verileri formu kullanılmıştır. Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilip yazılı ve sözlü onay alınmıştır. Elde edilen veriler sayı, yüzde, ortalama testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Bronşektazi ve Akciğer Kanseri tanılı 24 hastaya lobektomi uygulanmıştır. Hastalara yatışlarının yapıldığı ilk andan itibaren pulmoner rehabilitasyon uygulanmaya başlanmıştır. 24 hastanın tümü preoperatif 1. gün ve postoperatif 3 ay sonra Solunum Fonksiyon Testi(SFT) ile değerlendirilmiştir. Ayrıca 16 hastaya ameliyata girmeden hemen önce yine SFT uygulanmıştır. Hastalara postoperatif dönemde de pulmoner rehabilitasyon uygulanmış, taburculuk eğitiminde de sözlü ve yazılı rehabilitasyon eğitimi verilmiştir.

Hastaların SFT sonuçlarında FVC preoperatif ve postoperatif 3 ay sonrası değerleri arasında ortalama %13,208, FEV1 sonuçlarında ise %9,5458 azalma bulunmuştur. 16 hastaya uygulanmış olan preoperatif değerlendirmede ise ortalama 1 hafta içinde FVC %2,18 ve FEV1 de %2,93'lük artış sağlanmış.

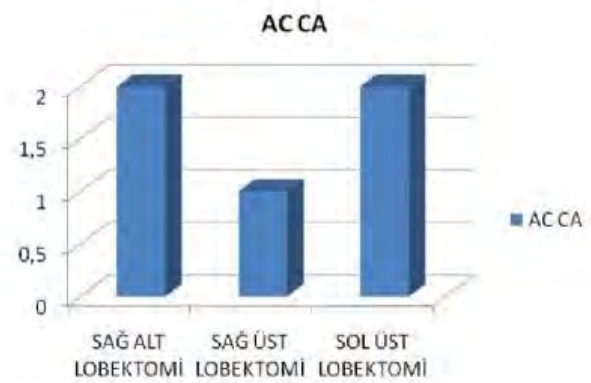
Çalışmamızda preoperatif dönemde pulmoner rehabilitasyonla rezidüel kapasitenin artırılabilceği görülmüştür. Lobektomi uygulandıktan sonra ise literatürlerdeki %15-25 kayıp oranlarına nazaran daha olumlu sonuçlar alınmıştır. Fakat sonuçlar daha geniş hasta popülasyonunda ve daha etkin hesaplama yöntemleri ile yeni çalışmalarda değerlendirilmelidir.

TABLO



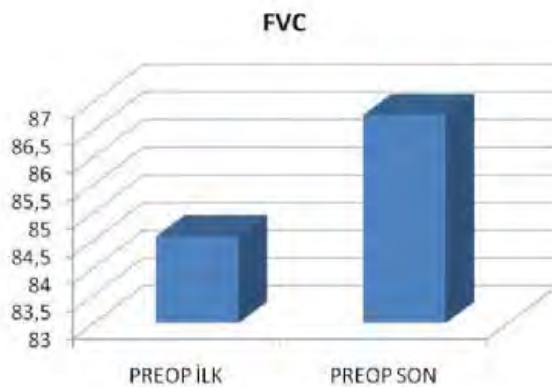
BRONŞEKTAZİ

TABLO



ACCA

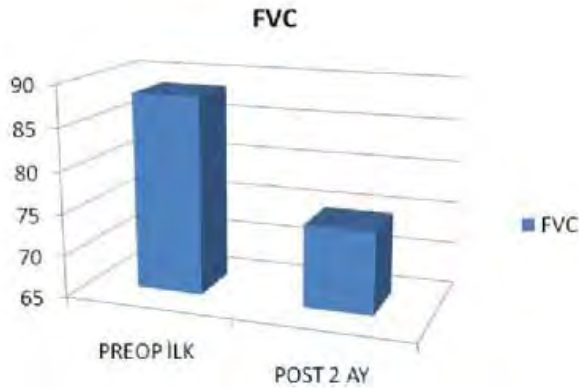
TABLO FVC



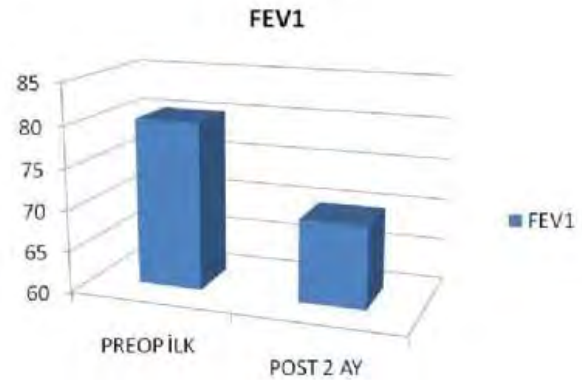
TABLO FEV1



TABLO FVC



TABLO FEV1



TABLO

HASTA NO	FVC PREOP İLK	FEV1 PREOP İLK	FVC POST 2 AY	FEV1 POST 2 AY
1	77,5	76,4	84,7	79,2
2	87,8	85,2	89,1	86,9
3	81	74,5	81,1	84,3
4	88,5	74,9	88,3	72,1
5	110,7	90,8	111,3	89,2
6	88,1	83,1	81,2	81,1
7	88,5	71,8	86,3	87,1
8	77,8	47,4	80	70,8
9	80,5	85	86,4	86,4
10	89,8	89,6	87	79,8
11	79,1	79,1	74,7	79
12	83,6	89,6	85,9	83,3
13	79,4	73,4	79,2	81,3
14	81	45,5	84,8	82,7
15	87,4	80,1	95	86,5
16	73,2	78	78,4	77,2
FARKI	88,75625	77,8375	80,75025	74,9375

TABLO

	FVC PREOP İLK	FEV1 PREOP İLK	FVC POST 2 AY	FEV1 POST 2 AY
1	77,5	76,1	76,1	60,6
2	85,8	70,5	85,3	70,1
3	81	72,5	73,8	76
4	110,7	90,6	78,6	77,8
5	86,1	83,1	71	65,1
6	88,5	71,3	86,4	80,2
7	78,4	67,4	81,1	80
8	98,5	95	81,1	81,5
9	85,8	85,8	86,8	85,3
10	70,8	70,1	62	58
11	81	66,6	72,2	64
12	97,4	92,1	81,2	86,4
13	98,3	97,8	84,8	87,1
14	79,2	60,8	69,2	65,2
15	104,2	94,2	90,4	82,7
16	89,9	79,6	75,5	69,2
17	96,4	89,2	87	81
18	73,1	68,7	68,8	65,8
19	105,8	101,2	85,2	87,8
20	106	103	85	76,8
21	71	69,7	72,8	68,8
22	91,1	69,3	68,7	67,7
23	95,6	69	83,4	80,6
24	86,8	74,7	73	67,8
FARKI	88,43333333	80,16333333	74,7	69,90416667

88,43333

74,7

11,73333

80,1633333

69,90416

10,2791333

TP-038

Bariatrik Cerrahi Sonrası En Etkin Öksürme Manevrasının Belirlenmesi: Pilot ÇalışmaMeriç Yıldırım¹, Seher Özyürek¹, Ersin Avcı¹, Didem Karadibak¹, Serhan Derici²¹Dokuz Eylül Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

GİRİŞ: Bariatrik cerrahi sonrası pulmoner komplikasyonlar yara yeri dışındaki komplikasyonların en sık görülenidir. Bu durumdan obezitenin pulmoner fonksiyonlar üzerindeki olumsuz etkileri, anestezi ajanlarının yol açtığı respiratuvar depresyon, cerrahi sırasındaki immobilizasyon gibi faktörler sorumlu tutulmaktadır. Öksürme manevraları postoperatif pulmoner komplikasyonların önlenmesinde etkili yöntemlerden biridir. Çalışmamızın amacı bariatrik cerrahi sonrası en etkin öksürme manevrasının belirlenmesidir.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı tarafından morbid obezite tanısı ile Sleeve Gastrektomi uygulanan, klinik olarak stabil 14 kişi alındı. Hastalara postoperatif 1. günde yatak içi 60° oturma pozisyonunda öksürme manevraları uygulandı. İlk olarak hastalardan “öksürebildikleri kadar kuvvetli bir şekilde öksürmeleri” istendi (Bazal Ölçüm). Ardından hastaların kart çekme yöntemiyle randomize olarak kendilerinin seçtikleri sırada 3 farklı şekilde öksürmeleri kaydedildi. Bu üç ölçüm abdominal bölgenin yastıkla desteklendiği öksürme, abdominal bölgenin yastıkla desteklendiği ve maksimum inspirasyonu takiben yapılan öksürme ve bazal ölçümün tekrarını içermektedir. Ölçümler her bir manevrada 3 kez gerçekleştirildi ve ortalamaları kaydedildi. Öksürme kuvveti peak ekspiratuvar akış hızı (PEAH) ölçer (Mini Wright peak expiratory flow meter) ile değerlendirildi. Her ölçüm sonrası hastanın insizyon bölgesinde algıladığı ağrı şiddeti Vizüel Analog Skalası (0-10) ile sorgulandı. Hastaların preoperatif dönemde gerçekleştirilen solunum fonksiyon testi sonuçlarından FEV1/FVC değeri kaydedildi. Veriler SPSS 15 programı ile Friedman Varyans Analizi kullanılarak analiz edildi. Elde edilen farkın anlamlılığının hangi basamaktan kaynaklandığı Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılarak belirlendi.

BULGULAR: Çalışmaya yaş ortalaması 38,14 ± 12,45 yıl olan 10 kadın, 4 erkek toplam 14 kişi alındı. Hastaların preoperatif FEV1/FVC değeri 80,43 ± 8,23 idi. Dört manevra sırasında ölçülen PEAH ve algılanan ağrı şiddeti değerleri karşılaştırıldığında PEAH açısından ölçümler arası anlamlı fark bulunurken (p=0,000), algılanan ağrı şiddetinde anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,433). Anlamlı farkın abdominal destek ile maksimum inspirasyonu takiben yapılan öksürme manevrası sırasında elde edilen PEAH'nın diğer ölçümlere göre daha yüksek oluşundan kaynaklandığı belirlendi (p<0,01).

SONUÇ ve TARTIŞMA: Bariatrik cerrahi sonrası postoperatif pulmoner komplikasyonların önlenmesi amacıyla oturma pozisyonunda, abdominal destek kullanılarak ve maksimum inspirasyonu takiben yapılan öksürme manevrası en yüksek ekspiratuvar akışı sağlamakta ve ağrıya artışa yol açmamaktadır. Hastalar cerrahi sonrası erken dönemde en etkin manevra için eğitilmeli ve cesaretlendirilmelidir. Pilot çalışmamız devam etmekte olup sonuçlarımız daha fazla sayıda olgu üzerinden tekrar paylaşılacaktır.

Tablo 1. Peak Ekspiratuvar Akış Hızı Değerlerinin Ölçümler Arası Karşılaştırmaları

	Abdominal destek+Maksimum inspirasyon Ort ± SS	Bazal ölçüm 1 Ort ± SS	p
Peak Ekspiratuvar Akış Hızı (L/dk)	299,28 ± 84,71	189,76 ± 79,51	0,002*
	Abdominal destek+Maksimum inspirasyon Ort ± SS	Abdominal destek Ort ± SS	p
Peak Ekspiratuvar Akış Hızı (L/dk)	299,28 ± 84,71	192,38 ± 72,69	0,001*
	Abdominal destek+Maksimum inspirasyon Ort ± SS	Bazal ölçüm 2 Ort ± SS	p
Peak Ekspiratuvar Akış Hızı (L/dk)	299,28 ± 84,71	196,19 ± 79,97	0,001*

*p<0,01; Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

TP-039

Parkinsonlu Hastalarda Egzersiz Kapasitesinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Semra Oğuz¹, Hülya Nilgün Gürses², Gökşen Kuran Aslan³, Rengin Demir⁴, Semiramis Özyılmaz⁴, Fatma Mutluay⁵, Hülya Apaydın⁶

¹Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi, Kardiyoloji Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

⁵İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

⁶İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Çalışmamızın amacı Parkinson hastalarında egzersiz kapasitesinin yaşam kalitesine etkisini araştırmaktır.

Bu amaçla Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı'nda izlenen, yaş ortalamaları 60.9± 8.6 yıl olan 31 Parkinson hastası (9K, 22E) çalışmaya alındı. Hastalık evresi Hoehn-Yahr (H-Y) ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Kognitif fonksiyonları normal olan, bilinen KOAH'ı ve yürümeye engel oluşturan hastalığı olmayan kişiler çalışmaya dahil edildi. Hastaların egzersiz kapasiteleri 6 dakika yürüme testi ile değerlendirildi. Yaşam kalitesi için Short Form 36 (SF-36) yaşam kalitesi anketi uygulandı. Hastalarımızın hastalık süreleri 5.7±3.6 yıl, hastalık başlama yaşı 55.1±7.9 yıldır. H-Y ölçeğine göre hastalık evresi dört hastada evre 1, 25 hastada evre 2 ve iki hastada evre 3'tü.

6 dakika yürüme mesafesi (6DYM) 393.5±106.3 m, SF-36 yaşam kalitesi total skorları "fiziksel komponent" için 41.5±9.0 ve "mental komponent" için 43.5±11.1 idi.

Hastalık süresi ile "fiziksel fonksiyon" (p=0.04, rs=-0.38), "genel sağlık" (p=0.03, rs=-0.40) ve "fiziksel komponent" total skoru (p=0.005, rs=-0.49); hastalık başlama yaşı ile "fiziksel fonksiyon" (p=0.01, rs=-0.44) ve "fiziksel komponent" total skoru (p=0.01, rs=-0.30) ve H-Y ölçeği ile "fiziksel rol güçlüğü" (p=0.02, rs=-0.43) ve "emosyonel rol güçlüğü" (p=0.04, rs=-0.38) arasında negatif yönlü ilişki saptandı.

6 DYM ile "fiziksel fonksiyon" (p=0.001, rs=0.55) ve "fiziksel komponent" total (p=0.01, rs=0.45) skorlarında orta güçte pozitif ilişki gösterildi.

Parkinsonlu hastalarda yaşam kalitesi birçok durumdan etkilenmektedir. Çalışmamızda 6 DYM ile özellikle yaşam kalitesinin "fiziksel komponent" total skoru ve "fiziksel fonksiyon" alt skoru arasında ilişki gösterilmiştir. Bu nedenle egzersiz kapasitesini korumaya yönelik uygulamaların yaşam kalitesine olumlu katkı sağlayabileceği düşüncesindeyiz.

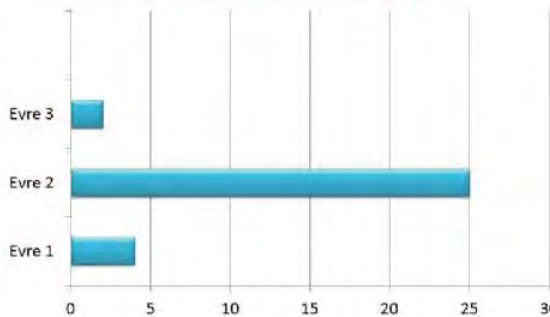
Tablo 1: Demografik ve klinik veriler

Tablo 1: Demografik ve Klinik Veriler

Yaş (yıl)	60.9±8.6
Cinsiyet Dağılımı (K/E)	9/22
Hastalık süresi (yıl)	5.7±3.6
Hastalık Başlangıç Yaşı (yıl)	55.1±7.9
6 DYM (m)	393.5±106.3

Tablo 2: H-Y evre dağılımı

Tablo 2: H-Y Evresine Hasta Dağılımı

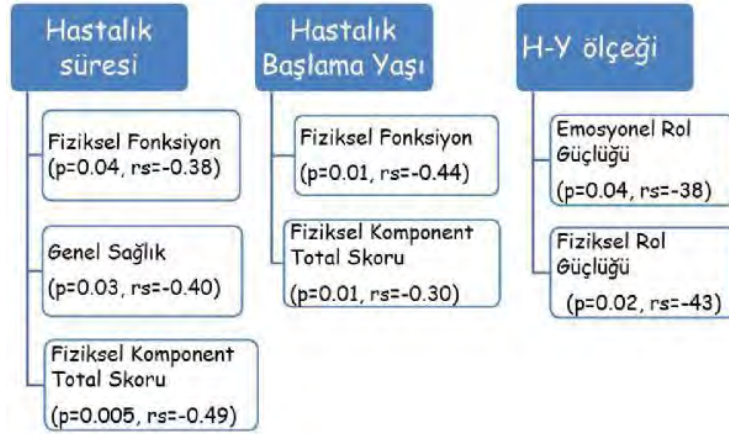


Tablo 3: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sonuçları

Tablo 3: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	
Fiziksel Fonksiyon	62.6 ± 22.9
Fiziksel Rol Güçlüğü	55.2 ± 37.1
Ağrı	54.9 ± 27.1
Genel Sağlık	55.3 ± 24.9
Enerji	49.5 ± 22.8
Sosyal Fonksiyon	62.4 ± 26.9
Emosyonel Rol Güçlüğü	51.7 ± 37.3
Mental Sağlık	63.3 ± 19.3
Fiziksel Komponent	41.5 ± 8.9
Mental Komponent	43.5 ± 11.1

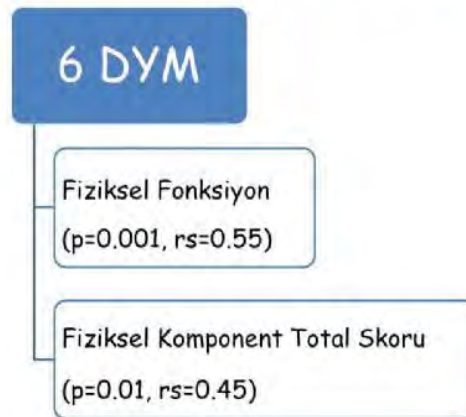
Şekil 1: Klinik özellikler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Şekil 1: Klinik özellikler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki



Şekil 2: Egzersiz kapasitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Şekil 2: Egzersiz kapasitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki



TP-040

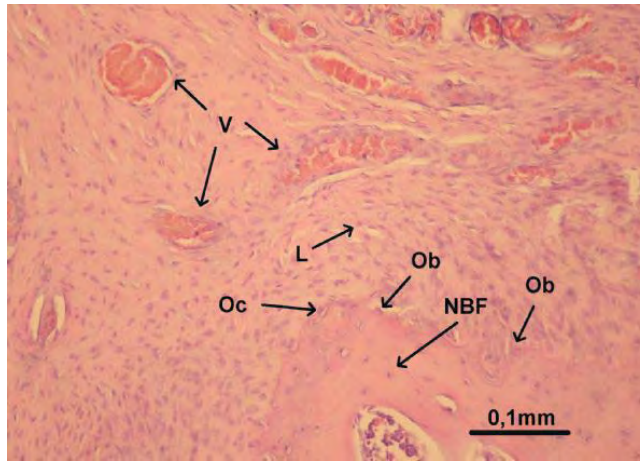
Düşük Yoğunluklu Pulsed Ultrasonun Kaburga Kırığı Üzerindeki Etkisi: Deneysel ÇalışmaMustafa Çalık¹, Saniye Goknil Çalık², Halim Yılmaz³, Gulten Karaca³, Hüseyin Hasan Esen⁴, Mustafa Cihat Avunduk⁴, Hıdır Esme¹¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi Kliniği²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği⁴Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

Travma genç erişkinlerin ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Tüm yaş gruplarında ise üçüncü sıradadır. Sağlık kuruluşlarına travma nedeniyle baş vuranların % 4–12 kaburga kırığı (KK) tespit edilmektedir. KK'ya bağlı ağrı solunum hareketleriyle ve öksürükle artar. Mortalitesi %10 civarında olup artan KK sayısı ve yaşla birlikte artmaktadır. KK'nın güncel tedavisi ağrı ve eşlik eden yaralanmaların ve/veya olası komplikasyonların tedavisidir. Geleneksel olarak biz klinisyenler KK'larında ağrı ve maluliyetin 6–8 haftada geçeceğini düşünmekteyiz. Oysa hastaların günlük iş ve hayatlarına dönmesi için ortalama 70 gün geçmektedir. En yaygın morbidite nedeni olan persistant ağrı ve deformite % 60'lara kadar çıkmaktadır. %20–60 hiçbir zaman tam olarak iyileşmemektedir.

Ultrason (US), insan kulağının işitemeyeceği kadar yüksek frekanslı ses dalgalarına verilen addır. Tanısal US yaygın şekilde görüntüleme amaçlı ve Düşük Yoğunluklu Pulse Ultrasoundun (DYPUS) ise 60 yılı aşkın bir süredir fizik tedavide ağrı, kas iskelet sistemi travmaları ve yumuşak doku lezyonlarını tedavisi için kullanılmaktadır. Deneysel modelimizle; iyileşmeyi hızlandıracağını düşündüğümüz DYPUS'un doku iyileşmesi ve kaburga kırığı üzerindeki etkilerini araştırmak istedik. Çalışmamızda randomize olarak seçilen her grupta 24 (Yirmidört) rat bulunan üç eşit grupta toplam 72 adet rat kullanıldı. Deneysel kaburga kırığı modelini oluşturmak için sağ hemitoraks 4. ve 5. kostadan 0,5 cm'lik kosta çıkarıldı. Grup 1 kontrol grubu olarak kabul edilip doğal iyileşme seyri takip edildi. Grup 2'ye %20 (2 msn pulse-8 msn pause) 100 mW/cm² ve Grup 3'e %50 (5 msn pulse – 5 msn pause) 200 mW/cm² altı dakika boyunca uygulandı. Denekler altı hafta boyunca takip edildi. Her gruptan sekizer rat 2., 4. ve 6. haftalarda sakrifiye edilip histopatolojik değerlendirmeye tabi tutuldu. Osteoblast, osteoklast, yeni kemik oluşumu ve lenfosit sayısında gruplar arasında fark bulunmamasına rağmen hangi dozda olursa olsun DYPUS uygulanan gruplarda histolojik konsolidasyonu arttırken lenfosit infiltrasyonunun azalttığı tespit edildi. Bu etki uzun dönem ve yüksek dozda daha belirgindi.

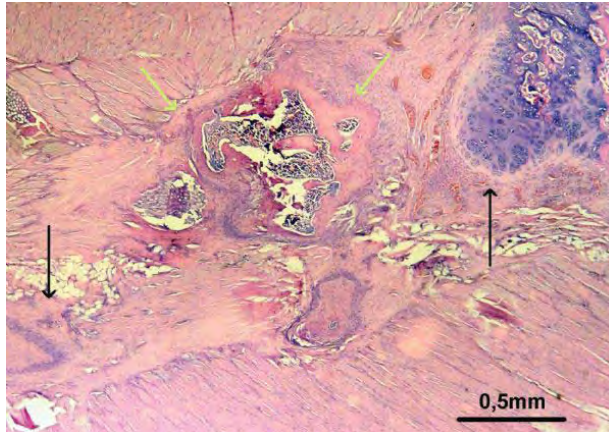
Klinik ve deneysel araştırmalar DYPUS'un kemik metabolizması ve yeni kemik gelişimi üzerine etkili olduğunu göstermektedir. Göğüs travmalarında özellikle KK'larında ağrının kontrolü ile mortalite ve morbidite azalmaktadır. Ağrı kemiğin stabilitesinin sağlanması ile azalır. Yapılacak DYPUS doğal iyileşme sürecinin hızlandırılması ile hastalara daha etkili, kısa ve ucuz maliyetli tedavi imkânı sağlanacaktır.

Resim 1



Osteoblast (Ob), osteoklast (Oc), damar (V), lenfosit (L) ve yeni kemik oluşum alanı (NBF)

Resim 3



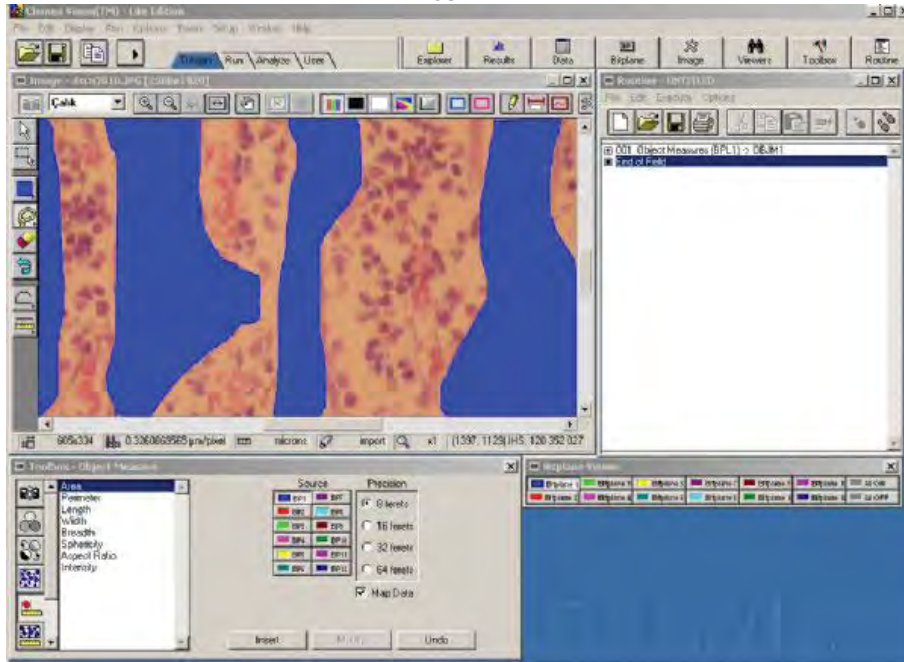
Yeni kemik oluşumu: Siyah oklarla gösterilen alanlar kaburgaların kırık uçları sarı oklarla gösterilen alanlar yeni kemik oluşum alanları

Tablo 1

	Hafta 2			Hafta 4			Hafta 6			p Değeri
	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 1	Grup 2	Grup 3	
Osteoblast				0(0-16,0)	18(0-24,5)	8(0-31,8)	22(16-26)	26(23,5-31,8)	29(25,5-32,5)	1,0
Osteoklast				0(0-1,0)	0,8(0-1,7)	0,5(0-2,0)	1,0 (1,0-2,0)	1,5(1,0-2,3)	1,0 (0,5-2,5)	1,0
Yeni Kemik Oluşumu				0(0-4621,3)	6758,2(0-11077,3)	8291,2(0-19205,8)	18654,8(8829,6-16411,3)	18604(16237,7-21347,7)	20333,2(18434,3-21887,4)	1,0
Leüsin	15,0(13,0-21,5)	22,0(20,0-23,0)	22,0(21,0-24,0)	10,0(8,0-11,0)	12,0(11,3-13,8)	13,5(11,3-15,5)	8,0(6,0-9,0)	8,0(6,8-9,0)	7,0(5,0-8,5)	0,128

Gruplar arası karşılaştırmalar

Resim 2



Yeni kemik oluşumu (NBF) alanı hesaplaması

TP-041

Endikasyonları Ve Risk Faktörleriyle Pnömonektomi

Hüseyin Melek, Gamze Çetinkaya, Mehmet Muharrem Erol, Ahmet Sami Bayram, Cengiz Gebitekin
Uludağ Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı

GİRİŞ: Akciğer hastalıklarının cerrahi tedavileri arasında pnömonektomi, mortalite-morbidite açısından yüksek riskli bir prosedürdür. Pnömonektomilerde riski arttıran bir çok faktör (neoadjuvan tedavi, tamamlama pnömonektomi, benign hastalıklar gibi) olabilir. Bu çalışmanın amacı, pnömonektomi uygulanan hastalarda endikasyonları ve postoperatif sonuçları inceleyerek potansiyel risk faktörlerini belirlemektir.

MATERYAL-METOD: Kliniğimizde 1995 ile 2013 tarihleri arasında pnömonektomi uygulanan 150 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Mortalite ve morbidite ile ilişkili olabilecek faktörler (yaş, komorbidite, pnömonektomi endikasyonu, neoadjuvan tedavi, kompleks cerrahi, taraf ve önceki cerrahi) Statistical Package for the Social Sciences (SSPS) 17 programına kaydedildi ve multivaryant lojistik regresyon ile incelenerek, sonuçlar değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların 18'i kadın, 132'si erkek; yaş ortalaması 54,2(15-82) idi. Seksen iki (%54,6) hastaya sol, 68 (%45,4) hastaya sağ pnömonektomi yapıldı. Postoperatif mortalite %5,3 (8) idi. Yedi hastaya (%4,6) tamamlama pnömonektomi uygulandı. Nekrotik akciğer (n=4;%57) ve postoperatif bronkoplevral fistül (n=2,%28) tamamlama pnömonektominin en sık nedenleriydi. Bu hastalarda operatif mortalite %28 (n=2), morbidite %57(n=4) olarak saptandı. Pnömonektomi uygulanan hastaların 13'ünde (%8,6) etyoloji benign hastalıklardı. Bunlar arasında en sık endikasyonlar bronşektazi (n=7,%54) ve tüberküloza sekonder harap olmuş akciğerdi (n=5,%38). Bu hastalarda operatif mortalite gözlenmezken, morbidite %38(n=5) olarak saptandı. Yüz otuz hastada pnömonektomi nedeni malign (neoadjuvan tedavi sonrası(NTS), n=53) hastalıklardı. Bu grupta mortalite %4,6 (NTS= %3,7), morbidite %33 (NTS=%30) idi. Tamamlama pnömonektomilerde mortalite ve morbiditenin arttığı gözlemlendi. Taraf, yaş, cinsiyet, komorbidite, neoadjuvan tedavi ve rezeksiyon tipi arasında istatistiki anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ: Yüksek cerrahi risk nedeniyle tamamlama pnömonektomilerde dikkatli olunmalıdır. Bizim sonuçlarımız, neoadjuvan tedavi sonrası pnömonektominin kabul edilebilir morbidite, mortalite ile güvenli bir şekilde yapılabildiğini göstermektedir.

TP-042

Benign Mediastinal Kitlelerin Opere Edilme Büyüklüğü Ne Olmalıdır? 220 Olgunun Retrospektif AnaliziSeray Hazer¹, Göktürk Fındık², Suat Erus⁴, Koray Aydođdu², Berker Özkan³, Funda İncekara², Sadi Kaya², Alper Toker³¹Bingöl Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bingöl²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul⁴Amerikan Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Benign mediastinal kitleler heterojen bir grubu oluşturmaktadırlar. Mediastinal yerleşimli ya da embriyolojik dönemde mediastene göç etmiş dokulardan köken alırlar. Mediastenin benign tümör ve kistleri çoğunlukla asemptomatiktir. Teknik olarak küçük lezyonların rezeksiyonu daha kolay olmasına rağmen çoğunlukla asemptomatik seyretmeleri nedeniyle geç farkedilirler.

METODLAR: Benign mediastinal kitle ve kist nedeniyle opere edilen 220 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Lezyonların yerleşim yeri ve boyutlarına göre insizyon olarak mediansternotomi, torakotomi, servikotomi, mediastinoskopi, coller, VATS veya bunların kombinasyonları uygulandı. Ortalama kitle boyutu 6,87 santimetreydi (1,5-25 cm) ve olguların 42'sinin (%19,1) rezeksiyon sırasında kitle boyutu 10 cm ve üzerindeydi.

SONUÇ: Postoperatif % 12,3 olguda komplikasyon gelişti. Komplikasyon gelişen hasta grubu değerlendirildiğinde kitle boyut ortalamasının komplikasyon gelişmeyen olgulara göre daha yüksek olduğu (7,82 cm) ve bu olguların hastanede kalış sürelerinin daha uzun (9,7 gün) olduğu tespit edildi.

TARTIŞMA: Benign olduğu bilinen asemptomatik ya da semptomatik mediastinal kitlesi olan hastaların düzenli olarak takip edilmek yerine en kısa sürede cerrahi rezeksiyona yönlendirilmesi, lezyonun boyutunda artış olmasından dolayı gelişebilecek cerrahi riskleri azalttığı gibi lezyonun takibi sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonların ve malign dejenerasyonların da önlenmesini sağlamaktadır.

TABLO-1

	KOMPLİKE OLANLAR	KOMPLİKE OLMAYANLAR	TÜM OLGULAR
ORTALAMA KİTLE BOYUTU (cm)	7,82	6,73	6,87
HASTANEDE KALIŞ SÜRESİ (gün)	9,73	6,56	6,94
YAŞ	38	40,5	40,2
CİNSİYET(e/k)	11/16	86/107	97/123
MEDİASTİNAL LOKALİZASYON			
ANTERİOR	15	107	122
VİSSERAL	5	26	31
POSTERİOR	7	60	67

BENİGN MEDİASTİNAL KİTLE NEDENİYLE OPERE EDİLEN OLGULARIN KOMPLİKASYON GELİŞME DURUMUNA GÖRE HASTA GRUPLARI ARASINDAKİ FARKLILIKLAR

TABLO-2

HİSTOPATOLOJİK TANI	OLGU SAYISI
RETROSTERNAL GUATR	32
BRONKOJENİK KİST	29
SCHWANNOMA	23
PERİKARDİYAL KİST	21
TİMİK HİPERPLAZİ	20
MATUR KİSTİK TERATOM	19
TİMİK KİST	14
GANGLİONÖROMA	10
TİMOLİPOMA	9
LİPOM	6
KİST HİDATİK	4
LEİOMYOM	4
CASTLEMAN HASTALIĞI	4
BASİT KİST	4
ÖZEFAGUS LEİOMYOMU	4
PARATİROİD ADENOMU	3
NÖROFİBROM	3
HEMANGİOMA	3
PARAÖZEFAGEAL KİST	2
PARATRAKEAL KİST	2
LENFANJİOMA	1
NÖROENTERİK KİST	1
HEMANGİOENDOTELİOMA	1
ENTERİK KİST	1

BENİGN MİDİASTİNAL KİTLE NEDENİYLE OPERE EDİLEN HASTALARIN HİSTOPATOLOJİK TANILARINA GÖRE DAĞILIMI

TABLO-3

	ÖN	ORTA	ARKA	TOPLAM
TORAKOTOMİ	44	22	62	128
MEDİANSTERNOTOMİ	46	3	-	49
COLLER İNS	18	1	-	19
VATS	7	1	5	13
MEDİASTİNOSKOPI	3	3	-	6
TORAKOTOMİ+COLLER	2	-	-	2
M.STERNOTOMİ+COLLER	1	1	-	2
M.STERNOTOMİ+VATS	1	-	-	1
TOPLAM	122	31	67	220

LEZYONLARIN YERLEŞİM YERLERİNE GÖRE TERCİH EDİLEN İNSİZYONLARIN DAĞILIMI

TP-043

Primer Akciğer Kanseri ve Senkron Beyin Metastazlı Olgularda Cerrahi Tedavi: 8 Olgunun Analizi

Hakan Kıral, Volkan Baysungur, Çağatay Tezel, Levent Alpay, Cansel Öztürk, Hakan Yılmaz, Serda Metin, Ezgi Cesur, İrfan Yalçınkaya
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Beyin metastazları, küçük hücreli dışı akciğer kanserli (KHDAK) hastaların %30 - 50' sinde görülmektedir. Hayat kalitesini bozan ve prognozu kötüleştiren bir durumdur. Bu hastalar genellikle beyin radyoterapisi ve sistemik kemoterapi ile tedavi edilirler. Bununla birlikte kranial cerrahi veya radyoterapi ve agresif akciğer rezeksiyonunun birlikte yapıldığı bazı vakalarda uzun dönemli sağ kalım elde edilebilir.

YÖNTEM: Kliniğimizde 2012-2014 yılları arasında opere edilen KHDAK'li ve senkron beyin metastazlı 8 olgu retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Olguların 6'sı erkek, 2'si kadın olup yaş ortalaması 56.6 (41-69) idi. Beyinde soliter metastaz olan 7 olguda kranial cerrahi ve oligo metastaz olan bir olguda ise gama knife tedavisini takiben akciğer rezeksiyonları yapıldı. 7 olguda torakotomi ve 1 olguda ise Videoasiste torakoskopik cerrahi ile rezeksiyon tamamlandı. 3 olguda sol alt lobektomi, 1 olguda sol üst lobektomi, 1 olguda sağ üst lobektomi, 1 olguda sağ alt lobektomi+üst lob posterior segmentektomi ve 2 olguda ise sol pnömonektomi yapıldı. Olguların 5'inde adenokarsinom 3'ünde ise squamous hücreli karsinom tespit edildi. Operatif morbidite ve mortalite saptanmadı. İki olgu postoperatif 12. ve 23. aylarda kaybedildi. Diğer 6 olgu postoperatif sırasıyla 2,3,3,3,7 ve 9. aylarında hastaliksız olarak takip edilmektedir.

SONUÇ: KHDAK'li ve senkron beyin metastazlı seçilmiş hastalarda kranial cerrahi veya radyoterapi ve agresif akciğer rezeksiyonu fayda sağlayabilir. Bu konuda yapılacak ileri prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

figür-1

KHDAK VE SENKRON BEYİN METASTAZLI		8 OLGU
YAŞ ORTALAMASI	56.6	(41-69)
CİNSİYET	6 ERKEK	2 KADIN
YÖNTEM	7 TORAKOTOMİ	1 VATS

figür-2

BEYİN METASTAZI	OLGU SAYISI	GİRİŞİM
SOLİTER	7	KRANİYAL CERRAHİ
OLİGO	1	GAMA KNİFE

TARTIŞMALI POSTER

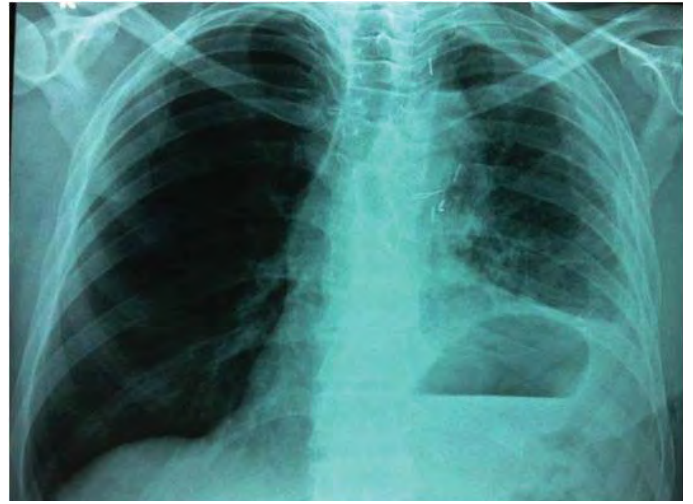
figür-3

REZEKSİYON	OLGU	SURVİ(POSTOP)
SOL ÜST LOBEKTOMİ	VATS	23 AY (EX)
SOL ALT LOBEKTOMİ	TORAKOTOMİ	9.AY (SAĞ)
SOL ALT LOBEKTOMİ	TORAKOTOMİ	12 AY (EX)
SOL PNÖMONEKTOMİ	TORAKOTOMİ	7.AY (SAĞ)
SOL PNÖMONEKTOMİ	TORAKOTOMİ	3.AY (SAĞ)
SAĞ ÜST LOBEKTOMİ	TORAKOTOMİ	3.AY (SAĞ)
SAĞ ALT LOBEKTOMİ	TORAKOTOMİ	3.AY (SAĞ)
SOL ALT LOBEKTOMİ	TORAKOTOMİ	2.AY (SAĞ)

Resim-2A



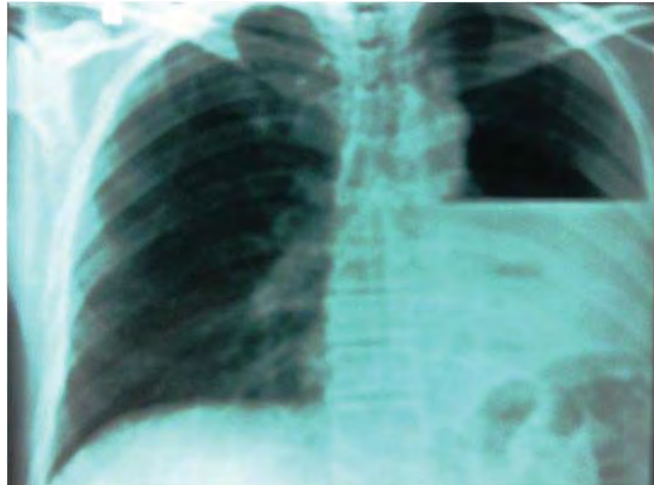
Resim-2B



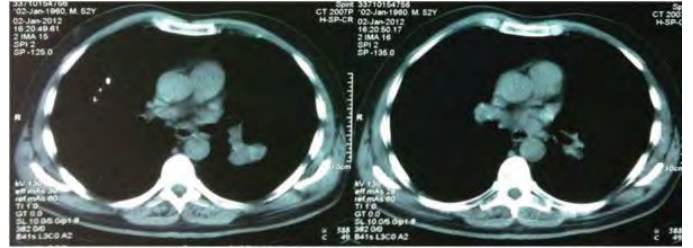
Resim-1A



Resim-1B



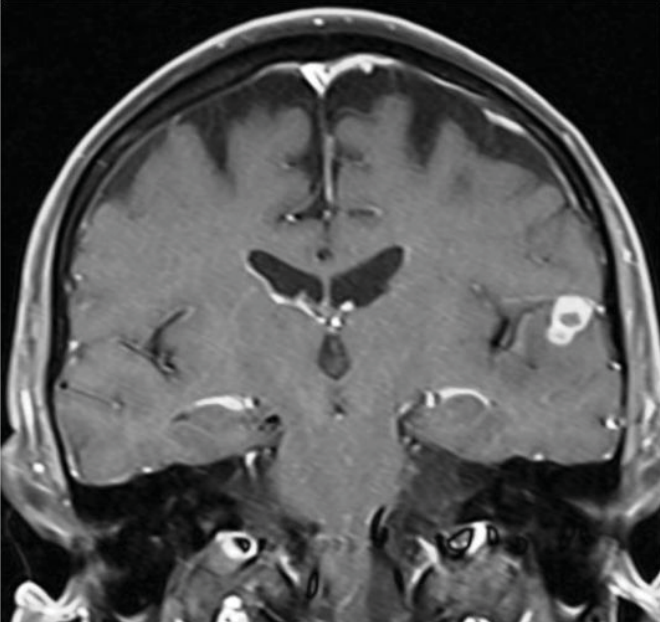
Resim-3



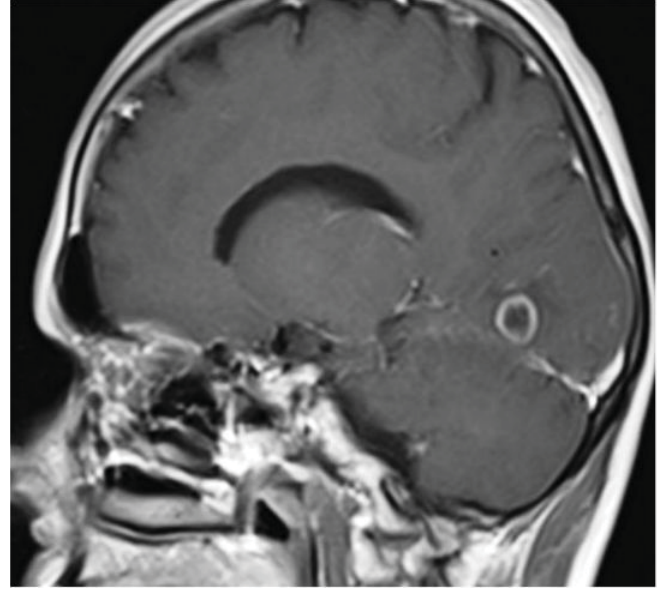
Resim-4



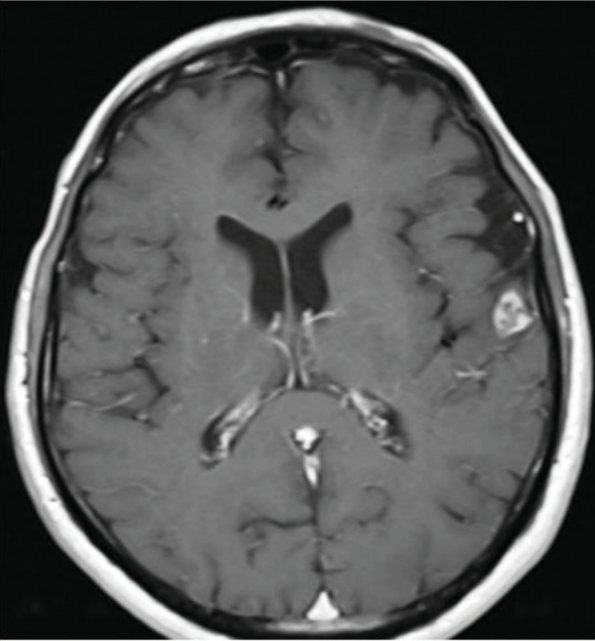
Resim-5



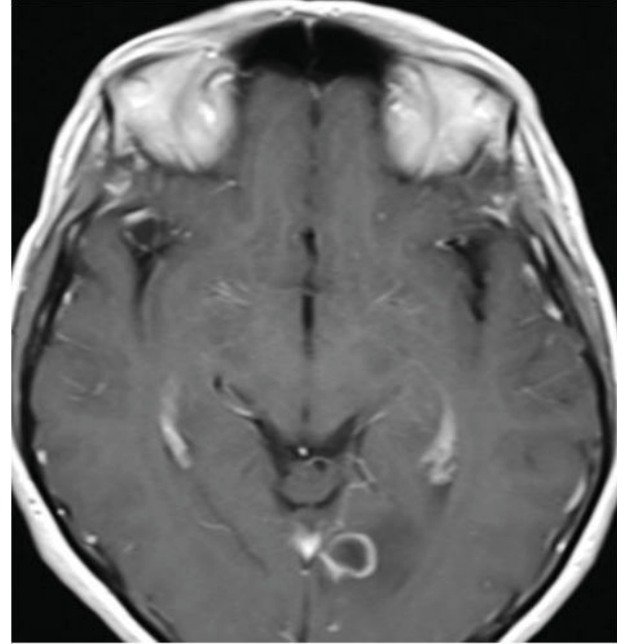
Resim-7



Resim-6



Resim-8



TP-044

Hemşirelerimiz “Toraks Drenajı Uygulanmış Olgulara Yaklaşım” Konusunda Ne Biliyor?

Hemşire Yeliz Yöngül, Hemşire Semra Gökmen Çelik, Op. Dr. Elif Duman
İzmir Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, Karabağlar, İzmir

AMAÇ: Bu çalışmada, bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin toraks drenajı uygulanmış hastaların tanı, takip ve tedavi konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: İzmir Eğitim ve Araştırma hastanesinde çalışmakta olan ve gönüllü olarak ankete katılan 108 hemşire çalışmaya alındı. Veri toplamada test yöntemi kullanıldı. Hemşirelere 27 soruluk anket uygulandı. Hemşirelere ait demografik veriler elde edildi. Anket formunda hemşirelerin göğüs drenajı uygulanmış hastaların tanı (6), takip (10) ve tedavi (4) konusunda bilgilerine ilişkin toplam 20 soru soruldu. Sorulara verilen doğru cevaplara 1 puan verildi. Toplam 20 soru için maksimum puan 20 olarak belirlendi. Veriler SPSS paket programında Kruskal Wallis ve Mann Witney testi ile değerlendirildi. P değeri < 0.05 anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hemşirelerin yaş ortalaması 36 ± 7 yıl idi. Hemşirelerin %59’unun lisans mezunu, %25’inin önlisans, %9’unun sağlık meslek lisesi ve %7’sinin lisansüstü eğitime sahip olduğu saptandı. Hemşirelerin %28’inin <10 yıl, %72’sinin ≥ 10 yıldır çalıştıkları, cerrahi birimlerde çalışanların ise %63 oranında olduğu tespit edildi.

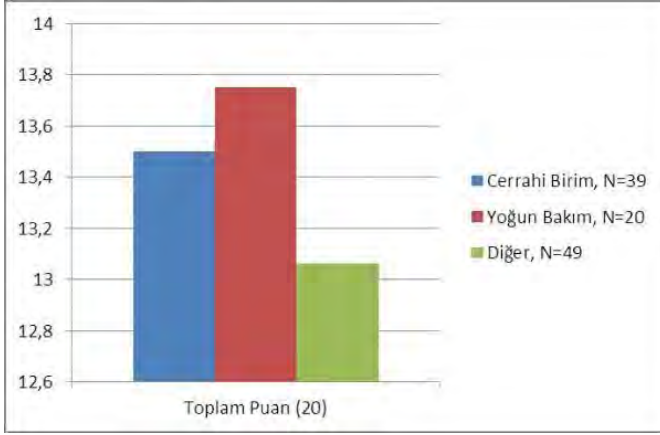
Hemşirelerin toplam puan ortalaması 13.46 ± 3.22 idi. Cerrahi deneyimi olan ve olmayanların puan ortalamaları sırasıyla 13.5 ± 3.0 ve 13.4 ± 3.6 idi ($p>0.05$). Eğitim durumlarına göre tanı, takip, tedavi ve toplamda aldıkları puanlar karşılaştırıldığında sonuçlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Meslekte geçirilen süreye göre değerlendirildiğinde; < 10 yıl olanların toplam puanı 12.2 ± 3 iken, ≥ 10 ve < 20 yıl olanların toplam puanı 14.2 ± 3 ($p< 0.05$). Hemşirelerin halen çalışmakta oldukları birimlere göre değerlendirildiğinde toplam puan ortalaması cerrahi birimde çalışanlarda (cerrahi ve yoğun bakım) 13.80 ± 3.46 , dahili birimlerde çalışanlarda 13.32 ± 3.40 bulundu ($p> 0.05$).

SONUÇ: Hemşirelerin eğitim düzeyi, cerrahi deneyimlerinin olması ve halen çalışmakta oldukları birimin cerrahi birim olmasının “toraks drenajı uygulanmış” hastaların tanı, takip ve tedavi konusundaki bilgileri üzerinde etkisinin olmadığı sonucuna varıldı. Ancak mesleki deneyime göre değerlendirildiğinde 10 yıldan az çalışanların 11 yıl ve üzeri çalışan meslektaşlarına göre daha az bilgili oldukları saptandı. Buradan hareketle, göğüs cerrahisi hemşireliğinin özel bilgi gerektirdiği, genel hemşirelik bilgisinin hastaların takibinde yeterli olmadığı ve bu nedenle “Göğüs Cerrahisi “ servisinde çalışacak hemşirelerin meslek içi eğitim almaları gerektiği sonucuna varılmıştır.

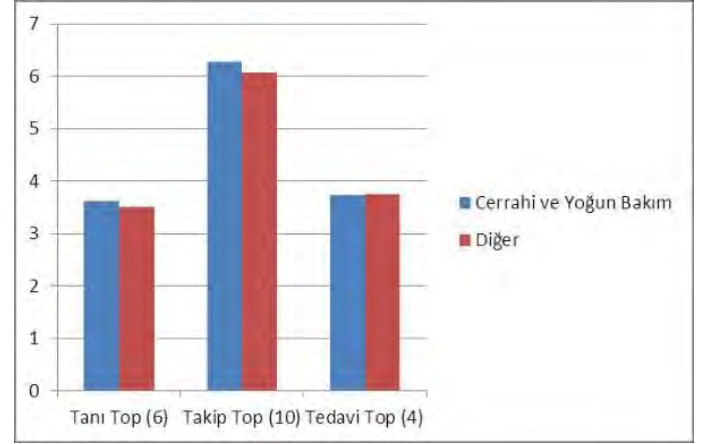
Grafik 1



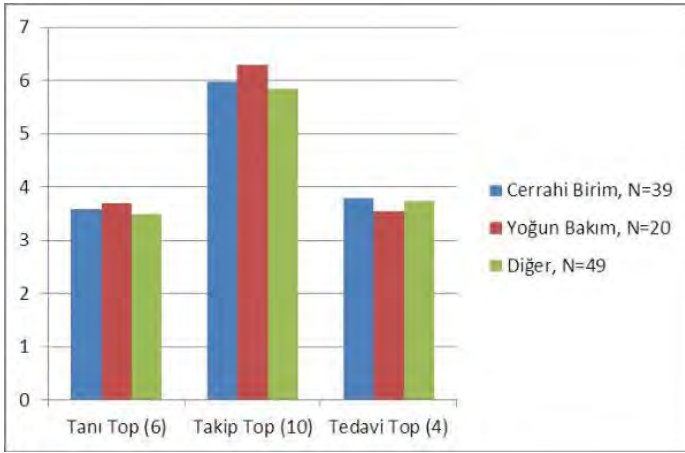
Grafik 2



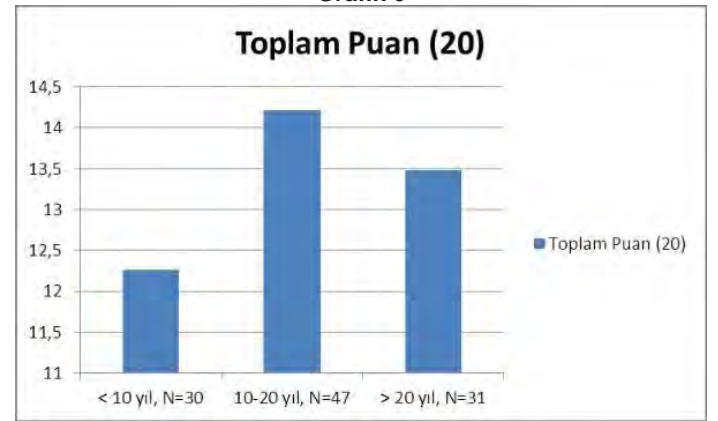
Grafik 5



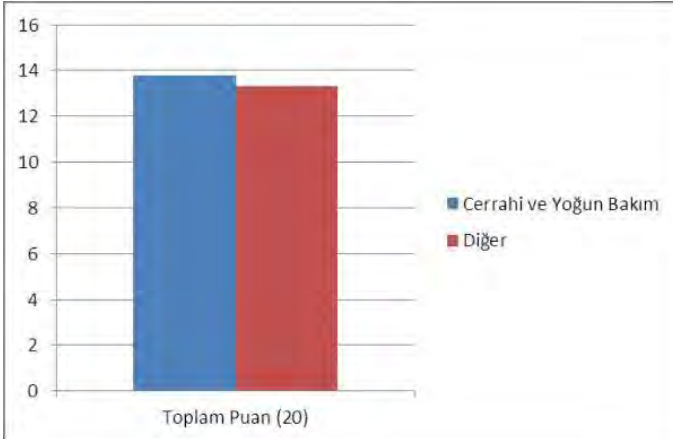
Grafik 3



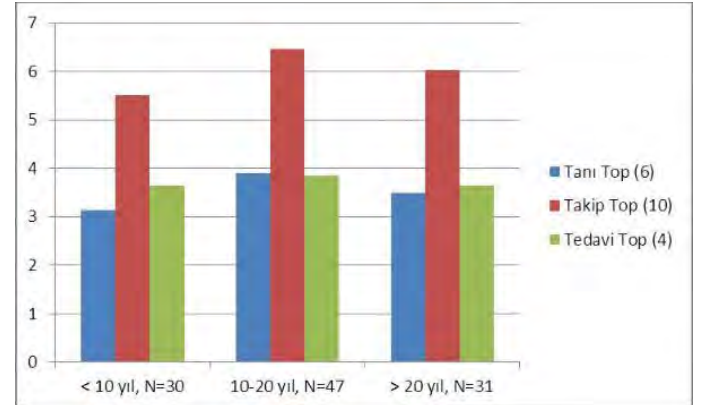
Grafik 6



Grafik 4



Grafik 7



TP-045

Hemşirelerin Toraks Tüpü Olan Hastaların Bakımı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri: Tanımlayıcı Bir AraştırmaSongül Akbaş Gökdoğan¹, Merve Tarhan¹, Abdulkadir Ayan¹, Levent Dalar²¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Toraks tüpü takılması hekim sorumluluğundadır. Hastanın takip ve bakımı hakkındaki genel prensiplerin ise hemşireler tarafından uygulamaya doğru ve etkili yansıtılması iyileşme sürecinin hızlanmasına katkı sağlar. Bu noktadan hareketle çalışma, hemşirelerin toraks tüpü olan hastaların bakımı hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmanın verileri, 2014 yılı Temmuz ayı içinde Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 153 hemşireden anket yoluyla toplandı. Anketin birinci bölümü 7 tanımlayıcı özellikten, ikinci bölümü 3 dikkat sorusundan ve üçüncü bölümü 25 bilgi sorusundan oluşmaktaydı. Sonuçların analizi sayı, yüzde, t-testi ve Oneway Anova testleri kullanılarak gerçekleştirildi.

BULGULAR: %69,3'ü toraks tüpü olan hastanın bakımı hakkındaki bilgilerini mesai arkadaşlarından öğrendiğini belirtirken, %35,3'ü bu konuda bilgi düzeyinin yetersiz olduğunu ifade etti. %30,7'si bilgi sorularından 10 tanesini doğru bilmişti. En fazla "Plevral boşluğa takılan toraks tüpü, kollabe olmuş akciğerin yeniden şişmesini sağlar" ifadesinin doğru yanıtlandığı görüldü (%77,8). En fazla yanlış cevaplanan "Toraks şişesinde kısa hava tüpüne degecek kadar sıvı birikmesi sorun olmaz" ifadesiydi (%46,4). Cerrahi alanda çalışan, ön lisans mezunu, 15-20 yıl arasında mesleki ve kurumsal deneyime sahip, her gün toraks tüpü olan hastaya bakım veren ve bilgi düzeylerini oldukça yeterli gören hemşirelerin bilgi sorularından aldıkları puan ortalamaları daha yüksekti ($p < 0,05$).

TARTIŞMA ve SONUÇ: Toraks tüpü olan hasta bakımı konusunda hemşirelerin bilgi düzeyinin belirlenmesi bu konuya duyarlı eğitim programlarının geliştirilmesi gereklidir. Eğitim programlarının içeriği bu konudaki bilgi boşluğunu doldurabilecek yeterlilikte olmalıdır.

Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Tüm Anketten Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	%	Ort.	Standart Sapma	Test Değeri	p değeri
Cinsiyet					t	
Kadın	124	81	14,08	5,701	2,537	0,113
Erkek	29	19	12,69	4,568		
Eğitim Durumu					F	
Sağlık Meslek Lisesi	29	19	14,00	5,352		
Ön Lisans	33	21,6	15,94	5,607	3,532	0,016
Lisans	81	52,9	12,63	5,368		
Lisansüstü	10	6,5	15,90	4,795		
Çalışılan Alan					t	
Dahili Birimler	106	68,6	12,05	5,191	4,083	0,045
Cerrahi Birimler	48	31,4	17,69	4,064		
Çalışılan Birim					F	
Servis	79	51,6	12,89	5,765		
Acil	28	18,3	14,82	6,447	3,139	0,016
Yağün Bakım	24	15,7	15,92	3,599		
Poliklinik	11	7,2	10,91	3,590		
Ameliyathane	11	7,2	16,27	3,524		
Mesleki Deneyim					F	
1-5 yıl	54	35,3	11,96	4,883		
6-10 yıl	37	24,2	13,54	5,521	5,780	0,000
11-15 yıl	20	13,1	15,40	4,849		
16-20 yıl	19	12,4	18,32	2,868		
21 yıl ve üzeri	23	15	13,52	6,894		
Kurumsal Deneyim					F	
1-5 yıl	76	49,7	12,68	5,262		
6-10 yıl	27	17,6	13,67	5,335	4,181	0,003
11-15 yıl	15	9,8	17,00	4,375		
16-20 yıl	14	9,2	17,71	3,950		
21 yıl ve üzeri	21	13,7	13,24	6,595		

F: OneWay ANOVA Testi

t: student t-test

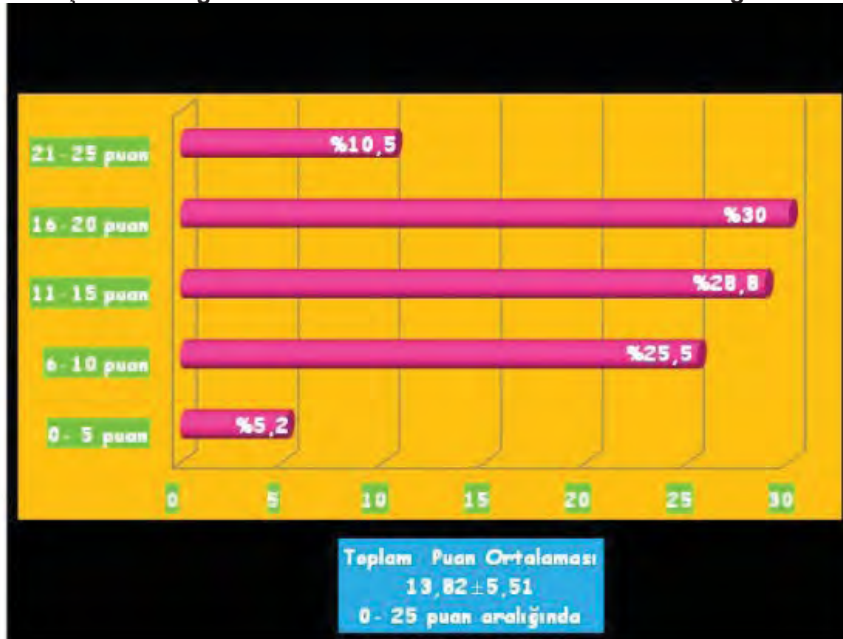
Hemşirelerin Toraks Tüpü Olan Hastanın Bakımı Konusundaki Dikkatine Yönelik Sorular ve Tüm Anketten Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	%	Ort.	Standart Sapma	Test değeri F	p değeri
Toraks Tüpü Olan Hastaya Bakım Sıklığı						
Her gün	53	34,6	17,68	4,531	13,888	0,000
Neredeyse her gün	21	13,7	13,48	4,956		
Haftada bir kere	21	13,7	10,29	4,221		
İki haftada bir kere	17	11,1	7,94	3,881		
Ayda bir kere	15	9,8	13,87	4,357		
Yılda bir kere	10	6,5	13,90	5,043		
Hiç	16	10,5	12,25	4,435		
Bilgi Düzeyi						
Yeterli değil	54	35,3	10,30	4,575	41,456	0,000
Orta düzeyde	49	32	13,22	5,043		
Oldukça yeterli	50	32,7	18,20	3,642		

Hemşirelerin Toraks Tüpü Olan Hastanın Bakımı Konusundaki Bilgilerini Elde Ettikleri Kaynaklar



Hemşirelerin Bilgi Sorularından Aldıkları Puanların Yüzdelerle Dağılımları



Hemşirelerin Toraks Tüpü Olan Hastaların Bakımı Hakkındaki Bilgi Sorularına Verdikleri Yanıtlar

TÜR	CEVAP	SORULAR	DOĞRU	YANLIŞ	BİLMİYORUM
TAKİP	DOĞRU	Toraks şişesindeki sıvının plevral boşluk içerisine girmesini önlemek için göğüs hizasından 90 cm aşağıda tutulmalıdır.	78,4	6,5	15
TANI	DOĞRU	Plevral boşluğa takılan toraks tüpü, kollabe olmuş akciğerin yeniden şişmesini sağlar.	77,8	10,5	11,8
TANI	DOĞRU	Toraks tüpü takılması gereken en önemli durum pnömotorakstir.	75,2	11,8	13,1
TANI	DOĞRU	İntraplevral basınç plevral boşluk içindeki basınçtır.	74,5	9,2	16,3
TEDAVİ	DOĞRU	Toraks tüpünden kaynaklanan ağrının azaltılmasında düzenli oral analjezik kullanımı etkilidir.	71,9	11,8	16,3
TAKİP	DOĞRU	Toraks şişesi içinde görülen fokurdama hava kaçacağını gösteren bir işaret olabilir.	69,9	15,7	14,4
TAKİP	DOĞRU	İnspirasyonda tüp sisteminden plevral aralığa atmosfer havasının girmemesi için tüpün alt ucunun en az 2 cm suyun içinde olması gerekir.	67,3	10,5	22,2
TANI	DOĞRU	Toraks tüpü içinde nefes alıp vermekle hareket eden sıvı osilasyon olarak adlandırılır.	66	11,8	22,2
TEDAVİ	DOĞRU	Toraks tüpü takılması esnasında premedikasyon kullanımı, hasta tarafından deneyimlenen acıyı azaltacaktır.	64,7	19	16,3
TAKİP	YANLIŞ	Solunum sistemi infeksiyonlarını önlemek için toraks şişeleri her gün değiştirilmelidir.	25,5	63,4	11,1
TAKİP	YANLIŞ	Toraks tüp insizyonuna sadece kirlendiğinde pansuman yapılmalıdır.	28,1	62,1	9,8
TAKİP	DOĞRU	Toraks şişesi içindeki sıvının aşağıya yukarıya hareketi genel negatif basınç miktarı hakkında bilgi verir.	57,5	13,1	29,4
TANI	YANLIŞ	İntrapulmoner basınç parietal boşluk içindeki basınçtır.	23,5	52,3	24,2
TANI	DOĞRU	Kardiyak tamponadı önlemek amacıyla toraks tüpleri mediastinum ya da perikardiyum içine takılabilir.	52,3	21,6	26,1
TAKİP	DOĞRU	Sakşın düzeyi genellikle 10-20 mmHg arasında ayarlanmalıdır.	50,3	15	34,6
TAKİP	YANLIŞ	Sakşının bağlı olduğu şişe içindeki sıvıda hava kabarcıkları olmamalıdır.	25,5	49,7	24,8
TEDAVİ	YANLIŞ	Toraks tüpleri inspirasyon esnasında çıkartılmalıdır.	31,4	46,4	22,2
TAKİP	YANLIŞ	Toraks tüpünü sağma ya da sıvazlama işleminin rutin olarak uygulanması tüpün tıkanmasını önlemektedir.	35,3	46,4	18,3
TAKİP	YANLIŞ	Hava kaçağı olan bir hastada hareket esnasında toraks tüpü kazayla bağlantı yerlerinden çıkabilir ya da kopabilir. Bu yüzden mutlaka klempelenmelidir.	32,7	41,8	25,5
TEDAVİ	DOĞRU	Hastanın mobilizasyonunu arttırmak ve hastanede kalış süresini kısaltmak ya da hiç hastanede kalmamasını sağlamak üzere kateterin ucuna 'Heimlich' valv takılabilir.	39,2	22,9	37,9
TEDAVİ	YANLIŞ	Nefes darlığına sebep olabileceği için toraks tüpü takılması esnasında ilaveten ağrı kesici uygulanmamalıdır.	29,4	38,6	32
TEDAVİ	YANLIŞ	Toraks tüpü olan hastaya her zaman profilaktik antibiyotik başlanmalıdır.	36,6	37,3	26,1
TEDAVİ	YANLIŞ	Toraks tüpü takılması esnasında hastaların sağlam olan akciğer tarafına doğru pozisyon alması uygunsuzdur.	32	37,3	30,7
TEDAVİ	DOĞRU	Toraks tüpünün çıkarılması sırasında hastalar Valsalva's Manevrasını gerçekleştirmek zorundadırlar.	34	28,1	37,9
TAKİP	YANLIŞ	Toraks şişesinde kısa hava tüpüne degecek kadar sıvı birikmesi sorun olmaz.	46,4	27,5	26,1

TP-046

Göğüs Cerrahisi Servisi'nde Travmalı Hastalarda Hemşirelik Girişimleri

Hemşire Yeliz Yöngül, Hemşire Semra Gökmen Çelik, Op. Dr. Elif Duman
İzmir Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, Karabağlar, İzmir

AMAÇ: Bu çalışmada, bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Göğüs Cerrahisi Servisi'nde yatırılarak tedavi edilen toraks travmalı hastaların bakımı esnasında kaydedilen hemşirelik girişimlerinin belirlenmesi ve bu konudaki eksikliklerin saptanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Haziran 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında İzmir Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Servisine toraks travması sonrası yatırılan 90 hastaya ait dosya kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Olgulara ait demografik bilgiler, travma şekli, uygulanan girişim, verilen tedaviler ve psikolojik destek ile ilgili bilgiler hasta dosyalarından yararlanılarak kaydedildi. Her hasta için hemşire gözlem formu, ağrı tanılama formu ve hemşirelik sistem tanılama formu olmak üzere en az 3 form incelendi. Toplamda 286 form değerlendirildi ve kayıtlı bulunan 4425 hemşirelik girişimi kaydedildi.

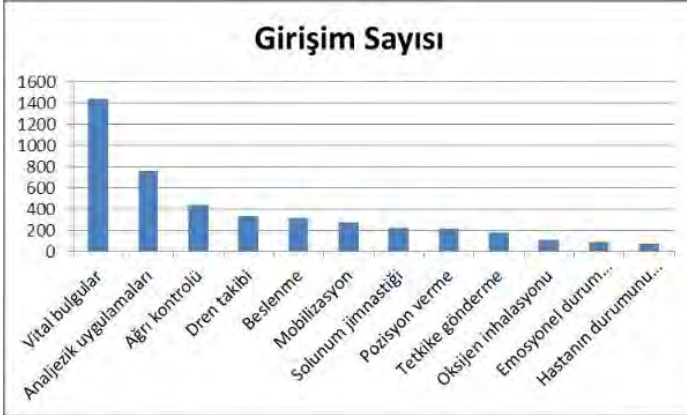
BULGULAR: Olguların % 81'i erkek, yaş ortalaması 48 ± 7 yıl idi. Ortalama yatış süresi 5.5 ± 3.8 gün bulundu. Göğüs cerrahisi Servisine travma nedeni ile yatan hastalarda yatış tanılarının %62.2'sinin multipl kot fraktürü, %14.4'ünün travmatik pnömotoraks, %10'unun travmatik hemo-pnömotoraks %14.4 diğer nedenler olduğu saptanmıştır. Uygulanan tedavi yöntemlerinin %74.4'ünün konservatif, %21.1'inin tüp torakostomi ve %4.5'inin major cerrahi olduğu belirlendi.

Bu çalışmada, 90 hastaya ait 4425 hemşirelik girişimi değerlendirildiğinde; Vital bulguların (%32.5) en sık kaydedilen girişim olduğu, bu uygulamayı Göğüs Tüpü Takibi (%7.5), Mobilizasyon (%6.2) ve Solunum Jimnastiği (%5) ile ilgili uygulamaların izlediği belirlenmiştir (Bakınız Grafik).

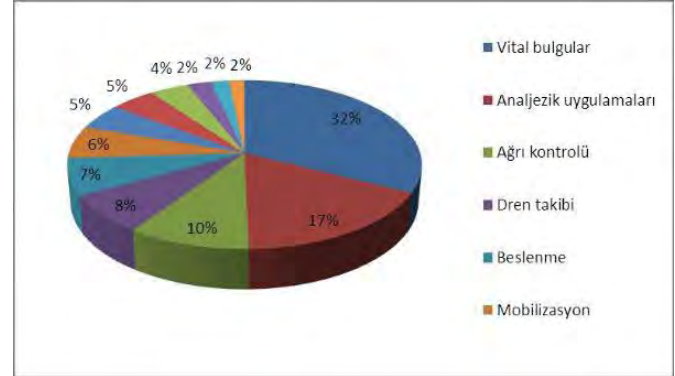
Tedaviye yönelik uygulamalar değerlendirildiğinde; toraks travmalı hastalarda sık görülen Ağrı Kontrolü (%9.8) ile ilgili uygulamaların %15.3'ünü order isteminde yer alan "Analjezik Uygulamasının" oluşturduğu gözlemlenmiştir. Toraks travması geçirmiş hastanın Emosyonel Durumu ile ilgili gözlem kayıtlarının sadece %2 düzeyinde olduğu görülmüştür. İyileşmeyi destekleyici girişim olan psikolojik destek ile ilgili hiç bir kaydın bulunmadığı saptanmıştır.

SONUÇ: Her hasta için 3 farklı takip formu kullanılması hemşire kayıtlarının düzensiz ve eksik olmasına yol açmakta; hemşirelik girişimlerinin gerçekçi değerlendirilememesine neden olmaktadır. Hemşire takip formlarının birleştirilerek tek bir form haline getirilmesi uygun olacaktır. Hemşirelik mesleğinin hasta bakımı yapılırken vital bulguları takip etmenin yanında, iyileşme sürecinde hastanın psikolojik durumunun da desteklenmesi çok önemlidir. Buradan hareketle hemşirelerin bu konuda daha etkin olmaları ve bu yönde mesleki eğitim almaları uygun olacaktır.

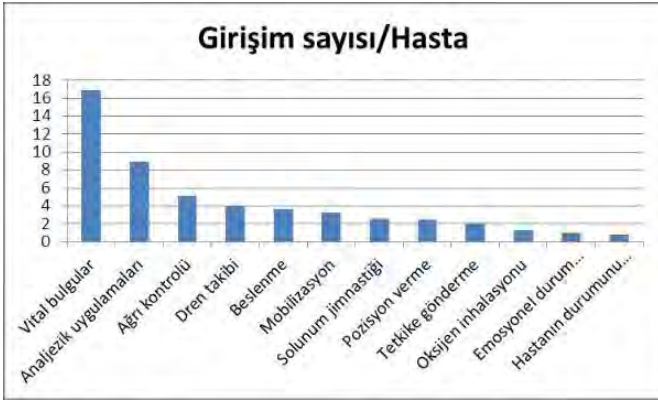
Grafik 1



Grafik 2



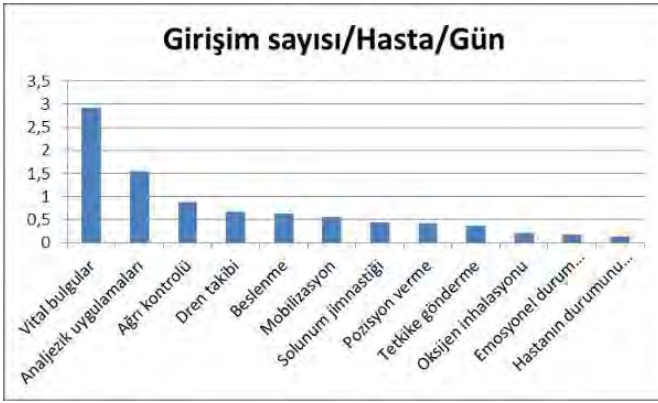
Grafik 3



Grafik 6



Grafik 4



Grafik 7



Grafik 5



Resim



Değerlendirilen formlardan birkaçı.

TP-047

Sarkoidoz Hastalarının Klinik ve Demografik Verileri: 10 Yıllık Deneyim

Hakan Tanrıverdi, Fırat Uygur, Tacettin Örnek, Fatma Erboy, Bülent Altınsoy, Figen Atalay, Müge Metem Tor
Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD

GİRİŞ: Sarkoidoz sebebi bilinmeyen multisistemik bir hastalıktır. En sık akciğerler ve lenf nodlarını tutar. Sarkoidoz tanısında klinik ve radyolojik bulguların yanında fiberoptikbronkoskopiyle (FOB) alınan bronkoalveolar (BAL) sıvısının flowsitometrik (FS) incelemesi ve mukoza, transbronşiyal biyopsi ya da lenf nodu biyopsisi sıklıkla kullanılmaktadır. Biz de bu çalışmada son 10 yılda sarkoidoz tanısı alan hastaların verilerini retrospektif olarak inceleyerek demografik özelliklerini ve tanı yöntemlerinin başarısını incelemeyi amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM: 2004 -2014 yılları arasında sarkoidoz tanısı alan tüm hastalar hastane otomasyon sistemi ve bronkoskopi kayıt defterleri taranarak bulundu. Hastaların yaş, cinsiyet, sigara içme durumu, başvuru şikayeti gibi demografik verilerinin yanı sıra BAL FS sonuçları, biyopsi alınmışsa yeri ve sonucu ile nihai tanı yöntemleri kaydedildi.

SONUÇLAR: Toplam 145 sarkoidoz hastasının Tanı değeri en yüksek olan yöntemler sırasıyla beklendiği üzere mediastinoskopik ya da periferik LN biyopsisi, EUS, TBB, mukoza biyopsisi, TBİAB [tablo 2].

TARTIŞMA: Sarkoidoz sebebi bilinmeyen multisistemik bir hastalıktır. Bulgularımız literatürle uyumlu olarak kadın cinsiyet ve sigara hiç içmemiş ya da bırakmış hasta grubundan oluşmaktaydı.

Tablo 1

	Erkek	Kadın	Toplam	p
N (%)	37 (25)	108 (75)	145	0.000
Yaş	42.4±11.6	49.3±11.5	47.5±11.9	0.092
Sigara paket yıl	16.4±10.5	8.5±5.3	12.6±9.3	0.001
Hemoglobin	14.4±1.7	12.7±1.1	13.1±1.5	0.065
CRP	22.2±40	11.4±13.5	13.1±1.5	0.045
Sedimantasyon	20.6±20.1	31.3±17.3	28.1±18.7	0.087
FEV1 % beklenen	92±20.8	93.6±19.1	93.2±19.5	0.132
FVC % beklenen	92.1±19	97.5±18.6	96.2±18.8	0.103
FEV1/FVC	81±7.2	75.7±17.8	76±18.2	0.95
DLCO % beklenen	77.2±19.9	75.7±17.8	76±18.2	0.93
DLCO/VA	94.3±18.4	89.1±16.2	90.3±16.8	0.09
Serum ACE yüksekliği (%)	8 (21)	38 (35)	46 ()	0.045
Hiperkalsemi n (%)	4 (3)	10(6.5)	14	0.12
Sigara (S/E/N) %	32/36/32	5/14/81	12/19/69	0.001
Spirometri N/R/O %	59/16/5	69/15/6	65/15/4	0.002

Sarkoidoz hastalarının klinik ve demografik verileri

Tablo 2. Sarkoidoz hastalarında tanı yöntemlerinin başarı oranları

	Nonkazeifiye	Granülamatöz	Nonnekroze	Nondiagnostik	Tanı oranı
Mukoza	8	8	3	22	%46
TBB	9	10	3	13	%64
TBİAB	0	1	0	8	%11
LN ex bx	8	4	5	0	%100
EUS	0	10	0	2	%83
Toplam	27	33	11	45	%62

TP-048

Yedi Olgu Nedeniyle Hipersensivite Pnömonisi

Fatma Demirci Uçsular¹, Ceyda Anar¹, Enver Yalnız¹, Zekiye Aydoğdu²¹İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları bölümü, İzmir²İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İzmir

Hipersensitivite pnömonisi (HP); mantarlar, bakteriler, hayvan ve bitki proteinleri ve ilaçlar gibi pek çok antijenik maddenin devamlı inhalasyonu sonucu gelişen inflamatuvar bir hastalıktır. Tanıda en önemli nokta HP düşünmek ve buna yönelik maruziyeti hem çevresel hem de mesleki olarak ayrıntılı sorgulamaktır. Türkiye'de görülme sıklığı ve Türk ırkındaki seyri bildiren çok olgulu yayın yoktur. Biz de bu amaçla intertisyel akciğer polikliniğimize değişik ön tanılarla başvuran ve yapılan incelemeler sonucu HP tanısı konularak tedavi başlanan ve takibe alınan, yaş ortalaması 32 (min 18- max 54) olan üç kadın, dört erkek 7 HP olgusunu literatür eşliğinde inceledik. Üç olgumuz çiftçilik /hayvancılıkla uğraşırken, üç olgu da kuş besleyicisi idi. Bir olgumuz ise hem çiftçilik/hayvancılık yapmaktaydı, hem de kuş besleyicisi idi. Tüm olgularımızın solunum fonksiyon testinde restriktif patern mevcuttu. Klinik, mesleki anamnez dışında iki olguya açık akciğer biyopsisi, bir olguya bronkoalveoler lavaj (BAL) ile, iki olguya transbronşiyal biyopsi (TBB) ile ve diğer iki olguya da histopatolojik veri olmaksızın anamnez ve radyolojik bulgularla HP tanısı kondu. Radyolojik olarak; bir olguda her iki akciğerde üst ve orta zonlarda yaygın düşük dansiteli mikronodüler patern, iki olguda fibrotiküler patern, yer yer buzlu cam ve subplevral bal peteği, iki olguda da her iki akciğerde yama tarzında konsolide alanlar, bir olguda her iki akciğerde üst ve orta zonda peribronşial septal kalınlaşmalar ve buzlu cam dansite, yer yer bronşektatik alanlar ve bir olguda da buzlu cam görünümü izlendi. 4 olgumuz radyolojik, klinik ve patolojik bulgular eşliğinde subakut HP olarak değerlendirilirken, üç olgumuz da kronik HP olarak kabul edildi. Subakut HP olan bir olguya maruziyetin sonlandırılması dışında herhangi bir medikal tedavi verilmedi. Takipte tama yakın radyolojik regresyon saptandı. Altı olguya kortikosteroid tedavi başlandı. Kronik olan üç olguda stabil yanıt, subakut olan üç olgudan ikisinde tama yakın yanıt, birinde de stabil yanıt saptandı. Subakut HP olup takipte stabil olarak değerlendirilen bir olgu dışında diğer tüm olguların maruziyetleri sonlandırılmıştı. Sonuç olarak biz, bu olgularda olduğu gibi nefes darlığı, öksürük, halsizlik gibi semptomları olan hastalardan dikkatli ve detaylı anamnez alınmasını, meslek ve çevresel maruziyetin sorgulanmasını, ayırıcı tanıda mutlaka HP'lerinin akla getirilmesi gerektiğini ve erken tanı ile olgularda maruziyetin sonlandırılması ve uygun tedavi ile tamamen düzelmeye sağlanabildiğini ve kronik forma gidişin engellenebildiğini vurgulamak istedik.

Tablo 1

Tablo1. Olguların demografik, meslek ve maruziyet özellikleri

Olgular	Yaş	Cinsiyet	Meslek	Sigara öyküsü	maruziyet	Maruziyet süresi
1	17	E	Çiftçilik/hayvancılık	yok	Kuş besleyicisi	4 yıl
2	30	E	Çiftçilik/hayvancılık	10 pkt yılı	--	20 yıl
3	52	K	Hayvancılık	yok	--	3 yıl
4	50	K	Öğretmen	20pkt yılı	Kuş besleyicisi	2 yıl
5	52	E	Oto boyacılığı	40pkt yılı	Kuş besleyicisi	4 yıl
6	46	E	Kaynakçılık	20pkt yılı	Kuş besleyicisi	2 yıl
7	55	K	Çiftçilik hayvancılık	yok	--	30 yıl

Olguların demografik, meslek ve maruziyet özellikleri

Tablo2

Tablo 2. Olguların Klinik Özellikleri

Olgular	Semtom	Oskültasyon	Semptom süresi	Klinik form
1	Nefes darlığı, öksürük	Bilat. insp. raller	3 yıl	Kronik
2	Nefes darlığı	Normal	6 ay	Subakut
3	Nefes darlığı, öksürük, ateş	Bilat. insp. raller	3 ay	Subakut
4	Öksürük, ateş	Bilat. insp. raller	2 ay	Subakut
5	Nefes darlığı, öksürük, sırt ağrısı	Bilat. insp. raller	2 yıl	kronik
6	Nefes darlığı	Normal	6 ay	subakut
7	Nefes darlığı, göğüs ağrısı	Bilat. insp. raller	2 yıl	kronik

Olguların Klinik Özellikleri

Tablo 3

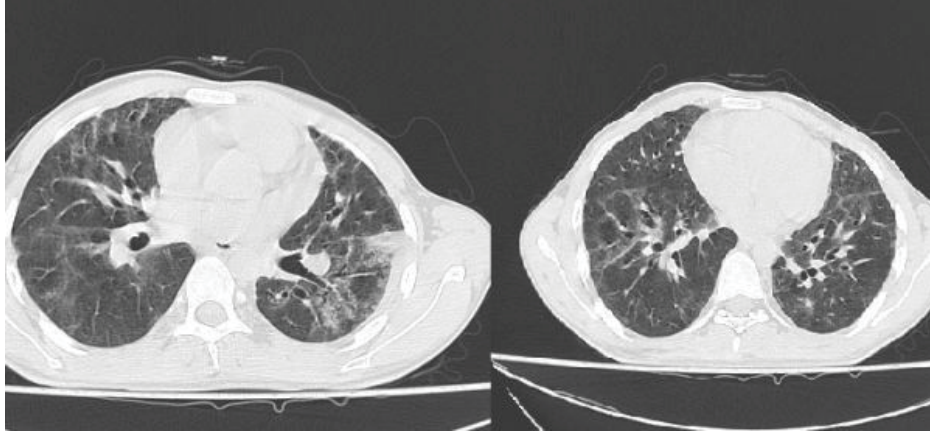
Tablo 3. Olguların laboratuvar ve radyolojik bulguları

olgular	Arteriel hipoksemi	Pa akciğer grafisi	YRBT	FVC %	FEV1 %	FEV1/FVC %	DLCO %
1	yok	1,3	2,6	36	43	98	36
2	yok	1,2	2,6	70	73	89	35
3	var	2,4,5	2,4,5	79	84	91	60
4	yok	2,4,5	2,4,5	93	88	82	42
5	yok	2,3,6	2,3,6	53	57	88	35
6	yok	2	1,2	64	78	100	uyumsuz
7	yok	1,2,3	1,2,3,6	uyumsuz			uyumsuz

1-Retikulonoduler patern 2-Buzlu cam 3-Fibrotik değişiklikler 4-Konsolidasyon
5-Yamalı infiltrasyon 6-Peribronşial septal kalınlaşma

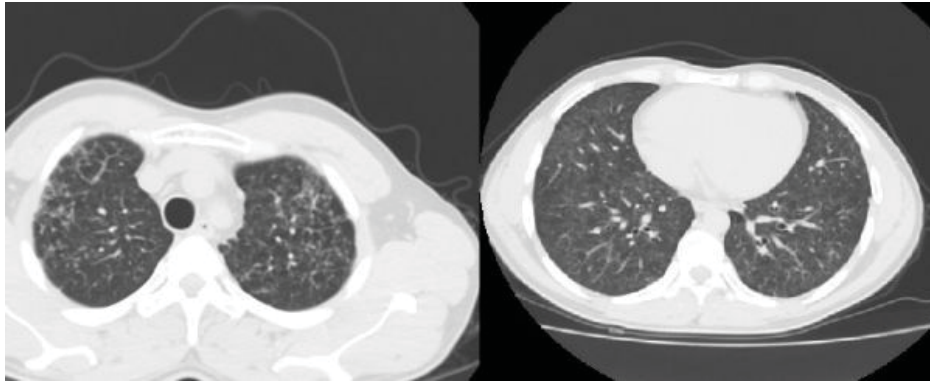
Olguların laboratuvar ve radyolojik bulguları

RESİM 1



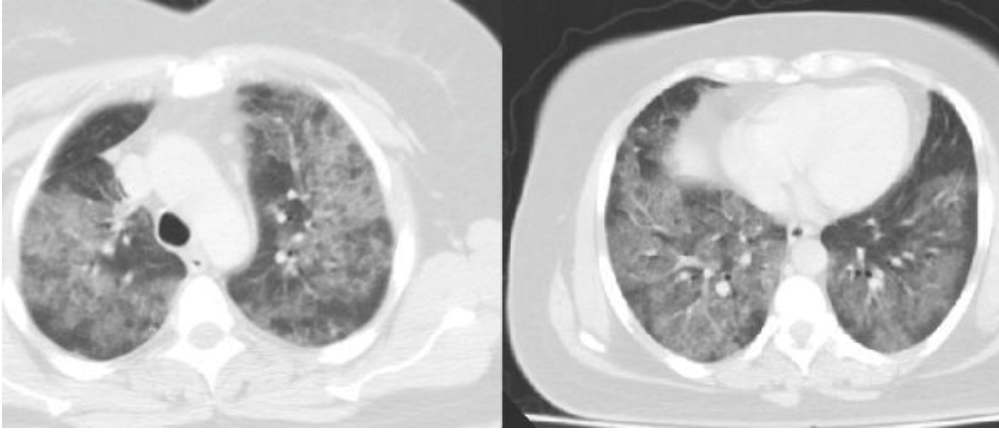
bilateral üst lob ve sağ akciğer alt lob superiorda buzlu cam, bilateral septal kalınlaşmalar

Resim 2



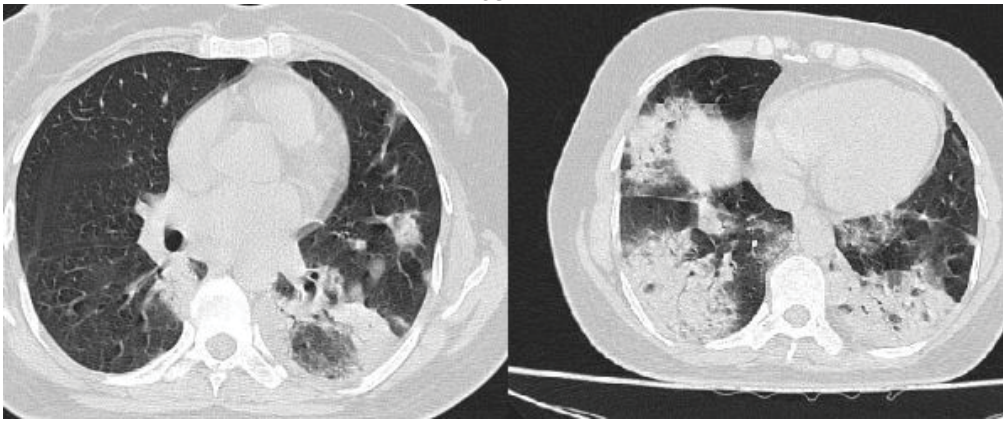
Her iki akciğerde üst zonda daha belirgin olarak izlenen yaygın peribronşial kalınlaşma ve tomurcuklanma şeklinde izlenen buzlu cam dansitesinde nodüler opasite artımları

Resim 3



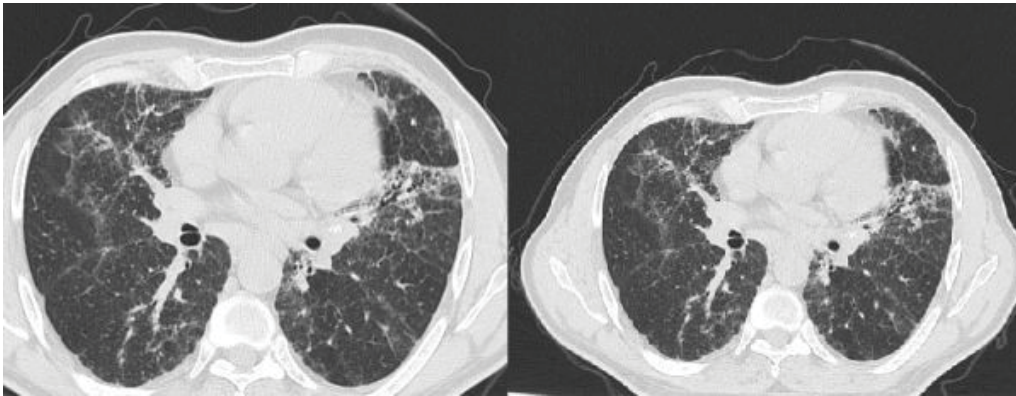
her iki akciğer üst orta ve alt zonlarda yaygın içinde hava bronkogramları izlenen pnömonik konsolidasyon, buzlu cam görünümü

Resim 4



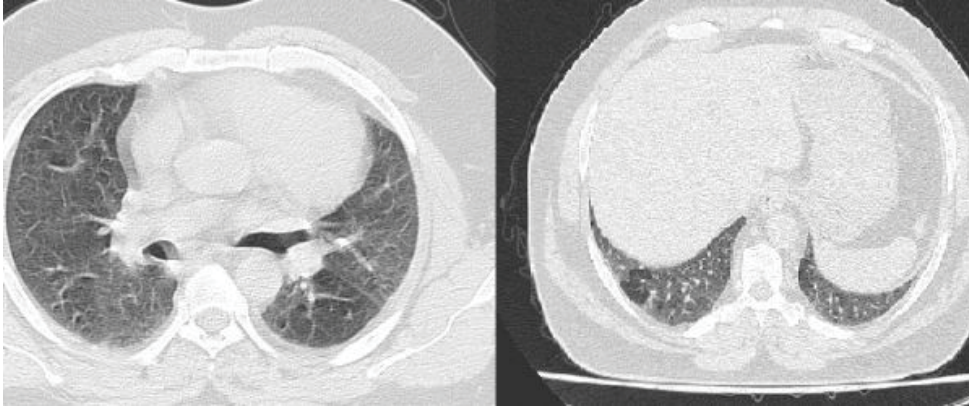
sağ akciğer üst lob posterior segment, orta lob ve alt lobun bazal segmentlerinde, sol akciğer üst lob apikoposterior segment, alt lob apikal segment ve bazal segmentlerinde yaygın multifokal görünümde konsolider lezyonlar

Resim 5



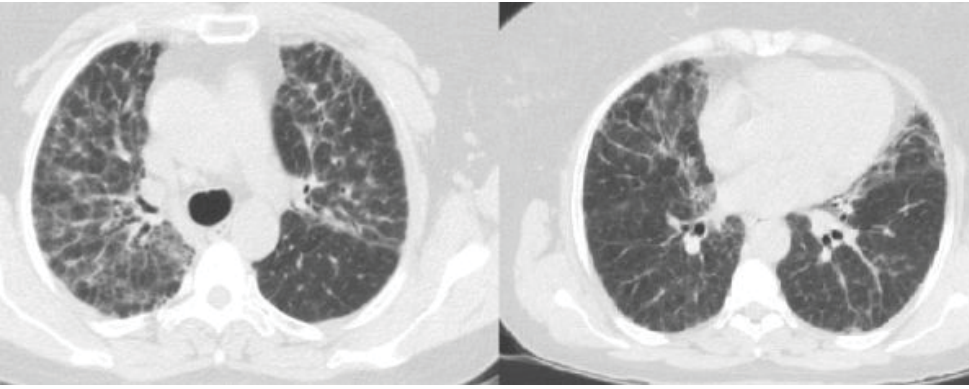
her iki akciğerde ağırlıklı olarak orta ve alt loblarda yoğunlaşan bronkovasküler distorsiyon bulguları, minimal traksiyon bronşektazileri oluşturan fibroskatrisyel sekel değişiklikler, interstisyel buzlu cam görünümleri ve septal kalınlaşmalar

Resim 6



Her iki akciğerde orta ve alt loblar düzeyinde belirginlik gösteren, buzlu cam dansitesinde opasite artımları, retiküler opasiteler, çizgisel atelektazik bantlar

Resim 7



Her iki akciğerde dağınık yerleşimli çizgisel atelektazik bantlar, yer yer interlobüler septalarda belirginleşmeler, tanımlanan değişiklikler içerisinde buzlu cam dansitesinde opasite artımları

Tablo 4

Tablo 4. Olguların tanı yöntemleri, tedavisi ve prognozu

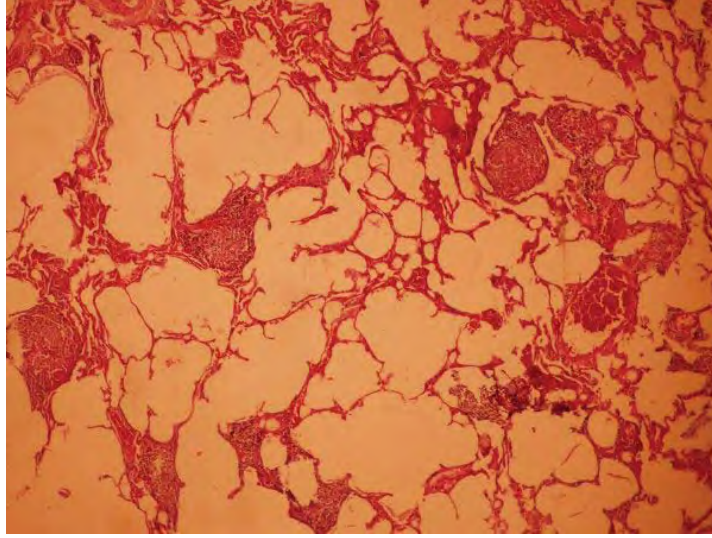
Olgular	1-Non-nötrofilik granülom			2-Multinükleer dev hücreler		Acık. akciğer biyopsisi	Tedavi	Prognoz
	BAL bulguları	TBB	CD4/CD8	Acık. akciğer biyopsisi	Tedavi			
1	Kontaminasyon	3,4				Matürleşme sonlanma	0,5mg/kg	Stabil
2	%4 multinükleer dev hücreler	1				Evet	Hayır	Kısmi yanıt
3	%38	1,3,6				Evet	0,5mg/kg	Tam yanıt
4	Kontaminasyon	1,5				Evet	0,5mg/kg	Kısmi yanıt
5	%16	7				Evet	0,5mg/kg	Stabil
6	Kontaminasyon	7				Evet	tedavi verilmedi	Kısmi yanıt
7	Kontaminasyon	1,3,5,6	0,05			Evet	0,5mg/kg	Stabil

3-İnterlobüler inflamasyon
5-İnterlobüler fibrozis
7-Nondiagnostik

4-Nonspesifik kronik inflamasyon
6-lenfositik infiltrasyon

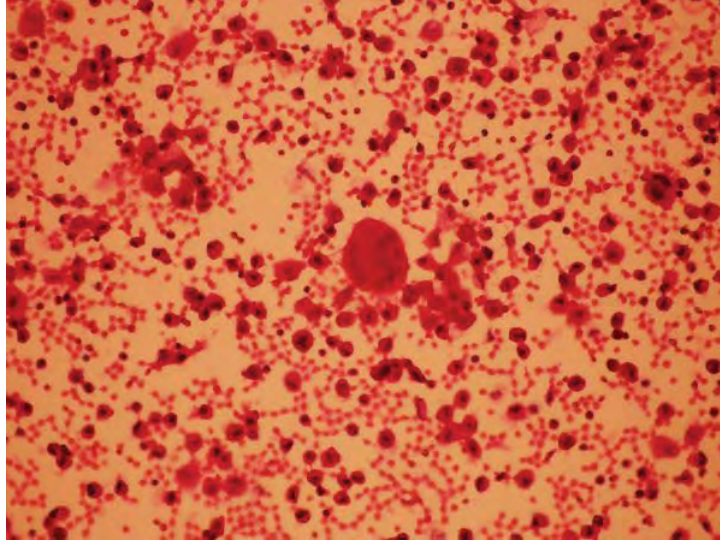
Olguların tanı yöntemleri, tedavisi ve prognozu

Resim 8



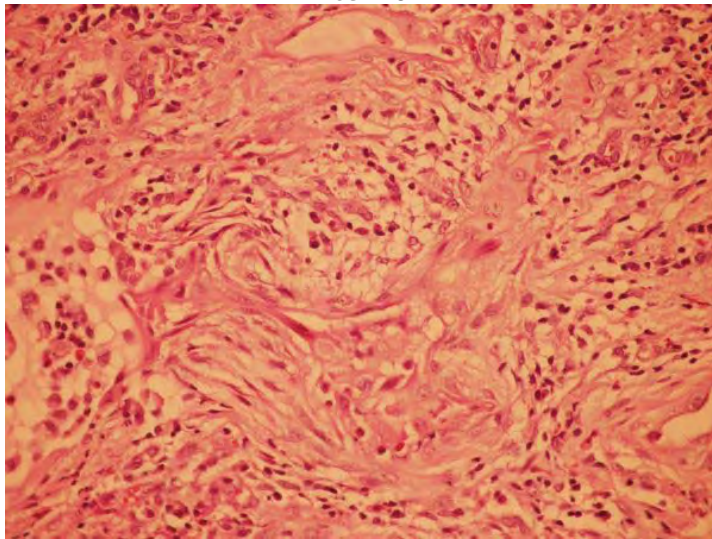
Alveoler alanda granulom benzeri yapılar, AAB (H-E X100)

Resim 10



BAL'da dev hücreler (H-E X200)

Resim 9



İnterstiyel alanda fibroblast odakları ve yangısal infiltrasyon (H-E X100)

TP-049

On yedi Organize Pnömoni Olgumuzda Klinik Seyir

Emine Aksoy, Tülin Sevim, Fatma Tokgöz, Meltem Ağca, Nilüfer Kongar, Oğuz Aktaş, Yasemin Bodur, Dilem Anıl Tokyay Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bronşiolitis obliterans organize pnömoni (BOOP) ilk olarak 1985 yılında Epler ve ark. tarafından tanımlanan, genellikle benign seyreden nadir bir interstisyel akciğer hastalığıdır. Kriptojenik (idyopatik) veya sekonder olabilir.

Kliniğimizde 2003 ve 2014 yılları arasında organize pnömoni tanısı konulan 10'u kadın (%63), yaş ortalaması 58±15 (34-82) olan 17 olgu klinik, radyolojik özellikleri ve prognozları açısından değerlendirildi.

En sık başvuru şikayetleri nefes darlığı, öksürük ve ateş; şikayet süresi ortalama 37 (10-90, median:30) gündü. Tanı amaçlı 14 hastaya TBB yapılmış ve 11'inde tanı elde edilmişti. Dört olguda cerrahi biyopsi, açık akciğer biyopsisini kabul etmeyen 2 hastada klinik ve radyolojik tanı konulmuş ve takiplerde doğrulanmıştı. Hastaların 1'inde amiodaron kullanımı, 1'inde eş zamanlı spesifik tanı konulamayan eklem hastalığı, 1'inde eş zamanlı akciğer kanseri mevcuttu, diğer hastalarda kriptojenik organize pnömoni düşünüldü. Radyolojik olarak; hastaların 12'si tipik, 4'ü infiltratif, 1'i fokal organize pnömoni ile uyumluuydu (Tablo 1).

Tanı sonrası tüm hastalara kortikosteroid tedavisi başlandı, 1 olguda siklosporin A eklendi. Tedavi süresi 6 ay planlandı, 3 hastada (9 ay-1 yıl) uzatıldı. Beş hasta stabil seyrederken 2 hasta halen tedavi altındadır. Hastaların 3'ü tedavi başlangıcının ilk 2 ayı içinde eksitus oldu. Bir hasta kontrollerine gelmedi. Dört hastada tanı sırasında mevcut lezyondan farklı alanlarda nüks gelişti. Nükslerin 1'i tedavinin son ayında, diğerleri tedavi kesildikten sonra ilk 5 ay içinde gelişti. Nüks olan hastalarda stabilizasyon sağlanan steroid dozuna geçildi; 1 hasta halen ilaçsız takipte, 2 olgunun nüks tedavisi devam etmektedir, akciğer kanseri olan olgu ise hemoptizi nedeniyle exitus olmuştur. Sonuç olarak 17 BOOP olgumuzda 4 nüks ve 3 exitus gelişmiştir. Hastaların klinik özellikleri ile prognoz arasındaki ilişki incelendiğinde; serimizdeki vaka sayısı ile net bir sonuca ulaşılamamaktadır. Olgu sayıları arttıkça kötü prognoz belirteçlerinin saptanabileceğini düşünmekteyiz.

Tablo 1: Olguların Radyolojik Özellikleri

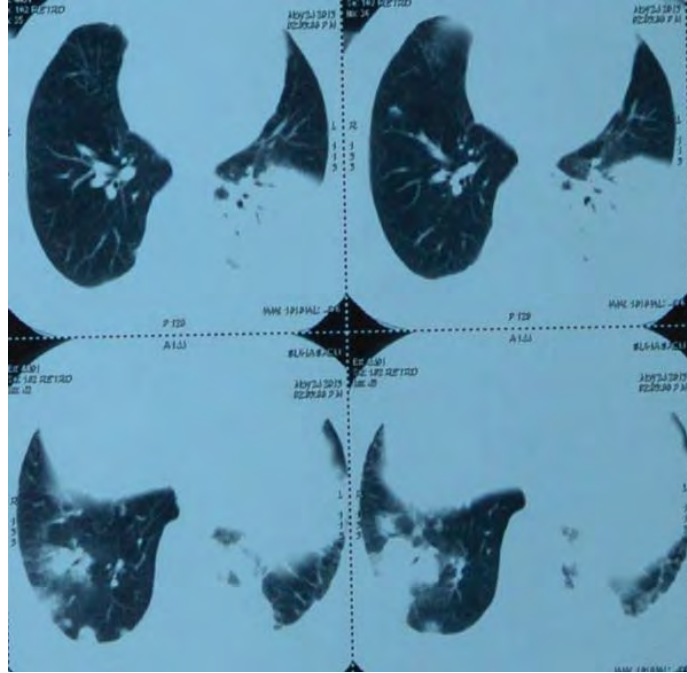
	Radyolojik patern	Bilateral	Konsolidasyon	İrregüler çizgiler	Efüzyon	Halo	Gezici lezyonlar	Nodul	Buzlu cam
1	Tipik	+	+	+	-	+	+	+	-
2	Tipik	+	-	-	-	+	-	+	+
3	Tipik	+	+	-	-	+	+	+	+
4	İnfiltratif	+	+	+	-	-	-	-	+
5	Tipik	-	+	+	-	-	-	-	-
6	İnfiltratif	+	+	+	-	-	-	+	+
7	Tipik	+	-	+	-	+	-	-	+
8	Tipik	+	+	-	-	-	+	-	+
9	Tipik	-	+	+	+	-	+	-	+
10	İnfiltratif	+	+	+	-	-	-	-	+
11	İnfiltratif	+	+	+	+	-	-	-	+
12	Tipik	+	+	+	-	+	-	+	+
13	Tipik	+	+	+	-	+	+	+	+
14	Tipik	+	+	+	-	+	-	-	+
15	Tipik	+	+	+	-	-	-	+	-
16	Tipik	+	-	+	-	+	-	-	+
17	Fokal	-	-	-	-	-	-	-	-

Tablo 2: Olguların Klinik Özellikleri

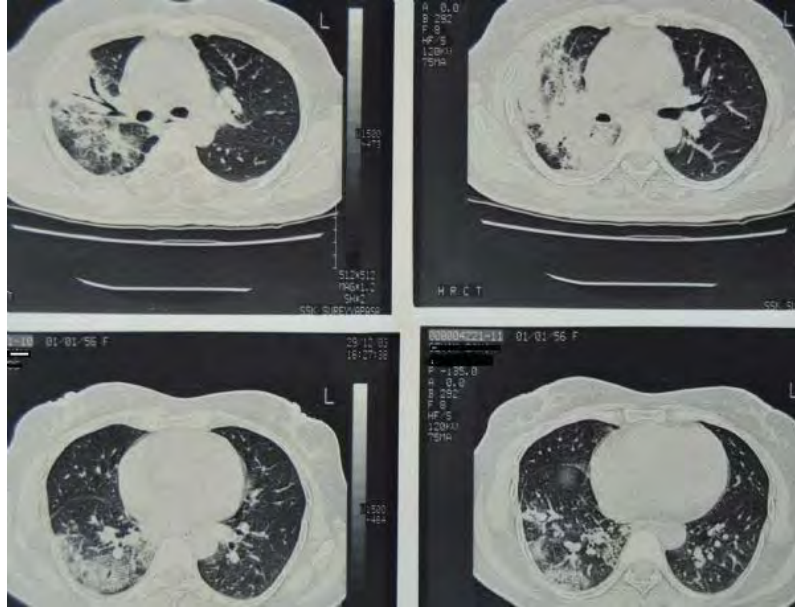
	Cins, Yaş	Prognoz	Şikayet süresi (gün)	Sigara	SpO2	BAL lenfosit (%)	BAL CD4/CD8	BAL eozinofil (%)
1	K, 72	Tedavi altında	60	0	98			
2	E, 34	Tedavi altında	10	0	98			
3	K, 71	Stabil	15	0	90			
4	E, 47	Stabil	30	0	96			
5	K, 47	Stabil	20	0	96			
6	E, 74	Stabil	30	60	93	12	1,2	4
7	E, 35	Stabil	90	0	94			
8	K, 49	Stabil	30	0	98	65	0,65	7
9	E, 74	Stabil	30	50	92	70	2,1	3
10	K, 60	Exitus	90	0	90	45	0,49	3
11	K, 82	Exitus	20	0	94	17	1,24	5
12	K, 50	Exitus	30	0	98	24	0,33	3
13	E, 67	Nüks	15	50	97	32	2,50	9
14	K, 52	Nüks	30	0	98			
15	K, 72	Nüks	30	0	97	35	2,75	10
16	K, 40	Nüks	60	0	98			
17	E, 58	Takibe gelmedi	30	30	95			

BAL: bronkoalveoler lavaj, E: erkek, K: kadın, SpO2: oda havası için oksijen saturasyonu

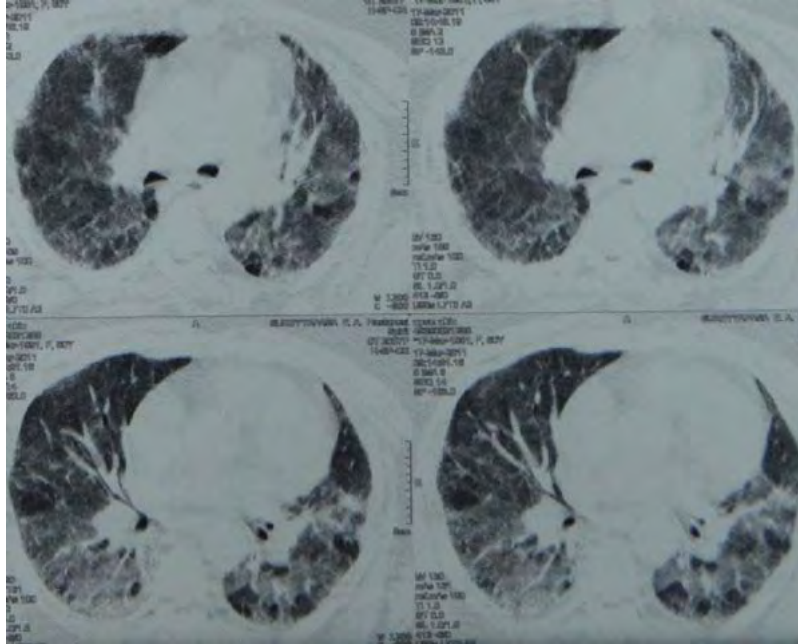
Resim 1: Toraks BT-olgu no:3 (stabil)



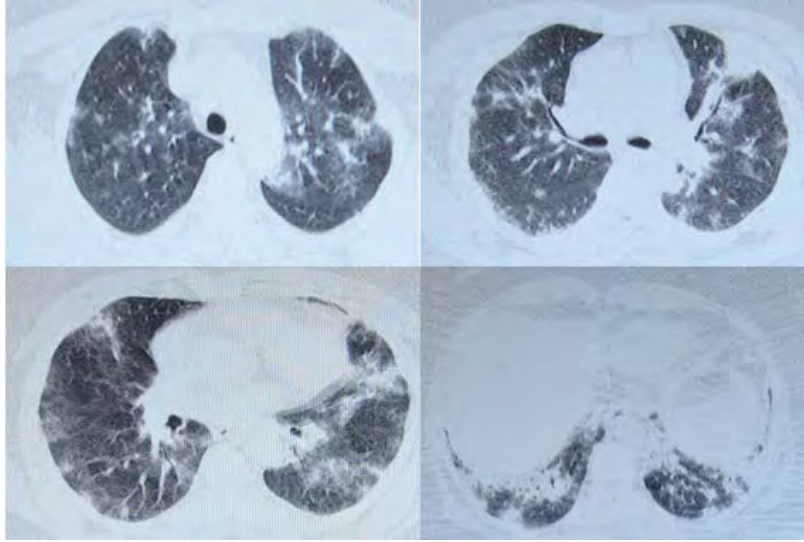
Resim 2: Toraks HRCT-olgu no:5 (stabil)



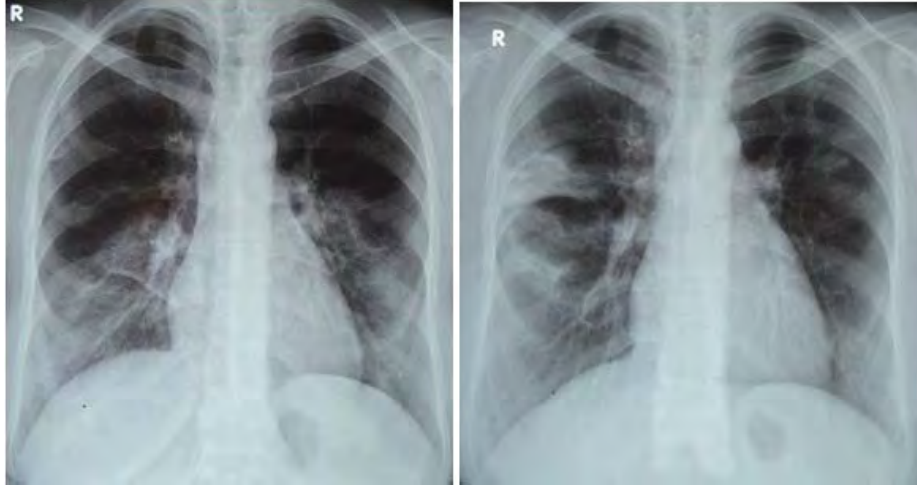
Resim 3: Toraks HRCT- olgu no:10 (exitus)



Resim 4: Toraks HRCT-olgu no:12 (exitus)



Resim 5: Tanı ve nükse ait PA grafipler -olgu no:16 (nüks)



TP-050

CTLA4 ve CD28 Polimorfizmi Ankilozan Spondilit Hastalarında Akciğer Tutulumunu Etkiler mi?

Fatmanur Karaköse¹, Aylin Rezvani², Saime Turan³, Muhammet Emin Akkoyunlu¹, Nazlı Ezgi Özkan³, Mehmet Bayram¹, Hatice Sözen¹, Murat Sezer¹, Mustafa Güler², İlhan Yaylım³, Levent Kart¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi, DETAE, Moleküler Tıp Anabilim Dalı

Ankylosing spondylitis (AS), oküler, pulmoner ve kardiyovasküler sistemi etkileyen multisistemik bir hastalıktır. AS, amiloidozis ve ülseratif kolit hastalarından elde edilen bilgiler patogeneze immünolojik mekanizmaların sorumlu olabileceğini düşündürmektedir. AS akciğer tutulumu ilgili literatürde %1 den 70 arasında değişmektedir, ancak patofizyolojik mekanizma hala bilinmemektedir.

Çalışmamızda, AS hastalarında akciğer tutulumunun CTLA4 ve CD28 polimorfizminin olası ilişkisini araştırmayı hedefledik. 80 sağlıklı kontrol ve Bezmialem vakıf Üniversitesi/ FTR- Romatoloji polikliniğinde modifiye New York kriterlerine göre tanı alan 89 AS hastası çalışmaya alındı. tüm hasta ve kontrol grubunda CTLA4 ve CD28 polimorfizmi, hasta grubunda ise ek olarak klinik radyolojik değerlendirme yapıldı. CD28 polimorfizmi ve HRCT bulguları arasında korelasyon saptanırken, CTLA4-318, CTLA4-49 ve CD28 genotipleri ile hastaların klinik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. CD28 CC genotipinde olan tüm hastalarda HRCT anormalliği saptandı (p=0.047) ancak CTLA 4, CD28 gen polimorfizmi ve SFT, DLCO ve AS klinik özellikleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Tablo1

Tablo 1: Demografik bilgiler ve AS klinik özellikler

	As Grup No: 89	Sağlıklı kontrol No:85
Yaş, median ± SD	39 ± 8.15 (23-61)	34.20± 9.83(18-66)
BMI	28 ± 4.48 (19-39)	
Erkek (%)	70 (78.7%)	63(74.1%)
HLA B27 (%)	Positif 76.2% Negatif 22.5%	
<i>AS hastalık süresi, yıl</i>		
≤5	10 (11.2%)	
6-10	23 (25.8%)	
>10	56 (62.9%)	
<i>Semptom and aktivite ölçümleri</i> <i>[median ± SD]</i>		
Göğüs Ekspansiyon, cm	3.50 ± 1.09 (1-9.5)	
Schober Index	5.75 ± 2.82 (0.5-13)	
BASDAI	2.60 ± 1.86 (0-8.5)	
BASFI	2 ± 2.11 (0-8.30)	
BASMI	2.80 ± 2.17 (0-9)	
BASRI	5 ± 3.09 (1-16)	
<i>AS tedavisi</i>		
NSAI	34 (38.2%)	
ANTI-TNF	27 (30.3%)	
Salazopirin	21 (23.6%)	
Steroid+ NSAI	2 (2.2%)	
Tedavisiz takip	5 (5.62%)	
ESR	27.46 ± 21.12	
CRP	0.99 ± 1.55	
<i>TB öyküsü, n (%)</i>		
Var	3 (3.4%)	
Yok	86 (96.6%)	
<i>Aile malignite öyküsü</i>		
Var	12 (13.5%)	
Yok	77 (86.5%)	

BMI: body mass index, BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index, BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index, BASMI: Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index, BASRI: Bath Ankylosing Spondylitis Radiology Index
ESR: erythrocyte sedimentation rate, CRP: C reactive protein, NSAI: non-steroid anti-inflammatuar tedavi

Demografik Data

Tablo 2

Tablo 2. AS hastalarının pulmoner sistem değerlendirmeleri

Pulmoner semptomlar, n (%)	
Var	16 (18%)
Yok	73 (82%)
Pa akciğer grafi, n (%)	
Normal	78 (87.6%)
Abnormal	11 (12.4%)
Solunum Fonksiyon Test, n (%)	
Normal	62 (69.7%)
Obstrüktif pattern	21 (23.6%)
Restrictif pattern	3 (3.4%)
Mix	2 (2.2%)
DLCO, n (%)	
Normal	58 (65.2%)
Hafif	28 (31.5%)
Orta	2 (2.2%)
Uyumsuz	1 (1.1%)
Toraks HRCT, n (%)	
Normal	46 (51.7%)
Apikal fibrozis	17 (19.1%)
Nonspecific interstitial abnormalite+Anfizem	8 (9%)
Bronşiektazi	2 (2.2%)
Buzlu cam görüntümü	2 (2.2%)
Mikronodüller	7 (7.9%)
Fibrotik pleuroparankimal abnormalite	7 (7.9%)
Sigara alışkanlığı, n (%)	
Never smoked	41 (46.1%)
Ex-smokers	18 (20.2%)
Current smokers	30 (33.7%)
Current smoker and ex-smoker group, n=48	
≥10 paket /yıl	16 (33.3%)
<10 paket/yıl	32 (66.7%)

DLCO: CO Difüzyon kapasitesi

AS: Ankilozan spondilit

AS hastalarının pulmoner sistem değerlendirmeleri

Tablo 3

Tablo 3: CTLA4-318, CTLA4-49, CD28 genotip allel dağılımı ve AS kliniği ile ilişkisi

Klinik	CTLA4-318				CTLA4-49			P	CD28			P
	TT	CT	CC	P	AA	AG	GG		CC	CT	TT	
E (%)	1 (1.6)	6 (9.8)	54 (88.5)	.75	27 (42.9)	26 (41.3)	10 (15.9)	.25	3 (4.9)	14 (23)	44 (72.1)	.48
K (%)	0	2 (10.5)	17 (89.5)		11 (57.9)	4 (21.1)	4 (21.1)		1 (5.4)	7 (36.8)	11 (57.9)	
HLA n (%)				.69				.69				.26
Pozitif	1 (1.8)	8 (10.5)	50 (88.7)		24 (41.4)	23 (39.7)	11 (19)		1 (1.8)	15 (26.3)	41 (71.9)	
Negatif	0	1 (5.6)	17 (94.4)		10 (52.6)	6 (31.6)	3 (15.8)		2 (11.1)	5 (27.8)	11 (61.1)	
BASDAI (%)				.16				.35				.27
≥4	1 (5)	1 (5)	18 (90)		7 (33.3)	9 (42.9)	5 (25.8)		0	4 (19)	17 (81)	
<4	0	7 (11.7)	53 (88.3)		31 (50.8)	21 (34.4)	9 (14.8)		4 (6.8)	17 (28.8)	31 (64.4)	
AMA-TNF (%)				.14				.66				
1 (4)	1 (4)	1 (4)	23 (92)		13 (52)	9 (36)	3 (12)		0	7 (28)	14 (72)	
Diğer TX	0	7 (12.7)	48 (87.3)		25 (43.9)	21 (36.8)	11 (19.3)		4 (7.3)	14 (25.5)	37 (67.3)	
HRCT (%)				.48				.38				.03
Normal	1 (2.4)	5 (12.2)	35 (85.4)		21 (48.8)	13 (30.2)	9 (20.9)		0	13 (31)	29 (69)	
Abnormal	0	3 (7.7)	36 (92.3)		17 (43.6)	17 (43.6)	5 (12.8)		4 (10.5)	8 (21.1)	26 (68.4)	
SFT n (%)				.17				.052				.31
Normal	0	7 (12.7)	48 (87.3)		27 (47.4)	19 (33.3)	11 (19.3)		2 (3.6)	13 (23.2)	41 (73.2)	
Abnormal	1 (4.2)	1 (4.2)	22 (91.7)		10 (41.7)	11 (45.8)	3 (12.5)		2 (8.7)	8 (34.8)	13 (56.5)	
DLCO (%)				.33				.16				.43
Normal	0	6 (12)	44 (88)		20 (38.5)	22 (42.3)	10 (19.2)		3 (5.9)	11 (21.6)	37 (72.5)	
Abnormal	1 (3.3)	2 (6.7)	27 (90)		18 (60)	8 (26.7)	4 (13.3)		1 (3.4)	10 (34.5)	18 (62.1)	
FMÖ (%)				.85				.44				.15
Var	0	1 (9.1)	10 (90.9)		7 (63.6)	3 (27.3)	1 (9.1)		0	5 (50)	5 (50)	
Yok	1 (14)	7 (10.1)	61 (88.4)		31 (43.7)	27 (38)	13 (18.3)		4 (5.7)	16 (22.9)	50 (75.4)	
TB Öyk (%)				.78				.20				.46
Var	0	0	2 (100)		2 (100)	0	0		0	0	2 (100)	
Yok	1 (1.3)	8 (10.3)	69 (88.5)		36 (45)	30 (37.5)	14 (17.5)		4 (5.1)	21 (26.9)	53 (67.9)	

Ind TB: Individual malignancy; FMÖ: Familial Malignite öyküsü; Tx: treatment

BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Activity Index

CTLA4-318, CTLA4-49, CD28 genotip allel dağılımı ve AS kliniği ile ilişkisi

TP-051

Pulmoner Emboli Ağırliğini Erken Dönemde Belirlemede Kullanılabilecek Bir Belirteç: Ortalama Trombosit HacmiAyşegül Şentürk¹, Asiye Kanbay², Hatice Kılıç¹, Tuba Öğüt¹, Habibe Hezer¹, Hatice Canan Hasanoğlu³¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara, Türkiye²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Pulmoner emboli (PE), hala tüm dünya çapında mortalite ve morbiditesi yüksek olan önemli bir sağlık sorunudur. Hızla uygun tedavi başlanması için masif ve submasif olguların tanınması amacıyla kullanılan testler günün her saatinde uygulanabilir ve kolay ulaşılabilir olmalıdır. Ortalama Trombosit Hacmi (OTH), günün her saatinde kolay ve ucuz olarak ölçülebilen hemostatik öneme sahip fizyolojik bir değişkendir. Büyük trombositler protrombotik faktörler üretmeleri nedeniyle küçük trombositlere oranlara daha kolay kümeler oluştururlar ve daha reaktifler. Akut miyokard enfarktüsü, serebral iskemik, akut ve geçici iskemik atakta OTH artmış olarak bildirilmiştir. Çalışmamızın amacı PE tanısı alan olgularda hastalık ağırlığı ile OTH arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. PE tanısı alan 325 olgunun bilgileri (masif= 113, submasif=129 ve non-masif=83) geriye dönük olarak incelendi. Kontrol grubu olarak herhangi bir sağlık sorunu olmayan 75 gönüllü olgunun kayıtları incelendi. PE grubunda sağlıklı kontrol grubuna oranla OTH artmış olarak bulundu (sırasıyla 9.8 ± 1.7 fl ve 9.1 ± 0.8 fl, $p < 0.001$). PE grubu kendi arasında incelendiğinde masif, submasif ve non-masif olgular arasında OTH belirgin olarak farklı idi [sırasıyla 10 (6.9-17.2), 9.8 (6.6- 19.5) ve 9.2(5.8- 13.2) fl, $p = 0.004$]. Olguların trombosit sayısı ve OTH arasında negatif bir korelasyon olduğu izlendi ($r = -0.231$, $p = <.0001$). Aynı zamanda sistolik kan basıncı ve OTH arasında da ters korelasyon izlendi ($r = -0.32$, $p = 0.577$). Bunun yanı sıra Troponin-I ve OTH arasında pozitif ve anlamlı bir korelasyon saptandı ($r = 0.549$, $p = <.0001$). Sonuç olarak PE tanılı olgularda OTH artmış olarak bulunmuştur. Ayrıntılı olarak incelendiğinde, alt grup analizlerinde PE kliniği ağırlaştıkça OTH'de arttığı tespit edilmiştir. Günlük rutin içinde kolay ve ucuz olarak ölçülebilen ve elde edilebilen OTH, PE tanısı kanıtlanmış olgularda hastalığın ağırlığını belirleyebilecek basit bir ölçümdür. OTH'nin PE ağırlığını ortaya koymada ileriye yönelik, daha büyük seride, kontrollü ve randomize çalışmalar planlanabilir.

Tablo 1

Tablo 1: Çalışmaya katılan hastaların demografik verileri

	PE grup (n=325)	Kontrol grup (n=155)	P değeri
Yaş (yıl)	69 (21-93)*	65 (32-90)*	0.038
Cinsiyet, kadın (%)	173 (66%)	93 (35%)	0.170
Sigara kullanımı [n(%)]	91 (28%)	0	
Dişabet [n(%)]	42 (12.9%)	0	
MPV (fl)	9.8 ± 1.7	9.1 ± 0.8	< 0.001
Platelet	226 (68-528)*	294 (116-504)*	< 0.001
Total kolesterol (mg/dl)	170 (14-738)*	198 (108-324)*	< 0.001
HDL-kolesterol (mg/dl)	36 (10-72)*	49 (25-100)*	< 0.001
LDL-kolesterol (mg/dl)	101 (8-336)	121 ± 50	< 0.001

Kısaltmalar: [Median (min- max)] *, MPV, mean platelet volume, PE, pulmoner emboli

çalışmaya katılan hastaların demografik verileri

Tablo 2

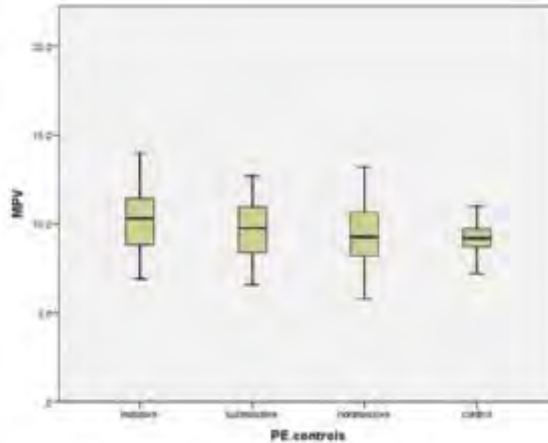
Tablo 2: Pulmoner emboli hasta gruplarında laboratuvar verileri

	Masif PE (n=113)	Submasif PE (n=129)	Nonmasif PE (n=83)	P
Yaş (yıl)	70 (30-78)*	70 (24-90)	59 (22-98)	< 0.0001
Troponin (ng/ml)*	0.12 (0.01-0.7)	0.07 (0.0-0.7)	0.01 (0-0.1)	0.201
NT-proBNP	1720 (303-2040)	880 (15983-4.5)	100 (4766-0)	< 0.0001
MPV	10 (6.9-17.2)	9.8 (6.6-19.5)	9.2 (5.8-13.2)	0.004
Platelet	206 (69-422)	232 (76-504)	259 (68-528)	< 0.0001
Sa O ₂ %	85 (40-98)	91 (54-98)	94 (65-98)	< 0.0001

Kısaltmalar: NT-proBNP, N-Terminal pro-Brain Natriuretic Peptid, MPV, Mean platelet volume, RDW, Red cell distribution width, Sa O₂, Arteriyel oksijen saturasyonu

pulmoner emboli hasta gruplarında veriler

Resim 1



TP-052

Venöz Pulmoner Tromboembolide Plasminojen Aktivatör İnhibitör Tip-1 (PAİ-1) Mutasyonunun Rolü

Filiz Çulfacı Karasu¹, Ayşegül Şentürk², Funda Karaduman Yalçın³, Hatice Canan Hasanoğlu⁴, Gülay Güleç Ceylan⁵

¹Tokat Erbaa Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Tokat

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

³Sinop Boyabat 75. yıl Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları, Sinop

⁴Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

⁵Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Moleküler Genetik Bölümü, Ankara

AMAÇ: Pulmoner tromboemboli gelişiminde plasminojen aktivatör inhibitör tip-1 (PAİ-1) gen polimorfizminin tek başına ve diğer genetik mutasyonlarla birlikte etkinliğini araştırmaktır.

MATERYAL-METOD: Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği'ne Ocak 2012-Aralık 2012 tarihleri arasında başvuran ve PTE tanısı alan 64 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmada ayrıca rastgele seçilen 60 sağlıklı kontrol grubu oluşturuldu. Hastalarda ve kontrol grubunda PAİ-1 gen polimorfizmi, MTHFR C677 mutasyonu, MTHFR A1298 mutasyonu, Faktör V G1691A mutasyonu, Faktör V 1299 mutasyonu, Faktör II G20210A mutasyonu, protein C eksikliği, protein S eksikliği, antifosfolipid antikorları ve antikardiyolipin antikorları analiz edildi.

BULGULAR: Hasta grubunda PAİ-1 gen polimorfizmi; 5G/5G olan 18 kişi, 4G/5G olan 27 kişi, 4G/4G olan 19 kişi vardı. Kontrol grubunda PAİ-1 gen polimorfizmi; 5G/5G olan 11 kişi, 4G/5G olan 34 kişi, 4G/4G olan 15 kişi vardı. Hasta ve kontrol grubunda PAİ-1 gen polimorfizm türleri arasında anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). PAİ-1 gen polimorfizmi 4G /4G veya 4G/5G olanlarda; FV G1691A, FV 1299, MTHFR C677, MTHFR A1298, FII G20210A mutasyonlarının varlığı hasta ve kontrol grubunda farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). PAİ-1 gen polimorfizmi 4G/4G, 4G/5G hasta ve kontrol grubunda MTHFR C677 ve MTHFR A1298 mutasyonu birlikteliği karşılaştırıldığında anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). PAİ-1 gen polimorfizmi 4G/4G, 4G/5G olan hasta ve kontrol grubunda FAKTÖR V G1691A mutasyonu birlikteliği karşılaştırıldığında anlamlı fark yoktu ($p>0.05$).

SONUÇ: PAİ-1 gen polimorfizminin diğer mutasyonlarla birlikte veya yalnız olarak pulmoner tromboemboli riskini artırdığına dair veriye ulaşılamamıştır. Literatürde de çok farklı sonuçlar bulunmaktadır. Buna, bakılan yöntemlerin standardizasyonu, ırk, coğrafya gibi faktörler etkili olabileceği gibi çalışılan grupların küçük olması da sebep olmaktadır.

TP-053

Sarkoidoz ve / veya Tüberküloz: Tanıda Sorunlar, Minör Tükrük Bezi Biyopsisinin Yeri

Esen Akkaya, Sinem Güngör, Murat Yalçınsoy, Esra Akkütük Öngel, Pakize Sucu

T.C. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Tüberküloz prevalansının yüksek olduğu ülkelerde sarkoidoz ve tüberkülozun birbirinden ayrılması kolay değildir. Bu durumlarda minor tükrük bezi biyopsisi sarkoidoz tanısında değerlidir. Çalışmamızda sarkoidoz ve tüberküloz arasında tanı güçlüğü yaşanan bir olguyu sunduk.

OLGU: 51y, erkek. 2011 (Dış merkez): İş yeri taramasında akciğer grafisinde bilateral hiler genişleme görülen hasta tetkike alınmış. Quantiferon testi pozitif ve bronkoskopik biyopsi (BB) örneğinin; granülomatöz iltahap (Gİ) olarak raporlanması sonucu, hasta 2HRZE/+HR tedavisine alınmış. Takiplerde asidorezistan basil (ARB) direkt bakı ve kültürde negatif kalmış, radyolojik değişiklik olmamış.

2013 (Dış merkez): Göğüs ağrısı nedeniyle tetkike alınmış, akciğer grafisinde bilateral hiler genişleme görülen hastanın, bilgisayarlı tomografisinde (BT) bilateral hiler/mediastinal lenfadenopati ve her iki alt lop süperiyor segmentlerde yaygın mikronodüler ve periferik yerleşimli tomurcuklanan ağaç opositeleri izlenmiş. Direkt bakıda ARB negatif bulunmuş. Quantiferon testi pozitif, CD4/CD8:0.35 ve BB örneğinin Gİ olarak raporlanması sonucu, BT bulgularında dikkate alınarak, hastaya 2HRZE tedavisi önerilerek, iki ay sonra yeniden değerlendirilmek üzere, hasta VSD ' ne sevk edilmiş.

014 (Süreyyapaşa): Ayaklarda ağrı nedeniyle görülen hastanın eski tetkikleri VSD dosyası istenerek incelendi. Sarkoidoz? TB? Düşünülen hastada: ACE 94, PPD negatif bulundu. 2011, 2014 arkaön akciğer grafisinde değişiklik görülmedi. Minor tükrük bezi biyopsisi sonucu Gİ saptanan hastaya, hastalık öyküsü ve geçmiş bulguları da dikkate alınarak sarkoidoz tanısı konuldu. Pulmoner ve ekstrapulmoner tutulum araştırmalarında patoloji saptanmayan hasta ilaçsız takibe alındı. Takiplerde ARB direkt bakı ve kültürde negatif kaldı.

SONUÇ olarak; TB prevalansının yüksek olduğu ülkemizde TB ve sarkoidozun ayırıcı tanısı her zaman kolay olmamaktadır. Bu durumlarda minor tükrük bezi biyopsisi sarkoidoz tanısında kullanılacak bir yöntemdir.

1



TP-054

Mersin İli Tüberküloz Verilerinde Savaş ve Zorunlu Göçün Etkileri

Mukadder Çalikoğlu¹, Bahadır Tokatlı², Ahmet İlvan¹

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

²Mersin Tüberküloz İl Koordinatörü

Dünyadaki tüberküloz vaka sayısı halen çok yüksek olmakla beraber, DSÖ raporlarına göre dünya genelinde tüberküloz görülme sıklığı ve ölüm hızları düşmektedir. Ülkemizde de yeni hasta sayısı her yıl yaklaşık %6 azalmaktadır. 2005-2006 yıllarında Türkiye'de 20.000 tüberküloz vakası varken 2013 yılında kayıtlı toplam hasta sayısı 14.605'e düşmüştür. Akdeniz bölgesi ve benzer şekilde Mersin ili olgu hızı bakımından 9 bölge içerisinde 6. sırada yer almaktadır (tüm olgular 18/100000, yayma (+) olgular 9/100000) (VSD 2008).

Burada Mersin ilinde son 4 yıl içindeki tüberküloz ile ilgili değişen verilerin tespiti ve sunulması amaçlanmıştır. Bulaştırıcılığı en fazla olan yayma(+) vakaların tespiti ve tedavisi tüberküloz kontrolünde en önemli hususlardandır. Mersin ilinde 2011 yılı yeni yayma pozitif vakalarda tedavi başarısı ülke geneliyle benzer olup %90'dır. Bu oran DSÖ Avrupa Bölgesi'nde %66'dır. Ancak, AC TB vakalarında kültür yapılma durumu bakımından Mersin ili ülke ortalamasının gerisindedir. Bunun en önemli nedeni ilimizde 2. basamak sağlık kuruluşlarında kültür yapılmıyor olması, bu hizmetin sadece üniversite hastanesi tarafından verilmesi ve Adana Bölge Laboratuvarına örnek göndermede yaşanan sıkıntılardır. İlimizde ki bir diğer önemli sorun ise "Tedavi Terk" oranlarındaki yüksekliktir. Bu da bölgenin bir özelliği olarak geçici işçi yoğunluğu, göç hızının yüksekliği, savaşın etkileri ve Aile Hekimlerinin DGT konusundaki yaklaşımları ile ilişkilendirilebilir.

Ülke genelinde tüberkülozlu hasta sayısındaki düşüş eğilimi sürse de Mersin ilinde bu parametrede son yıllarda bir duraksama ve yabancı uyruklu hasta sayısında artış söz konusudur. 2010-12 yılları VSD kayıtları tarandığında ilimizde sadece 2 yabancı uyruklu yeni olgunun saptanmışken, 2013 yılı toplam yeni hasta sayısı 221 olup, yabancı uyruklu hasta sayısı 8 olarak tespit edilmiştir (6 Suriye, 1 Somali, 1 Belçika, yaş ortalaması 21 yıl). 2014 yılı ilk 6 ay verilerine göre yeni olgu sayısı 168 olup bu hastaların 7 tanesi yabancı uyruklu (tamamı Suriye) ve yaş ortalaması 34 yıldır. Bir diğer önemli sorun ise özellikle Suriye uyruklu hastaların temaslı muayenelerinin (hastaların ortalama ev içi teması sayısı 12), izolasyonlarının ve DGT nin ve takiplerinin gerektiği şekilde yapılamamasıdır. Sonuç olarak, zorunlu göçlerin getirdiği ek sorunların göz ardı edilmesi ve bu konuda gerekli önlemlerin hızla alınmaması durumunda ilimizde bir tüberküloz salgınından söz edilmesi yüksek olasılıklıdır.

Tablo 1

Yıllar	Yeni Olgular			Önceden Tedavi Görmüş Olgular			Toplam Olgular		
	Yeni Olgu Sayısı	Yeni Olgu Hızı (100.000'de)	Olgu hızındaki yıllık değişim (%)	Önceden Tedavi Görmüş Olgu Sayısı	Önceden Tedavi Görmüş Olgu Hızı (100.000'de)	Olgu hızındaki yıllık değişim, %	Toplam Olgu Sayısı	Toplam Olgu Hızı (100.000'de)	Olgu hızındaki yıllık değişim (%)
2005	18.753	26,0		1.782	2,5		20.535	28,5	
2006	18.544	25,4	-2,3	1.982	2,7	9,8	20.526	28,1	-1,4
2007	17.781	25,2	-0,9	1.913	2,7	-0,2	19.694	27,9	-0,7
2008	16.760	23,4	-7,0	1.692	2,4	-12,7	18.452	25,8	-7,5
2009	15.943	22,0	-6,2	1.459	2,0	-15,0	17.402	24,0	-7,0
2010	15.183	20,6	-6,3	1.368	1,9	-7,7	16.551	22,5	-6,4
2011	14.417	19,3	-6,3	1.262	1,7	-9,0	15.679	21,0	-6,5
2012	13.535	17,9	-7,2	1.156	1,5	-9,5	14.691	19,4	-7,4
2013	12.352	16,1	-10,0	1.057	1,4	-9,8	13.409	17,5	-10,0

TB olgu sayıları, olgu hızları ve olgu hızlarındaki yıllık değişim (VSD)

Tablo 2

İLLER	Toplam Olgu Sayısı								Toplam Olgu Hızı								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Mersin	430	397	319	308	274	251	256	255	23,6	21,4	20,0	19,2	16,0	15,0	15,2	15,0	12
Türkiye Geneli	20.535	20.526	19.694	18.452	17.402	16.551	15.679	14.691	28,5	28,1	27,9	25,8	23,0	22,0	20,0	19,0	17,5

İlimizde yıllar içerisinde toplam olgu sayısı ve olgu hızındaki değişim

Tablo 3

İL	Hasta Başına Temaslı Muayenesi, 2012	Akciğer TB Vakalarında Yayma Yapılma Durumu, 2012 (%)	Akciğer TB Vakalarında Kültür Yapılma Durumu, 2012 (%)	Kültür (+) Akciğer TB Vakalarında İDT Yapılma Durumu, 2012 (%)	Yeni Yayma (+) AC TB Vakalarında Tedavi Başarısı, 2011 Hastaları (%)	Toplam TB Olgularında Tedavi Başarısı, 2011 Hastaları (%)	Yeni Yayma (+) AC TB Vakalarında Tedavi Terk Oranları, 2011 Hastaları (%)	Toplam TB Olgularında Tedavi Terk Oranı, 2011 Hastaları (%)	TB Olgularında Tedavi Sonunda DGT Oranı, 2011 Hastaları (%)
Mersin	9,0	95,0	68,0	94,0	90,0	88,0	5,0	4,0	99,0
Türkiye Geneli	7,0	92,0	81,0	83,0	90,0	89,0	2,0	2,0	98,0

2012 yılı hasta verileri ve 2011 yılı tedavi sonuçlarına göre Mersin ilinin hedeflere ulaşma durumu (Mersin VSD)

TP-055

Tüberkülozlu Hastalarda Crp Düzeyi Ölçümünün Klinik Önemi

Esra Usta Bülbül, Murat Yalçınsoy, Sinem Güngör, Pakize Sucu, Esen Akkaya

T.C. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Akciğer TB tanısında, yayma mikroskopisi ile basilin gösterilmesi temel olmasına rağmen, klinik uygulamada bu özellik yaymada az basil olup gösterilemediği veya extrapulmoner TB'yi teşhis etmede faydalı olmamaktadır. Bu gibi durumlarda klinisyene yardımcı değişik belirteçler gündeme gelmiştir. Bir akut faz reaktanı olan CRP'de bunlardan biridir.

Çalışmamızda; CRP konsantrasyonundaki değişikliklerin akciğer tüberkülozunda, hastalığın radyolojik yaygınlığı, basil yoğunluğu ve hastanede yatış süresi ile olan ilişkisini araştırdık.

Çalışmaya; Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde verdikleri balgam örneğinde ARB müsbet bulunarak tedaviye alınmış 84 tüberküloz hastası alındı (E/K:62/22, yaş ort: 41±20). CRP eşik değeri 5 mg/L ve 40 mg/L kabul edilerek hastalığın radyolojik yaygınlığı ve ARB skor durumu karşılaştırıldığında; radyolojik yaygınlık arttıkça ve ARB pozitifliği arttıkça CRP yüksekliğinin daha fazla olduğu görüldü. İstatistiksel olarak radyolojik yaygınlıkta anlamlı fark saptanmazken, ARB skoru yüksek olgularda CRP yüksekliği anlamlı olarak artmış bulundu (p=0.04). ARB skorlamasına göre, basil müsbet ve basil negatif TB hastalarında değerlendirilen, CRP ortalamalarına bakıldığında, ARB pozitifliği arttıkça CRP ortalamasının arttığı görüldü. ARB 4+ olan grubun CRP ortalaması ARB negatif gruba göre, ARB 4+ olan grubun CRP ortalaması ARB 1+ olan gruba göre ve ARB 4+ olan grubun CRP ortalaması 2+ olan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (sırasıyla p=0.002, p=0.001, p=0.005). Akciğer grafisi yaygınlık derecesine göre bakıldığında, yaygınlık arttıkça CRP ortalamasının arttığı ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı. Yatış süresi ile CRP düzeyi karşılaştırıldığında aralarında anlamlı korelasyon yoktu.

Sonuç olarak; CRP ölçümü, tüberkülozda, hasta takibinde bakteriyolojik/radyolojik olarak zorluklar yaşandığı durumlarda, sağlık çalışanlarına yol gösterici olarak kullanılabilir.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

n:84	n	%
Cinsiyet		
Erkek	62	73.8
Kadın	22	26.2
Yaş, ort.±SD	41±20	
ARB Skor		
GRUP 1		
+	36	42.9
++	7	8.3
+++	5	6
++++	6	7.1
GRUP 2	30	35.7
Hastalığın radyolojik yaygınlığı		
Minimal	26	31
Orta	45	53.5
İleri	13	15.5
Akciğer grafisi lezyon tipi		
İnfiltrasyon	53	63.1
Kavite + İnfiltrasyon	27	32.1
Nodül	4	4.8

Tablo 2. Grupların CRP düzeyi ortalaması açısından karşılaştırılması

	GRUP 1	GRUP 2	p
CRP	60.7±51.5	37.7±38.8	0.02*

Tablo 3. hastalığın radyolojik yaygınlığı ve ARB skor durumunun, CRP eşik değeri ile karşılaştırılması*

SKORLAMA	%	CRP?5 n(%)	CRP?5 n(%)	p
Akciğer grafisi				
Minimal	26	5 (19.2)	21 (80.8)	0.54
Orta	45	5 (11.1)	40 (88.9)	
İleri	13	1 (7.7)	12 (92.3)	
ARB				
Grup 1				0.04
+	36	3 (8.3)	33 (91.7)	
++	7	1 (14.3)	6 (85.7)	
+++	5	0	5 (100)	
++++	6	0	6 (100)	
Grup 2	30	7 (23.3)	23 (76.7)	

*(normal laboratuvar değeri: 5 mg/L)

Tablo 4. Hastalığın radyolojik yaygınlığı ve ARB skor durumunun, CRP bakteriyel enfeksiyonlardaki eşik değeri ile karşılaştırılması*

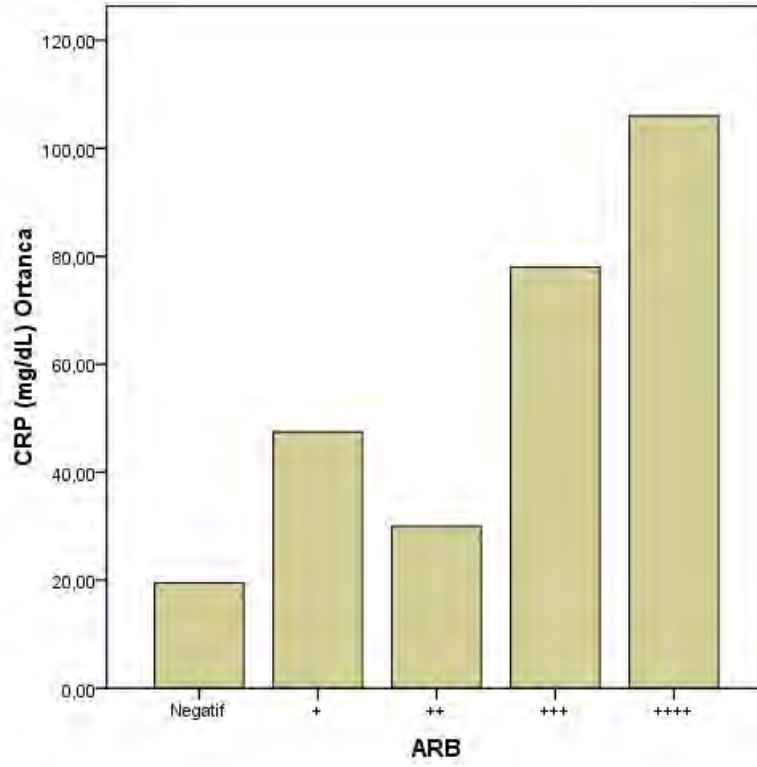
SKORLAMA	n(%)	CRP<40 n(%)	CRP?40 n(%)	p
Akciğer grafi				
Minimal	26	17 (65.4)	9 (34.6)	0.17
Orta	45	19 (42.2)	26 (57.8)	
İleri	13	4 (30.8)	9 (69.2)	
ARB				
Grup 1				0.02*
+	36	15(41.7)	21 (58.3)	
++	7	4 (57.1)	3 (42.9)	
+++	5	1(20)	4 (80)	
++++	6	0	6 (100)	
Grup 2	30	20(66.7)	10(33.3)	

* bakteriyel enfeksiyonlardaki eşik değer (40 mg/L)

Tablo 5. Grupların farklı CRP değerlerine göre karşılaştırılması

	GRUP 1 n (%)	GRUP 2 n (%)	p
CRP<5	4 (36.4)	7 (63.6)	0.04*
CRP?5	50 (70)	23 (30)	
CRP<40	20 (51.3)	19 (48.7)	0.01*
CRP?40	34 (77.3)	10 (22.7)	

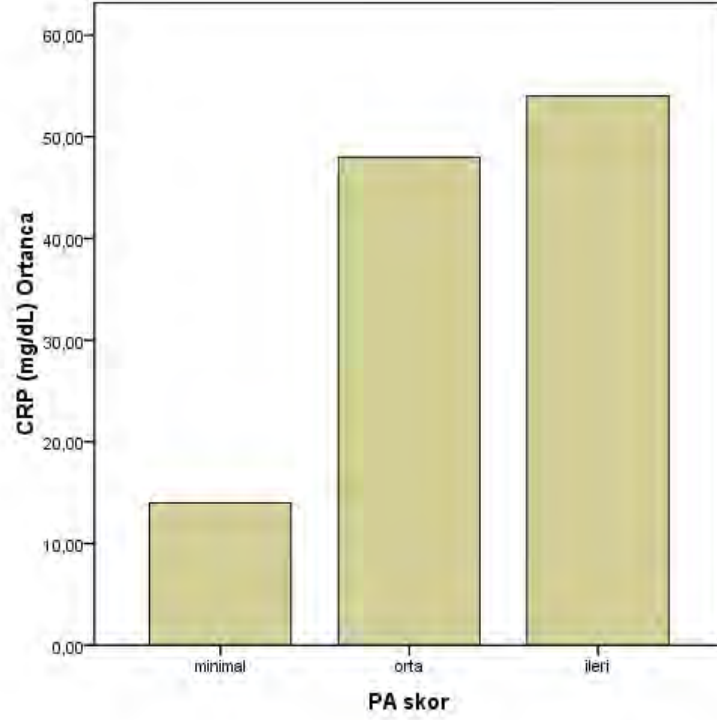
Şekil 1. Bakteriyojik yoğunluğa göre CRP düzeyleri



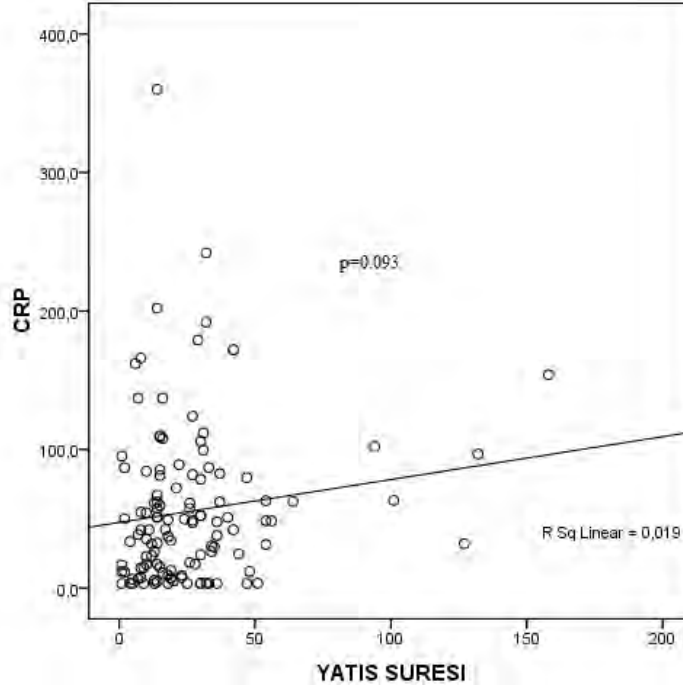
Tablo 6. Akciğer grafisindeki lezyon tipine göre CRP düzeyi

Radyolojik bulgular	CRP ort±SD
İnfiltrasyon	36.16±28.13
Kavite +infiltrasyon	52.53±47.5
Nodül	93.45±34.43

Şekil 2. Akciğer grafisi yaygınlık derecesine göre CRP düzeyi ilişkisi



Şekil 3. Olguların yatış süresi ile CRP düzeyinin ilişkisi



TP-056

Akciğer Tüberkülozunda D Vitamini Düzeyi ve Tedaviye Etkisi

Esmâ Seda Akalın Karaca¹, Mediha Gönenç Ortaköylü², Ayşe Bahadır², Asuman Kara³, Hafize Uzun⁴, Gülcan Korkmaz⁴, Emel Çağlar²

¹Bahçelievler Devlet Hastanesi

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Şehit Kamil Devlet Hastanesi Gaziantep

⁴i.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilimdalı

GİRİŞ-AMAÇ: Son yıllarda yapılan çalışmalarda serum vitamin D düzeyi ile aktif tüberküloz gelişimi arasındaki ilişki incelenmektedir. Çalışmamızda balgam yayma pozitif olan yeni tanı konmuş akciğer tüberkülozlu hastalarda serum 25-hidroksi-vitamin D3(25-OH-D3) düzeyinin hastalığın derecesine, ve mikrobiyolojik ve radyolojik tedavi yanıtlarına etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Çalışmaya Ocak 2013-Ekim 2013 tarihleri arasında yeni tanı almış balgam yayma pozitif olan 70 hasta alındı. Hastaların tedavi başlangıcında serumda 25-OH- D3 düzeyine ve rutin hemogram, biyomya tetkiklerine bakıldı. Hastalar tedavi aşamasında takibe alındı. Hastaların tedavi başlangıcı, tedavinin 1. ayı ve 2. ayında mikrobiyolojik ve radyolojik değerlendirmesi yapıldı. 20 sağlıklı birey vitamin D düzeyini karşılaştırmak üzere kontrol grubu olarak çalışmamıza dahil edildi.Hastaların 25- OH- D3 düzeyleriyle demografik özellikleri, biyokimyasal parametreleri, balgam yayma/kültür sonuçları ve radyolojik ağırlık derecesi arasındaki ilişki değerlendirildi.

BULGULAR: Tüberküloz hastalarında 25 -OH- D3 düzeyi $22,01 \pm 9,24$ ng/ml iken sağlıklı olgularda $37,8 \pm 18$ ng/ml olarak ölçüldü. Bu değerler karşılaştırıldığında tüberküloz hastalarında ve kontrol grubu olan sağlıklı olguların 25 - OH- D3 düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Hastalarının demografik özellikleri ve biyokimyasal parametreleriyle serum 25-OH-D3 arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların WBC, HGB, HCT, total protein, albumin ve Ca değerleriyle D vitamini düzeyi arasında ilişki anlamlı bulundu. Hastaların vitamin D düzeyine göre tedavinin 1. ayındaki ve 2. ayındaki balgam incelemesinde yayma pozitif seyreden ve yayma negatifleşenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Hastaların tedavi sürecinde radyolojik ağırlık derecesiyle 25-OH- D3 düzeyinin yüksek olduğu hastalarda 1. ayda tedaviye radyolojik cevabın daha iyi olduğu saptandı.

SONUÇ: Çalışmamızda aktif tüberküloz hastalarında 25-OH- D3 düzeyinin sağlıklı kontrollere göre düşük olduğu gösterilmiş, serum vitamin D düzeyinin tüberküloz hastalığının klinik seyrini etkileyebileceği sonucuna varılmıştır.

TP-057

Sağlık Bakanlığı Türkiye Verileri Işığında Diyarbakır İlinin Beş Yıllık Tüberküloz Kontrol Durumu

Mahşuk Taylan, Süreyya Yılmaz, Melike Demir, Hatice Selimoğlu Şen, Cengizhan Sezgi, Özlem Abakay, Abdullah Çetin Tanrıkulu, Abdurrahman Abakay
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Diyarbakır

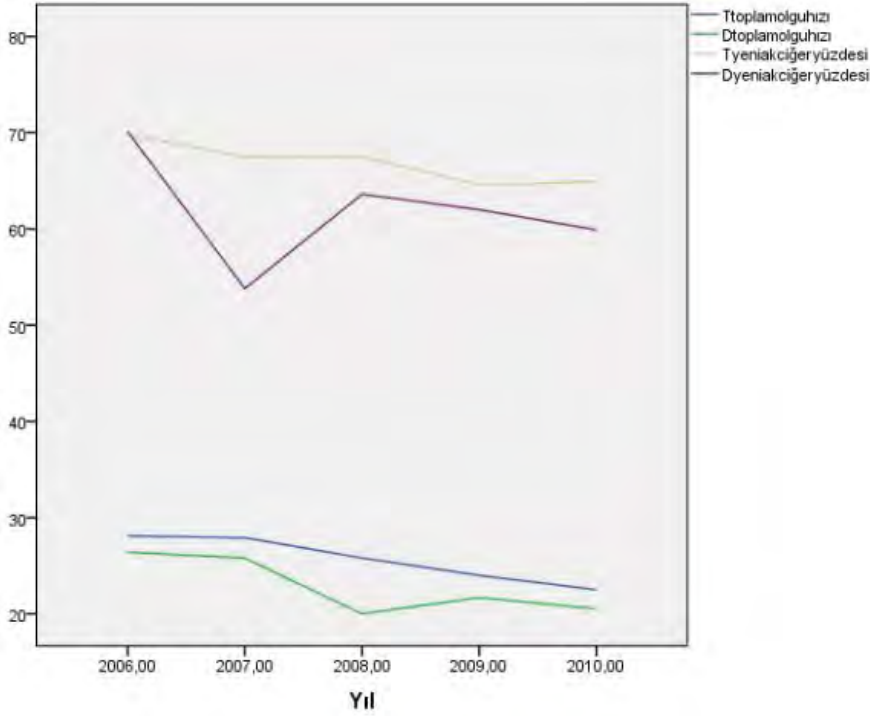
GİRİŞ-AMAÇ: Tüberküloz (tb), ülkemizin ve dünyanın önemli bir sağlık sorunu olup tanı, tedavi, takipte ve tutulan kayıt sisteminde ulusal ve uluslararası belirlenmiş sağlık standartlarına uygun yaklaşım çok önemlidir. Türkiyede ülke geneli tb verileri, sağlık bakanlığı verem savaş dairesi başkanlığı tarafından yıllık raporlar halinde yayınlanmaktadır.

Çalışmamızda 2006-2010 tarihlerindeki diyarbakır ili tb verileri, türkiye verileri ışığında irdelenmiş olup, tb olgularının demografik, tanısal ve tedavi özelliklerinin ülke verileriyle uyumu araştırıldı.

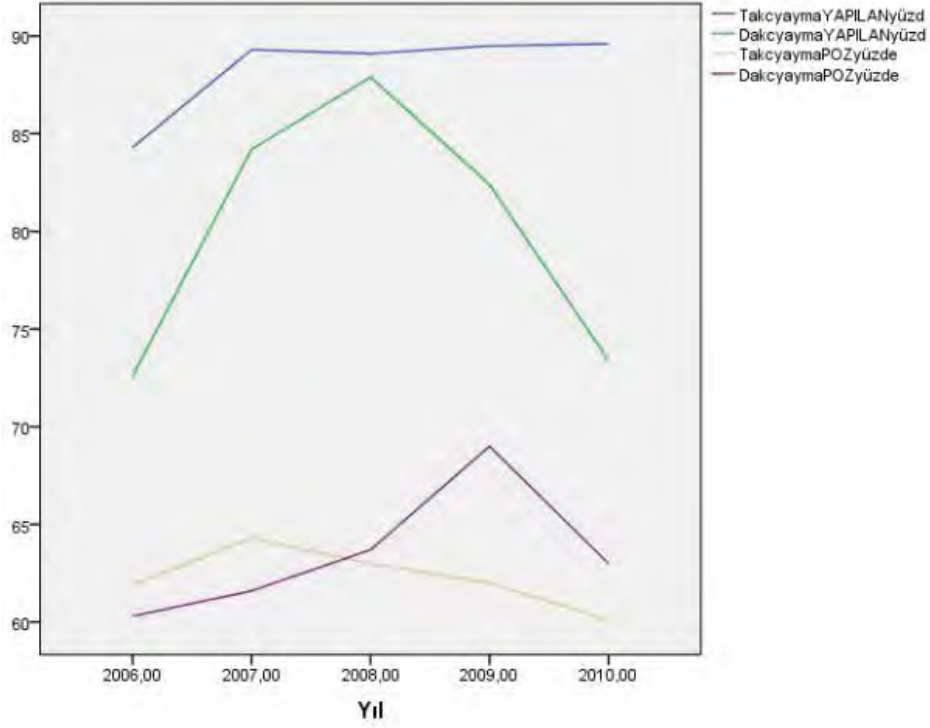
MATERYAL-METOD: T.C. Sağlık bakanlığı verem savaş dairesi başkanlığınca yıllık yayınlanan her biri 2 yıl öncesine ait tb verilerini içeren resmi raporlar esas alınarak 2006-2012 yılları arasındaki sonuçlar ele alındı. Tb tutulum yeri, olgu hızı, mikroskopi (ARB yayma ve kültür) sonuçları, olgu tanımları ve tedavi sonuçlarını içeren ülke geneli ve diyarbakır ili verileri kıyaslanarak değerlendirildi.

BULGULAR-SONUÇ: Diyarbakır ilinde tüberküloz insidansı ülke geneli insidansın altında olup, tb yıllara göre yerleşimi daha değişken bulundu. Tanısal mikrobiyolojik verilere bakıldığında yayma ve kültür bakışının yurt verilerine göre düşük oranda olduğu saptandı. Tedavi sonuçları benzer bulundu.

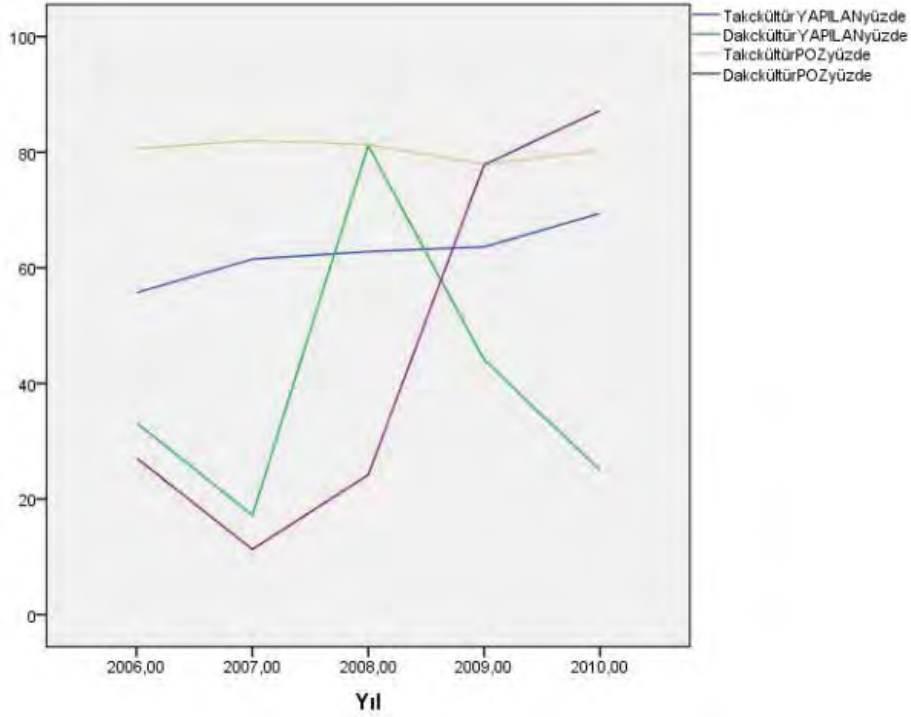
resim 1. olgu hızı ve akciğer tutulum oranı

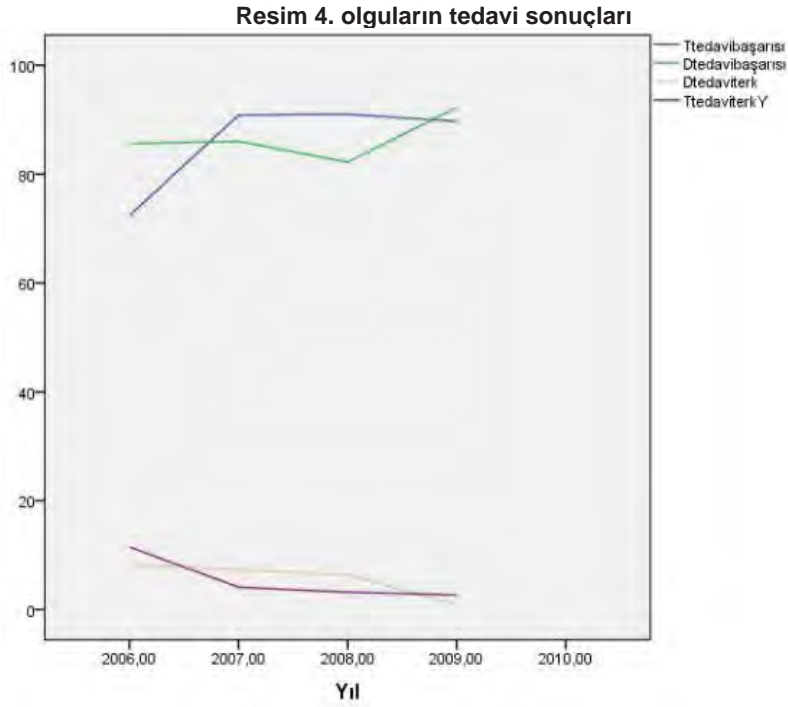


Resim 2. olgularda yayma özellikleri



Resim 3. olgularda ARB kültür özellikleri





tablo 1
Tablo 1. Yıllara göre olgu tanımları ve demografik özellikleri

	Yıl					p değeri NparWilcoxon
	2006,00	2007,00	2008,00	2009,00	2010,00	
T toplam olgu sayısı	20526,00	19694,00	18542,00	17402,00	16551,00	
D toplam olgu sayısı	395,00	377,00	299,00	329,00	314,00	xxx
T toplam olgu hızı	28,10	27,90	25,80	24,00	22,50	
D toplam olgu hızı	26,40	25,80	20,00	21,70	20,50	0,04
D olgu hızına göre türkiye sıralaması	26,00	28,00				xxx
T yeni olgu oranı	91,32	91,83	90,39	91,62	91,73	
D yeni olgu oranı			88,00	91,80	94,90	0,59
T nüks olgu oranı	6,77	6,54	7,09	6,76	6,46	
D nüks olgu oranı			7,00	7,30	4,10	0,59
T yeni akciğer tb oranı	69,80	67,50	67,50	64,60	64,90	
D yeni akciğer tb oranı	70,10	53,80	63,60	62,00	59,90	0,80
T yeni akciğerdisi tb oranı	30,20	32,50	32,50	34,40	35,10	
D yeni akciğerdisi tb oranı	29,90	46,20	36,40	38,00	40,10	0,80

T:Türkiye verileri, D:Diyarbakır verileri

tablo 2

Tablo 2. Yıllara göre olguların laboratuvar özellikleri

	Yıl					p değeri NparWilcoxon
	2006,00	2007,00	2008,00	2009,00	2010,00	
T akcy aymaYAPILAN (%)	84,30	89,30	89,10	89,50	89,60	
D akc yaymaYAPILAN (%)	72,60	84,20	87,90	82,40	73,40	0,04
T akc yaymaPOZ (%)	61,90	64,30	63,00	62,00	60,10	
D akc yaymaPOZ (%)	60,30	61,60	63,70	69,00	63,00	0,50
T akc kültürYAPILAN(%)	55,70	61,50	62,80	63,60	69,40	
D akckültürYAPILAN(%)	33,20	17,20	81,10	44,10	25,00	0,08
T akc kültürPOZ (%)	80,60	82,00	81,30	77,90	80,20	
D akc kültürPOZ(%)	27,10	11,30	24,20	77,80	87,20	0,14
T INHdirenci (%)	12,60	14,40	13,80	13,10	13,30	
D INHdirenci (%)	25,00	12,50	20,00	?	?	?
T MDR (%)	5,10	4,90	5,30	5,10	5,00	
D MDR (%)	14,80	3,40	2,30	?	?	?

T:Türkiye verileri, D:Diyarbakır verileri, (Diyarbakır INH direnci ve MDR verileri henüz yayınlanmadı)

tablo 3

Tablo 3. Yıllara göre olguların tedavi sonuçları

	Yıl					p değeri NparWilcoxon
	2006,00	2007,00	2008,00	2009,00	2010,00	
T tedavi başansı O.	72,40	90,85	91,00	89,70	?	
D tedavi başansı O.	85,60	86,00	82,20	92,20	?	0,95
T tedavi başansızlığı O.	2,00	,38	,50	,50	?	
D tedavi başansızlığı O.	3,30	3,90	,70	,30	?	0,46
T tedavi terk O.	11,50	4,12	3,20	2,70	?	
D tedavi terk O.	8,40	7,30	6,40	,90	?	0,20
T tedavi ölüm O.	4,90	2,83	3,00	3,10	?	
D tedavi ölüm O.	2,60	2,90	3,40	1,90	?	0,47

T:Türkiye verileri, D:Diyarbakır verileri

TP-058

Tüberkülin Deri Testinin Histopatolojik Değerlendirmesi Tüberküloz Enfeksiyonunun Yansıtabilir

Ali Kutlu¹, Abdullah Haholo², Faruk Çiftci³¹GATA haydarpaşa eğitim hastanesi. Allerjik hastalıklar ve immünoloji servisi²GATA haydarpaşa eğitim hastanesi. Patoloji servisi³GATA haydarpaşa eğitim hastanesi. Göğüs hastalıkları ve tüberküloz servisi

AMAÇ: PPD'ye karşı gecikmiş tip hipersensivite reaksiyonları sonucu oluşan farklı tip histopatolojik paternler tanımlanmıştır. Bu çalışmamızda aktif tüberküloz tedavisi almış ve kür olmuş hastalarda PPD reaksiyonlarının histopatolojik özelliklerini araştırdık ve geçmiş verilerimizle karşılaştırdık.

MATERYAL ve METOD: Radyolojik, bakteriyolojik ve klinik olarak aktif tüberküloz enfeksiyonu geçirdiği ispatlanmış, anti tbc tedavi ile kür sağlanmış 13 HIV negatif tüberküloz hastası çalışmaya alındı. PPD reaksiyonlarından alınan biyopsi örnekleri histopatolojik tip tayini için incelendi. Sonuçlar geçmiş dönemde yaptığımız çalışmaların verileri ile karşılaştırıldı.

SONUÇ: Histopatolojik değerlendirme sonucunda alınan tüm örneklerin daha önce tanımlanan ve inflamasyonun en hafif formu olarak değerlendirilen perivasküler tip reaksiyonla uyumlu olduğu gözlenmiştir.

TARTIŞMA: PPD reaksiyonunun histopatolojik paterni tüberküloz enfeksiyonunun aktivitesini yansıtan bir gösterge olabilir. Ayrıntılı immüno histo-patolojik çalışmalar hastalığın immünopatogenezi hakkında bazı çıkarımlar yapmamızı sağlayabilir.

tablo 1

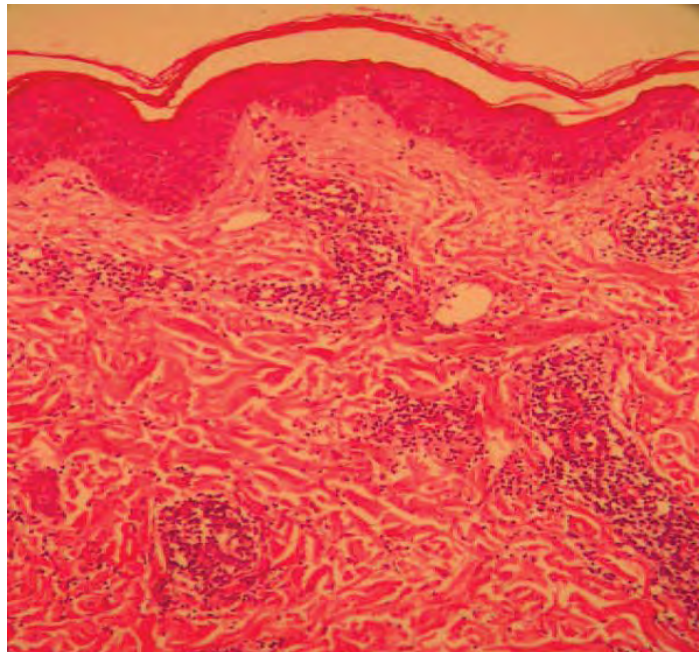
Table 1. Histological changes and patient groups with active and latent tuberculosis

	Active pulmonary tuberculosis (n = 30)	Latent tuberculosis (n = 18)	P*
PV-like pattern	4 (13.3)	9 (50)	0.006
BSD-like pattern	9 (30)	7 (38.9)	>0.05
EM-like pattern	17 (56.7)	2 (11.1)	0.002

PV, perivascular; BSD, basal spongiotic dermatitis; EM, erythema multiforme. Percentage values are given in parenthesis.

*Pearson chi-square test: $p < 0.05$ was considered statistically significant.

resim 1



Perivasküler Dermatis

TP-059

Karbapenem Dirençli Acinetobacter Pnömonisinde, Kombine Kolistin Tedavisinin Monoterapiye ÜstünlüğüÖzlem Erçen Diken¹, Ayhanım Tümtürk², Sertaç Arslan¹¹Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Çorum²Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları, Çorum

Karbapenem dirençli gram negatif bakteri (KDGNB), artan bir tehlikedir. KDGNB tedavisinde ana soru kombinasyon mu yoksa monoterapi mi kullanılması gerektiğidir. KDGNB'ye karşı kolistinin tek başına kullanılmasına karşın kombinasyon tedavilerinin üstünlüğü hakkında çalışmalar olmakla birlikte yeterli düzeyde kanıt yoktur, yeni çalışmalar yayınlanmaktadır. Kliniğimizde kombine tedavi verilen karbapenem dirençli acinetobactere bağlı pnömoni olguların daha iyi seyirli olduğu dikkatimizi çekmiş ve çalışmamızda ocak 2013-haziran 2014 tarihleri arası kliniğimizde tanı konulan ve tedavi edilen 23 acinetobacter olgusu, tedavileri ve mortalite süreleri yönünden incelenmiştir. Bu olguların 19'u yoğun bakım ünitesinde 4'ü servisteydi tedavi edilmiştir. Yoğun bakım ünitesinde tedavi edilengrupta; kolistin monoterapi ile sefoperazon+sulbaktam duyarlı olangrupta 2 hasta, sefoperazon+sulbaktamada duyarlı olmayan grupta 1 hastanın hepside exitus olmuştur. Kombine tedavi de 2 olguya amikasin de duyarlı olması nedeni ile amikasin kolistin verilmiş; bu iki hastada da CRP yanıtı alınmamış, balgam kültürü temizlense de takipte exitus olmuşlardır. Kolistin rifampisin kombine tedavisi alan bir olguda iyi yanıt alınmıştır. Bu hasta 1 yıllık takiptedir. 4 servis hastasından 3'ü karbapenem dirençli ve bunlardan da 1'i kolistin dışında başka duyarlılığa sahip değildi. Bu hastaya kolistin tigesiklin kombine tedavisi verilmiştir. Bu hasta aynı zamanda diyaliz hastasıdır. 10.günde balgam kültüründe üreme yok. CRP yanıtı var. Hasta taburcu olmuştur ve 1 aylık izlemedir.

Kolistinin akciğer penetrasyonunun da az olduğu ve yan etkilerinin de yüksek olduğu göz önüne alınırsa; sinerjistik etki yaratarak akciğerde kolistinin etkisini arttırmak, kolistine direnç gelişimi azaltmak ve kolistin yan etkilerini minimize etmek için kombine tedavi yararlı görünmektedir. Karbapenem dirençli acinetobacter olguları rifampisin ve tigesiklin kombinasyonu açısından değerlendirilmelidir.

Tablo I: YBÜ'de İzlenen Sulperazona da Dirençli Karbapenem Dirençli Acinetobacter Olgularının Özellikleri

Olgu	Tedavi	Balgam kültürü kontrolü	Tekrar balgam kültürü	CRP yanıtı	Komplikasyon	Mortalite	Mortalite günü (tedavi başlandıktan sonra)	Takip
1.	Kolistin+ Rifampisin	8.gün üreme yok		var	yok	yok	-	1 yıllık poliklinik izleminde
2.	Kolistin	-		-	-	var	1.gün	
3.	Kolistin+ Amikasin	3.gün üreme yok	MRSA	yok	Renal toksisite/ elektrolit bozukluğu	var	5.gün	
4.	Kolistin+ Amikasin	9.gün üreme yok		yok	yok	var	9.gün	
5.	Kolistin	4.gün üreme yok		yok	Renal toksisite/ elektrolit bozukluğu	var	4.gün	
6.	Kolistin	-		-	-	var	1.gün	

Tablo II: Kombine ve Monoterapi Alan Karbapenem Dirençli Acinetobacter Olgularının Tedavi ve Mortalite Özellikleri

Tedavi	Yoğun Bakım Ünitesi	Servis (n)	Mortalite (n/%)	Toplam (n)
	sefoperazon+sulbaktam duyarlı (n)			
Monoterapi	2	3*	-	5
Kombine				
	Kolistin+ Amikasin	-	2/%100	4
	Kolistin+ Rifampisin	-	0/%0	
	Kolistin+ Tigesiklin	-	1	0/%0

*İki olgu tedavinin birinci günü exitus.

TP-060

Trombosit (PLT) ve Ortalama Trombosit Hacmi (MPV) İnflamatuar Belirteç mi? Granulomatoz Hastalık Belirteci mi?

Dildar Duman, Murat Yalçınsoy, Emine Nur Koç, Esra Bülbül, Özgecan Karahan, Tülin Kuyucu
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim-Araştırma Hastanesi

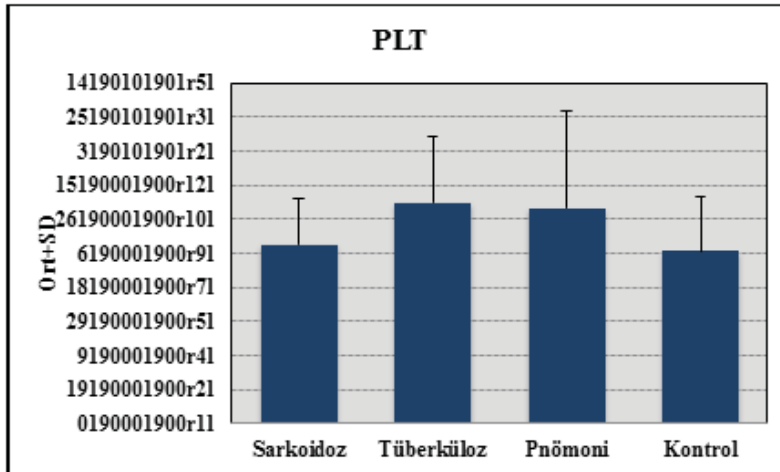
GİRİŞ: Trombositler (PLT) sıklıkla inflammatuar yanıtın etkisi ile artar. Tüberküloz gibi hastalıklarda trombositlerin akut faz reaktanı, ortalama trombosit hacmi (MPV) nin ise bazı kronik hastalıklarda negatif akut faz reaktanı gibi kullanılabileceği öne sürülmüştür. Bu çalışmada trombosit (PLT) ve MPV' nin bir inflammatuar belirteç mi?; Granulomatoz hastalık belirteci mi? sorusunu araştırmayı amaçladık.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Çalışmada 100 sarkoidoz (grup1), 83 tüberküloz (TB) (grup2), 63 pnömoni (grup3) ve 36 kontrol (grup 4) olgusu incelendi. Grupların sedimentasyon, CRP, PLT, MPV değerleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Gruplara göre olguların sedim ve crp ölçümleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Farklılığa neden olan grubu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalara göre, kontrol grubundaki olguların sedim ve crp ölçümleri, sarkoidoz, tüberküloz ve pnömoni gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük bulundu (sedim ölçümlerinde $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$; crp ölçümlerinde $p=0,007$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Sarkoidoz olgularının sedim, crp ölçümleri de tüberküloz ve pnömoni gruplarına göre anlamlı düzeyde düşüktü (sedim ölçümlerinde $p=0,001$; $p=0,002$; $p<0,01$; crp ölçümlerinde $p=0,001$; $p=0,001$; $p<0,01$). Gruplara göre olguların PLT ölçümleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). Sarkoidoz grubundaki olguların PLT değerleri, tüberküloz ve pnömoni grubuna göre anlamlı düzeyde düşük ($p=0,001$; $p=0,037$; $p<0,05$), kontrol grubundaki olguların PLT ölçümleri de tüberküloz ve pnömoni gruplarına göre anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p=0,001$; $p=0,033$; $p<0,05$). Gruplara göre olguların MPV ölçümleri arasında da istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptandı ($p=0,001$; $p<0,01$). TB olgularında MPV değeri, sarkoidoz, pnömoni ve kontrol gruplarına göre anlamlı düzeyde düşüktü ($p=0,001$; $p=0,023$; $p=0,010$; $p<0,05$). Granulomatoz grubun (tüberküloz+sarkoidoz) PLT değerleri, kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulundu ve PLT için cut-off değeri roc analizi ile 270 olarak saptandı. MPV değerleri arasında ise anlamlı farklılık saptanmadı. Pnömoni ve kontrol grubu karşılaştırıldığında pnömoni grubunda PLT yüksek bulunurken, iki grubun MPV ölçümleri arasında anlamlı fark saptanmadı.

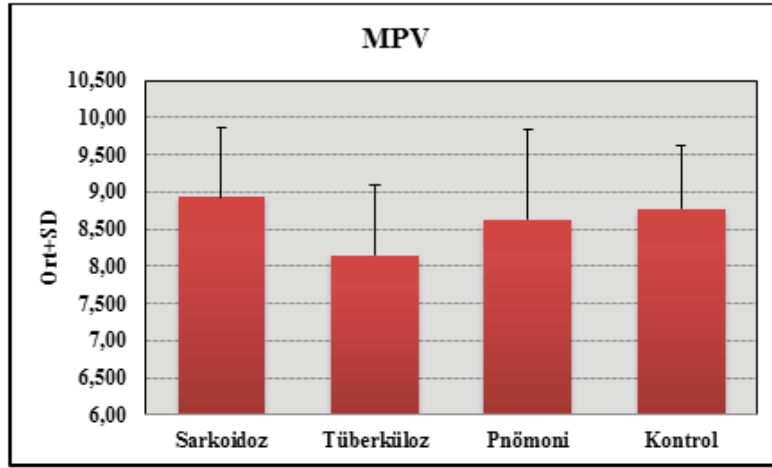
SONUÇ: Trombositler(PLT)in akut faz reaktanları gibi davranarak inflammatuar yanıtta arttığı, TB ve pnömonide yüksek, MPV değerinin ise tüberkülozda düşük olduğu görülmüştür. Ancak MPV'nin negatif akut faz reaktanı olarak kullanımı henüz güvenilir gözükmemektedir. Sonuçlar granulomatoz hastalığın değil, inflammatuar yanıtın belirleyici olduğunu düşündürmektedir. Bu konuda başka çalışmalara da ihtiyaç duyulacaktır.

şekil 1



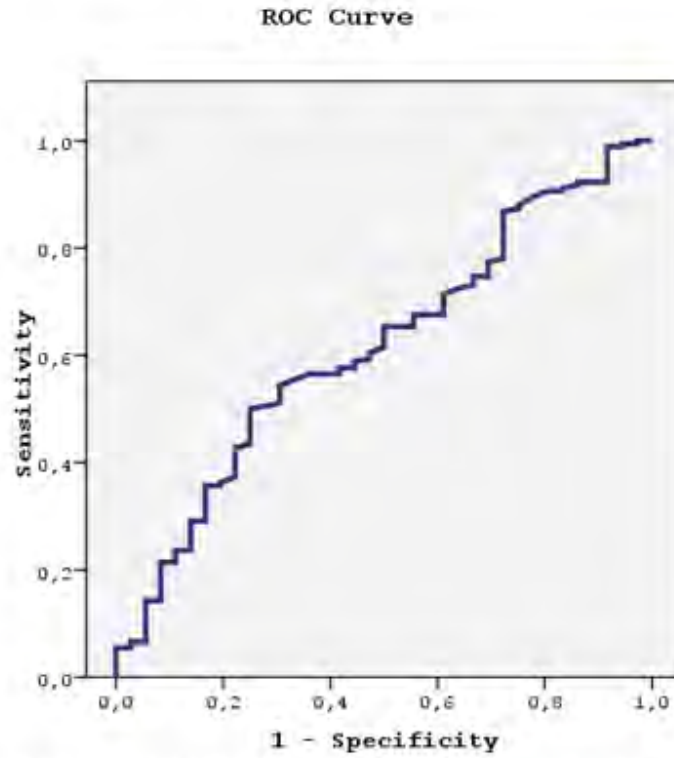
Şekil 1: Gruplara Göre PLT Ölçümlerinin Dağılımı

şekil 2



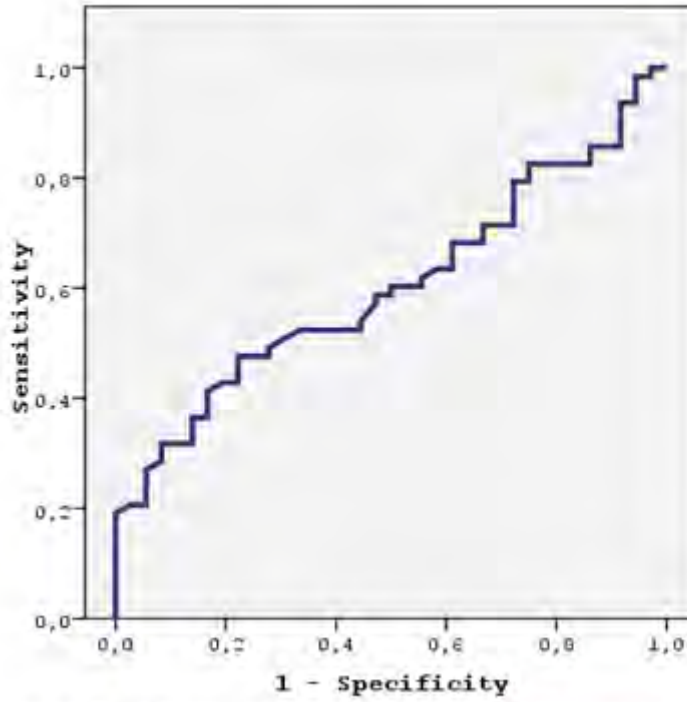
Şekil 2: Gruplara Göre MPV Ölçümlerinin Dağılımı

şekil 3

Şekil 3: PLT için elde edilen ROC eğrisi (Granulomatoz)

şekil 4

ROC Curve



Şekil 4: PLT için elde edilen ROC eğrisi (İnflamatuvar)

tablo 1

Tablo 1: Gruplara Göre Demografik Özelliklerin Değerlendirilmesi

	Yaş		Cinsiyet		Sigara		
	n	Ort±SD	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Hiç içmemiş n (%)	İçiyor n (%)	Bırakmış n (%)
¹ Sarkoidoz	100	45,16±11,90	21 (21,0)	79 (79,0)	51 (63,0)	17 (21,0)	13 (16,0)
² Tüberküloz	83	40,70±20,15	61 (73,5)	22 (26,5)	35 (42,2)	48 (57,8)	0 (0,0)
³ Pnömoni	63	56,33±22,63	41 (65,1)	22 (34,9)	8 (34,8)	9 (39,1)	6 (26,1)
⁴ Kontrol	36	36,75±14,62	16 (44,4)	20 (55,6)	15 (41,7)	13 (36,1)	8 (22,2)
p	^a 0,001**		^b 0,001**		^c 0,001**		

^aOneway ANOVA Test (Welch)^bPearson Ki-kare Testi^cFisher-Freeman-Halton Test

**p<0,01

*p<0,05

tablo 2

Tablo 2: Gruplara Göre Biyokimyasal Bulguların Değerlendirilmesi

	Sedim	CRP	WBC	HgB
	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)	Ort±SD (Medyan)
¹ Sarkoidoz	39,11±27,62 (32,0)	12,44±16,21 (5,3)	7,36±2,13 (7,1)	13,30±2,77 (13,0)
² Tüberküloz	78,88±41,70 (80,0)	52,71±48,49 (42,1)	9,20±2,98 (8,7)	12,04±1,69 (12,2)
³ Pnömoni	64,97±37,80 (68,5)	114,97±82,73 (115,5)	10,39±5,10 (8,3)	11,79±1,74 (12,0)
⁴ Kontrol	14,11±11,05 (10,0)	4,33±2,80 (3,3)	7,61±1,98 (7,3)	13,89±1,64 (13,7)
<i>p.</i>	^a 0,001**	^a 0,001**	^b 0,001**	^c 0,001**
1-2	^d 0,001**	^d 0,001**	^e 0,001**	^f 0,001**
1-3	^d 0,002**	^d 0,001**	^e 0,001**	^f 0,001**
1-4	^d 0,001**	^d 0,007**	^e 0,987	^f 0,504
2-3	^d 0,112	^d 0,001**	^e 0,477	^f 0,904
2-4	^d 0,001**	^d 0,001**	^e 0,006**	^f 0,001**
3-4	^d 0,001**	^d 0,001**	^e 0,001**	^f 0,001**

^aKruskal Wallis Test^bOneway ANOVA Test (Welch)^cOneway ANOVA Test^dMann Whitney U Test^eTamhane Test^fTukey HSD Test

**p<0,01

tablo 3

Tablo 3: Gruplara Göre PLT ve MPV Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

	PLT		MPV	
	n	Ort±SD	n	Ort±SD
¹ Sarkoidoz	100	262,49±68,61	100	8,93±0,94
² Tüberküloz	83	323,87±96,64	83	8,15±0,94
³ Pnömoni	63	316,49±142,71	63	8,63±1,21
⁴ Kontrol	36	252,69±81,49	36	8,77±0,85
<i>p.</i>	^a 0,001**		^b 0,001**	
1-2	^c 0,001**		^d 0,001**	
1-3	^c 0,037*		^d 0,257	
1-4	^c 0,988		^d 0,848	
2-3	^c 1,000		^d 0,023*	
2-4	^c 0,001**		^d 0,010*	
3-4	^c 0,033*		^d 0,906	

^aOneway ANOVA Test (Welch)^bOneway ANOVA Test^cTamhane Test^dTukey HSD Test

**p<0,01

*p<0,05

tablo 4

Tablo 4: Granulomatoz ve Kontrol Gruplarına Göre PLT ve MPV Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

		<u>Granulomatoz</u> (n=182)	Kontrol (n=36)	P
PLT	<u>Min-Mak</u>	51-569	34-442	0,018*
	<u>Ort±SD</u>	290,48±87,86	252,69±81,49	
MPV	<u>Min-Mak</u>	6,1-11,4	6,2-10,5	0,264
	<u>Ort±SD</u>	8,57±1,02	8,77±0,85	

Student-t Test *p<0,05

tablo 5

Tablo 5: PLT İçin Çeşitli Noktalardaki Tanı Tarama Testi Sonuçları

PLT	Duyarlılık	Özgüllük	Pozitif kes.değ.	Negatif kes.değ.
<250	63,74	50,00	86,57	21,43
<260	59,34	52,78	86,40	20,43
<266	56,59	58,33	87,29	21,00
<270	54,40	69,44	90,00	23,15
<275	51,10	69,44	89,42	21,93

tablo 6

Tablo 6: İnflamatuvar ve Kontrol Gruplarına Göre PLT ve MPV Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

		<u>İnflamatuvar</u> (n=63)	Kontrol (n=36)	P
PLT	<u>Min-Mak</u>	95-733	34-442	0,006**
	<u>Ort±SD</u>	316,49±142,71	252,69±81,49	
MPV	<u>Min-Mak</u>	6,7-13,9	6,2-10,5	0,503
	<u>Ort±SD</u>	8,63±1,21	8,77±0,85	

Student-t Test **p<0,01

TP-061

Toplum Kökenli Pnömonide Serum YKL-40 Seviyesinin Tanı DeğeriHalit Çınarka¹, Mevlüt Karataş¹, Aziz Gümüş¹, Servet Kayhan¹, Aynur Kırbaş², Songül Özyurt¹, Aysel Kurt³, Ünal Şahin¹¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Rize³Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Rize

AMAÇ: Çalışmamızda toplum kökenli pnömoni (TKP) tanısı ile hastaneye yatan hastaların tedavi öncesi ve tedavinin yedinci günü kan örneklerinde YKL-40 seviyesi ölçüldü. Serum YKL-40 seviyesinin klinik tanı ve prognostik faktör değeri değerlendirildi.

YÖNTEM: TKP'li 40 ve sağlıklı 22 kontrol grubu çalışmaya katıldı. Serum YKL-40 seviyesi tedavi öncesi ve tedavinin 7. günü ölçüldü. Pnömoninin ağırlığı CURB-65 ve Pneumonia Severity Index (PSI) ile değerlendirildi.

BULGULAR: Tedavi öncesi ve tedavinin 7. günü serum YKL-40 seviyesi ortalaması sırasıyla (89.24±98.67 ng/ml, 74.37±56.28 ng/ml) olarak ölçüldü. İki parametre arasındaki fark anlamlıydı (p=0.003). Kontrol grubu ile TKP'li grup 1. ve 7. gün serum YKL-40 değerlerinde de anlamlı fark vardı (p=0.001 and p<0.001). PSI ve CURB-65 skorları ile TKP'li hastaların serum YKL-40 değerleri arasında anlamlı korelasyon yoktu.

SONUÇLAR: TKP'li grupta kontrol grubuna göre daha yüksek serum YKL-40 seviyesi tespit edildi. Serum YKL-40 seviyesinin tedavinin başlangıcında yüksek olup 7. gün YKL-40 seviyesinin kademeli olarak düşmesi serum YKL-40 seviyesinin klinik pratikte inflamasyon belirteci olarak kullanılabileceğini gösterebilir.

Figür 1

Tablo 1: CURB-65 skoru

Parametreler	Puan
1. Konfüzyon	+1
2. Üre >42.8 mg/dL, (BUN >20 mg/dL)	+1
3. Solunum Sayısı ≥30/min	+1
4. Kan Basıncı (Sistolik <90 mmHg ya da Diastolik ≤ 60 mmHg)	+1
5. Yaş ≥ 65 yıl	+1

Figür 2

Karakterler	Puan
Demografik	
Erkek	Yaş (yıl)
Kadın	Yaş (yıl) - 10
Huzurevinde Kalma	+ 10
Komorbidite	
Tümör varlığı	+ 30
Karaciğer hastalığı	+ 20
Konjestif Kalp Yetmezliği	+ 10
Serebrovaskuler hastalık	+ 10
Böbrek Hastalığı	+ 10
Vital Bulgular	
Mental Bozukluk	+ 20
Solunum Sayısı \geq 30/dk	+ 20
Sistolik TA < 90 mm Hg	+ 20
Isı < 35°C veya > 40°C	+ 15
Kalp hızı \geq 125/dk.	+ 10
Laboratuvar ve radyografi bulguları	
Arterial pH < 7.35	+ 30
BUN \geq 30 mg/dl	+ 20
Na < 130 mmol/L	+ 20
Glukoz > 250 mg/dL	+ 10
Hematokrit < 30 %	+ 10
PaO ₂ < 60 mm Hg ya da SO ₂ < 90 %	+ 10
Plevral effüzyon	+ 10

Figür 3

Tablo 3: Kontrol grubu ve toplum kökenli pnömonili hastaların yaş, cins, sigara öyküsü, CRP, WBC, ESR, fibrinojen ve başlangıç serum YKL-40 seviyelerinin karşılaştırılması

Karakterler	Kontrol grubu n=22	TKP 1.gün n=40	TKP 7.gün n=40	P* değeri
YKL-40. ng/mL	47,44 \pm 7,16	89,24 \pm 98,67	74,37 \pm 56,28	<0.001a 0.001b 0.003c
Yaş,yıl	59,8 \pm 13,0	70,53 \pm 16,2	-	AD
Sigara.Paket/yıl	19,45 \pm 18,4	33,78 \pm 34,20	-	0.03
Cinsiyet.erkek/kadın	14/8	29/11	-	AD
CRP. mg/L	-	22,2 \pm 12,95	5,78 \pm 5,6	<0.001
WBC. x103/mL	-	23759 \pm 3950	9687 \pm 4286	<0.001
ESR. /saat	-	66,4 \pm 33	67,18 \pm 28,07	AD
Fibrinojen. gr/L	-	717,1 \pm 190,97	683,21 \pm 145,35	AD

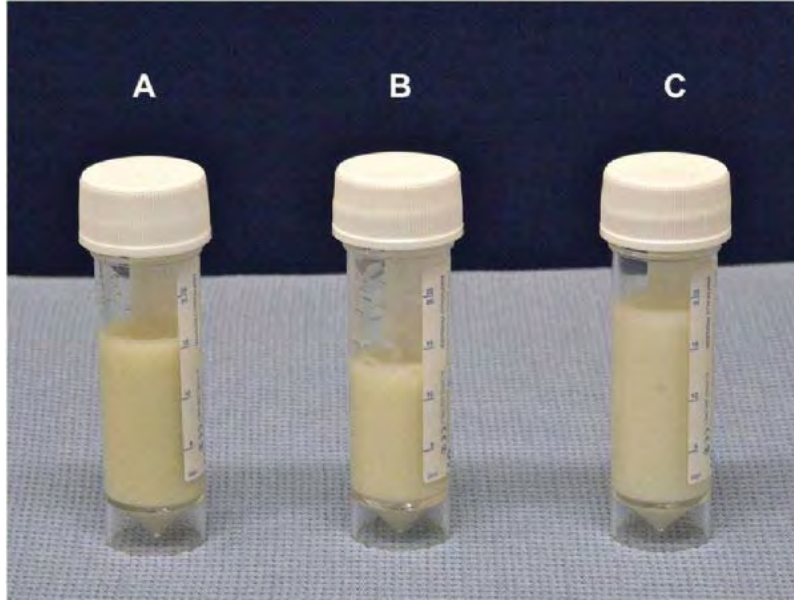
Gruplar arası parametrelerin karşılaştırılmasında Wilcoxon testi kullanıldı. Sonuçlar ortalaması standart sapma şeklinde gösterildi. *p < 0.05 anlamlı, AD: anlamlı değil, a: kontrol grubu ile pnömonili hastaların 1. gün serum YKL-40 seviyesi karşılaştırıldı, b: kontrol grubu ile pnömonili hastaların 7. gün serum YKL-40 seviyesi karşılaştırıldı, c: pnömonili grup 1. ve 7. gün serum YKL-40 seviyesi karşılaştırıldı, TKP 1. gün: TKP'li hastalar tedavi 1. günü, TKP 7. gün: TKP'li hastalar tedavi 7. gün, CRP: C-reactive protein, WBC: beyaz kan hücresi, ESR: eritrosit sedimentasyon hızı.

TP-062

Şilotoraks Tanılı 10 Hastanın Retrospektif Analizi;Kadir Burak Özer¹, Attila Özdemir¹, Murat Ersin Çardak², Hatice Eryiğit Ünalı¹, Hakan Sönmez¹, Recep Demirhan¹¹Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği²Konya Beyhekim Devlet Hastanesi

Şilotoraks; duktustorasikus veya dallarında, malignite, iatrojenik, idiyopatik vb. nedenlerle oluşan obstrüksiyona dayalı olarak plevral boşlukta şilöz mayii birikmesidir. Süt rengindeki plevral sıvının incelenmesi sırasında saptanan trigliserid (>110 mg/dl) yüksekliği ile tanı konur. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği'nde 2010 – 2014 yılları arasında tedavi edilen 6'sı kadın, 4'ü erkek 10 şilotoraks tanılı hasta etyoloji, tedavi şekli ve klinik takip açısından değerlendirilmeye alındı. 10 hastanın ortalama yaşları 51,4 (34-80) yıl idi. Etiyolojilerinde; 6 hastada malignite (lenfoma ve hemanjioperiostoma), 3 hastada cerrahi travma (özefagus cerrahisi ve radikal mediastinal lenf nodu diseksiyonu), 1 hastada idiyopatik spontan şilotoraks saptandı.

Tüm hastaların plevral sıvıları tüp torakostomi ile drene edildi. Oral alımları kesildi. Orta zincirli yağ asitlerinden zengin total parenteral nutrisyon verildi. Her hastaya somatostatin veya uzun etkili sentetik octreid analogları uygulandı. Hastaların günlük drenaj takipleri yapıldı. 7. Günün sonunda günlük drenajı <100cc olan 6 hastanın oral alımı açıldı. Drenajları olmaması üzerine tüp torakostomileri sonlandırılıp, taburcu edildi. Günlük drenajları 100cc–500cc arasında olan 2 hastanın konservatif tedavileri 14 güne tamamlandı. 14.gün sonunda oral alım sonucu drenajı olmayan hastalar tüp torakostomileri sonlandırılıp, taburcu edildiler. Günlük drenajı >500cc olan 2 hastadan (özefagus cerrahisi sonrası) birine torakoskopi diğerine torakotomi ile duktus torasikus ligasyonu uygulandı. Post-op 2.gün drenajları sonlandırılıp, taburcu edildiler. Plevral efüzyonun nadir sebeplerinden biri olan şilotoraks; sebep olan hastalığa bağlı olarak mortalitesi ve morbiditesi yüksek seyreden bir hastalıktır. Bu nedenle plevral efüzyonlarda, şilotoraks olasılığı akıldaki tutulmalı ve tanı koyulduktan sonra tedavisine hemen başlanılmalıdır.

şilöz mayii görünümü**Şilöz mayii kompozisyonu**

PH	7,4-7,8
DANSİTE	1012-1025
KÜLTÜR	STERİL
YAĞ GLOBULİNLER	SUDAN KIRMIZI İLE BOYANIR
TRİGLİSERİD	> PLAZMA
KOLESTEROL	65-220 mg/dl
KOLESTEROL / TRİGLİSERİD	< 1

Şilotoraks nedenleri

KONJENİTAL	AKKİZ	NON-TRAVMATİK
TRAVMATİK	CERRAHİ	MALİGNİTE
DUKTUS ANOMALİSİ	PENETRAN TRAVMA	ENFEKSİYON
	KÜNT TRAVMA	İDİYOPATİK

TP-063

Multiloküle Malign Plevral Efüzyonlarda Fibrinolitik Kullanımının Etkinliği; Randomize Kontrollü Bir Çalışma

Özkan Saydam¹, Kemal Karapınar¹, Muzaffer Metin¹, Lütfiye Kılıç¹, Mertol Gökçe²

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi A.D.

GİRİŞ: Malign plevral efüzyonlardaki düşük performansdan dolayı cerrahi girişim genellikle pek mümkün olmamaktadır. Günümüzde en çok kabul gören tedavi yöntemi, tüp torakostomi sonrası uygulanan talk plöredesis yöntemidir. Ancak multiloküle efüzyonları olan hastalarda bu pek mümkün değildir. Biz bu çalışmamızda multiloküle malign plevral efüzyonu olan hastalarda, intraplevral fibrinolitik ajan olan streptokinazı, randomize-kontrollü olarak inceledik.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışma Mart 2011-Temmuz 2014 tarihleri arasında Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapıldı. 40 hasta çalışmaya dahil edildi. Fibrinolitik gruptaki 20 hastaya tüp torakostomi sonrası, 24-36-48-60. saatlerde 50 ml salin solüsyonu içerisinde 250.000 İÜ streptokinaz toraks tüpünden verildi. Kontrol grubuna ise aynı şekilde 50 ml salin solüsyonu verildi. Plevral drenaj miktarları, 24-48.arası ve 48- 72. saat arası olmak üzere kaydedildi. 3.günden sonra çekilen bilgisayarlı toraks tomografisi ile tedavi öncesi tomografi ile karşılaştırılarak; lokülasyon çapları, hemitoraksa oranlanarak tedavi başarısı 1-2-3 şeklinde skorlandı. Drenaj miktarları Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldı. Radyolojik skora ise Ki-Kare testi kullanılarak karşılaştırıldı.

BULGULAR: Fibrinolitik grubundaki 20 hastanın 18' inde (%90) hem radyolojik hem de drenaj miktarlarında artış bakımından anlamlı farklılık saptandı. Kontrol grubunda ise 6 hastada (%30) anlamlı bir radyolojik iyileşme ve drenaj miktarlarında artış saptandı. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda; 2. ve 3. gün sonu drenaj miktarları her iki grup için kıyaslandığında p:0.0001 olarak hesaplanmıştır, her iki grubun radyolojik iyileşme kıyaslamasında da p:0.0001 olarak bulunmuştur.

SONUÇ: Bu çalışma bize; toraks tüpünün akciğer ekspansiyonu için yetersiz kaldığı multiloküle malign plevral efüzyonu olan hastalarda, streptokinaz gibi fibrinolitik bir ajanın akciğer ekspansiyonu için anlamlı katkı sağladığını ve plöredesis için yolumuzu açtığını göstermiştir.

TP-064

Yüksek Plevral Copeptin Düzeyleri Eksüdayı Transüdüden Ayırabilir

Aziz Gümüş¹, Halit Çınarka¹, Mevlüt Karataş¹, Aynur Kırbaş², Servet Kayhan¹, Ünal Şahin¹¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim dalı, Rize²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Klinik Biyokimya Ana Bilim dalı, Rize

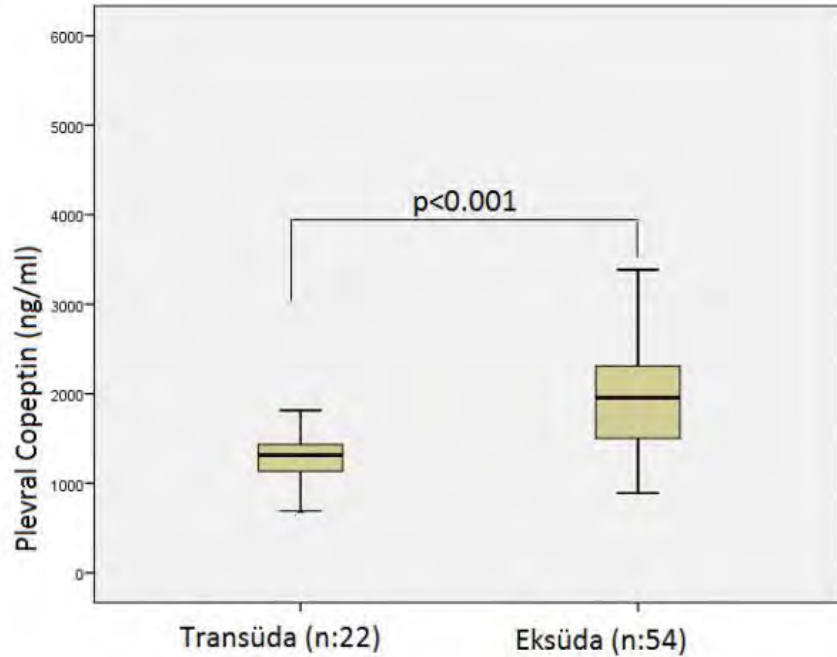
GİRİŞ: Copeptin, arjinin-vazopressin ile birlikte farklı uyarılar sonucu nörohipofizden eş zamanlı olarak salgınır. Fizyolojik fonksiyonu hala net değildir. Copeptinin artmış kan düzeyleri birçok hastalıkta kötü prognozla ilişkilidir. Plevral sıvı, sık karşılaşılan klinik bir durumdur. En sık nedenleri; kalp yetmezliği, parapnömonik efüzyon, kanser ve pulmoner embolidir. Tüberküloz, gelişmekte olan ülkelerde plevral efüzyonun diğer önemli nedenlerinden birisidir. Çalışmadaki amacımız yeni bir biyobelirteç olan copeptinin plevral efüzyona neden olan farklı hastalıkların ayırımındaki etkisini araştırmaktır.

HASTALAR ve METOD: Çalışma Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları kliniğinde yapıldı. Çalışmaya 22 kalp yetmezliği (KY), 18 parapnömonik efüzyon (PPE), 18 kanser (CA) ve 18 tüberküloz (TBC)'a bağlı plevral sıvısı olan toplam 76 hasta alındı. Bu hastaların plevral sıvısında elisa yöntemi ile copeptin düzeyi ölçüldü.

BULGULAR: Eksüda özelliğinde plevral sıvı nedenleri olan PPE, TBC ve CA'de copeptin düzeyleri arasında anlamlı farklılık tesbit edilmedi. Sırasıyla copeptin düzeyleri; 1979ng/ml (1016-3386), 2019ng/ml (1129-3204) ve 1769ng/ml (961-2902). Ancak bu 3 gruptaki copeptin düzeyleri, trasüdal plevral efüzyon nedeni olan KY'den [(1313pg/ml (891-1814))] anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.001$). Eksüdal sıvı nedenleri olan PPE, TBC ve CA'den oluşan toplam 54 hasta tek grup altında birleştirilerek, KY ile karşılaştırıldı. Copeptin düzeyinin, eksüdal sıvıda transüdal sıvıya göre anlamlı yüksek olduğu görüldü. Sırasıyla copeptin düzeyleri; 1936ng/ml (961-3386) ve 1313pg/ml (891-1814) ($p<0.001$). Roc-surve analizi ile copeptin için cut-of değeri 1469ng/ml kabul edildiğinde, eksüdayı transüdüden %79.6sensitivite, %8.8 spesifite ile ayırabildiği tesbit edildi.

SONUÇ: Plevral copeptin düzeyi, eksüdayı transüdüden ayırt etme özelliği taşıyan yeni bir biyobelirteçdir. Ancak bu özelliği plevral sıvı protein ve laktat dehidrogenaz düzeyinden daha düşüktür. Rutin kullanımda önerilmesi mümkün gözükmemektedir. Plevral copeptin düzeyinin sık eksüdal sıvı nedenleri olan PPE, TBC ve CA ayırımında katkısı yoktur.

Eksüda ve transüda gruplarında copeptin düzeylerinin box plots grafisi ile karşılaştırılması



TP-065

Enflamasyon Belirteçi Olan YKL-40 Düzeyinin Plevral Efüzyonların Tanısındaki Yeri

Servet Kayhan¹, Aziz Gümüş¹, Halit Çınar¹, Naci Murat², Adnan Yılmaz³, Recep Bedir⁴, Ünal Şahin¹¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, İstatistik Ana Bilim Dalı, Samsun³Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Rize⁴Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Rize

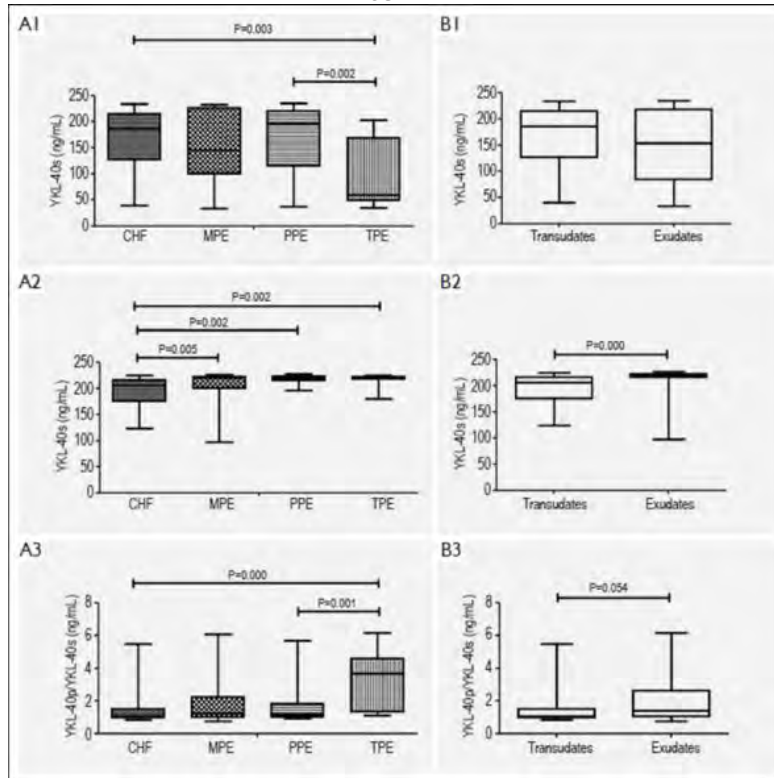
AMAÇ: YKL-40 yeni bir enflamasyon belirteçi olup bir çok akciğer hastalığı patogenezinde rol aldığı gösterilmiştir. Bu çalışmada plevrada ve serumda ölçülen YKL-40 düzeylerinin ve oranlarının plevral efüzyonların etiolojisini hızlı olarak saptamada olası klinik yararı araştırılmaktadır.

MATERYAL-METOD: Prospektif olarak planlanan klinik çalışma gözleme dayalı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Göğüs hastalıkları kliniğinde yatırılarak tedavi edilen ardışık 80 plevral efüzyonlu hasta çalışmaya alındı. Bu hastaların 23 tanesinde konjestif kalp yetmezliği (KKY) nedeniyle transuda, ve 57 hastada farklı etiyojilere bağlı eksuda vafında plevral sıvı izlendi. Eksudatif sıvıların dağılımı parapnömonik efüzyonu olan 23 hasta, malign efüzyonu olan 22 hasta ve tüberküloz plörezi olan 12 hasta şeklindeydi. Hastaların serum ve plevral sıvılarında YKL-40 düzeyleri ölçülerek diğer rutin incelemelerle birlikte tanisel değeri araştırıldı.

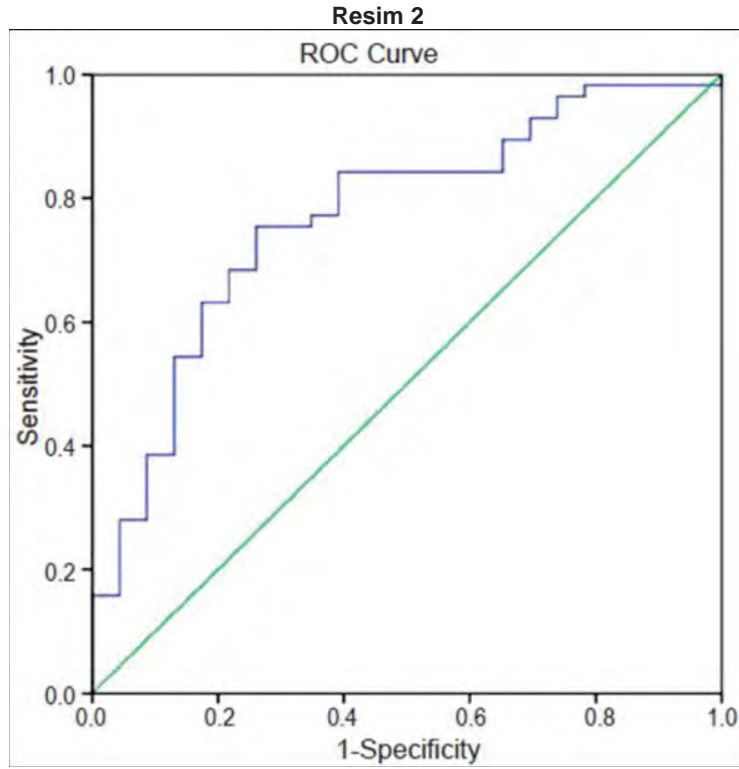
BULGULAR: Eksuda özelliği gösteren sıvılarda plevral YKL-40 düzeyi transudaya göre daha yüksek olup medyan değerler sırasıyla 219.4 ve 205.9 ng/mL olarak bulundu ($P<0.001$). ROC eğrisi analizlerine göre plevral YKL-40'ın (sınır değeri olarak >215 ng/mL alındığında) duyarlılığı %73, özgüllüğü %73, olasılık oranı 2.8 ve eğri altında kalan alan 0.770 [95% güven aralığında (CI): 0.657-0.884] olarak saptandı. Plevral YKL-40/serum YKL-40 oranının sınır değeri 1,5'dan büyük olması durumunda tüberküloz plörezi için duyarlılık %75, özgüllük %72, olasılık oranı 2.6 ve eğri altındaki alan 0.825 (95% CI: 0.710-0.940) olarak bulundu.

SONUÇLAR: Plevral YKL-40 düzeyinin yüksekliği (>215 ng/mL) eksudatif sıvıların transudatif sıvılardan ayırımında ve yüksek plevral YKL-40/serum YKL-40 oranı ($>1,5$) tüberküloz plöreziyi tüberküloz dışı nedenlerden ayırt etmek konusunda klinisyene yardımcı olur.

Resim 1



Serum YKL-40 (YKL-40s), plevral YKL-40 (YKL-40p) düzeyleri ve oranlarının konjestif kalp yetmezliği (CHF), tüberküloz plörezi (TBPE), parapnömonik efüzyon (PPE), malign plevral efüzyon (MPE), transuda ve eksuda ayırmalarında istatistiksel sonuçları



Plevra YKL-40 (>215 ng/mL) düzeyinin eksudatif sıvıları ayırmadaki değeri gösteren ROC eğrisi analizi. Duyarlılık %73, özgüllük 73%, olasılık oranı 2.8 ve eğri altında kalan alan 0.770 [95% güven aralığında (CI): 0.657-0.884]

Tablo 1

TANI	PARAMETRE	AUC	CU-TOFF DEĞERİ	DUYARLILIK	ÖZGÜLLÜK	POZİTİF PREDİKTİF DEĞER	NEGATİF PREDİKTİF DEĞER	OLASILIK ORANI	DOĞRULUK
EKSUDA	Plevral YKL-40	0.770 (0.657-0.884)	215	0,73	0,73	0,87	0,53	2,8	0,73
	YKL-40pl/ YKL-40s	0.638 (0.510-0.767)	1,2	0,57	0,65	0,80	0,38	1,6	0,60
TPE	Plevral YKL-40	0.632 (0.488-0.777)	217	0,75	0,52	0,22	0,92	1,5	0,56
	YKL-40pl/ YKL-40s	0.825 (0.710-0.940)	1,5	0,75	0,72	0,32	0,94	2,6	0,72
MPE	Plevral YKL-40	0.580 (0.442-0.718)	218	0,54	0,58	0,33	0,77	1,3	0,57
	YKL-40pl/ YKL-40s	0.520 (0.379-0.662)	1,2	0,54	0,51	0,30	0,75	1,1	0,52
PPE	Plevral YKL-40	0.610 (0.471-0.749)	218	0,56	0,57	0,35	0,76	1,3	0,57
	YKL-40pl/ YKL-40s	0.584 (0.448-0.719)	1,2	0,56	0,56	0,34	0,76	1,2	0,56

Plevral füzyonların ayırıcı tanısında plevral ve serum YKL-40 düzeylerinin tanısallık performans analizleri, TPE: tüberküloz plevral efüzyon, MPE: Malign-plevral efüzyon, PPE: paraprnömonik plevral efüzyon

TP-066

"Ben Daha Acilim!": Bir Göğüs Hastalıkları Hastanesi'nde Acil Başvuruları Retrospektif Bir Çalışma

Merve Tarhan¹, Özcan Hançer¹, Levent Dalar²¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Uygun olmayan hastaların acil servise başvurmaları hastanelerde aşırı hasta yoğunluğuna yol açmaktadır. Bu yoğunluk hastaların uzun süre beklemesine, gerçek ve ciddi hastalığı olanlara hizmet verilmesinde gecikmeye ve memnuniyetsizliğin artmasına sebep olmaktadır. Başvuran hastaların sayısı ve niteliğinin bilinmesi nasıl bir hizmet verileceğini belirlemek açısından önemlidir. Bu noktadan hareketle çalışmanın amacı, bir göğüs hastalıkları hastanesi acil servisine başvuran hastaların profilini ve başvuruların uygunluğunu belirlemektir.

GEREÇ-YÖNTEM: 1-28 Kasım 2013 tarihleri arasında acil servise başvuran toplam 6035 hasta değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, başvuruların saatlere ve günlere göre dağılımları, istenilen tetkikler ve yapılan tedaviler, yatma durumları, acil gözlem de kalış süreleri incelendi. Veriler sayı ve yüzdelik olarak hesaplandı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 54,22±19,08 olup %57,6'sı erkekti. En fazla başvuru Pazartesi günleri olup en yoğun saatlerin 20.00-23.59 arasında yaşandığı saptandı. 815 olgudan (%13,5) hiç tetkik istenmediği görüldü. Hastaların %59,8'inin acil gözlem altına alınarak tetkik ve tedavi edildiği ve %10,4'ünün yatırıldığı saptandı. Hastaların en fazla KOAH tanısı (%32,5) aldıkları görüldü. %36'sı yeşil alana ait hastalardı.

TARTIŞMA ve SONUÇ: KOAH'ın en fazla başvuru sebebi olduğu göz önünde bulundurulduğunda hastaların KOAH'ı etkin yönetmelerini sağlamak başlıca amaç olmalıdır. Bunun yanında acil başvuruların çoğunun ayakta tedavi edilmesi gereken hasta grubu olduğu görülmektedir. Durumu acil olmayan hastaların acil iş yükünü arttırdığı görülmekte ve bunun için de uygun sevk zincirinin işletilmesi, hastaların eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Şekil 1: Acile Başvuran Hastaların Dağılımı



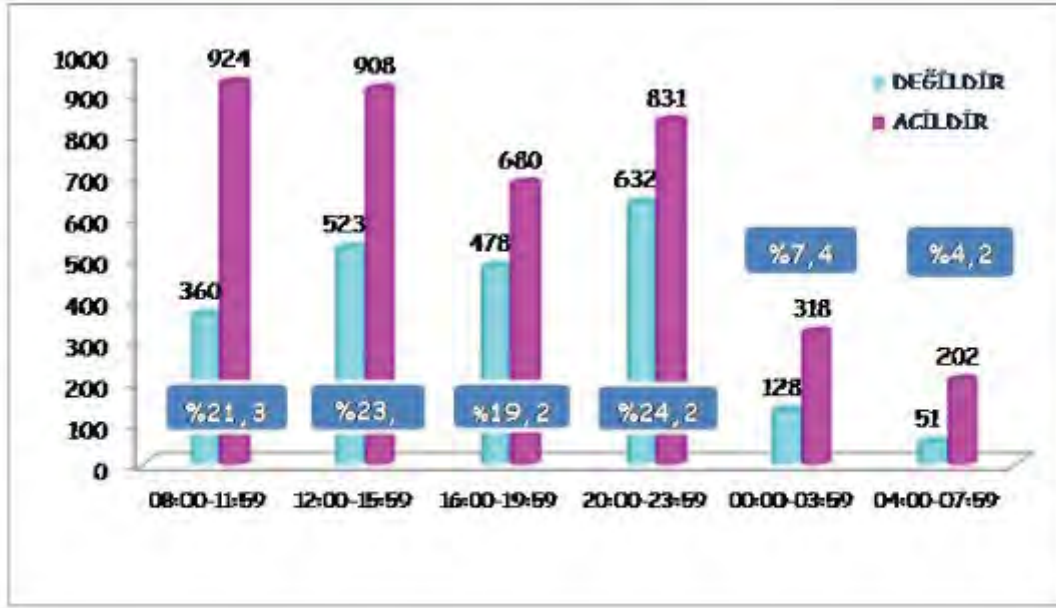
Tablo 1: Aciliyet Kriterleri

Aşağıdakilerden herhangi biri varsa ACİLDİR!	
1.	Çok hızlı biçimde bakımı gerekli hastalar: Endotrakeal entübasyon, monitorizasyon, kardiyopulmoner resüsitasyon gibi girişimler uygulanan hastalar
2.	Acil servise 112 ambulansla gelen hastalar
3.	Acil serviste acil olarak araştırılan hastalar: Tam kan sayımı, biyokimya, koagülasyon, arter kan gazı, kardiyak enzim, D-dimer, gibi kan testlerinden en az ikisinin istenmesi ve buna ek olarak akciğer grafisi, solunum fonksiyon testleri, torasentez, elektrokardiyogram gibi testlerden en az birinin istenmesi
4.	Acil serviste müşahade odasına girip tedavi alan hastalar.
5.	Acil serviste 4 saatten (240 dakika) uzun süreyle kalarak izlenen hastalar
6.	Yatan Hastalar

Tablo 2: Hastaların Demografik- Başvuru Özellikleri ve Uygunluk Oranları

Özellik	Hasta Sayısı	Yüzde	Aciliyet Uygunluk Yüzdesi	p değeri
Yaş Grupları				
65 yaş altı	3977	65,9	54,3	0,000
65 yaş ve üzeri	2058	34,1	82,8	
Cinsiyet				
Erkek	3479	57,6	67,5	0,000
Kadın	2556	42,4	59,3	
Başvurulan Gün				
Pazartesi	950	15,7	61,6	0,001
Salı	899	14,9	67,7	
Çarşamba	880	14,6	64,4	
Perşembe	870	14,4	63,6	
Cuma	851	14,1	66,9	
Cumartesi	819	13,6	58,4	
Pazar	766	12,7	65,5	
Başvuru Saati				
08:00-15:59	2715	45	67,5	0,000
16:00-07:59	3320	55	61,2	

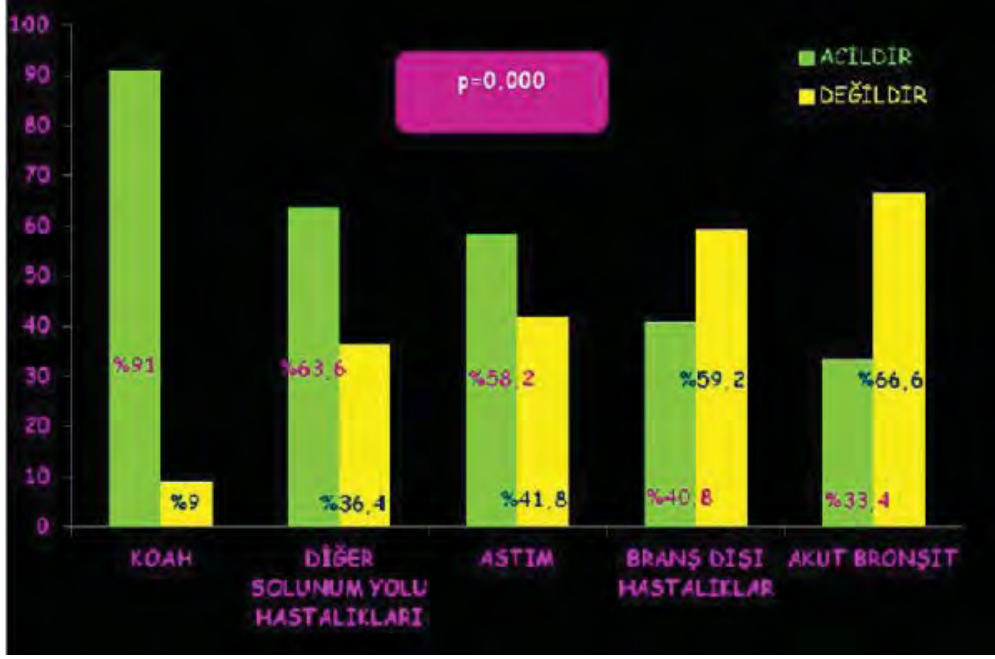
Grafik 1: Başvurularının aciliyetleri uygun olan ve olmayan hastaların geliş saatlerine göre dağılımı



Tablo 3: Acile başvuran hastaların tanısal dağılımları

Tanılar	Sayı	Yüzde
KOAH	1963	32,5
Akut Bronşit	1373	22,8
Astım	1166	19,3
Göğüs Ağrısı	297	4,9
Akciğer Kanseri	223	3,7
Diğer Solunum Yolu Hastalıkları	176	2,9
Pnömoni	175	2,9
Bronş Dışı Hastalıklar	157	2,6
Hemoptizi	149	2,5
Öksürük	138	2,3
Boğaz ve Göğüste Ağrı	72	1,2
ÜSVE	54	0,9
Tüberküloz	24	0,4
Kronik Bronşit	23	0,4
Dispne	23	0,4
Pulmoner Emboli	22	0,4

Grafik 2: Başvurularının aciliyetleri uygun olan ve olmayan hastaların tanılarına göre dağılımı



TP-067

Pre-operatif Göğüs Hastalıkları Konsültasyonu Yapılan Olguların Değerlendirilmesi

Funda Uluorman, Ayşe Dalli, Sibel Öktem Ayık, İpek Çoşkunol, Zehra Canan Kaçar, Aydın İlker Alp, Melek Çekiç
Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

Çalışmamızda, göğüs hastalıkları kliniği olarak 3 aylık periyotta yapmış olduğumuz pre-operatif konsültasyonları değerlendirmeyi amaçladık. 2013 yılı Ağustos-Ekim ayları arasındaki 285 hastaya ait göğüs hastalıkları pre-operatif konsültasyonu geriye dönük değerlendirildi. Poliklinik konsültasyonları çalışmaya dahil edilmedi. 83 hasta (% 66) ile ortopedi birinci sırada yer alırken, ikinci sırada 36 hasta ile (% 12) genel cerrahi, üçüncü sırada 35 hasta (%12) ile kalp damar cerrahisi yer almaktaydı. Pre-operatif konsültasyonların 251'i (%88) onay alırken, 20 hasta (% 7) onay alamadı, 14 hastada (% 5) konsültasyon tamamlanmadı. Onay almış hastaların konsültasyonunu tamamlayan klinisyen, risk skorlaması yapmış ise, ilgili bilgi kayıt altına alındı. Eğer risk belirtilmemişse, geriye dönük risk skorlaması yapılmadı. Bu bilgi ışığında onay almış olan 251 hastanın; 28'i (%11) düşük, 65'i (%26) düşük-orta, 80'i (%32) orta, 30'u (%12) orta-yüksek, 13'ü (%3) yüksek, 1'i (%0.4) vital endikasyon olarak değerlendirildi. 42 hastanın (%14) pre-operatif değerlendirme sonucunda onay almış olmasına rağmen cerrahi uygulanmadığı görüldü. Bu bulgunun nedeni incelendiğinde; klinisyenin aceleci tavrı ve hasta ile olan iletişim kopukluğunun rol oynadığı düşünüldü. Bu durum pre-operatif değerlendirmeler sırasında ortaya çıkan gereksiz iş gücü kaybı olarak değerlendirildi. Yapılmış olan cerrahi tipine bakıldığında ekstremitte cerrahisi 92 hasta ile (%32) birinci sırada yer almaktaydı. 279 hastanın (%97) PAAC grafisi vardı ve 117 hastanın (%42) PAAC grafisi normal sınırlarda olarak izlenmekteydi. AKG'nın 16 hastada (%5), solunum fonksiyon testinin (SFT) ise 73 hastada (%25) mevcut olduğu görüldü. SFT'de en sık saptanan anormallik %36 ile obstruktif bozukluk idi. Post-operatif dönemde 11 hasta da (%3.8) cerrahi komplikasyon geliştiği görüldü. Bu hastaların pre-operatif değerlendirmelerine bakıldığında; 3 hasta orta risk, 3 hasta yüksek risk, 1 hasta vital endikasyon olarak değerlendirilmiş, 2 hasta da konsültasyonun tamamlanmamış, 2 hastanın ise göğüs pre-operatif notunda cerrahi için onay verilmemiş olduğu görüldü. Cerrahiye takiben ortaya çıkan komplikasyonlar özellikle de pulmoner komplikasyonlar belirgin morbidite ve mortalite nedenidir. Bu nedenle postoperatif dönemde pulmoner problem açısından risk taşıyan olgular önceden belirlenmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır. Bu yönden pre-operatif değerlendirme çok önem taşımaktadır.

Göğüs Hastalıkları pre-operatif konsültasyon isteyen klinikler

Klinik	Hasta Sayısı	Yüzdesi (%)
Ortopedi	83	% 26
Genel Cerrahi	36	%12
Kalp Damar Cerrahisi	35	%12

Pre-operatif konsültasyon sonucunda ortaya çıkan risk skorlamasının dağılımı

Konsültasyon Sonucu	Hasta Sayısı	Yüzdesi (%)
Düşük	28	% 11
Düşük-Orta	65	% 26
Orta	80	% 32
Orta-Yüksek	30	% 12
Yüksek	13	% 3
Vital Endikasyon	1	% 0.4

TP-068

Normotansif Pulmoner Embolide Santral Trombusün Prognostik Önemi

Ayşegül Şentürk¹, Savaş Özsu², Serap Duru³, Ebru Çakır⁴, Seviç Sarıncı⁵, Ezgi Demirdöğen⁶, Servet Kayhan⁷, Aygül Güzel⁸, Fatih Yakar⁹, Serdar Berk¹⁰, Nalan Demir¹¹, Tefik Özlü²

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

³Dışkapı Eğitim ve Araştırma hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara

⁴Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne

⁵Afyon Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Afyon

⁶Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

⁷Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize

⁸19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun

⁹Bezmi Alem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

¹⁰Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Sivas

¹¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Santral trombuslü pulmoner emboli tanılı normotansif hastalarda mortalite bilinmemektedir. Bu hastalarda düşük molekül ağırlıklı heparin, unfraksiyone heparin veya trombolitik tedavi seçimi ile ilgili veriler yeterli değildir.

AMAÇ: Bu çalışmada santral yerleşimli trombus varlığının pulmoner emboli tanılı hastalarda 30 günlük mortaliteyi etkileyip etkilemediğinin araştırılması ve bu hastalarda farklı tedavi modalitelerinin sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

METOD: Bu prospektif çalışmaya hemodinamik olarak stabil pulmoner emboli tanısı almış 874 hasta alınmıştır. Tüm hastalara multidektör bilgisayarlı tomografi çekilmiş ve trombusün sınırı ve yerleşimi belirlenmiştir.

SONUÇ: Hastaların ortanca yaşları 67 ± 16.8 yılken (aralık 19-96 yaş), 350 hasta (%46,5) erkekti. 319 hastada (%36,5) santral trombus bulunurken, 264 hastada (%30,2) lobar, 291 hastada (%33,2) distal trombus bulunmaktaydı. 74 hasta (%8,5) tanı ile beraber 30 gün içerisinde ölümler, santral, lobar ve distal trombusü bulunan hastalarda ölüm insidansı sırası ile % 11,9, %6,8 ve %6,2 idi. Santral trombusü bulunan hastalarda 30 günlük mortalite diğerleri ile karşılaştırıldığında daha yüksekti ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ana pulmoner arterde trombusü bulunan hastalarda unfraksiyone heparin ve düşük molekül ağırlıklı heparin veya trombolitik tedavi arasında mortalite hızı bakımından farklılık saptanmadı.

TARTIŞMA: Hemodinamik olarak stabil olan pulmoner embolili hastalarda santral trombus varlığı mortalite açısından bağımsız bir risk faktörü değildir, bu hastalarda düşük molekül ağırlıklı heparin ve unfraksiyone heparin tedavi etkileri benzer bulunmuştur.

TP-069

Tıbbi Vasiyet Konusunda Farkındalık Ölçme

Efe Özoğlu¹, İbrahim Başol¹, Didem Hancı¹, Nesibe Hatun Ozan¹, Ayşe Nergis¹, Özlem Göksel², Ayşen Özkaya³, Tuncay Göksel²¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencisi, İzmir²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir³Özkaya Avukatlık Bürosu, İzmir

GİRİŞ: Tedavi edilemez bir hastalığın ve ölüm sürecinin zorlukları daha önce yeterli olan bireyin karar verme kapasitesini bozabilir. Yaşamı destekleyen tedavilere ilişkin bireyin kişisel tercihlerini, dolayısıyla kendi hakkında karar verme hakkını korumak amacıyla kişinin karar verme kapasitesinin ortadan kalkacağı durumlar için önceden istek bildirimini tıbbi vasiyet olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi vasiyet dünyada önemi giderek artan bir konudur, Türkiye'de bilgi ve farkındalık çok düşük düzeyde olduğu tahmin edilmektedir.

AMAÇ: Tıbbi vasiyet kavramının ne kadar bilindiği, toplumun tıbbi vasiyete nasıl bir önyargıyla yaklaşacağı, tıbbi vasiyetin toplum tarafından benimsenebilirliğini değerlendirmek.

YÖNTEM: Bu araştırma prospektif kesitsel bir anket çalışmasıdır. Yüz yüze yapılan anket çalışmasına tıp mensupları (Grup I: mezun veya öğrenciler), hukukçular (Grup II: mezun veya öğrenciler) ve hukuk veya tıp mesleği dışındaki kişiler (Grup III) dahil edilmiştir. Bilgiler SPSS 21.0'a yüklenmiş, demografik özelliklerin yüzdeleri alınmış ve gruplar arasındaki farklılıklar ki kare ve t testi ile ölçülmüştür.

BULGULAR: Toplam anket çalışmasına 330 gönüllü dahil edildi. Grup I'de 91, Grup II'de 40, Grup III'de 209 gönüllü bulunmaktaydı. Gönüllülerin %56'sı kadın, %52'si evli, %32'si lise mezunu olup yaş ortalaması 37'di. Gönüllüleri %33'ü tıbbi vasiyet konusundan haberdar olduğunu ve %65'i tıbbi vasiyet bırakmak isteyeceğini bildirdi. Tıbbi vasiyet verme durumunda kararları önceden kendisinin almak isteyenlerin (%56) çoğunluk olduğu, %23'ünün ise bir başkasına bırakabileceğini bildirdi. Sadece 7 kişinin (%2) tıbbi vasiyet veren bir tanıdığı vardı. Gönüllülerin %61'i tıbbi vasiyeti etik ve ahlaki bulurken, %28'i tartışmalı, %7'si ise etik dışı olduğunu bildirdi. Tıbbi vasiyeti bilme oranını Grup I'de %50, Grup II'de %35, Grup III'de ise %27 idi ($p<0.05$). Tıbbi vasiyeti bırakma niyeti konusunda sade vatandaş, tıpçılar ve hukukçulara göre isteksiz bulundu (Grup I: %78, Grup II: %80, Grup III: %60; $p<0.05$). Tüm gruplarda, tıbbi vasiyet verme durumunda, kişiler kendi kararlarını önceden kendilerinin alacağını bildirdi. Olayın etik/ahlaki tartışmasında hukukçuların daha tereddütlü olduğu görüldü (Etik bulma oranı: Grup I: %67, Grup II: %50, Grup III: %63; $p<0.05$).

SONUÇ: Bu çalışma, tıbbi vasiyet konusunda bir miktar farkındalık olsa da, zihinlerde tam oturmadığı ve işin eyleme dönüşümünün oldukça yetersiz olduğunu göstermektedir.

Grafik I.



Tablo I.

Demografik Özellikler	Grup						Toplam		
	Hekim ve hekim adayları		Hukukçular		Diğer				
Yaş Ortalaması	26,6 ±10,8(18-65)		29,2 ±11,1(18-54)		42,2 ±15,9(14-83)		36,8 ±16,0(14-83)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	50	61,7	24	60	112	53,6	186	56,4
	Erkek	31	31,3	16	40	97	46,4	144	43,6
Medeni Hal	Bekar	70	86,4	30	75	58	27,8	158	47,9
	Evli	11	13,6	10	25	151	72,2	172	52,1
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	0	0	0	0	2	1	2	0,6
	Okuryazar	0	0	0	0	1	0,5	1	0,3
	İlköğretim	0	0	0	0	68	32,7	68	20,7
	Lise	30	37	14	35	64	30,8	108	32,8
	Ön lisans	0	0	0	0	13	6,3	13	4
	Lisans	22	27,2	22	55	54	26	98	29,8
	Yüksek lisans	15	18,5	4	10	4	1,9	23	7
Doktora	14	17,3	0	0	2	1	16	4,9	
Psikolojik hastalık var mı?	Var	3	3,7	2	5,3	22	10,7	27	8,3
	Yok	78	96,3	36	94,7	183	89,3	297	91,7

Demografik özellikler.

Grafik II.



Tablo II.

Anket Soruları	Grup						Toplam		
	Hekim ve hekim adayları		Hukukçular		Diğer				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tıbbi vasiyeti biliyor musunuz?	Biliyorum	40	50,6	14	35,9	56	27,3	110	34,1
	Fikrim yok	39	49,4	25	64,1	149	72,7	213	65,9
	Yanıt yok	2		1		4		7	
Sizce şikârlardan hangi tıbbi vasiyete daha yakın?	Organ bağış	10	14,9	8	29,6	68	51,5	83	37,7
	Kişinin kronik hastalığında kararlarını bildirmesi	50	74,6	19	70,4	37	28,0	103	46,8
	Kişinin tıbbi kararlarını birine bıraktığını bildirmesi	7	10,4	0	0	21	15,9	28	12,7
	Mal varlığını birine bırakması	0	0	0	0	6	4,6	6	2,7
	Yanıt yok	14		12		76		102	
Tıbbi vasiyet vermeyi düşünür müsünüz?	Düşünürüm	62	78,5	32	80	121	60,2	215	67,2
	Hayır düşünmüyorum	17	21,5	8	20	80	39,8	105	32,8
	Yanıt yok	2		0		8		10	
Nasıl bir vasiyet vermeyi düşünürdünüz?	Kendi kararımı kendim alırım	56	77,8	21	65,6	110	69,2	187	71,1
	Kararlar için bir başkasını görevlendiririm	16	22,2	11	34,4	49	30,8	76	28,9
	Yanıt yok	9		8		50		67	
Bir başkasına bırakacak olsanız kim olurdu?	Eş	22	33,8	7	21,2	58	37,9	87	34,7
	Anne-baba	27	41,5	8	24,2	18	11,8	53	21,1
	Çocuklar	3	4,6	4	12,1	38	24,8	45	17,9
	Belirledğim bir doktor	10	15,4	10	30,3	21	13,7	41	16,2
	Diğer	1	1,5	4	12,1	8	5,2	13	5,2
	Eşim ve anne-babam	0	0	0	0	2	1,3	2	0,8
	Eşim ve çocuklarım	1	1,54	0	0	6	3,9	7	2,9
	Anne-babam ve çocuklarım	1	1,54	0	0	0	0	1	0,4
	Eşim, anne-babam ve çocuklarım	0	0	0	0	1	0,7	1	0,4
	Eşim, çocuklarım ve belirledğim bir doktor	0	0	0	0	1	0,7	1	0,4
Yanıt yok	15		7		56		79		
Tıbbi vasiyet veren bir tanıdığınız var mı?	Var	1	1,2	0	0	6	2,9	7	2,2
	Yok	80	98,8	32	100	202	97,1	314	97,8
	Yanıt yok	0		8		1		9	
Sizce bu uygulama etik/ahlakî mi?	Evet	54	67,5	20	50	129	63,9	203	63,0
	Hayır	0	0	5	12,5	19	9,4	24	7,5
	Tartışmalı	26	32,5	15	37,5	54	26,7	95	29,5
	Yanıt yok	1		0		7		8	

Anket sonuçları.

Grafik III.



TP-070

Poland Sendromu Tanısı Konulan 113 hastanın Klinik Değerlendirilmesi

Nurettin Yiyit, Turgut Işıtmangil

Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, İstanbul

GİRİŞ: Poland sendromu klasik olarak pektoral kasın yokluğu ve el anomalileri ile seyreden nadir konjenital bir anomalidir. Zamanla bir çok yeni varyant ve eşlik eden hastalıklar tanımlanmıştır.

Hastalar: 1990 ile 2014 yılları arasında 113 hastaya Poland sendromu tanısı konuldu. 6 hastaya latissimus dorsi kas transpozisyonu ameliyatı uygulandı.

BULGULAR: Sendromun 113 hastanın 63(%55.7)'ünde vücudun sağ tarafını, 42(%37.1)'inde sol tarafını ve 8(7%)'inde bilateral tuttuğu görüldü. Tüm hastalarda pektoralis majör kasının kısmı veya total agenezisi tespit edildi. 81(71.6%) hastada kas total yok iken 32(28.3%) hastada sadece kasın sternokostal başı yoktu. Serimizde sendromun tanımlanmış diğer komponentleri ve eşlik eden hastalıkları farklı oranlarda mevcuttu. 6 hastamızın göğüs duvarı stabilizasyonu ve simetrisi latissimus dorsi kas transpozisyonu ameliyatı ile sağlandı.

TARTIŞMA: Poland sendromu nadir bir anomali olduğundan olgu serisi oldukça azdır. Serimiz bilinen tek merkezli en geniş seridir. Bu nedenle Poland sendromu konusunda önemli katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Resim 1



Poland sendromu, brakisindaktili

Resim 2



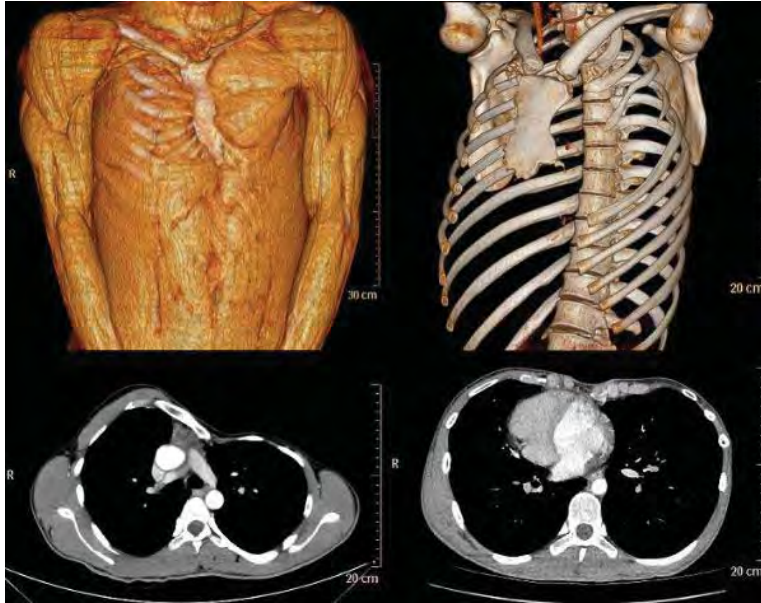
Sprengel deformitesi, kontralateral pektus karinatum, skolyoz

Resim 3



Direk grafide kot defekti, dekstrokardi ve brakidaktili izleniyor

Resim 4



BT de pektoral kas yokluğu, Skapula elevasyonu, kontralateral pektus karinatum deformitesi izlenmektedir

Resim 5



Latissimus dorsi kas transpozisyonu ameliyatı öncesi ve sonrası

Resim 6



Poland sendromu ve kontralateral jinekomastili hastanın ameliyat öncesi ve sonrası

TP-071

Diyafragma Patolojilerinde Radyolojik Görüntüleme Yöntemlerinin Tanıya Katkısının Cerrahi ile Doğrulanması

Ahmet Üçvet, Esra Yamansavcı Şirzai, Metin Er, Banu Yoldaş, Serkan Yazgan, Ozan Usluer, Soner Gürsoy
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, 1. Göğüs Cerrahi Kliniği, İzmir

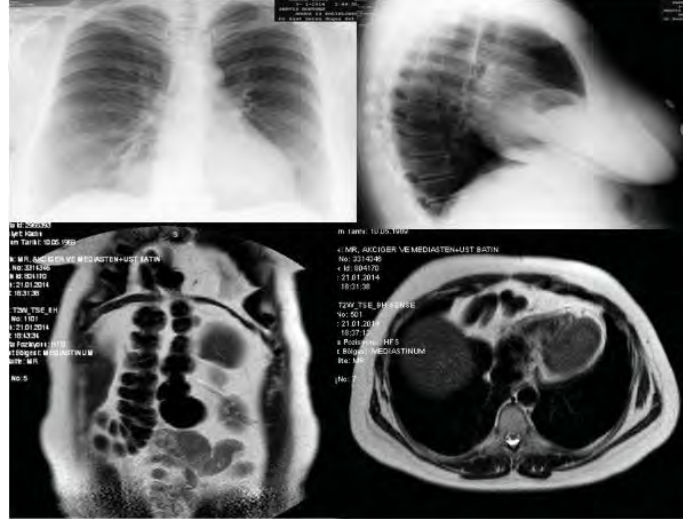
AMAÇ: Bu çalışmada kliniğimizde çeşitli diyafragma patolojileri nedeniyle operasyon uygulanan hastalarda klinik bulguların, radyolojik yöntemlerin incelenmesi ve postoperatif sonuçların gözden geçirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Ocak 2007 – Haziran 2014 tarihleri arasında benign diyafragma patolojileri nedeniyle opere edilen 35 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar preoperatif dönemde öncelikle lateral ve posteroanterior akciğer grafisi ile değerlendirildi. Gerekli görüldüğünde uygulanan diğer inceleme yöntemleri ise bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi ve manyetik rezonansdı. Hastalar; 10'u (%28,6) konjenital diyafragma hernisi, 16'sı (%45,7) travmatik diyafragma yaralanması ve 9'u (%25,7) diyafragma evantrasyonu olmak üzere 3 gruba ayrıldı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalamaları $40,9 \pm 13,8$ (14 - 66 yaş arası) olup, 24'ü erkek, 11'i (%) kadındı. Altı hastaya (%17,1) acil şartlarda torakotomi uygulandı, diğer hastalar elektif şartlarda değerlendirildikten sonra operasyona alındı. On üç hastaya (%37,1) sağ, yirmi iki hastaya (%62,9) sol torakotomi uygulandı. Hiçbir hastada defekt önünde yama kullanımına gerek duyulmadı. Bilgisayarlı tomografi çekilen 27 hastadan 13'ünde, ultrasonografi yapılan 22 hastadan 14'ünde ve manyetik rezonans istenen 18 hastadan üçünde tanı saptanamadı. Gruplar incelendiğinde; konjenital diyafragma herni teşhisinde manyetik rezonans, diyafragma evantrasyonunda ultrasonografi ve travmatik diyafragma yaralanmasında bilgisayarlı tomografi, patolojiyi daha yüksek oranda doğru tahmin etti. Ortalama yatış süresi $5 \pm 1,6$ (3–9 arası) gün ve ortalama takip süresi $37,8$ (1–89 arası) ay olup kontrolleri halen devam etmektedir. Üç hastada (%8,5) post operatif kanama nedeniyle retorakotomi uygulandı. Kesici alet yaralanması sonrası diyafragma, akciğer ve dalakta laserayon nedeniyle acil torakotomi ile opere edilen bir hasta erken dönemde kaybedildi (operatif mortalite %2,9).

SONUÇ: Radyolojik incelemelerdeki tüm gelişmelere rağmen diyafragma patolojisi düşünülen olgularda radyolojik yöntemlerin tanısallık verimliliği istenen ölçülerde olamamaktadır. Bu çalışmadaki, cerrahi ile doğrulanmış verilerde, MRI'nin diğer yöntemlere göre daha değerli sonuçlar verdiği izlenmiştir. Bu açıdan klinik ve radyolojik verilerin bir bütün olarak değerlendirilmesi gerektiği kanısındayız.

Resim 1



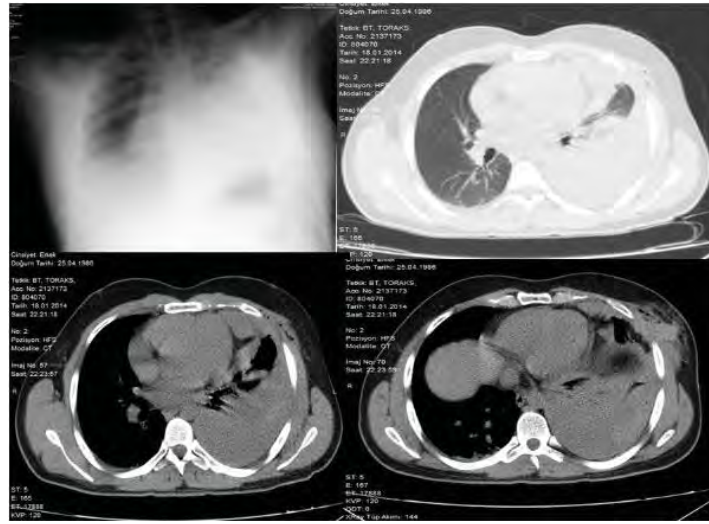
Morgagni hernisi, postero-anterior, lateral akciğer grafisi ve MRG

Resim 2



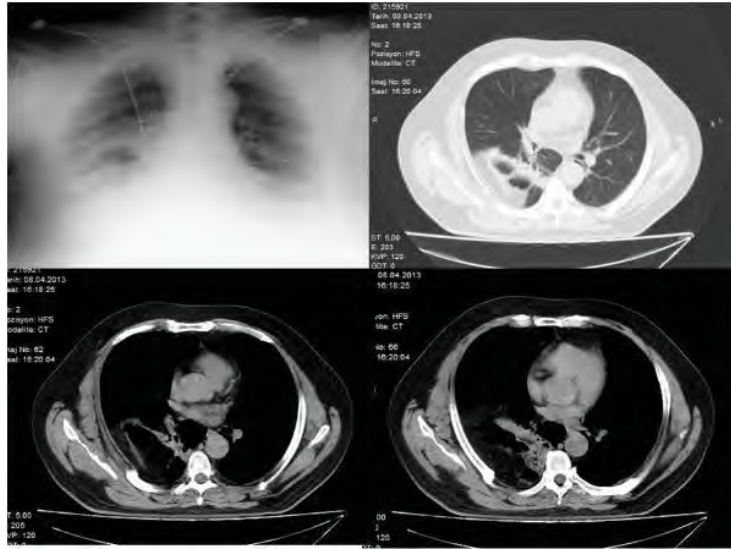
Morgagni hernisi, postero-anterior, lateral akciğer grafisi ve MRG

Resim 3



Kesici delici alet yaralanması sonucu sol diyafragma laserasyonu ve hemotoraks

Resim 4



Araç içi trafik kazası sonrası kot fraktürlerinin eşlik ettiği sağ diyafragma rüptürü

Resim 5



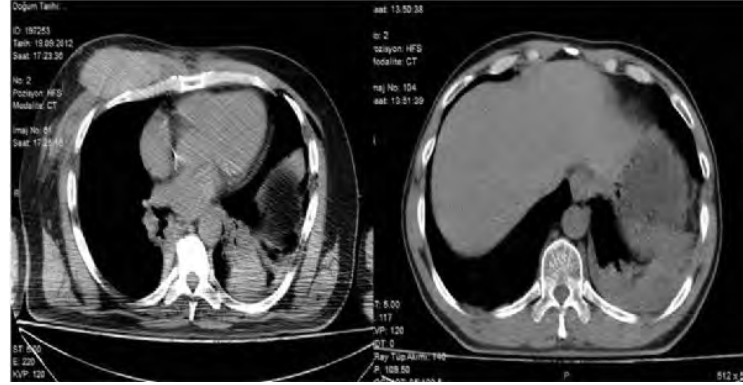
3 ay önce araç içi trafik kazası geçiren hastada sağ diyafragma rüptürü

Resim 6



Diyafagma evantrasyonu

Resim 7



Travmatik diyafagma yaralanmaları

Tablo 1

Tanı	Erkek	Kadın	Yaş (Yıl)	Toplam	%
Konjenital diyafagma hernisi	6	4	25- 66	10	28,6
Travmatik diyafagma yaralanması	12	4	14- 58	16	45,7
Diyaframa evantrasyonu	6	3	23- 62	9	25,7
Toplam	24	11	14- 66	35	100

Saptanan diyafagma patolojileri

Tablo 2

Tanı	MRC*	BT**	USG***
Konjenital diyafagma hernisi	%60	%50	%20
Travmatik diyafagma yaralanması	%25	%37,5	%12,5
Diyaframa evantrasyonu	%44	%22	%55

Görüntüleme yöntemlerinin diyafagma patolojilerini saptama yüzdeleri * Manyetik Rezonans Görüntüleme ** Bilgisayarlı Tomografi *** Ultrasonografi

TP-072

Bronşektazinin cerrahi tedavisinde tek port video yardımcı torakoskopik (VATS) lobektomi sonuçlarımızİlhan Ocakcıoğlu¹, Hakan Sarzep¹, Mustafa Dinç², Fuat Sayır³¹Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Van²Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Van³Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Van

GİRİŞ: Bronşektazinin cerrahi tedavisinde yaygın olarak açık cerrahi yaklaşım tercih edilirken son zamanlarda video yardımcı torakoskopik rezeksiyonlarda (VATS) rutin cerrahi pratiğe girmiştir. Geleneksel VATS rezeksiyonlar için üç ya da dört port insizyon kullanılırken, olgularımızda tek port insizyondan torakoskopik anatomik rezeksiyon uyguladık.

YÖNTEM-GEREÇLER: Ocak 2013- Temmuz 2014 tarihleri arasında akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografi kullanılarak klinik ve radyolojik olarak bronşektazi tanısı konulan, tek port VATS yöntemi ile opere edilen 5 olgu prospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: 5 olgunun yaş ortalaması 35,4 (24-57) olup, olguların 2 si erkek (%40), 3'ü kadındı (%60). Bronşektazi 2 olguda sağ üst lobda, 2 olguda sağ alt lobda ve 1 olguda sol alt lobda lokalize idi. Olguların tümüne torakoskopik olarak lobektomi uygulandı. Bütün olgular kaburga ayırıcı konulmaksızın torakoskopik olarak 3,5-4 cm uzunluğunda tek bir kesiden yapıldı. Hiç bir olguda açık torakotomi ihtiyacı gerekmedi. Ortalama operasyon süresi 150 dakika idi. Olguların hiçbirinde operasyon sırasında komplikasyon gelişmedi. Diren kalış süresi ortalama 3,2 gün, hastanede kalış süresi ortalama 4,2 gün idi. Yatış süresince sadece 1 hastada cilt altı amfizem gözlemlendi. Operasyon sonrası vizüel analog skalası (VAS) 24. saat 2,6, 48. saat 2,8 ve 72. saat 2,2 idi. Ortalama takip süresi 5 ay olup hastalar asemptomatik idi.

SONUÇ: Bronşektazinin cerrahi tedavisinde günümüzde açık veya klasik torakoskopik yaklaşımlar tercih edilmekte olup tek insizyon torakoskopik rezeksiyon yeni uygulanabilir bir yöntemdir. Geleneksel yöntemlere kıyasla bu minimal invaziv yöntem daha az ağrı, daha az morbidite, kısa hastanede kalış süresi ve daha iyi estetik sonuçlar ile daha avantajlı bir yaklaşımdır.

Resim 1



İnsizyon

Tablo 1

OLGU	VAS 24. SAAT	VAS 48. SAAT	VAS 72. SAAT
OLGU 1	3	3	2
OLGU 2	2	2	2
OLGU 3	3	3	2
OLGU 4	3	4	3
OLGU 5	3	2	2
ORTALA- MA	2,6	2,8	2,2

Tek port VATS lobektomi uygulanan bronşektazi olgularının post operatif 24, 48 ve 72. saat VAS değerleri

Resim 2



Endoskopik aletlerin kullanımı

Tablo 2

OLGU	PRE FEV1 %	POST FEV1 %	PRE FEV1 LT	POST FEV1 LT
OLGU 1	82	74	2,27	2,08
OLGU 2	72	65	2,10	1,92
OLGU 3	76	69	2,05	1,87
OLGU 4	78	69	2,45	2,32
OLGU 5	77	64	2,65	2,20
ORTALA- MA	77	68,2	2,30	2,07

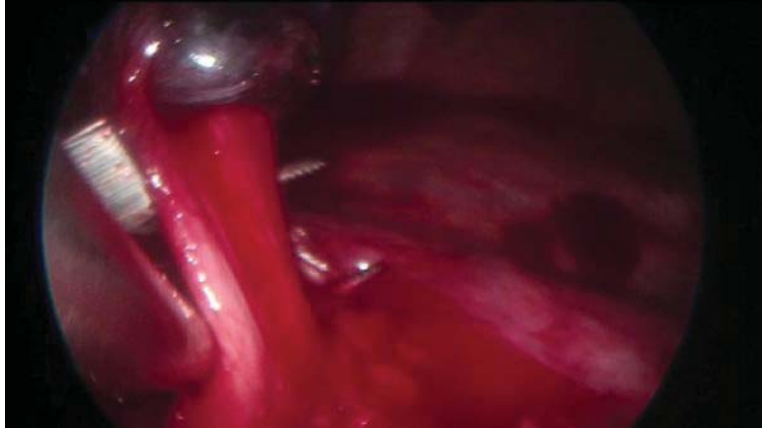
Tek port VATS lobektomi uygulanan bronşektazi olgularının pre - post operatif FEV1 değerleri

Resim 3



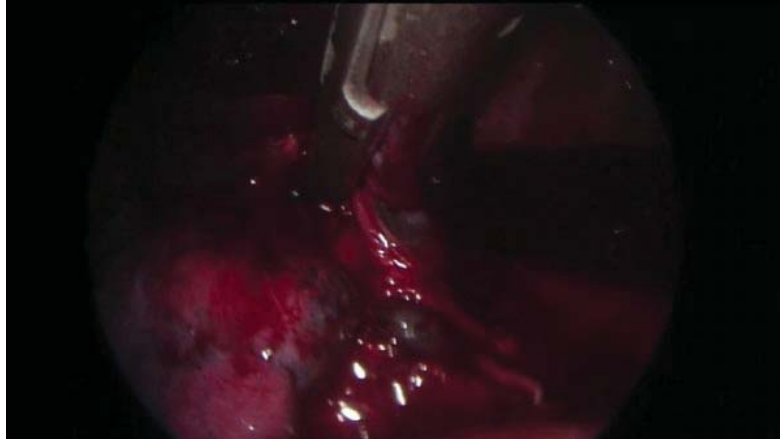
Common bazal arter divizyonu

Resim 4



İnferior pulmoner ven diseksiyonu

Resim 5



BronŖ divizyonu

Resim 6



İnsizyon yeri ve diiren

TP-073

Düşük Doz Çinko İlavasının Yeni Kemik Gelişimi Üzerine Etkisi: Deneysel ÇalışmaMustafa Çalık¹, Saniye Göknil Çalık², Olgun Kadir Arıbaş³, Abdulkemir Kasım Baltacı⁴¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi Kliniği²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı⁴Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı

Kemiklerin mineral yapısını oluşturan hidroksiapatit kristallerini, magnezyum (Mg), florür (F), manganez (Mn), çinko (Zn), silikon (Si) ve stronsiyum (Sr) gibi birçok eser elementleri içerir. Bu eser elementler kemik kütlesinin sadece küçük bir bölümünü temsil etseler de kemik metabolizması için vazgeçilmezdir. Çinko normal kemik metabolizması için gerekli olan, temel elementlerden olduğu bilinmektedir.

Çinko, osteoblast proliferasyonu ve farklılaşmasını uyarak kemik oluşumunu; kollajen sentezi ve alkalin fosfataz aktivitesi artırarak osteoblastik kemik mineralizasyonu uyarır. Bu amaçla, kemik rezeksiyonu yapılan genç tavşanlarda çinkonun yeni kemik gelişimi üzerine etkisini ve bunu etkileyen faktörleri araştırmaktır. Randomize seçilen 6 haftalık 40 tane erkek Yeni Zelanda beyaz tavşanı sekiz eşit gruba ayrıldı. Grup 1 ve 2'ye (n=5) iki adet kostal kırık (sağ 3 ve 4) rezeksiyonu parsiyel, Grup 3 ve 4 'de total rezeksiyon şeklinde yapıldı.

Grup 5 ve 6'da dört adet (sağ 3, 4, 5 ve 6) kostokondral rezeksiyon parsiyel, grup 7 ve 8'de de total gerçekleştirildi. Grup 2, 4, 6 ve 8 tavşanlara post operatif birinci günden itibaren 0,06 mg/Kg'dan otuz gün süreyle intraperitoneal çinko solüsyonu enjekte edildi. 24 hafta da tavşanlar öldürülüp ilgili alan patolojik değerlendirmeye tutuldu. Gruplar arasında patolojik karşılaştırma yapıldığında, osteoblast ve osteoklastlar arasındaki fark bütün gruplarda istatistiksel olarak anlamlıydı. Histolojik açıdan kemiklerin konsolidasyonu düşük doz çinko ilavesi ile büyük ölçüde artmıştır. Literatürle uyumlu olarak bizim çalışmamızda, düşük doz çinko ilavesi osteoblastik kemik oluşumunu uyarırken osteoklastik kemik rezorpsiyonunu önledi. Bütün memelilerde çok geniş ve önemli rollere sahip çinkonun; sadece kemik kütlesinin korunmasında rol almayıp kemik metabolizmasına spesifik alkalin fosfataz (ALP), Tip IV jelatinaz, karbonik anhidraz II (çağır) ve tartarat dirençli asit fosfataz (TRAP) gibi enzimlerin kofaktörü olarak görev alır. Literatürle uyumlu olarak; bulgularımıza göre, düşük doz çinko ilavesinin bile kaburga kırığının konsolidasyonunu hızlandırdığını göstermektedir. Çinko; bütün kemik kırıkları, median sternomi, çene cerrahisinin ve hatta geleneksel Ravitch operasyonlarından sonra yeni kemik oluşumu ve konsolidasyonunu artırmak için kullanılabilir.

TABLO I

	GRUP 1-2		GRUP 3-4		GRUP 5-6		GRUP 7-8	
	t	P	t	P	t	P	t	P
VEGF	-1,633	,141	-,232	,822	-1,265	,242	-,756	,471
LENFOSİT	-1,386	,203	-1,535	,163	-,063	,951	-,349	,736
FİBROBLAST	-6,693	,000	-,061	,953	-,279	,788	-,316	,760
OSTEOBLAST	-4,788	,001	-5,200	,001	-5,949	0,000	-6,128	,000
OSTEOKLAST	3,674	,006	2,449	,040	2,449	0,040	2,530	,035

Karşılaştırmalı grupların t ve P değerleri

TABLO II

	GRUP 1	GRUP 2	GRUP 3	GRUP 4	GRUP 5	GRUP 6	GRUP 7	GRUP 8
VEGF	4,8±1,48	6,0±0,70	6,0±1,22	6,2±1,48	5,2±0,44	5,6±0,54	5,8±0,83	6,2±0,83
LENFOSİT	6,4±2,96	8,6±1,94	10,6±3,20	13,6±2,96	16,8±4,91	17,0±5,14	18,0±4,89	18,8±1,48
FİBROBLAST	5,8±1,30	11,4±1,34	14,2±6,53	14,4±3,36	18,6±2,96	19,0±1,22	19,4±2,30	19,8±1,64
OSTEOBLAST	18,8±2,28	25,4±2,07	13,6±1,34	18,8±1,78	19,2±2,28	27,4±2,07	14,4±1,14	19,6±1,51
OSTEOKLAST	5,8±0,83	4,0±0,70	7,0±1,58	5,2±0,44	6,0±0,70	4,8±0,83	7,4±1,14	5,8±0,83

Grupların ortalama ve standart sapma değerleri

TP-074

Alkali Pillerin Özofagusta Kalma Süresinin Morbidite ve Mortaliteye Etkisi

Menduh Oruç, Fatih Meteroğlu, Serdar Onat, Ahmet Erbey, Refik Ülkü, Atalay Şahin
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

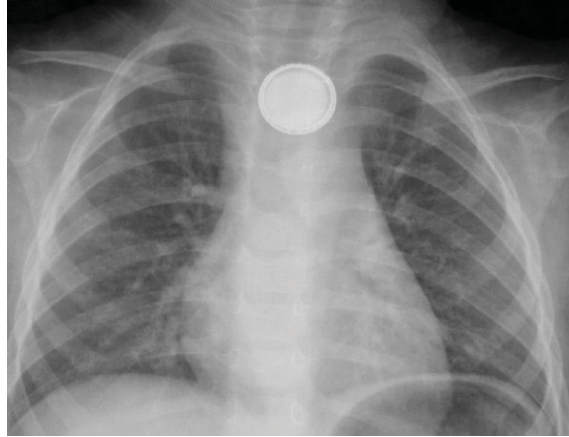
Amerika birleşik devletlerinde yaklaşık yılda 1500 kişi özofagus yabancı cisme maruz kalması sonucu hayatını kaybettiği varsayılıyor Alkelen pillerin(AP) yutulması özofagus yabancı cisim içinde % 2'sini oluşturur. Özofagus perforasyonu açısından en korkulan yabancı cisimlerdir. Günümüzde bu oran pilli oyuncakların sayısının artması ile daha ciddi boyutlara ulaşmaktadır. Madeni paralardan sonra ikinci sıklıkla görülürler. Disk şeklindedirler çapları 8-28 mm arasında değişmektedir. Alkali piller en kısa zamanda çıkarılması gerekir aksi takdirde bir saat içinde özofagus dokusuyla kimyasal hasara yol açabilir.

MATERYAL ve METOTLAR: 2002-2014 yılları arasında özofagusta AP yutma sebebiyle kliniğimize başvuruda bulunan 23 hastanın retrospektif olarak inceledik. Hastalar, yaş, cinsiyet, başvuru zamanı, başvuru anındaki klinik tablo, radyolojik bulgular, yabancı cismin yerleşim yeri, tedavi yaklaşımları, AP ile etkileşim süresi ve hastanede yatış süresi değerlendirildi.

BULGULAR: Özofagusta AP yutma nedeniyle 23 hasta müdahale edildi. Hastaların 15'i kız çocuğu(%65,2) 8'i erkek çocuğu(%34,7) idi. Hastaların yaşı 6 ay ile 12 yaş arasında idi. Yaş ortalamaları 3,9 idi. Hastaların alınan öykülerinde yabancı cisim yuttukları tahmini süre incelendi. On beş hasta 0-12 (ortalama:4,8) saatte başvuruda bulunurken hastanede kalış süreleri ortalama 3,8 gün idi. Sekiz hastamız ise 24(ortalama:40,25) saate daha uzun sürede başvuruda bulundu. Bunların hastanede yatış süresi ortalama 26,8 gün olarak tespit ettik. Bunlardan biri 24 saate AP çıkarıldığında özofagusun perfore olduğu görüldü. Bu haytayı sepsis nedeniyle kaybettik. Başka bir hastamız 48 saatlik idi. Bu hastaya konservatif yaklaşıldı, mediastinit nedeniyle hastayı kaybettik. Hastalarımızdan birinde trakeo özofagial fistül gelişti. Diğer hastalar uzun süre kliniğimizde takipleri yapıldı ve konservatif tedavi ile taburcu edildi.

SONUÇ: Özofagusta AP ler en kısa zamanda çıkarılmalıdır. Zamanında çıkarılmaz ise bir saat içinde mukozal erözyon, dört saat içinde tam kat yaralanmaya yol açmaktadır. Özellikle periferde çalışan hekimlerin direkt grafi de para ile pilin ayırımını iyi yapmaları gerekir. AP in özofagusa temas süresi artıkça hastaların morbidite ve mortalite de artış olduğu görüldü.

resim.1



akciğer grafisinde özofagus 1. darlıkta pil

Resim2.



pil sonrası özofagografide darlık

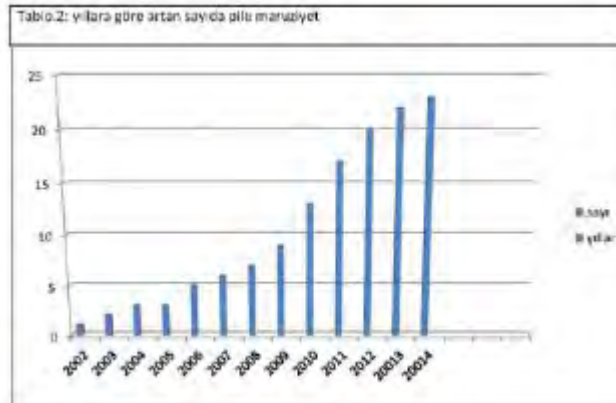
tablo.1

n	Yaş	Yabancı cisim (1/2 adet)	Ardışıklık	Yabancı cisim yerleşim yeri	Yaralanma	Şüpheli	Klinik tablo
1	1 yaş	1	0	3	Kar	Yabancı cisim	
2	2 yaş	1	1	2	Yabancı	Yabancı cisim	
3	3 yaş	1	2	2	Kar	Yabancı cisim	
4	2 yaş	1	22	11	Kar	Ağız yaralanması	
5	1 yaş	2	18	14	Yabancı	Ağız yaralanması	Dişli
6	1 yaş	1	98	17	Yabancı	Ağız yaralanması	Ekim
7	5 yaş	1	27	12	Kar	Ağız yaralanması	Ekim
8	3 yaş	1	14	14	Kar	Ağız yaralanması	Yanık
9	1 yaş	2	1	2	Kar	Yabancı cisim	
10	2 yaş	1	1	2	Yabancı	Yabancı cisim	
11	3 yaş	1	1	1	Kar	Yabancı cisim	
12	1 yaş	1	1	1	Kar	Yabancı cisim, yara	
13	1 yaş	2	6	1	Yabancı	Yabancı cisim	
14	3 yaş	1	1	1	Kar	Yabancı cisim, yara	
15	1 yaş	1	10	1	Kar	Yabancı cisim	
16	1 yaş	1	1	1	Yabancı	Yabancı cisim	
17	2 yaş	1	15	15	Yabancı	Ağız yaralanması	Dişli
18	2 yaş	1	1	1	Kar	Yabancı cisim	
19	1 yaş	1	0	1	Kar	Yabancı cisim	
20	2 yaş	1	1	1	Kar	Yabancı cisim	
21	2 yaş	1	10	1	Yabancı	Yabancı cisim	
22	1 yaş	2	26	11	Kar	Yabancı cisim, yara	
23	1 yaş	1	14	15	Kar	Yabancı cisim, yara	Dişli

Tablo.1:yaş, cinsiyet, başvuru zamanı, klinik tablo, yabancı cismin yerleşim yeri ve hastanede yatış süresi

tablo:yaş, cinsiyet, başvuru zamanı, klinik tablo, yabancı cismin yerleşim yeri ve hastanede yatış süresi

tablo.2



tablo.2:yıllara göre artan sayıda pile maruziyet

TP-075

Meteorolojik Durum İle Pnömotoraks İlişkisi: Efsane mi, Gerçek mi?

Mustafa Akyl¹, Çağatay Tezel¹, Serda Metin¹, Mustafa Vayvada¹, Fatma Tokgöz Akyl², İlhan Ocakcıoğlu¹, Serkan Bayram¹, Volkan Baysungur¹, İrfan Yalçinkaya¹

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

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

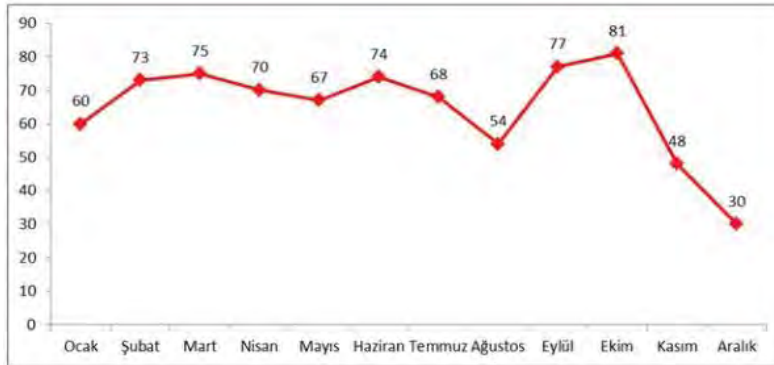
GİRİŞ ve AMAÇ: Spontan pnömotoraksı tetikleyen etkenler konusunda henüz tam bir görüş birliği yoktur. Atmosfer basıncı ve diğer hava değişikliklerinin etkili olabileceği öne sürülmüş fakat farklı sonuçlar yayınlanmıştır. Çalışmamızda PSP oluşumunda hava basıncı, hava sıcaklığı, nem oranı ve rüzgar hızının rolünü araştırdık.

MATERYAL ve METOT: Ocak 2010 ve Kasım 2012 tarihleri arasında PSP tanısı ile kliniğimizde takip ettiğimiz, İstanbul'da yaşamakta olan 777 hastanın demografik özellikleri geriye dönük olarak değerlendirildi. İstanbul Meteoroloji Genel Müdürlüğü tarafından, şehrin günlük ortalama hava sıcaklığı (°C), rüzgar hızı (km/s), nem oranı (%), Sabiha Gökçen ve Atatürk havalimanından kaydedilen basınç değerleri (mbar) elde edildi. Şehrin günlük atmosferik hava basıncı iki değerin ortalaması olarak kabul edildi. Ay ve mevsimlere göre hasta dağılımı 2010 ve 2011 yıllarından hesaplandı. Çalışma dahilindeki 1035 gün, PSP tanısı ile hastane başvurusunun bulunduğu (Grup 1) ve bulunmadığı (Grup 2) günler olarak 2 gruba ayrılarak meteorolojik değişikliklerin etkisi araştırıldı.

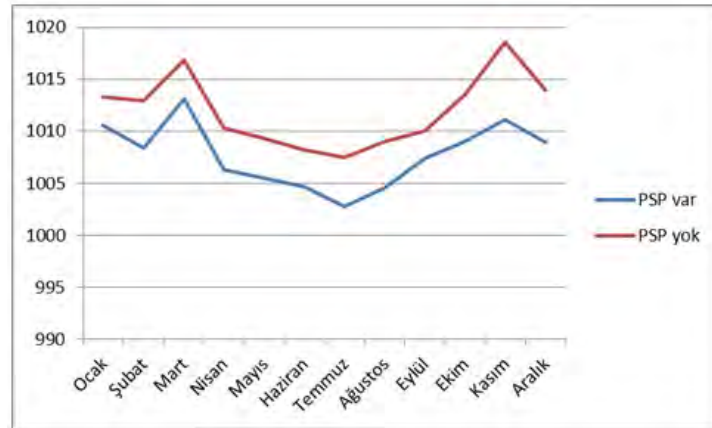
BULGULAR: Hastaların 691'i (%89) erkek ve yaş ortalaması 23,5±4 (17-32) idi. En sık başvuru Ekim ayında (n=48, %11,6) ve sonbahar mevsiminde (%30) kaydedildi. Çalışmamız içerdiği 1035 günün 533'ünde (%51,5) 1 veya daha fazla PSP hastası başvurmuştu. Gruplar arasında hava sıcaklığı, nem oranı, rüzgar hızı ve bu değişkenlerin bir önceki gün ile değişimi arasında anlamlı fark yoktu. Atmosfer basıncı ise PSP başvurusu olan günlerde diğer günlere göre daha düşük saptandı (p=0,000). Atmosfer basıncının bir önceki güne göre azalmış olması PSP riskini anlamlı olarak artırmaktaydı (p=0,000). Atmosfer basıncının günlük PSP hasta sayısını etkilemediği (p=0,193) görüldü.

SONUÇ: Çalışmamızda PSP genç yaşlarda ve büyük oranda erkeklerde görülmüştür. Otuz dört ayı içeren analizimizde PSP'nin düşük atmosfer basıncında, bir önceki güne göre basınç düşüşlerinde tetiklenebileceği sonucuna varılmış, sıcaklık, rüzgar hızı ve nem değişkenleri ile anlamlı değişiklik göstermediği sonucuna varılmıştır.

Grafik 1: PSP hasta sayısının aylara göre dağılımı (2010 ve 2011 yılları)



Grafik 2: Grupların aylara göre atmosfer basıncı ortalamaları



Tablo 1: Meteorolojik değişikliklerin Gruplar arasında karşılaştırılması

	Grup 1 (533 gün)	Grup 2 (502 gün)	p
Sıcaklık (°C)	16±8,1	16±8,2	0,842
Sıcaklık farkı ortalama (mutlak değer)	2±1,9	1,8±1,8	0,128
Rüzgar hızı (km/s)	14,8±6	14,6±6,6	0,717
Rüzgar hızı farkı ortalama	5,1±4,8	5,5±4,8	0,313
Nem (%)	67,4±10,8	69,3±29	0,173
Nem farkı ortalama	9±7,7	10,2±28	0,355
Basınç (mbar)	1007,6±6,2	1011,7±6,5	0,000
Basınç artmış/aynı/azalmış (%)	28/7/65	65/10/25	0,000
Basınç farkı ortalama	3,7±3,1	3,8±3	0,868

TP-076

Süreyyapaşa Göğüs Cerrahisi Kliniği'nde Son Beş Yılda Video-Yardımlı Torakoskopik Cerrahi Uygulanan Vakaların İrdelenmesi

Selami Volkan Baysungur, Çağatay Saim Tezel, Cansel Atinkaya Öztürk, Abidin Levent Alpay, Hakan Kırıl, Şenol Ürek, Mine Demir, Aysun Kosif Mısırlıoğlu, Hakan Yılmaz, Serda Kanbur Metin, Rıza Serdar Evman, Mustafa Vayvada, Serkan Bayram, İlker Kolbaş, İrfan Yalçinkaya

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

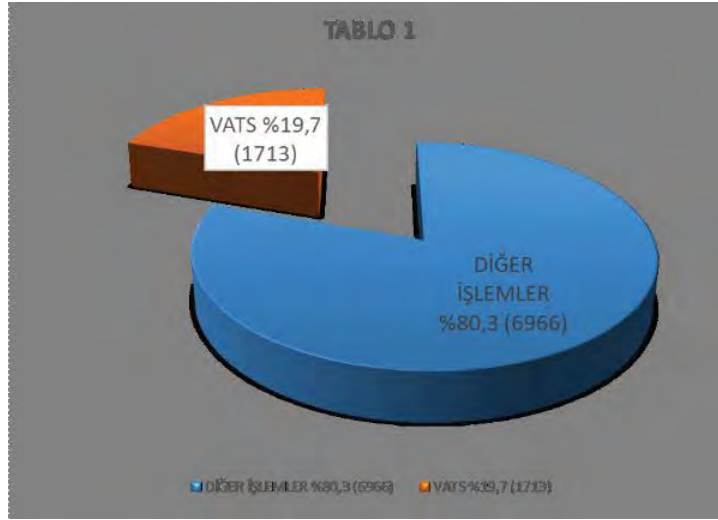
GİRİŞ-AMAÇ: Video-yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS), günümüzde göğüs cerrahisi kliniklerinde uygulanan cerrahi girişimler arasında önemli bir yere sahip olup, tanısal işlemlerin yanı sıra akciğer rezeksiyonlarından özofagus ve diyaframa kadar çeşitli terapötik işlemler rahatlıkla gerçekleştirilebilmektedir. Ülkemizin cerrahi işlem sayısı ve çeşitliliği yönünden önde gelen göğüs cerrahisi merkezlerinden biri olan kliniğimizde, son beş yıl içinde VATS ile yaklaşım uyguladığımız vakaları değişik yönlerden değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği'nde 01.01.2009-31.12.2013 tarihleri arasında VATS uygulanan vakalar çalışmaya dahil edildi. VATS ile başlanıp sonuçlandırılmayan vakalar çalışmaya dahil edilmedi, bu vakalar sadece açığa dönme nedenleri açısından ele alındı. Vakaların analizinde ameliyat defterleri ve patoloji raporları dikkate alındı. Vakalar; cinsiyet, yaş, açığa dönme nedenleri, taraf, tanı /tedavi işlemi, yıllara göre dağılım, komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Bu beş yıllık süre zarfında kliniğimizde genel anestezi ile toplam 8679 girişim uygulandı. Aynı sürede VATS ile 1713 vaka (% 19.7) yaklaşıldı. Terapötik işlemlere birkaç örnek vermek gerekirse; VATS lobektomi 97, akciğer hidatik kisti 30, diyafram plikasyonu 23 ve özofagus leiomyom enükleasyonu 4 vakada başarıyla gerçekleştirildi.

SONUÇLAR: Toraks içi patolojilerde preoperatif dönemde kesin kontrendikasyon olan vakalar haricinde her vakaya VATS ile yaklaşım uygulanabilecek vaka gözüyle bakılmalıdır. Vakalara mümkün mertebe VATS ile başlamalı ve gerektiğinde açığa geçmekten kaçınılmalıdır. VATS'ın sağlayacağı faydaları belirtmeye bile gerek yoktur.

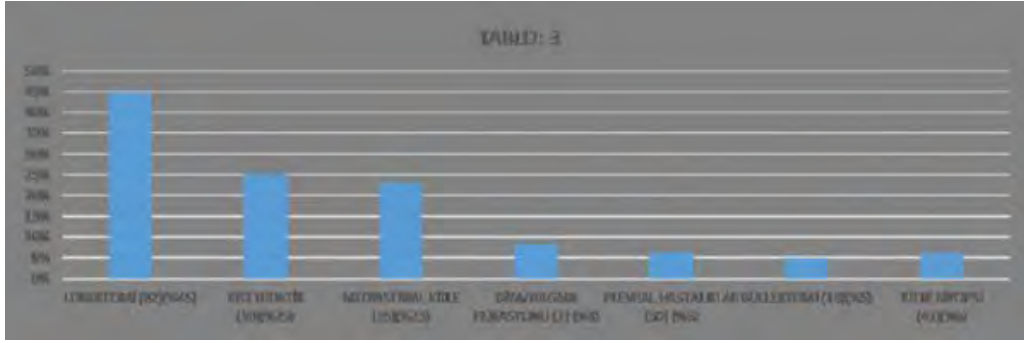
TABLO 01



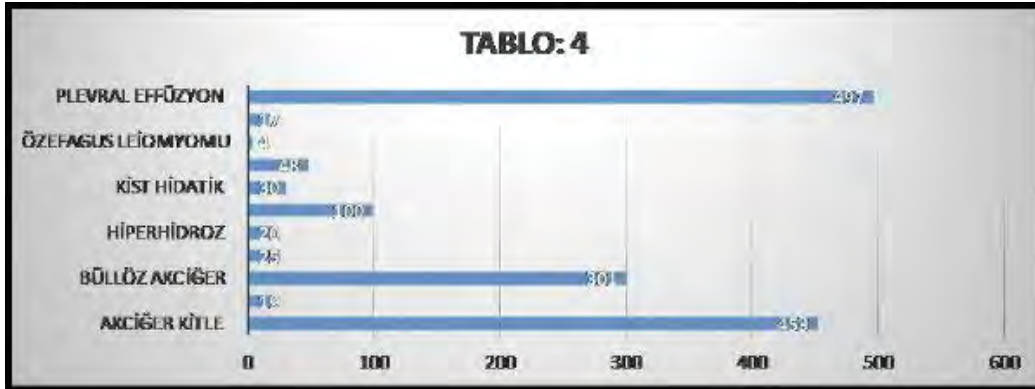
TABLO 02



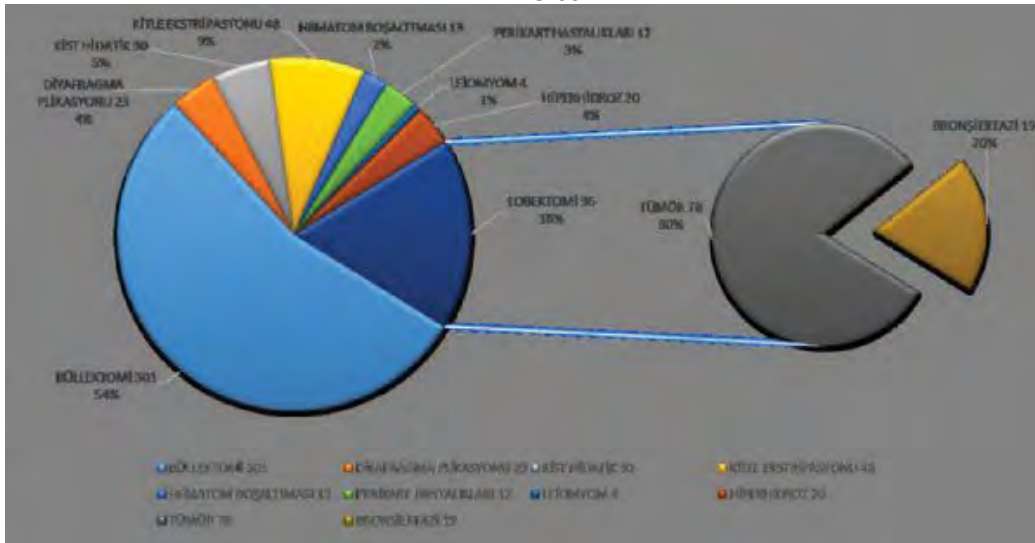
TABLO 03



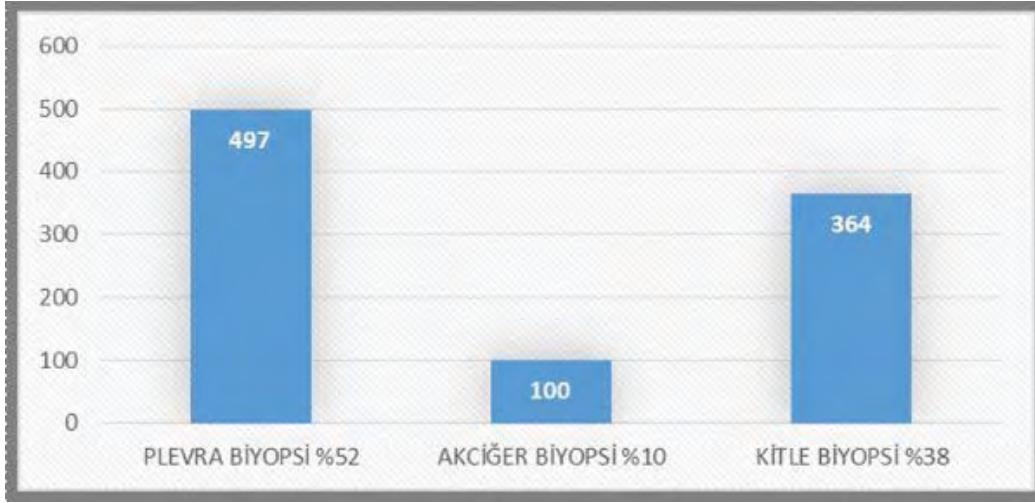
TABLO 04



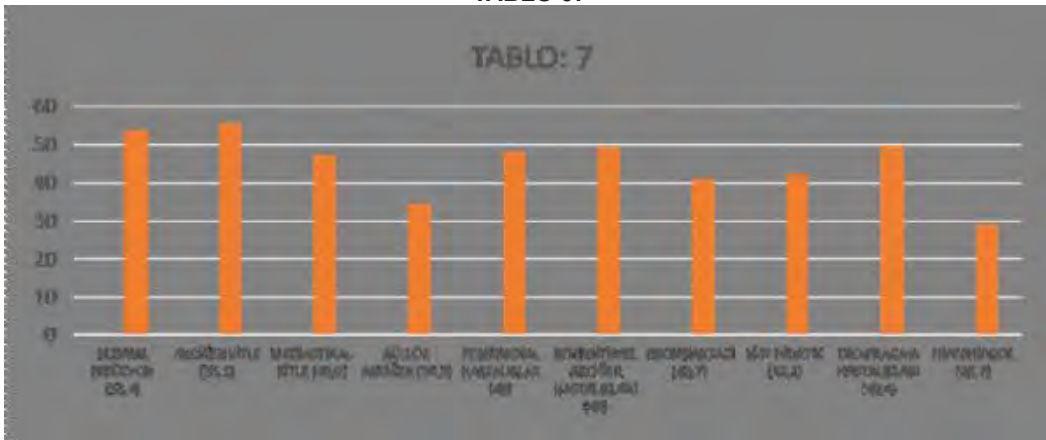
TABLO 05



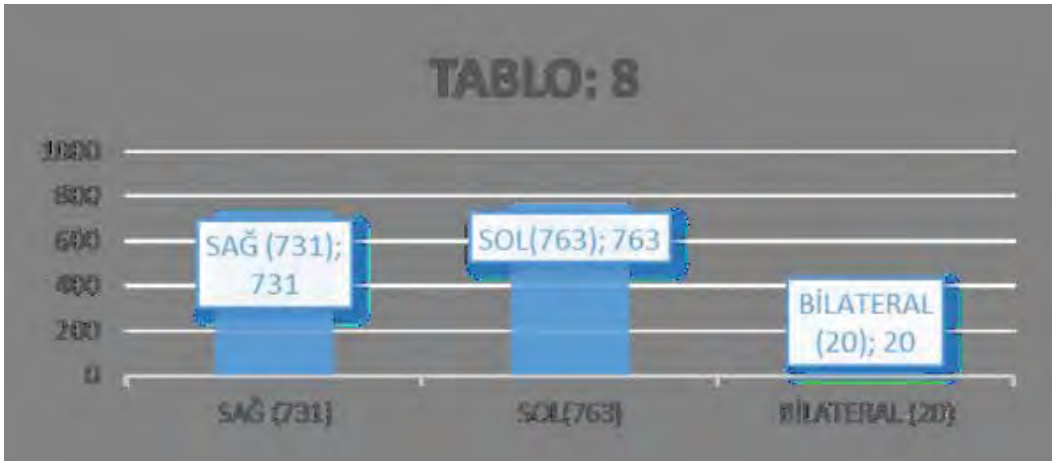
TABLO 06



TABLO 07



TABLO 08

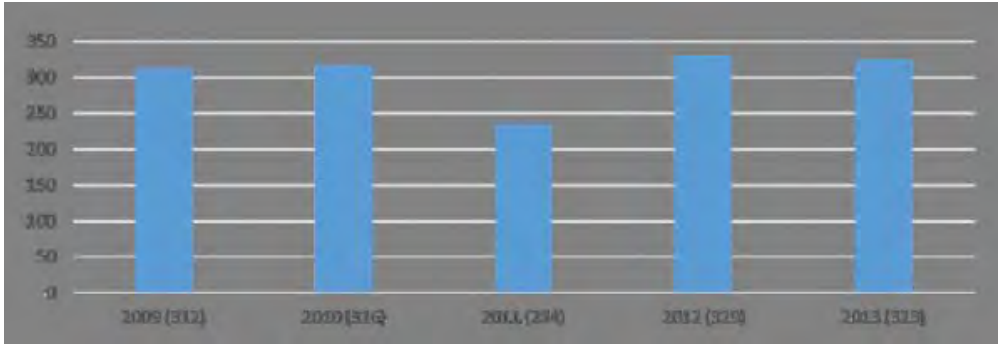


TABLO 09

TABLO: 9



TABLO 10



TP-077

Dünyada İlk Tek Port Video Torakoskopik Hidatik Kist Ameliyatıİlhan Ocakcıoğlu¹, Hakan Sarzep¹, Mustafa Dinç²¹Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Van²Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Van

Ülkemizde akciğer hidatik kist olgularına özellikle hayvancılığın yaygın olduğu Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde sıklıkla rastlanmaktadır. Akciğer hidatik kist hastalığının cerrahi tedavisinde yaygın olarak açık cerrahi yaklaşım tercih edilmektedir. Literatürde torakoskopik yaklaşım özellikle çocuklarda küçük vaka grupları şeklinde görülmekte ve bu serilerde birden fazla port insizyonu kullanılmaktadır. Olgumuzda 15 cm boyutunda hidatik kist için 3,5 cm tek port insizyonu ile video torakoskopik olarak kistotomi ve kapitonaj uyguladık.

38 yaşında erkek hasta son 1 aydır devam eden öksürük şikayeti ile başvurdu. Bilgisayarlı tomografide sağ akciğer alt lobda hava sıvı seviyelenmesi veren yaklaşık 15 cm boyutunda hidatik kist ile uyumlu olabilecek görüntü saptandı. Klinik ve radyolojik olarak hidatik kist tanısı konulan hastaya 3.5 cm tek kesiden video torakoskopik olarak kistotomi ve kapitonaj uygulandı. Operasyon süresi 90 dakika idi. Klinik takipte narkotik analjezik gerektirmeden sadece nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar ile ağrısının olmadığı gözlemlendi. Operasyon sonrası 3. gün göğüs tüpü sonlandırıldı ve 4. gün hasta taburcu edildi. Patolojik inceleme sonucu hidatik kist olarak raporlandı.

Olgumuz, akciğer hidatik kist hastalığının cerrahi tedavisinde tek port VATS yöntemi ile yapılan ilk olgu olup, yapılan işlemin güvenli ve güvenilir bir seçenek olduğunu göstermektedir. Klasik açık yöntemle kıyasla bu minimal invaziv yöntem daha az ağrı, daha az morbidite, kısa hastanede kalış süresi ve daha iyi estetik sonuçlar sunmaktadır.

Resim 1



Bilgisayarlı tomografide sağ akciğer alt lobda hava sıvı seviyelenmesi veren yaklaşık 15 cm boyutunda hidatik kist ile uyumlu olabilecek görüntü

Resim 2



2A Endoskopik aletlerin kullanımı 2B Tek port insizyon boyutu 2C Torakoskopik kistotomi 2D Torakoskopik kapitonaj 2E İnsizyon ve diren 2F Germinatif membran

TP-078

Akciğer Kanseri Olan Olgularda Fiziksel Kapasite ve Solunum Kas Gücü Arasındaki İlişkiOrçin Telli Atalay¹, Harun Taşkın¹, Gökhan Yuncu², Betül Taşpınar³¹Pamukkale Üniversitesi, Fizik tedavi Ve Rehabilitasyon YO, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Denizli²Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Denizli³Dumlupınar Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Bölümü, Kütahya

AMAÇ: Günümüzde akciğer kanseri, majör kanserler arasında en çok teşhis edilen ve erkeklerde mortaliteye neden olan en yaygın kanserdir. Kansere yaşam sıklıkla dispne, azalmış fiziksel kapasite ve yorgunlukla ilişkilidir. Diyaframda nöromusküler zayıflık ve kansere bağlı kaşeksi solunum kas gücünde belirgin bozukluğa sebep olur. Çalışmamızın amacı akciğer kanserli hastalarda solunum kas gücü ile fiziksel kapasite arasındaki ilişkiyi incelemektir.

YÖNTEM: Çalışmaya Pamukkale Üniversitesi Göğüs Cerrahisi kliniğinde takip edilen 33 akciğer kanserli olgu dahil edildi. Olguların fiziksel özellikleri ve vücut kütle indeksi (VKİ) kaydedildi. Solunum kas gücü maksimal inspiratuar basınç (MİB) ve maksimal ekspiratuar basınç (MEB) ölçümleriyle değerlendirildi (Pony Fx Spirometre). Fiziksel kapasiteyi değerlendirmek için 6 Dakika Yürüme Testi (6DYT) yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya yaş ortalaması $56,39 \pm 11,69$ olan 25 erkek, 8 kadın olgu dahil edildi. Olguların ortalama MİB ve MEB değerleri sırasıyla $58,11 \pm 18,18$ cmH₂O ve $75,47 \pm 27,42$ cmH₂O olarak ölçüldü. Olguların 6DYT sonuçları ortalama $469,30 \pm 63,46$ metre olarak bulundu. MİB*, MEB** ve 6DYT sonuçları arasında orta düzeyde pozitif ilişki belirlendi. ($r^*=0,41$, $r^{**}=0,42$ $p<0,05$). Olguların VKİ ve 6DYT sonuçları arasında negatif korelasyon bulundu ($r=-0,41$, $p<0,05$).

SONUÇ: Çalışmamızın sonucuna göre, akciğer kanserli olgularda solunum kas gücü ve VKİ, fiziksel kapasiteyle ilişkilidir. Akciğer kanserli olgularda solunum kas gücünün fiziksel kapasitenin azalmasına neden olabilen faktörlerden biri olabileceğini ve bu nedenle rehabilitasyon programları planlanırken değerlendirilmesi gerektiğini, bu konuda literatürde az sayıda çalışma olduğundan, olgu sayısının daha yüksek olduğu kontrollü çalışmalara gerek olduğunu düşünüyoruz.

Tablo I. Olguların Fiziksel Özellikleri

Fiziksel Özellikler	X ± SD
Yaş	56,39 ± 11,69
Boy	169,09 ± 2,09
Kilo	70,72 ± 12,38
VKİ	23,89 ± 4,53

Tablo II. Akciğer Kanseri Türü

Kanser Türü (histolojik)	N
Adenokarsinom	25
Skuamoz Hücreli Karsinom	5
Büyük Hücreli Karsinom	3

Tablo III. Solunum Kas Gücü İle Fiziksel Kapasite Arasındaki İlişki

Tablo III. Solunum Kas Gücü İle Fiziksel Kapasite Arasındaki İlişki

6DYT(m)	469,30 ± 63,46	MİB* cmH ₂ O	r	P***
X ± SD		X ± SD		
		58,11 ± 18,18	0,41	<0,05
		MEB** cmH ₂ O	r	P***
		X ± SD		
		75,47 ± 27,42	0,42	<0,05

* Maksimal Inspiratuar Basınç

** Maksimal Ekspiratuar Basınç

*** Pearson korelasyon analizi

TP-079

Karbonmonoksit Difüzyon Kapasitesi Pulmoner Rehabilitasyon Sonuçlarını Etkiler mi?

Hülya Şahin¹, İlnur Naz¹, Nimet Aksel², Fevziye Tuksavul¹, Ayşe Özsoz²

¹Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pulmoner Rehabilitasyon Ünitesi

²Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı pulmoner rehabilitasyon uygulamalarının karbonmonoksit difüzyon bozukluğu orta ve ağır KOAH hastalarında solunum fonksiyonları, arter kan gazı, dispne algısı, egzersiz kapasitesi, yaşam kalitesi ve psikolojik semptomlar üzerine etkilerinin karşılaştırılmasıdır.

YÖNTEM: Çalışmaya 8 hafta boyunca toplam 16 seans süren ayaktan pulmoner rehabilitasyon programına katılan 61'i erkek 7'si kadın toplam 68 KOAH'lı olgu dahil edildi. Olguların fiziksel ve demografik verileri, hastalık süreleri, sigara öyküleri kaydedildi. Tüm olguların solunum ve kardiyak sistem muayeneleri, arter kan gazı analizleri yapıldı. Akciğer fonksiyonlarının değerlendirilmesi için body pletismograf ve karbonmonoksit difüzyon kapasitesi ölçümleri kullanıldı. Dispne şiddetleri MRC dispne skalası, genel yaşam kaliteleri SF-36 Yaşam Kalitesi anketi, hastalığa özel yaşam kaliteleri St. George Solunum Hastalıkları anketi ile, psikolojik semptomları Hastane Anksiyete Depresyon anketi ile değerlendirildi. Egzersiz kapasitelerinin ölçümü için 6 dk. yürüme testi uygulandı. Olgular beklenen TLCO değeri %40'ın altında ve üstünde olanlar olarak iki gruba ayrıldı.

BULGULAR: Difüzyon bozukluğu düzeyine göre olguların 32 'si orta ($54,21 \pm 9,22$) 36'sı ağır ($26,30 \pm 10,39$) difüzyon bozukluğuna sahipti. Gruplar yaş, hastalık süresi ve sigara tüketim miktarları açısından benzer özellik göstermekteydiler ($p>0,05$). Başlangıç ölçümleri karşılaştırıldığında difüzyon bozukluğu düzeyi ağır olan olguların hem egzersiz hem de günlük yaşamda algıladıkları dispne şiddetleri, anksiyete ve depresyonları daha yüksek iken, BKİ, FEV1, FEV1/FVC, MEF 25-75, PaO2, SatO2 değerleri ile yürüme mesafesi ve yaşam kaliteleri anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,05$). Her iki grupta da rehabilitasyon sonunda oksijenasyon, dispne şiddeti, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesi parametrelerinde anlamlı iyileşme kaydedildi ($p<0,05$). Difüzyon bozukluğu düzeyi ağır olan olgularda FEV1 ve TLCO değerinde anlamlı artış saptandı ($p<0,05$). Gruplar arasındaki değişimler incelendiğinde difüzyon bozukluğu düzeyi ağır olan grupta dispne algısındaki ve difüzyon kapasitesindeki iyileşme anlamlı olarak daha yüksekti ($p<0,05$).

SONUÇ: Pulmoner fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamaları karbonmonoksit difüzyon bozukluğu düzeyinden bağımsız olarak KOAH hastalarında oksijenasyonu arttırmakta, dispne algısı, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesini iyileştirmektedir. Çalışmada difüzyon bozukluğu düzeyi ağır olan hastalarda difüzyon kapasitesindeki gelişim daha fazla bulunmuştur. Bu nedenle mortalite için önemli bir belirteç olan difüzyon kapasitesinin geliştirilmesinde PR uygulamaları tedavi programının önemli bir parçası olarak düşünülmelidir.

Tablo 1: PR öncesi olguların demografik ve klinik özellikleri

	Orta (n=32)	Ağır (n=36)	p
Yaş (yıl)	60,0 ± 8,15	62,6 ± 8,25	0,206
BKİ(kg/m ²)	28,7 ± 4,24	24,3 ± 5,78	0,001*
Hastalık Süresi (yıl)	6,38 ± 5,29	9,0 ± 7,24	0,097
Sigara (p/yıl)	59,5 ± 36,3	63,4 ± 29,5	0,637
FEV1	50,4 ± 16,3	38,3 ± 16,5	0,004*
FEV1/FVC	65,0 ± 13,4	52,3 ± 12,5	0,000*
IC	66,5 ± 26,8	54,2 ± 27,2	0,074
VC	67,0 ± 17,2	65,0 ± 28,0	0,072
RV	165 ± 57,1	185 ± 109	0,339
RAW	302 ± 203	366 ± 247	0,394
pH	7,41 ± 0,02	7,41 ± 0,03	0,975
PaO ₂	73,7 ± 11,0	66,1 ± 13,6	0,014*
PaCO ₂	40,3 ± 4,09	41,9 ± 8,03	0,307
SaO ₂	94,0 ± 3,88	90,7 ± 7,5	0,027*
Mesafe (metre)	401 ± 80,8	328 ± 84,6	0,001*
ΔBorg	1,29 ± 1,06	2,0 ± 1,26	0,015*
MMRC	2,48 ± 1,02	3,62 ± 1,03	0,000*
HADa	5,9 ± 3,88	9,58 ± 4,84	0,001*
HADd	5,9 ± 3,62	7,58 ± 4,35	0,096
SGRQ	44,4 ± 19,2	63,7 ± 20,6	0,000*
Semptom	54,8 ± 22,2	74,1 ± 16,6	0,000*
Aktivite	36,8 ± 17,2	51,9 ± 21,2	0,002*
Etki	43,5 ± 17,0	60,5 ± 17,1	0,000*
Total			
SF36	60,8 ± 26,1	44,4 ± 26,7	0,015*
Fiziksel fonksiyon	78,2 ± 24,3	65,5 ± 45,7	0,296
Sosyal fonksiyon	42,7 ± 43,3	26,0 ± 15,9	0,099
Fiziksel rol	55,9 ± 42,5	37,4 ± 43,1	0,086
Emosyonel rol	51,9 ± 23,4	38,0 ± 23,2	0,020*
Genel	71,3 ± 18,2	62,9 ± 19,4	0,078
Mental	72,2 ± 28,9	55,0 ± 32,7	0,038*
Ağrı	60,8 ± 22,5	45,7 ± 23,7	0,011*
Vitalite			

*p<0,05

Tablo 2: Difüzyon bozukluğu orta düzeyde olan olguların PR sonrası değişen ölçümleri

n=32	PRÖ (Ort ±SS)	PRS (Ort ±SS)	p
PaO ₂ (mmHg)	73,7 ± 11,0	80,5 ± 10,4	0,001*
SaO ₂ %	94,0 ± 3,88	95,3 ± 1,84	0,044*
MMRC	2,48 ± 1,02	1,95 ± 0,92	0,001*
ΔBorg	1,29 ± 1,06	0,78 ± 0,87	0,037*
Mesafe(metre)	401 ± 80,8	443 ± 76,8	0,000*
HADa	5,9 ± 3,88	4,46 ± 3,65	0,040*
SGRQ	44,4 ± 19,2	40,0 ± 17,9	0,117
Semptom	54,8 ± 22,2	45,4 ± 21,3	0,001*
Aktivite	36,8 ± 17,2	26,5 ± 14,5	0,000*
Etki	43,5 ± 17,0	34,4 ± 14,7	0,000*
Total			
SF36	60,8 ± 26,1	70,9 ± 22,2	0,026*
Fiziksel fonksiyon	78,2 ± 24,3	85,4 ± 21,6	0,101
Sosyal fonksiyon	42,7 ± 43,3	64,5 ± 41,2	0,012
Fiziksel rol	55,9 ± 42,5	69,8 ± 30,2	0,046*
Emosyonel rol	51,9 ± 23,4	58,2 ± 23,3	0,056
Genel	71,3 ± 18,2	74,0 ± 19,0	0,366
Mental	72,2 ± 28,9	77,8 ± 25,3	0,280
Ağrı	60,8 ± 22,5	67,2 ± 18,8	0,118
Vitalite			

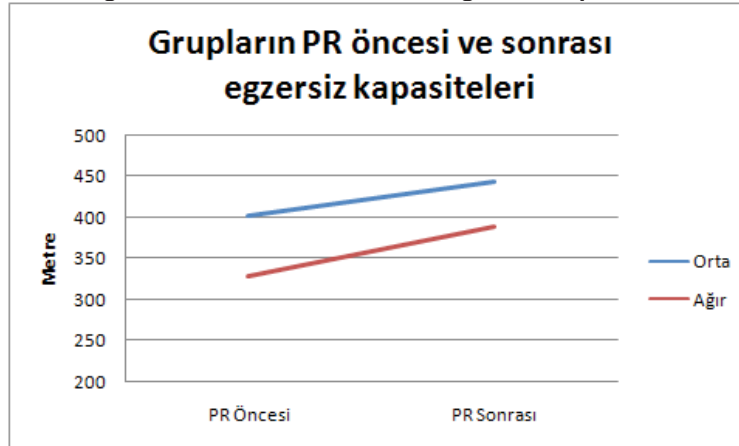
*p<0,05

Tablo 3: Difüzyon bozukluğu ağır düzeyde olan olguların PR sonrası değişen ölçümleri

n=36	PRÖ (Ort ±SS)	PRS (Ort ±SS)	p
FEV1%	38,3 ± 16,5	41,5 ± 16,6	0,010*
TLCO%	26,3±10,3	45,2 ± 56,6	0,049*
PaO2(mmHg)	66,1 ± 13,6	72,9 ± 12,6	0,001*
SaO2%	90,7 ± 7,5	93,8 ± 4,6	0,012*
MMRC	3,62 ± 1,03	2,68 ± 1,18	0,000**
ΔBorg	2,0 ± 1,26	1,34 ± 1,02	0,000*
Mesafe (metre)	328 ± 84,6	388 ± 88,3	0,000*
HADa	9,58 ± 4,84	6,70± 3,64	0,000*
HADd	7,58 ± 4,35	5,52 ± 3,31	0,001*
SGRQ	63,7 ± 20,6	55,6 ± 21,9	0,002*
Semptom	74,1 ± 16,6	63,6 ± 21,4	0,002*
Aktivite	51,9 ± 21,2	43,4 ± 23,4	0,001*
Etki	60,5 ± 17,1	51,6 ± 20,8	0,000*
Total			
SF36			
Fiziksel fonksiyon	44,4 ± 26,7	52,2 ± 25,0	0,004*
Sosyal fonksiyon	65,5 ± 45,7	70,2 ± 26,6	0,634
Fiziksel rol	26,0 ± 15,9	49,1 ± 42,4	0,007
Emosyonel rol	37,4 ± 43,1	56,1 ± 38,7	0,050
Genel	38,0 ± 23,2	44,0 ± 27,2	0,063
Mental	62,9 ± 19,4	65,4 ± 22,0	0,384
Ağrı	55,0 ± 32,7	68,8 ± 31,5	0,022*
Vitalite	45,7 ± 23,7	56,4 ± 25,6	0,001*

*p<0,05 **Gruplar karşılaştırıldığında değişim miktarları anlamlı olarak daha fazla (p<0,05)

Olguların PR Öncesi ve Sonrası Egzersiz Kapasiteleri



TP-080

Postoperatif Pulmoner Komplikasyonlar: Tek Merkez DeneyimiBurcu Yormaz¹, Aydın Hakan Küpeli², Sezgin Topuz², Burhan Şaban², Serdar Yormaz²¹Kahramanmaraş Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği²Kahramanmaraş Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

GİRİŞ: Laparoskopik Operasyonlar sonrası gelişen pulmoner komplikasyonlar hayati önem arzeden durumlardır. Hastalarda laparoskopik cerrahide de morbidite gelişebileceğinden ameliyat öncesi hasta hazırlığı daha da önemli hale gelmektedir. Bu çalışmada kolelitiazis nedeni ile operasyon yapılan hastalarda saptanan pulmoner komplikasyonları irdelenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Hastanemizde 2012-2013 yılları arasında hastanemizde uygulanan 110 laparoskopik kolesistektomi ameliyatında gözlemlenen pulmoner komplikasyonları retrospektif olarak vurgulamak istedik. Çalışmamızda Hastaların yaşı, özgeçmişlerinde bulunan patolojileri ve postoperatif komplikasyonları değerlendirildi.

BULGULAR: Hasta grubumuzda kolelitiazis nedeniyle laparoskopik kolesistektomi uygulanmış olan 110 hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların 83 (%75.4)'ü kadın, 27 (%24.6)'sı erkek idi, median yaş 47 (33-87) idi.Hastaların 13 ü(%11.8) de KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) öyküsü, 23 (%20.9) ' ün de sigara kullanma (12 paket yıl),7 sinde (%6.3) ise önceden geçirilmiş akciğer operasyonu öyküsü mevcuttu.Hastalarda postoperatif dönemde saptanan en sık komplikasyon 24 (%21.8) hastada tespit edilen atelektazi idi, bunu sırasıyla 10 (%9) hastada plevral efüzyon, 1 hastada ise pulmoner emboli (%0.9) takip etti.

SONUÇ: Laparoskopik cerrahide hastaların preoperatif olarak solunum sistemlerinin ayrıntılı olarak değerlendirilmeleri gerektiğini ve bu sayede preoperatif dönemde uygulanabilecek tedavilerin, postoperative dönemde olası komplikasyonların önüne geçmesi için faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

demografik bulgular ve komplikasyonlar

cinsiyet	83 (%75.4) K	27 (%24.6) E
Özgeçmiş	KOAH öyküsü 9 (%8.1)	4 (%3.6)
	sigara kullanma (12 paket yıl) 15 (%13.6)	8 (%7.27)
	geçirilmiş akciğer operasyonu öyküsü 3 (%2.7)	4 (%3.6)
postoperatif komplikasyon	atelektazi 10 (%9.09)	14 (%12.7)
	plevral efüzyon 2 (%1.81)	8 (%8.28)
	pulmoner emboli 1(%0.9)	

TP-081

Torakotomi Operasyonu Sonrasında Gevşeme Egzersizlerinin Ağrı Şiddeti, Analjezik Tüketimi, Anksiyete Düzeyi ve Vital Bulgulara Etkisi: Pilot ÇalışmaAnıl Özkır¹, Sema Gül Türk², Nesrin Yağcı³¹Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Antalya²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun³Pamukkale Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Y.O., Denizli

GİRİŞ: Progresif kas relaksasyon tekniği (PMR) vücuttaki 16 izole kas grubunun sistematik kasılma ve gevşeme metodudur. Bu teknikle amaç hem fiziksel hem mental gerginliğin ortadan kaldırılmasıdır. Torakotomi en şiddetli postoperatif ağrı olarak bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı torakotomi operasyonu geçiren bireylerde PMR'nin ağrı şiddeti, analjezik tüketimi, anksiyete düzeyi ve vital bulguları nasıl etkilediğini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışma, Aralık 2013'te Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi'nde yaşları 40-65 arasında değişen, çeşitli tanımlarla torakotomi operasyonu geçirmiş 10 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Bireyler randomize olarak iki gruba ayrılmıştır: kontrol grubu (n=5) ve çalışma grubu (n=5). Tüm bireylerin demografik bilgileri, postoperatif ilk 3 gün boyunca analjezik tüketimleri (Voltaren ve Contramal) ile her gün hem tedavi öncesi hem tedavi sonrası ağrı şiddeti Vizüel Analog Skalası (VAS) ile, kalp hızı ve solunum frekansları kaydedilmiştir. Postoperatif ilk 3 gün boyunca her gün en son analjezik tüketiminden (Voltaren için en az 6 saat, Contramal için en az 3 saat) sonra bir fizyoterapist tarafından kontrol grubuna günde 1 kez solunum fizyoterapisi, çalışma grubuna günde 1 kez solunum fizyoterapisi ve PMR uygulanmıştır. Postoperatif 3.gün Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ile tüm katılımcıların anksiyete düzeyi değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Gruplar arasında postoperatif 1.- 3. günler karşılaştırıldığında demografik bilgiler, solunum frekansı, kalp hızı, anksiyete düzeyi, analjezik tüketim miktarları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0.05) Postoperatif 3.gün tedavi sonrası VAS skoru; kontrol grubu 5,4 cm(3,4 cm - 6,9 cm) ve çalışma grubu 1,7 cm(1 cm-4,9 cm) açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. (p<0.05)

SONUÇ: Gevşeme egzersizi yapan katılımcıların solunum frekansı, kalp hızı, anksiyete düzeyi, analjezik tüketimleri ve postoperatif ilk 2 gün ki ağrı şiddetleri kontrol grubu ile aynı düzeyde bulunmuştur. Ağrı şiddeti postoperatif 3.gün gevşeme egzersizi yapan bireylerde kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur.

TARTIŞMA: Literatürde farklı cerrahi operasyonlardan sonra özellikle ağrı kontrolü için çeşitli gevşeme tekniklerinin etkinliğini kanıtlayan çalışmalar mevcuttur. PMR tekniğinin torakotomi operasyonu geçiren katılımcılar üzerindeki etkilerini araştırdığımız bu pilot çalışmanın sonuçları postoperatif erken dönemde yalnızca ağrı şiddetinin 3. günden sonra değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. PMR'nin postoperatif geç dönemdeki etkilerinin inceleneyeceği ileri çalışmalar planlanmaktadır.

Gruplar arası VAS, Solunum Frekansı, Kalp Hızı, Analjezik Tüketimi ve HAD Ölçeği Tedavi Öncesi-Tedavi Sonrası Karşılaştırılması

Ağrı Şiddeti VAS (cm)	Postop 1 gün	Kontrol grubu (n=5)		Çalışma grubu (n=5)		p***
		T Ö *	T S **	T Ö *	T S **	
Ağrı Şiddeti VAS (cm)	Postop 1 gün	T Ö *	4,8 (0 - 8,1)	4,5 (3,1 - 5,6)	0,91	
		T S **	3,5 (0,8 - 6,8)	3,3 (2,1 - 3,7)	0,83	
Postop 2 gün	T Ö *	4,3 (2,8 - 10)	3,2 (1,3 - 5,7)	0,25		
	T S **	3,2 (1,3 - 5,7)	3,3 (1,3 - 5,1)	0,17		
Postop 3 gün	T Ö *	6,7 (3,1 - 7,7)	2,9 (2,2 - 5)	0,07		
	T S **	5,4 (3,4 - 6,9)	1,7 (1 - 4,9)	0,01		
Solunum frekansı (soluk/dk)	Postop 1 gün	T Ö *	23 (13 - 31)	19 (10 - 26)	0,34	
		T S **	16 (13 - 36)	20 (12 - 30)	0,59	
Postop 2 gün	T Ö *	21 (14 - 32)	21 (14 - 22)	0,75		
	T S **	22 (18 - 38)	23 (13 - 28)	0,91		
Postop 3 gün	T Ö *	20 (18 - 24)	23 (12 - 28)	0,91		
	T S **	24 (16 - 46)	20 (11 - 34)	0,46		
Kalp hızı (atm/dk)	Postop 1 gün	T Ö *	80 (76 - 107)	84 (68 - 104)	0,83	
		T S **	89 (80 - 116)	84 (72 - 109)	0,34	
Postop 2 gün	T Ö *	100 (80 - 107)	88 (76 - 100)	0,24		
	T S **	95 (72 - 136)	92 (84 - 96)	0,91		
Postop 3 gün	T Ö *	84 (76 - 104)	84 (80 - 88)	1,00		
	T S **	84 (60 - 96)	88 (84 - 104)	0,24		
Analjezik tüketimi (doz/gün)	Postop 1 gün	5 (2 - 5)		5 (4-5)	0,36	
		3 (2 - 5)		4 (4 - 5)	0,12	
Postop 2 gün	3 (1 - 5)		4 (2 - 5)	0,91		
	10 (8 - 15)		13 (11 - 14)	0,14		
Anksiyete düzeyi	HAD - Anksiyete	9 (6 - 11)	8 (5 - 11)	0,91		
	HAD - Depresyon	5 (2 - 11)	6 (2 - 10)	0,66		

*Tedavi Öncesi
**Tedavi Sonrası
***Mann Whitney U testi

Grup içi VAS, Solunum Frekansı ve Kalp Hızı Tedavi Öncesi-Tedavi Sonrası Karşılaştırılması

		Kontrol Grubu (n=5)			Çalışma Grubu (n=5)		
		Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	P*	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	P*
VAS	Postop 1 gün	4,80 (0-8,1)	3,50 (0,8-6,8)	0,50	4,5 (3,1 - 5,6)	3,3 (2,1-3,7)	0,08
	Postop 2 gün	4,30 (2,8-10)	4,80 (2-9,4)	0,89	3,2 (1,3-5,7)	3,3 (1,3-5,1)	0,68
	Postop 3 gün	6,7 (3,1-7,7)	5,4 (3,4-6,9)	0,68	2,9 (2,2 - 5)	1,7 (1 - 4,9)	0,04
Solunum frekansı	Postop 1 gün	23 (13-31)	16 (13-36)	1,00	19 (10-26)	20 (12-30)	0,21
	Postop 2 gün	21 (14-32)	22 (18-38)	0,14	21 (14-22)	23 (13-28)	0,10
	Postop 3 gün	20 (18-24)	24 (16-46)	0,17	23 (12-28)	20 (11-34)	0,58
Kalp hızı	Postop 1 gün	80 (76-107)	89 (80-116)	0,04	84 (68-104)	84 (72-100)	0,65
	Postop 2 gün	100 (80-107)	95 (72-136)	0,49	88 (76-100)	92 (84-96)	0,49
	Postop 3 gün	84 (76-104)	84 (60-96)	0,27	84 (80-88)	88 (84-104)	0,19

*Wilcoxon Eleştirilmiş iki örnek testi

TP-082

Üniversite Öğrencilerinde Cinsiyete göre Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Egzersiz Kapasitesi

Ayşel Yıldız, Fatma Karantay Mutluay

İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

GİRİŞ: Fiziksel inaktivite günümüzde toplum sağlığını tehdit eden majör unsurlardan biridir. Bu çalışmada amaç üniversite öğrencilerinin farklı şiddetteki fiziksel aktivitelere katılım düzeyi ve egzersiz kapasitelerini araştırmaktır.

YÖNTEM: İstanbul Medipol Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinden 86 kız, 49 erkek öğrenci olmak üzere toplam 135 öğrenci (ort yaş:21,55±1,59 yıl) araştırmaya katıldı. Öğrencilerin demografik verileri kaydedildi. Düşük, orta ve şiddetli fiziksel aktivite düzeyleri Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Form (UFAA), egzersiz kapasitesi 6 Dakika Yürüme Testi (6DYT) ile değerlendirildi. Veri analizinde SPSS 15.0 programı kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmamızdaki erkek öğrencilerin boy ortalaması (1,79±0,07 m) kızlardan (1,65±0,05 m) yüksek bulunsa da yaş ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) bakımından her iki cins benzerdi ($p>0,05$).

Katılımcıların tümü düşük şiddette fiziksel aktiviteler yapıyordu (UFAAdüşük_kız:1020,65±817,53 MET-dk/hf ve UFAAdüşük_erkek:1269,96±990,77 MET-dk/hf, $p>0,05$). Orta şiddetli fiziksel aktivitelere katılım kızlarda %50 (UFAAorta_kız:522,38±467,36 MET-dk/hf); erkeklerde %53,1 (UFAAorta_erkek:506,92±447,46 MET-dk/hf) idi ($p>0,05$). Yüksek şiddetli fiziksel aktivitelere katılım ise kızlarda %23,3 (UFAAşiddetli_kız:504±413,54 MET-dk/hf); erkeklerde %42,9 (UFAAşiddetli_erkek:1879±2212,35 MET-dk/hf) olarak saptandı ($p<0,001$).

Erkeklerin (UFAAtoplam_erkek:2325,88±2281,71) toplam fiziksel aktivite değeri kızlardan (UFAAtoplam_kız:1392,99±1081,99) anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0,005$).

6 Dakika yürüme mesafesi (6 DYM) kızlarda 625,14±79,29 m iken erkeklerde 638,12±79,46 m bulundu ($p>0,05$).

Düşük, orta ve yüksek şiddetli fiziksel aktivitelere katılım ile 6 DYM arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

SONUÇ: Kızlar ve erkeklerde düşük ve orta şiddetli aktivitelere katılım benzer iken erkeklerde şiddetli aktivitelere katılım daha yüksek idi. 6 DYM her iki cinsten normatif değerlerden daha düşük bulundu.

TARTIŞMA: Erkeklerin orta ve yüksek şiddetli aktivitelere katılımı literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Tablo 1: Katılımcıların demografik özellikleri

	Kız Öğrenci	Erkek Öğrenci	p
Yaş (yıl)	21,01±0,93	21,89±2,02	AD
Boy (m)	1,65±0,05	1,79±0,07	0,038
Beden Kitle İndeksi (kg/m ²)	21,11±2,78	21,58±2,9	AD

AD: Anlamlı Değil

Tablo 2: Öğrencilerin Fiziksel Aktivitelere Katılım Oranları

	Kız Öğrenciler (%)	Erkek Öğrenciler (%)	p
Düşük Şiddette FA katılımı	100	100	AD
Orta Şiddette FA katılımı	50	53,1	AD
Yüksek Şiddette FA katılımı	23,3	42,9	<0,001

AD: Anlamlı Değil

Tablo 3: Öğrencilerin Egzersiz Kapasitesi ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi Kısa Forma göre Fiziksel Aktivite Düzeyi

	Kız Öğrenciler (ort±ss)	Erkek Öğrenciler (ort±ss)	p
Düşük Şiddette FA düzeyi (MET-dk/hf)	1020,65±817,53	1269,96±990,77	AD
Orta Şiddette FA düzeyi (MET-dk/hf)	522,38±467,36	506,92±447,46	AD
Yüksek Şiddette FA düzeyi (MET-dk/hf)	504±413,54	1879±2212,35	<0,001
Toplam FA düzeyi (MET-dk/hf)	1392,99±1081,99	2325,88±2281,71	<0,005
6 Dakika Yürüme Mesafesi (m)	625,14±79,29	638,12±79,46	AD

AD: Anlamlı Değil

TP-083

Astım Hastalarına Uygulanan Pulmoner Rehabilitasyon Uygulamalarının Sonuçları

Hülya Şahin¹, İknur Naz¹, Fevziye Tuksavul¹, Bilge Salık², Ahmet Erbaycu²¹Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pulmoner Rehabilitasyon Ünitesi²Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Astım Polikliniği

AMAÇ: Astımlı hastalara uygulanan pulmoner fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamalarının solunum fonksiyonları, dispne şiddeti, egzersiz kapasitesi, arter kan gazı değerleri, yaşam kalitesi, psikolojik semptomlar ve astım kontrolü üzerine etkisini incelemektir.

YÖNTEM: Çalışmaya 7 erkek 15 kadın olmak üzere toplam 22 astım hastası dahil edildi. Hastalar 8 hafta toplam 16 seans süren ayaktan pulmoner rehabilitasyon programına katıldı. Tüm olguların program öncesinde demografik bilgileri ve hastalık öyküleri sorgulandı. Dispne şiddetleri MRC dispne skalası, genel yaşam kaliteleri SF-36 Yaşam Kalitesi anketi, hastalığa özel yaşam kaliteleri St. George Solunum Hastalıkları anketi ile, psikolojik semptomları Hastane Anksiyete Depresyon anketi ile değerlendirildi. Egzersiz kapasitelerinin ölçümü için 6 dk. yürüme testi yapıldı. Astım tedavisinin klinik kontrolü Astım Kontrol Ölçeği ile değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan olguların yaşları ortalama $58,27 \pm 8,59$, BKİ leri $30,52 \pm 4,88$ idi. Hastalık süreleri ortalama $14,55 \pm 11,4$ yıldır. Hastaların 7 sinde sigara içme öyküsü vardı ($40,0 \pm 27,2$ paket/yıl). Pulmoner rehabilitasyon program öncesi ve sonrası sonuçlar karşılaştırıldığında solunum fonksiyon testi ve arter kan gazı değerlerinde anlamlı bir değişiklik olmazken ($p>0,05$), hem günlük yaşamda hem de efor esnasında hissettikleri dispne algılarının ve depresyon hislerinin anlamlı azaldığı, 6 dakika yürüme mesafesinin, bazı yaşam kalitesi alt parametrelerinin ve astım kontrolünün anlamlı oranda iyileştiği görüldü ($p<0,05$).

SONUÇ: Sekiz haftalık pulmoner fizyoterapi ve rehabilitasyon programı astım hastalarında akciğer fonksiyonlarını ve arter kan gazı değerlerini değiştirmezken, egzersiz kapasitesini, dispne algısını, astım kontrolü, depresyon hissi ve yaşam kalitesini iyileştirmektedir.

Olguların Demografik ve Klinik Özellikleri

n=22	Ortalama \pm SS	Minumum	Maksimum
Yaş (yıl)	$58,27 \pm 8,59$	38	73
BKI (kg/m ²)	$30,52 \pm 4,88$	20	40
Hastalık süresi (yıl)	$14,55 \pm 11,4$	1	37
Sigara tüketimi (p/yıl) (n=7)	$40,0 \pm 27,2$	10	80

Olguların PR Öncesi ve Sonrası Dispne Algıları ve Egzersiz Kapasitelerinin Karşılaştırılması

n=22	PRÖ (Ort \pm SS)	PRS (Ort \pm SS)	p
Mesafe(metre)	$373,4 \pm 100,4$	$416,4 \pm 107,4$	0,00*
Δ Kalp hızı	$21,20 \pm 16,08$	$22,20 \pm 8,63$	0,75
Δ Borg	$1,68 \pm 1,60$	$1,11 \pm 1,31$	0,04*
Δ Periferik Saturasyon	$0,73 \pm 1,42$	$0,82 \pm 1,50$	0,81
MMRC Skoru	$2,95 \pm 1,11$	$2,05 \pm 1,21$	0,00*

Olguların PR Öncesi ve Sonrası Hastalığa Özel Yaşam Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

n=22	PRÖ (Ort \pm SS)	PRS (Ort \pm SS)	p
Semptom	$58,33 \pm 22,4$	$50,07 \pm 18,1$	0,06
Aktivite	$67,06 \pm 21,8$	$54,07 \pm 27,8$	0,01*
Etki	$46,87 \pm 22,1$	$38,33 \pm 25,4$	0,06
Toplam skor	$54,89 \pm 20,0$	$45,05 \pm 24,1$	0,01*

Olguların PR Öncesi ve Sonrası Genel Yaşam Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

n=22	PRÖ (Ort ± SS)	PRS (Ort ± SS)	p
Fiziksel Fonksiyon	52,05 ± 30,06	64,32 ± 31,40	0,039*
Sosyal Fonksiyon	57,95 ± 29,76	63,07 ± 23,29	0,282
Fiziksel Rol	26,14 ± 38,94	52,27 ± 44,25	0,011*
Emosyonel Rol	28,79 ± 38,89	53,03 ± 41,98	0,010*
Genel	46,50 ± 23,55	56,55 ± 25,46	0,536
Mental	56,55 ± 24,82	62,36 ± 25,61	0,212
Ağrı	57,64 ± 30,51	66,55 ± 30,55	0,043*
Vitalite	44,09 ± 30,10	58,64 ± 25,03	0,002*

Olguların PR Öncesi ve Sonrası Psikolojik Semptomları ve Astım Kontrol Testi Skorlarının Karşılaştırılması

n=22	PRÖ (Ort ± SS)	PRS (Ort ± SS)	p
Anksiyete	8,45 ± 5,19	7,05 ± 4,93	0,154
Depresyon	7,82 ± 3,34	5,86 ± 4,15	0,005*
Astım Kontrol	15,05 ± 4,85	19,68 ± 4,93	0,000*

TP-084**Akciğer Tüberkülozu Sekeli olan hastalarda Noninvazif Mekanik Ventilasyonun Etkinliği**

Filiz Koşar, Celal Satıcı, Barış Şeker, Burcu Arpınar Yiğitbaş, Sibel Yurt

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 6. Göğüs Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Akciğer tüberkülozu sekeli olan ve solunum yetmezliği gelişen hastalarda Noninvazif Mekanik Ventilasyonun (NIMV) etkinliğini araştırmak

METOD: Çalışmamıza Mart (2014) ile Ağustos (2014) tarihleri arasında, kliniğimize hiperkarbik solunum yetmezliği nedeni ile yatırılan ve akciğer grafisinde tüberküloz (TB) sekeli lezyonu olan ve anamnezinde TB geçirme hikayesi olan hastalar prospektif olarak dahil edildi. Hastalara ait bulgular, aynı dönemde kliniğimize KOAH atağı ve hiperkapnik solunum yetmezliği nedeni ile yatan ve sekeli lezyonu olmayan hastalar ile kıyaslandı.

BULGULAR: Toplam 44 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 16 'sı (ort.yaş: 61.31 ± 8.31) sekeli TB lezyonu olup solunum yetmezliği nedeni ile yatan, diğerleri ise (28 hasta) (ort.yaş: 62.28 ± 11.88) KOAH atağı nedeni ile hiperkarbik solunum yetmezliği gelişen hastalardı. Her iki grupta yaş, BMI, yatış esnasındaki pH, PaCO₂, PaO₂/FIO₂ değerleri açısından fark yoktu. (Tablo1) KOAH atağına bağlı solunum yetmezliği grubunda 1 hasta (% 4), sekeli TB grubunda da 1 hasta (% 6.25) NIMV başarısızlığı nedeniyle entube oldu. KOAH grubunda 11 hasta (% 39) atak bitiminde NIMV 'den ayrılarak eve taburcu olur iken, diğer grupta 8 (%50) hasta salahl ile taburcu edildi. KOAH'lı grupta 16 (%57) hastada taburculuk sırasında eve uzun süre NIMV desteği verilmesi gerekli görüldü, sekeli TB grubunda ise bu sayı 7 (% 44) idi.

SONUÇ: NIMV, akciğer grafisinde sekeli lezyonu olup hiperkapnik solunum yetmezliği gelişen hastalarda, KOAH atağına bağlı solunum yetmezlikli hastalarda olduğu gibi efektif olarak uygulanabilir.

Tablo1:Her iki hasta grubunda giriş, 2.saat ve 24.saat kan gazı parametreleri

	Sekeli TB	KOAH	p değeri
pH	7.32 ± 0.05	7.32 ± 0.05	P > 0.05
PaCO ₂	68.24 ± 11.27	71.63 ± 13.06	P > 0.05
PaO ₂ /FIO ₂	241.85 ± 116.95	241.55 ± 84.25	P > 0.05
pH (2.saat)	7.34 ± 0.07	7.37 ± 0.06	P > 0.05
PaCO ₂ (2.saat)	66.34 ± 9.63	63.33 ± 11.56	P > 0.05
PaO ₂ /FIO ₂ (2.saat)	199.49 ± 53.60	221.59 ± 68.22	P > 0.05
pH (24.saat)	7.37 ± 0.04	7.39 ± 0.06	P > 0.05
PaCO ₂ (24.saat)	63.75 ± 14.05	63.01 ± 9.59	P > 0.05
PaO ₂ /FIO ₂ (24.saat)	245.72 ± 90.08	226.34 ± 77.97	P > 0.05

TP-085

KOAH'da SFT Değerleri ile Lokal ve Sistemik İnflamasyonun İlişkisi

Ömür Güngör, Ayşe Baççioğlu, Füsün Kalpaklıoğlu
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kırıkkale

Bu çalışmanın amacı, KOAH (Kronik obstrüktif akciğer hastalığı) tanılı hastalarda SFT değerlerindeki azalma ile lokal ve sistemik inflamasyon ilişkisini ortaya koymaktır. Bu amaçla 50 stabil KOAH'lı hasta ve 25 sağlıklı yetişkin incelenmiştir. Solunum fonksiyon testi (SFT), KOAH grubunda inhale ilaç kullanımından önce yapılmıştır ve FEV1(%), FEV1/FVC, MEF değerleri alınmıştır. Lokal inflamasyon belirteci olarak ekspiriyum havasında nitrik oksit ölçümü (FeNO) yapılmıştır. Sistemik inflamasyon belirteci olarak venöz kanda yüksek duyarlı c-reaktif protein (hsCRP), lökosit (WBC) ve fibrinojen çalışılmıştır. KOAH'lı hastalarda kontrol grubuna göre FeNO (21.20±10.29ppb, 15.12±5.65ppb, p=0.003) ile sistemik inflamatuvar belirteçlerden hsCRP (13933±1011, 9565±3583, p=<0.0001) ve WBC (8234±3052, 6624±1473, p=0.015) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunurken, fibrinojen değerleri benzer olarak değerlendirilmiştir (p=0.62). WBC ve fibrinojen ile SFT değerleri arasında anlamlı ilişki görülmemiştir (p>0.05). FeNO ile SFT değerleri oranı arasında anlamlı negatif korelasyon bulunmuştur (Sırası ile p=0.007 r:-0.311; p=0.001 r: -0.364). MEF ile FeNO arasında ilişki görülmezken (p=0.062 r:-0.217); hsCRP yüksek olanlarda daha düşük FEV1(%), FEV1/FVC, MEF değerleri görülmüştür (p=0.000 r:-0.811; p=0.000 r:-0.620; p=0.000 r:-0.647). KOAH tanılı hastalarda gerek lokal inflamasyonun gerekse sistemik iflamasyonun daha fazla olduğu görülmüştür. Hem lokal hem de sistemik inflamasyonun daha fazla olduğu hasta grubunda daha düşük SFT değerleri görülmüştür. İnflamasyonun kontrol altına alınması SFT değerlerindeki düşüşünde kontrolü açısından KOAH'da son derece önemli olacaktır

TP-086

İnhale Steroid Tedavisi Alan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Vitamin D Düzeylerinin Önemi

Özcan Oğurlu¹, Gülcan Güntaş², Abdülhakim Arıkan³, Hülya Irmak³, Hafize Uzun³

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü

²Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı

GİRİŞ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH) ilerleyici ve tam olarak geri dönüşümlü olmayan, ancak önlenebilir ve tedavi edilebilir bir akciğer hastalığıdır. Bu çalışmanın amacı inhale steroid kullanan ve kullanmayan KOAH'lı hastalarda vitamin D düzeyi ve vitamin D eksikliğinin, KOAH'ın gelişimi ve şiddeti ile ilişkisini araştırmaktır.

GEREÇLER VE YÖNTEM: Çalışmaya Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran, klinik olarak KOAH düşünülen ve solunum fonksiyon testi ile GOLD kriterlerine göre KOAH tanısı konulan 29 inhale steroid kullanan ve 24 inhale steroid kullanmayan hasta ile 28 sağlıklı gönüllü kontrol grubu olarak dahil edildi. Vitamin D ELİSA yöntemi, proBNP, CRP ile diğer biyokimyasal parametreler otoanalizör ile ölçüldü.

BULGULAR: Serum vitamin D düzeyi, inhale steroid kullanan KOAH'lı hastalarda, inhale steroid kullanmayan KOAH'lı hastalardan ve kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0.001$). CRP ve proBNP düzeyleri steroid kullanan grupta kullanmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek görülürken ($p<0.001$), steroid kullanmayan ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

SONUÇ: İnhale steroid kullanan KOAH'lı hastalarda serum vitamin D düzeylerinin daha düşük olduğu görülmektedir. KOAH şiddeti arttıkça vitamin D eksikliğinin artış göstermesi, KOAH'ın şiddetiyle vitamin D arasında bir ilişki olabileceğini göstermektedir. Ancak akciğer fonksiyonlarının birincil ve ikincil korumasında inhale steroid ile birlikte vitamin D tedavisinin kullanımı için, daha geniş hasta grubuyla yapılacak ileri deneysel ve klinik çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

TP-087

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Uyku Apne Sendromu Riskinin Stop Anketi ile DeğerlendirilmesiÜmran Toru¹, Ceylan Ayada²¹Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kütahya²Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Ana Bilim Dalı, Kütahya

GİRİŞ-AMAÇ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve uyku apne sendromu (OSAS) tüm dünyada görülme sıklığı giderek artan ve önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam eden multisistemik hastalıklardır. KOAH'lı hastalarda uyku kalitesinin bozulduğu ve OSAS riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. KOAH hastalarında OSAS riskini değerlendirmek için uyku ilişkili semptomları sorgulayan STOP anketi tarama yöntemi olarak önemli bir role sahiptir.

Biz bu çalışmada amfizem ve kronik bronşit olarak kategorize edilen KOAH hastalarında OSAS riskini ve bunun KOAH' a eşlik eden kardiyovasküler komorbiditelerle ilişkisini STOP uyku anketi kullanarak belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEM-GEREÇLER: KOAH tanısı ile tedavi görmekte olan toplam 106 hasta, amfizem (n=84) ve kronik bronşit (n=22) olarak sınıflandırıldı. OSAS ile ilişkili semptomları sorgulamak için tüm hastalara STOP anketi uygulandı. Sonuçlar SPSS16.0 istatistik programı ile değerlendirildi.

BULGULAR: STOP anketi risk skoru amfizemli hastalarda %47.6 oranında düşük, %45.2 oranında yüksek; kronik bronşitli hastalarda ise %18.2 oranında düşük, %72.7 oranında yüksek bulunmuştur. Her iki grup arasında STOP anketi risk skoru açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($X^2 = 6.313$, $df=2$, $p=0.043$). Amfizem grubunda KOAH'a ek olarak diyabetes mellitus, hipertansiyon ve/veya kardiyovasküler komorbiditesi olanlarda STOP anketi risk skoru olmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($X^2 = 21.516$, $df=4$, $p=0.000$). Kronik bronşit grubunda KOAH' a eşlik eden komorbiditesi olanlarda STOP anketi risk skoru olmayanlara kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($X^2 = 11.053$, $df=4$, $p=0.026$).

SONUÇ: Elde ettiğimiz verilere dayanarak; eşlik eden komorbiditesi olan KOAH hastalarında STOP anketinin, OSAS erken tanısı için ucuz ve tanıyı destekleyici bir tarama yöntemi olarak kullanılabileceğini öngörmekteyiz.

TP-088

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Berlin Uyku Anketi ile Uyku İlişkili Semptomların DeğerlendirilmesiCeylan Ayada¹, Ümran Toru²¹Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Ana Bilim Dalı, Kütahya²Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kütahya

GİRİŞ:Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan multisistem bir hastalıktır. KOAH'lı hastalarda azalmış oksijen satürasyonu, hiperkapni ve yardımcı solunum kaslarının kullanımına bağlı olarak uyku kalitesi bozulmaktadır. Uyku apne sendromu (OSAS) tüm dünyada çok sayıda bireyi etkilemekte ve KOAH gibi hastalıklara eşlik etmektedir. Berlin uyku anketi 13 sorudan oluşan ve uyku apnesi olan hastaların belirlenmesinde kullanılan bir ankettir. Ankette yer alan sorular; horlama, apne, gündüz aşırı uyku hali, hipertansiyon ve obezite gibi OSAS için anahtar semptomları sorgulamaktadır. Biz bu çalışmamızda amfizem ve kronik bronşit olarak gruplandırdığımız KOAH hastalarında OSAS riskini ve bunun KOAH' a eşlik eden kardiyovasküler komorbiditelerle ilişkisini Berlin uyku anketi kullanarak belirlemeyi hedefledik.

YÖNTEM-GEREÇLER: KOAH tanısı ile tedavi görmekte olan toplam 106 hasta, amfizem (n=84) ve kronik bronşit (n=22) olarak sınıflandırıldı. Tüm hastaların uyku apne semptomları Berlin uyku anketi uygulanarak sorgulandı. Sonuçlar SPSS16.0 istatistik programı ile analiz edildi.

BULGULAR: Berlin uyku anketi risk skoru amfizemli hastalarda %57.1 oranında düşük, %35.7 oranında yüksek; kronik bronşitli hastalarda ise %22.7 oranında düşük, %68.2 oranında yüksek bulunmuştur. Berlin anketi risk skoru açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır ($X^2=8.547$, $df=2$, $p=0.014$). Amfizem grubunda KOAH' a eşlik eden diyabetes mellitus, hipertansiyon ve/veya kardiyovasküler komorbiditesi olanlarda Berlin anketi risk skoru olmayanlara kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($X^2=29.627$, $df=4$, $p=0.000$). Kronik bronşitli hasta grubunda KOAH' a ek olarak komorbiditesi olanlarda Berlin anketi risk skoru olmayanlara kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($X^2 = 12.015$, $df=4$, $p=0.017$).

SONUÇ: Elde ettiğimiz verilere göre komorbiditesi olan KOAH hasta grubunda OSAS riski yüksektir. Bu hasta grubunda Berlin uyku anketinin günlük rutin pratikte kullanımının OSAS ön tanısı olanların polisomnografi ile değerlendirilmek üzere yönlendirilmesine hem zaman hem de maddi açıdan katkı sağlayacak ekonomik bir yöntemdir.

TP-089

Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı'nda Huzursuz Bacak Sendromu

Emel Bulcun¹, Aydanur Ekici¹, Yakup Türkel², Ersel Dağ², Mehmet Ekici¹¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı²Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Bu çalışmanın amacı Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH)'nda Huzursuz Bacak Sendromu (HBS)'nin prevalansını ve bu bozukluğun KOAH'ın şiddeti ve eşlik eden diğer komorbiditelerle ilişkisini incelemektir.

METOD: Bu çalışmaya 43 stabil dönemde olan KOAH tanılı hasta alındı. KOAH'lı hastalarda HBS'un varlığı IRLSSG (International RLS Study Group) kriterlerine göre konuldu. Tüm hastaların solunum fonksiyon testleri (SFT) yapıldı. BODE indeksleri hesaplandı. CAT ile semptom sorgulamaları yapıldı. Son 1 yıl içindeki atak sayıları kaydedildi. Tüm hastaların HAD ile anksiyete ve depresyon sorgulamaları yapıldı. Modifiye Kümülatif Hastalık Değerlendirme Ölçeği (MKHDÖ) ile hastaların komorbidite indeksleri ölçüldü. Hastaların serum örneğinde Hg, B12, folat, fe, ferritin, fe bağlama kapasitesi, transferrin saturasyonu değerleri ölçüldü.

BULGULAR: Bu çalışmaya katılan KOAH tanılı hastalardan 17'sine (%32) HBS tanısı konuldu. SFT parametreleri (FEV1%, FEV1/FVC, FVC), BODE indeksi, MKHDÖ skoru açısından HBS saptanan ve saptanmayan KOAH'lı hastalar arasında fark görülmedi. Yine Hg, B12, folat, fe, ferritin, fe bağlama kapasitesi, transferrin saturasyonu açısından da bu iki grup arasında fark yoktu. Son bir yıldaki atak sayısı HBS'u olan KOAH'lı hastalarda HBS'u olmayan KOAH'lı hastalardan daha yüksek bulundu. Pearson korelasyon ve logistik regresyon analizine göre; HBS varlığı ile son bir yıldaki atak sayısı, anksiyete ve depresyon skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki görüldü. Yine bu analizlere göre HBS varlığı ile CAT skoru arasında istatistiksel olarak sınırda anlamlı pozitif ilişki görüldü.

SONUÇ: HBS; KOAH'lı hastalar arasında yaygındır. KOAH exazerbasyonları bu hastalar arasında HBS gelişimini tetikler. HBS ve KOAH ilişkisine dair patofiyolojik mekanizmalar üzerine daha geniş kapsamlı çalışmalar planlanmalıdır.

HBS olan ve olmayan KOAH tanılı hastaların klinik ve biokimyasal parametreler açısından karşılaştırılması

	HBS tanısı olan KOAH'lı hastalar N:17	HBS olmayan KOAH tanılı hastalar N:36	P değeri
Yaş	60.0 ± 11.6	61.6 ± 7.8	0.5
Cinsiyet (erkek(kadın))	16/1	32/4	0.5
VKİ	28.4 ± 5.3	25.7 ± 4.4	0.053
FEV1%	57.6 ± 22.5	52.8 ± 21.3	0.4
FVC%	62.8 ± 24.5	63.9 ± 22.7	0.8
FEV1/FVC%	68.8 ± 12.3	62.1 ± 15.8	0.1
CAT skoru	24.0 ± 9.7	18.8 ± 8.6	0.055
BODE indeksi	3.0 ± 2.3	3.4 ± 2.5	0.6
MMRC	2.5 ± 1.1	2.4 ± 1.1	0.8
Son 1 yıldaki atak sayısı	1.1 ± 1.4	0.4 ± 0.7	0.03
6 dakika yürüme mesafesi	408.4 ± 105.3	438.3 ± 118.2	0.3
Sigara p/y	32.5 ± 12.3	31.9 ± 14.2	0.8
MCHDÖ	22.0 ± 3.7	20.8 ± 3.0	0.2
Anksiyete skoru	10.2 ± 6.3	5.7 ± 4.2	0.01
Depresyon skoru	8.8 ± 4.5	5.0 ± 3.8	0.002
Hg	15.1 ± 1.7	14.6 ± 1.3	0.2
Folik asit	7.9 ± 4.4	8.5 ± 6.7	0.7
B12	211.6 ± 134.1	232.3 ± 193.8	0.6
Fe	65.1 ± 34.3	82.5 ± 43.4	0.1
Ferritin	76.8 ± 61.9	82.9 ± 86.2	0.7
Fe bağlama kapasitesi	292.5 ± 83.3	262.7 ± 78.4	0.2
Transferrin Saturasyonu	19.1 ± 11.3	25.1 ± 15.8	0.1

KOAĞ tanılı hastalarda HBS varlığının klinik prediktörleri

	HBS var- lığı p değeri		HBS var- lığı p değeri		HBS var- lığı p değeri		HBS var- lığı p değeri
Yaş	0.7	Yaş	0.5	Yaş	0.6	Yaş	0.2
Cinsiyet	0.3	Cinsiyet	0.5	Cinsiyet	0.4	Cinsiyet	0.1
VKİ	0.04	VKİ	0.052	VKİ	0.1	VKİ	0.1
Son 1 yıldaki atak sayısı	0.02	CAT skoru	0.054	Anksiyete skoru	0.004	Depresyon skoru	0.002

TP-090

DR4 gen polimorfizminin KOAH hastalığı ile ilişkisi

Serdar Kalemcı¹, Tuba Gökdoğan Edgünlü², Nigar Dirican³, Cem Şahin⁴, Özkan Bağcı⁵¹Muğla Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Muğla²Muğla Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, Muğla³Süleyman Demirel Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta⁴Muğla Üniversitesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Muğla⁵Süleyman Demirel Üniversitesi, Genetik Ana Bilim Dalı, Isparta

GİRİŞ: Çalışmamızın amacı, Türk popülasyonunda TNF ilişkili apoptozis ligand reseptör 1 (Death Receptor 4, DR4) nükleotid polimorfizmlerini KOAH hastalığı ile ilişkisini araştırmaktır.

MATERYAL-METOD: KOAH hastalığında DR4 gen nükleotid polimorfizmini araştırmayı amaçlayan vaka-kontrol çalışmasıdır. Örnekler Türk popülasyonundan seçilmiştir. DR4 geni üç gen (rs6557634, rs20575, rs20576) polimorfizmi seçilmiş ve genotiplendirilmiştir. Sonuçlar daha sonra istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilmiştir.

SONUÇLAR: Biz, DR4 geni rs20576 nükleotid polimorfizmini KOAH hastalığı ile ilişkili bulduk.

TARTIŞMA: Türk popülasyonunda DR4 geni üç gen nükleotid polimorfizmi KOAH hastalığı ile anlamlı ilişkisi bulunmasada DR4 geni rs20576 nükleotid polimorfizmini KOAH hastalığı ile ilişkili bulunmuştur.

Genotip Dağılımları

rs6557634, rs20575 ve rs20576 polimorfizmlerinin genotip dağılımı

OR: odds ratio, 95% CI: 95% confidence interval, *Reference genotype/allele

Genotip	kontrol (158)	vaka (97)	p- değeri	OR (95% CI)
rs6557634				
GG	57	33		1*
GA	66	37	0.58	0.998 (0.538-1.743)
AA	35	27		1.332 (0.689-2.579)
rs20575				
CC	39	34		1*
GC	69	40	0.16	0.665 (0.364-1.215)
GG	50	23		0.528 (0.269-1.036)
rs20576				
AA	52	50		1*
AC	67	38	0.001	0.590 (0.358-1.029)
CC	39	9		0.240 (0.105-0.546)

rs6557634, rs20575 ve rs20576 polimorfizmlerinin genotip dağılımı

TP-091

KOAH' da Prognostik Faktör Olarak Homosistein Düzeyi ve Metabolik Sendromun Rolü

Nasibe Şencan Kara, Emine Bahar Kurt, İbrahim Hikmet Fırat
Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Ankara

Hiperhomosisteinemi (Hcy) artmış kardiyovasküler risk belirteçidir. Birçok klinik ve epidemiyolojik çalışmada Hcy artışının hiperlipidemi ve sigara içimi kadar kalp-damar hastalıkları için yüksek risk faktörü olduğu gösterilmektedir. KOAH' lı hastalarda Hcy düzeyi ile kardiyovasküler hastalıklar için yüksek riskli olanların belirlenerek, kardiyovasküler problemlerin önlenmesinde yararlanılabileceği düşünülmektedir. Bizde KOAH' lı hastalarda Hcy düzeyi ve Hcy yüksekliği ile semptomlar, akciğer fonksiyonları, yaşam kalitesi, mortalite arasında korelasyon olup olmadığı ve bu hastalarda metabolik sendrom varlığının araştırılmasını planladık. Çalışmamız Ekim - Aralık 2013 tarihleri arasında, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine stabil dönemde başvuran 70 KOAH' lı (62 erkek, 8 kadın) ve göğüs hastalıkları polikliniği dışındaki polikliniklere başvuran hastalar ya da sağlıklı gönüllülerden oluşan 70 kişilik (56 erkek, 14 kadın) kontrol grubu ile yapıldı. GOLD birleşik değerlendirmeye göre KOAH' lı hastaların % 64' ü D grubu, % 21' i B grubundaydı. Hastaların Hcy düzeyi, arter kan gazı ve diğer rutin kan tetkiklerinin dışında performans değerlendirmeleri için 6 dakika yürüme egzersiz testi, mMRC ve Borg dispne skalası, BODE indeksi, CAT ve St.George yaşam kalitesi değerlendirme anketi yapıldı.

Çalışmamızda Hcy düzeylerinin KOAH'lı ve sigara içmeye devam eden hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. GOLD birleşik değerlendirmeye göre gruplar arasında Hcy yüksekliği açısından anlamlı bir fark görülmedi ($p>0,05$). Hcy düzeyi ve yüksekliği ile, BODE indeksi evreleri arasında istatistiksel olarak ilişki bulunmadı ($p > 0,05$). KOAH' lı hastalarda B6 vitamin ve folat düzeyi daha düşük idi ($p=0,000$).

Hipoksemi ve hiperkarbi ile Hcy düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Hcy düzeyini etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi, bel çevresi, trigliserid, FEV1 (L), FEV1 (%), FVC (%), FEV1/FVC, B6 ve folat düzeyi ile negatif korelasyon, yaş ve sigara kullanım miktarı (paket/yıl) ile de pozitif korelasyon mevcuttu. Lojistik regresyon analizine göre KOAH' lı olmak, Hcy düzeyini 2,1 kat (OR:2,1 - $p=0,048$), yaş 1 kat (OR:1 - $P=0,039$), halen sigara kullanıyor olmak 2,3 kat (OR:2,3- $P=0,028$), B12 eksikliği 2,8 kat (OR:2,8- $P=0,097$) artırmaktaydı. KOAH'lı hastalarda metabolik sendrom %30 oranında görülmekteydi. Hcy yüksekliği olanların mMRC ve BORG dispne skalalarına göre daha fazla B6 vitamini ve folat düzeyi ve dolaylı olarak Hcy yüksekliğinin KOAH' da kötü yaşam kalitesi ve mortalite ile ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Tablo 1: Hastaların Demografik Özellikleri

	VAKA	KONTROL	P
Hasta Sayısı (n)	70	70	
Erkek (n) (%)	62 (%88,6)	56 (%80)	P >0,05
Kadın (n) (%)	8 (%11,4)	14 (%20)	
Yaş (Yıl±SD)	62,7 ± 12	55,1 ± 9	p=0,000
Vücut Ağırlığı (kg±SD)	74,8 ± 17,9	76,2 ± 12,8	p>0,05
VKİ (kg/m ² ±SD)	26 ± 5,5	25,4 ± 4,7	p>0,05

Tablo 2: Gruplar Arası Metabolik Sendrom Kriterlerinin Değerlendirilmesi

	VAKA	KONTROL	P
Sistolik kan basıncı (mm/Hg ±SD)	118 ± 14	125 ± 12	p=0,002
Diastolik kan basıncı (mm/Hg ±SD)	74 ± 11	76 ± 8	p>0,05
Açlık kan şekeri (mg/dL±SD)	96 ± 29	99 ± 33	p>0,05
HDL (mg/dL±SD)			
Erkek	51,7 ± 19,9	49 ± 10,6	p>0,05
Kadın	47,2 ± 7,8	56,2 ± 19,1	
Trigliserid (mg/dL±SD)	129 ± 117	174 ± 92	P=0,000
Bel çevresi (cm±SD)			
Erkek	96,8 ± 17	100 ± 11,4	p>0,05
Kadın	88,6 ± 13	103 ± 8,7	

Tablo 3: Metabolik sendrom varlığına göre grupların değerlendirilmesi

GRUPLAR		Metabolik sendromu olanlar (n,%)
VAKA (n=70)	Erkek (n=62)	17 (%27,4)
	Kadın (n=8)	4 (%50)
	Toplam	21 (%30)
KONTROL (n=70)	Erkek (n=56)	17 (%30,4)
	Kadın (n=14)	10 (%71,4)
	Toplam	27 (%38,6)

Tablo 4: Grupların Sigara Kullanma Durumunun Karşılaştırılması

	VAKA (n:70)	KONTROL (n:70)	P
Sigara kullanan (n) (%)	68 kişi (%97,1)	56 kişi (%80)	p=0,000
Hiç kullanmayan (n) (%)	2 kişi (%2,9)	14 kişi (%20)	
Sigara kullanım miktarı (paket/yıl±SD)	46 ± 28	23 ±12	p=0,000

Tablo 5: KOAH Hastalarının mMRC, BORG, CAT, 6 Dakika Yürüme Testi, BODE İndeksi, St.George Anket Sonuçları

	KOAH'lı Hastalar
MMRC dispne skalası (X ±SD)	2,4±1,2
BORG dispne skalası (X ±SD)	4,6±2,6
CAT puanı (X ±SD)	21,7±10,3
6 dakika yürüme testi (m±SD)	309± 142
BODE indeksi puanı (X ±SD)	4,3±2,9
St.George Semptom puanı (X ±SD)	60,8±23,9
St.George Aktivite puanı (X ±SD)	73,9±24,9
St.George Etkinlik puanı (X ±SD)	51±28
St.George Toplam puanı (X ±SD)	58,7±25,3

Tablo 6: Grupların Homosistein Düzeyi Karşılaştırması

GRUPLAR	Homosistein (µmol/L±SD)	Min:	Max:	p
VAKA	24,5±16	4,4	94,4	p=0,000
KONTROL	14,7 ± 4,7	7,1	32,8	

Tablo 7: KOAH'lı Hastalarda Spirometrik Sınıflama

GOLD spirometrik sınıflama	KOAH'lı Hastalar (n:70) (%)
Evre1	2 (%2,9)
Evre2	29 (%41,4)
Evre3	28 (%40)
Evre4	11 (%15,7)

Tablo 8: KOAH'lı Hastalarda mMRC ve BORG Dispne Anket Puanları

	Hcy normal	Hcy yüksek	P- değeri
mMRC (X ±SD)	2 ±1,1	2,6 ± 1,2	p=0,02
BORG (X ±SD)	3,7±2,2	5,1±2,7	p=0,03

Tablo 9: Vaka ve Kontrol Grubunda Homosistein Düzeyini Etkileyen Faktörler

	Homosistein düzeyi Korelasyon katsayısı (r)	P
Vücut ağırlığı (kg)	-0,17*	p=0,03
VKİ (kg/m ²)	-0,19*	p=0,02
Yaş (yıl)	0,31*	p=0,000
Trigliserid	-0,17*	p=0,04
Bel çevresi (cm)	-0,21*	p=0,01
Sigara kullanımı (paket/yıl)	0,29**	p=0,001
FEV ₁ (L)	-0,2*	p=0,01
FEV ₁ (%)	-0,26**	p=0,001
FVC (%)	-0,26**	p=0,002
FEV ₁ /FVC	-0,29**	p=0,001
B6 vitamini (ng/ml)	-0,18*	p=0,02
Folat (ng/ml)	-0,27**	p=0,001

Tablo 10: KOAH'lı Hastalarda Homosistein Düzeyini Etkileyen Bağımsız Faktörler

	OR (% 95 GA)	P
KOAH olmak	Referans 2,15 (1- 4,61)	P=0,048
Yaş	Referans 1 (1-1)	P=0,039
Sigara kullanımı	Referans 2,3 (1- 5)	P=0,028
B12 eksikliği	Referans 2,8 (0,8 - 9,8)	P=0,097

TP-092**Ağır Derece Kronik Obstruktif Akciğer Hastalarında Serum Eser Element ve Ağır Metal Düzeyleri ve ilişkili olduğu faktörler**

Selvi Aşker¹, Müntecep Aşker², Aslı Çilingir Yeltekin³, Mehmet Aslan⁴, Bülent Özbay⁵, Halit Demir³

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

²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Van

³Yüzüncü Yıl Üniversitesi Fen fakültesi, Kimya Bölümü, Van

⁴Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp fakültesi, Dahiliye Ana Bilim Dalı, Van

⁵Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Muğla

AMAÇ: Çalışmanın amacı ağır KOAH hastalarında serum eser element düzeylerini ve ağır metal düzeylerini ölçmek ve bu parametreleri hastaların klinik, demografik ve biyokimyasal değerleri ile ilişkilendirmektir.

METOD: Çalışmaya 96 hasta dahil edildi. Hastalar 3 gruba ayrıldı. Grup 1 38 pulmoner hipertansiyonu olmayan ciddi koah hastası, grup 2 22 pulmoner hipertansiyonu olan ciddi KOAH hastası, grup 3 36 sağlıklı kontrol içermektedir. Hastaların demografik, ekokardiyografik ve biyokimyasal parametreleri kaydedildi. Her 3 grup da serum eser element (magnesyum, bakır, demir, çinko, manganez, kobalt) ve serum ağır metal (kurşun, kadmiyum) ölçümleri kaydedildi.

SONUÇLAR: Kobalt, bakır ve demir değerleri KOAH hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Kadmiyum, kobalt ve demir değerleri pulmoner hipertansiyonu olan KOAH hastalarında diğer KOAH hastalarına göre daha yüksek bulundu. KOAH hasta grubu kontrol grubuna göre sigara içme oranı daha yüksek idi. KOAH hasta grubunda karotis intima media kalınlığı daha yüksekti.

SONUÇ: KOAH hasta grubunda eser elementlerde ve ağır metallerde artış olup bu artış pulmoner hipertansiyon olan hastalarda daha belirgindir. Bütün bu durumlar oksidatif stres ve inflamasyon, hipoksi ve sigara kullanımı ile ilişkili olup eser elementleri ve ağır metalleri artıran faktörlerde bu durumlar ile ilişkili olabilir. Bu konu ile ilgili ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

TP-093

Romatizmal Mitral Kapak Hastalarında Obstruktif Sleep Apne SendromuMüntecep Aşker¹, Selvi Aşker²¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Van²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Van**AMAÇ:** Çalışmanın amacı romatizmal kapak hastalarında uykuda oluşan solunum bozukluklarını saptamaktır.**METOD:** Çalışmaya merkezimize bir yıl içinde başvurmuş 48 romatizmal mitral kapak hastası dahil edildi. Ek hastalığı olan, sigara içen, obes olan ve Üst solunum yolu patolojisi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm hastalara Epworth uyku anketi uygulandı. Tüm hastalara bir gece uyku laboratuvarında polisomnografi testi yapıldı. Apne –Hipopne indexleri kaydedildi. Ekokardiyografi bilgileri kaydedildi. Ekokardiyografi bulguları ile Apne-Hipopne indexi (AHI) arasındaki ilişki değerlendirildi.**SONUÇLAR:** Çalışmaya dahil edilen 18 hastanın (16 kadın, 2 erkek; ortalama yaş, 42,78±12.34 yıl) 16'sında Obstructive sleep apnea (OSA) saptandı (%88,8). Apne – Hipopne indexi (AHI) nin, mitral darlığın derecesi ile, pulmoner arter basıncı ile, mitral kapak alanı ile, ortalama kapak gradienti ile, sol ventrikül end sistolik ve end diastolik çapları ile ve apne süresi ile pozitif ilişkili olduğu saptandı. Ciddi darlığı olan hastalarda AHI değeri hafif derece darlığı olan hastalara göre belirgin olarak yüksek bulundu.**SONUÇ:** Mitral darlık hastalarında OSA sıklığı yüksek bulundu. Bu hastaların kardiyak problemlerine ek olarak uykuda solunum bozuklukları açısından değerlendirilmesi ve tedavinin düzenlenmesi gerekmektedir. Daha yüksek sayıda hasta içeren ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

TP-094**Obstruktif Sleep Apne hastalarında Eser Element ve Ağır Metal Düzeyleri**

Selvi Aşker¹, Müntecep Aşker², Aslı Çilingir Yeltekin³, Mehmet Aslan⁴, Halit Demir³

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

²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Van

³Yüzüncü Yıl Üniversitesi Fen Fakültesi, Kimya Bölümü, Van

⁴Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye Ana Bilim Dalı, Van

AMAÇ: Çalışmanın amacı Obstruktif sleep apne (OSA) hastalarında eser element ve ağır metal düzeylerini değerlendirmek ve bu parametreleri hastaların klinik, demografik ve biyokimyasal değerleri ile ilişkilendirmektir.

METOD: Vaka –kontrol çalışması olarak düzenlenen klinik çalışmaya 35 OSA ve 36 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hastaların demografik, polisomnografik ve biyokimyasal değerleri kaydedildi. Serum eser elementleri (magnezyum, bakır, demir, çinko, mangan, kobalt) ve serum ağır metal ((kurşun, kadmiyum) düzeyleri kaydedildi.

SONUÇLAR: Obstruktif sleep apne (OSA) hastalarındaki kadmiyum, bakır, demir, magnezyum, mangan, kurşun ve zinko değerleri yüksek bulundu. Bu değerlerin serum kolesterol ve trigliserit değerleri ile ilişkili olduğu saptandı. Aynı hasta grubunda değerlendirilen yüksek karotis intima media kalınlığının serum kobalt, bakır, demir, magnezyum, mangan ve çinko değerleri ile ilişkili olduğu bulundu.

SONUÇ: Sonuçlarımız kan eser element ve ağır metal düzeylerinin OSA hastalarında yüksek olduğunu gösterdi. Bu farklılık oksidatif stres ve inflamasyonun bir sonucu olabilir. Bu konu ile ilgili olarak ileri, kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olacaktır.

TP-095

Astım Kontrolünde Doğru İnhaler Kullanım Tekniği Arayışı

İmren Nesil, Asena Arısoy, Özlem Göksel, Mustafa Hikmet Özhan
Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Bornova, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Astım kontrolünde inhaler kullanım teknikleri üzerinde çok çalışılmış bir konudur. Doğru “inhaler kullanım tekniği” eğitimi konusunda çeşitli öneriler ortaya konulmuştur. Kliniğimizde bu eğitim; göğüs hastalıkları uzmanları tarafından, ilk astım tanısı konulduğunda ve gereğinde birebir yüz-yüze olarak verilmektedir. Ancak gözlemimiz, eğitimin her hasta için beklenen davranış değişikliğini sağlayamadığı yönündedir. Bu araştırma ile; en az 1 yıldır astım tanısı olan ve en az 6 aydır düzenli olarak aynı inhaler cihazı kullanan hastaların “inhaler kullanım teknikleri”nin incelenmesi, yanı sıra bunları etkileyen faktörlerin araştırılması hedeflenmiştir.

YÖNTEM: Prospektif, kesitsel (6 ay), gözlemsel araştırmaya; astım polikliniğimize başvuran, kısmi kontrol altında ya da kontrolsüz astımı olan ve çalışmaya katılmak için yazılı onam veren her hasta ardışık olarak dahil edildi. Olguların tümüne demografik özelliklerin yanı sıra, muayene ve solunum fonksiyon testleri sonuçlarını da içeren ayrıntılı hasta bilgi formu dolduruldu. Takiben inhaler cihaz kullanımları bir-bir gözlemlenerek, ulaşılabilen tüm inhaler cihazlar için ortak olarak oluşturulan “inhaler kullanım cetveli”ne (İKC) kayıt edildi. Tam puan, her bir doğru hareket için 1 puan olmak üzere, toplam 14 puan olarak belirlendi. İKC puanları ile, -AKT başta olmak üzere- ilişkili olabileceği tüm faktörler multivariant analizler ile araştırıldı. Bu çalışmada araştırmamızın ilk ay, ön sonuçları verilmektedir.

BULGULAR: Çalışmaya 26K, 8E olmak üzere toplam 34 hasta katıldı. Ortalama yaş 51,4 (min29-max67) idi. Olgular %32.3 üniversite/yüksek lisans, %29.4 lise, %38.2 oranında ilkokul/ortaokul düzeyinde eğitim almışlardı. Yarısından çoğu(%55.8)3>= aile üyesi ile birlikte yaşıyordu, %85.3'ü en az bir aile üyesinin kendisine astım yönetimi konusunda yardım ettiğini bildirdi. Tümü ilk astım tanısı aldıklarında en az bir kez inhaler cihaz eğitimi almışlardı. Yüzde 67'si atopik, %2.9'u aktif smoker idi. İKC'de %29.4'ü tam, %67.6'sı 13-9 arası puan almıştı. AKT'de %41.2'ü 20-24 (kısmi kontrol), %58.2'si 19 puan altı (kontrolsüz) aldı. İKC'de düşük puan alınması ile AKT arasında ilişki saptanmadı. Yanısıra yapılan multivariant analizlerde de İKC düşüklüğünü etkileyen demografik ya da hastalığa ait istatistiksel anlamlı herhangi bir özellik gözlenmedi.

SONUÇ: Çalışmanın ilk ay ön verilerinde; muhtemelen az sayıdaki olgu nedeni ile İKC'de tam puan almayı etkileyen herhangi bir demografik/hastalığa ait faktör saptanamadı. Ancak, inhaler cihaz kullanımı konusunda eğitim aldıklarını beyan etmelerine karşın çoğu hastanın eksik/hatalı inhaler kullanım teknikleri sergilemesi dikkat çekici idi.

Olguların demografik özellikleri ve bulgular

Cinsiyet (K, %)	24 (71)
Yaş (ortanca)	51.4 (29-67)
Sigara (n, %)	1 (2.9)
Eğitim durumu (n, %)	
Üniversite/Yüksek lisans	10 (32.3)
Lise	9 (29.4)
İlkokul/Ortaokul	12 (38.2)
> 2 aile bireyi ile yaşayan kişi sayısı (n, %)	18 (55.8)
Yardımcı olan aile bireyi varlığı (n, %)	29 (85.3)
İnhaler eğitimi (n, %)	34 (100)
Atopi (n, %)	22 (67)
AKT puanı (n, %)	
20-24	11(32.4)
<= 19	23 (67.6)
İKC puanı	
14	10 (29.4)
9-13	23 (67.6)

TP-096**Allerjik Rinitli Hastalarda Subkutan Allerjen Spesifik İmmünoterapinin Etkinliği ve Tedaviye Hasta Uyumunun Değerlendirilmesi**

Zeynep Ferhan Özşeker, İsmet Bulut

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Allerjik rinit hastaların yaşam kalitesini oldukça kötü etkileyen kronik bir hastalıktır. Kronik hastalıklarda tedavi devamı ve uyumunun oldukça düşük olduğu bilinmektedir. Subkutan allerjen spesifik immünoterapi (SCIT) orta ve ağır şiddet-teki rinit için oldukça etkili bir tedavidir. Ancak uzun tedavi süresi, uygulamadaki zorluklar ve yüksek maliyetli olması hastanın tedaviye uyumunu etkilemektedir. Amacımız orta ve allerjik rinitli hastalarda SCIT'e uyumu ve tedavi etkinliğini değerlendirmektir.

METOD: En az 1 yıldır allerjik rinit tanısı ile İmmünoloji ve Allerji polikliniğimizde SCIT almakta olan 135 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Demografik bilgileri, allerjik durumları, aylık gelirleri, hastaneye geliş maliyetleri, tedavi öncesi semptom skorları ve vizüel analog skorları (V.A.S) ve tedavi devamları kaydedildi. İstatistik analizleri için Kolmogorov-Smirnov ve Wilcoxon rank test uygulandı.

BULGULAR: Retrospektif-kohort dizayn edilmiş olan bu çalışmada hastaların yaş ortalaması 31.5 ± 11.0 yılı (14-63 yaş) ve kadın/erkek oranı 84/51 idi. Tüm hastaların sosyal güvencesi vardı. Hastaların tedavi sonrası V.A.S ve semptom skorlarında istatistiksel olarak anlamlı derecede iyileşme vardı ($p < 0.000$). 15 hastanın (%11.1) tedavi uyumu yoktu, toplam uyum %88.9 gibi oldukça yüksek bir orandaydı.

SONUÇ: Hasta sayısı çok fazla olmamakla birlikte, çalışmamızda subkutan immünoterapinin allerjik rinitte oldukça etkin olduğunu, hastaların bu tedaviye uyumunun yüksek olduğunu saptadık. Bu sonuçlar bize hastaların enjektabl tedavileri sevdiğini ve doğrudan gözetimli tedavinin de bu oranlarda etkili olduğunu düşündürdü.

TP-097

Astımda Anti Ig-E Tedavisi: Allerjik Duyarlanma Mutlaka Olmalı mı?

Mustafa Güleç, Ali Selçuk, Özgür Kartal, Sait Yeşillik, Fevzi Demirel, Abdullah Baysan, Uğur Muşabak, Osman Şener
Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, İmmünoloji ve Allerji Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Anti-IgE (omalizumab), optimal konvansiyonel tedaviye rağmen kontrol altına alınamayan orta-ağır allerjik astımlı hastalarda kullanılan bir biyolojik ajandır. Dolaşımdaki serbest Ig E molekülünü bağlayarak etki gösteren omalizumabın atopisi olmayan astımlı hastalarda da etkili olduğunu öne süren olgu sunumları mevcuttur.

OLGU: 10 On bir yıldır astım tanısıyla takip edilen 51 yaşındaki kadın hasta yüksek doz inhaler steroid almasına rağmen son bir yılda dört kez astım atağı nedeniyle acile başvurmıştır. Muayenesinde akciğerde yaygın ronküsler duyuldu. FEV1: %76, total IgE: 897 IU/mL inhalan deri testleriyle mite spesifik IgE negatif saptandı. Klinik değerlendirilmede; VAS 2, astım semptom skoru (ASS) 6 olarak belirlendi. Nonallerjik astım tanısıyla, 450 mg/ay omalizumab başlandı. Omalizumabın ilk dozundan iki hafta sonra hastanın yakınmalarında iyileşme gözlemlendi. Halen Omalizumabın onuncu ayında VAS 8, ASS 2 olan hasta gerektiğinde salbutamol kullanmaktadır.

OLGU: Altmış dokuz yaşındaki kadın hastada, 12 yıldır süren astımın yanısıra hipertansiyon, epilepsi, anksiyete bozukluğu da mevcuttur. Son bir yıl içinde sayısız acil başvuruları ve iki kez hastane yatışı da mevcuttur. Hasta halen yüksek doz inhaler kortikosteroid ve sık olarak oral kortikosteroid kullanmaktadır. FEV1: %73, inhalan deri testleri negatif saptandı. Total IgE: 116 IU/mL mite ve mold spesifik IgE negatifti. Başlangıçta VAS 3, ASS 8 olarak belirlenen hastaya aylık 300 mg Omalizumab başlandı. Tedavinin ikinci dozundan sonra semptomlarda düzelme gözlenen hastanın Omalizumabın dokuzuncu ayında VAS 8 ve ASS 3 olarak saptandı. Halen günde tek doz budesonid/formoterol kullanan hastanın diğer hastalıkları da kontrol altında seyretmektedir. Her iki olguda da tedavi sürecinde astım nedeniyle acil hastane başvurusu veya hospitalizasyon olmamıştır.

TARTIŞMA: Omalizumabın orta ve ağır allerjik astımda klinik etkinliği birçok çalışmayla gösterilmiş olup, GINA (Global Initiative of Asthma) tedavi rehberinde perennial allerjenlere karşı duyarlılığı gösterilmiş olan allerjik astımlı hastalarda tedavi seçeneği olarak sunulmaktadır. Her iki olgumuzda serum total IgE düzeyleri yüksek olmasına karşın hem deri prick testi hem de perennial allerjen spesifik IgE'leri negatif olan nonallerjik astımlı hastalardı.Yapılan çalışmalarda inflamatuvar sitokinler ve yüksek afiniteli IgE reseptör ekspresyonunun allerjik ve nonallerjik astımlı hastalarda benzer özelliklere sahip olduğunu gösterilmiştir. Serbest IgE üzerinden etki gösteren Omalizumabın klinik faydasında atopinin ne kadar yeri olduğu tartışmaya açıktır.

TP-098

Solunumsal Yoğun Bakımda Mortalite İle İlişkili Faktörler

Cengizhan Sezgi, Mahşuk Taylan, Hadice Selimoğlu Şen, Halide Kaya, Melike Demir, Süreyya Yılmaz, Özlem Abakay, Abdullah Çetin Tanrikulu

Dicle Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ: Yoğun bakım hastalarında artmış mortalite ile ilişkili faktörlerin bilinmesi, hastalığın klinik gidişinin değerlendirilmesinde ve uygun tedavinin başlanmasında önemli bilgiler sağlar. Çalışmada amacımız solunumsal yoğun bakım ünitesinde (SYBÜ) mortalite ile ilişkili faktörleri araştırmaktır.

MATERYAL ve METOD: Çalışmaya Haziran 2012–Ocak 2013 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları SYBÜ de yatmaktayken ölen ardışık 85 olgu, SYBÜ’de takip edilip genel durumu düzeldiği için servise devredilen ardışık 63 olgu alındı. SYBÜ’nde yatan olguların demografik özellikleri, primer tanı, eşlik eden hastalıkları, kalış süreleri, mekanik ventilasyon ihtiyacı ve süresi, APACHE II skorları ile yatıştaki rutin biyokimya tetkikleri, sedimantasyon, CRP ve albümin düzeyleri kaydedildi. SYBÜ’de yaşayan ve ölen olguların verileri karşılaştırıldı.

BULGULAR: İleri yaş ($p=0,002$), erkek cinsiyet ($p=0,014$), primer yatış tanısında pnömoni ve/veya ARDS varlığı ($p<0,05$), yüksek APACHE 2 skoru ($p<0,001$), İMV ye bağlanma, ($p<0,001$), hipoalbüminemi ($p<0,01$), eşlik eden böbrek hastalığı ve hastane enfeksiyonu olması ($p<0,01$), düşük albümin düzeyi, ($p<0,01$) ve artmış CRP ($p<0,01$) artmış mortalite ile ilişkili bulundu.

SONUÇ: Mortalite ile ilişkili faktörlerin bilinmesi riskli hasta grubunun saptanmasında önemli bilgiler sağlar. Bu hastaların daha çok dikkatle takip edilmesi büyük önem taşır.

Çalışma gruplarının demografik özellikleri

	Ölen grup n=85(%)	Yaşayan grup n=63(%)	p
Yaş (yıl)	69,7±14,8	61,2±15,1	0,002
Cinsiyet			
Kadın n(%)	28(31,9)	35(55,6)	0,014
Erkek n(%)	57(68,1)	28(44,4)	
Primer Hastalık			
Akciğer kanseri n(%)	13(15,3)	4(6,3)	<0,05
Pnömoni n(%)	36(42,3)	25(39,7)	NS
KOAH n(%)	12(14,1)	13(20,6)	<0,05
Pulmonar emboli n(%)	4(4,7)	7(11,2)	NS
ARDS n(%)	10(11,8)	5(7,9)	<0,05
Diğer solunum yetmezlikleri n(%)	10(11,8)	9(14,3)	NS
Eşlik eden hastalık			
Kalp hastalığı n(%)	30(35,3)	21(33,3)	NS
Böbrek hastalığı n(%)	15(17,6)	5(7,9)	0,008
Hastane enfeksiyonları n(%)	31(36,5)	12(19,1)	0,015
Diabetes Mellitus n(%)	6(7,1)	9(14,2)	NS
Nörolojik hastalıklar n(%)	21(18,9)	11,5±1,3	NS
Maligniteler n(%)	6(7,1)	3(4,7)	NS
Yoğun bakımda kalınan süre (gün)	12,7±10,5	11,5±1,3	NS
APACHE II skoru	28,2±9,5	21,2±8,5	<0,001
İMV ihtiyacı n(%)	53(62,3)	19(23,8)	<0,001

NS: Non significant, KOAH: Kronik obstructif akciğer hastalığı, ARDS: Adult respiratory distress sendromu, APACHE II: Acute Physiology and Chronic Healthy Evaluation II, İMV: İnvaziv mekanik ventilasyon

Çalışma gruplarının hastaneye yatışta bakılan laboratuvar tetkik sonuçları.

	Ölen grup	Yaşayan grup	p
WBC (*103/µl)	12,8± 6,21	10,2±5,75	<0.01
Hb(gr/dl)	10,5±2,2	11,3±2,2	NS
Platelet sayısı (*103/µl)	231,2±125,2	220,3±117,5	NS
ESR(mm/h)	38,6±24,6	31,1±23,4	<0,01
CRP (mg/dl)	14,1±8,2	10,3±8,4	<0,001
Albumin (mg/dl)	2,1±0,4	2,5±0,5	<0,01

NS: Non significant, WBC: White Blood Cell, Hb: Hemoglobin, CRP: C-Reaktif protein ESR: eritrosit sedimantasyon hızı

TP-099**Yeni Bir Ailesel Torakal Sendrom**

Nurettin Yiyit

Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

GİRİŞ: Kas iskelet sistemi bozuklukları ile seyreden bir çok torakal anomali mevcuttur. Bu hastalıkların en fazla bilenenleri Poland sendromu, pektus deformiteleri ve Sprengel deformitesidir. Torakal anomalilerin birliktelik göstermesi sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Özellikle Poland sendromu için her geçen gün yeni bir varyant bildirilmektedir. Bu tür hastalıklar genellikle sporadiktir. Daha da önemlisi pektus deformiteleri dışında bu hastalıklar vücudun genelde tek tarafını tutmaktadırlar. Ailesel bilateral tutulum gösteren yeni torakal bir sendromu sunmaktayım. Hastalar: 50 yaşında erkek hasta, 5 çocuğu ve 2 torununun muayenesinde multiple bilateral torakal anomaliler tespit edildi. Hastalar kan tetkikleri, radyolojik tetkikleri ile değerlendirildi. Genetik analiz için kanları alındı.

BULGULAR: Hastamızın kendisi, 4 çocuğu ve 2 torununda pektoral, trapezius, latissimus dorsi ve serratus anterior kaslarının bilateral olarak farklı oranlarda agenizisi veya hipoplazisi, bilateral Sprengel deformitesi, minimal düzeyde pektus ekskavatum veya karinatum deformitesi, skolyoz, hiperlipidemi ve CK enzim yüksekliği tespit edildi.

SONUÇ: Hastalarımızın aynı aileden olmaları göğüs deformitelerinde sıklıkla karşılaşılmayan bir durumdur. Bilateral bir çok göğüs deformitesini barındıran aile genetik incelemeye alınmıştır. Bir veya bir kaç etkilenmiş gen bulunması halinde genetik geçişli toraks duvarını bilateral tutan bir sendromu tanımlamak mümkün olacaktır. Ayrıca genetik temeli belli olmayan Poland, Sprengel, Pektus deformiteleri gibi hastalıkların etyolojisini açıklama konusunda önemli bir başlangıç olacağını düşünmekteyim.

TP-100

Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Olan Hastalarda Pulmoner Rehabilitasyon Programının Yaşam Kalitesi, C-Reaktif Protein (CRP) ve Solunum Fonksiyonlarına Etkinliği

Şule Çilekar, Fikret Kanat, Baykal Tülek, Funda Levendoğlu, İbrahim Tuğrul Taşpınar, Mecit Süerdem
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Konya

AMAÇ; Bu çalışmada stabil KOAH'lı olgulara ayaktan uygulanan pulmoner rehabilitasyon tedavisinin; egzersiz kapasitesi, dispne skalası, yürüme mesafesi, yaşam kalitesi, solunum kas kuvveti ve CRP değeri üzerine olan etkisini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM VE GEREÇLER; Bu çalışmaya 1 Aralık 2012 ve 31 Ağustos 2013 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Kliniğinde KOAH tanısı ile takip edilen ve Fizik Tedavi ve Pulmoner Rehabilitasyon kliniğinde pulmoner rehabilitasyon almış olan ardışık 30 hasta alınmıştır.

GOLD tanımına göre KOAH hastalığı olan, son iki ay içinde atak geçirmemiş, daha önce pulmoner rehabilitasyon almamış, stabil, 50-75 yaş arası olguların tedavi öncesi ve tedavi sonrası değerleri birbiriyle karşılaştırdık. Hastalara düşük yoğunluklu aerobik egzersiz (maksimum kalp hızı rezervinin yüzde 50'si miktarında) programı uygulanmaktadır. Program haftada üç gün, bir saat uygulanmaktadır. Olguların nefes darlığının günlük aktivitelerine etkisi mMRC ve CAT sorgulama testi ile, yaşam kaliteleri Saint George Solunum Anketi ile değerlendirilmiştir. Tüm olgulardan istirahat halindeyken radial arterden en az 0.2 cc arteriyel kan gazı örneği alınmıştır. Solunum fonksiyon testleri yapılmaktadır. FVC, FEV1, FEV1/FVC ve FEF 25-75 parametreleri değerlendirilmiştir. Hastaların solunum kas güçleri, spirometre cihazı ile ölçülmektedir. Mikro RPM ile MIP ve MEP değerleri değerlendirilmiştir. Olgulara fizik tedavi kliniğinde bulunan alanda, 6DYT uygulanmıştır.

BULGULAR; Çalışmaya pulmoner rehabilitasyon uygulanmış olan 30 erkek hasta alındı. Hastalardan dördünün pulmoner rehabilitasyonu kendi isteği ile terk ettiği böylece pulmoner rehabilitasyon tedavi uyumunun ortalama %87 olduğu gözlemlendi. Hastaların 23'ü GOLD evre II'di (%88) ve 3'ü GOLD evre III'dü (%12). Evre II VE III KOAH'lı olgularda, 6DYT mesafesinde, yürüme bitişi sO2 değerinde, FEV1, FEV1/FVC, FEF 25-75 parametrelerindeki artış anlamlı düzeydeydi ($p<0.05$). FVC değerinde 85.4'den 86.1'e yükselme saptadık, bu yükselme istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi ($p=0.345$). MRC, CAT, SGRQ sorgulama testlerinde azalma saptadık. Bu değişimler istatistiksel olarak anlamlıydı. MIP ve MEP değerinde, AKG parametrelerinde ve CRP'lerinde ortalama değer 7.9'dan 6.7'ye gerilediğini saptadık, bu değişiklik istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildi ($p=0.783$).

SONUÇLAR; SFT, SGRQ, mMRC, CAT, 6DYT parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düzelmeler gözlemledik. Hastaların CRP sinde ve MIP, MEP değerlerinde anlamlı değişme gözlemedik.

Olguların Aldığı Tedavi, Alevlenme Sayısı, Sigara İçme Durumları ve Ek Hastalıkları (Tablo 1)

ELEKTRONİK POSTER BİLDİRİLERİ

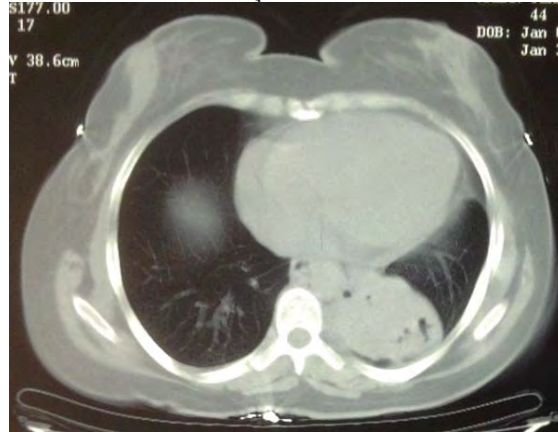
EP-001

Atipik Pulmoner Karsinoid Tümör

Tayfun Çalışkan¹, Akın Yıldızhan², Ufuk Berber³, Fatih Candaş², Sedat Demirsoy¹, Ömer Ayten¹, Faruk Çiftçi¹, Oğuzhan Okutan¹¹Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi Üsküdar, İstanbul²Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Cerrahisi Servisi Üsküdar, İstanbul³Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Patoloji Servisi Üsküdar, İstanbul

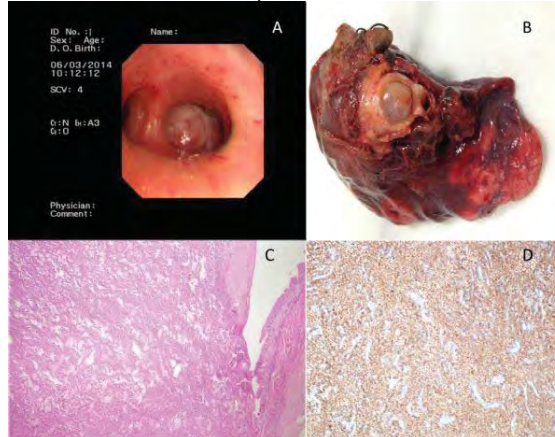
Karsinoid tümörler, nadir görülen nöroendokrin tümörler olup, trakeobronşiyal ağaçtan köken alan tümörlerin % 1'ini oluşturur. Histopatolojik olarak, tipik ve atipik olarak ikiye ayrılmaktadır. Karsinoid tümörler, genellikle 45-55 yaş gurubunda sık görülür, ancak tipik olanlar atipiklere göre daha genç yaştakilerde görülür. Kadın ve erkeklerde aynı sıklıkta saptanır. Periferal tümörler, asemptomatik hastada tesadüfen çekilen akciğer grafisinde soliter nodül şeklinde izlenebilir. Santral yerleşimli olanlar ise yerleşim yerine göre nefes darlığı, öksürük, kanlı balgam, hırıltılı solunum, stridor ve tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlara neden olabilir. Atipik Karsinoid tümörler, malign histolojik özellikler ve agresif tavır gösteren tümörlerdir ve periferal yerleşim siktir ve daha ileri yaş grubunda görülür. Hsitopatolojik olarak; artmış mitotik aktivite (2-10 mitoz/HPH), selüler atipi, artmış pleomorfizm ve nekroz izlenir. Uzak metastaz olmayan hastalarda esas tedavi cerrahi rezeksiyondur. Kırk üç yaşında bayan hasta, sırt ağrısı ve öksürük şikayetleri ile servisimize başvurdu. Yaklaşık bir buçuk ay önce öksürük şikayeti nedeniyle başvurduğu hastanede pnömoni tanısıyla antibiyoterapi verilmiş. Tedaviyle klinik iyileşme görülmemesi üzerine hastaya çekilen Toraks BT'de kitlesel lezyon izlenmesi üzerine, sevk edilmiş. Bilinen bir hastalığı yok. Soygeçmişinde ve özgeçmişinde özellik saptanmadı. 5 paket/yıl sigara kullanımı hikayesi vardı. Hasta ev hanımı idi. Hastanın solunum sistemi muayenesi normal sınırlarda ve diğer sistem muayeneleri tabii idi. Hastanın TA: 100/60 mmHg, N: 90/dak., A: 36,7°C ve SpO2: %97 (oksijensiz) olarak ölçüldü. Hastanın fizik muayenesinde sol infraskapüler alanda ince inspiratuvar raller duyuldu. Biyokimya incelemesinde; WBC: 5,73x106/μL, Hg: 11 g/dL, Htc: 31,4%, TİT: normal, sedimentasyon: 52 mm/saat saptandı. Hastanın rutin biyokimyası ve elektrolit seviyeleri normal idi. Kanda ve idrarda serotonin ve 5-HİAA seviyeleri normaldi. Toraks BT'de sol akciğer alt lobda 5x7 cm boyutlarında düzgün sınırlı kitlesel lezyon izlendi (Şekil 1). Hastaya bronkoskopi yapıldı ve sol akciğer alt lob superior segment orifisi açık olmakla birlikte diğer segment orifislerini ve alt lob bronşunu tama yakın tıkayan polipoid frajil endobronşiyal lezyon izlendi (Şekil 2A). Lezyondan biyopsi alındı. Histolojik bulgular ve immünohistokimyasal çalışma sonuçları karsinoid tümör olarak raporlandı (Şekil 2C-2D). Hastaya Göğüs Cerrahisi servisinde sol akciğer alt lob lobektomi operasyonu yapıldı (şekil 2B). Patoloji sonucu; atipik karsinoid tümör, mitoz: 4/2 mm2, İmmünohistokimyasal incelemede tümör hücrelerinde synaptofizin ve kromogranin ekspresyonu mevcuttur, Ki-67 indeksi % 1'den azdır olarak raporlandı.

Şekil 1



Toraks BT'de sol akciğer alt lobda kitlesel lezyon

Şekil 2



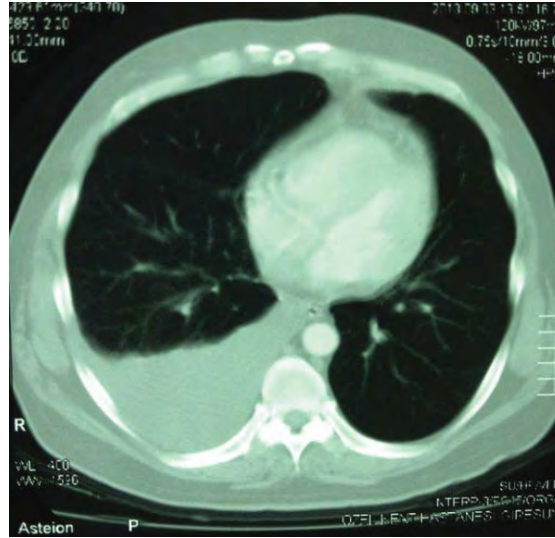
A. Bronkoskopide sol akciğer alt lob bronşunu, superior segment sonrasında tama yakın tıkayan endobronşiyal lezyon, B. Rezeke edilen 5,5x3,5x3,2 cm boyutlarındaki tümör ve alt lobektomi materyali, C. Endobronşiyal lümen içerisine doğru polipoid büyüme gösteren dar sitoplazmalı uniform epitelyal hücrelerinin oluşturduğu tümör dokusu. Sağ tarafta bronş yüzeyini döşeyen endobronşiyal epitel hücreleri ve altında kartilaj dokusu görülmekte (H&E, X40), D. Tümör hücrelerinde diffüz Synaptofizin ekspresyonu (x100)

EP-002

Agresif, HIV-Negatif, HHV8 ile İlişkisiz Primer Effüzyon Lenfoma: Nadir Bir Olgu SunumuTayfun Çalışkan¹, Alpaslan Özgün², Ersin Demirel¹, Abdullah Haholu³, Bülent Karagöz², Faruk Çiftçi¹¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul, Türkiye²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Onkoloji Servisi, İstanbul, Türkiye³GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Patoloji Servisi, İstanbul, Türkiye

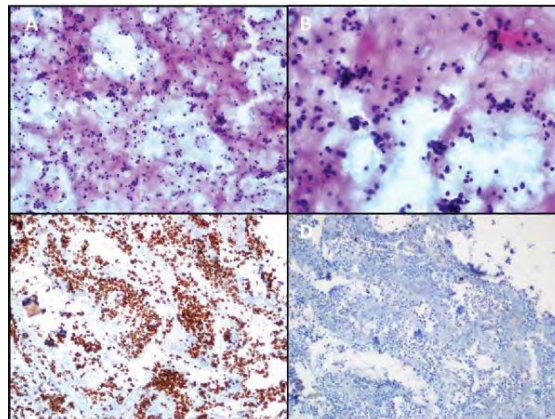
Primer Effüzyon Lenfoması (PEL), saptanabilir bir solid tümör kitlesi olmaksızın, seröz kaviteilerin dominant veya yaygın tutulumu ile seyreden klinikopatolojik bir tanıdır. PEL, özellikle HIV (human immunodeficiency virüs) ve HHV-8 (human herpes virüs-8) gibi enfeksiyonlar sonucu bağışıklığı baskılanmış kişilerde görülmektedir. HIV negatif, HHV-8 pozitif olan olgular da bildirilmiştir. PEL, genellikle yaşlı kişilerde görülür ve prognozu kötü olup, ortalama yaşam süresi üç ile altı ay arasında değişmektedir. Karında şişlik, nefes darlığı, öksürük, ateş ve gece terlemesi şikayetleri ile kliniğe başvurdu. Hasta, yaklaşık 2 hafta önce idrar yapamama şikayeti ile başvurduğu bir hastanede yapılan batın ultrasonografisinde; batın içerisinde yaygın asit ve omentumda omental kek ile uyumlu kalınlığı 23 mm'ye ulaşan hiperdens dansite saptanması üzerine yatırılmış. Hastaya çekilen toraks BT'de; sağda plevral effüzyon, perikardiyal effüzyon ve perikardiyak alanda yağ dokusu içerisinde 25x19 mm, 11x10 mm, 10x8 mm, 15x10 mm boyutlarında düzgün sınırlı nodüler lezyonlar izlendi (şekil 1). Hastaya parasentez yapılmış, transuda vasfında sıvı alınmış ve omentum biyopsisi yapılmış. Hastaya antitüberküloz tedavi ve siprofloksasin başlanmıştır. Hastanın isteği üzerine kliniğimize nakil edilmiş. Hastaya bir yıl önce KOAH tanısı konmuş ve 60 paket/yıl sigara kullanım hikayesi vardı. Fizik muayenede batında; asit ile uyumlu bulgular ve sağ hemitoraksda plörezi ile uyumlu bulgular saptandı. Hastanın yatışında; AKB: 110/60 mmHg, N:120/dak, ateş:38, SpO2: 95 % (oksijensiz) idi. Hastanın tam kan incelemesinde; WBC:7.79, Hgb:14.2, Htc:41.6, plt:492.000, üre: 57 mg/dL, AST: 55 U/L, LDH: 1126 U/L, t.prot: 5.27 g/dL, alb: 2.39 g/dL, Na: 130 mmol/L, Ca: 7.6 mg/dL, ölçüldü. AKG'da; pH:7.47, pCO2: 21.9, pO2:76.9, HCO3: 15.7 ve SaO2: 95 % ölçüldü. Hastaya sağ plevral ponksiyon-biyopsi yapıldı ve serofibrinöz mayii alındı. Omentum biyopsi sonucu; kronik inflamasyon mevcut, kazeifikasyon yok olarak raporlandı. Plevra ADA: 60 olarak raporlandı. Hastanın tedavisinde siprofloksasin kesilerek tazosin eklendi ve antitüberküloz tedaviye devam edildi. Hasta, yoğun bakıma alındı. Hastanın parasentez sıvı kültüründe C.albicans ve streptokok üremesi nedeniyle anidulafungin flk. başlandı. Hastada solunum yetmezliği gelişmesi üzerine entübe edilerek mekanik ventilasyona geçildi. Hastanın plevra sıvı patoloji sonucu; malignite yönünden pozitif, yüksek grade T hücreli lenfoma ve KI 67 indeksi % 100'e yakın olarak raporlandı (Şekil 2). Hastaya patolojik olarak PEL tanısı kondu. Hasta, yoğun bakımda üçüncü gününde ex oldu.

Resim 1



Toraks BT'de sağda plevral effüzyon

Resim 2



A. Yoğun lenfoid hücre popülasyonu, B. lenfoid hücrelerde atipi, C. Yoğun CD3 ekspresyonu, D. CD20 negatif boyanma

EP-003

Akciğer Adenokarsinomlu Olguda Trakeomediastinal Fistül ve Argon Plazma Koagülasyon (APC) ile TedavisiMehtap Üçer¹, Çetin Ordu², Kezban Nur Nur Pilancı², Levent Dalar³¹İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye ABD, İstanbul²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji BD, İstanbul³İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD, İstanbul

Akciğer kanseri seyrinde trakeomediastinal ağacın fistülleri seyrek olarak ortaya çıkmaktadır. Gelişen fistüller çoğunlukla özefagus ya da plevral boşlukla ilişkilidir. Ancak mediastinal fistüller çok nadiren görülür. Trakeomediastinal fistüller sıklıkla lenfoma ile ilişkili olup olgularla sınırlıdır. Fistül tedavisinde trakeal stent, perikardiyal ve omental patch ile kapama, otolog yağ kök hücre tedavisi, kas flebi ile kapama kullanılabilir.

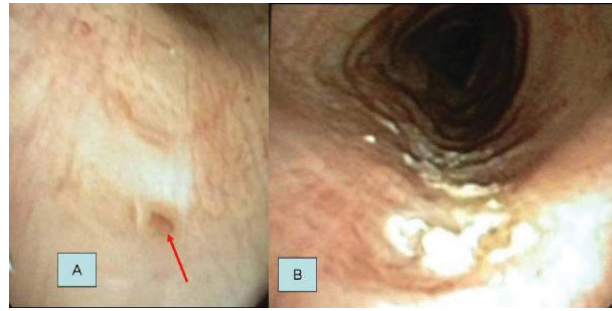
Akciğer adenokarsinomlu olguda tedaviye sekonder gelişen trakeomediastinal fistül fistül ağzının APC ile koagüle edilerek kapatılmıştır. Nadir gelişen bir durumun tedavisinde ilk kez kullanıldığından sunuldu.

Resim 1



Olgunun işlem öncesi Toraks MR'ında trakea, mediastinal kitle ve aralarındaki fistül traktı izleniyor

Resim 2



A)Trakea posterior duvarındaki fistül ağzının bronkoskopik görünümü B) APC ile koagülasyon sonrası fistül ağzının kapandığı görülüyor

Resim 3



APC ile koagülasyon sonrası çekilen Toraks BT'de mediastinal kitle ile trakea arasındaki fistülün kapandığı ve kitlenin küçüldüğü görülüyor.

EP-004

Adolesan Yaştaki Endobronşiyal Karsinoid Tümör OlgusuErsin Demirer¹, Oğuzhan Okutan¹, Kadir Canoğlu¹, Gizem Narlı², İsmail Yılmaz², Faruk Çiftçi¹¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Patoloji Servisi, İstanbul

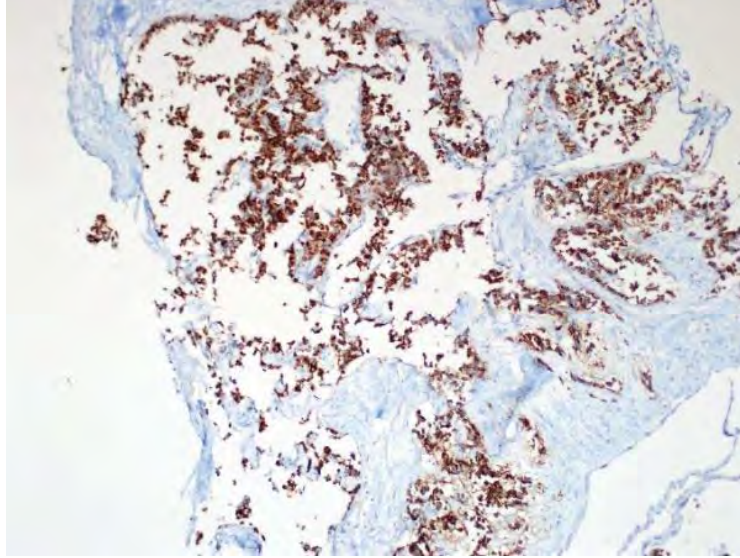
16 yaşında erkek hasta ateş, öksürük, balgam şikayetleri ile başvurdu. Akciğer grafisinde sol parakardiyak alanda infiltrasyon ve kalp konturu arkasında atelektazi ile uyumlu homojen dansite izlendi. Solunum sistemi fizik muayenesinde her iki hemitoraksta ekspiratuar ronkus duyuldu. Lökosit sayısı 11700, CRP 135 mg/L saptandı. Nonspesifik antibiyoterapi tedavisi başlandı. Toraks Bt'de sol akciğer alt lob bronşunun distalinde 1 cm çaplı noduler lezyon mevcuttu (Resim 1). Lezyonun sol akciğer alt lob posterior ve lateral segment bronşlarına bası yaptığı raporlandı. Bronkoskopide sol akciğer alt lob superior segmenti verdikten sonra alt lob bronşunu tama yakın tıkayan düzgün yüzeyli ve polipoid yapıda kısmen hareketli lezyon görüldü. Biyopsi sonucu karsinoid tümör olarak raporlandı (Resim 2). PET/BT taramasında sol akciğer alt lob bronş distalindeki lezyonda patolojik FDG tutulumu izlendi (SUVmax 4.1). Hasta Evre I olarak tanımlandı. Bu olgu adolesan çağda görülen mitotik aktivite izlenmeyen, tipik karsinoid tümör olarak sunulmaktadır.

Resim 1



Toraks BT

Resim 2

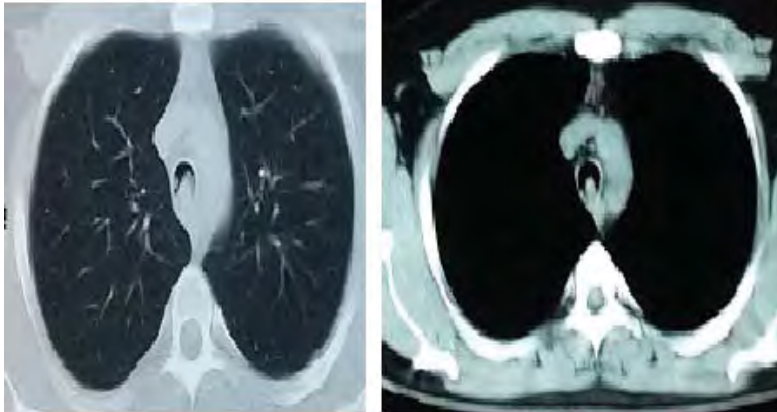


X100 Kromagranin boyası

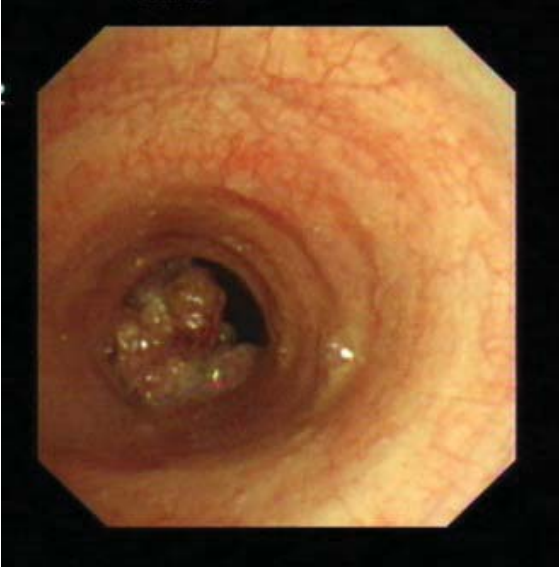
EP-005

Soliter Trakeal Papilloma: Bir Olgu NedeniyleFatma Yıldırım¹, Murat Türk¹, Sedat Demircan², Nalan Akyürek³, Ahmet Selim Yurdakul¹¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Ankara, Türkiye²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD, Ankara, Türkiye³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Ankara, Türkiye

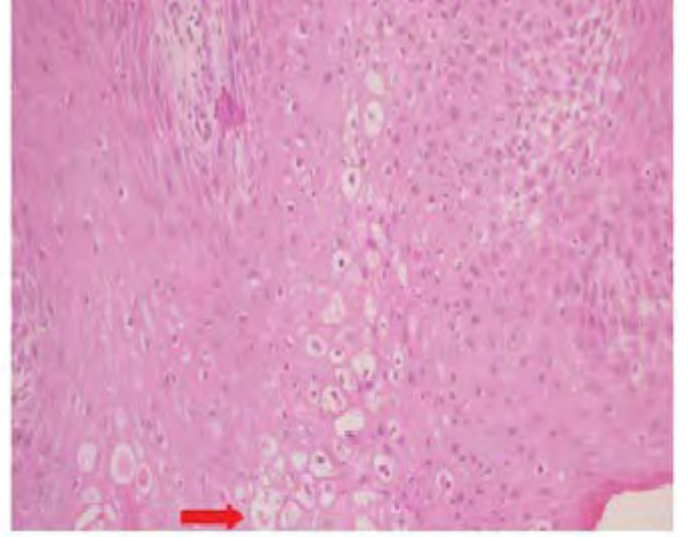
Trakeal papilloma, tekrarlayan respiratuvar papillomatosisin trakeal manifestasyonu olan neoplastik bir durumdur. Human Papilloma Virüs (HPV) enfeksiyona cevaben bronşiyal epitelin sürekli papillomatöz büyümesi ile karakterizedir. Tedavisinde tekrarlayan bronkoskopik girişimler ve adjuvan medikal tedaviye ihtiyaç duyulmaktadır. Olgumuzda bronkoskopik girişimlerle endobronşiyal tedavi uygulanan ve medikal tedavi altında nüks gözlenmeyen soliter trakeal papilloma olgusu sunulmuştur. Kırk yaşında, aktif sigara içicisi erkek hasta üç aydır olan ve giderek artış gösteren nefes darlığı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Nefes darlığı dışında öksürük, balgam, hemoptizi, göğüs ağrısı gibi ek solunumsal semptomları ya da ek sistemik semptomu yoktu. Fizik muayenesinde solunum seslerinin azalması dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Rutin kan tetkikleri ve akciğer grafisi normaldi. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide trakea distalinde, trakeal lümenin hemen hemen tamamına yakını tıkayan kitle lezyonu tespit edildi. Yapılan fiberoptik bronkoskopide (FOB) trakea 1/3 distal kesiminde, arka duvarında, lümeni %80 oranında tıkayan papillomatöz lezyon tespit edildi. Rijit bronkopskopi ile genel anestezi altında endobronşiyal tedavi (mekanik debridman ve kriyoterapi) ile lezyonlar çıkarılarak patolojik örneklere gönderildi. Yapılan patolojik incelemede; bronş epitelinin küçük papillomatöz yapılar şeklinde çok katlı yassı epitel hiperplazisi, epitelin yüzey kısımlarındaki bazı hücrelerde perinükleer sitoplazmik vakuolizasyonlar (koilositoz) tespit edildi. Epitel hücrelerinde displastik değişiklikler izlenmedi. HPV öntanısı ile yapılan immünohistokimyasal boyamada HPV pozitif tespit edildi. Daha sonra hastaya interferon-A tedavisi başlandı. Tedavi sonrası 3. ay kontrolünde çekilen toraks BT'de ve yapılan FOB'da lezyonlarda nüks tespit edilmedi. Hasta tedavinin 8. ayında remisyonda yakın takip edilmektedir.

Şekil 1: Hastanın İki Yönlü Akciğer Grafisi**Şekil 2: Toraks BT Görüntüleri**

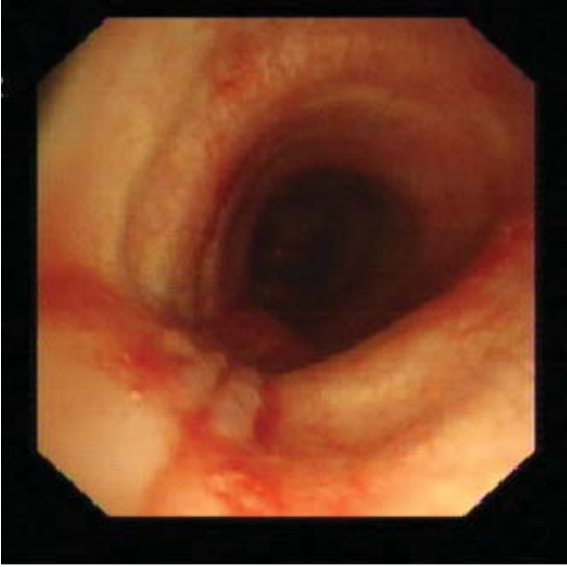
Şekil 3: Bronkoskopik Olarak Trakea Lümenini Tama Yakın Tıkayan Lezyon



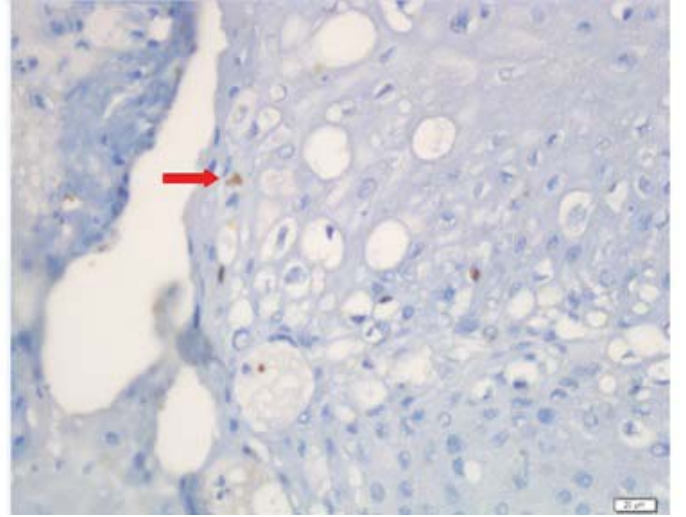
Şekil 6: Hiperplazik skuamöz epitel içinde perinükleer vakualizasyon gösteren koilositik hücreler izlenmektedir (H&E, x200).



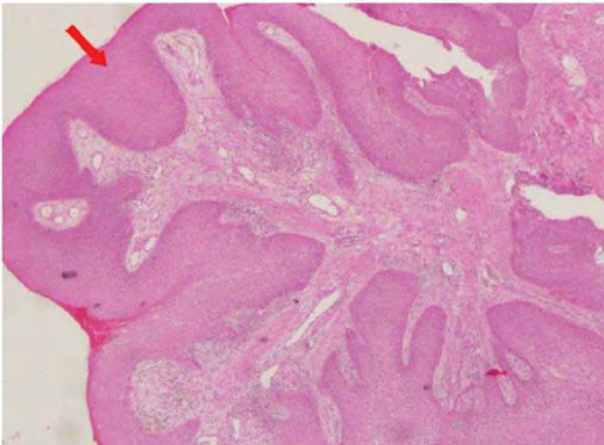
Şekil 4: İşlem Sonrası Temizlenen Trakea Lümeni



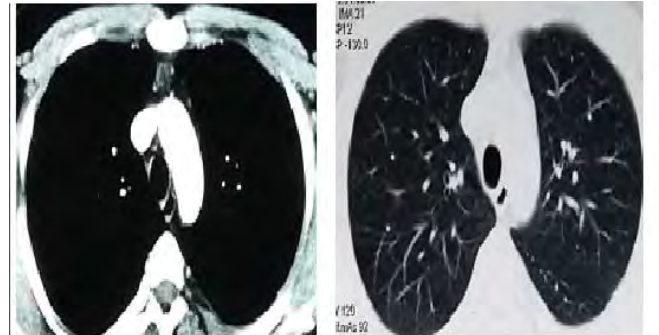
Şekil 7: İmmünohistokimyasal boyamada HPV pozitifliği izlenmektedir (IHC HPV, x400).



Şekil 5: Fibrovasküler kor içerisinde hiperplazik skuamöz epitelin oluşturduğu papiller yapılar gözükmektedir (H&E, x40).



Şekil 8: Hastanın 6. ay kontrol toraks tomografisinde doğal trakeal lümen izlenmektedir.



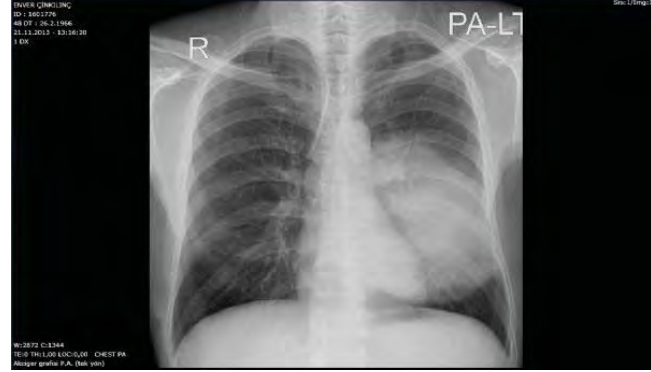
EP-006

İlginç Bir Akciğer Kanseri Vakası

Ömer Tan¹, Murat Yanar¹, Ahmet Nasır², Aslı Uçar³¹Uşak Devlet Hastanesi, Göğüs ve Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, Uşak, Türkiye²Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Sakarya, Türkiye³Uşak Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği, Uşak, Türkiye

Akciğer kanseri tüm dünyada en sık görülen kanser türüdür. Akciğer kanserinden her yıl yaklaşık bir milyon kişi ölmektedir. Ortalama beş yıllık sağ kalım oranı %15'tir. Görülme sıklığı yaşla birlikte artar. Hastalık erkeklerde daha sık görülür. Sigara, akciğer kanseri etyolojisinde sorumlu başlıca faktördür. Bizde kliniğimizdeki radyoloji raporunda kistik akciğer kitlesi hastayı sunmayı amaçladık. Hasta 47 yaşında erkek idi. Hastada halsizlik, nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetleri vardı. Hasta önce göğüs hastalıklarına başvurdu. 25 yıl sigara içme hikayesi mevcuttu. Radyolojide sol alt lobda yedi santimetre içi sıvı dolu kitle rapor edildi. Hasta hidatik kist ön tanısı ile kliniğimize danışıldı. Hasta operasyona hazırlandı. Operasyonda sol alt lobda 10*10 cm.lik solit kitle görüldü. Sol alt lobektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Patolojisi invazif adenokarsinom geldi. Patolojik evrelemesi 2B düşünülüyor. Cerrahi sınır negatif geldi. Postoperatif 12. gün hasta taburcu edildi. Sonuç olarak, kistik kitle düşünülen vakalarda akciğer kanseri çıkabilir. Akciğer kanserinde amaç, sigara ile mücadele ve cerrahi anatomik rezeksiyon olmalıdır.

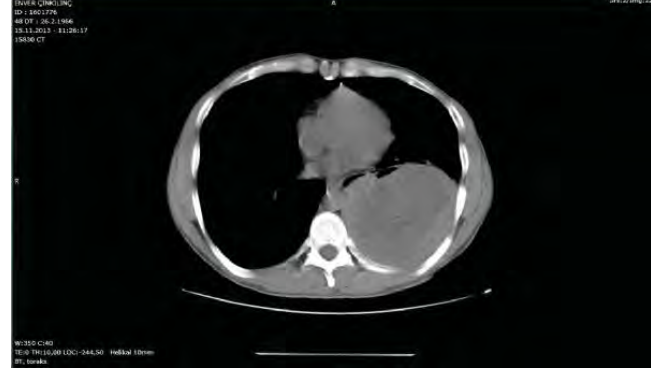
preop radyolojik bulgular, postop radyoloji ve materyaller



preop radyolojik bulgular, postop radyoloji ve materyaller



preop radyolojik bulgular, postop radyoloji ve materyaller



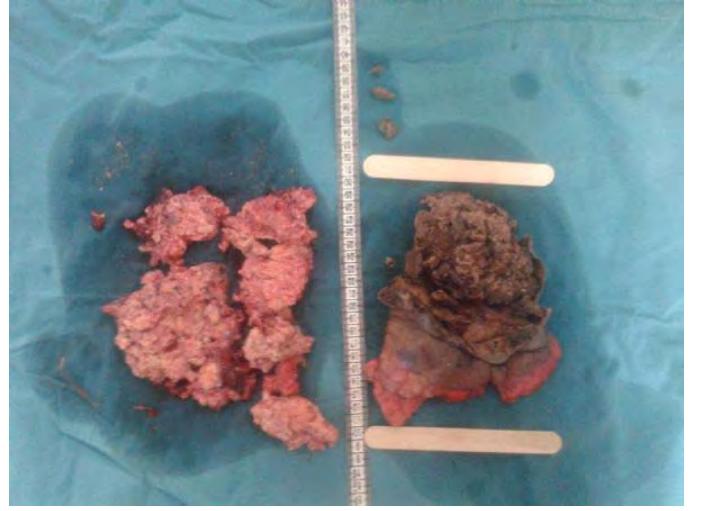
preop radyolojik bulgular, postop radyoloji ve materyaller



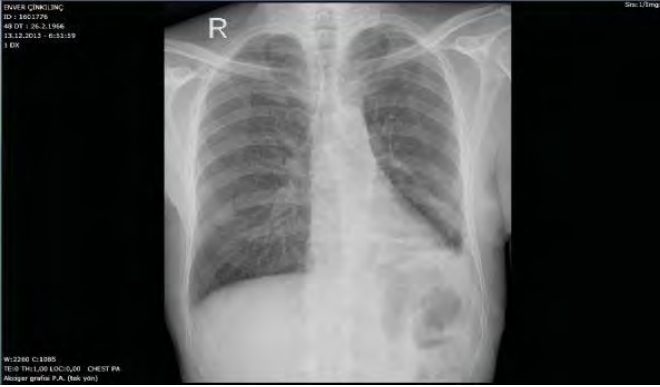
preop radyolojik bulgular, postop radyoloji ve materyaller



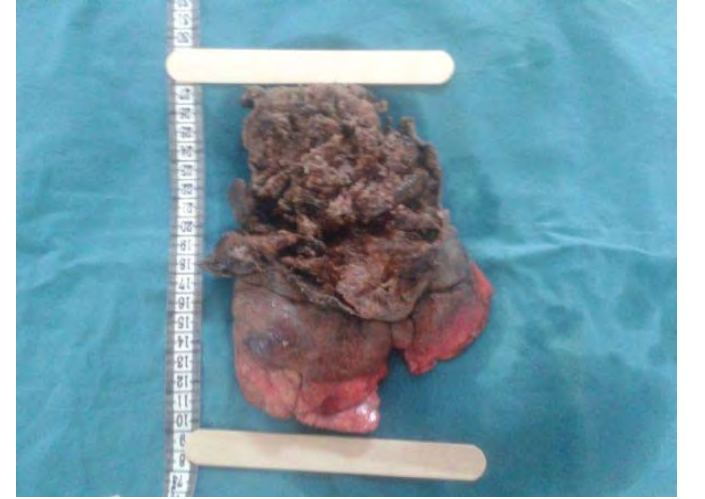
preop radyolojik bulgular, postop radyoloji ve materyaller



preop radyolojik bulgular, postop radyoloji ve materyaller



preop radyolojik bulgular, postop radyoloji ve materyaller



preop radyolojik bulgular, postop radyoloji ve materyaller



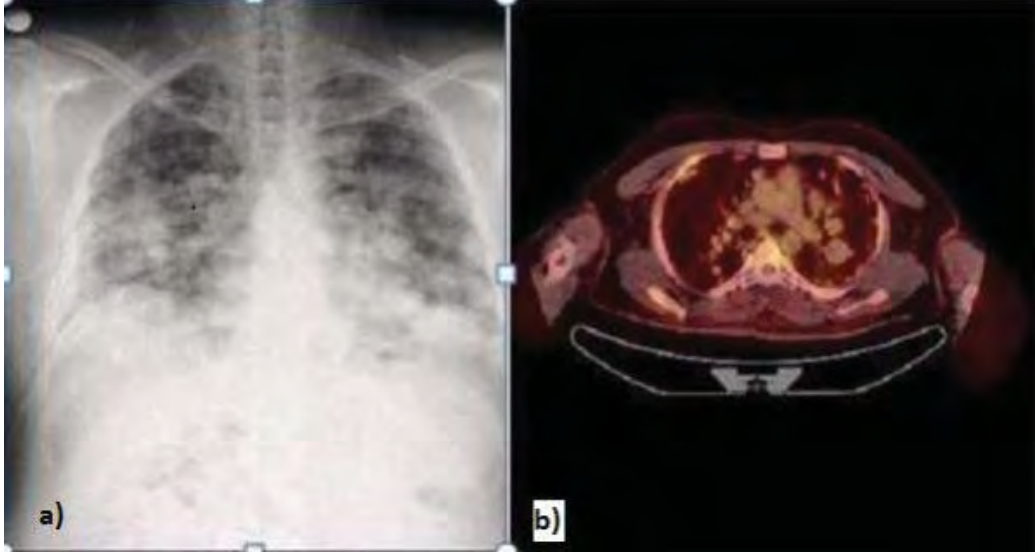
EP-007

Pulmoner Nodüller İle Başvuran Primitive Nöroekdodermal Tümör /Ewing Sarkom: Bir Olgu Nedeni İleSelvi Aşker¹, Fuat Sayar², Gülay Bulut³, Aysel Sünnetçioğlu¹, Selami Ekin¹, Alparslan Yavuz⁴¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Van²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Van³Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Bölümü, Van⁴Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Van

ÖZET: Ewing sarkom öncelikli olarak genç erişkinlerde görülen, kemiğin mezenkimal dokusundan gelişen malign bir tümördür. Vücutta bulunan tüm kemiklerden gelişebileceği gibi genellikle uzun kemiklerden köken alır. Bu tümörlerin en sık metastaz yaptığı organ akciğerdir. Otuz iki yaşında göğüs ağrısı ile başvuran ve akciğer grafisinde yaygın nodüler lezyonları olan ve Metastazektomi ile tanı konulan bir ewings sarkoma vakası sunulacaktır.

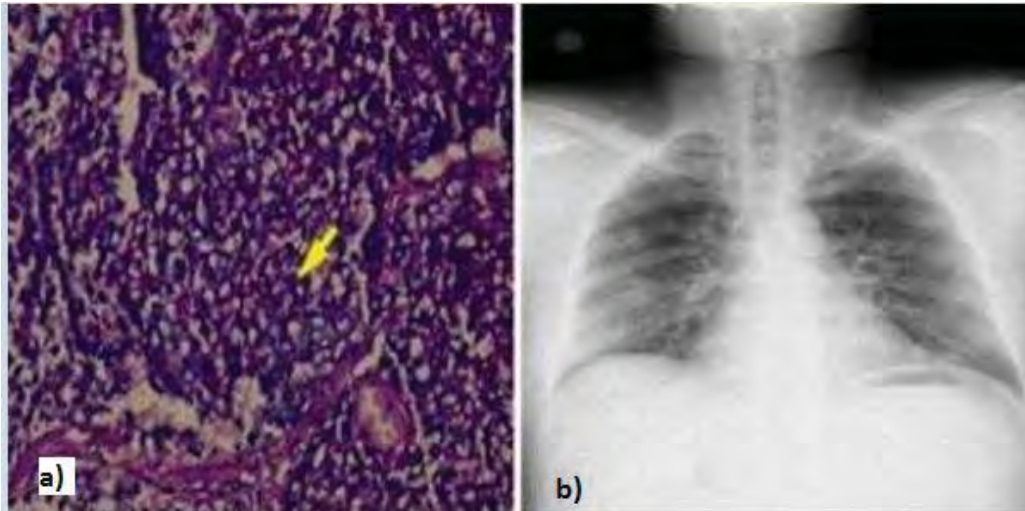
OLGU: Otuz iki yaşında erkek hasta, göğüs hastalıkları polikliniğine göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Akciğer grafisinde yaygın nodüler lezyonlar saptandı (Resim 1a). Öz geçmişinde 2 yıl önce yüksekte düşme sonrasında bel kemiğinde kayma olduğu ve operasyon olduğu öğrenildi. Yapılan PET /CT (Pozitron Emisyon Tomografi) incelemesinde akciğerde SUVmax değeri en fazla 10,7 olan artmış FDG tutulumu ve hastanın geçirdiği operasyon bölgesinde milimetrik lezyonlar saptandı (Resim 1b). Periferik pulmoner nodüller için akciğerin wedge rezeksiyonu işlemi uygulandı. Histopatolojik değerlendirme sonucunda hastada Ewing sarkomu tespit edildi (resim 2a). Medikal Onkoloji Bölümü tarafından kemoterapi programına alınan hastanın 2 ay tedavi sonrasında standart akciğer grafisinde tümör metastazlarının boyutlarında gerileme ve radyolojik olarak silinme olduğu görüldü (resim 2b).

Resim 1



a) Akciğer zonlarında irili ufaklı nodüler opasiteler b) Positron emission tomography with 18F-fluorodeoxyglucose (FDG)

Resim 2



a) Sitoplazmik bol glikojen içeren hücreler PAS boyası pozitif (PAS stain x 400), Ewing sarkom b) Kemoterapi tedavisi sonrasında hastanın postoperatif 2. ay kontrol akciğer grafisinde nodüler lezyonlarda gerileme.

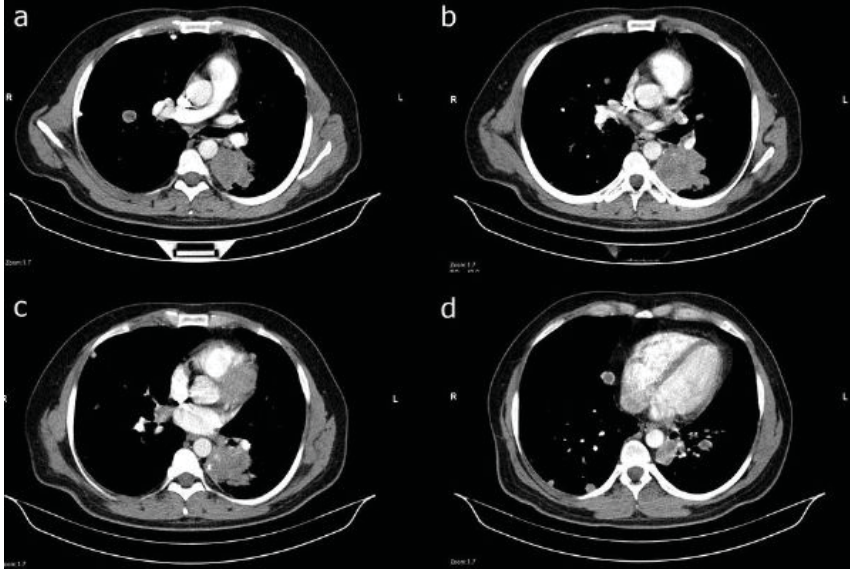
EP-008

Endobronşiyal Metastaz Yapan Osteosarkom Olgusu

Abdulsamet Sandal, Deniz Köksal, Funda Aksu, Emin Maden
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Akciğerler, ekstratorasik malignitelerin sık metastaz yaptığı organlardır. Metastazlar sıklıkla parankimal nodüller veya plevra tutulumu şeklinde olup endobronşiyal metastazlar nadirdir. Bu makalede görece olarak daha nadir görülen endobronşiyal metastaz yapan osteosarkom olgusundan bahsedilecektir. Otuz dört yaşındaki erkek olgu, 10 ay önce sağ humerustaki kitleden yapılan biyopsiyle osteosarkom tanısı almıştı. Neoadjuvan kemoterapi sonrasında opere edilen ve adjuvan kemoterapi alan hastanın kol bölgesindeki tümörü kontrol altındaydı. Başvurusundan 2 hafta önce başka bir merkeze 6 haftadır artan nefes darlığı ve hemoptizi yakınmalarıyla başvurmuş, sol akciğerinde total atelektazi saptanmıştı. Sol ana bronş distalinde lümeni tam tıkayan endobronşiyal lezyon rigid bronkoskopiyle çıkarılmış; patolojik incelemesi osteosarkom metastazı olarak değerlendirilmişti. Devam eden hemoptizi yakınmasıyla kliniğimize başvuran hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde büyüğü sol alt lob superior segmentte olan, çok sayıda metastatik kitle ve nodüller saptandı. Fiberoptik bronkoskopik incelemede sol alt lob bronşu girişini tama yakın tıkayan tümöral lezyon izlendi. Endobronşiyal tedaviye uygun bulunmayan hastaya palyatif amaçlı eksternal radyoterapi planlandı.

ŞEKİL 1a, b, c, d



Toraks bilgisayarlı tomografi kesitlerinde her iki akciğerde bazıları kalsifik parankimal ve subplevral, en büyüğü sol alt lob superior segmentte 6,5 cm çapında olan çok sayıda metastatik kitle ve nodüller, bilateral kalsifik plevral metastazlar izlendi.

ŞEKİL 2



Fiberoptik bronkoskopiye sol alt lob bronşu girişini tama yakın tıkayan koyu kırmızı-kahverengi renkli tümöral lezyon izlendi.

EP-009

Akciğer Kanseri Tanısında DR-70'in Önemi

Sibel Arıncı¹, Umut Sabri Kasapoğlu¹, Özlem Makbule Akbay¹, Özlem Oruç¹, Nurcan Parker²¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul²Düzen Laboratuvarlar Grubu, Klinik Biyokimya, İstanbul

MATERYAL-METOD: Çalışma Mayıs 2013 ve Nisan 2014 tarihleri arasında Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 88 akciğer kanseri tanısı alan ve kontrol grubu olarak 86 KOAH'lı hasta ile yapılmıştır.

SONUÇLAR: Çalışmaya katılan olguların yaşları 40 ile 86 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 64,95±19 yıldır. Olguların %53,4'ünün (n=47) tümör türü skuamöz hücreli olarak saptanırken, %38,6'sının (n=34) adenokarsinom ve %8'inin (n=7) non small cell karsinom olarak gözlenmektedir. Hasta grubunda olguların %37,5'inin (n:33) erken evre, %62,5'inin (n:55) ileri evre hastalığı mevcuttu. Olguların DR-70 ölçümleri 0,10 ile 8,80 arasında değişmekte olup, ortalama 1,80±1,52 olarak saptanmıştır. Tümör tiplerine, kanserin evresine göre olguların Dr-70 ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Akciğer kanserli hastalarda DR-70 ölçümleri KOAH'lı hasta grubuna göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,01). DR-70 düzeyi 1,98 ve üzerinde olan olgularda akciğer kanseri yakalamada duyarlılık %54,55; özgüllük %83,72; pozitif kestirim değeri %77,42 ve negatif kestirim değeri %64,29 olarak saptanmıştır. DR-70 düzeyi 1,98 ve üzeri olan olgularda hastalık görülme riski 6,171 kat fazladır diyebiliriz (ODDS oranı 6,171 (%95 CI: 3,035-12,550)).

Tablo 1

Tablo 1: Hastalığa Ait Parametrelerin Dağılımı

		n	%
Tümör Yerleşim	Sağ Üst Lob	27	30,7
	Sağ Orta Lob	6	6,8
	Sağ Alt Lob	22	25,0
	Sol Üst Lob	26	29,5
	Sol Alt Lob	7	8,0
Lobektomi – Pnomonektomi	Opere Olmamış	44	50,0
	Lobektomi Yapılanlar	39	44,3
	Pnomonektomi Yapılanlar	5	5,7
Tür	Skuamöz Hücreli	47	53,4
	Adenokarsinom	34	38,6
	Non Small Cell Karsinom	7	8,0
Tümör Boyut	≤ 3 cm	20	22,7
	3 - 7 cm	47	53,4
	> 7 cm	21	23,9
Evre	Erken Evre	34	38,6
	İleri Evre	54	61,4
Lenf Nodu Tutulumu	Lenf Nodu Tutulumu Yok	41	46,6
	Hiler Lenf Nodu Tutulumu	15	17,0
	Mediastinel Lenf Nodu Tutulumu	32	36,4
Evre	Evre 1	17	19,3
	Evre 2	16	18,2
	Evre 3	25	28,4
	Evre 4	30	34,1
Metastaz	Metastaz Yok	58	65,9
	Metastaz Var	30	34,1
Metastaz Sayısı	Tek Metastaz	20	66,7
	Multiple Metastaz	10	33,3

Hastalığa Ait Parametrelerin Dağılımı

Tablo 2

Tablo 2: Akciğer Kanseri Grubu ile Kontrol Grubu Olguların DR-70 Değerlendirilmesi

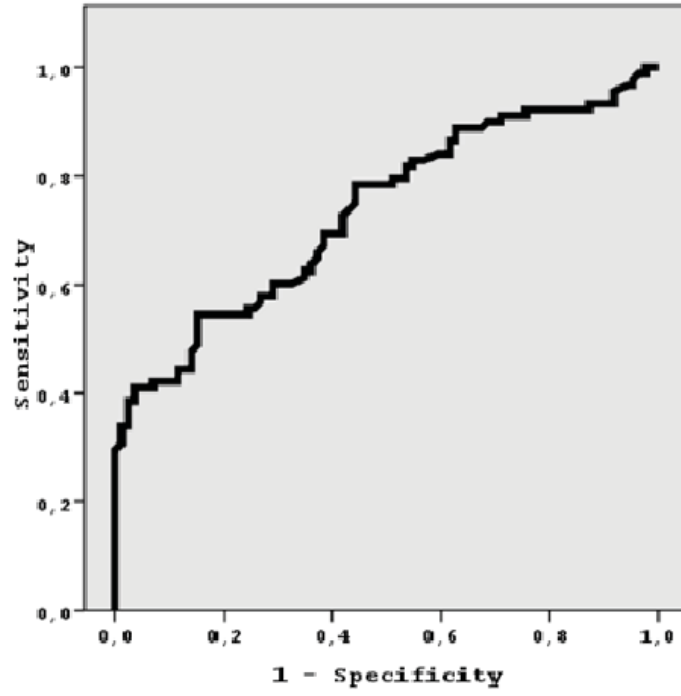
	Akciğer Kanseri (n=88)	Kontrol Grubu (n=86)	*p
DR-70	Min-Max	0,19 – 8,80	0,10 – 2,80
	Ort±SD (Medyan)	2,43±1,82 (2,04)	1,15±0,70 (1,02)

*Mann Whitney U Test

**p<0,01

Akciğer Kanseri Grubu ile Kontrol Grubu Olguların DR-70 Değerlendirilmesi

Resim 1
ROC Curve



DR-70 için elde edilen ROC eğrisi

Tablo 3

Tablo 3: Gruplara Göre Cut-Off Değeri

	Grup	DR-70				p
		<1,98		≥1,98		
		n	%	n	%	
	Kontrol Grubu	40	35,7	48	77,4	0,001**
	Akciğer Kanseri	72	64,3	14	22,6	

*Yates Continuity Correction Test **p<0,01

Gruplara Göre Cut-Off Değeri

EP-010

Opere Edilen İntratorasik Malignitelere Pozitron Emisyon Tomografisinin Değeri

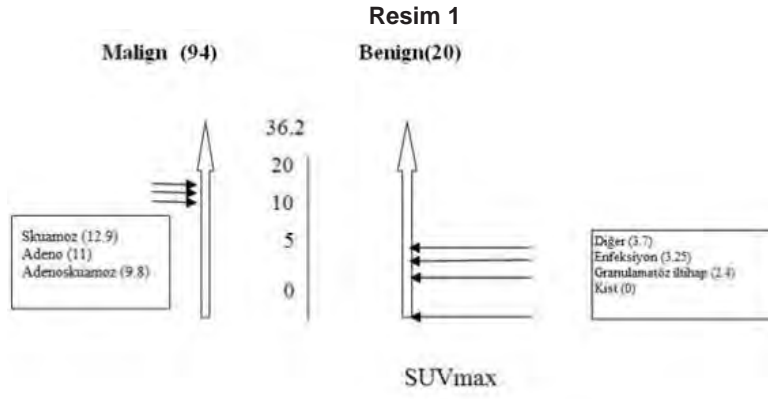
Fazlı Yanık, Yekta Altemur Karamustafaoğlu, Adem Karataş
Trakya Üniversitesi tıp fakültesi, Göğüs cerrahi AD

AMAÇ: Bu çalışmada kliniğimizde preoperatif PET/BT çekilen ve opere edilen intratorasik maligniteli olgular retrospektif olarak gözden geçirildi. Olgular yaşa, cinsiyete, tümör tipine, SUVmax değerlerine, patoloji ve PET/BT sonuçlarına göre değerlendirildi.

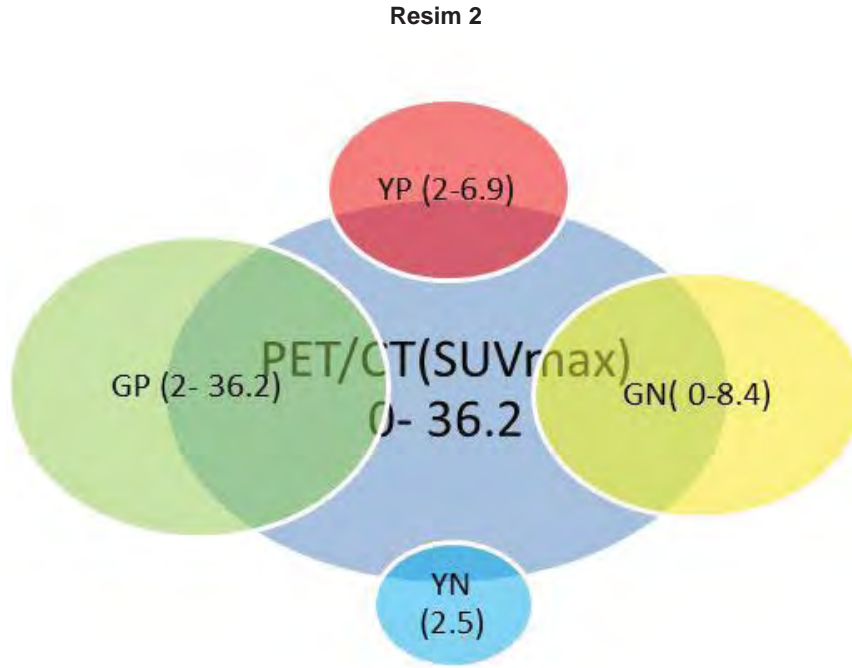
MATERYAL-METOD: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı'nda, intratorasik malignite ön tanısıyla PET/BT tetkiki yapılan ve opere edilen, 15'i (%13) kadın, 99'u (%87) erkek, ortalama yaş 59,7 yıl (28-83) olan 114 olgu retrospektif olarak incelendi.

SONUÇ: Histopatolojik inceleme sonucunda kitlelerin 94'ü (%82.4) malign, 20'si (%17.6) benign olarak değerlendirildi. Malign kitlelerin 46'sı (%40) skuamöz hücreli karsinom, 33'ü (%29) adenokarsinom, dördü (%3.5) adenoskuamöz hücreli karsinom, ikisi (%1.8) küçük hücreli karsinom, biri (%0.9) karsinoid tümör, sekizi (%7.2) diğer malign tümörler olarak tespit edildi. Benign tümörlerin dokuzu (%7.9) granülatöz iltihap, dördü (%3.5) enfeksiyon (pnömoni(3), fungal enfeksiyon(1)), ikisi (%1.8) kist (kist hidatid(1), basit konjenital kist(1), beşi (%4.4) diğer benign tanımlar (Hamartom(1), Desmoid tümör(1), Schwannom(1), Soliter fibröz tümör(1), Antrakoz(1)) olarak tespit edildi. Yanlış pozitif (YP) dokuz olgu incelendiğinde; granülatöz iltihap (ortalama SUVmax=6.3, n=5), pnömoni (ortalama SUVmax=5.4, n=2), desmoid tümör (ortalama SUVmax=2, n=1), antrakozis (ortalama SUVmax=5.9, n=1) olduğu görüldü (Resim 1). Malign tümörlerin SUVmax değerleri (11,7±2,6), benign tümörlerinkinden (3,7±2,8) anlamlı olarak daha yüksek olarak bulunmuştur (p=0,000) (resim 2). Tümör tipi ile tümör çapı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (p=0,780). Tümör tipinin belirlenmesinde SUVmax değeri anlamlı olarak etkili bulunmuştur (p=0,000). Yapılan ROC analizinde ve lojistik regresyon modelinde SUVmax değeri 2,5 üstü ve altı olması tümör tipini belirlemede anlamlı model oluşturmaktadır (p=0,000). SUVmax değerinin 2,5 üstünde olması malign olma riskini 76,09 (8,79-658,76) kat arttırmaktadır. Modelin doğru tahmin oranı ortalama % 90'dır. SUVmax değeri 2.5 üzerinde olması durumunda; PET'in duyarlılığı %98.9, özgüllüğü %45, pozitif kestirim değeri %89.4, negatif kestirim değeri %90 olarak bulunmuştur. PET/BT değerlerinin ise; duyarlılığı, %98.9, özgüllüğü %55, NPD %91.7, PPD %91.2 olarak bulunmuştur.

TARTIŞMA: Çalışma grubumuzda PET/CT'nin SUVmax değeri 2.5 üzerinde tümör tipini belirlemede anlamlı olarak etkili bulunmuştur. Çalışma grubumuzun diğer çalışma gruplarına göre daha az sayıda olguyu içermesi, çalışmada düşük metabolik aktiviteli tümör sayısının sınırlı oluşu bizim çalışmamızın dezavantajıdır. Bu nedenle intratorasik kitlelerde PET/CT'nin değerinin araştırıldığı, daha fazla sayıda hastayı kapsayan, daha farklı histopatolojik tanıları içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.



Farklı Tipteki Malign/Benign Olguların Ortalama SUVmax Değerleri



PET/CT'nin GN, GP, YN, YP Sonuçları

Resim 3

	n	Patoloji		Kappa Değeri	Kappa p
		Malign	Benign		
2,5 ≤ SUV Max	n	93	11	0,547	0,000
	% SUV Max içinde	89,4%	10,6%		
	% Patoloji içinde	98,9%	55,0%		
SUV Max < 2,5	n	1	9	0,547	0,000
	% SUV Max içinde	10,0%	90,0%		
	% Patoloji içinde	1,1%	45,0%		

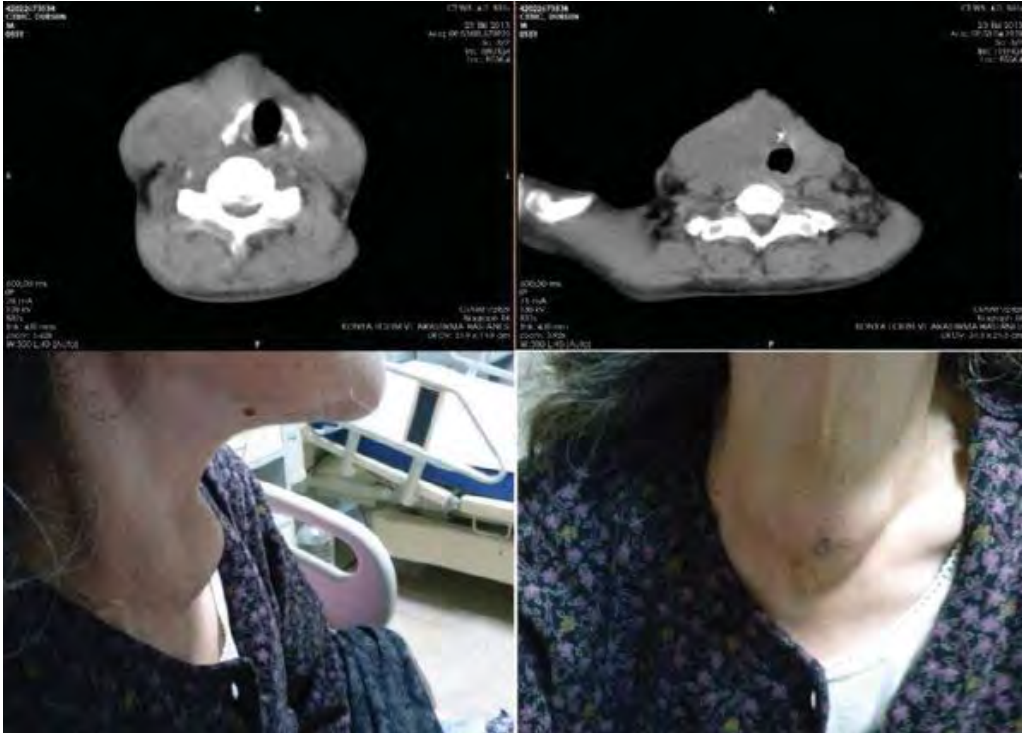
Kappa Uyumluluk Analiz

SUV-Max değerinin ≤2.5 Ve 2.5< Değerleri İçin Kappa Uyumluluk Analizi

[Abstract:0211]EP-011**Akciğer Kanserinin Klinik Olarak Saptanan Tirod Metastazı: Nadir Bir Olgu**Mustafa Çalık¹, Nuri Düzgün¹, Saniye Goknil Çalık², Tahir Taha Bekci³, Meryem İlkay Eren Karanis⁴, Hıdır Esme¹¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Kliniği³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği⁴Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

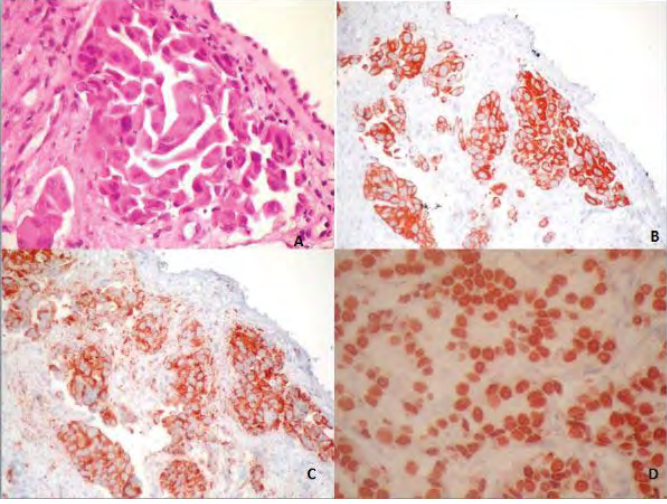
Tiroidin metastatik tümörleri yaygın primer tümörlerine kıyasla sone derecededir. Metastatik tiroid tümörleri tüm tiroid kanserleri içinde %1.4 ile %2.5 arasında görülür. Tüm tiroid hastalıklarının ise %0.05 ile %0.1 ini oluşturur. En sık tiroid metastazı yapantümörler renal hücreli karsinom, meme ve akciğer kanseridir. Biz primer akciğer adenokarsinomlu ve tiroide palpabil metastatik tiroid nodülü ile başvuran olguyu sunmayı amaçladık. 55 yaşında ev hanımı bayan hasta, boyunda şişlik ve hafif nefes darlığı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastaya çekilen direkt akciğer grafisinde sağ plevral efüzyon saptandı. Yapılan torasentezde serohemorajik vasıflı mayi aspire edildi. Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT), bilateral plevral efüzyon, retrosternal uzanımlı tiroid ve sağ akciğerde kitle saptandı. Ayrıca hastaya çekilen beyin MR ve Tüm vücut pozitron emisyon tomografisinde (PET/CT) debeyin, tiroid, mediastinal lenf nodu ve sol akciğer metastazları ile birlikte sağ primer pulmoner kitle saptandı. Hastada sağ hemitoraksa plevral efüzyon nedeniyle göğüs tüpü takıldı. Drenaj sonrası hastanın nefes darlığı şikâyetinde gerileme oldu. Plevral mayinin patolojik incelemesinde malign hücreler olduğu görüldü. Tiroide metastatik olduğu düşünülen nodülden ultrason eşliğinde ince iğne aspirasyon biopsisi (US-İİAB) yapıldı. Ayrıca hastaya bronkoskopi yapılarak transbronşial aspirasyon biopsisi (TBNAB) ve sağ hemitoraktaki kitleden de BT eşliğinde transtorasik iğne aspirasyonu biyopsisi (TNAB) yapıldı. Yapılan histopatolojik ve immün-histokimyasal incelemeleri sonucunda primer akciğer adenokarsinomu tiroid metastazı saptandı. Plevral mayi boşaltılmasından sonrası hastaya plörezis uygulandı.

Tiroidin primer tümörleri daha sık ve genellikle iyi huylu tümörler olmasına rağmen özellikle renal hücreli karsinom, meme ve akciğer kanseri öyküsü olan hastalarda metastaz her zaman akılda tutulmalıdır.

Resim 1

A/B: Boyun BT Aksiyel kesitinde sol tiroid lobunda solid hipodens kitle C/D: Boyunun lateral ve anterior fotoğrafları sağ tiroid bezinde şişlik

Resim 3



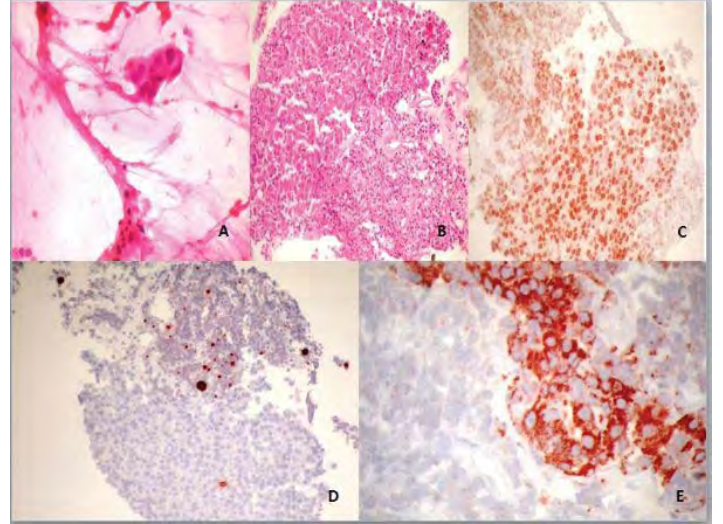
A): Bronş epitelini altında stromayı infiltrasyon etmiş, glandüler yapılar yapmış, geniş eozinofilik sitoplazmalı, iri hiperkromatik nükleuslu, belirgin nükleollü pleomorfik hücrelerden oluşan tümöral lezyon. HEx400 (B): Tümör hücrelerinde immünohistokimyasal CK7 ile sitoplazmik boyanma. CK7x200 (C): Tümör hücrelerinde immünohistokimyasal Napsin A ile sitoplazmik granüler boyanma. Napsin Ax200 (D): Tümör hücrelerinde immünohistokimyasal TTF-1 ile nükleer boyanma. TTF-1x400

Resim 2



PET-BT FDG tutulumu; metastatik sağ akciğer infiltrasyonu, metastatik paratrakeal, hiler lenf düğümleri, sol akciğer nodüler metastazı ve sol plevral efüzyon

Resim 4



(A): Tiroid İİAB kolloidal zeminde resmin alt kısmında atipik özellik içermeyen tiroisitler, resmin üst kısmında geniş eozinofilik sitoplazmalı, iri hiperkromatik nükleuslu, belirgin nükleollü atipik hücreler. HEx400 (B): Sağ alt köşede normal tiroid dokusu, sol üst köşede akciğer bronkoskopik biyopsi materyalinde izlenen tümöre benzer histomorfolojik özelliklerde tümöral lezyon. HEx200 (C): Hem tiroid dokusunda hem tümör dokusunda immünohistokimyasal TTF-1 ile nükleer boyanma. TTF-1x200 (D): Tiroglobulin ile resmin üst kısmında tiroid dokusunda ve kolloidde immünpozitiflik, resmin alt kısmında tümör dokusunda immünnegatiflik. Tiroglobulinx100 (E): Napsin A ile tümör hücrelerinde sitoplazmik granüler boyanma. Napsin Ax400

EP-012

Göğüs Duvarının Nadir Görülen Benign Tümörü: Yüzeysel AnjiyomiksomAysel Kurt¹, Hasan Türüt¹, Ahmet Acıpayam¹, Recep Bedir²¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi-Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi-Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

GİRİŞ: Yüzeysel anjiyomiksom olarak da tanımlanan kutanoz miksomalar, deri altı yerleşimli, nadir görülen benign mezenkimal tümörlerdir. Lezyon, soliter veya Carney kompleksinin bir bileşeni olarak görülebilir. Sıklıkla orta yaş erkeklerde, ele gelen ağrılı veya ağrısız, deride renk değişikliğinin eşlik edebildiği, yavaş büyüyen, polipoid lezyonlar şeklinde ortaya çıkar. Gövde, alt ekstremiteler ve baş-boyun bölgesi en sık görülen yerleşim yeri olmakla birlikte, vücudun her hangi bir bölgesinde de lokalize olabilirler. Bu çalışmada, göğüs ön duvarında ağrılı şişlik şikayeti ile başvuran ve cerrahi eksizyon ile tedavi edilen yüzeysel anjiyomiksom olgusu sunuldu.

OLGU: Yirmi yedi yaşında erkek hasta, 1 yıldır devam eden göğüs ön duvarında şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede sternum alt ucunda yaklaşık 2*2 cm çapında, düzgün sınırlı, mobil, palpasyonla ağrılı lezyon saptandı. Özgeçmişinde 3 yıl önce aynı bölgede ele gelen kitle nedeniyle cerrahi operasyon öyküsü mevcuttu. Akciğer grafisinde belirgin bir patoloji tespit edilemedi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sternum alt ucunda 2*2 ve 1*1 cm boyutlarında, cilt altında, toraks duvarına invazyon göstermeyen düzgün konturlara sahip kitle tespit edildi. Lezyon lokal anestezi ile güvenli cerrahi sınır bırakılarak eksize edildi. Spesmenin patolojik incelemesinde, kapsüllü, belirgin miksoid stroma içinde vasküler yapılarda artış ve fibröz dokulardan oluşan S-100 ve desmin negatif, vimentin pozitif ve Ki-67 %1 boyanma gösteren karakter tariflenerek, olguya 'yüzeysel anjiyomiksom (kutanoz miksoma)' tanısı kondu. Hasta postoperatif 10. ay kontrolünde klinik ve radyolojik olarak sağlıklı idi.

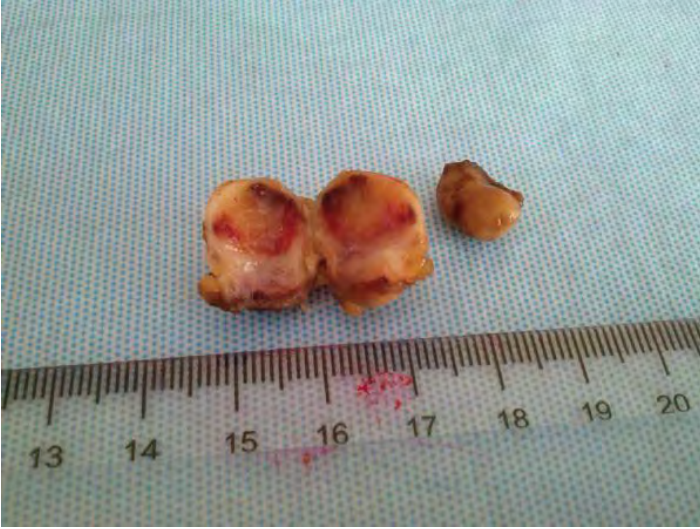
SONUÇ: Yüzeysel anjiyomiksomalar nadir görülen benign mezenkimal lezyonlardır. Ayırıcı tanıda, miksoid nörobibroma, fokal kutanoz müsinozis, miksoid değişiklikler gösteren melanoma, agresif anjiyomiksoma, düşük dereceli miksofibrosarkoma ve miksoid liposarkomadan ancak histopatolojik ve immünohistokimyasal özellikler ile ayrılabilir. Lokal eksizyon tedavi için yeterli olmakla birlikte inkomplet eksizyonlarda nüksün sık görülebileceği akılda tutulmalıdır.

Resim 1



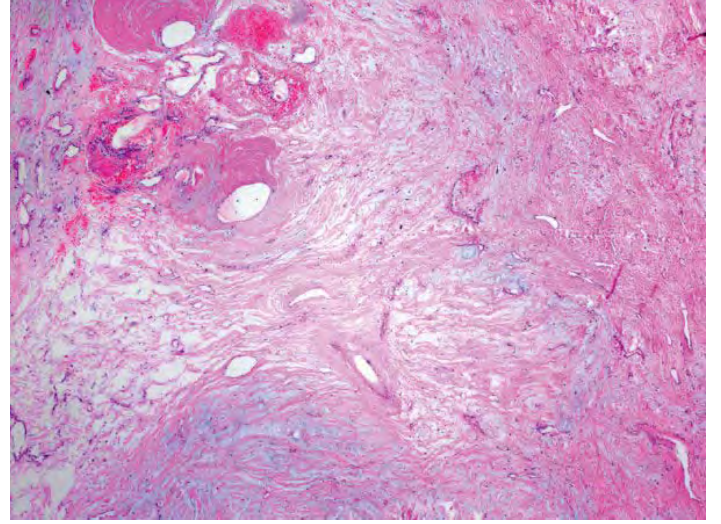
Bilgisayarlı tomografide anterior göğüs duvarında sternum sol ön lokalizasyonunda cilt altında çevreye invazyon göstermeyen, lobule, heterojen dansiteli nispeten düzgün sınırlı 2x3 cm boyutlarında kitlesel lezyon göze çarpmaktadır.

Resim 2



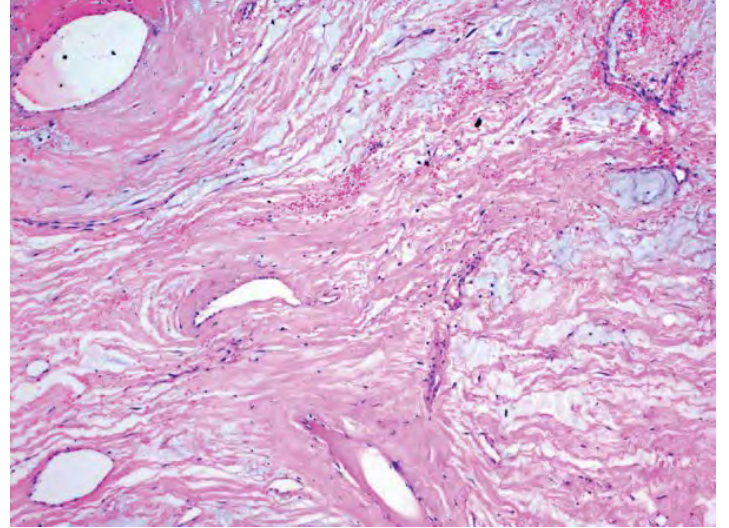
Postoperatif cerrahi spesmen

Resim 3



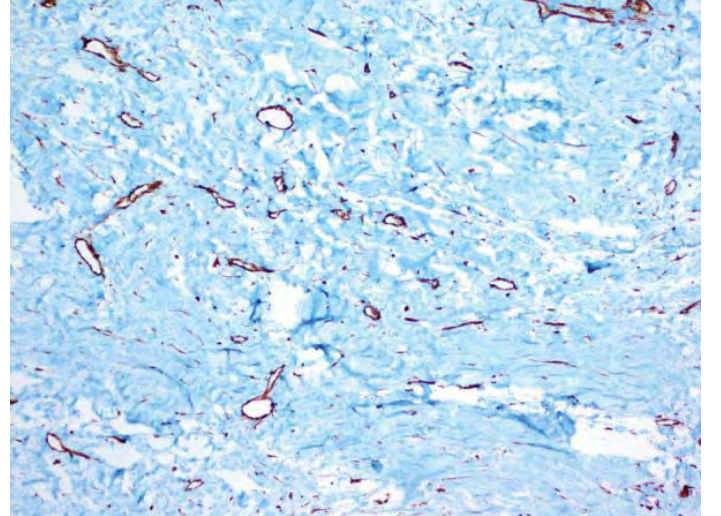
Damardan zengin gevşek dizilim gösteren miksoïd alanlar içeren fibröz stroma (HEx40)

Resim 4



Damarsal yapılardan zengin hiposellüler fibromiksoïd stroma (HEx100)

Resim 5



Vimentin ile iğsi ve yıldızsı tümör hücrelerinde pozitif boyanma (immünohistokimya x100)

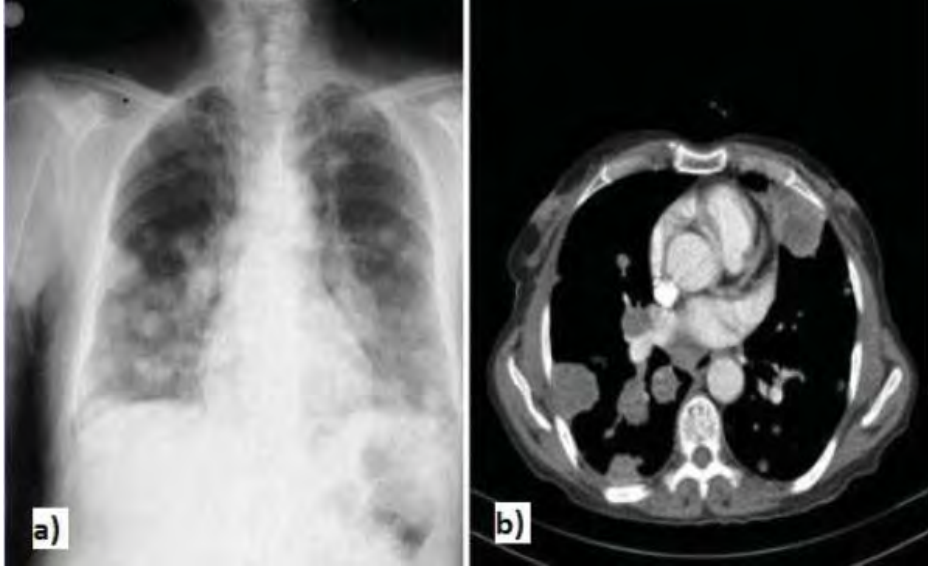
EP-013

Pulmoner Metastazektomi İle Tanı Konulan Renal Hücreli Karsinom (RHK) OlgusuSelvi Aşker¹, Ufuk Çobanoğlu², Irfan Bayram³, Alparslan Yavuz⁴, Duygu Mergan², Zehra Akman İlik³¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Van²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Van³Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Bölümü, Van⁴Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Van

Erişkin çağda görülen tümörlerin yaklaşık %3'ünü Renal hücreli karsinom (RHK) oluşturmaktadır. Böbrek tümürlü hastaların %20-30'u direkt olarak metastatik hastalıkla tanı almakta sıklık sırasına göre en fazla Akciğer, Lenf nodları, Karaciğer ve Kemik metastazı görülmektedir. Bu hastalar sıklıkla kitlenin basısına bağlı ağrı şikayeti ile başvururlar. Biz 60 yaşında plörötik göğüs ağrısı şikayeti ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran ve plevra ile ilişkili kitlenin rezeksiyonu ile Renal Hücreli karsinom tanısı alan bir olguyu sunmaktayız

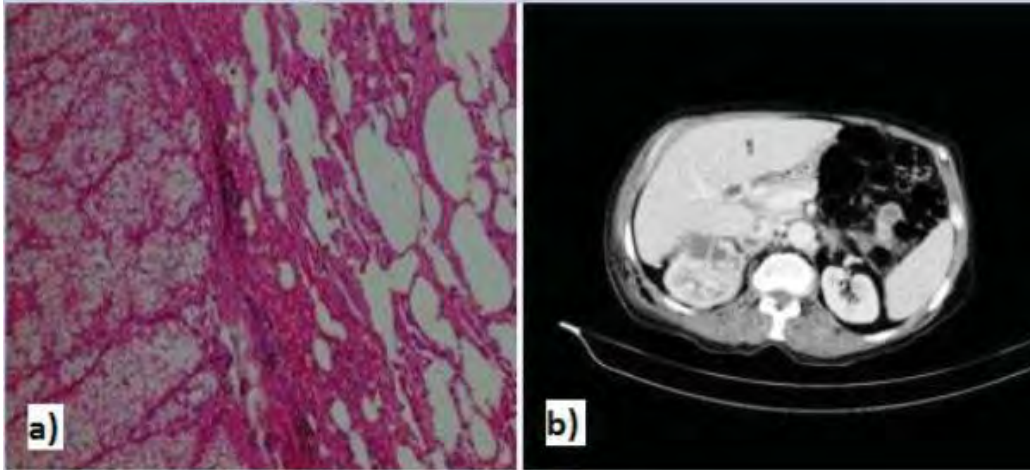
OLGU: Altmış yaşında bayan hasta, göğüs hastalıkları polikliniğine sağ yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Daha önce akciğer tüberkülozu geçirdiği bilinen hastaya çekilen akciğer grafisinde yaygın nodüler lezyonlar saptandı (resim 1a). Kan biyokimyasal parametreleri normal olarak değerlendirildi. Toraks bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde bilateral akciğerlerde ve hiler bölgelerde multiple, sağda büyüğü 5.3x3.6cm, solda büyüğü 5.2x3cm ebatlı santrali nekroz ile uyumlu hipodens olan yumuşak doku lezyonları saptandı (resim 1b) Hastaya tanı ve palyatif amaçlı sağ akciğerdeki 4x3 cmlik lezyon wedge rezeksiyon ile çıkarıldı. Histopatolojik tanı renal hücreli cell ca olarak geldi (resim 2a). Hastaya yapılan batın tomografi görüntülemesinde Sağ böbrekten kaynaklanan yer yer karaciğer ile arasındaki yağlı planların silindiği (invazyon) kistik nekrotik komponentleri olan heterojen yapıda 6x6.2cm aksiyel boyutlu kitle lezyonu saptandı (resim 2b). Tanıyı destekleyen inceleme sonrasında hasta medikal onkoloji bölümünde kemoterapi programına alındı.

Resim 1



a) Akciğer grafisinde yaygın nodüler lezyonlar b) Toraks bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde bilateral akciğerlerde ve hiler bölgelerde multiple, sağda büyüğü 5.3x3.6cm, solda büyüğü 5.2x3cm ebatlı santrali nekroz ile uyumlu hipodens olan

Resim 2



a) Akciğerde Berrak hücreli renal hücreli karsinom metastazı sol tarafta geniş berrak sitoplazmalı hücrelerin oluşturduğu nodüler yapı izlenmekte b) Sağ böbrekten kaynaklanan kistik nekrotik komponentleri olan heterojen yapıda kitle.

EP-014

Toraks İçi Gross Kitle ve Masif Plevral Efüzyonla Seyreden Bir Lenfoma Olgusu

Çetin Yaşar, Cebrail Azar, Ömer Faruk Sabaz, Zeynep Türe, Mehmet Kabak, Elif Dursun, Veysi Tekin
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD

GİRİŞ: Büyük B hücreli Lenfoma toraks içinde çoğunlukla çoğunlukla kitle şeklinde konglomere lenfadenopatiyle prezente olan malign bir patolojidir. Büyük Kitleler bazen akciğer kanseriyle karışabilen radyolojik görünüme neden olabilmektedir. Yine bu hastalarda değişik derecelerde efüzyon eşlik edebilmektedir. Bu yazıda hem masif efüzyon hem sağ akciğerde gross kitle ile başvuran ve Büyük B hücreli lenfoma tanısı konan bir olgu ele alınmıştır.

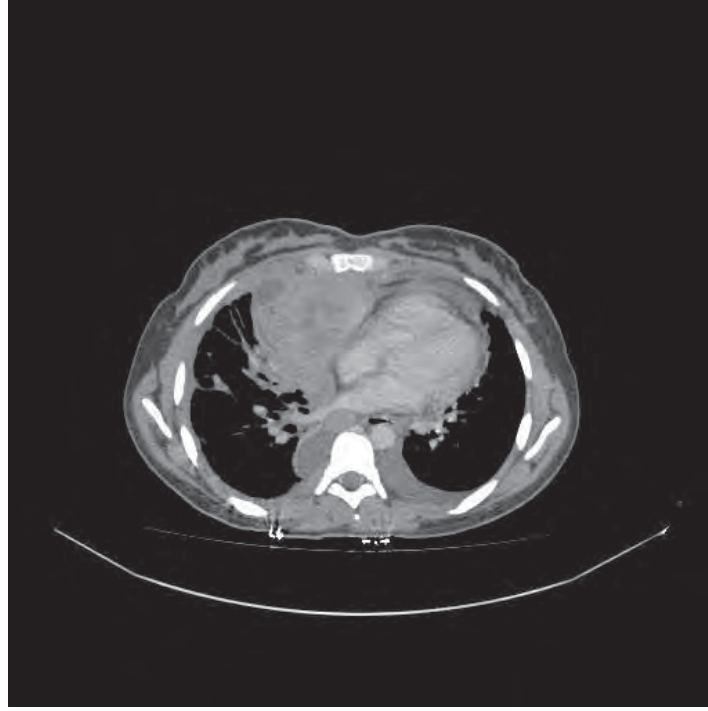
OLGU: Yirmi iki yaşında kadın hasta 2-3 haftadan beri olan nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenesinde sağ supraklaviküler lenfadenomegali, sağ hemitoraksta perküsyonda yaygın matite, oskültasyonda sağda solunum seslerinin azaldığı saptandı. Akciğer grafisinde sağda önden ikinci kot hizasından aşağıda efüzyon lehine yorumlanan homojen dansite artışı izlendi. Toraks BT tetkikinde yaygın konglomere mediastinal lenfadenomegali ve sağ anterior mediastinal gross yer yer nekroz ve damar invazyonu içeren kitle lezyon ve sağda yer yer lokulasyon gösteren plevral efüzyonu görüldü. Rutin laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin: 10,2g/dl, crp:6,9mg/dl, biyokimyasal parametreleri normal sınırlarda saptandı. Torasenez sıvısı lenfositten zengin (%96) eksuda (LDH:1996) ve sıvı Adenozin deaminaz düzeyi 120 U/L ölçüldü. Sıvı ARB bakışı negatif, gram boyama nonspesifik bakteri kültürlerinde üreme olmadı. Supraklaviküler lenf bezi eksizyonel biyopsi histopatoloji sonucu Büyük B hücreli lenfoma olarak gelen hasta onkoloji bölümüne devredildi.

SONUÇ: Masif plevral efüzyon ve gross mediastinal kitle ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında malign süreçlerden lenfoma göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaların genç olması, yüksek ADA düzeyi, lenfositten zengin eksuda plevral efüzyon saptanması gibi tüberküloz tanısını destekleyen benzer klinik ve laboratuvar bulgularının malign durumlarda da görülebileceği unutulmamalıdır.

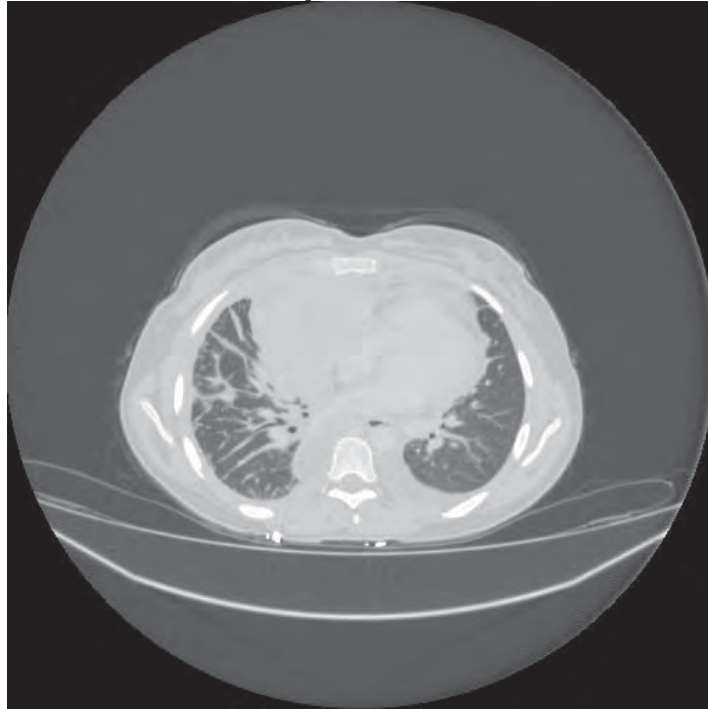
Resim 1. Başvuru PA grafisi



Resim 2a.Başvuru Toraks BT tetkiki



Resim 2b.Başvuru Toraks BT tetkiki



EP-015

Coincidental Kondrosarkom: Olgu SunumuErcan Kurtipek¹, Mustafa Çalık², İlknur Küçükosmanoğlu³, Nuri Düzgün², Hıdır Esme²¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Konya³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, Konya

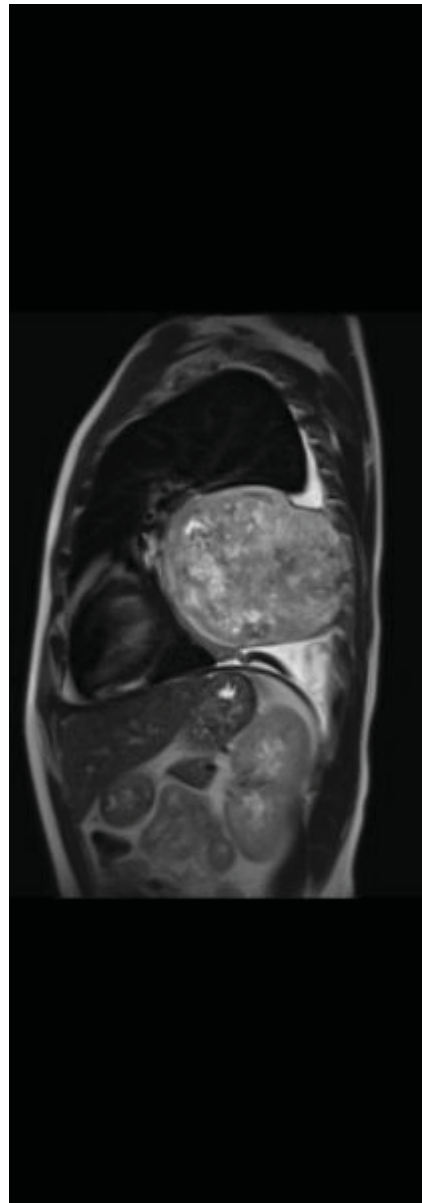
Kondrosarkom, göğüs duvarında en sık görülen primer malign tümördür ve en sık ön duvarda, kostokondral bölgede yerleşim göstermektedir. Erkeklerde daha sık olarak izlenmektedir. Genellikle ağırlı bir kitle oluşturan kondrosarkomun tedavisinde sıklıkla geniş cerrahi eksizyon uygulanmaktadır.

Otuz dört yaşında erkek hasta, üşüme titreme ve halsizlik şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurdu. PA Akciğer grafisinde sol kalp kenarını silen oldukça büyük düzgün sınırlı bir kitle lezyonu saptandı. Çekilen toraks MR görüntülenmesinde T-8-9 düzeyinde torakal vertebra sol pedinkül düzeyinde 49x22x17 mm boyutlarında T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens, T2 ağırlıklı görüntülerde içersinde kistik komponenti bulunan ve yoğun periferik kontrast tutulumu gösteren kitlesel lezyon izlendi. Daha sonra lokal anestezi altında USG eşliğinde, sol akciğer alt zonda bulunan plevral tabanlı kitleden biyopsi alındı. Biyopsi sonucu kondrom veya kondrosarkom olabileceği şeklinde raporlandı. Bunun üzerine konsey kararı ile kitlenin total eksizyonu kararı alındı. Kitle total olarak çıkarıldı. Patoloji sonucu Grade-1 Kondrosarkom olarak bildirildi. Nonspesifik bulgularla, coincidental olarak tanı almış bir kondrosarkom olgusunu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

R
opezitesini

İlk başvuru esnasındaki akciğer filmi

Toraks MR



İlk başvuru esnasındaki toraks MR görüntüsü

EP-016

Akciğerin Soliter Plasmasitomu; Olgu SunumuAlper Gündoğan¹, Tuncer Özkısa¹, Deniz Doğan¹, Ayhan Özcan², Ömer Deniz¹, Hayati Bilgiç¹¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı²Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Patoloji Anabilim Dalı

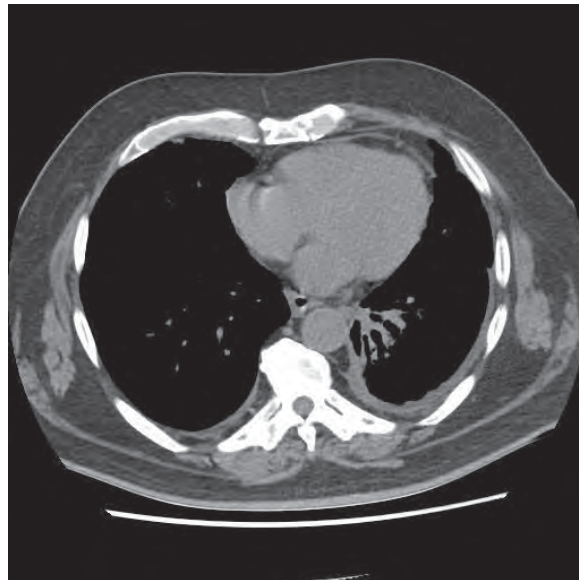
İleri yaşta sigara içen kişilerde akciğerde kitle görünümü öncelikle primer akciğer malignitelerini akla getirir. Multipl myelom, multipl osteolitik lezyonlarla seyreden klonal plazma hücre proliferasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Plasmasitom ise multipl miyelom hastalığının kemik iliği dışında bulunduğu organlardaki adıdır. Multipl myelomun bu şekilde ekstramedüller disseminasyonuna özellikle de akciğerlerde pek rastlanmaz. Biz de akciğer kanseri ötanısı ile transbronşiyal biyopsi yapılan ve akciğer plasmasitomu tanısı konulan bir vaka sunuyoruz. 59 yaşında herhangi bir şikayeti olmayan erkek hastanın kontroller sırasında çekilen akciğer grafisinde sol alt zonda dansite artışı ve plevral efüzyon izlenmiş. Kliniğimize ileri tanı ve tedavi amacıyla başvuran hastanın Toraks BT'sinde sol alt lobda kitle ile birlikte sol plevral efüzyon izlenmekteydi (Resim1). Torasentezde eksudatif plevral mayinin sitolojisinde malign hücre izlenmedi. Bronkoskopide alt lobu tama yakın kaplayan kitle lezyona rağmen endobronşiyal lezyon izlenmedi. Sol alt lobdan transbronşiyal biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu plasmositom ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hasta akciğerde soliter plasmasitom tanısıyla hematoloji kliniğine refere edildi. Tedavi sonrası hastanın akciğer lezyonu tama yakın regrese oldu. (Resim 2) Soliter plasmositom, plazma hücre bozukluklarının %3'ünü oluşturur. Soliter kemik ve ekstramedüller plasmositomalar plazma hücrelerinin nadir görülen proliferatif hastalıklarıdır. Soliter plasmositom multipl miyelomadan farklılaşma sonrası diğer organlarda lokalize olur. Plasmositom tanısı klinik ve laboratuvar bulguların eşliğinde doku biyopsisi ile doğrulanır. Ancak vakamızda olduğu gibi asemptomatik hastalarda tanı koymak zordur. Soliter plasmositom plazma hücre bozuklukları içinde az görülen bir durum olmakla beraber akciğerde görülmesi daha da nadirdir. Vakamız akciğer kitelleri içerisinde plasmasitom da görülebileceği nedeniyle ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğini göstermesi ve akciğerde nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Resim 1



Tanı sırasında toraks BT'de sol alt lobda kitle lezyon izlenmektedir.

Resim 2



Tedavi sonrası toraks BT'de sol alt lobda plasmasitomuun regrese olduğu izlenmektedir.

EP-017**Akciğer Kanseri Böbrek Metastazı: Olgu Sunumu**

Berna Akıncı Özyürek, Yurdanur Erdoğan, Burcu Cirit Koçer

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları

Akciğer kanseri tüm dünyada en sık öldüren kanser türüdür. Tanı anında olguların çoğunluğu uzak organ metastazı ya da lokal ileri hastalık aşamasındadır. En sık kemik, karaciğer, beyin, böbrek üstü bezleri, lenf bezlerine metastaz izlenir. Olgumuz 55 yaşında, erkek, omuz ağrısı, öksürük ve balgam şikayetiyle başvurduğu dış merkezde çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) mediastinal en büyüğü 15 mm boyutlu lenfadenopati, sağ akciğerde üst lob apikal segmenti ve posterobazal segmenti dolduran 7,5x7,5x6 cm lik kitle lezyonu saptanması üzerine hasta merkezimize yönlendirilmişti. Hastaya çekilen Pozitron emisyon tomografisinde (PET-BT) mediasten girişi düzeyinde sağ inferior juguler alanda izlenen yaklaşık 1.5 cm çapındaki lenf nodlarında fokal artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax: 7.54), sağ süperior juguler alanda izlenen yaklaşık 1.5x1.5 cm boyutundaki lenf nodunda fokal artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax: 3.17), sağ akciğer apikalinde izlenen, komşuluğundaki T2 vertebra spinöz prosesi ile sağ 2-3. kostaları destrükte ederek göğüs duvarından taşma gösteren, yaklaşık 9x7x8 cm boyutundaki kitle lezyonunda (SUVmax: 13.94) ve tanımlanan kitle anterior komşuluğundaki lateral kostal plevral yüzeyde izlenen kalınlaşma alanında (SUVmax: 10.54) yoğun artmış metabolik aktivite tutulumları, sağ alt paratrakeal-suprahiler lenf nodlarında fokal yoğun artmış metabolik aktivite tutulumları (SUVmax: 11.23) izlendi. Hastaya transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucu skuamöz hücreli akciğer kanseri olarak geldi. Evre 3B olarak evrelendirilen hastaya kemoradyoterapi başlandı. Tedavi sonrası çekilen kontrol PET-BT'de sağ akciğer apikal kesimde interval anlamlı metabolik aktivite tutulumu saptanmayan rezidü malignite ile uyumlu (SUVmax:11,40) artmış FDG tutulumu ve sağ böbrek alt pol dış kesiminde yaklaşık 3 cm'lik bir alanda böbrek konturunda bombeleşme ve bu alanda metabolik aktivite tutulumu (SUVmax: 15.51) izlendi. Primer/metastatik böbrek patolojisi ayırımı yapılamayan hasta üroloji bölümüne konsülte edildi. Hastaya yapılan sağ radikal nefrektomi sonucu skuamöz hücreli karsinoma metastazı olarak raporlandı. Akciğer kanserlerinin böbrek metastazının nadir görülmesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

EP-018

Beklenmedik Lokalizasyonda İntramüsküler MiksomaElif Duman¹, Deniz Akpınar², Şaban Ünsal³, Zekiye Aydoğdu⁴, Kenan Can Ceylan³¹İzmir Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, Karabağlar, İzmir²Tekirdağ Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, Tekirdağ³Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Konak, İzmir⁴Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Birimi, Konak, İzmir

GİRİŞ: İntramüsküler miksoma; yoğun miksoid stroma içinde iğsi hücrelerin bulunduğu hipovasküler ve benign özellikte mezenkimal bir tümördür. Sıklıkla myokard kası yerleşimlidir. Diğer kas tutulumları nadiren görülmektedir. Göğüs duvarında yerleşimi çok nadirdir. PubMed'e "intramuscular myxoma" yazıldığında 155 adet yazı çıkmaktadır. Bunların arasında pektoral kas yerleşimli olguya rastlanmamıştır. Bildiğimiz kadarıyla bu olgu pektoral kas yerleşimi gösteren literatürdeki ilk vakadır. Bu nedenle olgu sunulmaya değer bulunmuştur.

OLGUNUN ÖZELLİKLERİ: Kırk beş yaşında erkek olgu. Bir buçuk yıl öncesinde göğüs ön tarafında köprücük kemiği altında şişlik beliren olgu, verilen semptomatik tedavilere yanıt alamaması ve şişliğin artması üzerine başvurdu. Yapılan fizik bakıda göğüs duvarı sağ 1-2 interkostal aralıkta 3x6 cm ağrısız fikse kitle saptandı. Kitle sert solid ve fikse idi.

Toraks BT'sinde göğüs duvarındaki kitleden bahsedilmemekle birlikte sağ akciğer üst lobda ve sol üst lob posterior segmentte milimetrik nonkalsifiye nodül olduğu belirtildi. Yapılan yumuşak doku ultrasonografisinde; sağ infraklaviküler düzeydepektoral kas içerisinde 17x40 mm solid hipoeoik nodüler kitle lezyonu saptandı.Öncelikle primer tümör var ise metastaz lehine yorumlanabileceği belirtildi. Hastanın laboratuvar değerleri normal saptandı. Öncelikle malign bit tümör olasılığı düşünülerek kitlenin total çıkartılması planlandı.

TEDAVİ ve PROGNOZ: Lokal anestezi altında göğüs ön duvarı infraklaviküler 1. ve 2. İnterkostal aralık yerleşimli kitle total eksize edildi. Yapılan 5x3x2 cm boyutlarında dış yüzü düzgün, kesitinde orta sertlikte, kirli-beyaz renkte kapsüllü eksizyon materyalinin histopatolojik incelenmesinde; sitoplazması şeffaf, iğsi nükleus taşıyan hücrelerden oluşan tümör dokusu görüldü. Yapılan immunhistokimyasal incelemede vimentin pozitif saptanırken CD34, nöron spesifik enolaz ve pansitokeratin negatif saptandı. Lezyon intramüsküler miksoma olarak rapor edildi. Cerrahi tedavi sonrası 5. yılında hastada herhangi bir nüks görülmedi. Sağ ve sol akciğerde saptanmış olan nodüllerde herhangi bir progresyon saptanmadı.

SONUÇ: Bu olgu sunumunu önceki olgulardan ayıran özellik pektoral kas yerleşimli literatürdeki ilk olgu olmasıdır. Metastaz ve maligniteyi taklit eden; kas invazyonu gibi görünen bu tür olgularda intramüsküler miksoma ayırıcı tanıda akla getirilmelidir.

Resim 1



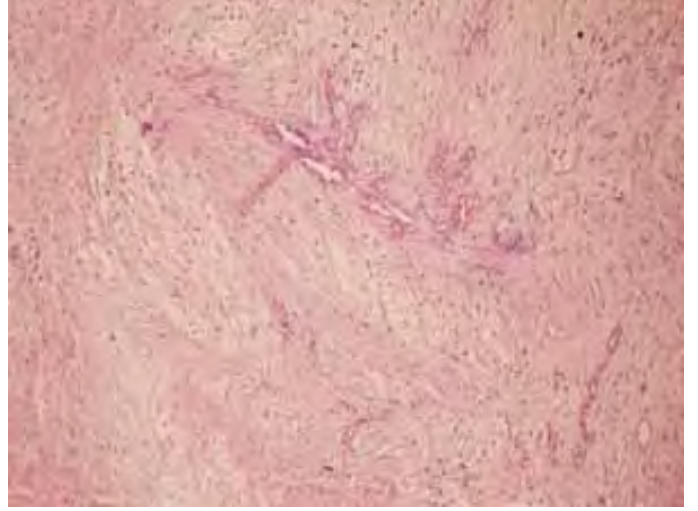
Yumuşak doku ultrasonografisi

Resim 2



Pektoral kas yerleşimli miksonma

Resim 4



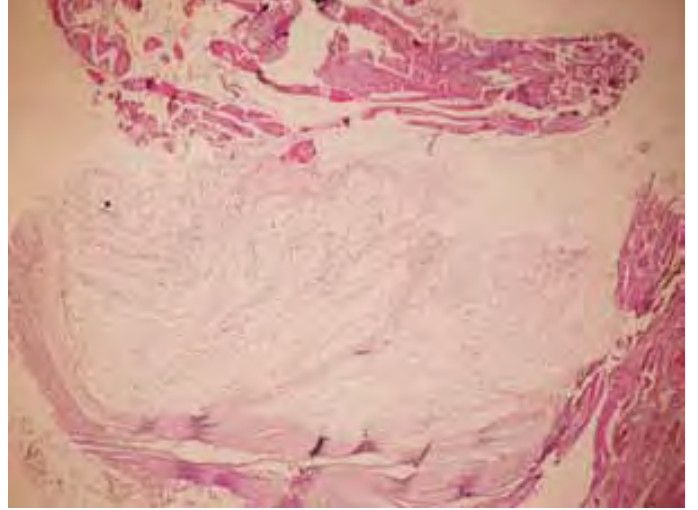
Hematoksilen-eosin x40 büyütmede normal iskelet kası ile çevrilmiş olan fibröz kapsülle sarılmış tümör

Resim 3



Pektoral kas yerleşimli miksonma

Resim 5



Hematoksilen -eosin x400 büyütmede miksoid stroma etrafında iğsi hücreler

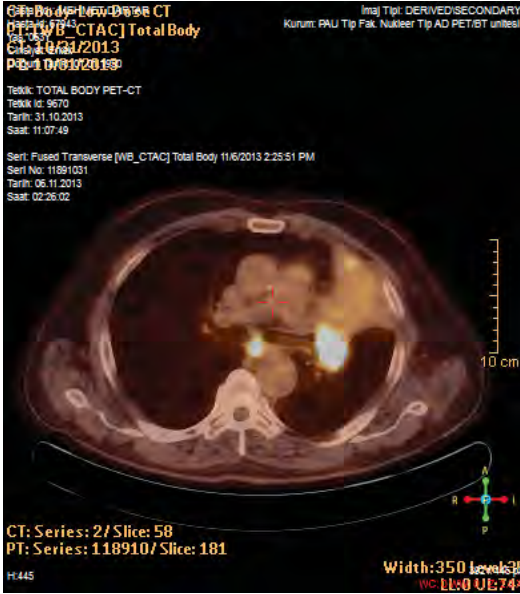
EP-019

Pnöminektomiye Alternatif Olarak Yapılan Double Sleeve Sol Üst Lobektomi

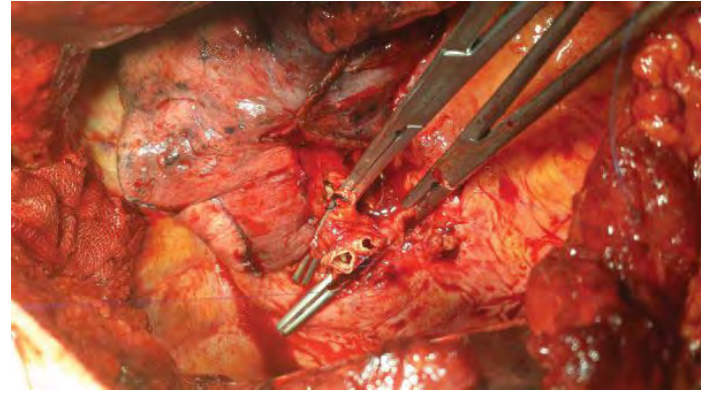
Figen Türk¹, Ümit Aydoğmuş¹, Gökhan Yuncu¹, Duygu Hersek²¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi AD²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD

64 yaşında erkek olgu. Öksürük, halsizlik şikayeti ile başvurusunda çekilen Toraks BT'de sol üst lobda santral yerleşimli, üst lob bronşunu tıkayan kitle, sol hilusta ve mediastende lenfadenopati görüldü. (Resim 1) Sigara: 50 paket yıl. TA: 120/80, Nbz:80, Solunum sistemi muayenesinde, yer yer sibilan ronkus dışında patoloji saptanmadı. PET-BT'de, subkarinal 28 x 20 mm boyutlarında lenf nodu (SUV max: 15.75) izlendi. Sol hiler bölgede sol üst lob bronşu oblitere ederek sol ana bronş bifürkasyonuna oturan 40 x 25 x 45 mm kitle lezyonu (SUV max: 16.51) izlendi. Bronkoskopi; sol üst lob girişini tamamen kapatan ve üzerinde nekrotik bileşeni olan tümöral lezyon görüldü. Bronkoskopik biyopsi sonucu, skuamöz hücreli karsinom olarak rapor edildi. Neoadjuvan 3 kür KT sonrası, çekilen kontrol PET-BT'de kitlenin F-18 FDG tutulumu % 83, subkarinal lenf nodunun % 85 azaldığı görüldü. Solunum fonksiyon testleri;FVC:2,91(%71),-FEV1:2,13(%67),TLCO:6,12(%71) idi. Hastaya mediastinoskopi yapıldı. 4R, 4L ve 7 nolu lenf nodlarının frozen sonucu, reaktif olması üzerine sol lateral torakotomi eşliğinde bronkovasküler sleeve sol üst lobektomi yapıldı. (Resim 2,3) Postoperatif dönemde satürasyon düşüklüğü ve yoğun sekresyon nedeniyle 1 gün mekanik ventilatör tedavisi, 2 defa bronkoskopi, kreatinin yüksekliği nedeniyle 1 defa diyaliz, drenlerin çekilmesi sonrası ateletaziye bağlı pleval effüzyon nedeniyle sol hemitoraksa katater torakostomisi ve 1 Ü eritrosit süspansiyonu verilen olgu postoperatif 18. günde antikoagulan tedavi eşliğinde taburcu edildi. (Resim 4) Hem pulmoner artere hem de bronşa sleeve ile yapılan sleeve sol üst lobektomi, pnöminektomiye alternatif olarak yapılması, tedavi zorluğu ve yönetimi açısından sunulmuştur.

Resim 1



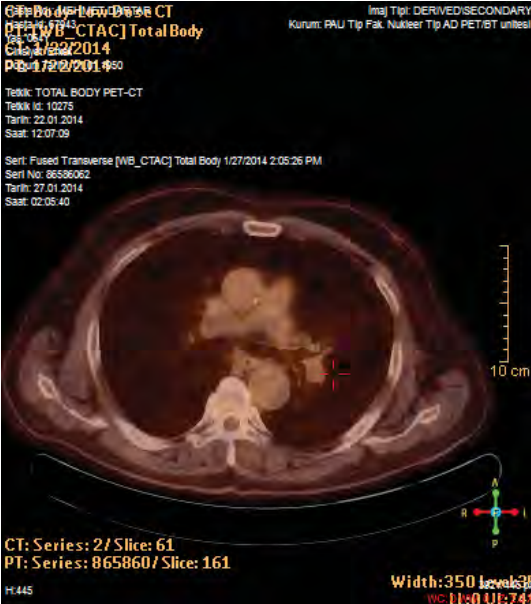
Resim 3



Resim 4



Resim 2



EP-020**Endobronşial Anaplastik Büyük Hücreli Lenfoma**

Nur Aleyna Kemik¹, Nuri Tutar¹, Olgun Konaş², Hakan Büyükoğlan¹, Sema Oymak¹, İnci Gülmez¹, Ramazan Demir¹, İnsu Yılmaz¹

¹Erciyes Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kayseri

²Erciyes Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

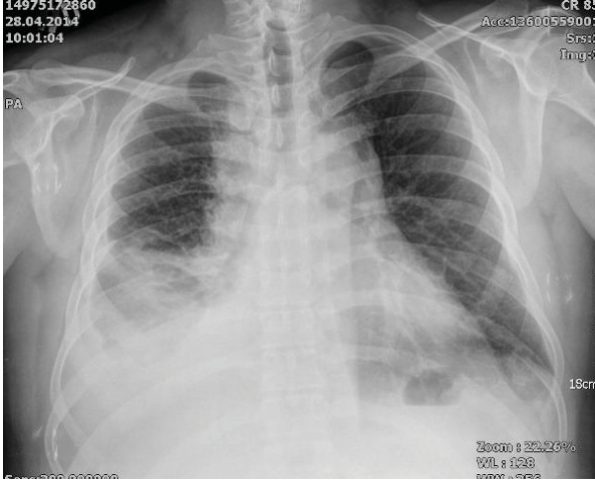
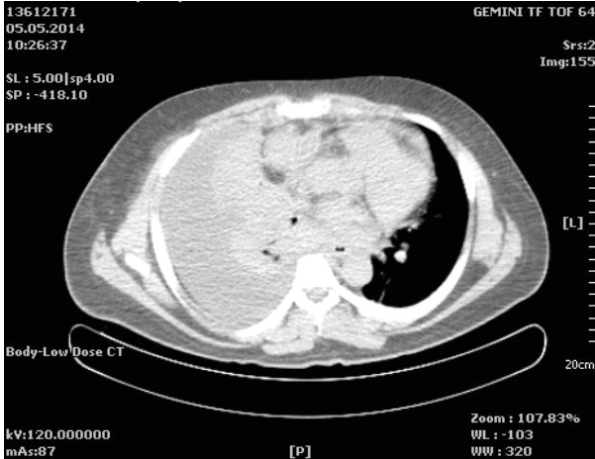
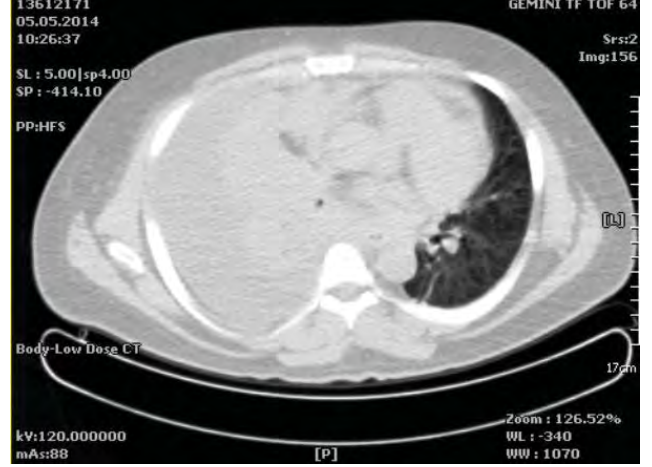
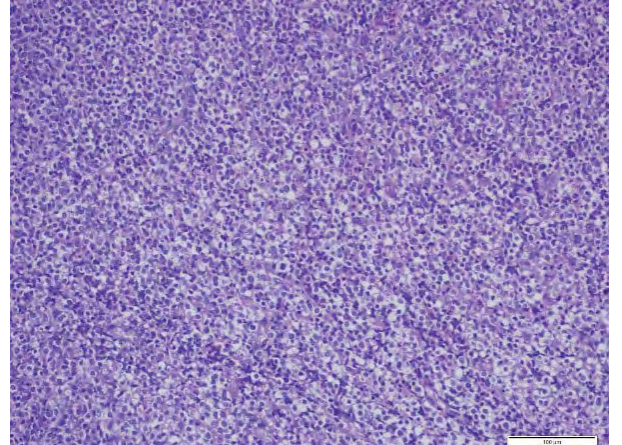
Anaplastik büyük hücreli lenfoma, tüm lenfomaların %2-3 ünü oluşturan nadir bir NHL'dır. Akciğerin primer anaplastik büyük hücreli lenfoması nadir görülen bir malignensidir (%5-15). Anaplastik büyük hücreli lenfoma, çok az olarak diğer bölümleri tuttuğu bildirilse de karakteristik olarak lenf nodlarını ve cildi tutar. Biz burada 63 yaşında solunumsal ve konstitusyonel semptomları olan, sağ ana bronşu oblitere eden ve perikarda uzanan 7,5 cm kitlesi olan ilginç bir hasta sunuyoruz. Bronkoskopide sağ ana bronşa 0,5-1 cm uzaklıkta endobronşial lezyon mevcuttu. Kitleden alınan biopsi CD45, Vimentin, EMA, CD2, CD30 pozitif atipik hücrelerle uyumlu anaplastik büyük hücreli lenfoma olarak geldi. Çekilen PET/CT de ekstratorasik tutulum saptanmadı. Standart Siklofosamid/ Vinkristin/ Prednizolon tedavisi başlandı. Bildiğimiz kadarıyla, bu vaka anaplastik varyantlı anaplastik büyük hücreli lenfomanın endobronşial lezyon olarak ilk kez görülmesidir.

EP-021

Nadir Bir Olgu: Akciğer Tutulumu İle Prezente Olan Granülositik SarkomCanan Gedik¹, Asiye Kanbay¹, Erkan Ceylan¹, Abdullah Aydın², Şeyma Özkanlı², Erman Öztürk³¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği³İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, Hematoloji Kliniği**OLGU: AKCİĞER TUTULUMU İLE PRESENTE OLAN GRANÜLOSİTİK SARKOM**

Miyeloid sarkom veya kloroma olarak da adlandırılan Granülositik sarkom (GS); granülositik hücrelerden kaynaklanan nadir bir ekstramedüller tümördür. Akut miyeloid lösemi, miyelodisplastik sendrom, miyeloproliferatif hastalıkların seyrinde gelişebilir. Genellikle deri, kemikler, yumuşak doku, lenf nodları ve peristosta yerleşir. Kemik iliği tutulumu ve hematolojik bulgular ortaya çıkmadan başka organ tutulumu ile semptom vermesinadiren görülen bir durum olduğu gibi akciğer tutulumu da nadirdir. Olgumuz kemik iliği tutulumu olmayan nadir görülen bir GS vakasıdır.

OLGU: 37 yaşında, erkek hasta 15 gün önce başlayan öksürük, balgam, nefes darlığı, sağ yan ağrısı şikayetleriyle hastanemize başvurdu. Bir yıl önce pnömoni geçirme öyküsü dışında geçirilmiş bir hastalığı ve ek hastalığı olmayan hastanın özgeçmişinde sigara öyküsü de yoktu. Fizik muayenede; solunum sayısı 16/dk, sağ aksiller ve servikal bölgede 1,5- 2cm arasında lenfadenomegaliler (LAP), sağ bazalde solunum seslerinde azalma dışında patolojik bulgu saptanmadı. Akciğer görüntülemesinde sağda plevral efüzyon, efüzyon komşuluğunda atelektazi ve kitle ayrımı yapılamayan homojen opasite ve çok sayıda mediastinal LAP izlenmekteydi. Bronkoskopik incelemede ana karina, sağ üst lob ve orta lob karinaları küntleşmiş, sağ üst lob apikal, posterior ve anterior segment girişleri tümör infiltrasyonu ile tıkalı, sağ orta lob girişi dıştan bası ile daralmıştı. Posterior segmentten yapılan biyopsi non-diagnostik olarak raporlandı. Taniya yol gösterici olması açısından Çekilen PET/BT'de tüm lenf nodu istasyonlarında ve akciğerde patolojik düzeyde FDG tutulumu izlenirken kemik iliği tutulumu olmadığı saptandı. Karaciğer hilusunda, renal hilus düzeyinde yerleşimli yoğun FDG tutulumu gösteren çok sayıda LAP'lar görüldü. Dalakta FDG tutulumu heterojen karakterde diffüz olarak artmıştı (SUDmax: 5.26). Lenfoproliferatif maligniteler açısından Hematoloji bölümü ile konsulte edilen hastanın eksize edilebilecek ve en belirgin lenf nodlarından biri olan skalen lenf nodundan eksizyonel biyopsi yapıldı. Tanı; yüksek gradeli hematopoetik neoplazm, ekstramedüller myeloid tümörü (granülositik sarkom) olarak raporlandı. PET/BT' de belirgin kemik iliği tutulumu olmaması nedeniyle bu durum biyopsi ile doğrulanmak istendi. Yapılan biyopside kemik iliği tutulumu izlenmedi. Sonuç; lenfoproliferatif hastalıklar çocukluk çağından başlayıp ileri yaşlara kadar her yaş grubunu etkilemektedir. Özellikle genç olgularda, akciğer malignitesi ön tanıli lezyonlarda nadir de olsa granülositik sarkomlar akıldan çıkarılmamalıdır.

Resim 1: Granülositik Sarkomlu hastaya ait akciğer grafisi**Resim 2: Toraks BT mediasten kesiti****Resim 3: Toraks BT parankim kesiti****Resim 4: Diffüz paternde ince kromatinli, bazıları küçük nükleollü, düzensiz nükleuslu; geniş soluk sitoplazmalı, küçük-orta boy hücrelerin oluşturduğu lenfoid infiltrat (H&E X20)**

EP-022**Öksürük Şikayetiyle Gelen Özefagusta Leyomyom Olgusu**

Nurhan Atilla¹, Hüseyin Arpağ¹, Şemi Atilla², Fulsen Bozkuş¹, Ahmet Beyaz¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

²Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Kahramanmaraş

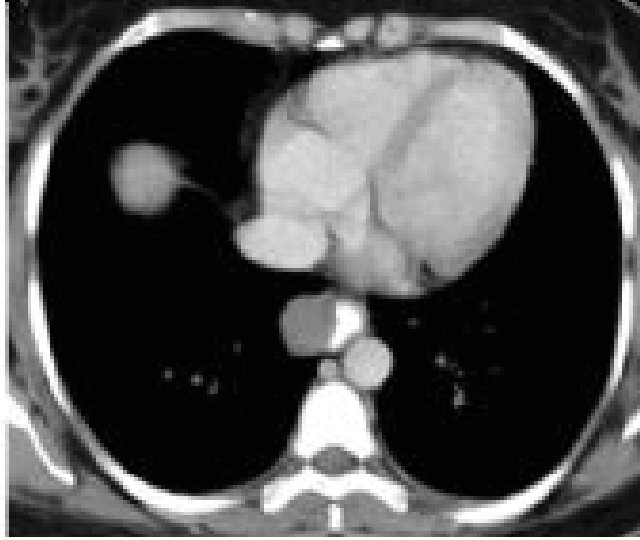
Yirmi dokuz yaşında bayan hasta. Yaklaşık bir yıldır olan öksürük şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öksürük şikayeti son iki aydır şiddetlenmişti ve son bir aydır yutma güçlüğü de başlamıştı. Bilinen ek hastalığı yoktu. Fizik muayenesi doğal, rutin tetkikleri normaldi. Posteroanterior akciğer grafisi normaldi.

Hastanın yutma güçlüğü de tariflemesi nedeniyle toraks BT çekimi esnasında oral kontrast uygulandı. Toraks BT de hafif hiatal herni, özefagus distalinde sağ lateral transvers planda 27x22 mm boyutlarında ölçülen özefagusa bası yapıp lümeni daraltan düzgün konturlu hipodens yumuşak doku dansitesi izlendi (Resim 1).

Göğüs cerrahisi ve genel cerrahi bölümlerine yönlendirilen hasta, başka bir merkezde opere edildi. Patolojik tanının leyomyom olduğu öğrenildi.

Öksürük şikayeti ile gelen hastada disfaji odinofaji gibi özefagus patolojilerini düşündürecek semptomlar mutlaka sorgulanmalıdır. Bu tür semptomların saptanması halinde toraks BT ile eş zamanlı oral kontrast uygulanması özefagus tümörlerinin diğer mediastinal tümörlerden daha net ayırd edilmesini sağlayacaktır.

Resim 1



EP-023

Kolon Metastazı Saptanan Nadir Bir Akciğer Kanseri Olgusu

Ümran Özden¹, Berna Akıncı Özyürek¹, Yurdanur Erdoğan¹, Burcu Cirit Koçer¹, Funda Demirağ²

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

²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji

Akciğer kanseri olgularında uzak metastazlar en sık lenf bezlerine, karaciğere, böbrek üstü bezlerine, beyine ve kemiklere olmaktadır. Gastrointestinal metastazlar oldukça nadir görülür ve kötü prognoz göstergesidir. Gastrointestinal sistemde en sık ince bağırsak metastazı görülür. Olgumuz 62 yaşında erkek, vücutta gezici tarzda ağrı nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesinde sol supraklavikular lenfadenopati dışında özellik yoktu. Hastanın dış merkezde çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer alt lob superior segmentte plevral tabanlı 5 cm 'lik kitle lezyonu mevcuttu. Hastaya yapılan transtorasik ince aspirasyon biyopsi patolojisi küçük hücreli dışı akciğer kanseri (ca) (adeno) olarak saptandı. Evreleme amaçlı çekilen pozitron emisyon tomografisinde (PET-BT) sağ aksilla ve retropektoral alanda büyüğü 3.5 cm boyutlu lenf nodları izlenmiş olup patolojik artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax:25.26), sol supraklaviküler, subklaviküler, sol inferior juguler, perivasküler, prevasküler, sol paratrakeal, sağ alt paratrakeal, subkarinal, sağ hiler, retrokrural ve sol ana bronş posterior kesim komşuluğunda izlenen lenf nodlarında patolojik artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax:24.89, sağ akciğer üst lob posterior segment lateralinde komşuluğunda 5.kostayı destrükte eden, ekstratorasik alana uzanım gösteren ve serratus anterior kasına invaze yaklaşık 4.6x7.3x3.3 cm boyutlu düzensiz sınırlı kitle lezyonunda patolojik artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax:30.30), sağ sürrenal lojda yaklaşık 3.5x4.6 cm boyutlu (SUVmax:21.64) ve sol sürrenal lojda yaklaşık 2.2x3.7 cm boyutlu (SUVmax:19.86) yumuşak doku dansitelerinde patolojik artmış metabolik aktivite tutulumları izlendi. Abdomende retrokrural, retrokaval, prekaval, interaortokaval, sol paraaortik, preaortik ve bilateral common iliak alanlarda büyüğü yaklaşık 2.5 cm boyutlu çok sayıda lenf nodunda patolojik artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax:26.43), inen kolon-sigmoid kolon ve rektumda diffüz, transvers kolonda heterojen artmış metabolik aktivite tutulumları (SUVmax:13.22) saptandı. Kemik ve sürrenal tutulumları nedeniyle evre 4 akciğer adeno ca olarak evrelendirilen hastaya kemoterapi başlandı. Kolondaki tutulumları nedeniyle gastroenteroloji bölümü ile konsülte edilen hastanın yapılan kolonoskopide alınan biyopsi sonucu adeno ca metastazı olarak geldi. Nadir görülmesi nedeniyle, kolon metastazı saptadığımız akciğer adeno ca tanısı olan olguyu sunmayı amaçladık.

EP-024

İleuma Metastaz Yapan Bir Skuamöz Hücreli Akciğer Kanseri OlgusuMustafa Canbaz¹, Dursun Tatar¹, Ceyda Anar¹, Emre Şenel¹, Ahmet Emin Erbaycu¹, Ebru Çakır²¹İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, göğüs hastalıkları bölümü, İzmir²İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, patoloji Bölümü, İzmir

Akciğer kanserli hastaların yaklaşık 1/3'ünde uzak metastazlara bağlı semptomlar görülür. Beyin, karaciğer, sürrenal bezler, kemikler, kemik iliği ve karşı akciğer (hematojen ve/veya lenfatik yolla) en sık metastaz görülen organ ve dokulardır. Akciğer kanserinin bağırsak metastazı ise oldukça nadirdir.

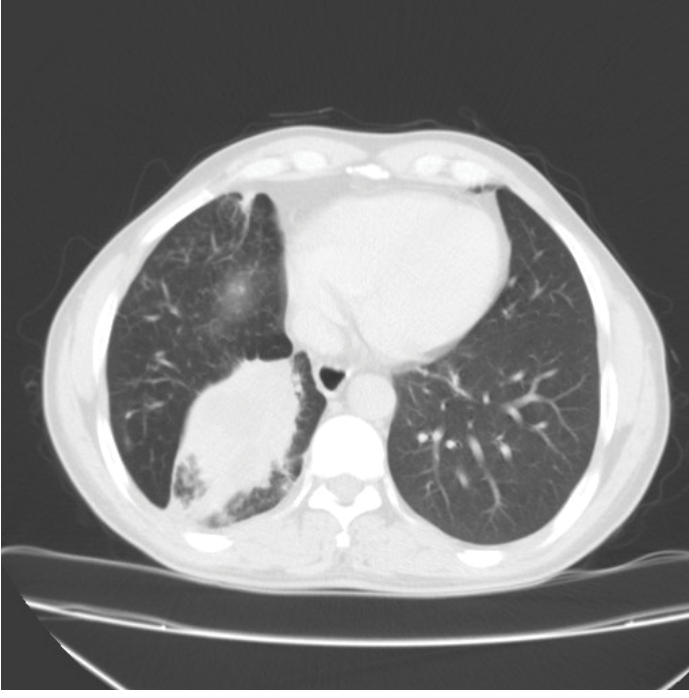
Karın ağrısı nedeni ile başvurduğu dış merkezde yapılan tetkiklerinde akciğerde kitle lezyonu saptanarak ileri tetkik için hastanemize yönlendirilen 49 yaşındaki erkek hastaya, bronkoskopik biyopsi incelemesi ile skuamöz hücreli akciğer kanseri tanısı kondu. Evreleme amaçlı uygulanan PET BT de; pelviste orta hat sağında bu alandaki ileal segmente süperpoze olarak izlenen yaklaşık 2.2cm çaplı dansite artımı ile uyumlu alanda malignite düzeyinde artmış 18FDG tutulumu saptandı ve ikincil primer ileal malignite açısından ileri tetkiki önerildi. Bu yönden gastroenteroloji tarafından birkaç kez tekrarlanan kolonoskopi, double balon enteroskopi ile lezyona ulaşılamadı. Hasta kemoterapi programına alındı. Sürekli karın ağrısı yakınması olan hasta akciğer kanseri tanısından bir yıl sonra akut batın tablosuyla opere edildi. İleumda mevcut lezyonun patoloji sonucu skuamöz hücreli karsinom metastazı olarak raporlandı. Olgumuz, akciğer kanseri olgularında oldukça nadir görülen ileum metastazı nedeniyle sunuldu.

resim 2a



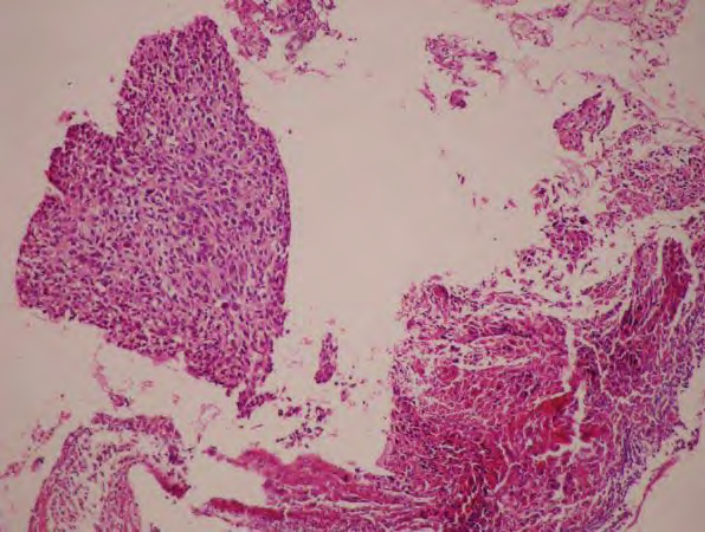
Sağ alt lob bronşuna yakın malign kitle görüntüsü.

resim 2b



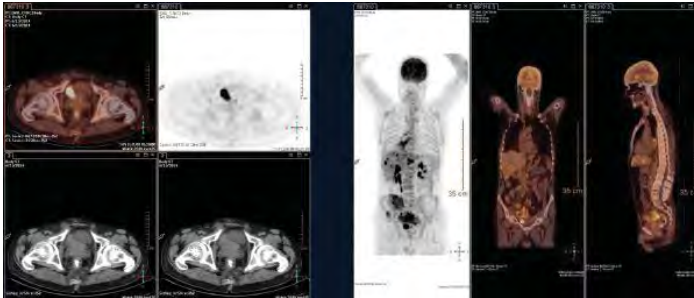
Sağ alt lob bazal segmentte ateletazi oluşturan kitle görüntüsü

resim 3



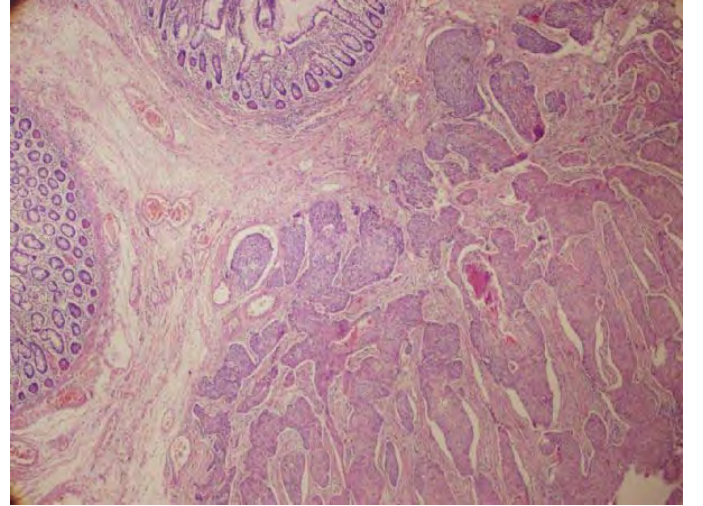
Skuamöz hücreli karsinom.HEX40

resim 4a



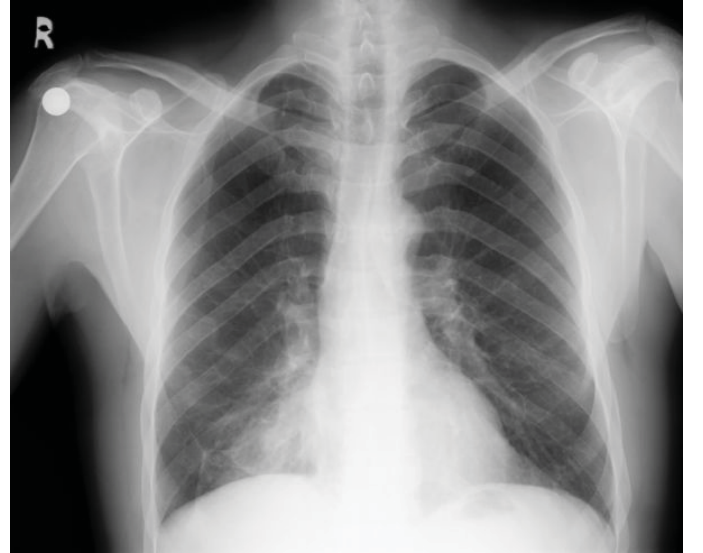
İleal segment tutulumu.

resim 5



İnce barsak submukozasında solid adalar halinde infiltratif gelişmiş,fokal keratinizasyon içeren skuamöz hücreli karsinom metastazı (H&E,X40).

Resim 1



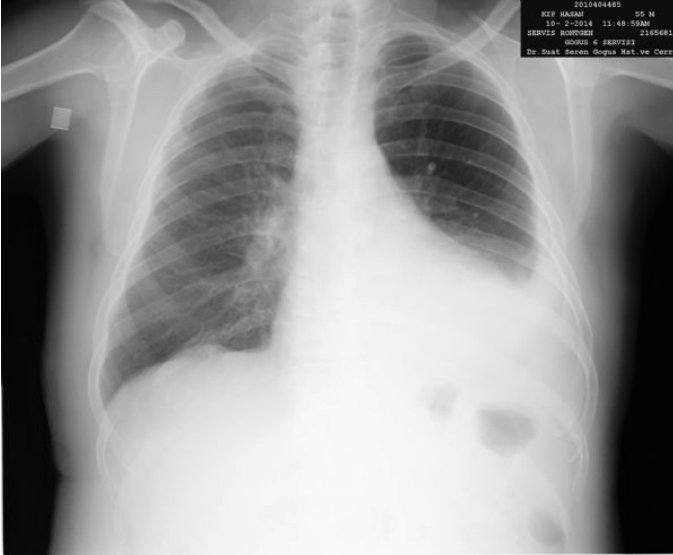
Sağ parakardiyak bölgede heterojene yakın dansite artışı

EP-025

Akciğer Tutulumu Olan Bir Kaposi Sarkomu OlgusuDursun Tatar¹, Mustafa Canbaz¹, Ceyda Anar¹, Emre Senel¹, Ahmet Emin Erbaycu¹, Alev Gülşah Hacı²¹İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, göğüs hastalıkları bölümü, İzmir²İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, patoloji bölümü, İzmir

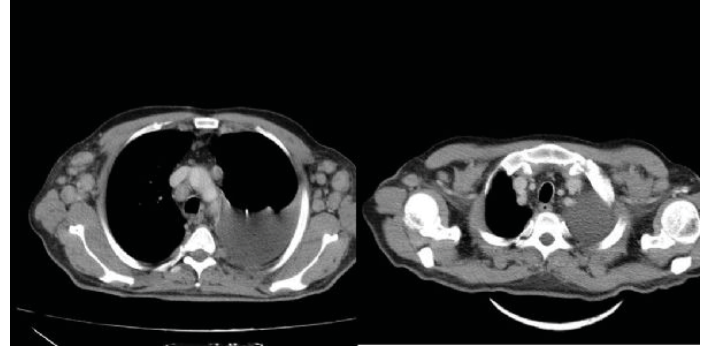
55 yaşında erkek hasta 2 haftadır devam eden öksürük yakınması ile başvurduğu merkezde çekilen PA akciğer grafisinde bilateral plevral effüzyon saptanması üzerine yatırıldı. Fizik muayenesinde bilateral servikal bölgede ele gelen lenfadenopatiler ve oskültasyonda sol akciğer altta solunum sesleri azalmış bulundu. İncelemede ise yüz ve her iki ön kolda deride siyah renkli ciltten kabarık nodüler lezyonlar izlendi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral aksiller ve supraklaviküler, yaygın mediastinal yerleşimli en büyükleri sağ aksiller 25mm çapında olan lenfadenopatiler (LAP), sol hemitoraksta apeksten bazale uzanan plevral sıvı, sıvıyı çevreleyen parietal plevrada yer yer metastaz düşündürülen milimetrik nodüler kalınlaşmalar ve batında perihepatik ve perisplenik asit, çöliak arter civarında, preaortik ve aortikokaval bölgede en büyüğü 12mm yaygın LAP saptandı. Torasentez yapılan hastanın plevral sıvısı eksüda vasfında olup plevral biyopsi sonucu nonspesifik plörit olarak raporlandı. Tüm vücutta yaygın LAP'ları olan hasta Epstein Barr Virüs (EBV) açısından intaniye ile konsülte edildi ve EBV serolojisi EBV VCA IGM: NEGATİF, EBV VCA IGG:4,72 (POZİTİF) olarak geldi ve akut EBV enfeksiyonu düşünülmeden hastadan tanı amaçlı hem de servikal bölgedeki lenf bezlerinden biyopsi yapıldı. Lenf bezi ve cilt biyopsileri beraber değerlendirildiğinde kaposi sarkomu metastazı olarak yorumlanan hastadan Anti HIV istendi ve pozitif olarak saptandı. AIDS ile ilişkili kaposi sarkomu düşünülen hasta hem medikal onkoloji hem de enfeksiyon hastalıklarının olduğu multidisipliner bir merkeze yönlendirildi. Nadir görülen bir tümör olan kaposi sarkomu olgusunu cilt lezyonları ve biyopsi sonuçlarına göre sonradan HIV pozitif tespit edilmesi ve akciğer tutulumu olması nedeni ile sunmayı uygun bulduk.

resim 1



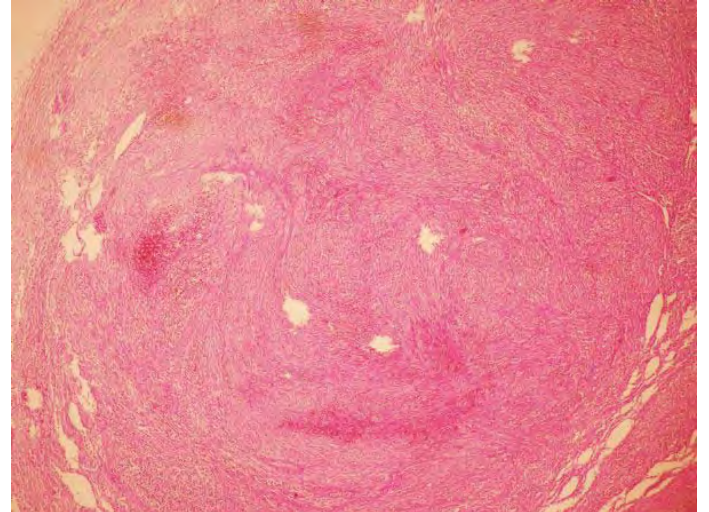
Başvuru akciğer grafisi

Resim 2b



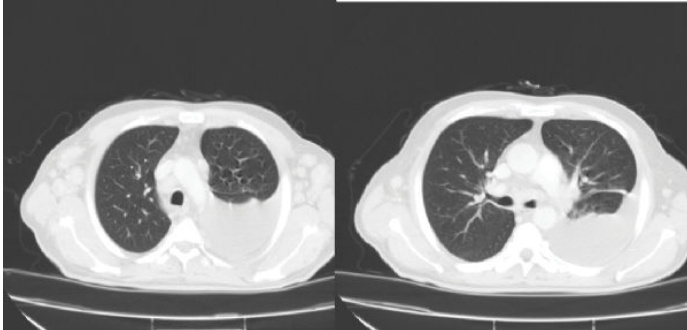
yaygın mediastinal yerleşimli en büyükleri sağ aksiller 25mm çapında olan lenfadenopatiler (LAP), sol hemitoraksta apeksten bazale uzanan plevral sıvı,

Resim 3



Girdaplar oluşturmuş, arada ekstravaze eritrosit izlenen spundle hücrelerden oluşmuş tümöral doku.

Resim 2a



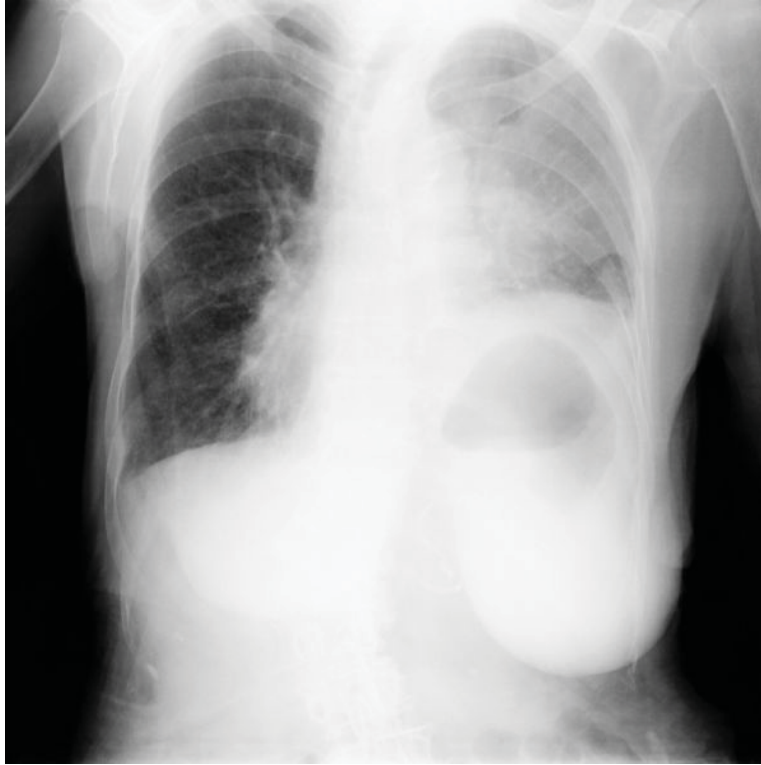
yaygın mediastinal yerleşimli en büyükleri sağ aksiller 25mm çapında olan lenfadenopatiler (LAP), sol hemitoraksta apeksten bazale uzanan plevral sıvı,

EP-026

Lenfoepitelyal Timik Karsinom: Olgu sunumuemre Şenel¹, Dursun Tatar¹, Ceyda Anar¹, Mustafa Canbaz¹, Ahmet Emin Erbaycu¹, Zekiye Aydoğdu²¹İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İzmir²İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü

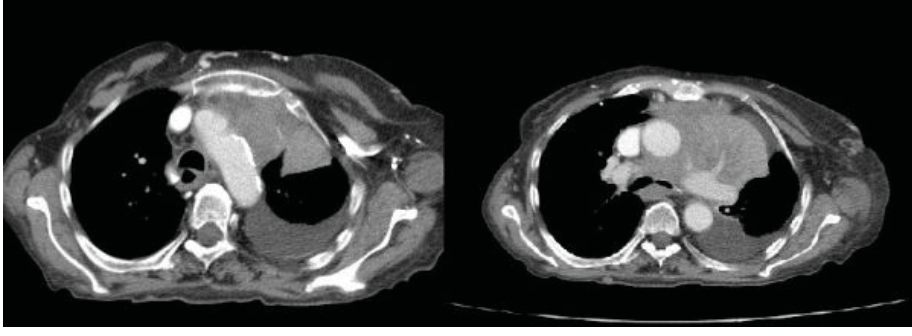
Timik karsinomlar ön mediasteninin oldukça nadir görülen kötü prognozlu heterojen tümörleridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün son sınıflamasında timik karsinomların çok sayıda histopatolojik alt tipi bildirilmektedir. Lenfoepitelyoma benzeri karsinom (LEB), sinsityal gelişim göstermiş, az diferansiye karsinom hücrelerine eşlik eden lenfoplazmositik iltihabi hücre infiltrasyonu ile karakterize oldukça nadir görülen timik karsinom alt tipidir. Sol memede ortaya çıkan şişlik nedeni ile genel cerrahi polikliniğine başvuran 87 yaşında bayan hasta, çekilen PA akciğer grafisinde plevral effüzyon saptanması üzerine hastanemize sevk edildi. Fizik muayenesinde sağ supraklaviküler bölgede ele gelen lenfadenopati ve dinlemekle bilateral alta solunum sesleri azalmış olarak saptandı. Toraks BT'sinde Sol akciğer hilusunu sarmış, üst lobda atelektazi oluşturmuş, üst lob bronşunu oblitere etmiş ve üst ve orta mediastende solda vasküler yapıları sarmış düşük dantiteli en geniş yerinde 52x48mm boyut veren malign karakterde yumuşak doku kitlesi, sol hemitoraksta apekten bazale kadar uzanan en geniş yerinde 45mm ölçülen plevral efüzyon izlendi. Supraklavicular bölgedeki lenf bezinden yapılan İİAB'nin patoloji sonucu malign epitelyal tümör metastazı olarak gelen hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopisinde sağ ana bronş ana karinadan hemen sonra medial duvardan lümeneye doğru büyüyen endobronşiyal lezyon ile ileri derecede daralmış ve sol üst lob ve alt lob bronşları dıştan bası ve mukozal düzensizliklerle tıkalı idi. Alınan biyopsinin sonucu lenf nodu İİAB ile birlikte değerlendirildiğinde malign lenfoma ekarte edilemediği için hastaya lenf nodu eksizyonel doku biyopsisi yapıldı. Patoloji sonucunda dar sitoplazma belirgin nükleolus ve iri nükleus taşıyan solid dizilimli, IHC ile pansitokeratin diffüz, EMA fokal pozitif epitelyal hücreler ve arada dağılmış CD45 pozitif matür lenfositler izlendi ve lenfoepitelyal timik karsinom metastazı olarak yorumlandı. Evreleme amaçlı çekilen PET BT'sinde Anterior mediastinal bölgede yerleşimli, sola lateralize olan, sol inferior jugüler, sol retroklaviküler, sol hiler, paraaortik, aortikopulmoner pencere, prekarinal, subkarinal, sağ alt paratrakeal, parakardiyak bölgeye uzanan ön planda timusa ait olduğu düşünülen yaklaşık 13cm uzun akslı kitle lezyonu, sol supraklavikuler bölgede izlenen santimetrik-subsantimetrik lenf nodları ile uyumlu alanda malignite düzeyinde artmış 18FDG tutulumu izlendi. Yutma güçlüğü nedeniyle hasta radyasyon onkolojisi ile konsülte edildi ve radyoterapi programına alındı. Sonuç olarak oldukça nadir görülen Lenfoepitelyal timik karsinom olgusu sunuldu.

resim 1



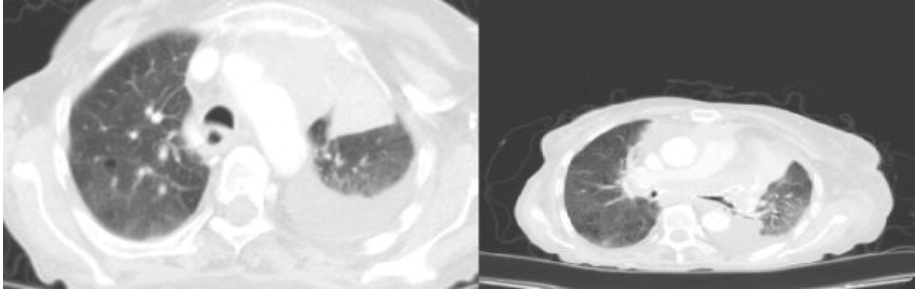
başvuru akciğer grafisi

Resim 2a



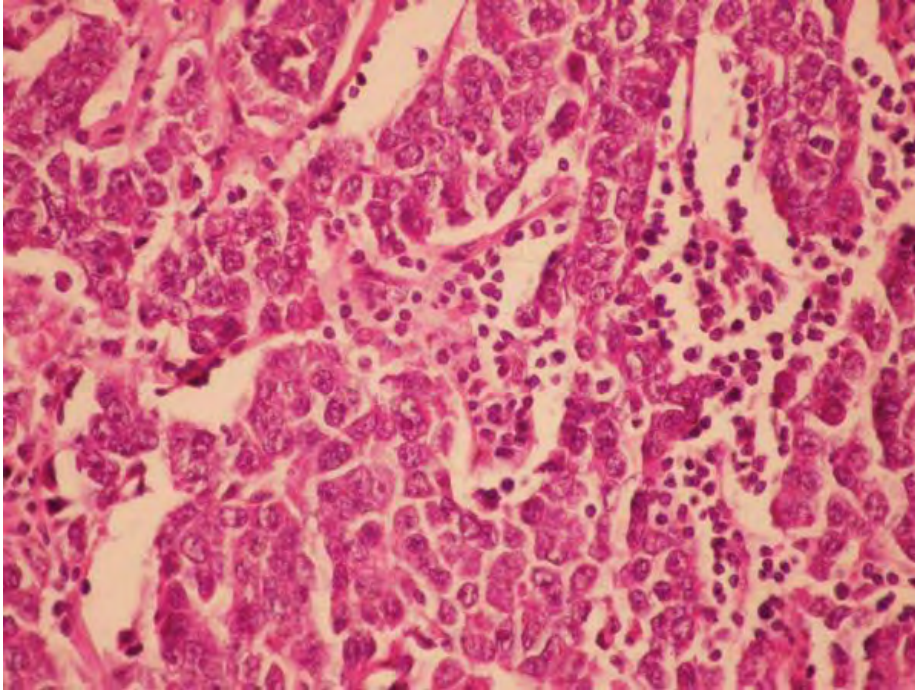
Sol akciğer hilusunu sarmış, üst ve orta mediastende solda vasküler yapıları sarmış düşük dansiteli 52x48mm boyut veren malign karakterde yumuşak doku kitlesi, sol hemitoraksta plevral efüzyon

Resim 2b



Sol akciğer hilusunu sarmış, üst ve orta mediastende solda vasküler yapıları sarmış 52x48mm malign karakterde yumuşak doku kitlesi, sol hemitoraksta plevral efüzyon

Resim 3



Lenfoepitelyal timik karsinom.HEX400

EP-027

PET/BT ile Teşhis Edilen Küçük Hücreli Akciğer Kanserinin İntrakardiyak MetastazıFırat Uygur¹, Tacettin Örnek¹, Hakan Tanrıverdi¹, Bülent Altınsoy¹, Fatma Erboyl¹, Figen Atalay¹, Tarık Elri², Ziyaeddin Aktop³, Meltem Tor¹¹Bülent Ecevit Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Zonguldak²Bülent Ecevit Üniversitesi, Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı, Zonguldak³Bülent Ecevit Üniversitesi, Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, Zonguldak

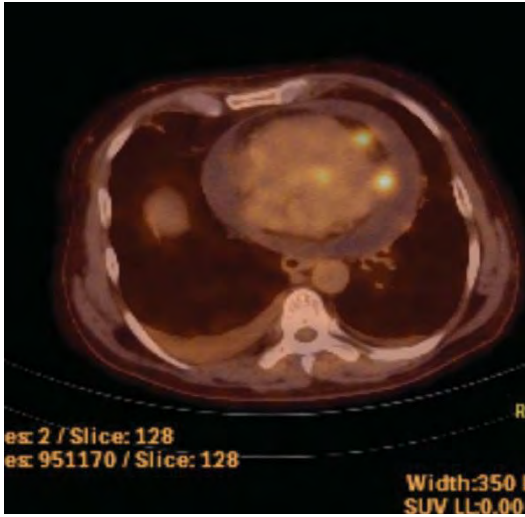
GİRİŞ: Kalbin metastatik tümörleri primer tümörlere kıyasla daha sık görülür. En sık kardiyak metastaz yapan tümörler akciğer kanseri, lenfoma, meme kanseri, malign melanom ve lösemidir. Tümörler kalbe lenfatik veya hematojen yol ile, direkt yayılım veya intrakaviter yayılım ile ulaşır. Kardiyak metastazlı akciğer kanserli olguların %26 sı adenokarsinom, %23'4 ü skuamoz hücreli karsinom, %21.2 si undiferansiyel karsinom ve %17.4 ü bronkoalveolar karsinomdur.

OLGU: 55 y erkek hasta göğüs ağrısı, nefes darlığı ve kilo kaybı yakınması ile polikliniğe başvurdu. Hastamız emekli memurdu ve altmış paket/yıl sigara içmiş olup, aktif sigara içicisiydi. Özgeçmişinde depresyon ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı öyküsü mevcuttu. Solunum sistemli muayenesinde bilatera ekspiryum uzun olarak saptandı. Onun dışında sistemik muayenede herhangi bir patolojik özellik yoktu. Posteroanterior akciğer grafisinde sağ orta zonda dansite artışı izlenen hastaya çekilen bilgisayarlı toraks tomografide sağ akciğer üst lobda vena kava süperiora ve sağ pulmoner artere invaze olduğu düşünülen kitlesel lezyon, plevral ve perikardiyal efüzyon izlendi. Hastanın transtorasik ekokardiyografisinde (EKO) perikardiyal efüzyon ve her iki ventrikül apikal kesiminde ve apeks de heterojen görünümüne kitle imajı izlendi (Figure 1). Hastanın endobronşiyal incelemesinde alınan bronkoskopik biyopsisi küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) olarak raporlandı. 18-F florodeoksi glukoz pozitron emisyon bilgisayarlı tomografide (FDG PET-BT) sağ akciğerdeki kitle lezyonunda (SUVmax: 12,2) ve sağ ve sol ventrikül çevresinde ki nodüler lezyonlarda (SUVmax: 10,3) yoğun tutulum izlendi (Figure 2). FDG PET deki bu tutulum KHAK'nin intrakardiyak metastazı olarak teşhis edildi.

SONUÇ: PET-BT birçok malignitenin tanısında ve evrelemesinde önemli bir yer tutar. PET-BT kardiyak metastazların saptanmasında ve tümörün mikroma, benign skar dokusu ve trombüsten ayırımını sağlar. Bizim olgumuzda PET-BT'de her iki ventrikülden yoğun hipermetabolizma gösteren nodüler lezyonlar izlendi. Hastamızda histolojik konfirmasyon için miyokardiyal biopsi yapmamıza rağmen, mevcut klinik ve radyolojik bulgular kalpteki yüksek tutulumun akciğerin intrakardiyak metastazı şüphesini destekledi.

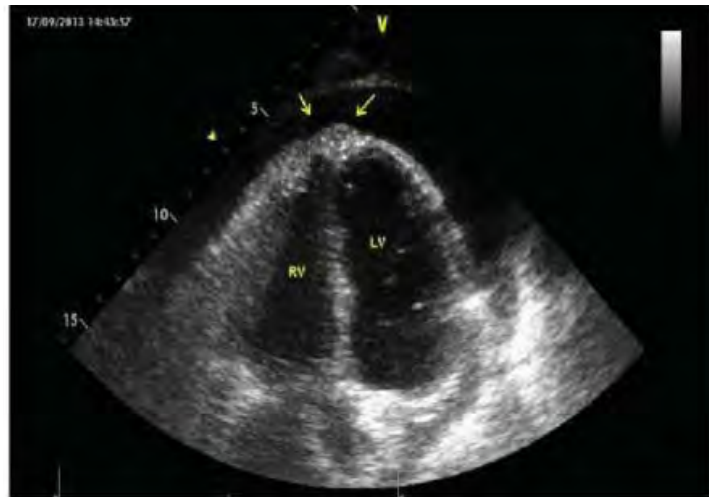
TARTIŞMA: Miyokardın yoğun ve heterojen FDG tutulumundan dolayı PET-BT intrakardiyak metastaz açısından incelenirken daha dikkatli olunmalıdır.

PET-BT de intrakardiyak tutulum



18-F florodeoksi glukoz pozitron emisyon bilgisayarlı tomografide (FDG PET-BT) sağ ve sol ventrikül çevresinde ki nodüler lezyonlarda (SUVmax: 10,3) yoğun tutulum izlenmektedir.

transtorasik ekokardiyografide intrakardiyak kitle



transtorasik ekokardiyografide perikardiyal efüzyon ve her iki ventrikül apikal kesiminde ve apeks de heterojen görünümüne kitle imajı

EP-028

Paraneoplastik sendrom; Lambert Eaton Miyastenik Sendromu: Olgu Sunumu

Tülin Kuyucu, Dildar Duman, Selahattin Öztaş, Emine Nur Koç, Özgecan Karahan

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim-Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları Kliniği, İstanbul

Lambert-Eaton miyastenik sendromu (LEMS) nadir görülen bir nöromusküler iletim bozukluğudur. Akciğer karsinomları özellikle de küçük hücreli akciğer karsinomunun semptomları arasında paraneoplastik bulgular görülebilir. LEMS de küçük hücreli akciğer karsinomlarının % 3'ünde görülebilen, nörolojik paraneoplastik sendromdur. Etiyolojide otoimmünite sorumlu tutulur. Olgumuz LEMS semptomları nedeniyle tetkik edilirken küçük hücreli akciğer karsinomu tanısı konulan bir olgudur. Nadir görülmesi ve akla gelmediği için tanıya ulaşılmışındaki sürenin uzaması nedeniyle sunulmuştur. 45 yaşında erkek, 3 aydır yürüyemeyen hasta, kas güçsüzlüğü nedeniyle dermatomyozit? Mixt konnektif doku hastalığı? Vaskülit? Öntanılarıyla tetkik edilmiş. Tetkikleri esnasında çekilen toraks tomografisinde mediastende 7 cm çapa ulaşan, konglomere lenfadenopati lere ait olabileceği düşünülen santral kitlesel lezyon saptanmış. Nonhodgkin lenfoma şüphesi ile yapılan lenf nodu taramasında usg ile sağ supraklavikuler bölgede lenfadenopati saptanınca ekzisyonel lenf bezi biyopsisi planlanmış. Biyopsi esnasında solunum sıkıntısı gelişen, yoğun bakımda takip edilen hasta sonrasında NIMV ile serviste takip için hastanemize sevk edilmiş. Hastaya mediastinoskopi planlandı, anestezi ve kas güçsüzlüğü nedeniyle nöroloji konsültasyonları istenildi. EMG ile presinaptik tipte iletim kusuru gösterildi, LEMS ile uyumlu olabileceği ve birincil nedenin araştırılması önerildi. Anestezi açısından riskli bulunan hastaya medistinokopi yapılmadı, lokal anestezi uygulanmadan FOB yapıldı. FOB da sağ üst lob girişinde görülen kitleden biyopsi alındı, patolojisi küçük hücreli karsinom olarak rapor edildi. Hasta onkoloji programına alındı. 3 kür kemoterapi sonrası tekrarlanan EMG'de düzelme düzelme saptandı ve hasta yürümeye başladı. Sonuç olarak LEMS olgularının %50-60'ında malignite, çoğunlukla da küçük hücreli akciğer karsinomu bulunmaktadır. Bu yüzden klinik sendromun erken tanınması, paraneoplastik sendrom olabileceği düşünülmesi önemlidir. LEMS düşünülen olgularda öncelikle solunum sistemi incelenmeli, bilgisayarlı tomografi ve bronkoskopi ile tanı yolları açık tutulmalıdır. Böylelikle hastalığın erken tanı ve tedavisine olanak sağlanacaktır.

resim 1



resim 2



EP-029

Pulmoner T Hücreli Lenfoma: Olgu sunumuTülin Kuyucu¹, Dildar Duman¹, Emine Nur Koç¹, Özgecan Karahan¹, Ayçim Şen²¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim-Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği²Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim-Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

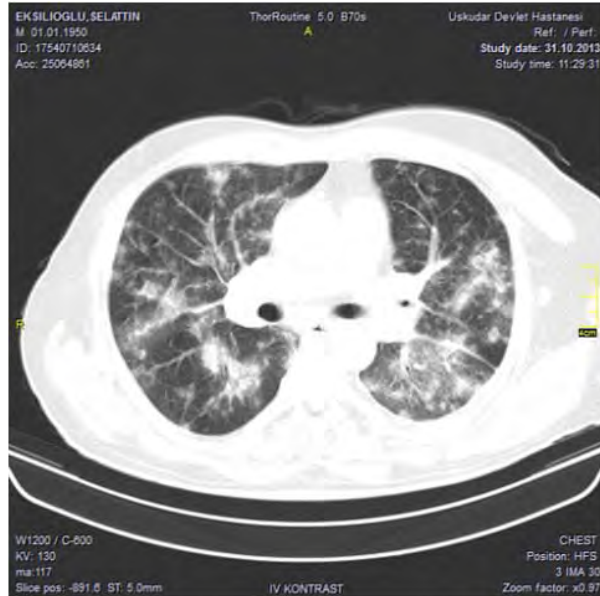
Primer pulmoner lenfoma oldukça nadir görülür ve tüm akciğer malignitelerinin %0,5-1'ini oluşturur. Çoğunlukla B hücrelidir ve bronş ilişkili lenfoid dokudan gelişir. T hücreli pulmoner lenfoma olgusu oldukça az bildirilmiştir. Olgumuz da nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur. 63 yaşında erkek hasta bir aydır olan nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile başvurduğu bir merkezde çekilen akciğer grafisinde bilateral infiltrasyon görülerek pnömoni tanısıyla antibiyotik tedavisi başlanmıştır. Ancak şikayetleri geçmeyince başka bir hastaneye başvuran hastaya toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekilmiş ve pnömoni ve hipoksik solunum yetmezliği tanılarıyla hastanemize yönlendirilmiş. Hastanın Toraks BT'sinde mediastinal kitle lezyonu veya patolojik boyutlara ulaşan lenf nodu saptanmadı, her iki akciğerde yaygın noduler yapılanmalar ve hava bronkogramlarının da eşlik ettiği infiltrasyon alanları ve plevraparankimal bantlar izlendi. Hastanın özgeçmişinde 6 yıl önce kolon ca nedeniyle opere olduğu, KT aldığı, her yıl PET-CT çekildiği, en son 8 ay önce PET-CT çekildiği ve şüpheli akciğer tutulumu saptanmadığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde submandibuler ve bilateral servikal lenfadenopati palpe edildi. Hasta ARB için balgam çıkaramadı. Boyun USG istenildi, boyunda tüm seviyelerde multipl sayıda submandibuler bölgede 21x5 mm ve her iki servikal zincirde, sağda 32 mm, solda 15 mm çaplarında lenf nodları izlendi.

Antibiyotik tedavisi başlanan hastaya fiberoptik bronkoskopi (FOB), sağ 6. segment ödemli mukozasından forseps biyopsi ve sağ 9. segmentten transbronşial biyopsi (TBB) işlemi yapıldı, işlem sonrası pnömotoraks gelişen ve hipoksisi olan hasta göğüs cerrahisi servisine nakledildi. Tüp torakostomi, sualtı drenajı uygulandı. Sonrasında submandibuler LAP biyopsisi yapıldı. Lenf bezi ve TBB patolojisi anji-immunoblastik T hücreli lenfoma olarak raporlandı. Sonuç olarak akciğerde T hücreli lenfomaya oldukça az rastlanır ancak tanıya varmak için klinik şüphe gerekir. Akciğer patolojilerinde ayırıcı tanıda pulmoner lenfoma gözönünde bulundurulmalıdır.

resim 1



resim 2



EP-030

Küçük Hücreli Akciğer Kanseri Olguda Cilt MetastazıZehra Yaşar¹, Vildan Tekelioğlu², Güray Can², Yusuf Yüce², Güلزade Özyalvaçlı³, Ümmügül Üyetürk⁴¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, Bolu, Türkiye²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahiliye, Bolu, Türkiye³Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji, Bolu, Türkiye⁴Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Onkoloji, Bolu, Türkiye

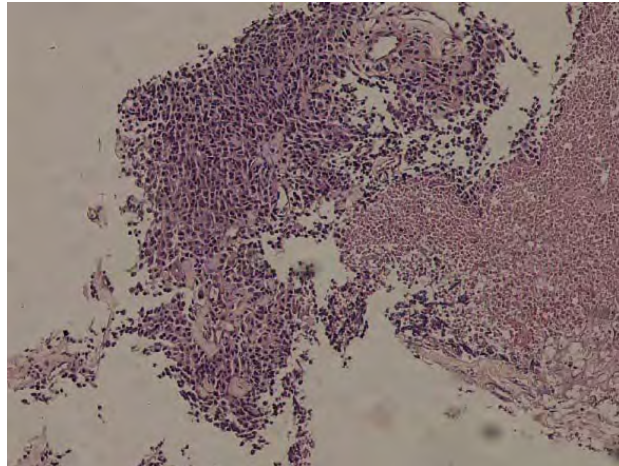
Küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) hızlı ilerleyen nöroendokrin bir tümördür. Tüm akciğer kanseri olgularının %15-25 ini oluşturur. Tanı anında çoğunlukla yaygın hastalık evresinde olması, uzak organ metastazı ve bölgesel lenf bezi tutulumu bulunması nedeniyle sistemik bir hastalık kabul edilir. KHAK kemiğe, karaciğere, sürrenalere, beyine ve karşı akciğere sıklıkla metastaz yapar. % 5 yumuşak doku metastazı görülmesine karşın cilt metastazı oranı % 0.5 den daha azdır. Akciğer kanserlerinde cilt tutulumu genellikle kötü prognozun göstergesidir, beklenen ortalama yaşam süresi 3-5 aydır. 58 yaşında erkek hasta kliniğimize nefes darlığı, halsizlik, zayıflama şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede sol posterior mandibular bölgede 5 cm çapında hemorajik eritemli multi lobuler cilt lezyonu tesbit edildi. (Resim 1) Bu lezyonun şikayetler başlamadan üç- dört ay önce noduler bir lezyon olarak başladığı ve giderek büyüdüğü öğrenildi. PA Akciğer grafisinde sağ hiler bölgede homojene yakın dansite artımı ve sağ alt zonda heterojen dansite artımı izlendi. Bronkoskopi yapıldı. İntermedier bronşta izlenen beyazımsı mukozal infiltrasyonlardan alınan biyopsinin patolojik inceleme sonucu KHAK olarak rapor edildi. Cilt lezyonundan alınan punch biyopsi sonucu da KHAK metastazı olarak değerlendirildi. (Resim 2) Aynı zamanda kemik sintigrafisinde yaygın kemik metastazları da mevcuttu. Hasta KHAK yaygın evre olarak kabul edildi. Hiç bir tedaviyi kabul etmeyen hastanın teşhisin 4. ayında öldüğü öğrenildi. Olgu akciğer kanserinde cilt metastazlarının nadir görüldüğünü, kötü prognoz göstergesi olduğunu ve akciğer kanserinin ilk bulgusu olabileceğini vurgulamak amacıyla sunuldu.

Resim 1



Sol posterior mandibular bölgede 5 cm çapında hemorajik eritemli multi lobuler cilt lezyonu

Resim 2



Küçük hücreli karsinom (H/E 10X)

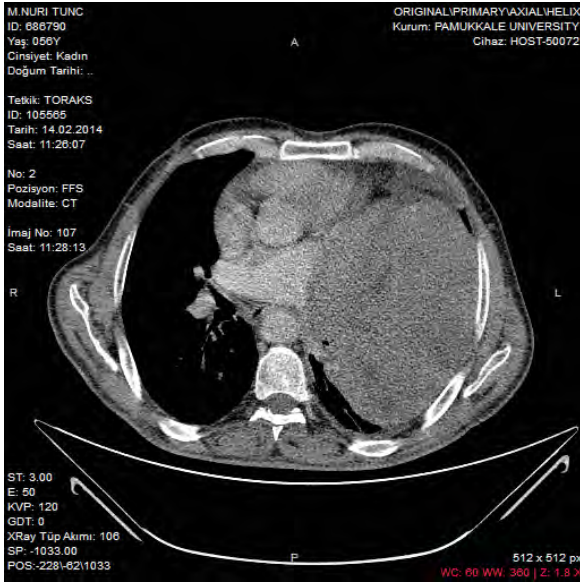
EP-031

Dev Soliter Fibröz Tümör Nedeniyle Yapılan Kosta Rezeksiyonu

Gökhan Yuncu¹, Figen Türk¹, Ümit Aydoğmuş¹, Duygu Hersek², Ferda Bir³¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi AD²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD

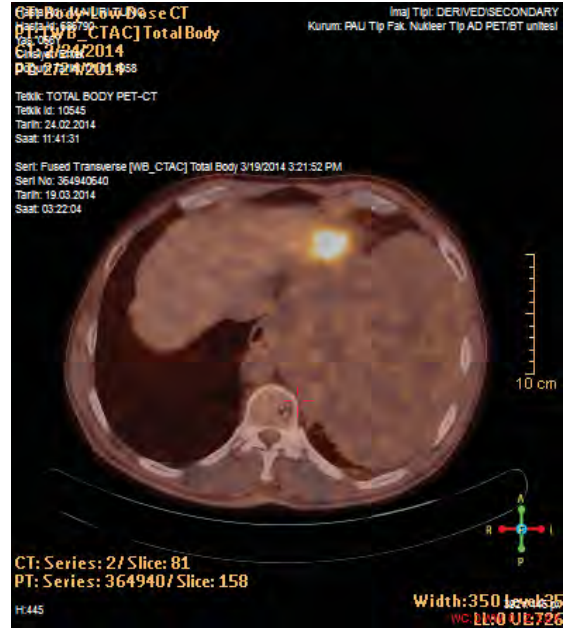
Yaklaşık 1 ay önce bayılma şikayeti ile başvurduğu dış merkezde hipoglisemi saptanan 56 yaşında erkek olgunun, yapılan ileri tetkiklerinde toraks BT'de sol hemitoraks 2/3 alt kısmını dolduran lateralde kosta plevra, medialde mediastinal plevraya, inferiorda diyafragmatik plevraya oturan hafif lobüle konturlu içerisinde kistik-nekrotik bileşenleri bulunan yaklaşık 173x162x203 mm boyutlu dev kitle izlenmiştir. Kalp kaidesi düzeyinde kitle mediale doğru uzanarak özofagus, perikard ve inen aorta ile de yakın komşuluk göstermektedir. Bronkoskopisinde alt lob bronşu daralması dışında patoloji saptanmadı. PET-BT'de sol hitorakstaki kitilde tutulum saptanmadı. SFT değerleri FEV1:1,79(%52),FVC:2,35 (%55), DLco:8,80(%104) saptandı. Sol torakotomi eşliğinde, 6. Kot eksize edilerek yaklaşık 3500 gram dev soliter fibröz tümör eksizyonu yapıldı. Patoloji raporu peroperatuar tanı ile uyumlu olarak geldi. Hipoglisemi atakları düzelen olguda, postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Bu çalışma, tümörün dev boyutu nedeniyle, toraks boşluğundan ancak kosta rezeksiyonu yapılarak çıkartılması açısından önemli bulunmuş ve cerrahi yönetim şekli sunulmuştur.

Resim 1



Preoperatif Toraks BT görüntüsü

Resim 2



Preoperatif PET/BT görüntüsü

Tablo 1

Tablo 1. Plevra kaynaklı soliter fibröz tümörün evrelenmesi (De Papat ve arkadaşları, Ann Thorac Surg 2002; 74: 285-93)	
Evre 0	Malignite özellikleri taşımayan saptı tümör
Evre 1	Plevraya geniş açıyla oturmuş veya yassı görünümde malignite özellikleri taşımayan tümör
Evre 2	Malignite kriterleri olan saptı tümör
Evre 3	Plevraya geniş açıyla oturmuş veya yassı görünümde malignite kriterleri olan tümör
Evre 4	Borden fazla eş zamanlı metastatik odakları olan tümör

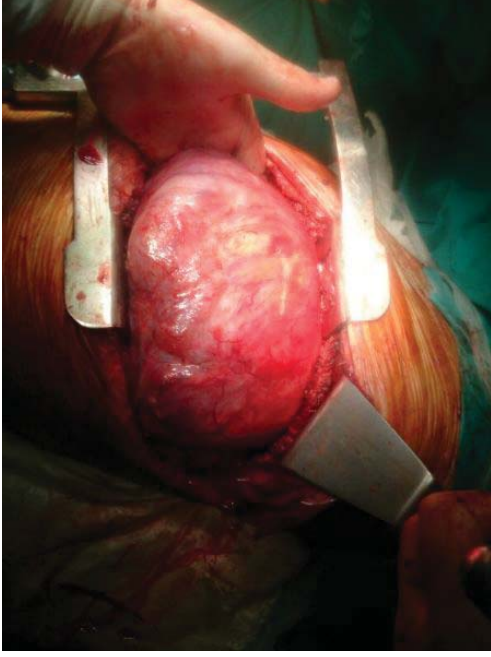
Malignite Kriterleri: Yüksek mitotik aktivite (10 yüksek büyütme alanında 4 mitozdan daha fazla), hafif ila belirgin nükleer pleomorfizmi, nükleusların birbirlerine kangıbi artmış sıklıkta, nekrotik veya hemorajik alanların varlığı ve stromal veya vasküler invazyon.

Resim 6



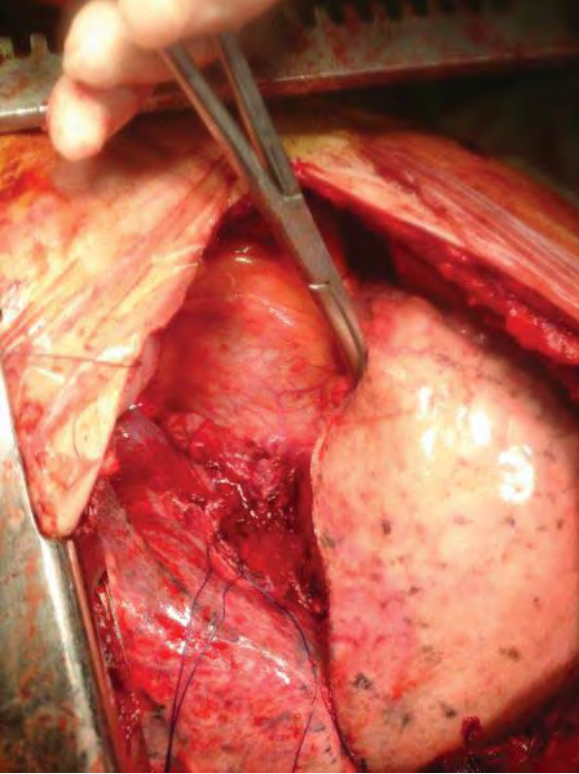
Postoperatif akciğer grafisi

Resim 3



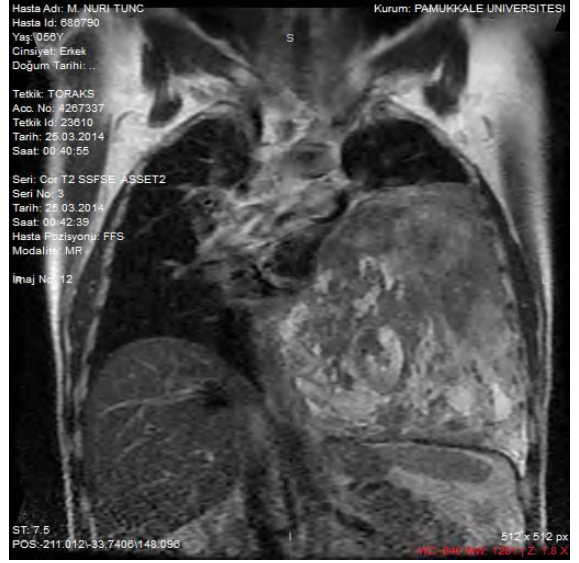
Peroperatuar kitle görüntüsü

Resim 4



Peroperatuar kitle eksizyonu sonrası

Resim 5



Peroperatuar kitle Toraks MR görüntüsü

EP-032

Hibrid VATS Lobektomi ve Toraks Duvarı Rezeksiyonu

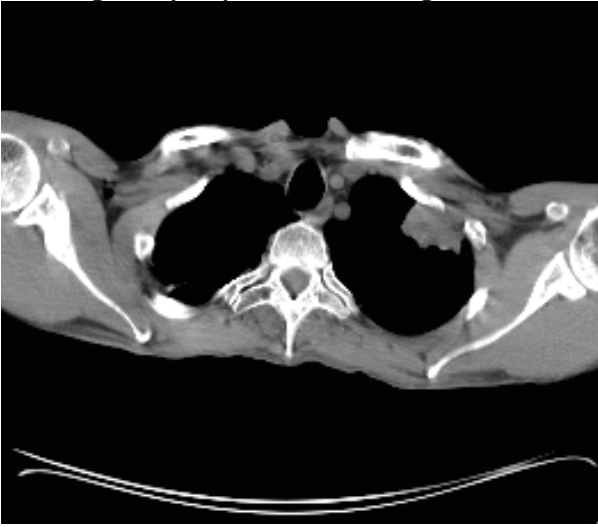
Suat Gezer, Alper Avcı, İsmail Can Karacaoğlu
Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD.

GİRİŞ: Elli yaşında erkek hasta akciğer adenokarsinomunun soliter kranial metastazı nedeni ile komplet kranial kitle eksizyonu uygulanarak kliniğimize sevk edilmiş. Hastanın sol akciğer üst lobunda 2. kaburgayı invaze eden 3 cm ebadında kitle mevcut idi. Hasta operabil evre 4 akciğer kanseri kabul edilerek operasyona hazırlandı.

OLGU: Hasta operasyona alınarak 2 port VATS sol üst lobektomi uygulandı. Toraks duvarındaki invazyon lobektomi öncesinde düşürüldü. Hiler lobektomi diseksiyonu sonrasında sol aksiller kıl çizgisi altında yatay 4 cm lik kesi ile 2. kaburgaya ulaşıldı. Tümörün invaze ettiği 3 cm lik kaburga segmenti komşu interskostal kas dokusu ile birlikte eksize edilerek rezekte edilen akciğer dokusu üzerinde bırakıldı. Toraks duvarı üzerinde oluşan boşluktan üst lob ve üzerindeki invaze kaburga unblok olarak çıkarıldı. Lenf nodu diseksiyonunu takiben toraksa 1 adet tüp konarak katlar anatomik planda kapatıldı. Postoperatif 5. gün sorunsuz taburcu edilen hasta T4N0M0, evre IIIA olarak evrelendi.

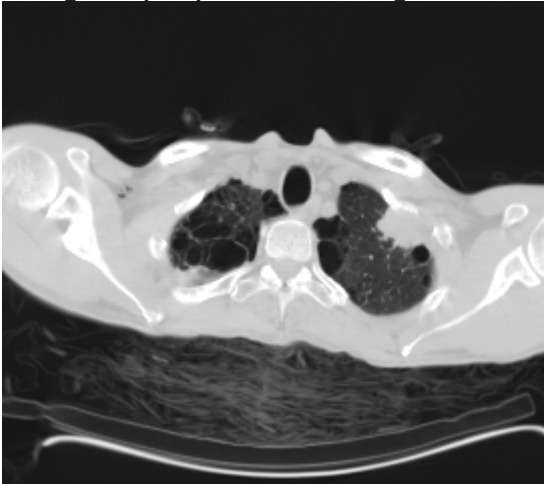
SONUÇ: Minimal invazif akciğer kanseri cerrahisinin göğüs duvarı rezeksiyonu gerektiren bir hastada uygulanmasının -tespit edebildiğimiz kadarı ile- Türkiye'de ilk olması sebebi ile olguyu sunuyoruz.

Olgunun preoperatif toraks BT görüntüsü



Preop BT mediyastinal pencere

Olgunun preoperatif toraks BT görüntüsü



Preop BT parankim pencere

Hastanın postoperatif görüntüsü



Postoperatif insizyonların görüntüsü

Hastanın postoperatif PA AC grafisi



Posoperatif PA AC grafisi

EP-033

Nadir Yerleşimli Primer Diffüz Büyük B-Hücreli Lenfoma

Elif Tanrıverdio¹, Murat Acat², Kanan Abbaslı¹, Zehra Yaşar³, Şule Gül¹, Mehmet Akif Özgül¹, Neslihan Akanlı Fener⁴, Erdoğın Çetinkaya¹

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

²Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Karabük

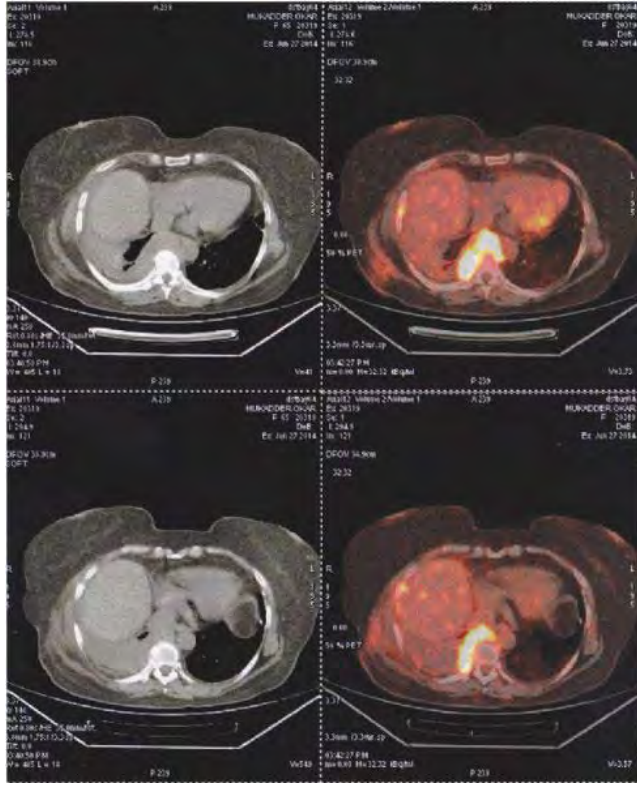
³Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu

⁴Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

Plevra primer diffüz büyük B-hücreli lenfomanın oldukça nadir yerleşim yeridir. Hastalığın sıklıkla uzun süre devam eden piyotoraks hikayesi ile birlikte plevral aralıktan geliştiği düşünülmektedir. Nonspesifik klinik ve radyolojik bulguları nedeniyle tanısı zordur ve kesin tanı için örnekleme gereklidir. Nadir yerleşim yeri nedeniyle olgu literatür eşliğinde sunulmuştur.

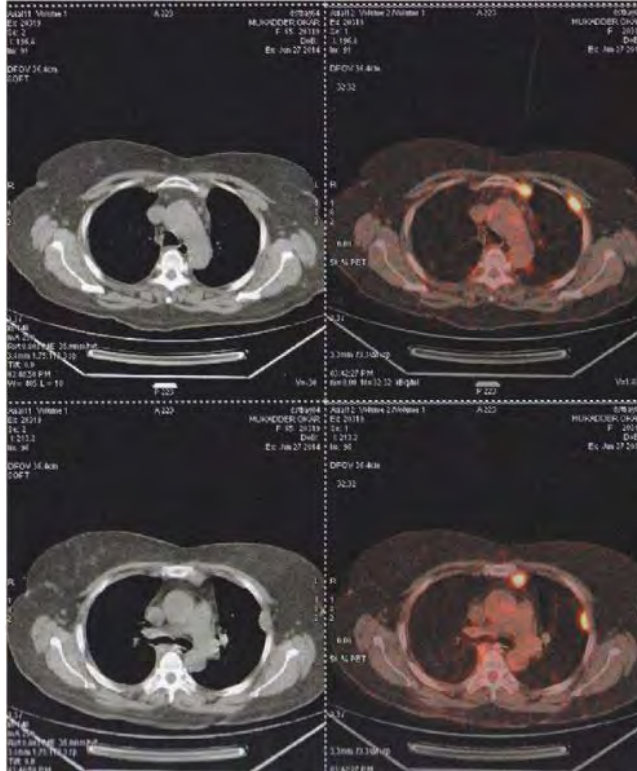
Altmış beş yaşında bayan hasta altı ay önce gribal enfeksiyon ile başlayan ateş ve öksürük yakınması ile başvurdu. Aldığı antibiyoterapi ve semptomatik tedavilerle öksürüğü devam eden hastanın çekilen toraks BT'sinde sağ hemitoraksta en kalın yerinde 27 mm'ye ulaşan, yer yer lokülasyon gösteren plevral mayi izlendi. Buna ek olarak sağ akciğer posterobazal segmentte volüm kaybı, eşlik eden kompresyon atelektazisi, sol hemitoraksta üst lob seviyesinde anterolateral kostal plevrada nodüler kalınlaşma ve anterior kesimde eşlik eden kalsifik plevral plak formasyonu mevcuttu. Özgeçmişinde 1980 yılında bronşit tanısıyla 10 gün kadar antibiyotik tedavisi aldığı, sonrasında doktoru tarafından akciğerinde kalıcı değişiklikler olduğu söylendiği öğrenildi. 1997 yılında kolesistektomi operasyonu öyküsü mevcuttu. DM tanısıyla dört yıldır oral antidiyabetik kullanıyordu. Fizik muayenesinde TA: 120/70 mmHg, SS: 16/dk, nabız: 85/dk ve sağ bazalde solunum sesleri azalmıştı. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. PET-BT'de solda minimal sağda yer yer ankiste plevral sıvı, sağda torakoabdominal bileşke seviyesinde retrokrural alanda vertebral kolonu 180 derece saran en kalın yerinde 28 mm ölçülen hipermetabolik kitle (suv max: 14-16), sol hemitoraksta artmış FDG tutulumu (suv max:6-8) olan kalsifiye plevral plak izlendi. TTİA ile histopatolojik incelemede spesifik tanı elde edilemedi. Sağ mini torakotomi ile kitleden alınan biyopsi sonucu diffüz büyük B hücreli lenfoma ile uyumlu idi. Sol hemitoraksta mevcut olan plevral plaktan VATS yöntemi ile yapılan plevra biyopsisi sonucu aynı histopatolojik bulguları içermektedir. Hastaya hematoloji kliniği tarafından 1. kür CHOP (siklofosamid, doksorubisin, vinkristin, prednizon) tedavisi uygulandı. Halen takip altındadır.

Resim 1



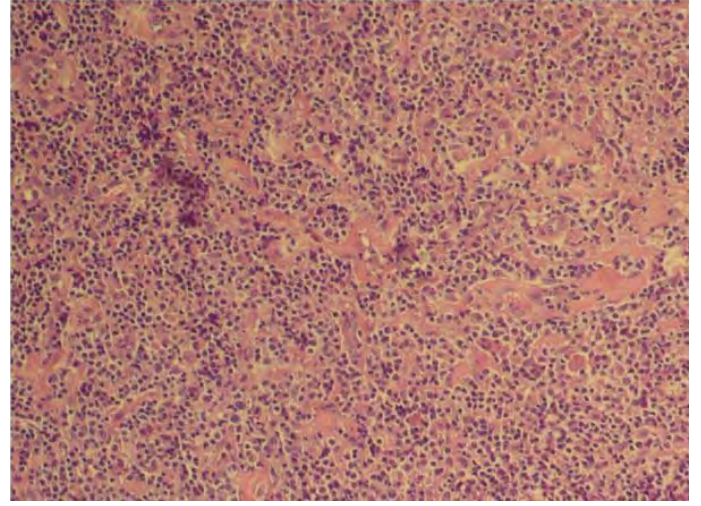
PET/BT'de sağ paravertebral kitle

Resim 2



PET/BT'de artmış aktivite tutulumu gösteren sol plevral plaklar

Resim 3



Lenf nodu yapısını silen diffüz pleomorfik lenfoid infiltrasyon(H&E x100)

Resim 4



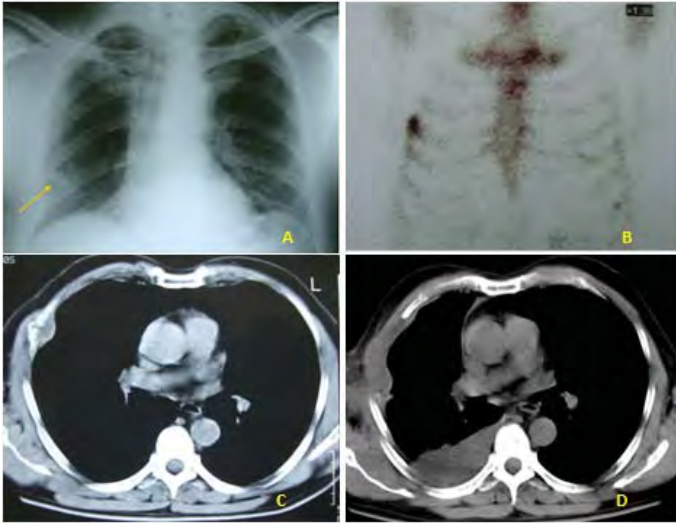
CD20 ile diffüz kuvvetli pozitif reaksiyon (H&E 200)

EP-034

Okkült Folliküler Tiroid Karsinomunun İlk ve Tek Belirtisi Olarak Patolojik Kot Fraktürü; Nadir Bir OlguRecep Akgedik¹, Murat Karakahya², Şükran Akgedik³, Şamil Günay⁴¹Ordu Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları AD, Ordu²Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Ordu³Ordu Devlet Hastanesi, Patoloji, Ordu⁴Harran Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi AD, Şanlıurfa

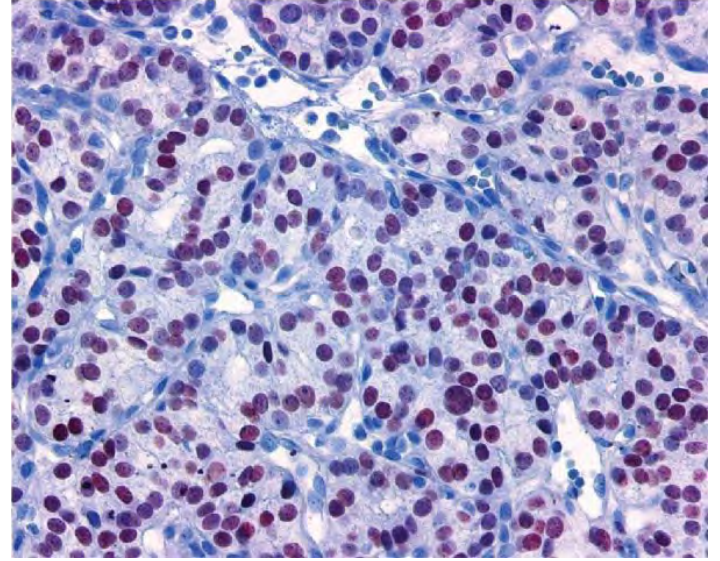
51 yaşında erkek hasta, polikliniğimize ağırlık kaldırırken göğsünün sağ yanında kırılma sesi ve ağrı olduğunu, derin nefesle ağrısının devam ettiğini söyleyerek başvurdu. Akciğer grafisinde sağda belirtilen yerde kot hattının kaybolduğu ve sağ yanda 4. kot lateral alanda 3x3 cm ebatlarında dansite görüldü. Toraks CT'de 4. kot lateralinde etrafında yumuşak doku kitlesiyle beraber kemiği desrtrükte etmiş patolojik fraktüre neden olmuş malign yumuşak doku tümörü görünümünde kitle saptandı. Kemik sintigrafisinde aynı alanda tutulum vardı(Resim 1). Hasta operasyona alındı. Frozende malignite belirtilmesi üzerine alt ve üst kotlarla beraber 3 kot çıkartıldı, yerine yama konularak operasyon sonlandırıldı. Patolojik inceleme folliküler tiroid ca metastazı olarak raporlandı(Resim 2). Hastaya tiroid us yapıldı. 1 adet nodül saptandı.Total tiroidektomi yapıldı. Hastan 1 yıldan uzun süredir nüks ve başka metastaz saptanmaksızın izleniyor. Patolojik kot fraktürünün, okkült folliküler tiroid ca'nın ilk ve tek semptomu olması ve bizim bilgimize göre tiroid ca'ya bağlı patolojik kot fraktürünün olmaması nedeniyle olgumuzu sunmayı uygun bulduk

Resim 1



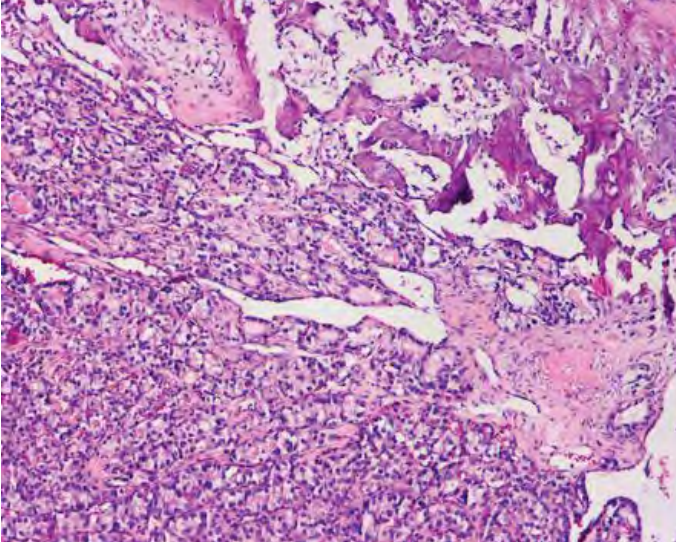
A. Akciğer Grafinde patolojik fraktür ve kitle görünümü(sarı ok). B. Sintigrafide tutulum alanı. C. Toraks Ct de Patolojik kot fraktürüne ve kemik destrüksiyonunununa neden olmuş kitle görünümü. D. post-operatif görüntü.

Resim 3



Tümör hücrelerinin TTF-1 ile pozitif nükleer boyanması (TTF-1x40).

Resim 2



Kostadaki kitleden hazırlanan biyopside osteoid(kemik)doku içerisinde, arada kolloidal materyali izlenen folliküler hücrelerden oluşan folliküler tiroid karsinom metastazı (H&Ex20)

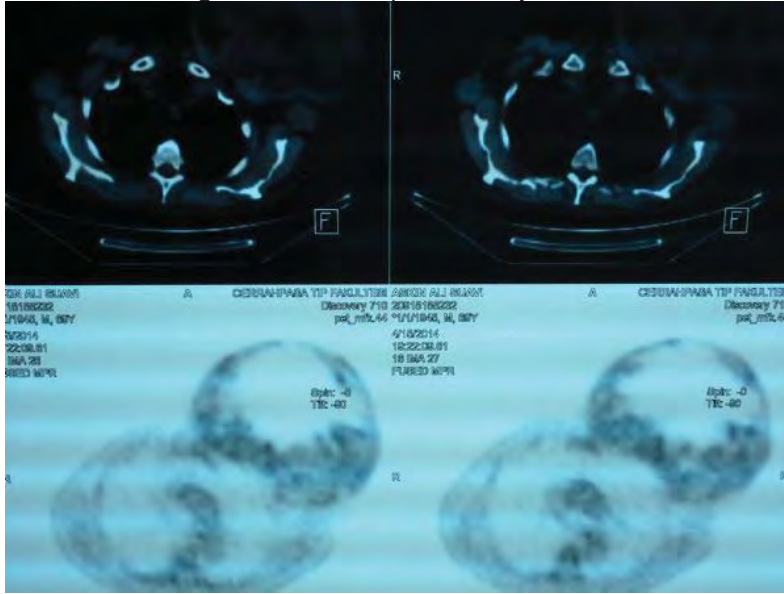
EP-035

Göğüs Duvarı Yerleşimli Dev Liposarkom Olgusu

Kamil Kaynak, Elvin Hekimoğlu, Ezel Erşen, Akif Turna
İstanbul Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı

Primer göğüs duvarı sarkomları nadir görülen ve asıl tedavisi geniş cerrahi rezeksiyon olan mesenkimal tümörlerdir. Sıklıkla başka semptomlar olmaksızın göğüs duvarında lokalize kitle ile karakterizedirler. Göğüs duvarı kaynaklı yüksek gradeli yumuşak doku sarkomları metastatik nüks ve ölüm riskini azaltmak amacıyla neoadjuvan veya adjuvan sistemik tedavi açısından değerlendirilmelidir. Yaklaşık dört yıldır göğüs ön duvarında gittikçe büyümekte olan ağrısız, dev kitle ile başvuran 69 yaşındaki erkek hasta, kitleyi bir süredir bildiğini ancak hekime başvurmadığını belirtti. Düz akciğer grafisinde sol hemitoraksda iyi sınırlı geniş toraks dışı konsolidasyon alanı, toraks BT'de ise, sol göğüs anterior duvarda ekzofitik karakterde düzgün, ince cidarlı, içinde yağ dansitesi içeren transaksiyel çapı 23 cm dev boyutlu kitle lezyon görüldü. Kitlenin komşuluk gösterdiği kostalarda destrüksiyon izlenmedi. Kitle geniş, lokal, komplet şekilde eksize edildi. Oluşan defekt alanı plastik cerrahi ekibi tarafından m. pectoralis major ve minor flebi ile kapatıldı. Patoloji iyi differansiye içsi hücreli liposarkom olarak rapor edildi. Olgu dört aydır, nüks olmadan sağlıklı olarak takip edilmektedir. Göğüs duvarından köken alan yumuşak doku sarkomlarında uzun süre tedavisiz ve takipsiz olanlarda dahi prognoz iyidir. Bu tümörler geniş boyutta olmasına rağmen komplet cerrahi rezeksiyonla eksize edilebilmekte, hastalarda tam tedavi sağlanabilmektedir.

Göğüs Duvarı Yerleşimli Dev Liposarkom



EP-036

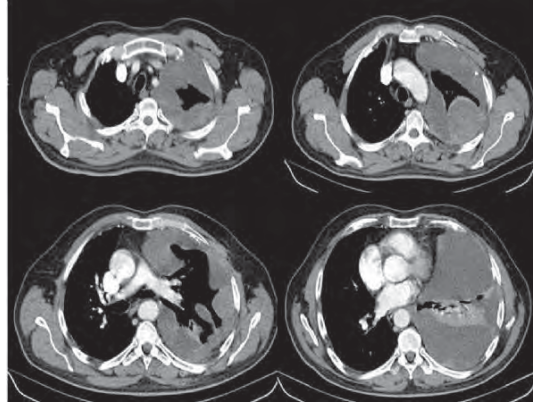
Erişkin Hastada Diffüz Plevral RabdomiyosarkomDeniz Köksal¹, Ferhad İbrahimov¹, Meral Buğdaycı², Gökhan Gedikoğlu², Salih Emri¹¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD, Ankara²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Ankara

GİRİŞ: Rabdomiyosarkom (RMS), çizgili kas hücrelerini oluşturacak olan immatür hücrelerden köken alan, çocukluk çağının agresif tümörüdür. Baş-boyun bölgesi, genito-üriner sistem ve ekstremiteler en sık primer tutulum bölgeleridir. Ancak RMS çizgili kasların bulunmadığı yerlerde de oluşabilmektedir. Primer plevral RMS az sayıda çocuk olguda bildirilmiştir, ancak bildiğimiz kadarıyla erişkin hastada rapor edilmemiştir.

OLGU: Mezotelyoma ön tanılı 48 yaşında erkek hasta, kliniğimize ileri tetkik amacıyla gönderilmişti. Hastanın son bir aydır giderek artan nefes darlığı vardı. Yirmi paket-yıl sigara öyküsü olan hastanın, asbest maruziyeti yoktu. Akciğer grafisinde sol hemitoraksı tamamen kaplayan opasite, karşı tarafa mediastinal shift görüldü. Fizik muayenede, hasta takipneikti, sol hemitoraksta solunum sesleri alınmıyor, matite mevcuttu. Toraks BT'de diffüz plevral kalınlaşma, plevral kitleler ve efüzyon görüldü. Göğüs duvarı invazyonu izlenmedi (Resim 1). PET/BT'de sadece plevral kalınlaşma alanları ve kitlelerde artmış tutulum (SUVmaks: 7,9) izlendi. Nefes darlığını azaltmak amaçlı plevral kateter takıldı. Plevra sıvısı eksuda vasfında ve benignidi. Refere eden merkezde yapılan perkütan plevral biyopsi örnekleri yeniden değerlendirildi. Formalinle fikse edilmiş, parafine gömülmüş dokudan 4-5 mikron kalınlığında kesitler alınarak hematoksil-eosin ile boyandı. Mezotelyal hücrelerle çevrili olan tümör, bazı alanlarda lobüler, bazı alanlarda papiller pattern göstermekte ve nekroz içermekteydi (Resim 2a). İğ şeklindeki tümör hücreleri, pembe sitoplazmalı, hiperkromatik çekirdeklidi. Mitoz sık değildi (Resim 2b). İmmünohistokimyasal çalışmalarda, tümör hücrelerinin desmin (Resim 2c), miyogenin (Resim 2d), Bcl-2 ve p53 ile yaygın pozitif; WT-1, CD34 ve EMA için fokal pozitif; kalretinin, PCNA, CD99, S100, SMA, GLUT-1, MOC-31, Ber-EP4, D2-40 ve pankreatin için negatif boyandığı görüldü. Mevcut morfolojik ve immünohistokimyasal bulgularla RMS tanısı kondu. Vinkristin, ifosfomid ve sisplatin içeren kemoterapi rejimi başlandı. Üç aylık tedavi sonunda kontrol BT'de radyolojik bulgular stabildi.

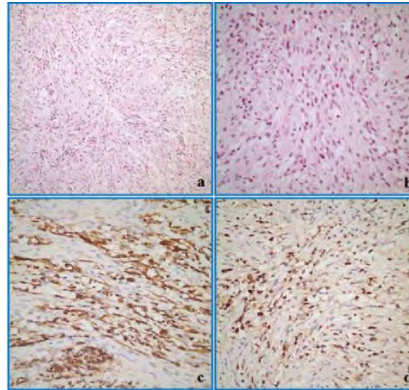
TARTIŞMA: RMS'nin semptom ve bulguları tümörün yerleştiği organa ve uzak metastaz yapma durumuna göre değişkenlik gösterir. Plevral RMS'de tümör çok büyük boyutlara ulaşana kadar asemptomatik kalabilmektedir. Tanı perkütan biyopsi ve immünohistokimyasal incelemelerle rahatlıkla konabilmektedir. RMS tedavisinde son yıllarda önemli gelişmeler olmuş ve kombine tedavilerle kür oranları artmıştır. Kemoterapi, primer sitoredüksiyon, makroskopik ve mikroskopik hastalığın tedavisi için önemlidir. Cerrahi yapılabiliriyorsa tedavinin temelini oluşturur. Radyoterapi residüel hastalık tedavisi için kullanılmaktadır. Plevral RMS'de büyük tümör hacmi hem cerrahi hem de radyoterapiyi güçleştirmektedir.

Resim 1



Toraks BT'de diffüz plevral kalınlaşma, plevral kitleler ve efüzyon görülmektedir

Resim 2



Hematoksil-eosin kesitlerinde lobüler büyüme paterni gösteren tümör, iğ şeklinde tümör hücreleri görülüyor, nekroz izlenmiyor ve mitoz sık değil (2a). Yüksek büyütmedeki Hematoksil-eosin kesitlerinde tümör hücrelerinin iğ şeklinde, pembe sitoplazmalı ve hiperkromatik çekirdekli olduğu izleniyor (2b), Tümör hücreleri desmin ile diffüz olarak boyanmış (2c), Tümör hücreleri miyogenin ile pozitif boyanmış (2d).

EP-037

Akciğer Kanseri Hastada Kolon Tümörü: İmmünohistokimyasal İnceleme İle İkinci Primer ve Metastaz Ayırımı

Nalan Ogan¹, Sümeyye Alparslan Bekir¹, Mehmet Çoban², Ömür Ataoğlu³, Meral Gülhan¹

¹Ufuk Ü. T. F. Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ufuk Ü. T. F. Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

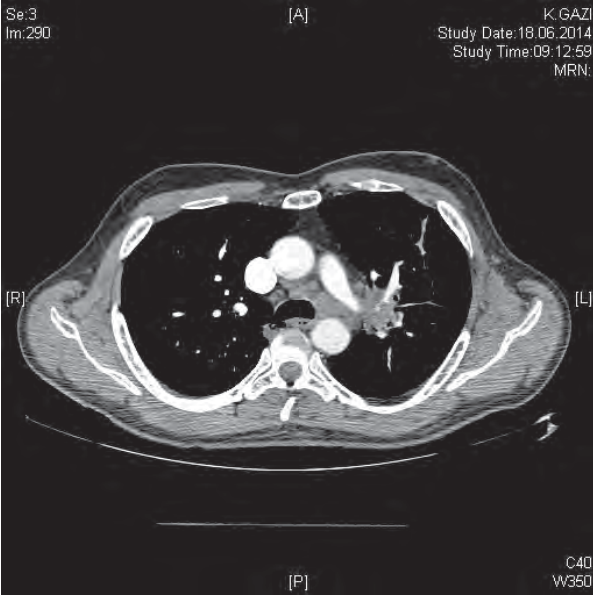
³Mikropat Özel Patoloji Laboratuvarı, Ankara

GİRİŞ: Akciğer kanseri en yaygın kanserlerden birisi olmakla ve çoğu zaman metastatik evrede tanı almakla beraber primeri akciğer kaynaklı semptomatik kolon metastazı çok nadirdir (%0.5). Kolon kanseri de akciğer kanseri gibi sık görülen bir kanser türü olduğu için akciğer kanserli bir hastada kolonda tümör saptandığında bunun ikinci primer tümör olma olasılığı söz konusudur. Bu durumun metastazdan ayırımı hastaların tedavi yaklaşımında önem taşır. Bu makalede immünohistokimyasal inceleme ile akciğerden kolona metastazı olan bir olgu sunularak konunun öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

OLGU: Ellidört yaşında erkek hasta ateş, terleme, karın ağrısı şikayetleri ile gastroenteroloji servisine yatırıldı. Dinamik kontrastlı üst abdomen bilgisayarlı tomografisi (BT) ve toraks BT anjiyografisi'nde karaciğerde multipl hipodens kitle lezyonları ve AC de sol üst lob santral kesimde damar invazyonu gösteren kitle tespit edildi. Semptomları nedeniyle yapılan kolonoskopide çekumda lezyon izlenen hastadan alınan biyopsi sonucu adenokarsinoma geldi. Ardından kliniğimizce bronkoskopi önerilen hasta ileri tetkik ve tedaviyi kabul etmeyerek taburcu oldu. Bir ay sonra karında şişlik, genel durum bozukluğu şikayetleri ile göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Bronkoskopide sol üst lob girişi mukozası infiltrate izlendi. Buradan alınan biyopsi sonucu da adenokarsinoma olarak raporlandı. İki farklı primer tümör mü yoksa akciğer kanserinin kolon metastazı mı ayırımını yapmak için patoloji bölümü ile konsulte edildi. İmmünohistokimyasal olarak yapılan çalışmada her iki tümörde de CK-7 ile pozitiflik, CK-20 ile negatiflik izlendi. Buna göre olgu primer akciğer adenokarsini ve kolon metastazı olarak değerlendirildi. Kolonda endoskopide net tümör izlenmemesi ve tümör diferansiasyonunun çok az olması da patoloji sonucu ile korele bulundu.

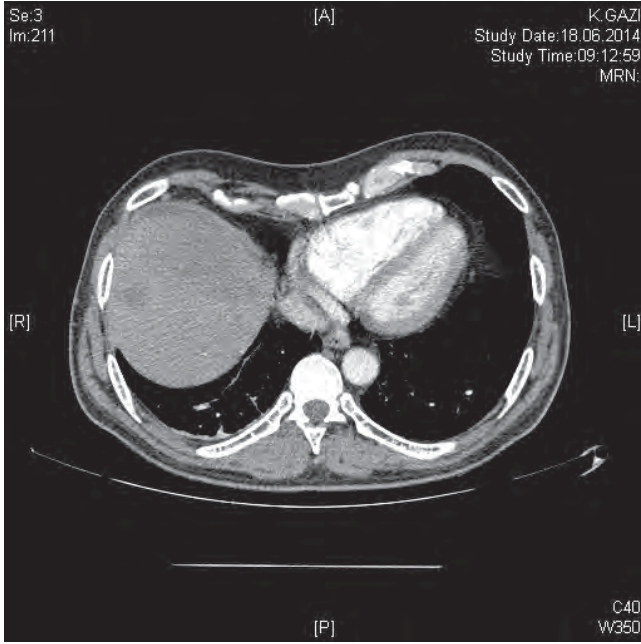
SONUÇ: Akciğer kanserine bağlı kolon metastazı saptanan olgularda öncelikli tedavi yaklaşımı tüm evre IV hastalarda olduğu gibi sistematik tedavi iken iki farklı primer tümör durumunda ayrı ayrı evrelendirilerek uygun olgularda cerrahi tedavi düşünülmelidir. Akciğer kanserinden kolona metastaz nadir görülse de tedavi yaklaşımında olabilecek önemli farklılık nedeni ile ikinci primer ya da metastaz ayırımı için ayrıntılı patolojik inceleme yapılması gerekir. İntestinal metastaz olan akciğer karsinomu, ortalama 4-8 haftalık sağkalım süresi ile kötü prognozlidir. Tanı anında performans durumu kemoterapi için uygun olmayan hastamıza sadece semptomatik tedavi uygulanabilmiş ve tanıdan 2 ay sonra kaybedilmiştir.

Resim 1:



Bilgisayarlı toraks tomografisinde sol üst lobda pulmoner arteri çevrelemiş kitle lezyonu ve multipl mediastinal lenfadenopatiler izlenmekte.

Resim 2:



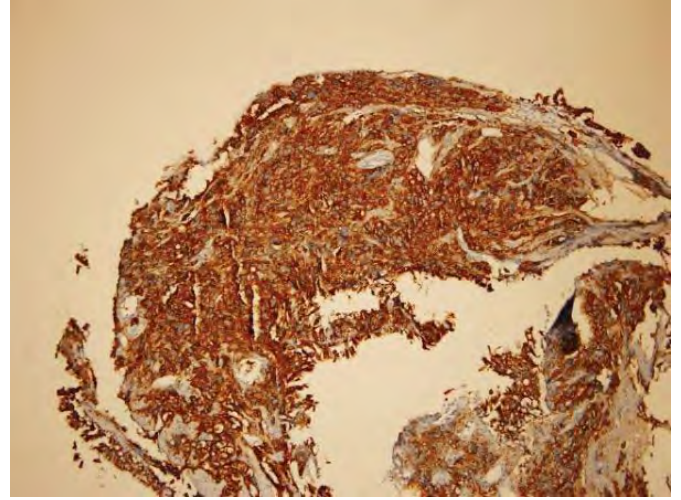
Bilgisayarlı toraks tomografisinde karaciğerde metastatik lezyonlar izlenmekte.

Resim 3:



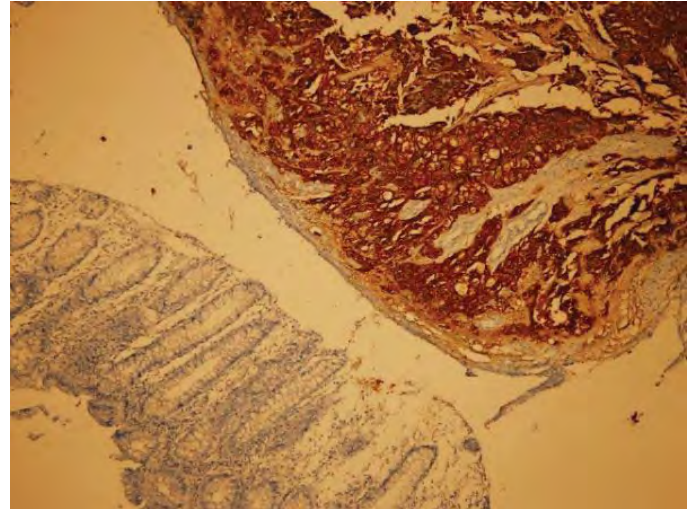
Kolonoskopide çekum tabanında eroziv mukoza ile kaplı 3-4 mm büyüklüğünde lezyon izlenmekte.

Resim 4:



Bronş mukoza biyopsisinde sitokeratin 7 pozitif izlenmekte.

Resim 5:



Çekumdan alınan biyopside sitokeratin 7 pozitif izlenmekte.

EP-038

Girişimsel Bronkoskopi ile Tedavi Edilen Endobronşiyal Hamartom Olgusu ve Aşırı Dinamik Hava Yolu Kollapsı BirlikteliğiEsra Akkütük Öngel¹, Murat Yalçınsoy², Sinem Atik Güngör², Hüseyin Kadı², Levent Alpay³, Esen Akkaya²¹Ağrı Devlet Hastanesi,Ağrı²Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Göğüs Hastalıkları Kliniği,İstanbul³Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Göğüs Cerrahisi Kliniği,İstanbul

Hamartomlar akciğerde parankimal veya endobronşiyal yerleşim gösteren, nadiren malign dönüşüm ve invazyon gösteren çoğunlukla benign tümörlerdir. Genellikle periferik intraparakimal nodül şeklindedirler, nadiren endobronşiyal lokalizasyon gösterirler ve bronş obstrüksiyonu ve pnömoninin klinik ve radyolojik bulgularına yol açarlar. Kliniğimizde bronkoskopik yöntemlerle tedavi edilmiş bir endobronşiyal hamartom ve aşırı dinamik hava yolu kollapsı birlikteliği olgusu sunduk.

OLGU: Yetmişyedi yaşında erkek hasta, onbeş yıldır KOAH nedeniyle takip ve tedavi edilen, mükerrer hastane müracaatı olan hasta nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde 70 paket/yıl sigara kullanımı var. Fizik muayenede solunum sesleri azalmış. Arka-ön akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda, kalp konturu düzensiz görüldü. Bilgisayarlı toraks tomografisinde sentrilobüler ve paraseptal amfizematöz değişiklikler saptandı. Sol akciğer alt lobda tekrarlayan pnömoniler nedeni ile yapılan fiberoptik bronkoskopide (FOB), sağ ana bronştan 2 cm mesafede lateral duvara oturan, ana bronşu tama yakın tıkayan, üzeri beyaz nekroze, kitle görüldü. FOB esnasında hipoksi gelişen, yeterli doku örneği alınamayan hastaya, tanı ve tedavi amaçlı girişimsel bronkoskopi yapıldı. Genel anestezi altında rijid bronkoskopi ile kitle temizlendi, Çıkan parçaların (büyüğü 1,5 cm, küçüğü 1 cm uzunlukta 2 adet orta sert kıvamda doku) patolojik incelenmesiyle doku örneklerinde izlenen kondroid doku fragmanları endobronşiyal hamartom ile uyumlu olarak geldi. İşlem sonrası hastanın nefes darlığında kısmi düzelme oldu. İki ay sonra yapılan kontrol bronkoskopisinde sağ ana bronş normal (önceki FOB'da görülen kitle tamamen temizlenmiş), trakea ve sağ ana bronşun ekspiryumda %65, sol ana bronşun %80 oranında kollabe olduğu görüldü. Sol akciğer alt lobda tekrarlayan pnömonilerin nedeni aşırı dinamik hava yolu kollapsı olarak düşünüldü.

Resim1. 30.09.2012 PA AC GR



Resim7. KONTROL FOB TRAKEA



Resim2. 11.10.2012 PA AC GR



Resim9. KONTROL FOB SOL ANA BRONŞ



Resim8. KONTROL FOB SAĞ ANA BRONŞ



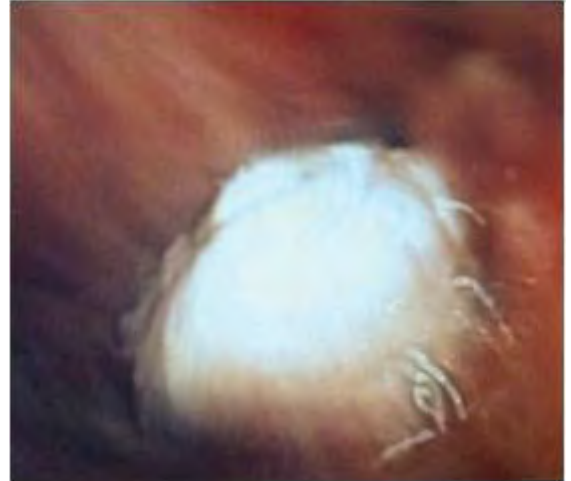
Resim5. FOB TRAKEA



Resim3. 28.02.2013 PA AC GR



Resim6. FOB SAĞ ANA BRONŞ



Resim4. 10.03.2013 PA AC GR



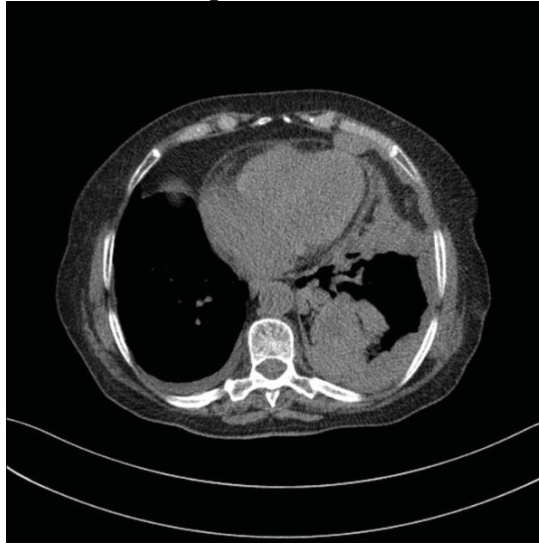
EP-039

Plevral Efüzyonun Eşlik Ettiği Nadir Malign Melanoma OlgularıÖnder Öztürk¹, Hümeysra Yıldırım², Merve Pınar¹, İbrahim Metin Ciriş³, Altuğ Şenoğlu², Süreyya Çerçi⁴, Mustafa Yıldız⁴, Ahmet Akkaya¹¹Süleyman Demirel Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD, Isparta²Süleyman Demirel Üniversitesi İç Hastalıkları AD, Isparta³Süleyman Demirel Üniversitesi Tıbbi Patoloji AD, Isparta⁴Süleyman Demirel Üniversitesi Nükleer Tıp AD, Isparta

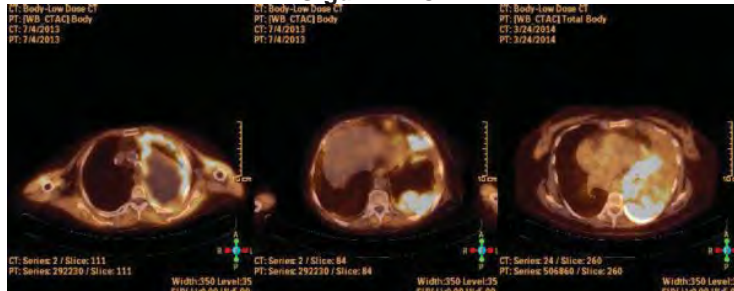
Birincil yerdeki malign melanomun tedavisinden sonra lokal nüksü ve/veya herhangi bir organa metastazı görülebilmekte ve sadece bir uzak organa metastaz yapmaktadır. Malign melanoma, akciğere sık metastaz yapmasına karşın, plevra tutulumu ve eşlik eden plevral efüzyon oldukça nadir görülmektedir. Bu bağlamda kliniğimize plevral efüzyon nedeniyle yatırdığımız ve malign melanoma tanısı konulan iki olgumuzu literatürlerin ışığında sunmak istedik.

OLGU 1: Yetmiş dokuz yaşında kadın hasta bulantı, kusma, nefes darlığı, sol göğüs ağrısı nedeniyle başvurduğu hastanede yapılan plevral biyopside atipik hücreler görülmüş. S100+, HMB45 (+), Melan-A (+), NSE ve ile BCL-2 ile fokal boyanmalar gösteren olguda öncelikle amelanotik melanoma düşünülmele birlikte malign periferik sinir kılıfı tümörü ve clear cell sarkoma yönünden ayırıcı tanı yapılamamış. İleri tetkik ve tedaviyi kabul etmeyen hasta taburcu olduktan sonra şikayetlerinin artması üzerine hastanemize yatırıldı. Akut böbrek yetmezliği, üriner enfeksiyon, pnömoni, parapnömonik effüzyon düşünülerek tedavi başlanan hastada yutma güçlüğü ve melana gelişmesi üzerine yapılan endoskopi de şikayetlerini açıklayacak bir patoloji saptanmadı. Toraks BT' de sol hemitoraksta daha fazla olmak üzere bilateral plevral sıvı, sol akciğerde lobüle kontürlü kitle ve bilateral nodüleri olan hastanın PET/BT tetkikinde; sol hemitoraksta apeksten başlayarak tüm sol akciğeri saran plevral yapılarda düzensiz hipermetabolik nodüler lezyonlar mevcuttu. Bronkoskopi ve plevral biyopsi yapılması düşünüldü, fakat hasta işlemleri kabul etmedi. Hastanın rektoskopi tetkikinde; lümenin yarısını dolduran kitle saptandı. Alınan biyopsi örneklerinin histopatolojik tanısı malign melanom olarak raporlandı. Hasta tanıyı takip eden iki gün içinde kaybedildiğinden ileri tetkik ve tedaviler uygulanamadı.

OLGU 2: Son bir haftadır plöretik tipte göğüs ağrısı ve öksürük şikayetleri nedeniyle kliniğimize yatırılan 56 yaşındaki kadın hastanın akciğer filminde; sol hemitoraksta orta ve alt alanları kapsayan homojen yoğunluk artışı mevcuttu. Plevral sitolojisi benign gelen hastanın, 1,5 yıl önce koroidal malign melanom tanısı alarak enükleasyon operasyonu geçirmiş olması nedeniyle çekilen Toraks BT tetkikinde, sol hemitoraksta masif plevral efüzyon ve izlenebildiği kadarı ile visseral plevra yapraklarından plevral boşluğa uzanan çok sayıda nodüler-kitleli solid dansiteler görüldü. PET/BT tetkikinde; sol akciğer alt lob bronşunu büyük oranda kaplayan heterojen yapıda hipermetabolik kitle (SUVmax: 17.8) mevcuttu. Bronkoskopi tetkikinde endobronşiyal lezyon görülmeyen hastaya kapalı plevra biyopsisi yapıldı. Biyopsi materyalinin makroskopik görünümü hiperpigmente olup, histopatolojik değerlendirilmesi malign melanom metastazı olarak raporlandı.

Olgu1 Toraks BT

Sol hemitoraksta daha fazla olmak üzere bilateral plevral sıvı, sol akciğerde lobüle kontürlü kitle ve bilateral nodüler

Olgu1 PETCT

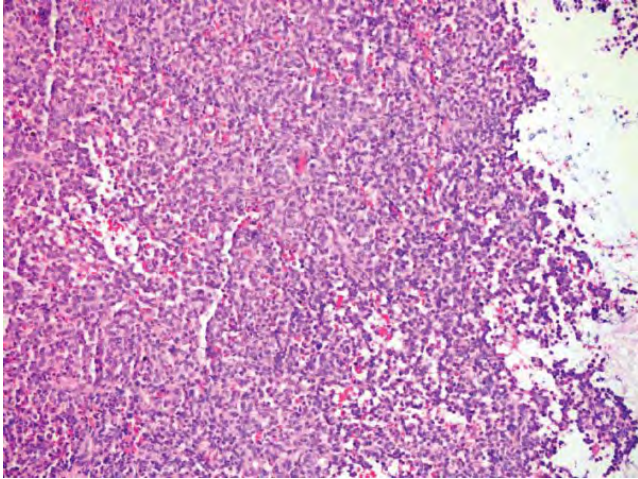
Sol hemitoraksta apeksten başlayarak tüm sol akciğeri saran plevral yapılarda düzensiz hipermetabolik nodüler lezyonlar

Olgu1 PETCT



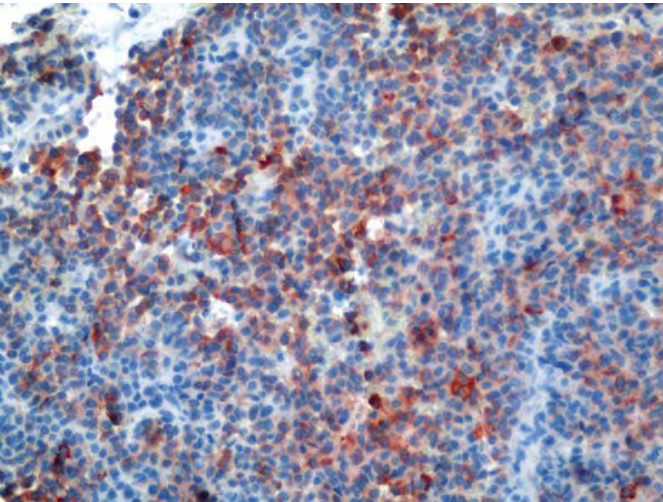
Rektumda F-18 FDG tutulumu gösteren kütle.

HE-200X



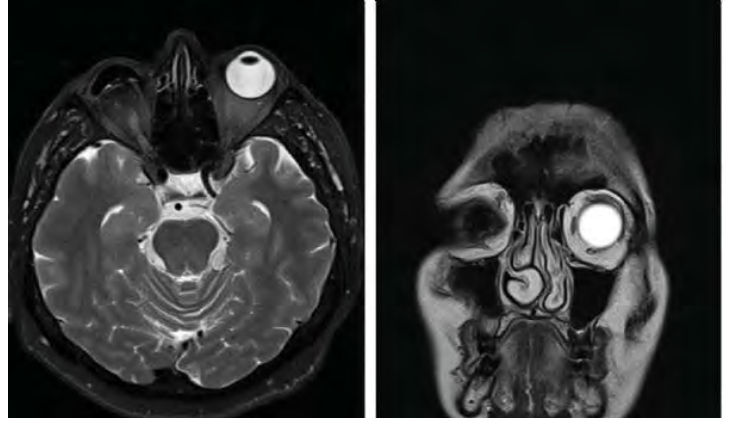
Rektosigmoidoskopik biyopsi sonucu tümör: non-pigmente tümör

HMB45-400X



Rektosigmoidoskopi biyopsi sonucu: Malign melanom

Kranial MR



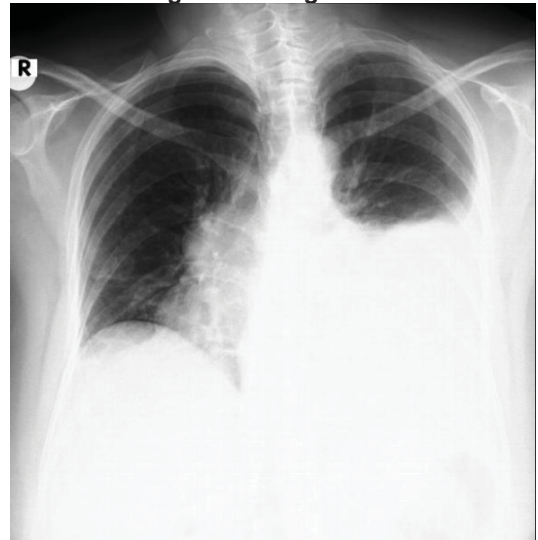
Sağ bulbus okülü opere

Olgu2 Toraks BT



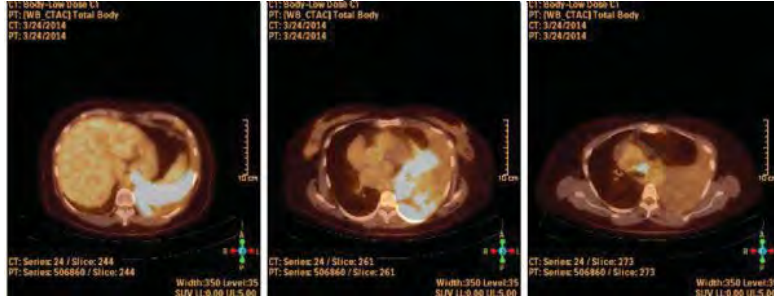
Hastanın bir yıl önceki Toraks BT görünümü

Olgu2 PA Akciğer Filmi



Hastanın 2. yatışına ait PA Akciğer filmi: sol hemitoraksta orta ve alt alanları kapsayan homojen yoğunluk artışı.

Olgu2 PETCT



Sol akciğer alt lob bronşunu büyük oranda kaplayan heterojen yapıda hipermetabolik kitle (SUVmax: 17.8)

Plevral biyopsi



İkinci olguya ait plevral biyopsi materyalinin makroskopik görünümü.

EP-040

Kliniğimizden Akciğerin Büyük Hücreli Nöroendokrin Karsinomu OlgularıFatma Nilgün Hatabay¹, Nuray Erdal¹, Makbule Özlem Akbay¹, Levent Alpay², Aysun Mısırlıoğlu²¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Kliniği²Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

Akciğerin Büyük Hücreli Nöroendokrin Karsinomu (ABHNK) akciğerin nöroendokrin tümörlerinin bir alt grubudur. Tüm akciğer kanserlerinin %3 'ü olarak görülür. Erkeklerde ve sigara içenlerde sıktır. Sağkalım, küçük hücreli akciğer kanserine benzer. Evre 1 de 5 yıllık sağkalım % 32dir. Kliniğimizde ABHNK tanısı alan 9 hastayı izledik. 1 hastada kemik metastazı, 1 hastada karaciğer metastazı, 1 hastada ise karşı akciğerde metastaz olduğundan cerrahi rezeksiyon yapılamadı. Lokal ileri evre 6 hastaya cerrahi rezeksiyon uygulandı. 5'i adjuvan olarak, 8 hasta kemoterapi aldı. 5 hastaya Sisplatin + Taksan, 3 hastaya Sisplatin + Etoposid uygulandı. İleri evre olgular 8,10 ve 18 ay yaşadı. Opere olan 6 hasta izlenmekte olup, 3 'ü 5 yıldan fazla süredir yaşıyor. Sonuç olarak ABHNKda en iyi tedavinin cerrahi rezeksiyon ve adjuvan kemoterapi olduğunu gördük. Ayrıca 9 hastanın hiçbirinde beyin metastazı gelişmedi. Bu da profilaktik kranyal ışınlamanın ABHNKda gereksiz olduğunu doğruluyor.

HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

İSİM	YAŞ	CİNSİYET	SİGA- RA	EVRE	CERRAHİ	KEMOTE- RAPİ	YAŞAM SÜRESİ
A.C	50	E	35 p/yıl	İ	_	4 kür	8 ay
T.P.	53	E	40 P/yıl	İ	_	4 kür	10 ay
S.E.	62	E	52 P/yıl	İ	_	6 kür	18 ay
T.C	48	E	40 P/yıl	L	sağ üst lobektomi	6 kür	79 ay+
S:M:	42	E	30 P/yıl	L	sağ üst lobektomi	6 kür	68 ay+
M:A:	52	K	15p /yıl	L	sol üst lobektomi	3 kür	66 ay+
B.T.	78	E	30 P/yıl	L	sol alt lobektomi	_	23 ay+
M.H.	65	E	30 P/yıl	L	sağ bilobektomi	4 kür	7 ay +
S.Ç.	61	E	32p/yıl	L	sol üst lobektomi	5 kür	5 ay +

I.: İleri evre L: Lokal ileri evre

EP-041

Mediastinal Anjiomiyolipom: İki Olgunun Sunumu

Adnan Yılmaz¹, Levent Alpay², Ayşe Ersev³, Gülbanu Horzum Ekinci¹, Ayçim Şen³, Osman Hacıömeroğlu¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E. A. Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

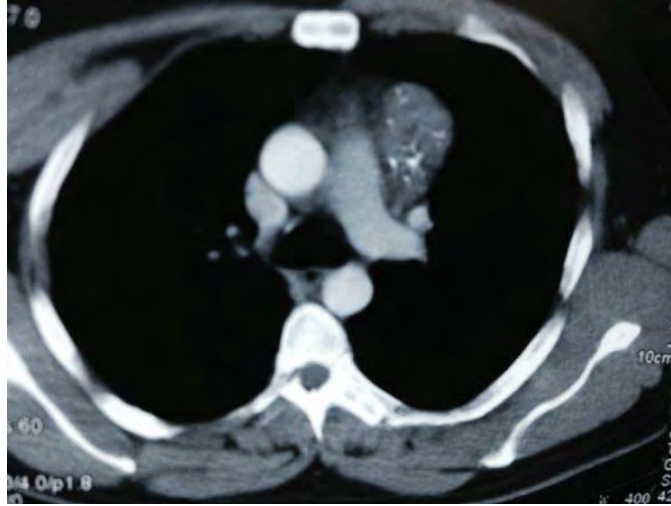
²Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E. A. Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

³Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E. A. Hastanesi, Patoloji Kliniği

Anjiomiyolipom, yağ dokusu, anormal kan damarları ve düz kas hücrelerinden oluşan benign mezene kimal bir tümördür. Çeşitli organlarda görülebilen bu tümörün mediastinal lokalizasyonu çok nadir olup, literatürde bugüne kadar sadece 14 olgu rapor edilmiştir. Bu yazıda 2 mediastinal anjiomiyolipom olgusu sunulmuştur. OLGU 1: Otuz altı yaşında erkek hasta, öksürük ve göğüs ağrısı yakınmaları ile başvurdu. Arka-ön akciğer grafisinde, mediastende genişleme saptandı. Bilgisayarlı toraks tomografisinde, ön mediasteninin sol tarafında lokalize, 8 x 4 cm boyutunda kitle lezyon rapor edildi. Fiberoptik bronkoskopide endobronşiyal sistem normal olarak değerlendirildi. Hastaya median sternotomi uygulandı. Operasyonda, komşu dokulara invazyon göstermeyen, 9 x 4 cm boyutunda bir kitle saptandı ve kitle kolaylıkla çıkartıldı. Mikroskopik incelemeler ve immünohistokimyasal analizler sonrası mediastinal anjiomiyolipom tanısı konuldu. Ameliyattan 16 ay sonra yapılan kontrolünde hastada patolojik bir bulgu saptanmadı. OLGU 2: Yirmi dokuz yaşında yakınmasız kadın hasta, akciğer grafisinde lezyon saptanması üzerine merkezimize sevk edilmiş. Bilgisayarlı toraks tomografisinde, sol akciğer üst lob apikoposterior segmentte, paramediastinal yerleşimli, 14 x 8.5 cm boyutlarında, heterojen yapıda kitle lezyon rapor edildi. Fiberoptik bronkoskopi ve transtorasik ince iğne aspirasyonu tanısal değildi.

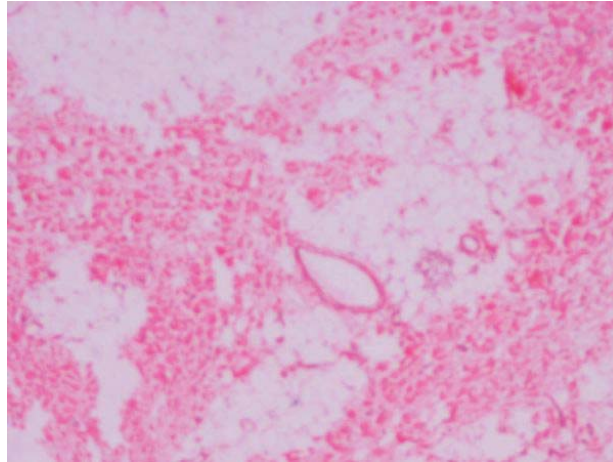
PET- BT incelemesinde lezyonun SUDmaks değeri 2.9 idi. Hastaya median sternotomi uygulandı. Operasyonda komşu yapılara invazyon göstermeyen kitle saptandı ve kitle çıkartıldı. Mikroskopik inceleme ve immünohistokimyasal boyamalar sonucu mediastinal anjiomiyolipom tanısı konuldu. Operasyondan 2 yıl sonra yapılan kontrolünde hastada patolojik bulgu saptanmadı. Sonuç olarak, mediastinal anjiomiyolipom çok nadir görülmekle birlikte, mediastinal kitlelerin ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

Resim 1.



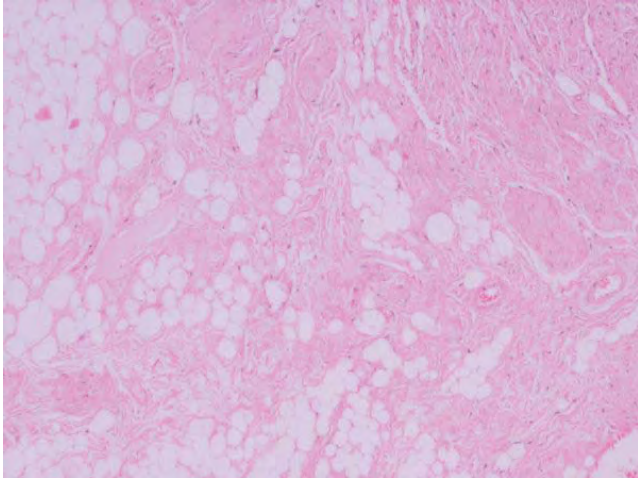
Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisi. Mediasteninin sol tarafında 5x4 cm boyutunda kitle görülüyor.

Resim 2



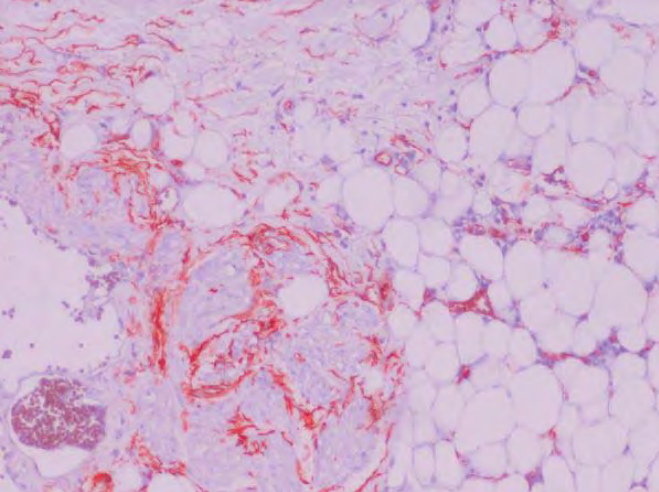
Mikroskopik inceleme: Matür yağ, kas ve damar yapıları içeren tümör görülüyor (H+E, x 4)

Resim 3



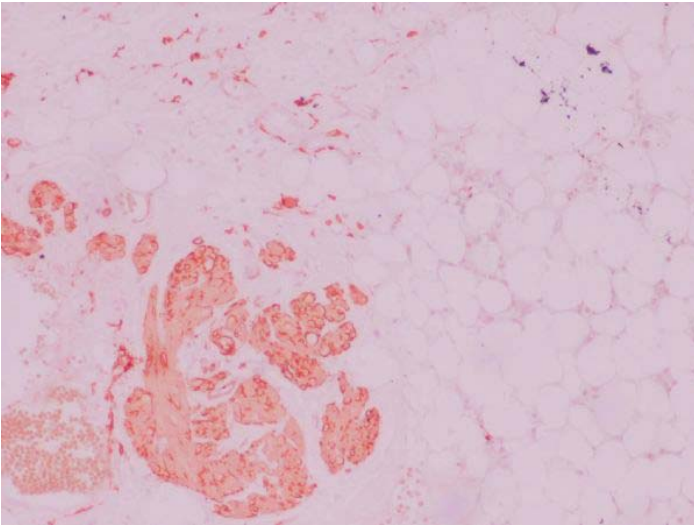
Mikroskopik inceleme: Matür yağ, kas ve damar yapıları içeren tümör görülüyor (H+E, x 4)

Resim 4



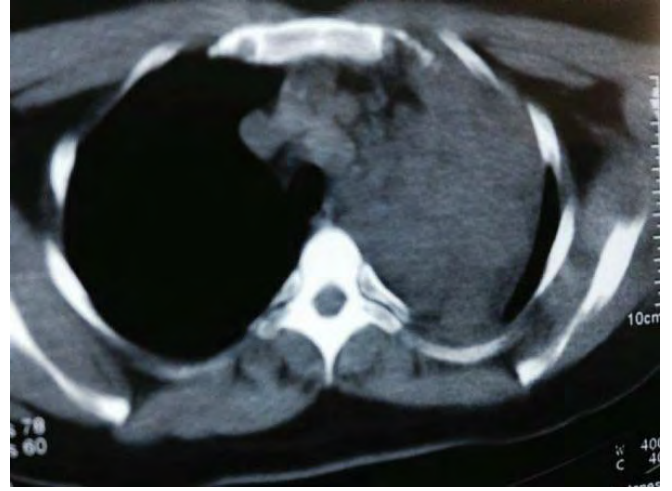
İmmünohistokimyasal inceleme: Vasküler yapılarda pozitif boyanma (CD-34)

Resim 5



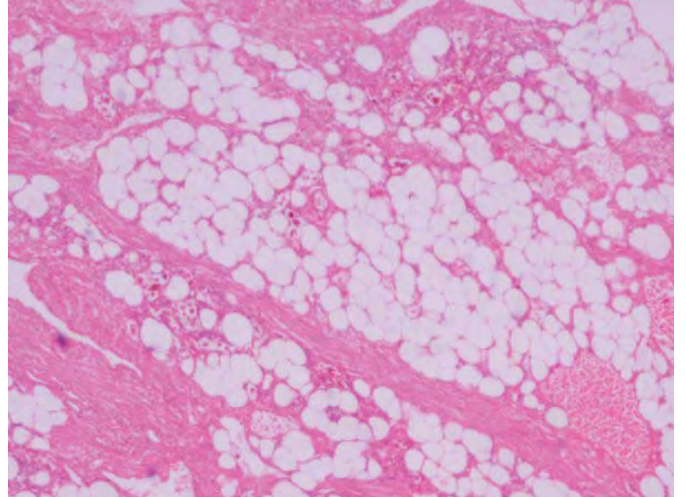
İmmünohistokimyasal inceleme: Kas hücrelerinde pozitif boyanma (SMA)

Resim 6



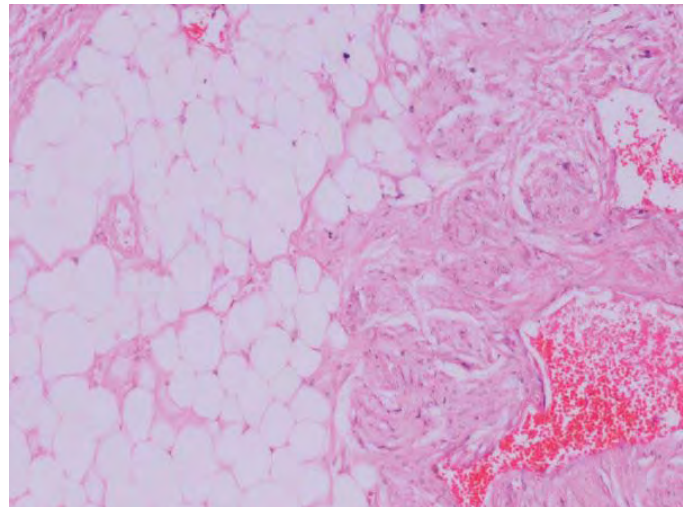
Bilgisayarlı toraks tomografisi: Sol üst lob apikoposterior segmentte, paramediastinal yerleşimli, heterojen yapıda, 14 x 8.5 cm boyutunda kitle

Resim 7



Mikroskopik inceleme: Matür yağ, kas ve damar yapıları içeren tümör görülüyor (H+E, x 10)

Resim 8



Mikroskopik inceleme: Matür yağ, kas ve damar yapıları içeren tümör görülüyor (H+E, x 10)

EP-042

Akciğerin İnflamatuvar Miyofibroblastik Tümörü: Olgu Sunumu

Gülbanu Horzum Ekinci¹, Osman Hacıömeroğlu¹, Ayçim Şen², Levent Alpaya³, Pınar Atagün Güney¹, Adnan Yılmaz¹

¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A. Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A. Hastanesi, Patoloji Kliniği

³Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A. Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

İnflamatuvar miyofibroblastik tümör, akciğerin nadir görülen bir tümörü olup, tüm akciğer tümörlerinin % 1.2'den azını oluşturur. Bu yazıda pulmoner inflamatuvar miyofibroblastik tümör tanılı bir olgu sunulmuştur. 61 yaşında erke hasta, öksürük ve kanlı balgam yakınmaları ile başvurdu. Arka-ön akciğer grafisinde sağ perihiler bölgede, 4 cm çapında kitle lezyon görüldü. Bilgisayarlı toraks tomografisinde, sağ üst lob anterior segmentte, sınırları belirgin, nonhomejen yapıda, 4.5 x 4 cm boyutunda, kalsifikasyon içeren kitle ile mediastende multipl lenf adenopatiler saptandı. Fiberoptik bronkoskopide endobronşiyal sistem normal olarak değerlendirildi. PET-BT incelemesinde lezyonun ve lenf bezlerinin SUDmaks değerleri sırasıyla 13.2 ve 8.9 idi. Hastaya sağ postero-lateral torakotomi uygulandı ve kitle wedge rezeksiyon ile çıkartıldı. Makroskopik olarak tümör yuvarlak, sınırları belirgin, gri-beyaz renkte olup kalsifikasyon içeriyordu. Mikroskopik inceleme ve immünohistokimyasal boyama sonrası inflamatuvar miyofibroblastik tümör tanısı elde edildi. Operasyondan 2 yıl sonra yapılan kontrolünde patolojik bir bulgu saptanmadı. Sonuç olarak, pulmoner inflamatuvar miyofibroblastik tümör nadir görülür. Bu tümörün tanısı genellikle cerrahi biyopsi ile elde edilir. Cerrahi tedavi sonrası iyi bir prognoza sahiptir.

Resim 1



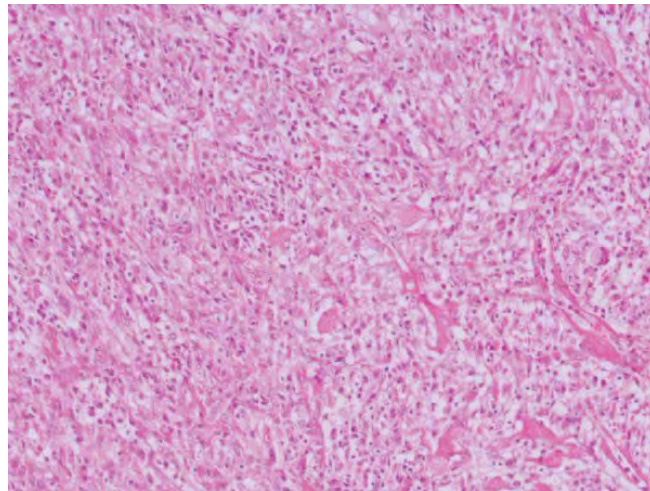
Arka ön akciğer grafisi: Sağ perihiler bölgede 4 cm çapında kitle

Resim 2



Bilgisayarlı toraks tomografisi: Sağ üst lob anterior segmentte 4.5x4 cm boyutunda, kalsifikasyon içeren kitle

Resim 3



Mikroskopik görünüm: Lenfosit, eozinofil ve plazma hücrelerini içeren infiltrasyon ile miyofibroblastik iğsi hücrelerin proliferasyonundan oluşan tümör (H+Ex10)

EP-043**Rastlantısal Olarak Tespit Edilen Plevral Efüzyon İle Prezente Akciğer Kanseri Olgusu**

Nesrin Öcal, Deniz Doğan, Ergun Uçar, Hayati Bilgiç

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Akciğer kanserleri maligniteleri içinde mortalitesi en yüksek olanlardır. Hastalar sıklıkla öksürük, göğüs ağrısı, halsizlik, kilo kaybı gibi semptomlarla başvururlar ancak pek çoğunda tanı esnasında metastaz bulguları mevcuttur ya da operabilite sınırı aşılmıştır. Bu açıdan bakıldığında akciğer kanserlerinde erken tanı sağkalım üzerine çok önemlidir. Ruit taramalar ile bu oran artırılabilir. Biz de hatırlatıcı olması bakımından semptomsuz bir hastada rastlantısal olarak tespit edilmiş ve torasentez ile tanı konulmuş bir akciğer adenokarsinomu olgusunu paylaşmak istedik. 64 yaşında erkek olgu, ingüinal herni için operasyon planlanan olgunun son günlerde artan özellikle eforla nefes darlığı şikayeti üzerine tarafımıza konsülte edilmiş. Olgunun gelişinde genel durumu iyi olup, solunum sistemi muayenesinde sol kaidede solunum sesi alınmıyordu. Biyokimyasal tetkikleri normal olup özgeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Çekilen PA akciğer grafisinde sağ hemitoraksta orta seviyede plevral efüzyon ile uyumlu görünüm izlenmekteydi. Olguya USG eşliğinde plevral ponksiyon işlemi yapıldı ve seröbifrinöz görünümde mayi drene edildi. Alınan mayi eksüda vasfında olup ADA değeri düşük olarak (11 U/L) olarak tespit edildi. Plevral mayinin sitolojik incelemesi adenokarsinoma ile uyumlu olarak raporlandı. Daha sonraki tanısal bronkoskopi ile alınan biyopsilerde hastada akciğer adenokarsinomu tanısı konuldu. Bu olguyu hem semptomsuz hastalarda rutin taramaların etkinliğini hem de torasentezin malignitelerdeki tanı koydurucu özelliğini hatırlatması için sunduk.

EP-044

Erken Yaşta Akciğer Kanseri Tanısı Konulan Asemptomatik Olgu

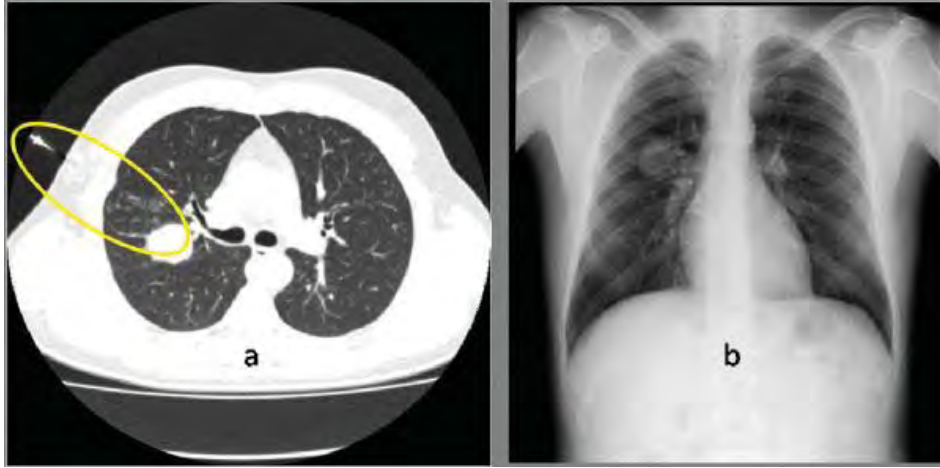
Deniz Doğan, Nesrin Öcal, Ergun Uçar, Hayati Bilgiç
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Akciğer kanseri halen tüm dünyada en mortal malignite olup sigarayla yakından ilişkilidir. Sıklıkla ileri yaş grubunda ortaya çıkan akciğer kanserinde tanı konulduğunda genellikle metastaz sık karşılaşıla bir durumdur. Bilindiği üzere akciğer maligniteleri gerek hızlı yayılım gerekse tanı esnasında genellikle ileri evrelerde saptanması nedeniyle agresif seyirli malignitelerdir. Bu açıdan bakıldığında akciğer kanserinde erken tanı mortaliteyi azaltması bakımından çok büyük önem arz etmektedir.

OLGU: Genç sayılabilecek bir yaşta saptanan akciğer kanseri olgusunu paylaşmak istedik. 33 yaşında herhangi bir şikayeti olmayan olgu periyodik muayene amacı ile çekilen akciğer grafisinde izlenen patolojik görünüm üzerine polikliniğimize sevk edilmiş. Özgeçmişinde 8 paket/yıl sigara öyküsü dışında özellik yoktu. PA akciğer grafisinde sağ orta zonda hilus komşuluğunda düzgün sınırlı kitle lezyonu izlenmekteydi (Resim1). Olguya öncelikli olarak Toraks CT tetkiki planlandı. Çekilen CT'nde sağ üst lobda düzgün sınırlı kitle lezyonu mevcuttu. Tanısal amaçlı yapılan FOB işleminde her iki bronş sistemi normal olarak izlendi. Olguya TTiAB (Transtorakal iğne aspirasyon biyopsi) işlemi yapıldı (Resim 2). Standart steril koşullar altında lokal anestezi eşliğinde enjektör iğnesi ile örnek alındı. Alınan örnek patolojiye gönderildi. İşlem komplikasyonsuz olarak sona erdirildi. Patoloji sonucu küçük yassı epitel hücreli akciğer karsinomu olarak raporlanan olgunun evrelemesi yapılarak cerrahi yapılmak üzere ilgili kliniğe nakli yapıldı.

TARTIŞMA: Bu olguyu ön tanı olarak malignite düşünmediğimiz genç yaşta hastalarda yoğun sigara içiminin olası bir erken evre akciğer kanseri açısından önemli bir risk faktörü olabileceğini vurgulaması açısından sunduk.

resim 1



a. Sağ üst lobda izlenen lezyona CT eşliğinde yapılan biyopsi işleminin görüntüsü b. PA akciğer grafisinde sağ orta zonda hilus komşuluğunda düzgün sınırlı kitle lezyonu.

EP-045

Rehberlere Uyum Göstermeyen Takiple Uzun Sağkalım Elde Edilen Bir Küçük Hücreli Akciğer Kanseri OlgusuEvrin Eylem Akpınar¹, Nalan Ogan¹, Ersin Erdoğan², Meral Gülhan¹¹Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye²Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

GİRİŞ: Küçük hücreli akciğer kanseri (KHAK) kemoterapiye iyi cevap verir fakat nüksler çok sıktır. Tanı anında %20, takiplerde 2-3 yıl içinde %80 oranında beyin metastazları gelişmektedir. Nüksü ve ikinci primer kanserleri erken tesbit edip yeniden küratif tedavi şansı sağlamak, sağkalımı uzatmak amacıyla hastalar küratif tedavi sonrası takip edilmelidir. Takibin ne sıklıkta ve hangi yöntemlerle yapılacağına dair uluslararası rehber önerileri olmasına rağmen pratikte rehberlere uyum her zaman mümkün olmamaktadır. Bu bildiride küratif tedavi sonrası takipte rehberlere uygun takip edilmeyen ancak beklenenden daha uzun sağkalım elde edilen bir KHAK olgusu sunulmuştur.

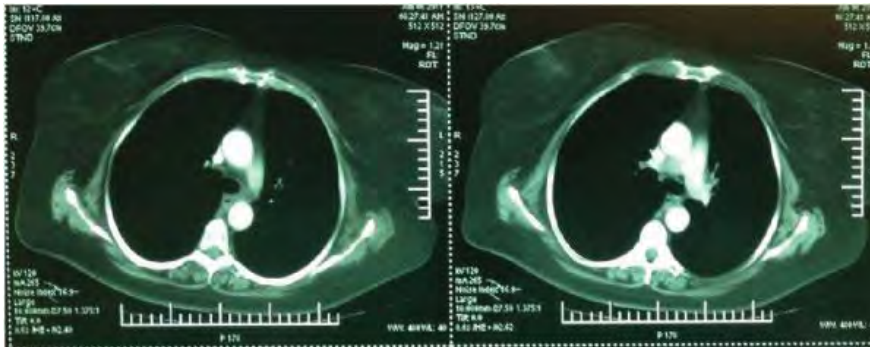
OLGU: 58 yaşında kadın hasta öksürük ve dispne yakınmalarıyla başvurdu. Akciğer grafisinde sol hiler dolgunluk izlenen hastanın toraks BT'sinde sol üst lob anterior segment bronşunu oblitere ederek atelektaziye neden olan 3x2.5 cm kitle lezyonu, mediastinal ve hiler bölgede multipl LAP izlendi. Bronkoskopide (14.03.2011) sol üst lob apikoposterior segment dıştan bası ile tama yakın oblitere idi ve mukoza infiltrate idi, bx alındı. PET-BT'de sol üst lobdaki kitilde ve mediastinal, sol hiler lenf nodlarında patolojik aktivite artışı izlendi. Kranial MR normaldi. Bronkoskopik biyopsi sonucu KHAK ile uyumlu idi. Sınırlı Evre KHAK tanısı ile eş zamanlı kemoradyoterapi planlandı. 4 kür etoposid + cisplatin (17.03.2011-23.05.2011) ve 21.03.2011 – 26.04.2011 tarihleri arasında günlük 200 cGy lik fraksiyonlarla mediasten bölgesine 5000 cGy, primer tümöre 5400 cGy RT uygulandı. 13.06.2011-29.06.2011 tarihleri arasında tüm beyne 200cGy / fr. günlük dozdan profilaktik amaçlı 2200 cGy RT uygulandı. Kontrol toraks BT'de (06.06.2011) tam yanıt izlendi. Takipte ilk 6 ay 3ay, sonraki 1 yıl 6ay ara ile toraks BT çekildi, nüks izlenmedi. Tanıdan 2 yıl sonra (14.02.2013) tarihinde davranış değişikliği nedeniyle çekilen kranial MR'da sağ frontal lobda 67x48x39 mm boyutlu kitle lezyonu izlendi. PET-BT'de ekstrakranial metastaz saptanmadı. 21.02.2013'de kraniotomi, kitle eksizyonu yapıldı. Patoloji raporu: Küçük hücreli karsinom metastazı gelen hastaya tümör yatağına kranial RT ve ardından 2. basamak etoposid + cisplatin uygulandı. Takipte hekim olan hasta ve yakınlarının talebi nedeniyle ilk 8 ay 2 ay ara ile daha sonra daha sık kranial MR çekilen hastada farklı lokalizasyonlarda tesbit edilen kranial metastazlar nedeniyle 3 kez cyber-knife uygulandı. İzlemde lokal nüks saptanmayan, tanısından itibaren 41 ay geçen hasta halen takibimizdedir.

resim 1



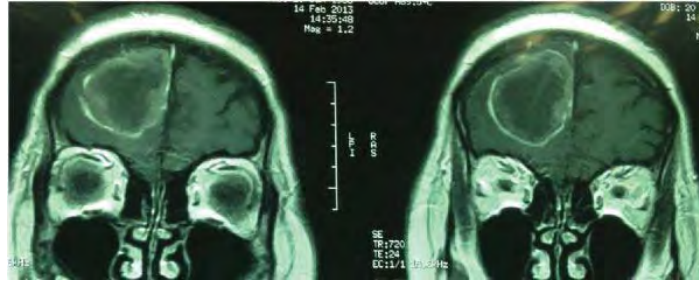
Tanı anındaki 07.03.2011 tarihli Toraks BT

resim 2



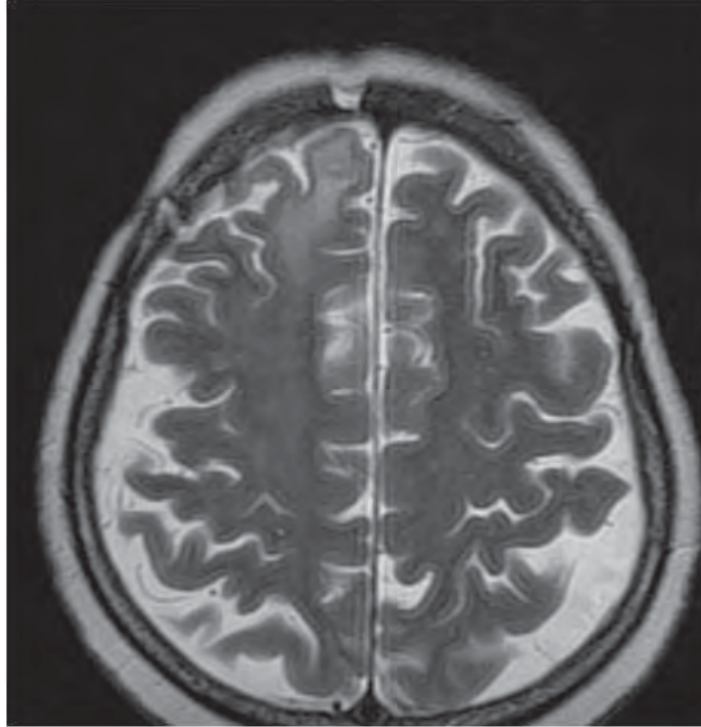
06.06.2011 tarihli Toraks BT'de KT sonrası tam yanıt izlenmekte

resim 3



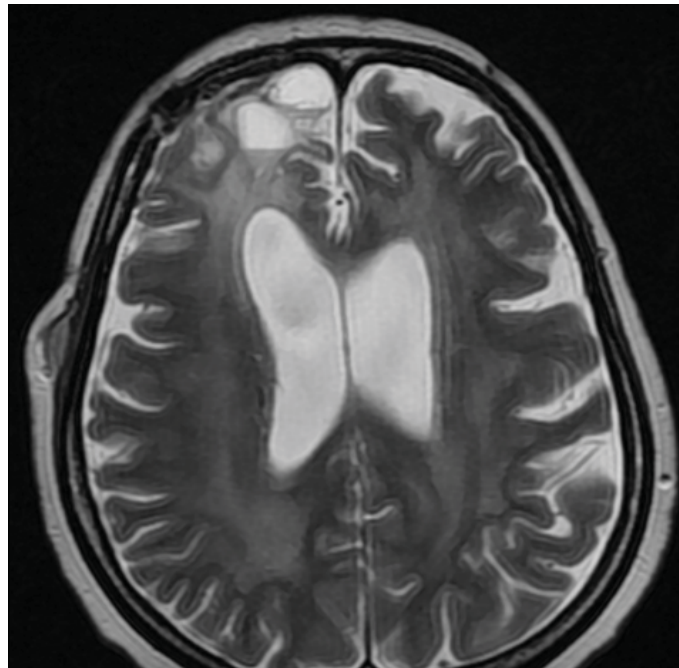
14.02.2013 tarihli kranial MR'da sağ frontal lobda kitle lezyonu

resim 4



21.10.2013 tarihli kranial MR'da sağ parasagittal hipodens lezyon

resim 5



01.03.2014 tarihli kranial MR'da sağ frontal lobda yeni bir metastatik lezyon

EP-046

Endobronşiyal Granüler Hücreli TümörGülbanu Horzum Ekinci¹, Sinem Güngör¹, Ayşe Ersev², Esen Akkaya¹, Osman Hacıömeroğlu¹, Adnan Yılmaz¹¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A. Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği²Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A. Hastanesi, Patoloji Kliniği

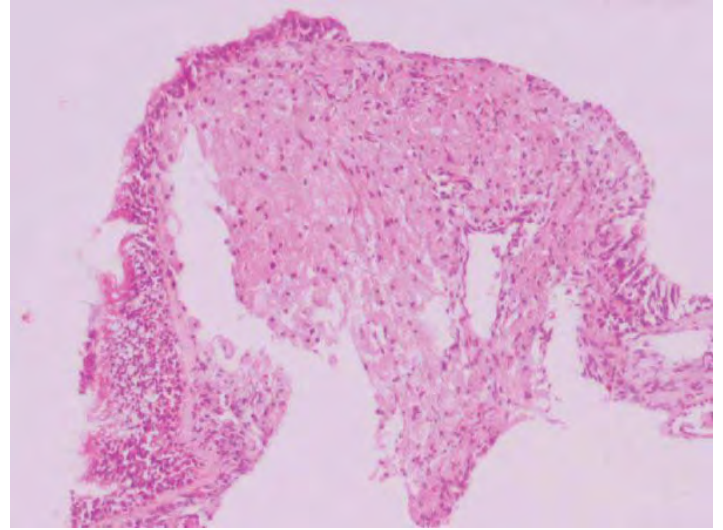
Pulmoner granüler hücreli tümör, nadir görülen benign seyirli bir tümör olup, bugüne kadar 100 civarında olgu yayınlanmıştır. Bu tümör, parenkimal veya endobronşiyal lokalizasyon gösterebilir. Bu yazıda endobronşiyal lokalizasyonlu bir granüler hücreli tümör olgusu sunulmuştur. Yirmi bir yaşında kadın hasta kronik öksürük yakınması nedeni ile merkezimize başvurdu. Hasta nonsmoker olup astım tanısı ile düzenli ilaç kullanıyordu. Arka-ön akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Bilgisayarlı toraks tomografisi, sağ alt lobun anterior segmentinde infiltrasyon gösteriyordu. Fiberoptik bronkoskopiye sağ alt lob girişinde mukozal infiltrasyon saptandı. Bronkoskopik biyopsilerin patolojisi granüler hücreli tümör olarak rapor edildi. Hastaya sağ postero-lateral torakotomi insizyonu ile girilerek sağ alt lobektomi ve mediastinal lenf bezi diseksiyonu yapıldı. Cerrahi materyalin mikroskopik incelemesi ve immünohistokimyasal boyamalar granüler hücreli tümör tanısını doğruladı. Operasyondan 42 ay sonra yapılan kontrolünde herhangi bir patolojik bulgu saptanmadı. Sonuç olarak, granüler hücreli tümör akciğerin nadir görülen bir tümörüdür. Bu tümörün seçkin tedavi yöntemi cerrahidir. Hastalar, cerrahi tedavi sonrası iyi bir prognoza sahiptirler.

Resim 1



Bilgisayarlı toraks tomografisi (parenkim penceresi): Sağ alt lobun anterior segmentinde infiltrasyon

Resim 3



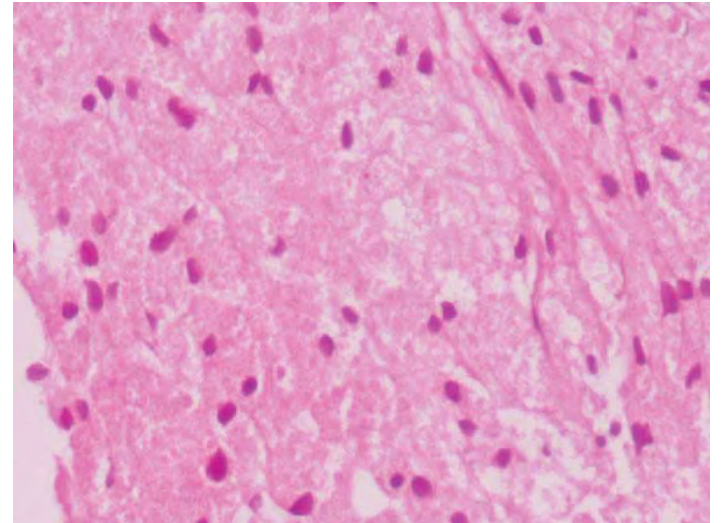
Mikroskopik inceleme: Bronş epitelinin altında tümöral lezyon (H+E x 4)

Resim 2



Bronkoskopik inceleme: sağ alt lob girişinde mukozal infiltrasyon

Resim 4



Mikroskopik inceleme: Eozinofilik ve granüler sitoplazmalı tümör hücreleri (H+E x10)

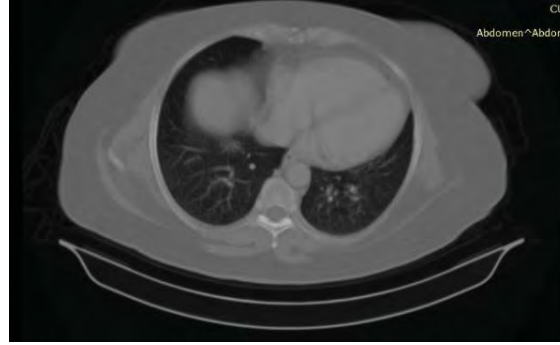
EP-047

Akciğerin Primer Ekstranodal Marjinal Zone LenfomasıAlper Avcı¹, İsmail Can Karacaoglu¹, Derya Gümürdülü², Cemal Özçelik¹¹Göğüs Cerrahisi Kliniği, Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye²Patoloji ABD, Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

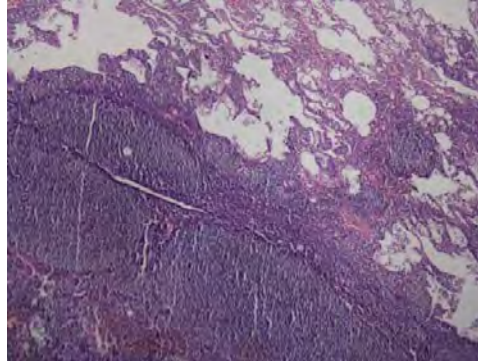
GİRİŞ: Akciğerin primer lenfoması nadir bir tümördür. Ekstranodal tüm non-Hodgkin lenfomaların (NHL) %1' ini oluştururken, tüm akciğer karsinomaları içerisinde %0,5'den daha az görülmektedir. Primer akciğer lenfomaların büyük çoğunluğunu marjinal zone B-hücreli NHL (MALT lenfoma)'lar oluşturur. Burada ekstranodal marjinal zone tanılı hastamızı sunmaktayız.

OLGU: 60-yaş-kadın hastaya medikal tedaviye dirençli öksürük nedeni ile toraks BT çekilmiş ve bilateral multiple parankimal nodüller saptanmış. Çekilen PET-BT'de bu nodüllerin hipermetabolik olduğu (SUVmax:8,7) ve akciğer dışı tutulum olmadığı görülmesi üzerine tanı amaçlı olarak kliniğimize referedildi. Hastaya sol alt lob kamabiyopsisi uygulandı. Patolojiktanısı ekstranodal marjinal zone lenfoma olarak gelen hasta medikal onkoloji kliniğine yönlendirildi. Postoperatif 24. ay kontrolünde; nodülleri kaybolmuş, nüks saptanmamış şekilde takibine devam edilmektedir.

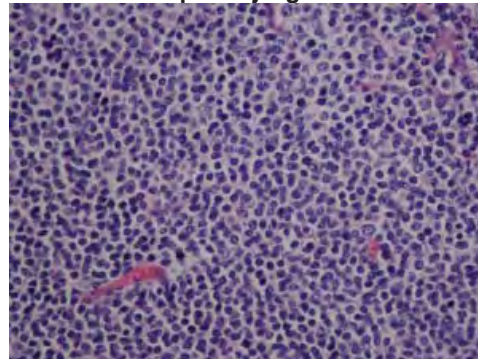
TARTIŞMA: Nadir görülen akciğerin bu primer malignitesine daha çok 50-60 yaşlarında rastlanmaktadır. Olguların çoğu ya asemptomatik yada nonspesifik solunumsal bulgularla başvurmaktadır. Radyolojik olarak lokalize veya bilateral retikülonodüler lezyonlar şeklinde görülmektedir. Olgumuzdaki gibi bilateral olgularda cerrahinin rolü tanı ile sınırlı kalmaktadır. Onkolojik tedavi altında bu olguların 5 yıllık sürvi oranları %80 üstündedir ve median sağkalım süresi 10 yıl üstündedir. Medikal tedaviye iyi cevap veren bu olgularda tanı ancak ayırıcı tanıda ekstranodal marjinal zone lenfomanında düşünülmesi ile konmaktadır. Bilateral retikülonodüler tutulumlarda non invaziv tanıl işlemler ile histopatolojik tanı konamamış hastalarda invaziv cerrahi ile tanı konmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Olgunun Toraks BT görüntüsü

Toraks BT de bilateral nodüller görülmekte

Histopatolojik görüntü

Tümörün AC parankimi ile olan ilişkisi (HEx40)

Histopatolojik görüntü

Marjinal zone lenfoma histopatolojik görüntüsü (HEx40)

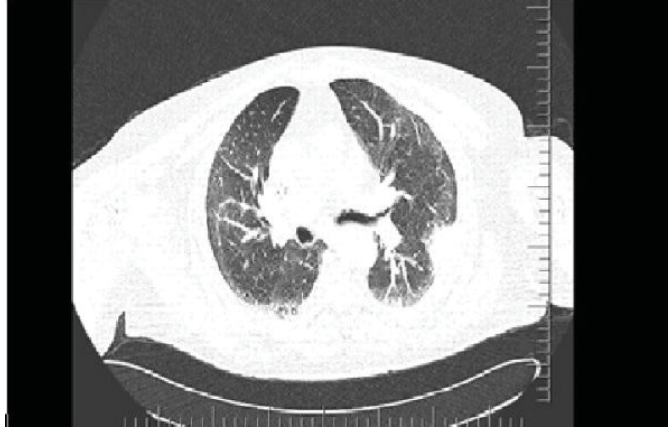
EP-048

Akciğerde Kitle Lezyonu ile Seyreden İlginç Bir Multiple Myelom Olgusu

Özlem Düvenci Birben, Emire Pınar Seyfettin, Ebru Koca, Müşerref Şule Akçay
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

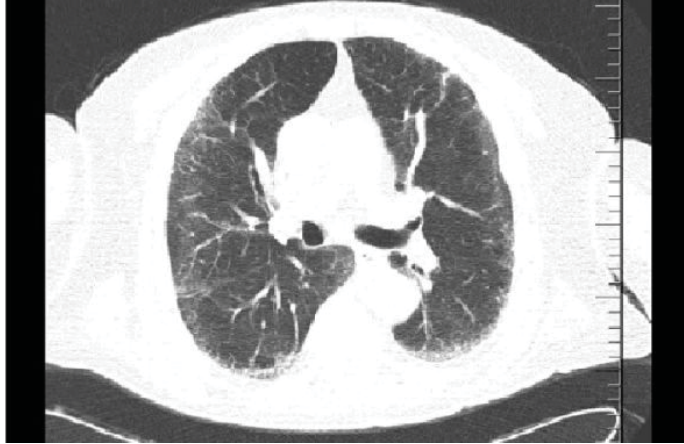
65 yaşında erkek hasta, Göğüs Hastalıkları polikliniğine halsizlik, nefes darlığı, yürüyememe şikayeti ile başvurdu. Bilinen sistemik hastalığı olmayan hastanın, Göğüs Hastalıkları polikliniğine ilk başvurusundan 1,5 ay önce düşme sonrası olan vertebra fraktürü nedeni ile opere edildiği ve uzun süredir sırt ağrısı nedeni ile osteoporozu yönelik çeşitli tedaviler almakta olduğu öğrenildi. Dispne etyolojisine yönelik çekilen Toraks BT'de sol akciğer alt lob superior segmente uyan konumda plevra tabanlı yumuşak doku kitlesi saptanan hastaya transtorasik biyopsi yapıldı. Patoloji raporu plazmositom olarak raporlanan hasta hematoloji polikliniğine yönlendirildi. Yapılan kemik iliği biyopsisi sonucu Multiple Myelom ile uyumlu olan hastaya vinkristin, adriamisin ve deltakortril başlandı. Remisyon sonrası kemik iliği transplantasyonu (KİT) gerçekleştirildi. Sonrasında çekilen kontrol Toraks BT'de kitle ile uyumlu lezyonda tam regresyon saptandı. KİT sonrası Multiple Myelom açısından da yanıtı sürmektedir. Yaygın kemik lezyonları ile birlikte akciğerde kitle ile başvuran olgularda plazmositom tanısının hatırlanması amacıyla olgumuzu tartışmaya sunduk.

RESİM 1



Toraks BT'de sol akciğer alt lob superior segmente uyan konumda plevra tabanlı yumuşak doku kitlesi

RESİM 2



kemoterapi ve KİT sonrasında çekilen kontrol Toraks BT'de kitle ile uyumlu lezyonda tam regresyon saptandı

EP-049

Leptomeningeal Metastaz ile Seyreden Akciğer Adenokarsinoma Olgusu

Derya Özyayın, Ülkü Yılmaz, Tuba İnal Cengiz

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Leptomeningeal metastazlar solid tümörlerde % 4-15 sıklıkta görülen,prognozu ve sağkalımı etkileyen önemli faktörlerden birisidir.Lep-tomeningeal metastaz tanısı asil olarak serebrospinal sıvı örneği ile konulmasına rağmen,radyoloji ve klinik de tanı da yardımcı olabilir. Nadir görülen metastaz çeşidi olması nedeni ile olgumuzu literatür eşliğinde sunmayı uygun bulduk.

29 yaşında erkek hasta nefes darlığında artış şikayeti ile başvurduğu klinikte çekilen PET-BT 'de sağ hiler kitle lezyonu,her iki akciğer,-mediastinal lenf nodları,supraklavikuler lenf nodu ve iskelet sisteminde yaygın metastaz saptanması üzerine yapılan lenf nodu biyopsisi sonucu adenokarsinoma metastazı olarak raporlandı.Hastanın iskelet sisteminde yer alan T12 vertebraya palyatif RT sonrası hastaya 1 kür pemetrekset-cisplatin kemoterapisi verildi.Kemoterapiden yaklaşık 10 gün sonra hastada bilinç bulanıklığı,konuşma güçlüğü ve sağ hemiparezi gelişmesi üzerine hastaya steroid tedavisi başlanarak kranial MR çekildi.Kranial sulcuslar ve leptomeningeal alanlarda difüzyon kısıtlaması gösteren ve patolojik kontrastlanan lezyonlar leptomeningeal metastazla uyumlu olarak raporlandı.Hastaya acil kranial RT başlandı.Takibinde ALK müspet gelen hastaya krizotinib tedavisi başlandı.RT bitiminde ve krizotinib tedavisinin 20.gününde hastanın bilinç bulanıklığında düzelme,genel durumunda düzelme saptandı.Metastatik beyin tümörleri kanser olgularının %10'da görülür ve akciğer kanserlerinde beyin metastazı sık gözlenir.Metastatik beyin tümörlerinde ortalama yaşam süresi 6 aydır.Leptomeningeal metastazlar ise solid tümörlerde % 4-15 oranında gözlenir ve ortalama yaşam süresi 8 haftadır.Leptomeningeal metastazlar da en sık primer tümör meme,akciğer ve melanomlardır. Leptomeningeal metastaz tanısı serebrospinal sıvı örneğinde tespit edilen tümör hücreleri ile konulsa da kranial MR da bu konuda yardımcıdır.Leptomeningeal metastazların tipik MR bulgusu meninkslerde ve subaraknoid mesafede diffüz kontrast madde tutulumudur. Serebrospinal sıvı absorpsiyon kusuruna bağlı ventriküler dilatasyon gözlenebilir. Leptomeningeal metastaz saptanmış akciğer kanseri olgularında,erken dönemde kranial RT en etkili ve en güvenilir yöntemdir.Sistemik kemoterapi de tedavide etkili olabilir. Nadir görülen bir olgu olması ve leptomeningeal metastazın sağkalımı azaltması nedeni ile sunulmuştur.

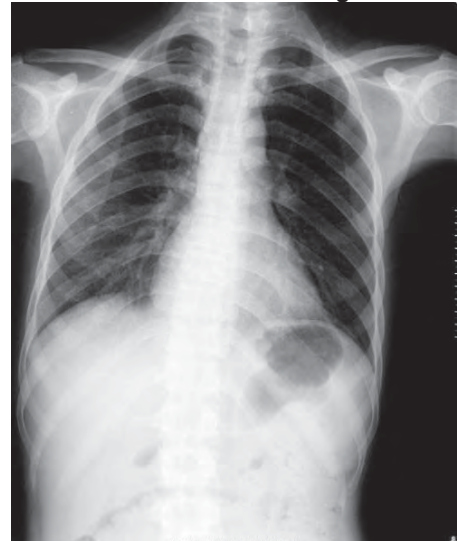
Akciğer adenokarinoma tanı



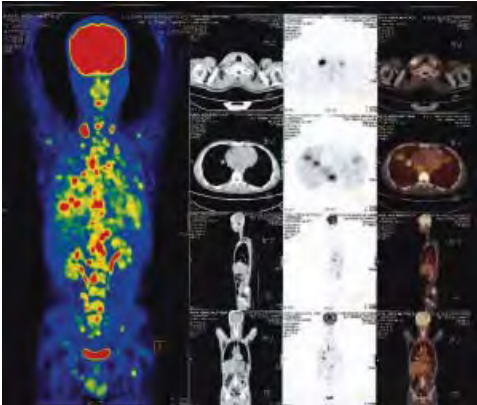
Kranial MR



Krizotinib tedavisi 20.gün



PET-BT tanı



EP-050**Akciğerin Primer Adenoid Kistik Karsinomu: Olgu Sunumu**

Nilgün Yılmaz Demirci¹, Ahmet Selim Yurdakul¹, Emel Rodoplu Ünal², Nalan Akyürek², Sedat Demircan³

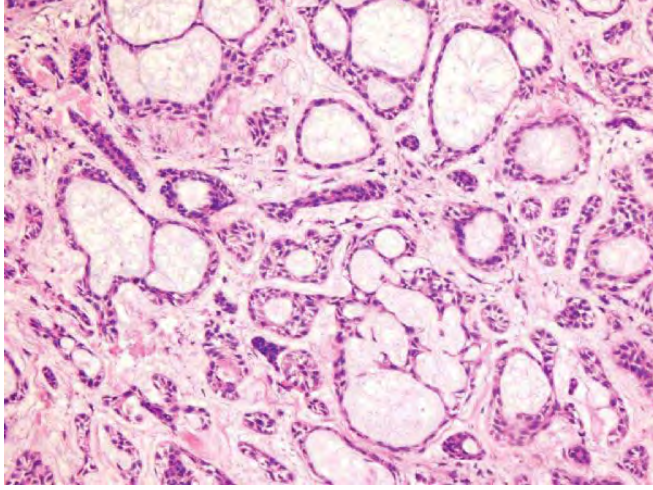
¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji ABD, Ankara

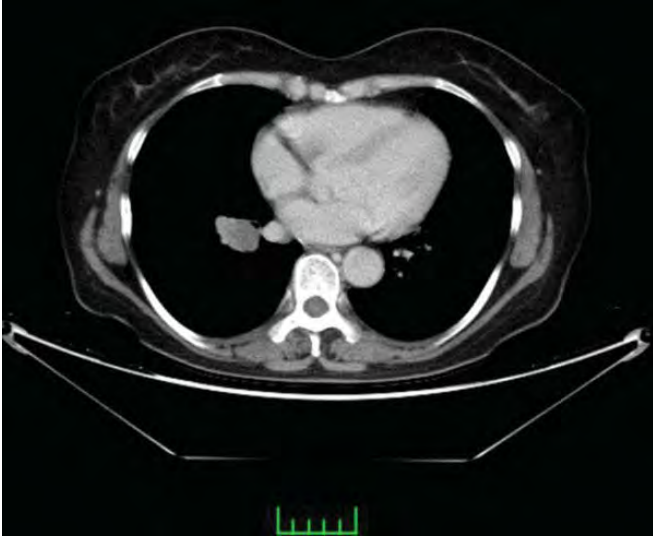
³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi ABD, Ankara

Akciğerden köken alan tükrük bezi tipinde malign tümörler oldukça nadir olup adenoid kistik karsinomlar (AKK) da bu grup içinde en sık görülenidir. Yine nadir olarak deri, meme, serviks, üst gastrointestinal sistemde de görülebilir. Primer AKK tüm akciğer kanserlerinin % 0.04-0.2 ' sini oluşturur ve yavaş büyüyen bir tümördür. AKK'ın % 90'ı santral yerleşimli olup nadir olarak da periferik yerleşimli olabilir. Santral yerleşimli vakalarda öksürük, hırıltılı solunum ve nefes darlığı sık olup yanlışlıkla astım tanısı alabilmektedirler. Periferik yerleşimli olanlar ise aynı lokalizasyonda tekrarlayan pnömoni şeklinde karşımıza çıkabilir. Bu yazıda aynı lokalizasyonda tekrarlayan pnömoni nedeni ile tetkik edilen ve sağ alt lob bazal segmentte endronşiyal lezyon saptanan ve kriyo biyopsi ile AKK tanısı alan olgu literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

Adenoid kistik karsinom. Boşluklar içinde mukopolisakkarid içeren tübüler yapılar (H&E x200)



Olguya ait BT kesitinde infrahiler alanda LAP? kitle? izlenmekte

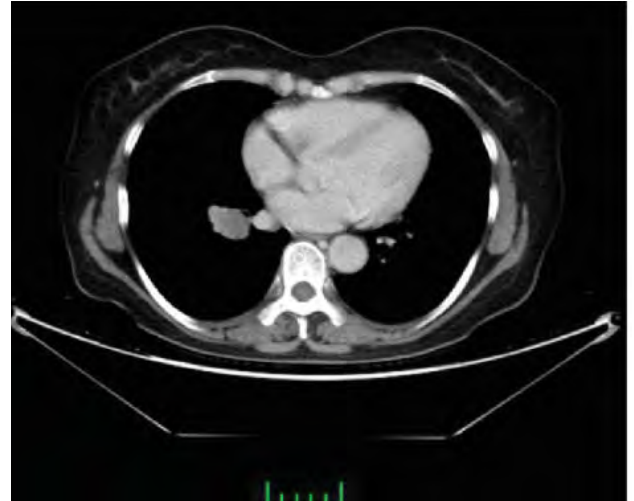


Resim 1



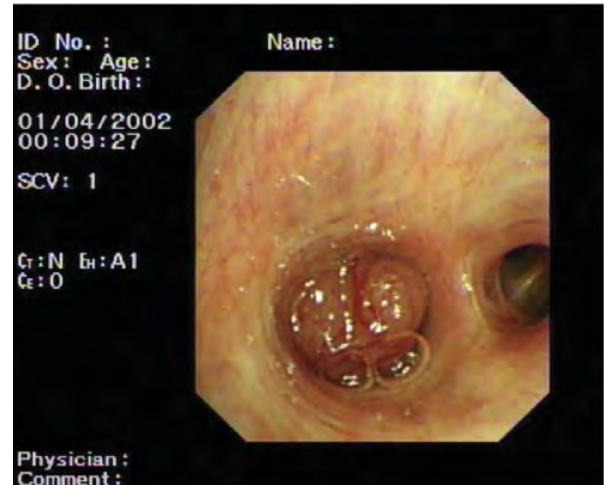
Olguya ait posteroanterior akciğer grafisi

Resim 2



Toraks BT' de sağ akciğer alt lobda endobronşiyal lezyon

Resim 3



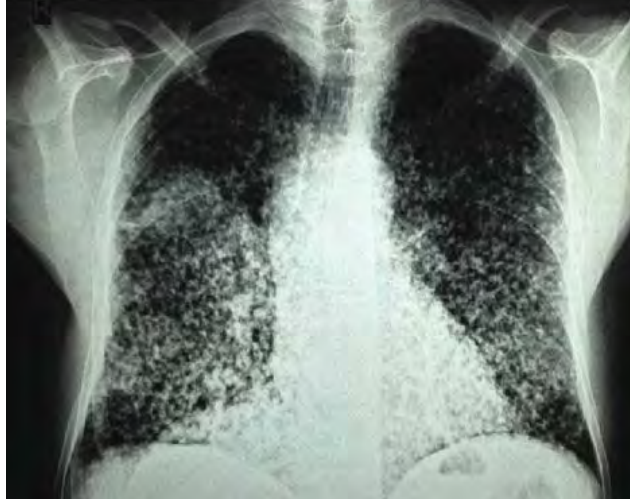
Fiberoptik bronkoskopi görüntüsü

EP-051

Primer Akciğer Kanserinin Miliyer Metastazı Olgu SunumuTürkan Zeynep Işıkdoğan¹, Nilgün Yılmaz Demirci¹, Leyla Memiş², Ahmet Selim Yurdakul¹¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

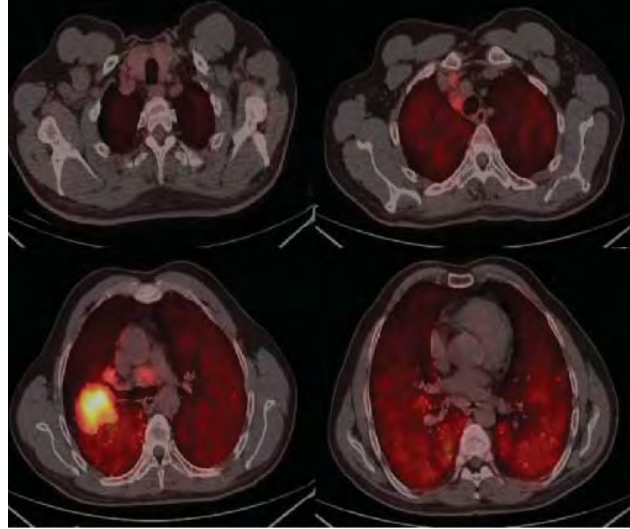
Multipl pulmoner nodüller radyolojik olarak parankim içerisinde düzgün konturlu, keskin sınırlı, yuvarlak homojen opasiteler olarak görünürler. Neoplazilerin çoğu akciğere metastaz yapabilir. Sayılamayacak kadar çok nodüllere en sık tiroid karsinomu metastazında rastlanır. Ayrıca miliyer enfeksiyonlar, sarkoidoz ve bazı pnömokonyozlar da benzer görünüme neden olabilir. Primer akciğer kanseri multipl pulmoner nodüllerin nadir bir nedenidir. Bu yazıda 49 yaşında, yeni başlayan öksürük şikayeti bulunan ve toraks tomografisinde her iki akciğerde yaygın miliyer nodülleri ile sağ akciğer üst lobda kitle ile uyumlu görünümü olan erkek olgu primer akciğer kanserinin miliyer metastazının nadir olması nedeni ile sunulmuştur.

Resim1



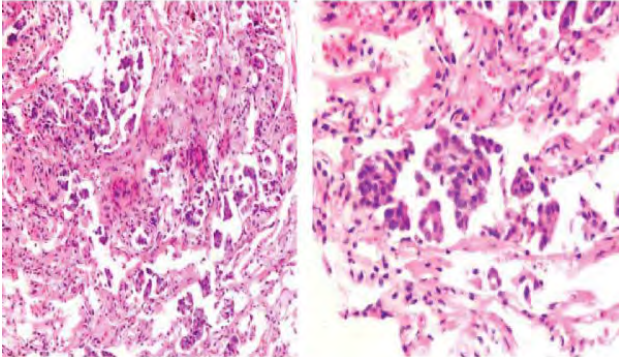
Posteroanterior akciğer grafisi

Resim2



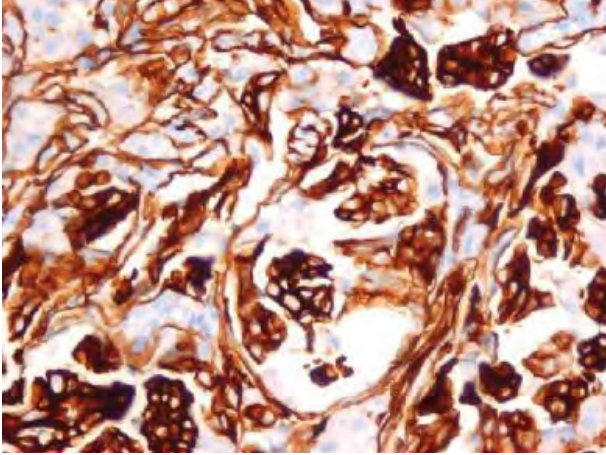
PET-CT görüntüsü

Resim3



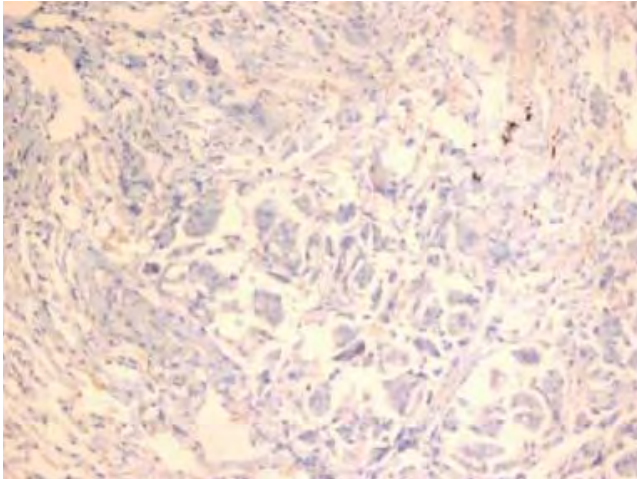
Adenokarsinom hücre grupları (H&Ex100) ve (H&Ex200)

Resim4



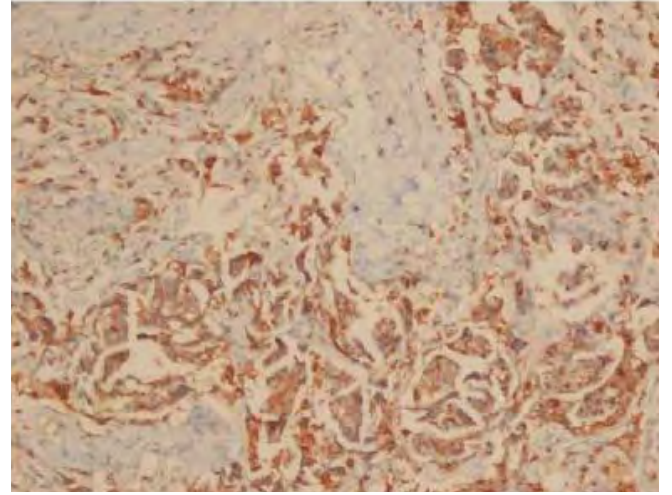
Sitokeratin 7 pozitif (İHK X200)

Resim5



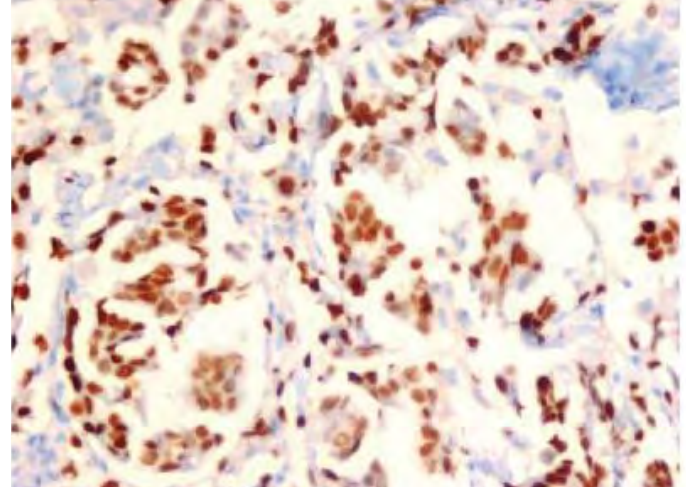
Sitokeratin 20 negatif (İHK X100)

Resim6



Napsin pozitif (İHK X100)

Resim7



TTF-1 pozitif (İHK X200)

EP-052

Operabl Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanserinde Cerrahi Sonuçlarımız;Kadir Burak Özer¹, Hatice Eryiğit Ünalı¹, Murat Ersin Çardak², Hakan Sönmez¹, Attila Özdemir¹, Recep Demirhan¹¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği²Konya Beyhekim Devlet Hastanesi

Retrospektif olarak yapılan bu çalışmada Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği'nde 2010 Ocak – 2014 Haziran yılları arasında akciğer rezeksiyonu yapılan 160 hasta değerlendirildi. Bu çalışmaya dahil edilen hastaların 139'u erkek (%86.7), 21'i kadın (%13.3) idi. Olguların yaş aralığı 28 -81 yıl arasında değişmekteydi. Yaş ortalaması ise 58,5 yıl idi. 96 hastada sağ (%60), 64 hastada sol (%40) taraf rezeksiyonu uygulandı. Hastaların 15'ine pnömonektomi, 7'sine bilobektomi, 130'una lobektomi, 8'ine segmentektomi yapıldı. Yedinci TNM evrelemesine göre, olguların 20'si evre 1A (%12,5), 23'ü Evre 1B (%14,3), 28'i evre 2A (%17,5), 38'i evre 2B (%23,75), 35'i evre 3A (%21,8), 11'i evre 3B (%6,8) ve 5'i evre 4 (%4,3) idi. Cerrahi mortalite sayısı (post-op ilk 7 gün) 4 ile sınırlı idi (%2,5). Bu hastaların 2'sinde pnömونيye bağlı solunum yetmezliği, 1'inde akut iskemik serebrovasküler emboli, diğer hastada ise masif kan transfüzyonuna bağlı akut böbrek yetmezliğinden mortalite görüldü. 16 hastada morbidite saptandı. Bu hastaların 7'si uzamış hava kaçağı, 6'sında pnömوني, 3'ünde de atriyal fibrilasyon saptandı. Yapılan bu retrospektif analiz, literatürler ile karşılaştırıldığında mortalite ve morbidite açısından anlamlı bir fark bulunmadı.

Hastaların TNM Evrelemesine göre dağılımı

EVRE	HASTA SAYISI	YÜZDESİ (%)
1A	20	%12,5
1B	23	%14,3
2A	28	%17,5
2B	38	%23,75
3A	35	%21,8
3B	11	%6,8
4	5	%4,3

EP-053

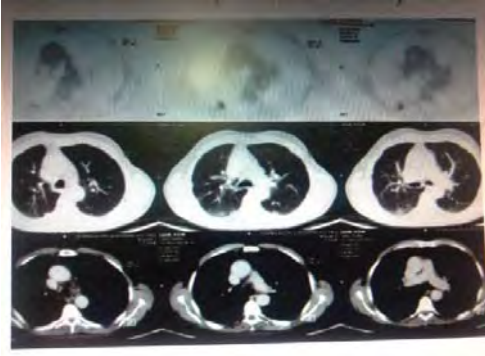
Kranial Radyoterapi Ardından Kaybolan Akciğer Adenokarsinomu: 'Abscopal' Etkisi

Elvin Hekimoğlu, Ahmet Demirkaya, Nurlan Alizade, Ezel Erşen, Kamil Kaynak, Akif Turna
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Küçük hücreli dışı akciğer kanserli olgularda en iyi tedavi uygun olan has-talarda yapılan cerrahi rezeksiyondur. Uygun olmayan olgularda ve metastazı olan hastalarda ise, radyoterapi bir seçenek olarak kabul edilmektedir.

Nefes darlığı şikayetiyle başvuran 68 yaşındaki erkek hastanın çe-kilen Toraks BT'sinde sol akciğer üst lobda milimetrik nodül ve sağ ak-ciğer alt lob superior segmentte 8 mm lezyon izlendi. Sağ alt lobdaki nodüle yapılan transtorasik iğne aspirasyonu sonucu dış merkezde skuamöz hücreli karsinom olarak rapor edildi. Kranyal MR'da ponsda metastatik lezyon izlenmesi üzerine kranyal radyoterapi alan hastanın yapılan mediastinoskopisinde lenf nodu tutulumu saptanmadı. Takipleri esnasında çekilen Toraks BT ve PET-BT'de akciğer parankiminde daha önce olan lezyonun kaybolduğu izlendi. Altı ay sonra çekilen Toraks BT'de sağ alt lob superiorında malignite açısından kuşkulu lezyonun yeni yapılan PET-BT'de aynı bölgede hafif artmış FDG tutulumu ve kitle görüntüsü saptandı. Bunun üzerine, hasta-ya sağ alt superior segmentektomi yapıldı ve patoloji sonucu lepidik patern baskın adenokarsinom olarak bildirildi. Medikal onkolojiye yönlendirilen hasta 6 tur kemoterapi aldı. Olgu, 15 aydır takip edilmektedir. Literatürde 'abscopal etki' olarak adlandırılan bu nadir durum metastatik bir tümör olgusunda tümörün ışınlanmasına bağlı olarak ışınlanan bölgeye uzak alandaki tümör hücrelerinin regrese olması olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalar radyoterapinin muhtemelen parçalanmış antijenler yolu ile immün sistemi stimüle etmesiyle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Kranial Radyoterapi Ardından Kaybolan Akciğer Adenokarsinomu:



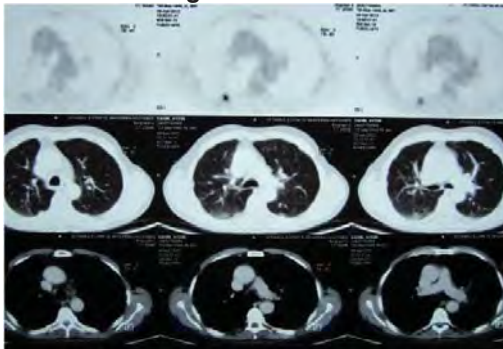
Toraks BT; lezyon yok



Kranial Radyoterapi Ardından Kaybolan Akciğer Adenokarsinomu:



sağ alt lob nodül



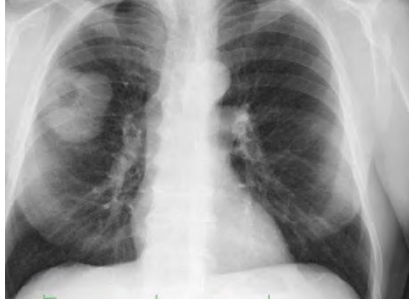
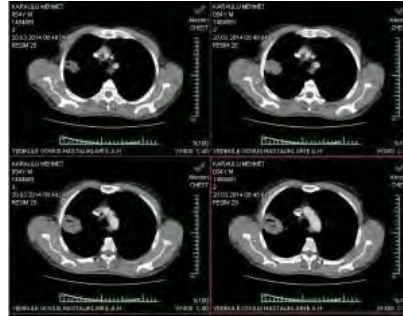
Toraks BT; lezyon yok



EP-054

Akciğer Kanseri ve Tüberkülozu Birlikteliği Gösteren Kitle OlgusuSibel Yurt¹, Burcu Arpınar Yiğitbaş¹, Mahmut Şahin², Celal Satıcı¹, Özkan Saydam³, Ayşe Filiz Arpaçağ Koşar¹¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul²Esenler Verem Savaş Dispanseri, İstanbul³Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi

Akciğer karsinomu ve tüberkülozu birbiriyle karışabilen hastalıklardır. Tüberküloz farklı radyolojik görünümde ortaya çıkabilir. Olgumuz iş başvurusunda çekilen akciğer grafisinde sağ akciğer üst lobda kısmen kavite gösteren kitle lezyonu izlenmesi üzerine hastanemize yönlendirilmiş. Yaklaşık 35 p/yıl sigara anamnezi olan hastanın toraks BT'si çekilerek tanısız amaçlı aynı gün transtorasik iğne aspirasyonu (TTİA) ve bronkoskopi yapılmış. Bronkoskopik lavajın ARB'si pozitif gelmiş ve transtorasik iğne aspirasyonunda ise az sayıda malignite kuşkusu taşıyan atipik hücreler görülmesi üzerine ikinci defa TTİA yapılmış. Malignite kuşkusu belirtilmeden atipik skuamöz epitel hücreleri ve diğer hücre grupları görülmesi üzerine tüberküloz tedavisi başlanarak takibe alınmış. Kültürde de ARB üremesi ve antibiyotiklere duyarlı gelmesi üzerine tedaviye devam edilmiş. Yaklaşık 3 aylık tedaviler sırasında kitle çapında ve yoğunluğunda bir gerileme izlenince tedaviye devam edilmiş ancak 3. aydan itibaren kitle çapında büyüme izlenmeye başlanması üzerine takip olduğu verem savaş dispanserinden tarafımıza yönlendirildi. Hastanın kitlesinin büyüdüğü görülmesi üzerine tekrar TTİA yapıldı, küçük hücre dışı malignite adenokarsinomla uyumlu olarak gelmesi üzerine operabilitesi araştırılarak PET-CT vs. çekildi. Mediastinal LAM larda PET + saptanan hastanın öncelikli olarak mediastinoskopi yapıldı. Mediasten LAM'lerde antrakoz dışında patoloji saptanmayınca torakotomi ve sağ pnömonektomi yapıldı. Hastamız akciğer kanseri ve tüberkülozun birlikte bulunabileceğini ve tanı gecikmelerine yol açabilmesi açısından ayırıcı tanının dikkatli yapılması gerektiğini vurgulamak amaçlı sunmayı uygun bulduk.

olgu 3. ay kontrol PA akciğer grafisi*olgu 3. ay kontrol PA akciğer grafisi***Olgu ilk PA akciğer grafisi***Olgu ilk PA akciğer grafisi***toraks BT***Olgunun Akciğer Bilgisayarlı Tomografisi*

EP-055

Diyarbakır Yöresinde Allerjik Solunum Yolu Şikayetleriyle Başvuran Hastalarda Uygulanan Deri Prik Testi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Melike Demir¹, Halide Kaya¹, Hadice Selimoğlu Şen¹, Mahsuk Taylan¹, Süreyya Yılmaz¹, Ayşe Dalli², Beyhan Yılmaz³, Özlem Abakay¹, Cengizhan Sezgi¹

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

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, Diyarbakır

AMAÇ: Allerjik astma ve rinit, atopik hastalıkların başında gelmektedir. Allerjen dağılımı bölge, deniz seviyesinden yükseklik, nem ve bitki örtüsüne göre değişmektedir. Atopik hastalıklarda deri prick testi (DPT), allerjenlerin saptanmasında oldukça hızlı, kolay ve ucuz bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada DPT ile tespit edilen allerjenler ile total serum IgE (T.IgE) düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ve bölgemizdeki allerjenlerin sıklığını incelenmesi planlandı.

YÖNTEM-GEREÇLER: Ocak 2009 ile Aralık 2013 arasında Dicle Üniversitesi göğüs hastalıkları polikliniğine allerjik astım ve/veya rinit tanısı ile başvurup DPT yapılan 1791 hastanın klinik özellikleri, deri prick testi sonuçları ve T.IgE düzeyleri geriye dönük olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 1791 hastanın 1077'si (%60,1) kadın, 714'ü (%39,9) erkekti. Kadınların yaş ortalaması $34,28 \pm 12,77$ erkeklerin $32,97 \pm 11,40$ olarak saptandı. Bu hastalardan 722'ünde (%40,3) en az bir ya da daha fazla allerjene karşı pozitif yanıt saptandı. Erkeklerde (% 44.5) allerji testi pozitifliği kadınlara (%37.5) kıyasla daha yüksekti ($p=0,002$). DPT'nde en sık saptanan allerjenler sırasıyla çayır polenleri (%70.3), buğday poleni (%46.5) ve ağaç polenleri (%46.1) idi. Kadınlarda erkeklere göre kedi ve köpek epiteline duyarlılık daha fazlaydı ($p=0.023$, $p=0.036$). Total serum IgE düzeyi ortalama 223.02 ± 400.67 EU/ml idi ve hastaların %38.5'inde yüksekti. Total serum IgE seviyesi yüksek olan hastalarda DPT pozitifliği, T.IgE seviyesi normal olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazlaydı ($p < 0.001$).

SONUÇ: Diyarbakır bölgesinde çayır ve buğday polenin en sık karşılaşılan allerjenler olduğu saptandı. Bölgedeki allerjen dağılımının bilinmesinin, allerjik astım ve/veya rinit hastalarında allerjen duyarlılığının dikkate alınmasında katkı sağlayacağı düşünüldü.

Tablo 1. Deri prick testinde saptanan allerjenlerin dağılımı

Allerjenler	n (%)
Çayır polenleri	508 (70.4)
Buğday poleni	336 (46.5)
Ağaç karışımı	333 (46.1)
Ev tozu akarı(DP)	288(39.9)
Ev tozu akarı(DF)	273 (37.8)
Yabani otlar	238 (33.0)
Köpek epiteli	170 (23.5)
Hamamböceği epiteli	134 (18.6)
Kedi epiteli	121 (16.8)
Aspergillus	89 (12.3)
Lateks	47 (6.5)
Alterniatenuis	42 (5.8)
Kavak-söğüt ağacı	4 (0.6)
Cladosporium	3 (0.4)
Mısır poleni	3 (0.4)
DF:Dermatophagoides farinae, DP:Dermatophagoides pteronyssinus	

Tablo 2. Allerjenlerle yaş arasındaki korelasyon analizi sonuçları

Allerjen türü	r değeri	p değeri
Çayır polenleri	-127**	<0.001
Buğday poleni	-136**	<0.001
Ağaç karışımı	-088**	<0.001
Yabani otlar	-090**	<0.001
Kedi	-058*	0.015
Lateks	-093**	<0.001
** Correlation is significant at the 0.01 level * Correlation is significant at the 0.05level		

Tablo 3.Yaş gruplarına göre cinsiyet ve allerji testi sonuçları

Yaş grupları	(14-29) n(%)	(30-49) n(%)	(50-89) n(%)	n
Kadın	378(35.1)	516(47.9)	183(17)	
Erkek	309(43.3)	342(47.9)	63(8.8)	p<0.001
Allerji testi pozitif	303(42)	346(47.9)	73(10.1)	
Allerji testi negatif	384(35.9)	512(47.9)	173(16.2)	p<0.001

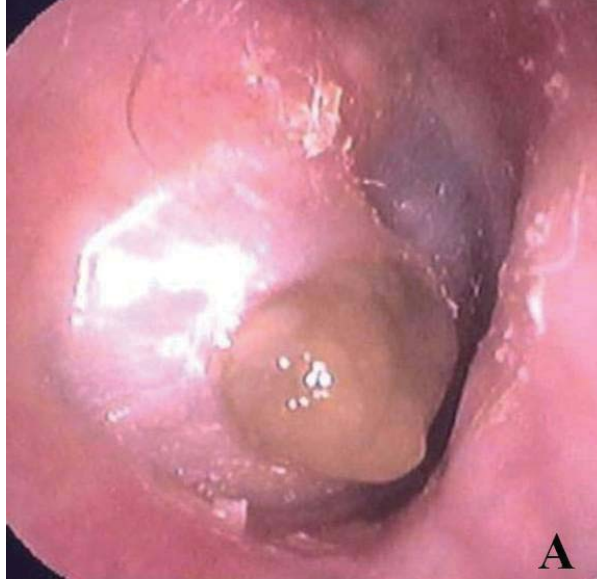
EP-056

Yeniden Düzenlenmiş Astım tedavisi ile Eozinofilik Otitis Media'nın İyileştirilmesi

Onur Dede¹, Hatice Uluçoban Dede²¹Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, KBB Anabilim Dalı, Antalya²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

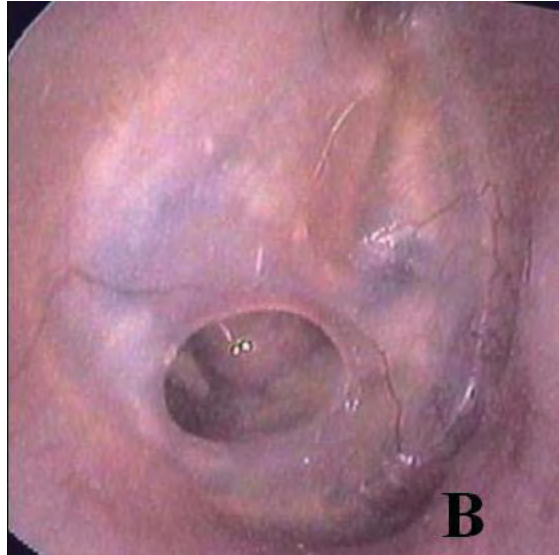
Eozinofilik otitis media (EOM) astım ile birlikte çok yüksek bir bağlantı oranı gösteren ve belirgin eozinofil infiltrasyonu ile karakterize ınatçı otitis media'ya yol açan bir durumdur. Orta kulak boşluğu nazofarenkse östaki tüpü vasıtasıyla bağlanır ve üst solunum yolunun bir parçası olarak kabul edilir. Allerjik rinit ve astım çoğunlukla üst ve alt solunum yollarında beraber görülen kronik inflamatuvar hastalıklar olarak birbirleri üzerine etkili patolojilerdir. Aslında, inhale kortikosteroidler sistemik eozinofiliyi dolaşımında ve nazal mukozada azalttıkları gibi mevsimsel nazal semptomları da seyreltmektedirler. Sunulacak olan bu vaka erişkin başlangıçlı astımı bulunan EOM'lı hastanın sadece inhale flutikazon propionat (FP) tedavisinden kombinasyon tedavisine (FP/ Salmeterol) geçişi sonrası anlamlı klinik düzelmesini bildirilmektedir. Bu sonuç EOM ve astımın yakın ilişkili fakat farklı klinik bulgularla seyreden hastalıklar olduğu hipotezini desteklemektedir.

Resim1



Sağ kulaktaki timpanik membran bulguları. (A) Astım tedavisini optimize etmeden önce timpanik membran perforasyonundan yapışkan sıvının gelişi

resim2



(B) Bir basamak ileri götürülen astım tedavisi ile gelen sıvının kesildiği görülmektedir.

EP-057

İzmir İlinde Prick Testleri İle Saptanan Aeroallerjen Dağılımı

Ayşe Dalli, Melek Çekiç, Sibel Öktem Ayık, Zehra Canan Kaçar, İpek Coşkunol, Aydın İlker Alp

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

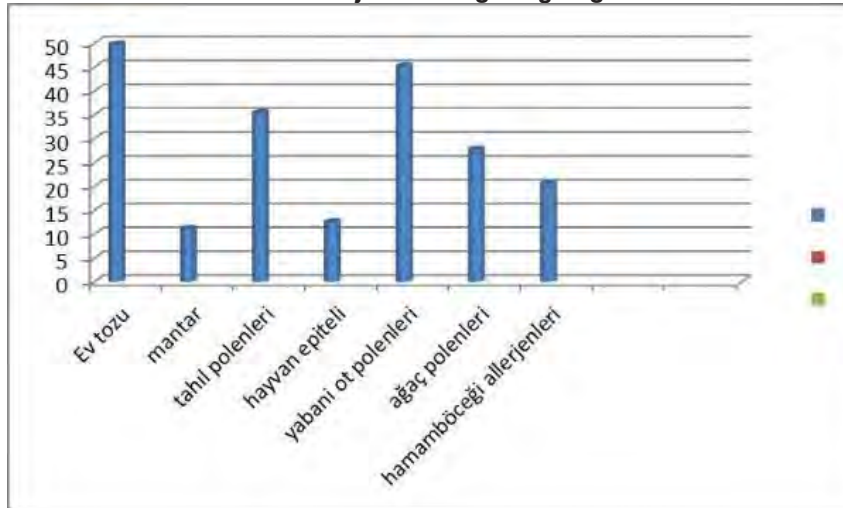
AMAÇ: Bu çalışmadaki amacımız allerjik solunum yolu şikayetleri ile polikliniğimize başvuran hastalara uygulanmış deri prick testi sonuçlarını değerlendirerek, ilimizde sık rastlanan aeroallerjenleri tespit etmektir.

GEREÇ-YÖNTEM: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğinde Haziran 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında deri prick testi uygulanmış ve en az bir allerjene pozitif olduğu saptanan hastalar retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 651 hastanın 457'si (%70,2) kadın, 194'ü (%29,8) erkek olup yaş ortalaması 40.0 (yaş aralıkları; 15-83) idi. Hastaların polikliniğe başvuru semptomları değerlendirildiğinde en sık sırasıyla 357'si (%55) astım ve allerjik rinit (AR), 162'si (%25) rinit, 130'u (%20) astım semptomu ile başvurmuştu. 651 hastanın 557'sinin (%85,8) solunum fonksiyon testi (SFT) mevcuttu. SFT sonuçları değerlendirildiğinde %79,1'i normaldi. SFT'de saptanan patolojiler sıklık sırasına göre %18,4 obstrüksiyon, %1,4 restrüksiyon, %1,1 mix tip bozukluk olarak görüldü. Prick testi sonuçları değerlendirildiğinde 324 (%49,8) hastada ev tozu akarlarına, 73 (%11,2) hastada mantarlara, 82 (%12,6) hastada hayvan epitellerine, 231 (%35,5) hastada tahıl polenleri, 295 (%45,3) hastada yabancı ot polenlerine, 181 (%27,8) hastada ağaç polenlerine, 134 (%20,6) hastada hamam böceği allerjenlerine karşı duyarlılık saptandı.

SONUÇ: İzmir bölgesinde allerjik solunum yolu şikayetleri ile gelen hastalarda deri prick testlerinde en sık saptanan aeroallerjenlerin sırasıyla ev tozu akarları, yabancı ot polenleri ve tahıl polenleri olduğu belirlendi.

Aeroallerjenlerin dağılım grafiği



EP-058

Astım Kontrolü Üzerine Etkili Faktörler

Filiz Sadi Aykan¹, Gülçin Sarı², Sema Demir¹¹TC Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Ankara²TC Sağlık Bakanlığı Sincan Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Ankara

GİRİŞ ve AMAÇ: Astım tedavisinde amaç klinik kontrolün sağlanmasıdır. Bu durum çoğu zaman hasta-hekim iletişimiyle ilişkili olsa da, hastalığın kontrolünde etkili başka faktörlerde söz konusudur. Bu çalışmada astım kontrolü üzerine etkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmamızda son 1 yıl içinde polikliniğimize başvuran ve en az bir yıldır astım tanısı almış hastaların astım kontrol testi (AKT) sonuçları ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek sahibi olma, komorbidite varlığı, vücut kitle indeksi (VKİ), kullanılan inhaler cinsi ve sigara kullanımı arasındaki ilişki araştırıldı. Komorbidite varlığı Charlson komorbidite skoruna göre belirlendi. AKT'de ≤ 19 puan kontrolsüz, 20-24 arası kısmi kontrollü, 25 puan tam kontrollü astım olarak değerlendirildi. Kriterleri karşılayan ve ilgili verilerine ulaşılabilen 165 (137 kadın, 28 erkek) hasta çalışmaya alındı.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşları 48 ± 12 (18-83) idi. Ortanca izlem süreleri 4 (1-43) yıl idi. Astımı kontrolsüz grupta 81 (%49,1), kısmi kontrollü grupta 71 (%43) ve tam kontrollü grupta 13 (%7,9) hasta vardı. Hastalar kontrolsüz (grup-1) ve tam-kısmi kontrollü (grup-2) olarak ikiye ayrıldığında; gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından fark saptanmadı ($p=0.4$). 1 ve 2. grupta herhangi bir işte çalışmama oranı sırasıyla %80.4 ve %70.2 idi ($p=0.09$). Komorbidite varlığı ve aktif sigara içiciliği astım kontrolünü olumsuz etkilediği görüldü bu etki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.2$ ve $p=0.4$). Grup 1'in %80.2'si, grup 2'nin ise %71.4'ünün eğitim durumunun ortaokul ve altı olduğu görüldü ($p=0.1$). Tüm hastaların %54.5'i obezdi. Grup 1'de obezite ($VKİ > 29$) oranı daha yüksek olmakla birlikte bu fark anlamlı değildi ($p=0.2$). Hastaların kullandıkları inhaler grupları değerlendirildiğinde gruplar arasında aerolizer ve ölçülü doz inhaler kullanım sıklığı açısından fark saptanmazken, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kontrolsüz astım grubunda diskus kullanım oranının yüksek (%42), turbuhaler kullanım oranının ise düşük olduğu dikkat çekti ($p=0,08$).

SONUÇ: Çalışmamız sonucunda sınırdan anlamlı ($0.05 \leq p < 0.1$) olarak bulunsa da, kontrolsüz astım tablosu aktif çalışmayan veya iş sahibi olmayan, öğrenim durumu düşük ve diskus ile izlenen hastalarda daha sık olarak bulundu. Daha sağlıklı veriler elde edilebilmesi için daha geniş çaplı çalışmalara gereksinim olduğu düşünüldü.

Astım kontrolü üzerine etkili faktörler

Parametre	Grup 1 (81 hasta)	Grup 2 (84 hasta)	p değeri
Cinsiyet n(%)			
Kadın	12 (14.8)	16 (85.2)	0.4
Erkek	69 (19)	68 (81)	
Yaş (ortalama \pm SD)	49 \pm 12	46 \pm 12	0.1
Tanı süresi (ortalama)	8.2	6.3	0,1
Çalışma durumu, n(%)			
Aktif çalışan	15 (18.5)	25 (29.8)	0.09
Evhanımı, emekli vs..	66 (81.5)	59 (70.2)	
Komorbidite Charlson skoru n (%)			
0	60 (74.1)	55 (65.5)	0.2
1-2-3	21 (25.9)	29 (34.5)	
Sigara kullanım oranı	%14.8	%10.7	0.4
Obezite oranı ($VKİ > 29$)	%59.3	%50	0.2
Kullanılan inhaler tipi, n (%)			
Aerolizer	26 (32)	25 (29.2)	0.08
Diskus	34 (42)	25 (29.2)	
Ölçülü doz inhaler	15 (18.5)	17 (20.2)	
Turbuhaler	6 (7.4)	17 (20.2)	

EP-059**Primer Silier Diskinezili Olguların Retrospektif Değerlendirilmesi**

Erkan Akkuş, Sevgi Pekcan

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Konya

Primer silier diskinezi (İmmotil silya sendromu,PSD) otozomal resesif geçişli, silier yapı ve fonksiyonlarda anormalliklerle giden ve 20000 canlı doğumda bir görülen nadir bir hastalıktır. Elektron mikroskopik incelemede en sık görülen ultrastrüktürel bozukluk epitelyal siliyalarda dynein kollarının yokluğudur. Bir kısım olguda ise inefektif silia işlevi gözlemlenmiştir. Solunum yollarındaki silial dismotilite sonucu mukosilyer klirens bozulur, epitel yüzeyinde biriken salgılar temizlenemeyip bakteriyel infeksiyonlara neden olur. Kronik ya da tekrarlayan infeksiyonlarla erken yaşta bronşektazi oluşur.

Primer silier diskinezi tanısı konulan hastaların sıklıkla tekrarlayan akciğer bulguları ile gelmektedirler ve hastaların sıklıkla farklı tanıları ile takip edilmektedirler. Özellikle erken tanı konulması sayesinde oluşabilecek kronik komplikasyonlar önlenabilmektedir. Hastaların tanı almaları sonrası takiplerinde morbiditelerinin azaltılabılmesinin yeterli takip sıklığına ve gerekli tetkiklerin yapılması ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmaya dahil ettiğimiz 35 hastada kız:erkek 12:23, ortalama yaş 8,8 yıldır. Hastalarından 27'si Kartagener Sendromu(Situs İnvorsus) tanılıydı. Hastaların 24'sinde bronşektazi vardı. Ortalama takip süresi 22,6 aydır. En sık izlenen klinik bulgular ronküs, bol balgam ve postnazal akıntı şikâyetiydi.

Biz PSD tanısıyla takipli 35 hastamızın demografik özellikleri, klinik bulguları ve izlemlerinde saptanan durumları içeren bir çalışmayı sunuyoruz. Bu çalışmadaki amacımız; hastalığın önemine, sıklığına, takip sürecinde yapılması gerekenlere ve tanıda kullanılan yardımcı testlerin değişkenliğine dikkat çekmek istedik.

EP-060

Kistik Fibrozisin Geç Komplikasyonu Olarak Pankreasın Endokrin Tutulumu, Diyabetes Mellitus

Erkan Akkuş, Sevgi Pekcan, Ümmügülsüm Karadaş
Necmettin Erbakan Üniversitesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Konya

Kistik Fibrozis (KF) hastalığı, KF transmembran regülatör proteinin (CTFR) çeşitli mutasyonları sonucu ortaya çıkan otozomal resesif kalıtmı genetik bir hastalıktır. Klinikte daha çok pankreasın ekzokrin tutulumu sonucu yağlı dışkılama ve akciğerin mukosilier aktivitesinin bozulmasıyla birlikte rekürren akciğer enfeksiyonları olarak kendisini gösterir. KF hastalarında ilerleyen dönemde pankreasın endokrin tutulumu olabilir ve hastalarda nadir de olsa diyabet hastalığı gelişebilir.

1 yaşında kistik fibrozis tanısı alan ve yaklaşık 11 yıl klinik takibi olmayan 18 yaşında kız hasta 6 yıl önce şiddetli ishal sebebiyle merkezimize başvurdu. Çocuk gastroenteroloji servisine yatırılan hastanın gaitada yağ tayini pozitif, ter testi:147 ve gen analizinde delf508 geni homozigot pozitif geldi. Bakılan tiroit fonksiyon testleri, immunglobulinleri normal aralıktaydı. El bilek grafisi 8 yaş 10 ay ile uyumluydu. Hastadan antigliadin paneli gönderildi, negatif geldi. Hastaya kistik fibrozis tedavisi başlandı, diyeti düzenlendi. Düzenli takibe alındı. Takibinde aralıklı olarak akciğer enfeksiyonu nedeniyle servis yatışları oldu. Gastroözefageal reflü sintigrafisi negatif olan hastanın bal kültüründe acinetobacter üremesi görüldü. Antibiyoterapilere cevap alındı. Klinik takibinde amilaz lipaz yüksekliği olmadı. 14 yaşına geldiğinde menarş ve telarş görülmeyen, gonadları overyan yapıda olup morfolojik anormallik saptanmayan hastaya hipofiz mr çekildi. Normal olarak değerlendirildi. Çocuk endokrinoloji kliniği tarafından östrojen ve progesteron tedavisi başlandı. Hasta tedaviye uyum göstermedi. Takiplerinde kan şekerleri sınırda yüksek seyreden hastanın 6 ay önce bakılan HbA1c değeri %7 idi ve pulmocare mama kullanıyordu. En son 1 ay önce pnömoni nedeniyle yatışında tokluk kan şekeri 387 gr/dl ölçüldü. Tam idrar tetkikinde glukoz >500 mg/dl geldi. HbA1c değeri %9.7 ölçüldü. Glutamik asit dekarboksilaz antikoru negatif, adacık (islet) antikoru negatif, insulin anti-kor düzeyi 7.10 (<8.2, normal) gelen hastada KF hastalığında pankreasın endokrin tutulumu düşünüldü, tip 1 diyabetes mellitus tanısı konularak insulin tedavisi başlandı. Hasta halen sabah:14ü, akşam:7ü humalog mix 25 kullanıyor ve kan şekerleri regüle seyrediyor.

Bu olguda KF hastalığı sebebiyle takip edilen ve ataklarla seyreden hastalarda kan şekeri takibi yapılmasının, ilerleyen dönemlerde oluşabilecek olan diyabet hastalığı için erken tanı sağlayacağını ve erken tanıyla diyabetin komplikasyonlarının önlenebileceğini belirtmeye çalıştık.

EP-061**Akciğer Apsesinin Nadir Nedeni: Bronşiyal Darlık**

Erkan Akkuş, Sevgi Pekcan, Kemal Güleç

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Konya

Akciğer apsesi, pulmoner parankim yıkımı ve pürülan materyal içeren kavite oluşumu ile sonuçlanan süpüratif bir süreçtir.

14 yaşındaki hasta son 2 aydır öksürüğü, aralıklı eşlik eden yeşil balgam ve nefes darlığı şikayeti ile hastanemiz çocuk göğüs polikliniğine başvurdu. Ateş şikayeti yoktu. Yapılan fizik muayesinde solunum sesleri doğaldı, dinlemekle ral ve ronkus yoktu. PAAC de sol post kardiyak alanda halka görünümlü hiperintens alan mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:6400 ANS: 3900 CRP: 0,26 sedim:1 görüldü. Hastanın dış merkezde yapılan Thorax BT de kistik nekrotik alanlar içeren buzlu cam konsolidasyon alanı çevresinde hava hapsi görülmüş. (sekestrasyon?) hastanın BT anjiyografisi normal değerlendirilmiş. SFT de hafif restriksiyon görülmüş.FVC: %71.immunolojik yönden hasta normal değerlendirildi. SPVY ile evde doğan ve doğum sonrasında ağlaması olmayan hastanın doğum sonrası siyanozu mevcutmuş. 1 saat sonra ağlaması olmuş.. Aşılı tam, fakat BCG skarı mevcut değil. Akrafa öyküsü yok. Anne – baba evde sigara içiyor. Hastamızın sigara kullanımı yok. Annede guatr, babada akciğer sıkıntısı mevcut. (Sigara bırakılması istenmiş.)Hasta çocukken yabancı cisimleri çok burnuna sokarmış. 5 sene önce sinüzit, 4 sene önce kabakulak geçirmesi dışında bilinen hastalığı yok. Sık enfeksiyon geçirmemiş. Zatürre ve pnömoni öyküsü yok. Bugüne kadar çekilmiş PAAC yok. Spor yapıyor. Eforda sıkıntısı yok.Yazları gece terlemesi mevcut. Nörolojik gelişimi normal, ilk gebelik kız exitus. hasta 65 kg. Hastada mukus tıkaçı sonrasında oluşan apse düşünülerek bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide bronş girişi dar olan hastanın darlığa bağlı sekresyonların atılamaması sonucunda apse olduğu düşünüldü. Klindamisin ve sefotaksim başlandı. BAL da streptokok salivarius üremesi sefotaksim duyarlı. hastanın tedavisi 3 haftaya tamamlandı.

EP-062**Nadir Bir Olgu: Scimitar Sendromu**

Erkan Akkuş, Sevgi Pekcan, Pınar Yazıcıoğlu

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Konya

Bebeklik, çocukluk ve erişkin şekli olan "scimitar" sendromu 2/100 000 oranında rastlanılan ve kız/erkek oranı 2/1 olan çok nadir bir patolojidir. Vena kava inferiyora açılan kısmi anormal pulmoner venöz dönüş, kalbin dektopozisyonu ve sağ akciğer hipoplazisi dışında sendroma eşlik eden diğer önemli anomaliler; %60 oranında görülen sağ akciğerin arteriyel kanını doğrudan aortadan alması ve %40 oranında görülen atriyal septal defektidir (ASD). Bizim olgumuz, büyüme geriliği olan sık balgam çıkaran ve nefes darlığı olan 11 yaşında bir kız hastadır. Akrabalık öyküsü olmayan, doğum öyküsü normal olan hastanın, 2 aylıkken ve 10 günlükken ex olan 2 kardeş öyküsü vardır. Fizik muayenesinde skolyozu da olduğu belirlenen hastanın ilk etapta yapılan SFT değerleri; FVC 49 (rev +16), FEV1 55 (rev +13), FEV1/FVC 113 (rev -2) ve FEF2575 78 (rev +8)'di. PA Akciğer Grafisi'nde sağ akciğerde atelektazi ve/veya diafragma paralizisi düşündürülen görünüm ve kalbin sağa doğru deviasyonu gözlemlendi. Yapılan EKO "sağ atrium bileşke noktasına açılan akım paterni venöz olmayan imaj (Parsiyel Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi?)" olarak raporlandı. Hastaya yapılan anjiyografide PPVDA, sağ kalp yapıları geniş, hafif Pulmoner Hipertansiyon saptandı. Sonrasında yapılan Floroskopide diafragma hareketleri normal olarak izlendi. Kardiyak MR ile "sağ pulmoner venlerin vena cavaya sağ atriya yakın düzeyde açıldığı" gösterildi. Hastanın diafragma yüksekliği pulmoner hipoplazisine bağlandı. Hastaya düzeltme operasyonu yapılmasına karar verildi. Altta sık görülen etyolojik faktörlerin saptanamadığı, nefes darlığı, sık balgam çıkarma gibi semptomu bulunan hastalarda kardiyopulmoner sorunlar da düşünülmelidir. Her ne kadar nadir görülse de pulmoner hipoplazi varlığında scimitar sendromu akla getirilmelidir.

EP-063

Pulmoner Alveoler Mikrolitiyazis: Olgu SunumuTayfun Çalışkan¹, Oğuzhan Okutan¹, Ufuk Berber², Yasin Uyar¹, Ömer Ayten¹, Faruk Çitfçi¹, Zafer Kartaloğlu¹¹Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi Üsküdar/İstanbul²Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Patoloji Servisi Üsküdar/İstanbul

Pulmoner alveoler mikrolitiyazis (PAM), nadir görülen, kalsiyum fosfat içeren mikrolitlerin intraalveoler formasyonu ile karakterize otozomal resesif bir hastalıktır. Türkiye, Japonya ve İtalya gibi ülkelerde sık görülmektedir. Sodyum bağımlı fosfat taşıyıcıyı kodlayan SLC34A2 genindeki mutasyonunun, hastalığın gelişiminden sorumlu olduğu düşünülmektedir. Hastaların çoğunluğu asemptomatik olup, tesadüfen çekilen akciğer grafilerindeki 'kum fırtınası görünümü' nedeniyle tanı konmaktadır.

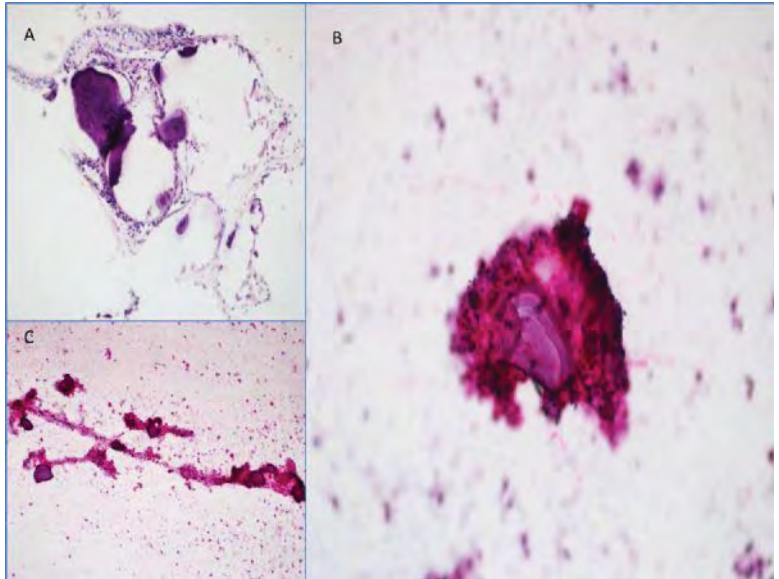
Hastalık, kronik ilerleyici bir seyre sahiptir ve akciğer fonksiyonlarındaki kayıp yavaş olur. Hastalığa, genellikle tipik radyolojik bulgular ve/veya histolojik inceleme ile 35 yaş civarında tanı konmaktadır. Akciğer transplantasyonu dışında etkili bir tedavisi yoktur. Yirmi bir yaşında erkek hasta, göğüs kafesinde şekil bozukluğu şikayeti ile göğüs cerrahisi servisinde çekilen akciğer grafisinde her iki akciğerde saptanan yaygın nodüler görünüm nedeniyle kliniğimize sevk edilmiş. 5 paket/yıl sigara kullanımı hikayesi vardı. Hasta, mesleki veya iç ortam maruziyeti tariflemiyordu. Mesleği, elektrik teknisyenliği idi. Hastanın TA: 110/70 mmHg, N: 88/dak., A: 36,7°C ve SpO₂: %96 (oda havasında) olarak ölçüldü. Hastanın fizik muayenesinde sol infraskapüler alanda ince inspiratuvar raller duyuldu. Biyokimya incelemesinde; WBC: 4,95x10⁶/µL, Hg: 10,3 g/dL, Htc: 34,1%, RDW: 20,2, TİT: normal, sedimentasyon: 14 mm/saat, serum ACE: 37 U/L, idrarda kalsiyum: 0,05 mg/dL saptandı. Hastanın elektrolit seviyeleri, kalsiyum fosfat ve alkalen fosfataz ölçümü normal idi. Hastanın PA akciğer grafisinde her iki akciğer alt ve orta zonlarda yaygın nodüler dansite artımları izlendi (Şekil 1). Hastanın spirometrisinde; FEV₁:105%, FVC:107%, FEV₁/FVC:82% ve DLCO: 67% ve DLCO/VA: 70% ölçüldü. Çekilen toraks YRBT'de; her iki akciğer alt loblarda, sağda orta lobda ve solda lingüler segmentlerde daha yaygın olmak üzere üst lob anterior segmentlerde de belirgin izlenen interlobüler septalarda düzensiz kalınlaşmalar, intralobüler interstisyumda kalınlaşma, milimetrik boyutlu yer yer kalsifikasyon odakları içeren tek sıralı ve özellikle üst lob anterior segmentlerde tabakalı görünüm, her iki akciğerde özellikle alt loblarda sentriasiner silik sınırlı nodüller izlendi. Tüm vücut kemik sintigrafisinde (Tc 99m); bazal kesimlerde daha belirgin olmak üzere her iki akciğerde diffüz artmış aktivite tutulumları izlendi. Hastaya bronkoskopi yapıldı. Bronş lavajında aside rezistan bakteri (ARB) negatif bulundu. BAL yayma incelemesi; malignite yönünden negatif, sitolojik bulgular alveoler mikrolitiyazis ile uyumludur ve biyopsisi; histolojik bulgular alveoler mikrolitiyazis ile uyumludur olarak raporlandı (şekil 2). Hastaya radyolojik bulgular ve histopatolojik inceleme ile PAM tanısı kondu.

Şekil 1



PA akciğer grafisinde her iki akciğer alt-orta zonda daha belirgin mikronodüler dansite artımları

Şekil 2



Alveoller içerisinde bazofilik mikrotaş yapıları (H&E, X200) B. Mikrotaş içerisinde konsantrik lamellasyon (H&E, X200) C. Bronkoalveoler lavajda pnömositlere tutunmuş halde çok sayıda bazofilik mikrotaş yapıları (H&E, X100)

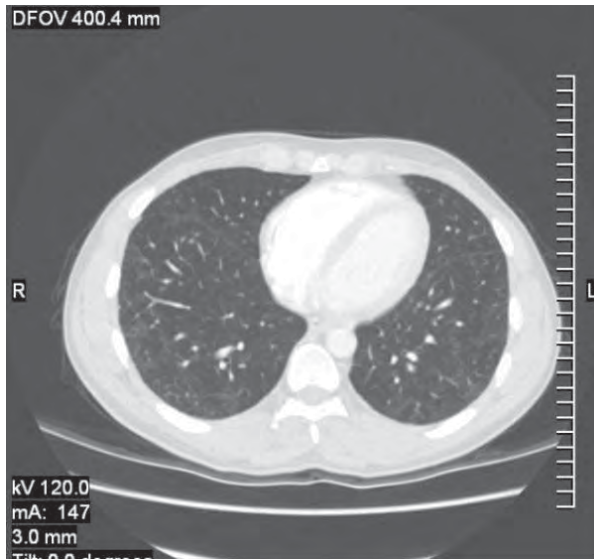
EP-064

Bleomisine Bağlı İnterstisyel Akciğer HastalığıTayfun Çalışkan¹, Kadir Canoğlu¹, Oğuzhan Okutan¹, Ersin Öztürk², Ersin Demirel¹, Faruk Çiftçi¹, İsmail Yılmaz³, Dilaver Taş¹¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul/Türkiye²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Radyoloji Servisi, İstanbul/Türkiye³GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Patoloji Servisi, İstanbul/Türkiye

Bleomisin, lenfoma ve germ hücreli tümörlerin tedavisinde kullanılan kemoterapötik bir ilaçtır. Bleomisinin en önemli yan etkilerinden biri, subakut progresif pulmoner fibroze neden olmasındır. Bunun yanında, hipersensitivite pnömonisi ve organize pnömoni gibi bir çok hastalığa neden olabilir. Semptomlar, genellikle 1-6 ay sonra ortaya çıkar ve nonproduktif öksürük, dispne, plöritik göğüs ağrısı, ateş, taşipne ve hipoksemi en sık görülen semptomlardır. Radyolojik olarak, hacim kaybının eşlik ettiği bibaziler subplevral opasiteler ve kostofrenik açılarda küntleşme izlenir. Solunum fonksiyon testinde restriktif tip solunum bozukluğu ve karbon monoksit diffüzyon testinde (DLCO) azalma izlenir. Hastalara bronkoskopi, genellikle diğer olası enfeksiyon, malignite vs. hastalıkların ekartasyonu amacıyla yapılmaktadır. Tanı, genellikle klinik, radyolojik, bleomisin tedavisi öyküsünün varlığı ve diğer olası nedenlerin ekarte edilerek konmaktadır. Tedavisinde, semptomatik hastalarda glukokortikosteroidler kullanılmaktadır.

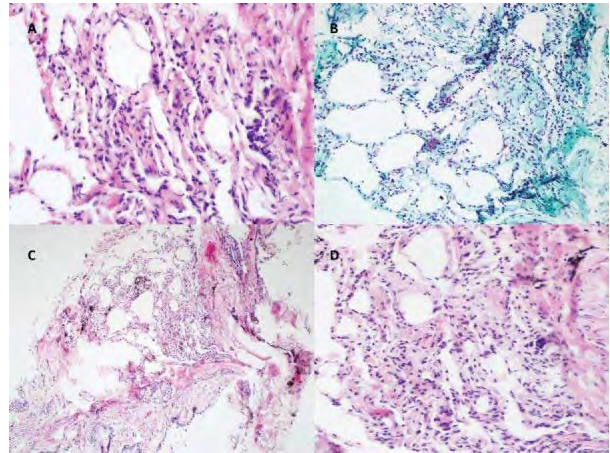
Otuz üç yaşında erkek hasta, kilo kaybı, gece terlemesi ve halsizlik şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Yapılan tetkiklerinde skrotal kitle saptanması üzerine 2013 yılında sol testis radikal orşiektomi yapılmış ve patoloji sonucu; germ hücreli tümör, seminoma olarak raporlanmış. Hastaya onkoloji kliniği tarafından 4 kür bleomisin, sisplatin ve etoposid tedavisi verilmiş. Hasta sigara kullanmıyor. Hasta, mesleki veya iç ortam maruziyeti tariflemiyordu. Hastanın TA: 120/80 mmHg, N: 70/dak., A: 36,5°C ve SpO₂: %96 (oksijensiz) olarak ölçüldü. Hastanın solunum sistemi muayenesinde patoloji saptanmadı ve diğer sistem muayeneleri tabii idi. Biyokimya incelemesinde; WBC: 4.09x10⁶/µL, Hg: 14.0 g/dL, Htc: 40.3 %, TİT: normal, sedimentasyon: 10 mm/saat, serum CRP: 3.56 mg/dL saptandı. Hastanın toraks YRBT'sinde; her iki akciğerde tüm loblarda özellikle alt lob bazal segmentlerde daha belirgin olmak üzere interlobüler septal kalınlaşmalar, interlobüler interstisyumda kalınlaşmalar, subplevral düzensiz milimetrik boyutlu nodüleriteler, her iki fissürde düzensiz nodüler kalınlık artışı, bilateral peribronkovasküler alanlarda hafif düzensizlikler ve sol alt lob anterobazal segmentte yaklaşık 6.5 mm çapında silik sınırlı buzlu cam dansitesinde nodül izlendi (şekil 1). Hastanın spirometrisinde; FEV₁:98%, FVC:91%, FEV₁/FVC:81% ve karbomonoksit diffüzyon testinde; DLCO: 52% ve DLCO/VA: 65% ölçüldü. Hastaya bronkoskopi yapıldı ve sağ akciğer orta lobdan BAL ve lateral segmentten transbronşiyal biyopsi alındı. Patoloji sonucu; hafif interstisyel fibrozis ve hafif alveoler kollaps izlenen akciğer parankim dokusu olarak raporlandı (şekil 2). Hastaya flantadin 60 mg/gün başlandı. Kontrol muayenesinde, 3 ay süreyle tedavi kullanan hastada, klinik ve radyolojik olarak iyileşme gözlemlendi.

Resim 1



Toraks YRBT'de; her iki akciğerde tüm loblarda özellikle alt lob bazal segmentlerde daha belirgin olmak üzere interlobüler septal kalınlaşmalar, interlobüler interstisyumda kalınlaşmalar, subplevral düzensiz milimetrik boyutlu nodüleriteler, her iki fissürde düzensiz nodüler kalınlık artışı, bilateral peribronkovasküler alanlarda hafif düzensizlikler

Resim 1



Hafif interstisyel fibrozis ve hafif alveoler kollaps izlenen akciğer parankim dokusu

EP-065

Nonspesifik İnterstisyel Pnömoni

Tayfun Çalışkan¹, İsmail Yılmaz², Yasin Uyar¹, Oğuzhan Okutan¹, Dilaver Taş¹, Ömer Ayten¹, Faruk Çiftçi¹, Ersin Öztürk³

¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul/Türkiye

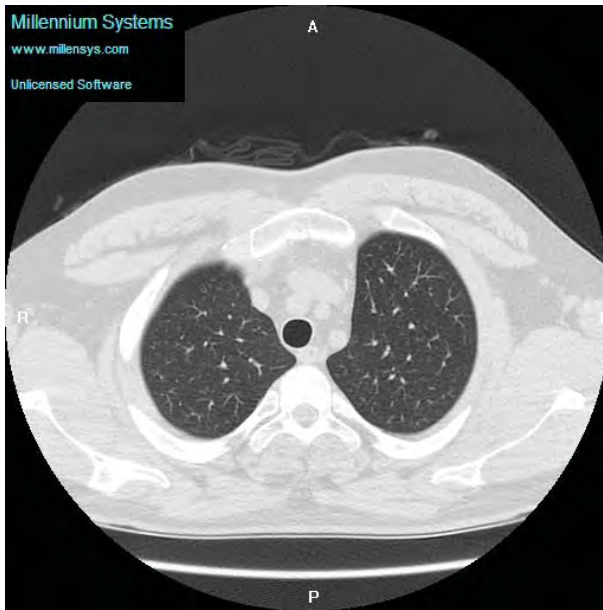
²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Patoloji Servisi, İstanbul/Türkiye

³GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Radyoloji Servisi, İstanbul/Türkiye

Nonspesifik interstisyel pnömoni (NSİP), bir idiyopatik interstisyel pnömonidir. NSİP'in, idiyopatik ve sekonder olarak iki şekli vardır. Hastalık genellikle sigara içmeyenlerde ve orta yaşlı kadınlarda daha sık görülmektedir. Hastaların en sık şikayetleri nefes darlığı ve öksürüktür. Toraks YRBT'de; retiküler görünüm, traksiyon bronşektazisi, lobar hacim kaybı ve buzlu cam opasiteleri en sık NSİP bulgularıdır. Subplevral bölgenin korunduğu, bazal yerleşimli buzlu cam görünüm en yaygın YRBT bulgusudur. NSİP tanısında, klinik, radyolojik ve histopatolojik bulguların birlikte değerlendirilmesi gerekir. Histopatolojik olarak NSİP, selüler ve fibrotik olarak iki forma ayrılmaktadır. 5 yıllık mortalite % 20 civarındadır. Selüler formun 5-yıllık sağ kalım oranları, fibrotik formdan çok daha iyidir. Glukokortikoid (GCC) tedavisine genellikle yanıt iyidir.

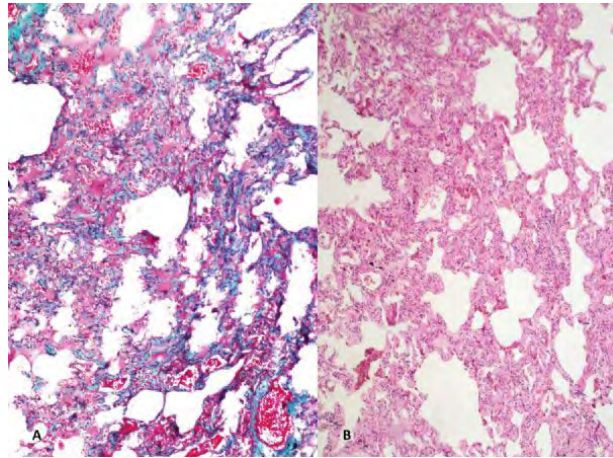
Yirmi bir yaşında erkek hasta, eforla nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın şikayeti 6-7 yıldır varmış. Soygeçmişinde ve özegeçmişinde özellik saptanmadı. 12 paket/yıl sigara kullanımı (6 yıldır kullanmıyor) hikayesi vardı. Hasta, mesleki veya iç ortam maruziyeti tariflemiyordu. Mesleği, ayakkabı satıcılığı idi. Hastanın TA: 110/80 mmHg, N: 70/dak., A: 36,5°C ve SpO2: %96 (oksijensiz) olarak ölçüldü. Hastanın solunum sistemi muayenesinde patoloji saptanmadı ve diğer sistem muayeneleri tabii idi. Biyokimya incelemesinde; WBC: 5.47x106/µL, Hg: 15.5 g/dL, Htc: 43%, TİT: normal, sedimentasyon: 9 mm/saat, serum CRP: 2.53 mg/dL, serum ACE: 37 U/L, idrarda kalsiyum: 0,03 mg/dL saptandı. Hastanın PA akciğer grafisinde her iki akciğer üst ve orta zonlarda yaygın milimetrik nodüller dansite artımları izlendi. Hastanın spirometrisinde; FEV1:109%, FVC:109%, FEV1/FVC:88% ve karbomonoksit diffüzyon testinde; DLCO: 82% ve DLCO/VA: 86% ölçüldü. Çekilen toraks YRBT'de; her iki akciğerde üst loblarda yaygın milimetrik boyutlu sentrilobüler nodüller, bu nodüllere bağlı subplevral alanlarda tree-in-bud izlendi (Şekil 1). Kardiyoloji muayenesi ve ekokardiyografisi normal olarak değerlendirildi. Hastaya bronkoskopi yapıldı ve sağ akciğer orta lobdan BAL ve lateral segmentten transbronşiyal biyopsi alındı. Bronş lavajında aside rezistan bakteri (ARB) negatif bulundu. Bronkoskopi sonuçları tanısal olmaması nedeniyle hastaya göğüs cerrahisi servisinde cerrahi biyopsi (akciğer wedge rezeksiyon) yapıldı. Patoloji sonucu; kesitlerde izlenen akciğer dokusunda yama tarzında birkaç alanda en büyüğü 0.4 cm çapında alveoler kollaps, intraalveoler hemoraji ve interstisyel fibrozis, yine bu alanlarda alveoler makrofajlarda artış ve peribronşiyal alanlarda hafif derecede mononükleer hücre infiltrasyonu mevcuttur ve morfolojik bulgular NSİP'yi destekler niteliktedir olarak raporlandı (şekil 2).

Resim 1



Her iki akciğerde üst loblarda yaygın milimetrik boyutlu sentrilobüler nodüller, bu nodüllere bağlı subplevral alanlarda tree-in-bud görünümü

Resim 2



A. Alveoler kollaps, intraalveoler hemoraji ve interstisyel fibrozis, B. Yine bu alanlarda alveoler makrofajlarda artış ve peribronşiyal alanlarda hafif derecede mononükleer hücre infiltrasyonu

EP-066

Churg-Straus Sendromu: Olgu sunumuNurhan Sarıoğlu¹, Gülen Demirpolat², Fuat Erel¹, Mehmet Köse¹, Bahar Yanık Keyik²¹Balıkesir Üniversitesi Göğüs Hastalıkları AD, Balıkesir²Balıkesir Üniversitesi Radyoloji AD, Balıkesir

Churg-Straus sendromu; astım, eozinofili ve ekstrasvasküler eozinofilik granülomlar ile seyreden nekrotizan sistemik bir vaskülitir. Amerikan Romatoloji Derneği'nin tanı ölçütleri kullanılmaktadır: astım, periferik eozinofili, nöropati, gezici pulmoner infiltratlar, paranasal sinüs patolojisi, ekstrasvasküler eozinofilik infiltratlar. Altı kriterlerinden 4 veya daha fazlasının bulunması ile tanı konur. Yetmiş yedi yaşında erkek hasta, pnömoni tanısıyla başka bir merkezde üç haftalık nonspesifik antibiyoterapiye yanıt alınamaması üzerine hastanemize refere edilmişti. 4 yıldır astım tanısıyla izlenmekte, 10 paket/yılı sigara öyküsü mevcut idi. Fizik bakıda genel durumu orta, solunum sistemi muayenesinde bilateral yaygın ekspiratuar ronküsler ve bazallerde ince raller duyulmaktaydı. Laboratuvar bulgularında eritrosit sedimantasyon hızında artış, hafif lökositoz, total IgE yüksekliği mevcut idi. Romatolojik markırları negatif idi. Solunum fonksiyon testinde restriktif tipte ventilasyon bozukluğu saptandı. PA Akciğer grafisinde iki taraflı infiltrasyon alanları izlendi. 4 ay önceki akciğer grafisinde izlenen sağ üst zondaki konsolide alanın kaybolduğu görüldü. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) her iki akciğerde yamalı infiltrasyon alanları izlendi. Bronkoskopide endobronşial lezyon izlenmedi. Bronkoalveoler lavajda ılımlı eozinofili (%20)saptandı. EMG de mononöritis multipleks, paranasal sinüs BT de kronik sinüzit bulguları saptandı. Amerikan Romatoloji Derneği ölçütleri ile Churg-Straus sendromu tanısı konuldu. Steroid tedavi ile radyoloji, klinik ve laboratuvar bulgularında iyileşme gözlemlendi.

Şekil 1.



Başvurudaki PA akciğer grafisi

Şekil 2



Başvurudan 4 ay önceki PA akciğer grafisi

Şekil 3



Toraks Bilgisayarlı Tomografide bilateral yamalı infiltrasyon alanları izlenmektedir.

Şekil 3.



Toraks Bilgisayarlı Tomografide bilateral yamalı infiltrasyon alanları izlenmektedir.

EP-067

Westermarck Belirtisi mi ? Swyer-James/Macleod Sendromu mu?Recep Akgedik¹, İlknur Aytekin², Ali Bekir Kurt³, Canan Eren Dağlı¹¹Ordu Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları AD, Ordu²Ordu Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Ordu³Ordu Üniversitesi, Radyoloji AD, Ordu

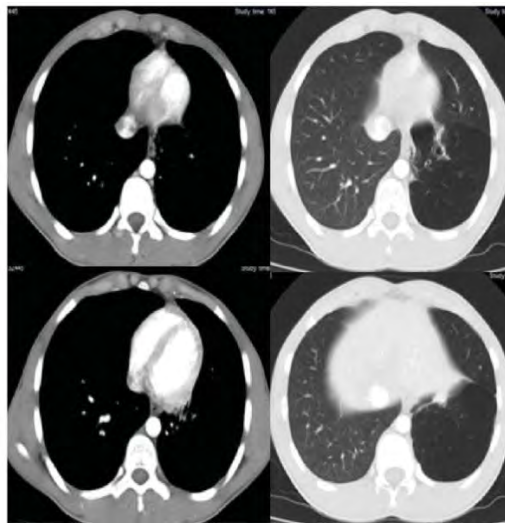
İnguinal herni operasyonu için yatırılan 20 yaşında erkek hasta preoperatif değerlendirme için polikliniğimize gönderildi. Hastanın efor dispnesi ve aralıklı kuru öksürük dışında şikayeti yoktu. Herni nedeniyle 4-5 gündür hareketsiz olduğu öğrenilen hastanın fizik muayenede sağ altta solunum sesleri kısmi azalmıştı. Solunum fonksiyon estinde hafif seviye obstrüksiyon vardı. Akciğer grafisinde sol altta belirgin unilateral hiperlüsensi saptandı (Resim 1). Pulmoner CT anjiyografi çekildi. Sol alt lobda pulmoner emboli olmaksızın vasküler yapıların boyut ve miktarında belirgin bir azalma (Resim 2), yine aynı alanda amfizem varlığı ve aynı lob santralinde lokalize bir alanda kistik bronşektazi saptandı. Bu bulgularla Swyer James Macleod Sendromu(SJMS) tanısı konuldu. Vakamızın nadir görülmesi, bizim vakamızda olduğu gibi özel durumlarda karışıklığa neden olabilmesi nedeniyle dikkate alınmasını gerektiğini hatırlatmak için sunmayı uygun bulduk. SJMS ilk kez Swyer ve James tarafında unilateral hiperlüsensi ve aynı tarafta pulmoner arter hipoplazisi ile tanımlanmıştır. Bundan kısa süre sonra Macleod 9 vakalık olgu serisini yayınlamıştır. Hastaların yarısından fazlasında bebeklik veya çocukluk döneminde ağır veya tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonu öyküsü vardır. Bu dönemlerde geçirilen enfeksiyonların akciğer gelişimini ve vasküler yapıların oluşumunu etkilediği görüşü en çok kabul edilen teoridir. Hastalar sıklıkla asemptomatiklerdir. Öksürük, azalmış egzersiz toleransı, dispne, hemoptizi ve kronik akciğer enfeksiyonları ile başvurabilirler. Tanı sadece akciğer grafisindeki tek taraflı hiperlüsensi, hilus görünümünün ve vaskülaritenin azalması, aynı akciğerde volümde azalma bulgularıyla koyulabileceği gibi, tomografide bu bulgular daha açık görülebilir ve daha açık bir ayırıcı tanıya gidilebilir. Pulmoner CT anjiyografide pulmoner arter ve dalları sayıca az ve çapları daha küçüktür. Olguların önemli bir kısmında bronşektazi vardır. SFT'de genellikle hafif-orta derecede obstruktif tip bozukluk görülür. SJMS' nun tedavisi semptomatiktir. Hemoptizi ve sık tekrarlayan enfeksiyonlar cerrahi tedaviyi gerektirebilir.

Resim 1



Sol altta belirgin hiperlüsensi, sol hiler dolgunlukta azalmayla birlikte

Resim 2



Sol akciğer alt lobda sağa kıyasla vasküler yapıların sayı ve çaplarında belirgin azalma.

EP-068

Multisistemik Hastalıklarda Multidisipliner Yaklaşım: Penil SarkoidozisSibel Doruk¹, Eyüp Sabri Uçan², Faruk Doğan³, Funda Taşlı⁴, Kemal Can Tertemiz², Umur Hasan Kantarcı⁵¹Şifa Üniversitesi Buca Sağlık Eğitim Kampüsü Göğüs Hastalıkları²Dokuz Eylül Üniversitesi Göğüs Hastalıkları³Şifa Üniversitesi Bornova Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji⁴Şifa Üniversitesi Bornova Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji⁵Şifa Üniversitesi Buca Sağlık Eğitim Kampüsü Radyoloji

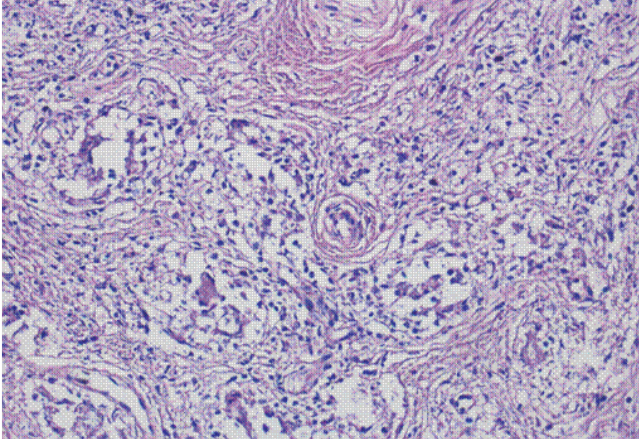
Sarkoidoz multisistemik bir hastalıktır ve genitoüriner sistem tutuluşu oldukça nadirdir. Genitoüriner sarkoidoz olguları arasında penis tutulumu daha da nadirdir. Bu sunumda penil sarkoidoz tanısı konulmuş iki olguya ait özellikler özetlenecektir.

OLGU I: 31 yaşında erkek hastanın penisinde nonspesifik antibiyotik tedaviye yanıt vermeyen noduler lezyonların eksizyonel biyopsisinde nonkazeifiye granulomatöz inflamasyon saptanmıştır (Figür 1). Toraks tomografisinde bilateral hiler lenfadenopati (Figür 2), parankimal noduler lezyonları olan hastanın serum anjiyotensin konvertin enzim (ACE) düzeyi de yüksek (102 U/L) saptanmış ve hasta sarkoidoz olarak değerlendirilmiştir.

OLGU II: 39 yaşında erkek hastanın penil bölgeden yapılan eksizyonel biyopsisinde multinukleer dev hücreler, histiositler ve granuloamlar saptanmıştır. Solunumsal yakınları olan hastanın PA akciğer grafisinde mediastinal genişleme, bronkoalveolar lavaj sıvısında %40 lenfosit, %55 histiosit ve %5 nötrofil ile artmış CD4/CD8 oranı (6.5), transbronşial akciğer biyopsisinde nonkazeifiye granuloamlar izlenmiştir. Sistemik kortikosteroid tedavi ile yüksek olan serum ACE düzeyi (162 U/L) düşmüş (16 U/L), solunumsal yakınmaları ve penil lezyonları gerilemiştir.

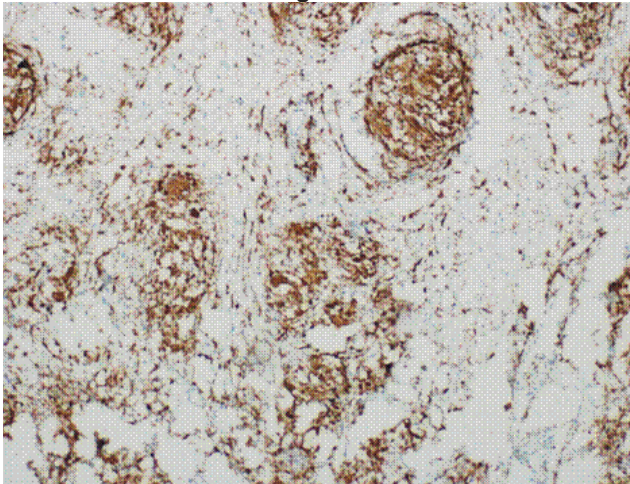
SONUÇ: Sistemik hastalıklarının tanısının konulmasında sistemik değerlendirme önemlidir. Genital bölgede tedaviye dirençli noduler ya da papuler lezyonların varlığında ayırıcı tanıda sarkoidozisin düşünülmesi gerekmektedir.

figür 1



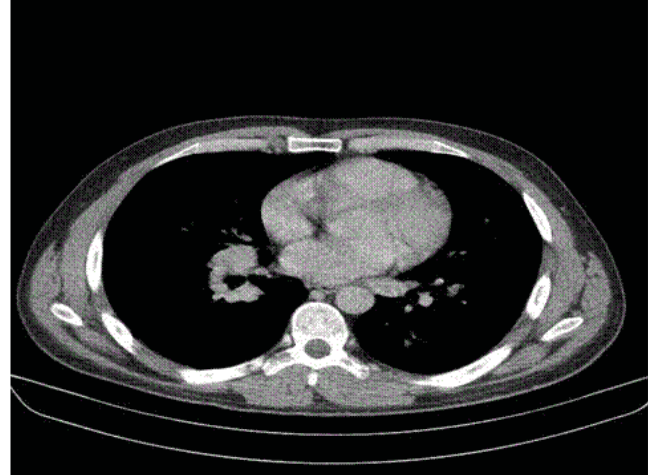
non-kazeifiye granulomatöz inflamasyon

figür 2



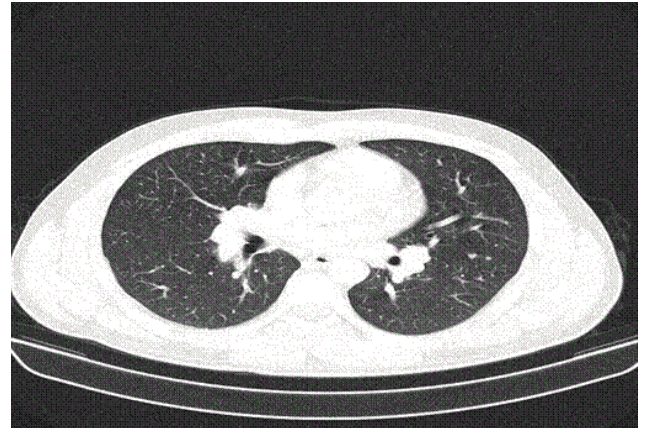
non-kazeifiye granulomatöz inflamasyon

figür 4



pulmoner parankimal nodüller

mediastinal lenf nodları



EP-069

Akciğer Lenfanjiyoleyomiyomatozis (Olgu Sunumu)

Saltuk Buğra Kaya¹, Zeynep, Orhan², Erdal Kaysoğdu², Mehmet Özgel³, Süleyman Savaş Hacıevliyagil¹, Ünal Akel¹, Ömer Kaya¹, Zeynep Ayfer Aytemur¹

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya

²Malatya Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Malatya

³Malatya Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Malatya

Lenfanjiyoleyomiyomatozis (LAM) hastalığı özellikle genç kadınları etkileyen ve genellikle solunum yetmezliğiyle sonuçlanan bir hastalıktır.

33 yaşında kadın hasta öksürük ve geniz akıntısı şikayetleri nedeniyle ikinci basamak hastanede göğüs hastalıkları polikliniğine başvuruyor. Hastanın yapılan radyolojik tetkiklerinde akciğer grafisinde bilateral yaygın kistik lezyonlar tespit edilince hasta kliniğimize yönlendiriliyor. Hastanın anamnezinde 10 yıldır nefes darlığının olduğu son zamanlarda hareketle bu şikayetinde artma olduğunu ifade ediyor. Hasta 16 yıl önce polikistik over sendromu tanısı alıp 13 yıl aralıksız kombine oral kontraseptif kullandığını, son 3 yıldır tedaviyi bıraktığını ifade ediyor. Yaklaşık 10 ay önce doğum yapan hastanın 14 paket yıl sigara kullanımı mevcut. Hastanın fizik muayanesinde solunum sesleri normal olup ek ses alınamadı. Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde bilateral yaygın ince duvarlı kistik lezyonlar ve lezyonlar arasında yapısı korunmuş parankim dokusu mevcut (Resim 1). Hastanın kliniği ve radyolojik tetkikleri korele edildiğinde hastaya lenfanjiyoleyomiyomatozis (LAM) tanısı konuldu.

Nadir görülen bir hastalık nedeniyle literatür eşliğinde sunuldu.

Resim 1



Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde bilateral yaygın ince duvarlı kistik lezyonlar

EP-070

Bir Olgu Nedeniyle Diffüz Alveoler Hemoraji Sendromu

Saltuk Buğra Kaya¹, Zeynep Ayfer Aytemur¹, İdris Şahin², Süleyman Savaş Hacıevliyagil¹, Ünal Akel¹, Gazi Gülbaş¹, Hilal Ermiş¹, Talat Kılıç¹

¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya

²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji Bilim Dalı, Malatya

25 yaşında bayan hasta hemoptizi şikayeti nedeniyle polikliniğimize başvuran hastanın dış merkezli akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda heterojen dansite artışı mevcuttu. Başvuru sırasında hastanın akciğer grafisinde bilateral infiltrasyonda olması nedeniyle pnömoni tansiyula non-spesifik tedavi başlandı, başvuru serum lökosit sayısı 16200, hemoglobin (hb) 14,4 gr/lit saptandı. Ani başlayan hemoptizisi olan yeni grafide yeni infiltrasyon ve serum hb 11,7 olarak saptandı (Resim 1). Yatışından bir hafta sonra masif hemoptizisi olan hastanın takiplerinde hb'inde tedrici düşme (hb:8,7), saturasyonlarında azalma ve Diffüz Alveoler Hemoraji Sendromu (DAHS) alveoler hemoraji nedeniyle yoğun bakıma alındı (Resim 2). Alınan romatolojik markerları sonuçları negatif geldi. Hastaya pulse steroid ve siklofosfamid yanısıra double filtrasyon plazmaferez uygulandı. Hasta 2 hafta mekanik ventilasyon, 1 haftada noninvaziv mekanik ventilasyon tedavisi altında toplam 3 hafta yoğun bakımda izlendi. Klinik olarak stabil olan hastanın prednol tedavisi önce 60 mg'a düşürüldü. Hastanın immünsüpresif tedavisi azaltıldığı tarihten itibaren hastanın kreatininlerinde yükselme başladı. Hastanın immünsüpresyon tedavi dozu tekrar arttırıldı. Tedaviye azatioprin eklenildi. Hastanın kreatininlerinde gerileme oldu. Hastanın romatolojik markerlarının negatif olması enfeksiyon parametrelerinin olmaması ve akut faz reaktanlarının negatif olması nedeniye pulmoner renal sendrom ana başlığı altında hastada vaskülit düşünöldü. Ön tanı olarak goodpasture sendromu düşünöldü ve hastaya renal biyopsi yapıldı. Genel durumu iyi olan ve oksijensiz saturasyonları %90 üstünde olan hasta 32 mg oral steroid ile eksterne edildi. Histopatolojik olarak henüz tanısı gelmeyen hastanın poliklinik kontrollerinde hb stabil kreatinin normal aralıkta akciğer grafisinde sekel lezyonlar hariç akut lezyon bulunmamaktadır.

Resim 1.



Akciğer grafisinde bilateral infiltrasyon.

Resim 2.



Akciğer grafide bilateral yeni infiltrasyonlar.

EP-071

Diffüz Alveoler Hemoraji ile Başvuran Mikroskobik Polianjitis OlgusuŞule Taş Gülen¹, Dicle Akcan Kahvecioğlu¹, Gökhan Sargın², Osman Elbek¹¹Adnan Menderes Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Aydın²Adnan Menderes Üniversitesi, İmmünoloji-Romatoloji Ana Bilim Dalı, Aydın

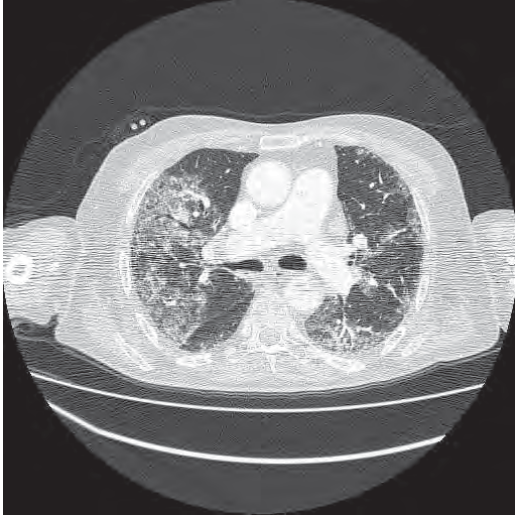
GİRİŞ: Küçük arter, arteriyol, venül ve kapillerin nekrotizan inflamasyonu ile seyreden mikroskopik polianjitis (MPA) nadir görülen sistemik bir vaskülitir. Bu bildiride alveoler hemoraji ile tanı alan bir mikroskopik polianjitis olgusu sunulmuştur.

OLGU: Dört aydır böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz tedavisi altında olan 83 yaşında erkek hasta, günde yarım çay bardağı kan tükürme yakınması ile tarafımıza acil olarak sevk edildi. Öyküsünden dört ay önce bulantı, kusma ve karın ağrısı yakınmalarının başladığı ve yapılan incelemeler sonucunda akut böbrek yetmezliği tanısıyla hemodiyaliz programına alındığı öğrenildi. Olgunun Hemoglobin:7.8 g/dl Hematokrit:%25.2 Beyaz Küre:8590 ve Platelet:150.000 idi. Biyokimya değerlerinden Üre:117 mg/dl Kreatin:5.93 mg/dl Total protein: 5.5 g/dl, Albümin:2.8 g/dl idi. Kanama etyolojisine yönelik yapılan laboratuvar incelemelerinde patoloji saptanmayan hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde bilaterel yaygın buzlu cam alanları izlendi (Şekil 1). Yapılan incelemelerde olgunun immünoglobulin ve kompleman düzeyleri normal, antinükleer ve antiglomerüler bazal membran antikorları negatif, p(ANCA)'sı ise pozitif olarak saptandı. Alveoler hemoraji düşünülerek yapılan bronkoskopik incelemesinde endobronşiyal mukozada yaygın hemoraji izlendi. Sağ orta loba yapılan bronkoalveoler lavaj örneği de makroskopik düzeyde hemoraji ile uyumlu idi. BAL'ın mikroskopik incelemesinde %65 histiosit, %20 lenfosit hücresi saptandı. Transbronşiyal biyopside ise kronik enflamasyon, hemoraji ve fibrin depozitleri tespit edildi. Bulgular diffüz alveoler hasar ile uyumlu bulundu. Paranasal bilgisayarlı tomografide maksiler sinüzit saptanan olguya mevcut bulgular eşliğinde mikroskopik polianjitis tanısı konularak 1mg/kg/gün dozunda metilprednizolon başlandı. Tedavinin 72. saatinde hemoptizinin kaybolduğu ve akciğer grafisinde belirgin regresyonun geliştiği saptandı (Şekil 2). Hasta halen kortikosteroid tedavisi altında izlenmektedir.

SONUÇ: Diffüz alveoler hemoraji (DAH) mikroskopik polianjitis olgularının %10-30' unda gözlenebilen ve yaşamı tehdit edici sonuçları olan bir klinik tablodur. DAH' li olgulardan %25 kadarı ilk atakta kaybedilir (1). Olgumuz örneğinde yaşandığı gibi alveoler hemoraji saptanması durumunda bir yandan acilen kortikosteroid tedaviye başlanması, diğer yandan da tabloyu yaratan temel nedenin araştırılması gereklidir. Hastamızda olduğu gibi kimi zaman alveoler hemorajinin etyolojisine yönelik yapılan araştırma ile daha önceden tanı almayan hastalıkların ortaya konulması da mümkün olabilir. Sistemik vaskülitlerin sıklıkla böbrek yetmezliği yaptığı dikkate alındığında; aşikar bir nedene bağlı olmayan renal patolojilerin varlığında ayırıcı tanıda vaskülit düşünülmesi ve buna yönelik incelemeler gecikilmeksizin yapılmalıdır.

1. Small vessel vasculitis of the lung. Marvin I Schwarz, Kevin K Brown. Thorax 2000;55. 502-510

Tedavi öncesi Toraks BT



Tedavinin 3. gününde PAAG



EP-072

Nodüler Splenik Sarkoidoz: Nadir Bir Olgu

Mustafa Çalık¹, Murat Serhat Aygun², Mihrican Yesildag³, Saniye Göknil Çalık⁴, Ceyhan Ugurluoglu⁵, Mustafa Cayci⁶, Tahir Taha Bekci³, Hıdır Esme¹

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

⁴Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Kliniği

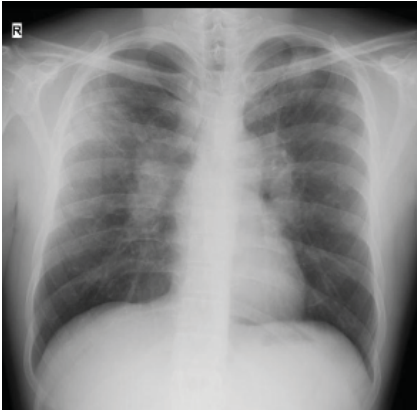
⁵Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

⁶Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nükleer Tıp Kliniği

Sarkoidoz sıklıkla genç erişkinlerde görülen, genellikle hiler lenfadenopati, pulmoner infiltrasyon, cilt ve göz lezyonları ile ortaya çıkan etkilenen organlarda non-kazeifiye kronik granülomatöz iltihap karakterize multisistemik bir hastalıktır. Etiyolojisinde genetik, çevresel, infeksiyöz nedenler suçlanmaktadır. Her organ ve sistemini tutabilmesine rağmen, sıklık sırasına göre akciğer (%90), periferik lenfatikler (%50–75), cilt (%60–80), karaciğer (%60–80), kemik (%1–35), kalp ve eklemler (%30), göz (%17), dalak (%15) ve tükürük bezlerinde (%5) görülür. Öksürük ve nefes darlığı en çok rastlanılan semptomlar olsa da vakaların çoğunda asemptomatiktir. Ateş, kilo kaybı, halsizlik gibi non-spesifik veya tutulan organa ait semptomları olabilir Görüntülenme yöntemleriyle hastaların % 5–15 abdominal tutulumu tespit edilir. Sarkoidozun en sık görülen abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları dalak ve karaciğer büyümesine, ve lenfadenopatidir. Nadiren karaciğer ve dalağı tutan multiple hipodens nodüler lezyonlar şeklinde görülür. Burada nadir ve genellikle asemptomatik karaciğer tutulumu olmayan nodüler splenik sarkoidoz bir olgu sunulmuştur. 31 yaşındaki erkek hasta; öksürük, balgam ve nefes darlığı şikâyetleriyle kliniğimize başvurdu. Başvuruda esasında yapılan fizik muayenesinde bilateral yaygın ronküsleri vardı. Anamnezinde; yorgunluk, ateş, artrit, görsel değişiklikler veya döküntüleri gibi sarkoidoz yaygın sistemik bulgularından hiçbirine rastlanılmadı. Tıbbi geçmişinde dalak, karaciğer ya da bulaşıcı hastalık nedeniyle tedavi görmediği tespit edildi. Toraks ve batin BT incelenmesinde multipl hipodens mediastinal lenf nodları ve dalak tutulumu gösterdi. Anjiotensin Konverting Enzim (ACE) düzeyi yüksek idi. Başka intraabdominal patoloji veya periferik lenfadenopati saptanmadı. Hastaya tanısız bronkoskopi ile transbronşial biyopsi yapıldı ve sonuçları negatifti. Hastaya Sarkoidoz ön tanısıyla mediastinaskopi yapıldı ve tanısı histopatolojik olarak doğrulandı. Hastaya tıbbi tedavi başlandı ve sonra şikâyetleri azaldı.

Sarkoidozun klinik seyri ve prognoz değişkenlik arz etmektedir. Hastaların üçte birinde spontan remisyonla sonuçlanırken %10–30 olguda kronikleşir. Morbidite ve mortaliteden en önemli sorumlusu en sık tutulan organda olan akciğerdir Nodüler splenik tutulumu nadirdir. Sarkoidozun; multiple karaciğer ve splenik tutulumu olan otuz dokuz vaka rapor edilmesine rağmen, sadece üç izole nodüler splenik tutulum literatürde bildirilmiştir. Nadirliğine rağmen dalaktaki nodüllerin ayırıcı tanısında klinisyenler ve radyologlar tarafından akıldadır. Bu nedenle; karaciğer tutulumu olmayan nodüler splenik sarkoidozun belirtileri, tanısı ve klinik seyrine dikkat çekmek amacıyla bu vakayı sunduk.

Resim 1



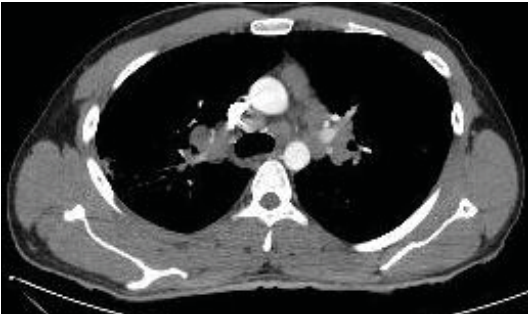
PA Akciğer grafisinde her iki tarafa hiler genişleme ve parankimal mikronoduler dansiteler izleniyor.

Resim 3



Toraks BT de peribronşial duvar kalınlaşması, buzlu cam dansiteleri ve mikronoduller izleniyor.

Resim 2



Toraks BT de multipl mediastinal ve hiler lenfadenopatiler izleniyor.

Resim 4



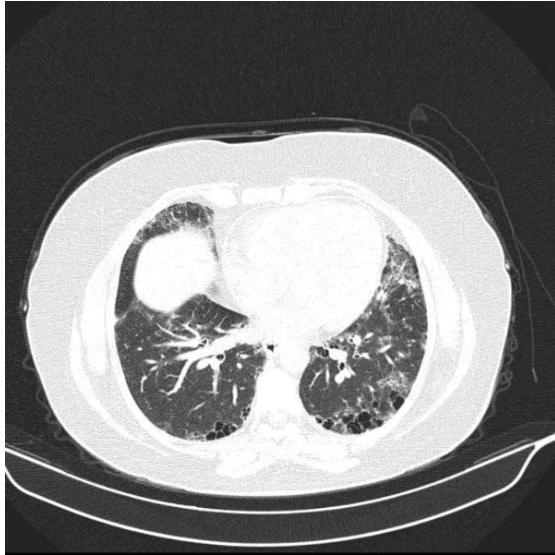
Batin BT de dalak parankiminde multipl hipodens nodüller izleniyor.

EP-073

Sjögren Sendromunun Akciğer Tutulumu: Olgu SunumuTaha Tahir Bekçi¹, Mustafa Çalık², Saniye Goknil Çalık³, Hilal Kocabas⁴, Yavuz Sultan Selim Akgul⁵¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Kliniği⁴Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı⁵Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Primer Sjögren sendromu (pSS) nedeni bilinmeyen fakat genetik yatkınlık ve çevresel faktörlerin tetiklediği bir egzokrinopatidir. Egzokrin bezlerde lenfositik infiltrasyona bağlı olarak kseroftalmi ve kserostomi (sikka kompleksi) yapan, progresyonu yavaş sistemik tutulum yapan kronik otoimmün bir hastalıktır. Gözyaşı ve tükürük bezleri ek diğer egzokrin bezleri, akciğer, böbrek, vasküler yapıları tutarak nörolojik, gastrointestinal hematolojik bulgular neden olabilir. Hastalığın tek başına bulunması "primer" Sjögren sendromu, başka bir otoimmün hastalığın varlığında "sekonder" Sjögren sendromu olarak adlandırılır. Primer veya sistemik lupus eritematozus, romatoid artrit ve skleroderma gibi diğer otoimmün hastalıkların seyrinde de görülebilir. SS bütün yaş ve cinsiyet gruplarında görülebilse de dördüncü ve altıncı dekatta, kadınlarda erkeklere göre dokuz kat daha sıktır. Literatürde prevalansı %0-5 arasında değişen nadir bir hastalıktır. Vakaların 2/3 solunum sisteminin tutulumu varken çok az bir kısmında klinik bulgu rastlanılır. En sık tutulum böbrek ve karaciğerdir. Akciğer tutulumu genellikle hava yollarında kuruluk ve interstisyel pnömoni şeklindedir. Uluslararası SS tanı kriterleri en az üçünün bulunmasıyla olası SS; dördünün varlığında kesin SS tanısı koydurur. Toplumlaraya göre yaş, cinsiyet ve etnisite konusunda klinik tablo ve serolojik bulgular açısından çok büyük farklılık göstermemektedir. 35 yaşında kadın hasta nefes darlığı, sırt ağrısı şikâyetleriyle Göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Hastanın bilinen kronik bir hastalığı yoktu. Fizik muayenesinde bilateral akciğer alt loblarda ralleri mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. PA Akciğer Grafisinin de her iki alt loblarda interstiyel akciğer hastalığı tutulum ile uyumlu olarak değerlendirildi. HRCT de özellikle alt loblarda belirgin olan yaygın, yer yer fibrotik değişikliklerin eşlik ettiği amfizematöz değişiklikler mevcuttu. Hasta interstisyel akciğer hastalıkları açısından değerlendirilirken, konnektif doku hastalıkları açısından sorgulandığında hastanın uzun süredir ağız kuruluğu ve göz kuruluğu olduğu öğrenildi. Laboratuvar bulguları; Hemogram (Normal), Sedimentasyon (9 mm/saat), CRP(5 mg/l), ENA (-), ANA (-) RF (Normal), Anti-Ro (-), Anti-La(-), Schirmer's test(+) şeklindeydi. Yapılan dudak biyopsisi; SS ile uyumlu geldi. Sjögren Sendromunda özellikle akciğer tutulumu; hastaların klinik durumu, yaşam kalitesi ve prognozun çok önemli bir belirleyicisidir. Bazen pulmoner belirtiler SS tanısından önce ortaya çıkabilir; hatta SS tanısının konulmasında yardımcı olabilir. pSS interstiyel akciğer hastalığı düşünülen hastaların ayırıcı tanısında her zaman akıld tutulmalıdır.

Resim 1



Hastaya ait HRCT incelenmesinde belirgin retikülönodüler infiltrasyonlar.

Tablo 1

1-Göz Bulguları (En Az Bir Tanesi)

3 aydan uzun süredir var olan göz kuruluğu

Tekrarlayan gözde batma hissi

Günde 3 defadan fazla suni gözyaşı damlası kullanmak

2-Oral Bulgular (En Az Bir Tanesi)

3 aydan uzun süredir hissedilen ağız kuruluğu

Kuru yiyecekleri yutabilmek için sıvı gıda alımı gerekliliği

Tekrarlayan yutkunma hissi

3-Objektif Göz Kuruluğu Bulguları (En Az Bir Tanesi)

Schirmer Testi

Rose Bengal Testi

4-Histopatoloji

En az 4 lobulde sayıları 50'den fazla lenfositten oluşan infiltrasyon alanları

5-Objektif Tükürük Bezi Tutulumu Bulguları (En Az Bir Tanesi)

Tükürük bezi sintigrafisi

Parotis sintigrafisi

Siyalometri

6-Laboratuvar Bulguları (En Az Bir Tanesi)

Anti SS-A ya Anti SS-B

Anti Nükleer Antikor (ANA)

Romatoid faktör (RF)

SS tanı kriterleri. 7 numaralı kaynaktan alınmıştır.

EP-074

Pulmoner Alveolar Mikrolitiazisli Olgularımız

Berna Taşkın Doğan, Nazan Bayram, Ayten Filiz, Meral Uyar, Derya Örtlek, Gözde Ak, Hasan Bayram, Öner Dikensoy
Gaziantep Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gaziantep

GİRİŞ: Pulmoner alveolar mikrolitiazis(PAM) intraalveolar kalsiyum fosfat çökeltilerinin birikimi ile karakterize, nadir görülen genetik bir hastalıktır. Hastalar genellikle tanı anında asemptomatiktir. Hemen her yaşta görülebilmekte ve her iki cinsi de eşit etkilemektedir. Burada pulmoner alveolar mikrolitiazisli ikisi tesadüfen saptanan üç olgu klinik, radyolojik ve patolojik özellikleriyle sunulmuştur.

OLGU 1: Yirmi yedi yaşında asemptomatik kadın hasta, işyeri taraması esnasında tesadüfen akciğer grafisinde patoloji görülmüş. 10p/yıl sigara öyküsü vardı. Meslek ve aile anamnezinde özellik yoktu. SaO₂:100 Nbz:94 SS:16 Fizik muayenesinde özellik yoktu. PA AC grafisinde bilateral retiküler dansite artışı vardı. Laboratuvar tetkikleri normaldi. Toraks BT'de bilateral interstisyel patern artışı ve mikrokalsifikasyonlar mevcuttu. Yapılan fiberoptik bronkoskopi her iki bronş sistemi açık ve doğal görüldü. Sol alt lob lateral segmentten alınan transbronşyal biyopsi sonucu alveolar mikrolitiazis olarak raporlandı.

OLGU 2: Elli iki yaşında kadın hasta eforla gelen nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. 15p/yıl sigara öyküsü vardı. Meslek ve aile anamnezinde özellik yoktu. Fizik muayenede SaO₂:85, solunum sesleri dinlemekle normal, clubbing ve ++ pretibial ödem mevcuttu. Direkt grafide her iki akciğer orta ve alt zonda kalp sınırlarını silen konsolide alanlar, üst zonlarda retikülonodüler lezyonlar mevcuttu. SFT'de FEV₁/FVC:%87 FEV₁:2.08(%88) FVC:2.40(%86) VC:2.40(%87) YRBT'de bilateral akciğer parankiminde yaygın milimetrik kalsifiye lezyonlar, interlobüler intralobüler septal kalınlaşmalar, kardiyotorasik indekste ve pulmoner arter çapında artış görüldü. EKO'da sağ kalp boşluklarında ileri derecede genişleme vardı. Hastaya yapılan transbronşyal biyopsi sonucunda alveol yapıları içinde mikrokalsifikasyonlar izlendi.

OLGU 3: Otuz altı yaşında erkek hasta 1 yıldır ara ara olan nefes darlığı varmış, işyeri taraması esnasında tesadüfen akciğer grafisinde patoloji görülmüş. Meslek ve aile anamnezinde özellik yoktu. Fizik muayenede SaO₂:97 dinlemekle bilateral ralleri vardı. PA AC grafisinde bilateral yaygın retikülonodüler dansite artışları vardı. Laboratuvar tetkikleri normaldi. Toraks BT'de bilateral yaygın mikrokalsifikasyon içeren nodüler dansite artışları vardı. Hastadan fiberoptik bronkoskopi ile alınan bronş biyopsi sonucu alveolar mikrolitiazis olarak raporlandı.

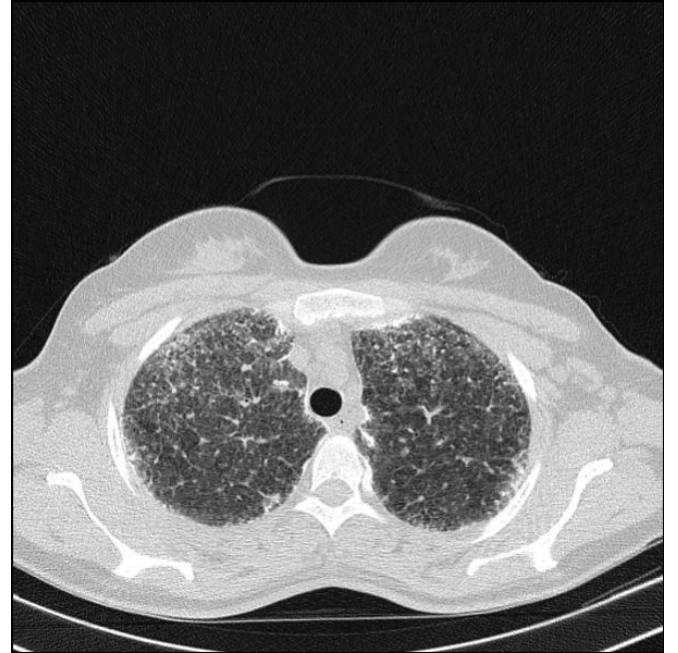
SONUÇ: Pulmoner alveolar mikrolitiazis genetik geçişli nadir görülen bir hastalık olmasına rağmen en sık görülen ülkelerden biri Türkiye'dir.

ŞEKİL 1



Olgu 1 PAAC

ŞEKİL 2



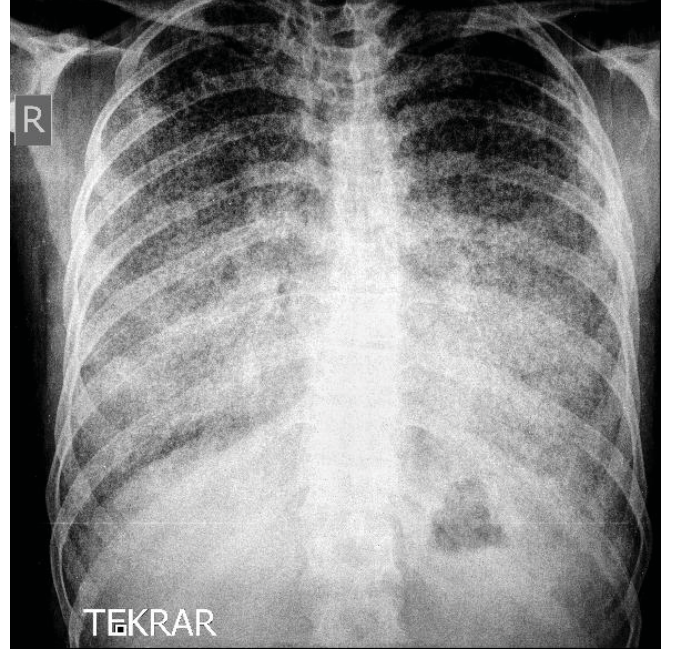
OLGU 1 TORAKS BT

ŞEKİL 3



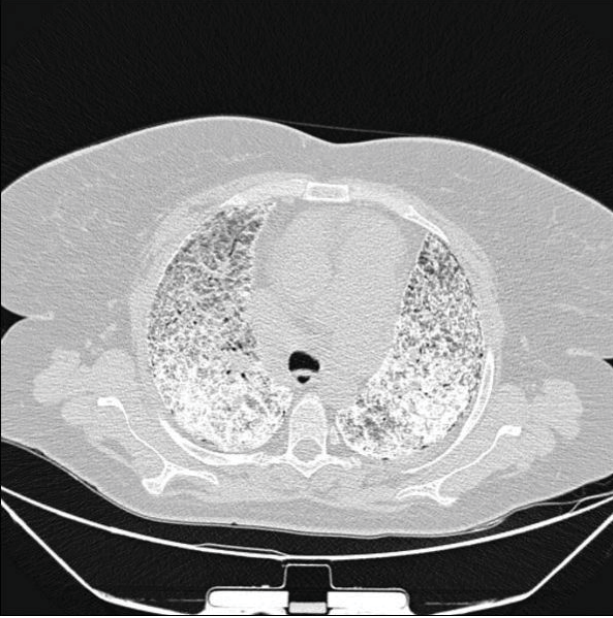
OLGU 2 PAAC

ŞEKİL 5



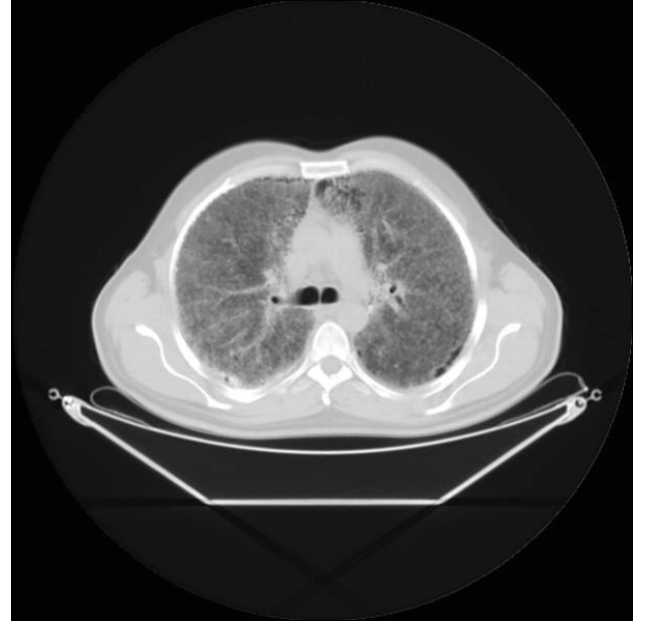
OLGU 3 PAAC

ŞEKİL 4



OLGU 2 YRBT

ŞEKİL 6



OLGU 3 TORAKS BT

EP-075

Homozigot MetilenTetraHidroFolatRedüktaz(MTHFR) Gen Mutasyonu: Pulmoner Emboli OlgusuGülistan Karadeniz¹, Fidan Sever¹, Aşkın Gülşen¹, Serpil Buluçkır¹, Sibel Doruk¹, Özlem İnce², Dilek Gündüz²¹Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir²Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: MetilenTetraHidroFolatRedüktaz(MTHFR) enzimi 5,10 metilendihidrofolatı 5 metil tetrahidrofolata dönüştürür. 5 metil tetrahidrofolat ise homosisteinden metionin oluşumu için gerekli olan folatın aktif formudur. MTHFR genindeki mutasyonlar sonucu MTHFR enzim aktivitesi azalır bunun sonucu olarak da plazma homosistein düzeyinde artış meydana gelir. Yüksek plazma homosistein düzeyleri de çeşitli vasküler sistem hastalıklarına zemin hazırlamaktadır.

MTHFR genin de en sık görülen mutasyonlar C677T ve A1298C 'dir. Özellikle homozigot C677T mutasyonunda enzim aktivitesi çok daha düşük olup yüksek plazma homosistein ve düşük folat seviyesi ile birliktedir. Bu kişilerde klinik olarak arteriyel ve venöz tromboz riski artmakta, erken yaşta kardiovasküler ve serebrovasküler hastalıklara, venöz tromboz ve gebelikte nöral tüp defektleri, ölü doğum ve tekrarlayan düşüklere neden olmaktadır.

Burada genç yaşta pulmoner tromboemboli ile ortaya çıkan bir homozigot MTHFR (C677T) gen mutasyonu olan olgu sunularak tromboza eğilimi olan genç hastalarda genetik panel bakılmasının önemini vurgulamayı amaçladık.

OLGU: Yirmiiki yaşında erkek hasta, başvurudan 3 hafta önce üreteropelvik darlık nedeniyle opere olan hasta sağ yan ağrısı yakınması ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede vital bulguları ve genel durumu iyi olan hastanın solunum muayenesinde dinlemekle sağ alt akciğer alanlarında solunum sesleri azalmıştı. Akciğer grafisinde(ŞEKİL-1) sağ 5.kot ön kolden bazale kadar kostodiafragmatik sinus ve diafram sınırlarını silen homojen dansite artımı mevcut idi. Yapılan tetkiklerinde d-dimer: 3,85 ug/ml olan hastaya daha öncede operasyon hikayesi olması nedeniyle pulmoner emboli ön tanısı ile toraks BT angiografi çekildi. Toraks anjio BT'de(ŞEKİL-2) bilateral alt ve orta lobe ve interlobe arterlerde trombus ile uyumlu dolum defektleri, sağda minimal plevral efüzyon, sağ böbrekte pelvikal ektazi saptandı. Öz ve soygeçmişinde özellik olmayan hastaya antikoagülan tedavi verildi. Tedavinin 6. ayında antikoagülan tedavi kesilerek bakılan genetik panelde homozigot MTHFR (C677T) mutasyonu saptandı. Hasta bilgilendirilerek kumadinize edildi.

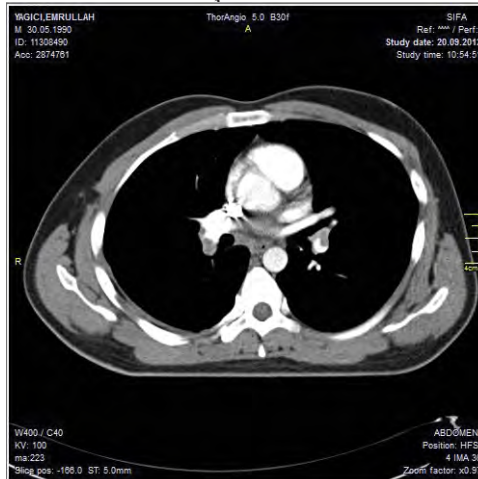
SONUÇ: Genç yaşta pulmoner emboli, derin ven trombozu, akut koroner sendrom, serebral infarkt, ölü doğum ve tekrarlayan düşük öyküsü olanlarda MTHFR mutasyonu düşünülmelidir. Mutasyon tespit edilen hastaların ömür boyu kumadinize edilmesi hayat kurtarıcıdır.

Şekil -1



Akciğer grafisi

Şekil-2



Toraks Anjio BT

EP-076**Ağır Pulmoner Hipertansiyonu Olan KOAH Hastalarında Akut Vazoreaktivite Test Sonuçları: 29 Olgu İçeren Deneyimimiz**Selvi Aşker¹, Müntecep Aşker²¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Van²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Van

AMAÇ: Çalışmamızın amacı ciddi pulmoner hipertansiyonu olan KOAH hastalarında sağ kalp kateterizasyonu ile değerlendirilen akut vazoreaktivite test sonuçlarını değerlendirmek ve test sonuçlarını hastaların klinik, demografik ve laboratuvar bilgileri ile ilişkilendirmektir.

METOD: Merkezimizin Göğüs hastalıkları ve kardiyoloji departmanına başvuran 29 ağır derece pulmoner hipertansiyonu olan KOAH hastası bilgileri retrospektif olarak incelendi. Bu hastaların pulmoner hipertansiyon oluşturacak KOAH dışında herhangi bir hastalıkları mevcut değildi. Hastaların 12 (%41) sinde AVT sonucu pozitif, 17 (%58,6) sinde AVT sonucu negatif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik, kardiyopulmoner ve laboratuvar bilgileri kaydedildi.

SONUÇLAR: Akut vazoreaktivite testinin negatif olduğu grup yaş ortalaması 62.3 ± 7.8 iken AVT testinin pozitif olduğu grubun yaş ortalaması 64.8 ± 7.3 olarak değerlendirildi ($p=0.38$). Her iki grupta ölçülen sistolik, diastolik ve ortalama pulmoner arter basınçları ile vazoreaktivite testi sonrası ölçülen basınç değerlerinin her iki grupta hataların demografik, ekokardiyografik ve biyokimyasal değerleri ile ilişkisi saptanmadı.

SONUÇ: Akut vazoreaktivite test sonucu negatif yüksek oranda saptanmış olmak ile beraber AVT negatif grupla, pozitif grup arasında demografik, ekokardiyografik ve biyokimyasal değerler arasında bir fark saptanmadı. KOAH hastalarında AVT negatif oranının yüksek olması bu grup hastalarda alternatif tedavi seçeneklerini düşündürmelidir. Bu konu ile ilgili daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

EP-077

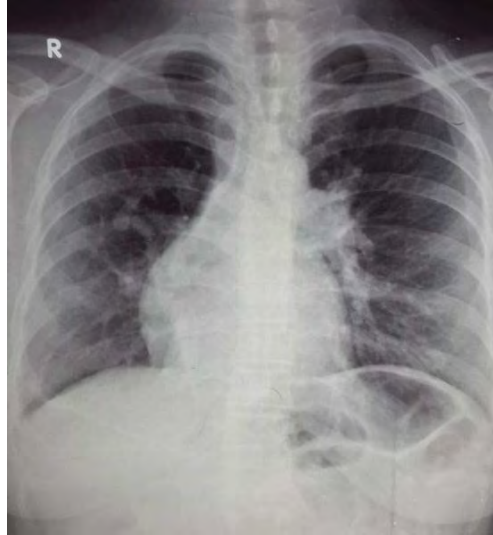
Scimitar Sendromu: Bir Olgu Nedeniyle

Dilem Anıl Tokyay, Emine Aksoy, Fatma Tokgöz, Yasemin Bodur, Tülin Sevim
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

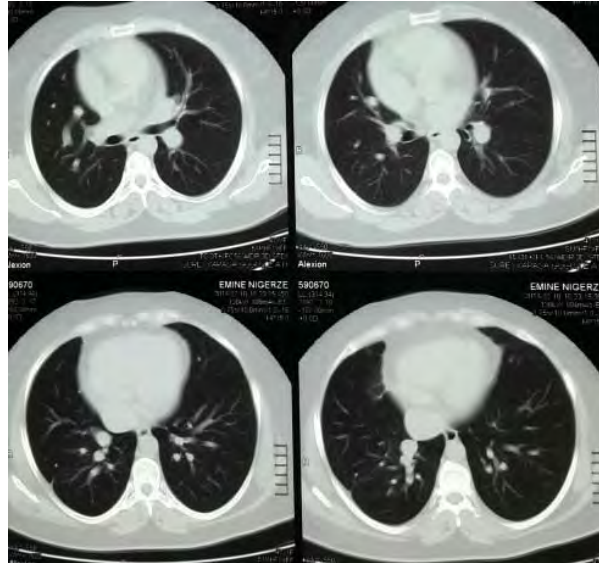
Scimitar sendromu olarak bilinen venopulmoner sendrom, sağ pulmoner venin inferior vena kava veya sağ atriuma açılması ile karakterize nadir görülen konjenital bir pulmoner venöz dönüş anomalisidir. PA grafide karakteristik olarak anormal venöz drenajı sağlayan descendan seyirli venin kalbin sağ kenarı boyunca kıvrık uçlu bir Türk kılıcına benzetildiği Scimitar (pala) işareti izlenir. Kliniğimizde Scimitar sendromu tanısı konulan 47 yaşında bir kadın hasta, sendroma nadir rastlanılması nedeniyle sunuldu.

Kırk yedi yaşında kadın hasta, göğüs ağrısı ve eforla nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Şikayetleri 9 yıldır ara ara olmaktadır ve son yıllarda artmıştı. Astım tanısı ile 9 yıldır bronkodilatör tedavi kullanmaktaydı. Ev hanımıydı ve hiç sigara içmemişti. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede hastanın genel durumu iyi, vital bulguları normal sınırlardaydı. Solunum sistemi muayenesi ve diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tam kan sayımı ve biyokimya değerleri normal aralıktaydı. Spirometrik değerlendirme normaldi. Postero-anterior (PA) akciğer grafide sağ akciğer alt alanda sağ kalp kenarı boyunca nonhomojen opasite artışı, sağ akciğerde volum kaybı, kalp gölgesinin sağa doğru yer değiştirdiği izlendi (Resim 1). Ekokardiyografide kardiyak apeksin orta hatta olduğu görüldü, sistolik pulmoner arter basıncı (PAPs) 55 mmHg ölçüldü. Toraks bilgisayarlı tomografide (BT), sağ akciğer hipoplazisi, sağ akciğer orta alandan kardiyofrenik açıya doğru uzanan genişlemiş pulmoner ven izlendi, venopulmoner sendrom lehine yorumlandı. Fiberoptik bronkoskopide sağ akciğerde ara bronşun olmadığı görüldü. Manyetik rezonans anjiyografide sağ pulmoner venlerin subdiafragmatik mesafede inferior vena kavaya drene olduğu izlendi ve Scimitar sendromu ile uyumlu olarak raporlandı. Anormal pulmoner venöz dönüş, sağ akciğer hipoplazisi, ara bronş anomalisi ve pulmoner hipertansiyon ile birliktelik gösteren olgumuza Scimitar sendromu tanısı konuldu. Tıbbi ve cerrahi yönden bir girişim düşünülmemeyen olgu izleme alındı.

Resim 1: Başvuru PA akciğer grafi



Resim2:



Toraks BT

EP-078

Salozoprine Bağlı Akciğer Hastalığı - Olgu

Feyyaz Kabadayı, Hasan Özgen, Ülkü Aka Aktürk, Selahattin Öztaş, Makbule Özlem Akbay, Dilek Ernam, Ali Metin Görgüner Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Olgumuz 79 yaşında kadın hasta. Bir yıldır olan eforla artan nefes darlığı, 1 haftadır ateş şikayeti ile hastanemize başvurdu. Özgeçmişinde 30 yıldır DM, 15 yıldır hipertansiyon, 5 yıldır hiperkolesterolemi, 10 yıldır İKH ve Ülseratif Kolit, 1 yıldır KOAHtanısı mevcut. 10 yıl önce koroner by-pass operasyonu geçirmiş. 10 paket-yıl sigara öyküsü olan hastanın kullandığı ilaçlar, oral antidiyabetik, telmisartan, atorvastatin, formaterol+ budesonid, ASA ve salozoprin.

Fizik muayenede vital bulguları stabil olup solunum sistemi muayenesinde oskültasyonda bilateral alt zonlarda inspiratuar raller işitildi. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Yapılan kardiyoji konsültasyonunda EKO: 3. Derece TY, PAB:80mmHg, sağ kalp boşluklarında genişleme, normal LVEF görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde rutin tam kan ve biyokimya değerleri normal, sedimantasyon 20mm/saat olarak saptandı. RF normal, ANA pozitif, anti-ds DNA negatif, scl70 sınırda pozitif bulundu.

Akciğer PA grafisinde bilateral orta ve alt zonlarda yaygın olarak nonhomojen dansite artışı izlendi. Hastanın toraks BT sinde sağ akciğer orta lob, alt lob posterior segment, sol akciğer alt lob superior kesimde peribronkovasküler alveolar dansite artımları ve buzlu cam görünümü izlenmekte, sağ akciğer minör fissür seviyesinde sıvı koleksiyonu, 5mm'ye ulaşan plevral efüzyon, sol akciğerde en geniş yerinde 10 mm plevral efüzyon izlenmekteydi. Toraks HRCT'si sağ akciğer minör fissür lokalizasyonunda 15x10 mm boyutunda nodüler dansite, bilateral akciğer parankiminde yamasal tarzda peribronkovasküler alveolar dansite artımı ve buzlu cam görünümü izlenmekteydi.

Solunum fonksiyon testi orta derece restriktif paternde olup difüzyon kapasitesinde orta derece azalma tespit edildi. FEV1:%84(1,47lt) FEV1/FVC:%86idi. DLCO % 56 DLCO/VA:80

Yapılan bronkoskopisinde heriki bronş sisteminde endobronşiyal lezyon izlenmedi. BAL ve transbronşiyal akciğer biyopsisi yapıldı. Bronkoalveolar lavajda: lenfosit %20, Nötrofil:%13, Makrofaj:%63, Eozinofil:%4, CD4/CD8:3,5. Sol akciğer alt lobdan alınan transbronşiyal biyopsi sonucu bronş mukozası ve olağan alveolar çatı şeklindeydi. Kan gazı analizinde ph:7.38, PCO2:40, PO2:73, SO2:%94 idi. ANA(+), scl70 sınırda pozitif olup kollajen doku hastalığı açısından romatolojiye konsülte edilen hastada kollajenoz düşünülmüdü. Tüm bulgular eşliğinde hastada ülseratif kolit nedeniyle yaklaşık 10 yıldır kullandığı salazoprine bağlı diffüz parankimal akciğer hastalığı düşünüldü. Salozoprin kesilerek oral sistemik steroid tedavisi 60mg/gün başlandı. Takibinde hastada klinik radyolojik belirgin düzelme izlendi ve steroid dozu kademeli olarak azaltıldı. Steroid tedavisi 4 aya tamamlanarak kesildi.

resim 1



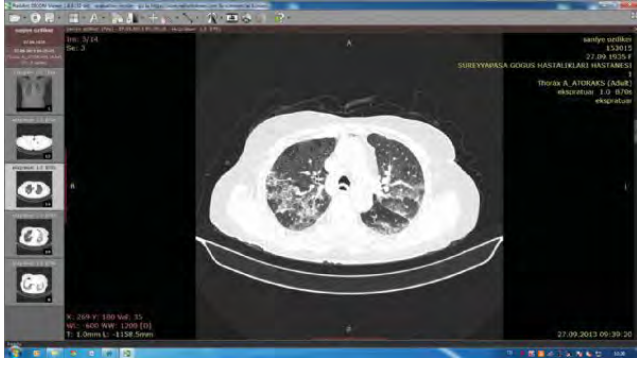
Hastanın başvuru sırasındaki akc grafisi

resim 2



Steroid tedavisinin 4. ayındaki akc grafisi

resim 3



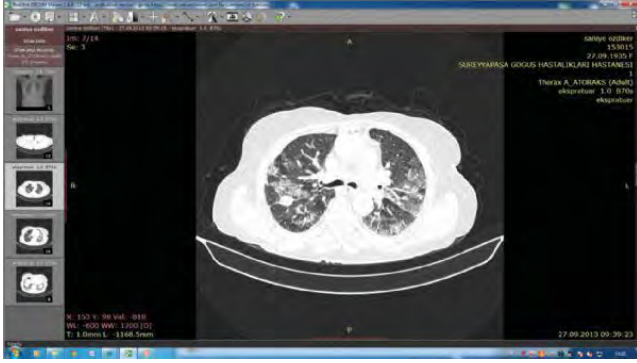
Başvuru sırasındaki BT bulguları

resim 6



Tedavi sonrası BT bulguları

resim 4



Başvuru sırasındaki BT bulguları

resim 7



Tedavi sonrası BT bulguları

resim 5



Başvuru sırasındaki BT bulguları

resim 8



Tedavi sonrası BT bulguları

EP-079

Pituiter Sarkoidoz: Nadir Bir Olgu Sunumu

Cevdet Duran¹, Tahir Taha Bekci², Mustafa Çalık³, Saniye Göknil Çalık⁴, Mustafa Çaycı⁵, Ferda Sevimli Burnık⁶, Samil Ecırlı⁶, Şayeste Akkan Eren⁶

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Endokrinoloji ve Metabolizma Bölümü

²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

⁴Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Kliniği

⁵Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Nükleer Tıp Kliniği

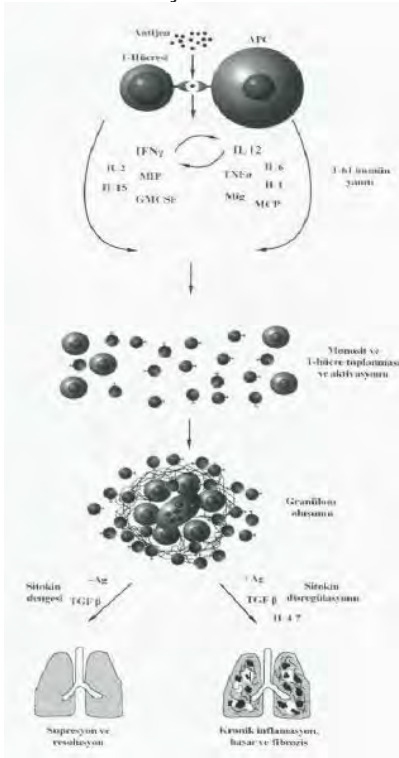
⁶Konya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

Sarkoidoz (Besnier-Boeck Schaumann Hastalığı) idiopatik nedenli, genç erişkin ve kadınlarda sık görülen, genellikle hiler lenfadenopati, pulmoner infiltrasyon, cilt ve göz lezyonları ile ortaya çıkan etkilenen organlarda non-kazeifiye kronik granülatöz iltihap karakterize multisistemik bir hastalıktır. Etiyolojisinde genetik, çevresel, infeksiyöz nedenler suçlanmaktadır. Her organ ve sistemini tutabilmesine rağmen, sıklık sırasına göre akciğer (%90), periferik lenfatikler (%50–75), cilt (%60–80) ve karaciğer (%60–80) görülür. Öksürük ve nefes darlığı en çok rastlanılan semptomlar olsa da vakaların çoğunda asemptomatiktir. Ateş, kilo kaybı, halsizlik gibi non-spesifik veya tutulan organa ait semptomları olabilir. Literatürde nörosarkoidoz olarak adlandırılan santral sinir sisteminin (SSS) tutulumu % 5-15 arasında değişirken postmortem çalışmalarda bu oran %15-27 çıkmaktadır. SSS'nin herhangi bir bölgesini tutabilmesi nedeniyle nörosarkoidozda klinik bulgular değişkendir. Pituiter tutulumu nadirdir.

64 yaşındaki kadın hasta halsizlik ve yorgunluk ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayene ve laboratuvar analizleri hiperkalsemi, yüksek sedimantasyon ve panhipopituitarizm tespit edildi. Radyolojik incelenmesinde sella manyetik rezonans (MR)görüntülenmesinde granülatöz hipofizitis düşündüren hacmi artmış ve heterojen hipofiz bezi görüldü. Toraks Bilgisayarlı Tomografi (BT) incelenmesinde, multiple ve bir cm'den daha küçük mediastinal lenf düğümleri gösterdi. Angiotensin converting enzim (ACE) seviyesi yüksekti. Anti-nükleer antikor, VDRL, T. Pallidum hemagglütinasyon, M. Tüberküloz ve Brusella testleri negatif idi. Minör tükürük ve parotis bezi biyopsisi normaldi. Hastayı sarkoidoz olarak kabul edilip, yüksek ve bölünmüş doz steroid ve düşük doz L-tiroksin tedavisi başlandı. Bu tedaviden sonra hastanın şikâyetleri önce geriledi sonra kayboldu. Pozitron Emisyon Tomografi (PET-CT) incelenmesinde sağ paratrakeal ve hipofiz bezinde artmış FDG tutulumu gösterdi. İki haftalık kortizon tedavisinden sonra, L-tiroksin sonlandırıldı. Gonadotropin seviyeleri postmenopozal düzeyine geldi, sedimantasyon ve serum kalsiyum düzeyleri normal seviyelere geriledi.

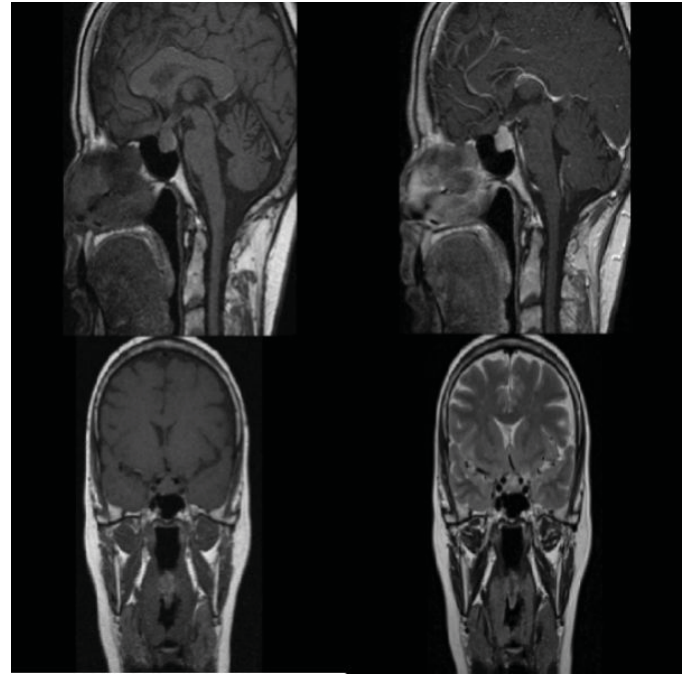
Tüm sarkoidoz hastalarının sadece % 3'ünde SSS tutulumu bildirilmiştir. Pulmoner ve sistemik tutulum eşlik etmediği nörosarkoidoz vakalarının tanısında zorluk ve gecikmeler vardır. Sarkoidozun mortalitesi (%1-5) düşük ve en sık nedeni solunum yetmezliği olmasına rağmen nörosarkoidoz yüksek morbidite ve mortalite oluşturmaktadır. Nadirliği ve diğer granülatöz hastalıkların çokluğuna rağmen ayırıcı tanıda sarkoidozun SSS tutulumu akılda tutulmalıdır.

Şekil 1



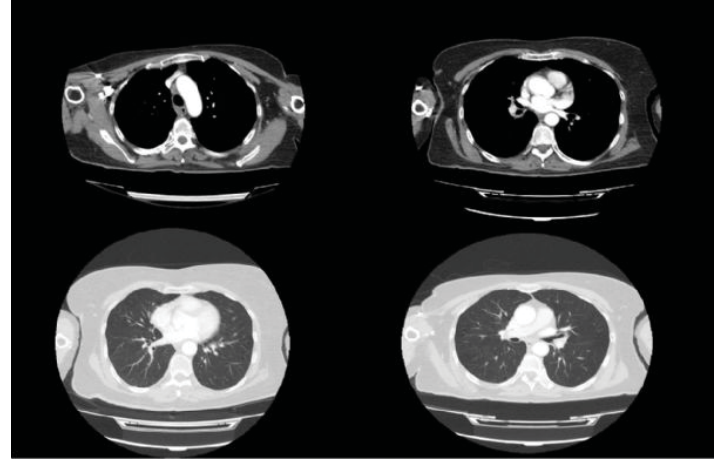
Sarkoidoz Patogenezi Hipotetik Modeli (11 numaralı kaynaktan alınmıştır). Tetikleyici ajan antijen spesifik, Th1 aracılığındaki granülomatöz inflamasyonu ve INF- γ ve IL-2 gibi Th1 sitokin üretimini uyarır. Tetikleyici ajan ve INF- γ tarafından aktive olan makrofajlar IL-12, TNF- α , IL-6 ve hücre aktivasyonunda, proliferasyonunda ve toplanmasında önemli diğer sitokinleri üretirler. Aktive makrofajlar ve T hücreler fibroblastlar gibi efektör hücreler, granülom formasyonu ile lokal sitokin üretimini sağlarlar. Tetikleyici ajanın ortadan kalkması TGF- β gibi sitokinlerin azalmasına ve immün yanıtın geriye dönmesine neden olur. Granülom regresyonu hücre apoptozu ile olur. Devamlı antijenik stimülasyon sitokin disregülasyonuna, T hücre otoimmün yanıtına neden olur. Eğer tedavi edilmezse, kronik antijenik stimülasyon ve sitokin üretimi (TGF- β ve diğer profibrotik sitokinlerin up-regülasyonu ile birlikte) irreversible fibrozisle sonuçlanır.

Resim 1



Hastanın SSS MR incelemesi a) Sagittal Kontrastsız T1 ağırlıklı görüntü (TR:390 ms, TE:17 ms) b) Sagittal Kontrastlı T1 ağırlıklı görüntü (TR:390 ms, TE:17 ms) c) Koronal Kontrastsız T1 ağırlıklı görüntü (TR:390 ms, TE:17 ms) d) Koronal Kontrastsız T2 ağırlıklı görüntü (TR:5000 ms, TE:72 ms)

Resim 2



Hastanın Toraks BT incelemesi

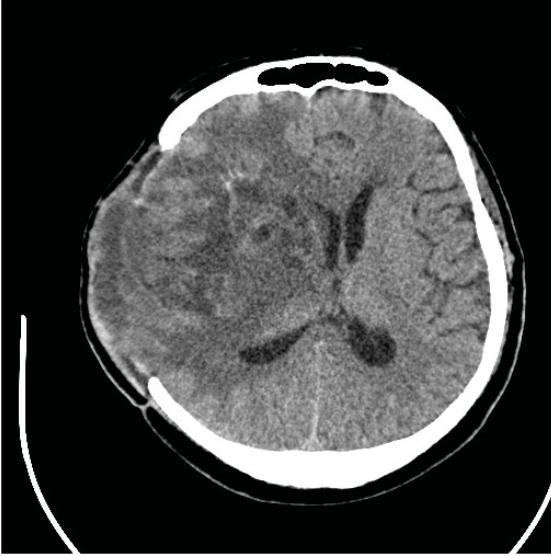
EP-080

Glioblastomlu Pulmoner Tromboembolizmli Olguda Trombolitik TedaviAyşe Nur Soytürk¹, Ayşegül Karalezli², Ebru Şeref Parlak¹, Ayşe Şule Şahin¹, Hatice Canan Hasanoğlu²¹Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği²Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Yetişkinlerdeki en yaygın ve agresif seyirli primer beyin tümörü olan glioblastom tanılı hastalarda artmış derin ven trombozu ve pulmoner emboli insidansı gözlenmiştir. Masif ve bazı submasif pulmoner tromboembolizmli hastalarda kontrendikasyonlar göz önünde bulundurularak trombolitik tedavi gündeme gelmektedir. Burada trombolitik tedavi için kontrendikasyonlar içerisinde sayılan santral sinir sistemi tümörü mevcut olan pulmoner tromboembolizmli olgu trombolitik tedavi verilmesi ve sonrasında komplikasyon gelişmemesi nedeni ile sunulmuştur.

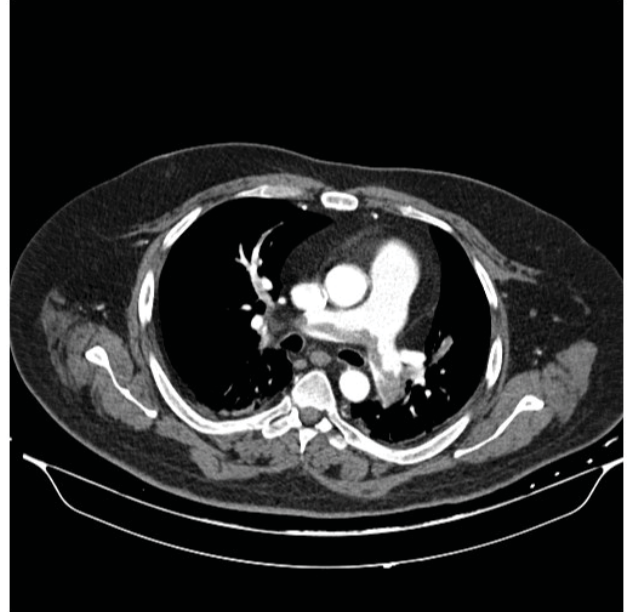
Grade IV glioblastom tanısı ile 2013 eylül ve 2014 nisanında iki kez kraniotomi öyküsü olan ve kemoterapi alımını takiben başlayan ani nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvuran 45 yaşında erkek hastanın geliş fizik muayenesinde solunum sayısı 40/dk, nabızı 120/dk ve tansiyonları 90/50 mmHg' dı. Pulse oksimetre ile saturasyonu 3 lt/dk nazal kanül ile oksijen almaktayken % 89-90'dı. Arteriyel kan gazında pH: 7,43 pCO₂: 32,9 mmHg, pO₂: 48,8 mmHg SO₂: % 85,1'di. D-dimer düzeyi 9249 ng/mL, troponin T 72,2 pg/ mL, kütle CK-MB 2,7 ng/ mL, pro-BNP düzeyi 5630 pg/mL di. EKO'da EF % 60 sol ventrikül sistolik fonksiyonları normal, D-septum, sağ boşluklar dilate, sPAB: 60 mmHg'di. Alt ekstremitte venöz doppler ultrasonografisinde sol AFV ve YFV de akut dvt saptandı. Toraks bt anjiyografide her iki ana pulmoner arter proksimal düzeylerinden itibaren tüm segmenter ve subsegmenter dallarda pulmoner tromboemboli ile uyumlu dolun defekti izlendi. Hasta ve yakınlarının onamı alınarak kanama riski yüksek hastada yarı doz (50 mg /1 saat) iv rt-PA infüzyonu yapıldı. Takibinde komplikasyon gelişmedi, hastanın taşikardisi, takipnesi düzeldi, normotansif seyretmeye başladı. Yirmidördüncü saat kontrol EKO'sunda sPAB 50-55 mmHg ölçüldü. Troponin T 19 pg/mL' e, pro-BNP 1006 pg/ mL'e geriledi. Hasta enoksaparin sodyum tedavisi ile taburcu edildi. Glioblastomlu bu olguda rezidü kitle lezyonu ve sonucusu yaklaşık iki ay önce yapılmış olmak üzere kraniotomi defektleri mevcuttu. Submasif pulmoner tromboembolizm kliniği ile başvuran bu olguda hipotansiyon gelişme eğilimi mevcuttu ve hasta takipte desatüre olmaktaydı. Kraniotomi defekti mevcut olan hastada nöroşirürji görüşü de alınarak yüksek kanama riski göz önünde tutularak yarı doz trombolitik tedavi verildi, akut ve iki aylık enoksaparin sodyum tedavisi ile takipte komplikasyon izlenmedi. Bu olgu masif ve submasif pulmoner tromboembolizm olgularında trombolitik tedavi seçiminde kontrendikasyonların hasta bazında değerlendirilmesinin önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Beyin BT



Sağda temporal, frontal ve parietal kemikte geçirilen operasyona bağlı kraniotomi defektleri ile sağ frontotemporoparietal seviyeyi dolduran ve sağ lateral ventrikülü belirgin basılıyarak orta hatta sola doğru sifte yol açan, kistik komponenti bulunan, etrafında ödem etkisi gözlenen, serebral kortikal sulkusları fissürleri silen, heterojen dansitede, en geniş çaplarında 85x65 mm kitlesel alan

Toraks BT Anjiyografi



Her iki ana pulmoner arter proksimal düzeylerinden itibaren tüm segmenter ve subsegmenter dallara dağılımı izlenen pulmoner tromboembolizm ile uyumlu dolun defektleri

EP-081

Astımla Karışan Kronik Eozinofilik Pnömoni Olgusu

Feyyaz Kabadayı, Hasan Özgen, Ülkü Aktürk, Dilek Ernam, Ali Metin Görgüner

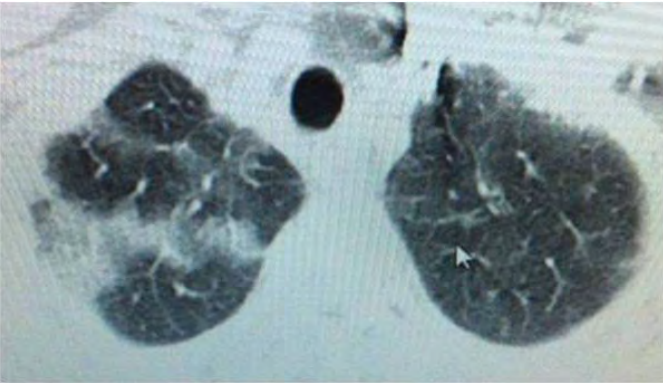
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları ve Tüberküloz, İstanbul Astım tanısıyla 5 yıldır takipli olan ve 2 yıldır bronkodilatör tedavi almakta olan 60 yaşında bayan hasta kliniğimize nefes darlığı, öksürük, kusma, kilo kaybı şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde hipertansiyon ve DM komorbiditeleri olan hasta nonsmokerdi. Akciğer PA grafisinde her iki akciğerde periferik yerleşimli sağda klavikula ile süperpoze olan non homojen infiltrasyon alanı görüldü. Laboratuvar parametreleri, hemogram(wbc:15.000, eosinofil %50), CRP:36, Sedimantasyon:90, Total IgE:230, TİT:Normal, ANA ve ANCA negatifti. Hastaya FOB yapıldı ve normal endobronşiyal sistem görüldü. BAL sıvısında total hücre sayısı, CD4/8:2,4 ve eozinofil:%20 idi. Toraks BT sinde periferik yerleşimli konsolidasyonları olan ve üst solunum yolu yada periferik semptomları olmayan hastaya tüm bulgular eşliğinde kronik eozinofilik pnömoni tanısı konularak 1mg/kg/gün olacak şekilde oral prednisolon başlandı ve kademeli olarak doz azaltıldı. 6 ay sonunda tedavisi sonlanan ve takibe alınan hastanın radyolojik lezyonları tamamen regrese oldu. Kliniği düzelen hastanın inhaler ihtiyacı kalmadı ve takibe alındı.

Resim-1



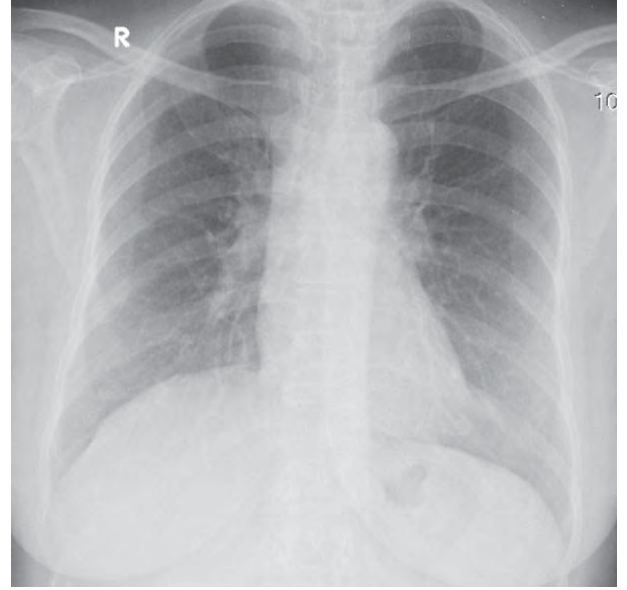
Başvuru PA grafisi

Resim-2



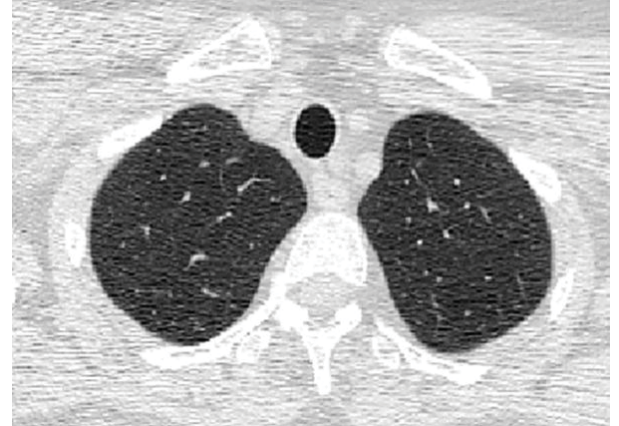
toraks BT

Resim-3



Kontrol PA akciğer grafisi

Resim-4



Kontrol toraks BT

Ayırıcı Tanı

Enfeksiyonlar(tbc, mantar enfeksiyonları)
Churge Strause Sendromu
Sarkoidoz
Loeffler sendromu
DIP
BOOP
Hipersensitivite pnömonisi
Eozinofilik granülom

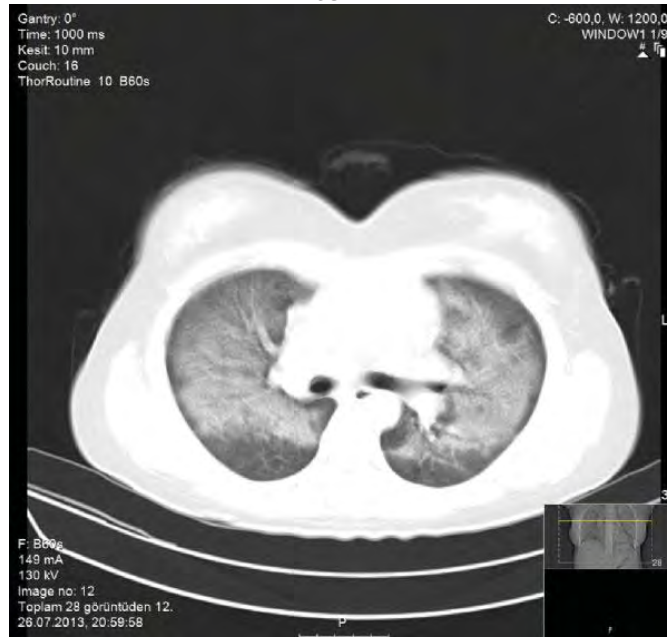
EP-082

Hodgkin Lenfoma Hastasında Bleomisin Tedavisine Bağlı Gelişen Akciğer Toksikitesi

Ünal Ake, Saltuk Buğra Kaya, Süleyman Savaş Hacıevliyagil, Zeynep Ayfer Aytemur
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya

Hodgkin Lenfoma tanısı ile izlenen 26 yaşındaki bayan olgu pnömoni ön tanısı ile enfeksiyon hastalıkları servisinde yatırılarak imipenem + silastatin sodyum, klaritromisin, oseltamivir, trimetoprim+sülfametoksazol başlanmış. Toraks BT'de her iki akciğerde bilateral, yaygın, subplevral alanların korunduğu buzlu cam görünümü saptanan olguda solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine Göğüs Hastalıkları konsültasyonu istenmiş. Olgu değerlendirildiğinde 2 gündür devam eden nefes darlığı dışında semptom yoktu. Lenfoma nedeniyle 3 kür kombine kemoterapi öyküsü vardı. Laboratuvar analizinde; lökosit 8,800 /mm³, Hb: 9,7 g/dL, CRP: 19.9 mg/L, sedimentasyon: 35 mm/saat, arter kan gazında: pH: 7,47, pCO₂: 18,5 mmHg, pO₂: 79,4 mmHg, SaO₂:% 97 idi. Anamnez, laboratuvar ve radyolojik bulgularla bleomisine bağlı akciğer toksisitesi düşünülerek 60 mg/gün metilprednizolon tedavisi başlandı. Solunum yetmezliği açısından monitorize edildi, oksijen inhalasyonu ve bronkodilatör tedavi uygulandı. Takip sürecinde solunum sıkıntısında belirgin düzelme görüldü. Kontrol Toraks BT çekildi; infiltrasyonlarda belirgin gerileme saptandı. Oksijen desteği olmadan alınan SpO₂:%98- 99 idi. Steroid tedavi, doz azaltılarak devam edildi. Altta yatan kronik hastalık ya da malignite nedeniyle immunsupresif tedavi alan kişilerde akut solunum sistemi yakınma ve bulguları ortaya çıktığında ilaç toksisitesi akla gelmelidir.

Resim 1



Toraks BT'de her iki akciğerde bilateral, yaygın, subplevral alanların korunduğu buzlu cam görünümü

EP-083

Kıvrımlı Pulmoner Ven: Çok Nadir Bir Bulgu

Murat Serhat Aygün¹, Mustafa Çalık², Süleyman Baktık¹, Fulden Mutlu Aygün³, Saniye Goknil Çalık⁴, Taha Tahir Bekçi⁵, Hıdır Esme²

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

³Konya Numune Hastanesi Radyoloji Kliniği

⁴Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Kliniği

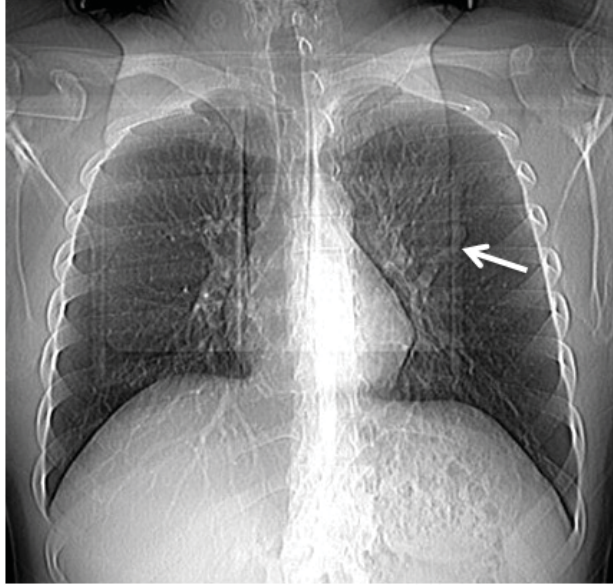
⁵Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Kıvrımlı Pulmoner Ven (KPV) nadir bir pulmoner vasküler anormali olup daha yaygın görülen scimitar (pala) sendromu ile karıştırılır. Her iki durumda da normalden farklı şekilde seyreden anormal pulmoner ven vardır. Bu venler genellikle akciğer grafisinde scimitar işareti veya A-V malformasyon taklit eden görüntü oluşturur. İ inferior vena cava dökülen scimitarın aksine KPV normal olarak sol atriumda sonlanır. AV malformasyonla ayırıcı tanısındaki en önemli nokta besleyen bir arterin olmayışıdır. Bu yazıda 30 yaşındaki erkek hastada AV malformasyon taklit eden KPV olgusunu sunduk.

30 yaşındaki erkek hasta işe giriş muayenesi için yapılan rutin değerlendirmesinde saptanan pulmoner nodül (Şekil 1) için kliniğimize sevk edildi. Pulmoner BT anjiyografi herhangi bir besleyen arteri olmadan dilate venöz yapıyı gösterdi. Hastaya AV malformasyonun ekartasyonu için anjiyografi yapıldı. Anjiyografide besleyen hiçbir arter tespit edilmedi, ama anormal venin sol atrium drene (Şekil 2A) olduğu tespit edildi. KPV tanısı mevcut bulguları altında yapıldı. BT anjiyografiden elde edilen görüntüler renkli ve 3 boyutlu olarak Workstation kullanarak yeniden oluşturuldu. Böylece üst lob pulmoner venin anormal şekilde inferior pulmoner vene döküldüğünü ve olmaması gereken ana pulmoner arterin varlığını gösterdi (Şekil 2B). Her hangi bir şikayeti bulunmayan hastaya ek görüntüleme yöntemi önerilmedi. "Kıvrımlı Pulmoner Ven - KPV" terimi ilk defa Goodman ve arkadaşları tarafından; scimitar (pala) işareti varlığında ve sol atriuma dökülen anormal sağ pulmoner ven tanımlamak için kullanılmıştır. Bilgilerimize göre literatürde bugüne kadar sağ, sol ve bilateral sadece 17 vaka bildirilmiştir. Yaygın olarak karşılaşılan Scimitar sendromu ve AV malformasyon aksine, literatürde bildirilen Sol KPV vakalarının bir elin parmakları kadardır.

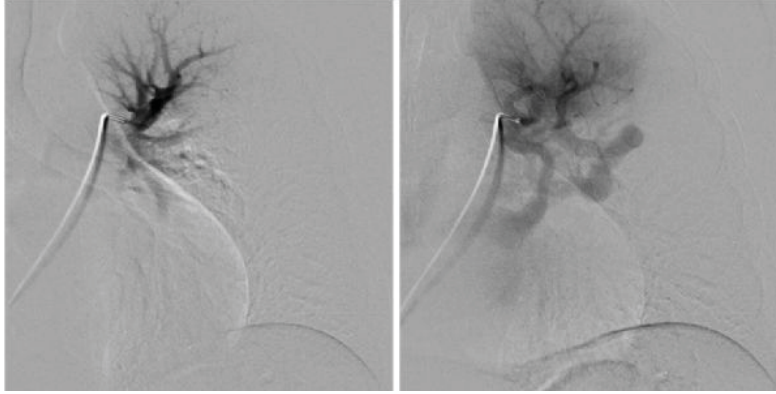
KPV tanısı CT teknolojisindeki gelişmeler sayesinde önemli ölçüde değişti. Bazı vakalarda tedavi edilmesi gereken AV malformasyondan ayırt edilebilmesi için isteğe bağlı anjiyografi yapılabilir. Non-İnvazif teşhisi maksimum yoğunluk projeksiyonlarına net bir şekilde damar anatomisinin gösteren ve KPV ayrıntılı incelenmesini sağlayan modern çok kesitli BT ile mümkündür.

Şekil 1



Scanogramda BT çekilmeden önceki sol akciğerde tubular vasküler yapı

Resim 2



Pulmoner anjiyografide normal arteriyel damarlanma ve inferior pulmoner vene dökülen anormal pulmoner ven

Resim 3



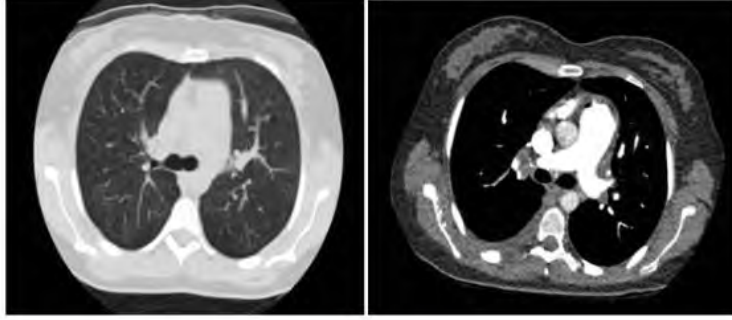
3 boyutlu ve renkli olarak yeniden oluşturulan pulmoner ven ve kalp görüntülenmesinde sol süperior pulmoner venin anormal şekilde inferior pulmoner vene dökülmesi. Beyaz ok ile anormal pulmoner venin seyri gösterilmiştir.

EP-084

Pulmoner Hipertansiyonun Nadir Bir Nedeni; Pulmoner Venooklüzif HastalıkSevim Taşan¹, Nuri Tutar¹, Olgun Kontaş², Fatma Sema Oymak¹, İnsu Yılmaz¹, Hakan Büyükoğlan¹, İnci Gülmez¹, Ramazan Demir¹¹Erciyes Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kayseri²Erciyes Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Kayseri

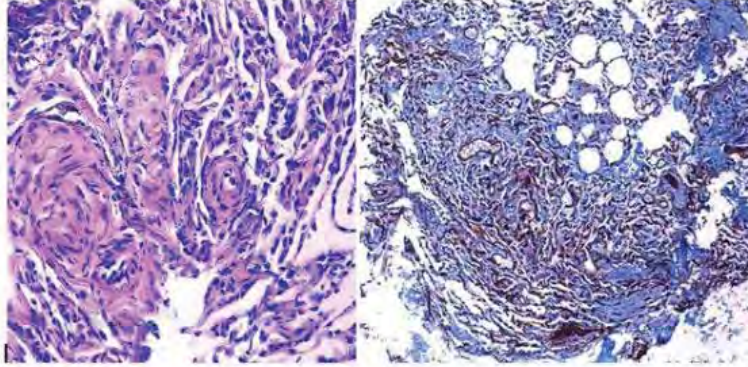
Pulmoner veno-oklüzif hastalık, Pulmoner Hipertansiyon un kötü prognozla seyreden nadir bir sebebidir. Bizim olgumuzda 16 yaşında bir kadın 3 yıldır olan nefes darlığı ile başvurdu. Bilinen hastalık öyküsü yoktu. Geliş SpO2 85ti. Oksijen desteği alırken başlangıç SpO2 95 olmasına rağmen 6 dakikalık yürüme testinin otuzuncu saniyesinde SpO2 77 e düştü. Pulmoner kateterizasyonda ortalama PAB 33mmhg ve vazoreaktivite testi negatifti. Toraks Tomografisinde pozitif olarak mediastinal LAP ve buzlu cam alanları vardı. Bronkoskopi yapıldı ve transbronşial biyopsi alındı. Biyopsi Pulmoner veno-oklüzif hastalık ile uyumlu olarak raporlandı. Ve hasta transplant için sevk edildi.

RESİM1: Toraks tomografisi mediasten kesitinde pulmoner arterde genişleme ve parankim penceresinde buzlu cam alanları izlenmekte.



RESİM1| Toraks tomografisi mediasten kesitinde pulmoner arterde genişleme ve parankim penceresinde buzlu cam alanları izlenmekte.

RESİM2: Histolojik incelemede kalınlaşmış intertisyum ve kapiller duvar izlenmekte.



RESİM2: Histolojik incelemede kalınlaşmış intertisyum ve kapiller duvar izlenmekte.

EP-085

Marihuana Kullanımına Bağlı Eozinofilik Pnömoni Olgusu

Şule Taş Gülen, Orhan Çıldağ, Osman Elbek

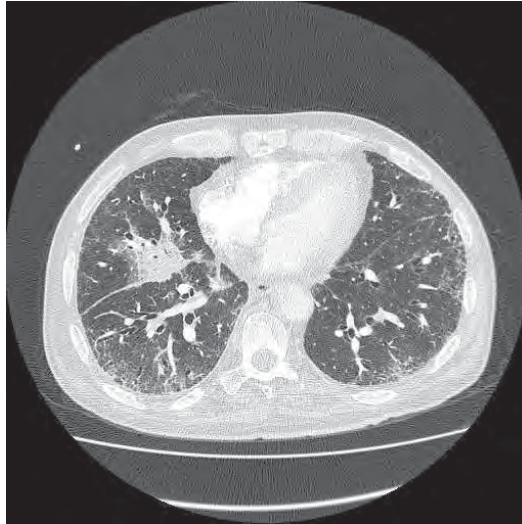
Adnan Menderes Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ: Eozinofilik pnömoni yapan nedenlerden birisinin marihuana kullanımı olduğu bilinmektedir.

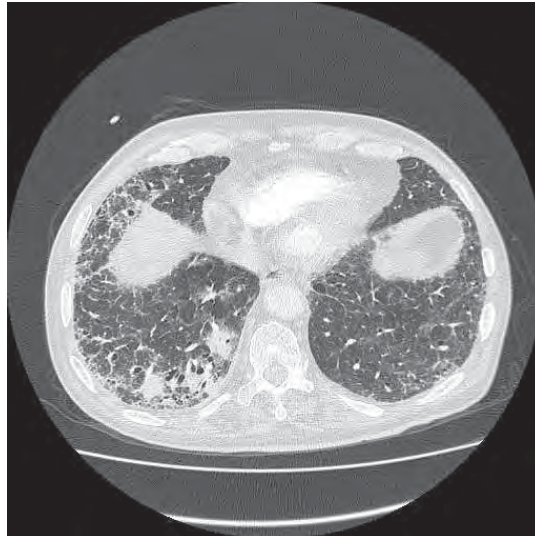
OLGU: Elli paket-yıl tütün ve kırk yıldır marihuana alışkanlığı tanımlayan 72 yaşında erkek hasta ateş, öksürük vücutta kızarıklık ve kaşıntı yakınmaları ile başvurdu. Bilgisayarlı tomografide; mediastinal ve bilateral hiler lenfadenomegali, her iki akciğerde buzlu cam ve yaygın periferik ince retiküler infiltrasyon saptandı. Hipertansiyon tanısıyla amlodipin kullanan hastanın fizik muayenesinde velcro raller, ürtikeryal lezyonlar ve çomak parmak mevcuttu. Hemogloblin: 14,8 g/dl, BK: 9100/mm³, Eozinofil: 1900/mm³ (%23), Platelet: 229000/mm³ idi. İmmunoglobulin E düzeyi 1859 IU/L saptanan olgunun ANCA'ları negatifti. Bronkoalveolar lavajda %28 oranında eozinofili tespit edildi. Solunum fonksiyon ve difüzyon testi normal olması dikkate alınarak marihuana kullanımının sonlandırılması önerildi. Üç yıl stabil olarak izlenen olgunun yeniden marihuana kullanımına başlamasının ardından kızarıklık, kaşıntı ve nefes darlığı yakınmaları gelişti. Yapılan incelemelerde periferik eozinofili (%25) ve immünoglobulin E yüksekliği (11239 IU/L) saptandı. Radyolojik olarak belirgin progresyon izlenen (Resim1-2) hastanın solunum fonksiyon testi ile difüzyon testinde kötüleşme tespit edilmesi üzerine marihuana kullanımını sonlandırılmasının yanı sıra 1 mg/kg/gün dozunda metilprednizolon başlandı. Marihuana kullanımını bırakan hastanın bulguları geriledi ve zaman içerisinde metilprednizolon dozu azaltılarak kesildi. Olgu halen ilaçsız olarak takiptedir.

SONUÇ: Madde kullanımı Türkiye'de giderek artan oranda gözlenmektedir. Nefes darlığı, ürtiker ve periferik eozinofili saptanan olgularda eozinofilik pnömoni ayırıcı tanısı açısından madde kullanımı ayrıntılı ve özenle sorgulanmalıdır. Olgumuz örneğinde saptandığı gibi immunoglobulin E yüksekliği ve bronkoalveolar lavajda eozinofilinin bulunması klinisyenleri madde kullanımı açısından uyarmalıdır. Maruziyetin sonlandırılması bu olgularda temel tedavi seçeneğidir. Bu nedenle hekim-hasta güven ilişkisi güçlü biçimde kurulmalı ve olgunun madde kullanımını terk etmesi sağlanmalıdır.

tedavi öncesi Toraks BT



tedavi öncesi Toraks BT



EP-086

İdyopatik Pulmoner Hemosiderozis: Bir olgu Nedeniyle

Mahşuk Taylan, Süreyya Yılmaz, Melike Demir, Halide Kaya, Özlem Abakay, Hatice Selimoğlu Şen, Cengizhan Sezgi
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD

GİRİŞ: İdyopatik pulmoner hemosiderozis (IPH), tekrarlayan ataklarla seyreden, alveoler hemoraji, hemoptizi, demir eksikliği anemisiyle karakterize nadir görülen bir klinikopatolojik tablodur. Bir çok parankimal akciğer hastalığının ayırıcı tanısında düşünülmeli gereken IPH, zaman zaman ciddi solunum yetmezliğine neden olabilmektedir. Bu yazıda hemoptizi ve nefes darlığıyla başvuran ve IPH tanısı konan bir olgu ele alınmıştır.

OLGU: Yirmi üç yaşında erkek hasta bir yıldır halsizlik ve aralıklı hemoptizi şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayenesinde konjonktivalar, avuç içi ve deride solukluk, takipne, oskültasyonda bilateral akciğer bazallerinde ral mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral orta ve alt zonlarda konsolidasyon alanları görüldü. Toraks BT tetkikinde alt loblarda daha belirgin olmak üzere hava bronkogramları da içeren yamasal tarzda konsolide alanlar görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde anemi (HGB:8 g/dl), dışında diğer biyokimya, CRP, sedimantasyon değerleri normal görüldü. Yapılan fiberoptik bronkoskopisi ile alınan bronkoalveoler lavaj sıvısında histo-patolojik olarak hemosiderin yüklü makrofajlar görüldü. Kollajen markerleri, ekokardiyografi, batin ve renal ultrasonografisi, üst gis endoskopisi normal görüldü. Alveolar hemoraji yapan diğer hastalıklar yapılan tetkikler neticesinde ekarte edilerek hasta IPH kabul edildi. Solunum sıkıntısı artan hasta yoğun bakım ünitesine alınarak noninvaziv solunum desteği (BİPAP ile) verildi. Hastaya parenteral steroid tedavisi başlandı. Takiplerinde klinik ve radyolojik düzelme gözlemlendi.

SONUÇ: Hemoptiziyle baş vuran, bilateral infiltratları ve anemisi olan hastalarda alveolar hemoraji ayırıcı tanısında IPH da düşünülmelidir. Erken tanı ve steroid tedavisinin hayat kurtacı olduğu unutulmamalıdır.

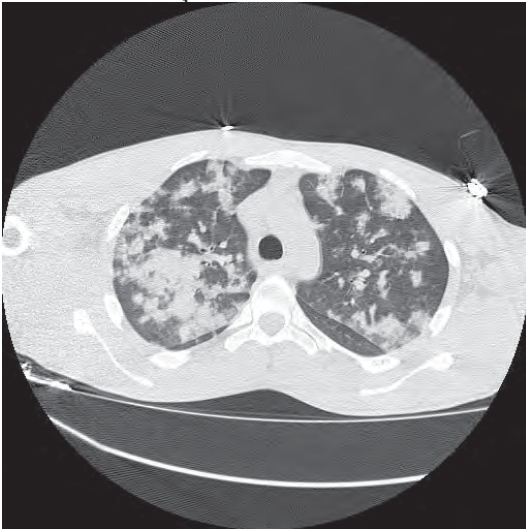
resim 1.Başvuru PA grafisi



resim 3. Tedavi sonrası PA grafisi



resim 2.Başvuru Toraks HRCT tetkiki



EP-087**İmmünitesi Sağlam Genç Erkek Hastada Herpes Simplex Virüs Tip-1 Pnömonisine Bağlı Alveoler Hemoraji Sendromu**Mevlüt Karataş¹, Halit Çınarka¹, Servet Kayhan¹, Aziz Gümüş¹, Recep Bedir², Songül Özyurt¹, Ünal Şahin¹¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Rize

GİRİŞ: Diffüz alveoler hemoraji (DAH) mortal seyreden bir akciğer patolojisidir. İmmünitesi sağlam hastalarda Herpes simplex virüs tip 1'e (HSV tip 1) bağlı visseral doku enfeksiyonları nadir görülmektedir. Vakamızda immünitesi sağlam bir hastada HSV tip 1'e bağlı pnömoni sonrası akciğerde gelişen DAH sunulmaktadır.

OLGU: 18 yaşında genç erkek hasta hastaneye iki gündür devam eden nefes darlığı, öksürük, kanlı balgam, halsizlik şikayetiyle başvurmuş. Hastanın alınan medikal hikayesinde özellik yoktu. Fizik muayenede ateş 37.20C, oksijen saturasyonu %86, kalp hızı 138/dk, solunum sayısı 14/dk, alt dudakta herpes labialis ve her iki akciğer orta ve alt bölgede inspiratuar ral mevcuttu.

Laboratuvar testlerinde wbc 21.700/mm³, hemoglobin 6.80 g/dL, hematokrit %23.2, platelet 172.000 K/uL, serum kreatinin 6.80g/dL, serum LDH 500U/L, troponin 0.08ng/ml, eritrosit sedimentasyon hızı 16/sa ve idrar tahlili normaldi. PT 17.9/sec., aPTT 30.8/sec. ve romatolojik parametreler antinuclear antibody, anti-double stranded antibody, antineutrophil cytoplasmic antibodies ve anti-glomerular basement membrane antibody negatifti. C-reaktif protein 5.46mg/dl, romatoid faktör 20IU/mL ve brusella testi negatifti. ELISA testi; HBsAg, AntiHBs, AntiHCV, AntiHIV, Anti Toxo IgM, Anti CMV IgM, EBV VCA IgM, Herpes simplex tip 2 IgG ve Herpes simplex tip 2 IgM negatifti. Anti Toxo IgG, Anti CMV IgG, EBV EBNA IgG, HSV-1 IgM ve HSV-1 IgG pozitifti.

Akciğer grafisinde bilateral alveoler infiltratlar mevcuttu (Figür 1). Bilgisayarlı tomografide her iki akciğerde diffüz buzlu cam opasitesi ve interlobuler septal kalınlaşmalar görülmekteydi (Figür 1). Fiberoptik bronkoskopide trakeobronşial sistemde diffüz eritem ve kanama görüldü. Bronkoalveoler lavaj mikroskopisinde hemosiderin yüklü makrofajlar görüldü (Figür 2). Tüm laboratuvar ve radyolojik sonuçlar HSV tip 1'e bağlı pnömoni ve DAH ile uyumluydu.

Tedavide intravenöz acyclovir (500 mg 2x1), kortikosteroid (metilprednisolon 120 mg), eritrosit süspansiyonu, taze donmuş plazma ve tranexamik asit (250 mg, 4x1) başlandı. Hastanın takiplerinde ateş, dispne ve kanlı balgam görülmedi. Tedavinin on birinci günü çekilen akciğer grafisi ve tomografide pulmoner parankimal imajların iyileştiği görüldü.

SONUÇ: Bazı yayınlarda immünitesi baskılanmış ve yoğun bakım hastalarında HSV tip 1'e bağlı pnömoni vakalarından bahsedilmesine karşın vakamızda immünitesi sağlam bir genç erkekte HSV tip 1'e bağlı pnömoni ve DAH kliniğinin geliştiğini görmekteyiz. Tedavi sonrası radyolojik olarak iyileşmenin geliştiği görülmektedir. Bu vakanın HSV tip 1'e bağlı DAH açısından seyrek görülen bir vaka olduğu kanısındayız.

Figür 1



PA akciğer grafisinde bilateral parankimal infiltratlar

Figür 2



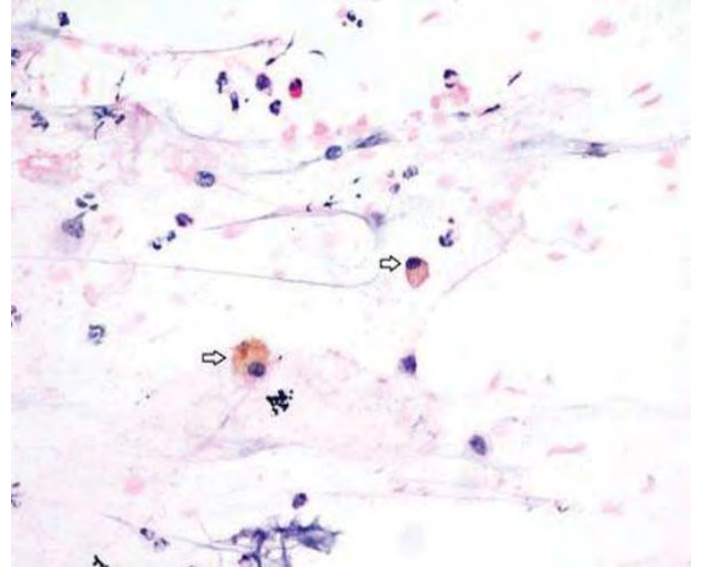
BT'de her iki akciğer parankiminde diffüz buzlu cam ve interlobuler septal kalınlaşmalar

Figür 3



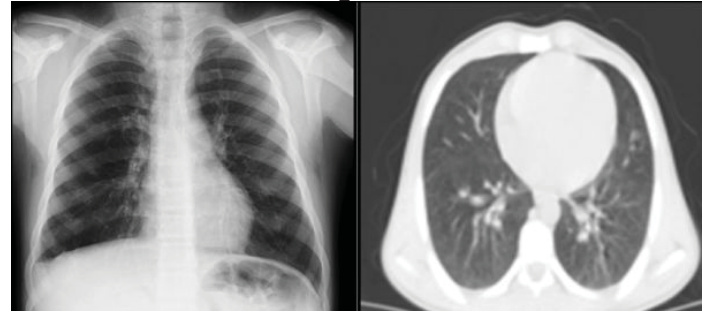
Bronkoskospide bronş sisteminde diffüz kanama odakları

Figür 4



İnflamatuvar hücreler ve hemosiderin yüklü makrofajlar (siyah ok)
(H&Ex440)

Figür 5



Tedavi sonrası PA akciğer grafisi ve BT akciğer parankim görüntüsü

EP-088

KOAH Hastasında Sol Alt Lob Atelektazisine Neden Olan Aort Anevrizması: Olgu SunumuNurhan Atilla¹, Hüseyin Arpağ¹, Hasan Kahrman¹, Şemi Atilla³, Ahmet Fazıl Görgel²¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Göğüs Hast. Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İç Hast. Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş³Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Kahramanmaraş

Yetmiş yaşında erkek hasta. Yirmi yıldır KOAH tanısı mevcut olup, son iki yıldır nefes darlığı ve öksürüğü artmıştı. KOAH alevlenmesi nedeniyle dönem dönem parenteral steroid başlanmış, inhaler ilaç dozları arttırılmış. Fakat belirgin rahatlama olmamıştı. Özgeçmişinde KOAH'a ek olarak on yıldır hipertansiyon ve ateroskleroz mevcuttu. Fizik muayenesinde solunum sesi şiddeti azalmış olup rutin tetkikleri normaldi. Postero anterior akciğer grafisinde torasik aort belirgin ve sol alt lob atelektazik olduğundan hastaya aorta yönelik BT anjiyografi çekildi. BT de inen aortada 6 cm genişliğinde anevrizmatik dilatasyon gözlemlendi (Resim 1). Sol alt lob ise anevrizma basısı nedeniyle atelektazikti (Resim 2). Hasta kalp damar cerrahisi bölümüne yönlendirildi. Cerrahi için yüksek riskli olduğundan, kalp damar cerrahisi bölümünce yakın takip önerildi. Çıkan aorta ve arkus aorta anevrizmalarının, trakea ve ana bronşiyal yapılara basısı iyi bilinen bir komplikasyondur. İnen torasik aorta anevrizmaları ise, klinik olarak daha sık karşılaşılmamasına karşın, trakeobronşiyal yapılara bası oluşturması, beklenenin tersine nadirdir. Anevrizma rüptürü gelişinceye kadar olgular semptom vermeyebilmekte ve rastlantısal olarak saptanabilmektedir.

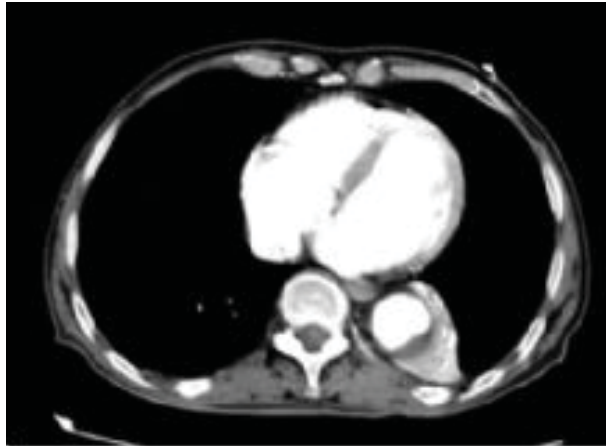
Semptomatik olgularda ortaya çıkan klinik yakınmalar, genellikle anevrizmanın komşu yapılara mekanik basısı sonucu oluşmaktadır.

KOAH abdominal aort anevrizması için risk faktörüdür. KOAH hastasında mevcut olan aort anevrizmasının farkedilmesi ve hastanın kontrol altına alınması rüptür gibi ciddi komplikasyonların engellenmesinde etkili olacaktır.

Resim 1



Resim 2



EP-089

Pulmoner Emboli İle Başvuran Akut Lökoz Olgusu

İlknur Can, Göksel Altınışık, Neşe Dursunoğlu, Erhan Uğurlu, Zahide Namlı Alaçam, Onur Kaya
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ: Pulmoner emboli (PE), komplikasyonu yüksek, tanısı her zaman kolay olmayan, tekrarlayabilen bir hastalıktır. Tanısının ardından bilinen kolaylaştırıcı bir neden söz konusu değilse bile, özellikle malignensi açısından araştırılmalıdır. Lösemi ve lenfoma gibi hematolojik malignitelerde diğer solid organ tümörlerine göre daha az sıklıkta PE saptanmıştır. Kliniğimize PE ile başvurusu sonrasında akut lösemi tanısı konan bir hastamızı sunarak bu birlikteliğe dikkat çekmeyi amaçladık.

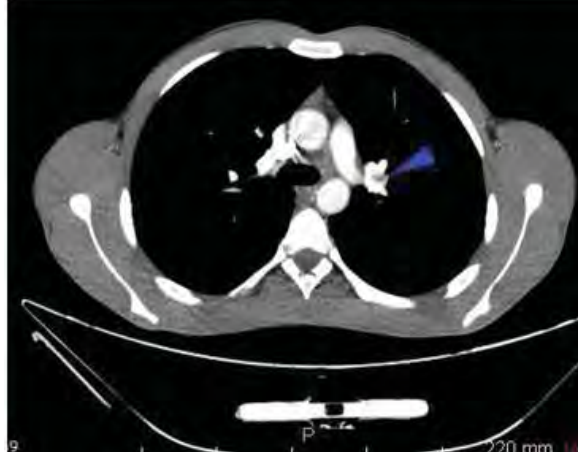
OLGU: 24 yaşında, özgeçmişinde bilinen kronik bir hastalığı olmayan, 10 paket/yıl sigara ve ayrıca esrar kullanımı olan erkek hastaydı. Bir aydır olan bacak ağrısı mevcuttu. Başvurduğu merkezde sol alt ekstremitede derin ven trombozu saptanması üzerine oral antikoagülan (Warfarin) tedavisi başlanmıştı. Tedavinin birinci gününde ani başlayan göğüs ağrısı nedeniyle acil servisimize başvurusunda INR 1.24 idi ve emboli protokolünde Toraks Bilgisayarlı Tomografi çekildi. Her iki pulmoner arterin segmental dallarında emboli ile uyumlu dolum defekti saptandı. (Resim 1,2) Servisimize yatırılarak düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlandı. Laboratuvar incelemesinde Beyaz kan hücre sayısı 30830/mm³ (lenfosit sayısı 18690/mm³), CRP 12.8mg/dL, ESR 10 mm1saat, LDH 816 U/L idi. Hematoloji tarafından değerlendirilmesi sonucunda kemik iliği biyopsisi ile akut myeloblastik lösemi (AML) tanısı kondu. Bu yönde tedavisi düzenlendi.

SONUÇ: Kanser ve PE arasındaki ilişki bilinmesine rağmen hematolojik malignitelerin ilişkisi ile ilgili veriler azdır. PE ye yatkınlığı arttıran birçok sebep bilinmektedir. Genetik olmayan sebeplerden birkaçı malignite, immobilizasyon, miyokard enfarktüsü, kemoterapi, travma, intravenöz uyuşturucu kullanımıdır(1). Hastamızda uyuşturucu ve keyif verici madde bağımlılığı yanında hematolojik malignite bulunmaktaydı. Özellikle akut lökoz olgularında PE ilk 3 ay içinde daha sık görüldüğü bildirilmiştir(2). Sonuçta PE tanısından sonra neden emboli sorusuna yanıt aramak için geniş yelpazede bir inceleme yapılması akut lökoz gibi erken tanı ve tedavinin önemli olduğu tabloları ortaya çıkarabilir.

KAYNAKLAR:

1. Tapson VF. Acute pulmonary embolism. *N Engl J Med* 2008; 358: 1037-52.
2. Grace H. Ku, Richard H. White, Helen K. Chew, Danielle J. Harvey, Hong Zhou and Ted Wun; Venous thromboembolism in patients with acute leukemia: incidence, risk factors, and effect on survival; 2009 113: 3911-3917

Resim 1



Resim 2



EP-090

Nitrofurantoin Kullanımına Bağlı İlaç Akciğeri

Hasan Özgen, Feyyaz Kabadayı, Ülkü Aka Aktürk, Selahattin Öztaş, Ali Metin Görgüner, Dilek Ernam

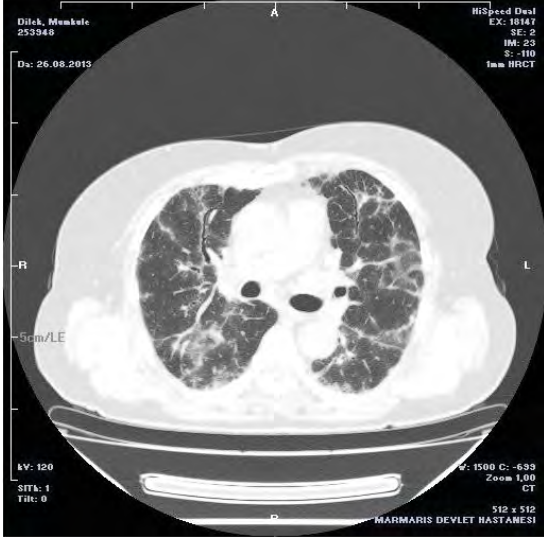
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları ve Tüberküloz, İstanbul

Hareketle nefes darlığı şikayeti ile başvuran 70 yaşında bayan hastanın yaklaşık 2 aydır şikayeti mevcutmuş ve zamanla artış göstermiş. Hikayesinde yaklaşık 2-3 ay kadar önce çok kısa süreli bir böcek ilacı inhalasyonu sonrası nefes darlığının başladığını ifade ediyor, bu şikayetler hastaneye başvurmuş ve nonspesifik antibiyotik almış. Hastanın şikayeti geçmeyince tekrar sağlık merkezine başvurmuş ve Toraks BT çekilmiş. BT'de bilateral yaygın yerleşim gösteren intersitisyel kalınlaşma ve buzlu cam alanları görülmüş. Hastanın muayenesinde solunum seslerinde bilateral alt zonlarda selofan ralleri mevcuttu. Tansiyonu 150/90 mmHg, dakika nabız sayısı 100, ateş 36,7 ve dakika solunum sayısı 18 idi. Özgeçmişinde hipertansiyon için co-irida kullanımı, hipotiroidi için euthyrox 50 kullanımı, venöz yetersizlik için venoruton kullanımı ve kronik sistitten dolayı da pyeloseptil kullanımı mevcut. Başvusu sırasındaki akc grafisinde (resim 1) bilateral orta ve alt zonlarda daha belirgin olan birbirini ile birleşme eğilimi gösteren opasiteler ve yer yer retiküler densiteler izlendi. Biyokimyasında hemogramı normal, kan gazında ph:7,42 po2:77 pco2:33 ALT:107 AST:88, LDL ve Trigliserid yüksek bulundu. Bakılan CRP 10, ARB (-) idi. Solunum Fonksiyon Testinde FEV1/FVC 75, FEV1:%58, FVC %55, DLCO:%41 DLCO/VA:83 olarak geldi. Ayrıcı tanıda nonspesifik intersitisyel pnömoni, vaskülit, tbc düşünüldü. Serolojide RF: 34,6(0-10), antiHbs: 169(0-10), anti Hbc IgM:(-), antiHbcIgG:(+), antidsDNA:(-), ANA:(-), Antifosfolipid antikor:(-), p-ANCA ve c-ANCA negatif olarak geldi.FOB yapıldı, BT bulgularına göre transbronşiyal biyopsi ve BAL yapıldı(tablo 1). Patoloji sonucu sağ akciğer orta ve alt lob, transbronşiyal biyopsi: pulmoner parankimde organize pnömoni alanları,intersitisyel alanda kronik inflamasyon, fibrozis; bronşial lavaj, yayma: kanamalı zeminde bronş epitelleri olarak raporlandı.İlaç anamnezi derinleştirildi.hipertansiyon için co-irida kullanımı, hipotiroidi için euthyrox 50 kullanımı, venöz yetersizlik için venoruton kullanımı ve kronik sistitten dolayı da pyeloseptil (1yıl) kullanımının olduğu öğrenildi. İlaç akciğeri olabileceği düşünüldü ve pyeloseptil stoplandı. Steroid tedavisi verilmeyen hasta pyeloseptilin kesilmesiyle semptomlarının gerilediğini ifade etti, Takiplerde SFT değerlerinin yükseldiği ve radyolojik düzelmenin olduğu görüldü.

Başvuru sırasındaki akc grafisi**Bronkoskopik BAL bulguları**

Canlı Hücre:%85,23	Total Hücre:240/mm ³
CD3: %83,86	Lenfosit: %66
CD4: %10,18	Nötrofil:%10
CD8: %69,98	Makrofaj:%21
CD4/CD8: 0,14	Eozinofil: %3
CD45: %94,1	

Hastanın başvuru sırasındaki Toraks BT kesitleri



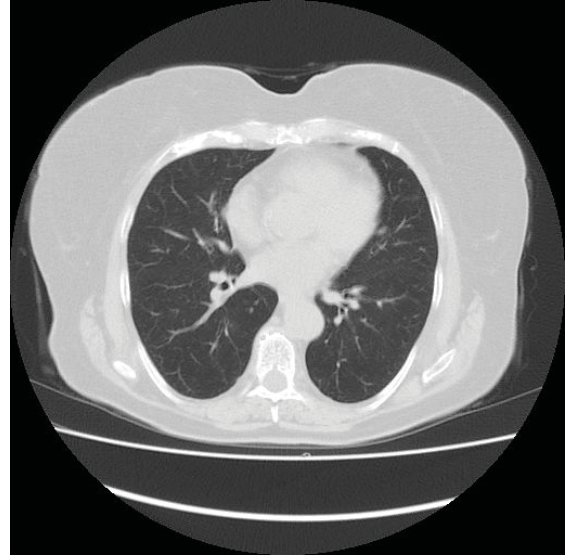
Takip sonrası akc grafisi



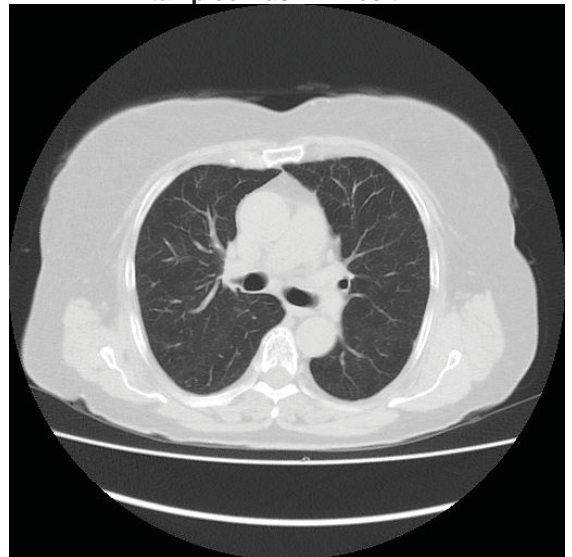
Hastanın başvuru sırasındaki Toraks BT kesitleri



takip sonrası BT kesiti



takip sonrası BT kesiti 2



EP-091

Masif Hemoptiziye Neden Olan Pulmoner Embolili Behçet OlgusuDursun Tatar, Mustafa Canbaz, Ceyda Anar, Emre Şenel, Ahmet Emin Erbaycu

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, göğüs hastalıkları bölümü, İzmir

Behçet hastalığı (BH), etiyojisi bilinmeyen, ataklarla seyreden, multisistemik, kronik inflamatuvar bir vaskülitir. Aftöz stomatit, genital ülserasyonlar ve göz tutulumu hastalığın klasik triadı olmakla birlikte, pek çok organ tutulabilir. Pulmoner arter anevrizması Behçet hastalığının en sık görülen pulmoner tutulum şeklidir ve immünsüpresif tedaviye rağmen rüptüre olma eğilimi nedeniyle yüksek mortaliteye sahiptir. Endotel hasarı nedeniyle olan intrakardiyak trombus ve pulmoner tromboemboli daha nadir ve yine yüksek mortaliteli komplikasyonlardır. 3 yıldır Behçet hastalığı tanısı ile takip edilen 27 yaşında erkek hasta göğüs ağrısı ve öksürmekle ağızdan kan gelme şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinden hastaya iki ay önce pulmoner emboli tanısı ile düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) tedavisi başlanıldığı öğrenildi. Hastanın iki ay önce dış merkezde çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) her iki pulmoner arterde pulmoner emboli ve sağ ventrikülde tromboz ve asendan aort anterior duvarında intramural hematoma ile uyumlu olabilecek görünüm tespit edildi. Hastanemizde çekilen toraks angio BT' sinde her iki inferior pulmoner arterde emboli saptandı. Bilateral alt ekstremite venöz doppler ultrasonografisinde trombüse rastlanılmadı. Romatoloji ile konsülte edilen hastaya 3 günlük pulse steroid tedavisi uygulandı ve steroid tedavisine 1 mg /kg olarak devam edildi. Steroid tedavisi ile birlikte antikoagülan tedaviye devam edilen hastada hemoptizi izlenmedi. Sonuç olarak; Behçet hastalığı tanılı ve pulmoner tutulumu olan hastalarda antienflamatuvar tedavi verilmeden tek başına antikoagülan tedavi verilmesinin masif hemoptizilere neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

resim 1



Sağ alt zonda midklavikuler hatta diyafragma sınırında 2 mm çapında heterojen noduler opasite artımı

resim 2a



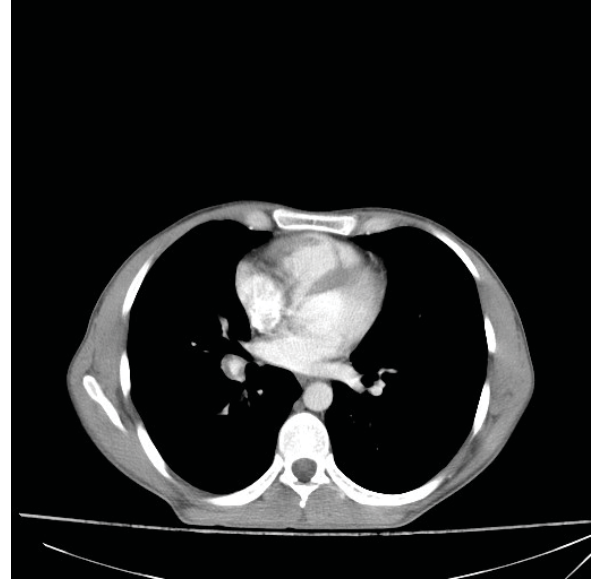
Asendan aortada intramural trombus ile uyumlu olabilecek dolum defekti.

resim 2b



Sağ pulmoner arterde trombüs ve sağ ventrikülde trombüs görünümü

resim 3b



sağ pulmoner arterde kontrast dolum defekti.

resim 3a



Sol pulmoner arterde dolum defekti

EP-092

Bleomisine Bağlı İntertisyel Akciğer Hastalığı OlgusuEmre Şenel¹, Mustafa Canbaz¹, Ceyda Anar¹, Dursun Tatar¹, Ahmet Emin Erbaycu¹, Ali Galip Yener²¹İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, göğüs hastalıkları bölümü, İzmir²İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, patoloji Bölümü, İzmir

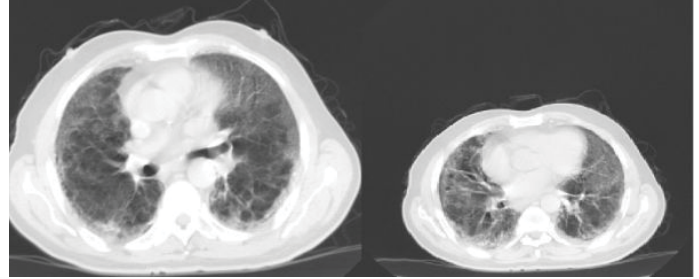
Bleomisin akciğerlerde birikimsel olarak interstisyel fibrozise neden olan sitotoksik bir antibiyotiktir. Özellikle germ hücreli tümörler, baş boyun tümörleri ve lenfomalar olmak üzere çeşitli malignitelerin tedavisinde kemoterapi ajanı olarak kullanılmaktadır. Alveolit ve interstisyel fibrozisin gelişiminde bleomisinin doğrudan toksik etkisine bağlı olarak açığa çıkan reaktif oksijen metabolitlerinin yanı sıra inflamatuvar reaksiyonun bir parçası olarak ortama göç eden lenfosit, makrofaj ve epitelyum hücrelerinden salınan sitokinlerin de rolü vardır. Bilinen testis kanseri tanısı olan ve yaklaşık 1 haftadır nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile başvuran 66 yaşındaki hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerde tüm alanlarda peribronşiyal septal kalınlaşmalar ve buzlu cam görünümü tespit edildi. Yapılan bronkoskopik transbronşiyal biyopsinin patolojik sonucu Nonspesifik interstisyel pnömoni (NSIP) olarak raporlandı. Bu arada hastanın testis kanseri nedeni ile bleomisin içeren kemoterapi tedavisi görmekte olduğu öğrenildi. Mevcut akciğer bulgularının bleomisine bağlı olduğu düşünülen hastanın oda havası kan gazında hipoksemisi olması üzerine evde sürekli oksijen tedavisi kullanması için oksijen konsantratörü temin edildi. Kortikosteroid tedavisi başlanan hastanın bir ay sonraki kontrollerinde radyolojik olarak stabil; ancak klinik ve laboratuvar (kan gazı) bulgularında düzelme olduğu izlendi. Sonuç olarak; radyolojik olarak interstisyel tutulum paterni saptanan olgularda ilaç anamnezinin ayrıntılı olarak alınması gerektiğini vurgulamak amacı ile olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

resim 1



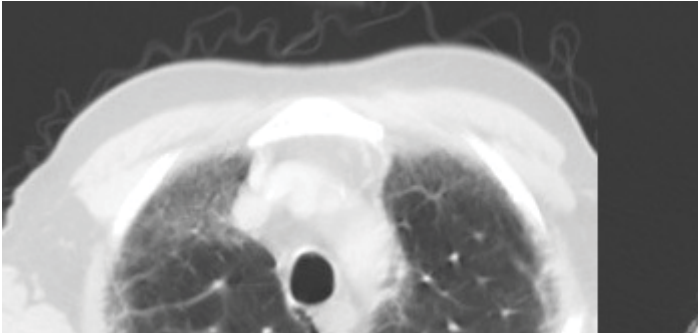
başvuru grafisi

Resim 2 b



her iki akciğerde tüm düzeylerde peribronşiyal septal kalınlaşmalar ve buzlu cam görünümü

Resim 2a



her iki akciğerde tüm düzeylerde peribronşiyal septal kalınlaşmalar ve buzlu cam görünümü

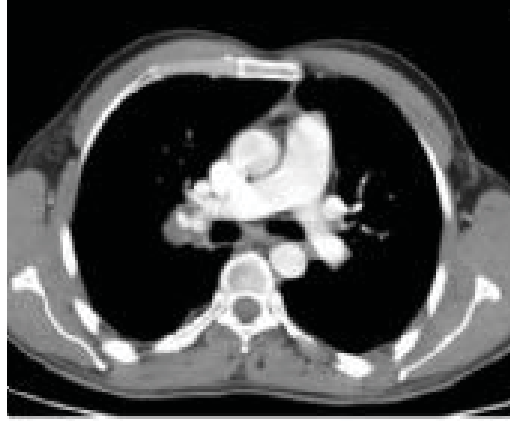
EP-093

Akciğerde Eş Zamanlı Kistik Lezyonları Olan Hemoptizi İle Gelen Behçet Hastalığı OlgusuNurhan Atilla¹, Gözde Yıldırım Çetin², Şemi Atilla³, Hüseyin Arpağ¹¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş³Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Kahramanmaraş

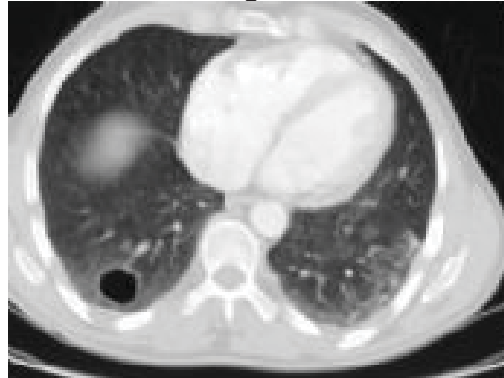
Elli yaşına erkek hasta, ağızdan kan gelmesi şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın bilinen herhangi bir hastalığı olmayıp, CRP yüksekliği dışında rutin kan tetkikleri normaldi. Posteroanterior akciğer grafisinde sağ hilus dolgundu. Son bir yıl içinde ara ara tekrarlayan hemoptizi tarifliyordu. Fizik muayenede oral aftlarının olması ve hastanın genital aft tariflemesi üzerine Behçet hastalığına sekonder pulmoner arter vaskuliti düşünülerek pulmoner artere yönelik anjiyo BT istendi. Sağ ana pulmoner arter ve proksimal segment dallarında parsiyel dolum defekti, sağ pulmoner arterde en büyüğü 15 mm ölçülen sakküler anevrizma ile uyumlu dilatasyonlar, en büyüğü 20 mm olmak üzere üç adet parankimal kist izlendi (Figür 1,2). Romatoloji bölümünün de önerisiyle pulse steroid uygulandı. Yatışının ikinci günü tanısı konarak tedavisi başlanan hasta siklofosamid tedavisi düzenlenerek Romatoloji poliklinik kontrolü önerisiyle taburcu edildi.

Behçet hastalığı, multisistemik kronik bir vaskülitir. Pulmoner tutulum nadir olup, %1-5 oranında görülmektedir. Pulmoner arter anevrizması nadir görülen komplikasyonlardan biridir ve sadece hemoptizi semptomu ile karşımıza çıkabilir. Bu makalede, hemoptizi semptomu ile yatırılan, pulmoner artere yönelik anjiyo BT ile pulmoner arter anevrizması saptanarak Behçet hastalığı tanısı konan pulse steroid, siklofosamid kombine tedavisi ile kliniği kısa sürede stabilleşen eş zamanlı kistik lezyonları da olan bir Behçet hastalığı olgusu sunulmaktadır.

Figür 1



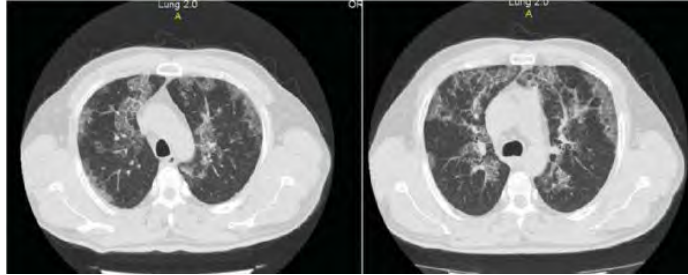
Figür 2



EP-094

Pulmoner Alveoler ProteinozisBerna Botan Yıldırım¹, Recep Akgedik², Şükran Akgedik³, Hasan Nazaroğlu⁴¹Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Ordu²Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ordu³Ordu Devlet Hastanesi, Patoloji Bölümü, Ordu⁴Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ordu

Pulmoner alveoler proteinozis (PAP), nadir görülen alveollerde Periodic Acid Schiff (PAS) ile pozitif boyanan proteinöz materyalin birikimi ile karakterize bir hastalıktır. 47 yaşında erkek hasta, yaklaşık 3 ay önce başlayan halsizlik şikayeti ile hastanemize başvurdu. Akciğer grafisinde bilateral infiltrasyon görüldü (Resim 1). Yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerde perihiler alanda ve periferde üst zonda daha fazla olmak üzere amavut kaldırımı (Crazy- powing) görünümü mevcuttu (Resim 2).Yapılan bronkoskopisinde endobronşiyal lezyon saptanmadı.Sağ orta lobdan alınan bronkoalveolar lavaj sıvısı krem renkli, süt görünümündeydi. BAL sıvısının histopatolojik incelenmesinde, yaymalarda hemosiderin yüklü makrofajlar ile lenfositler ve nadir polimorfonükleer lökositler izlendi ve Pulmoner Alveolar Proteinosis tanısı kondu.Arteryal kan gazında hipoksemisi olmayan, solunum fonksiyon testi normal olup dispnesi bulunmayan hasta 3 ay aralıklarla halen kontrolümüz altında olup 8 aydır medikal tedavisiz takip edilmektedir.

HRCT

her iki akciğerde perihiler alanda ve periferde üst zonda daha fazla olmak üzere amavut kaldırımı (Crazy- powing) görünümü

PA Akciğer Grafisi

Bilateral infiltratif görünüm

EP-095

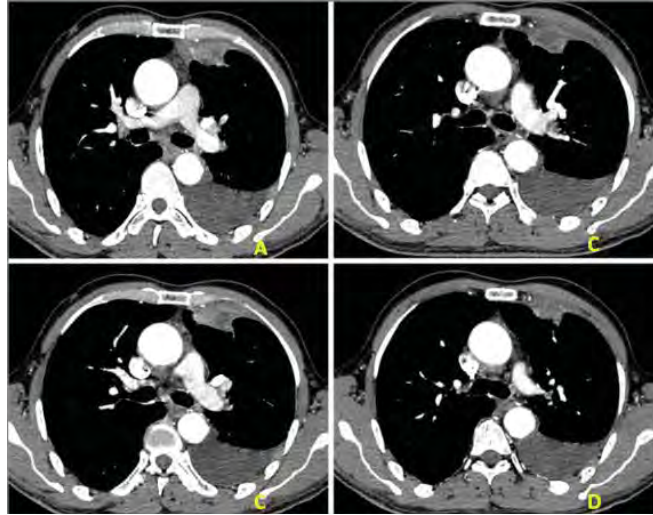
Akciğer Kanserini Taklit Eden Parankimal Infarkt

Recep Akgedik¹, Ali Bekir Kurt², Zeki Yüksel Günaydın³¹Ordu Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları AD, Ordu²Ordu Üniversitesi, Radyoloji AD, Ordu³Ordu Üniversitesi, Kardiyoloji AD, Ordu

56 yaşında erkek hasta, yaklaşık 2 haftadır devam eden sırt ağrısı nedeniyle polikliniğimize başvurdu. 80 paket-yıl sigara öyküsü olan ve aktif devam eden hastanın fizik muayenesinde yağın expiratuvar ronküsleri vardı. SFT'de orta seviye obstrüksiyon, akciğer grafisinde sol üstte şüpheli infiltrasyon ve sol kosta-frenik sinüsü kapatan plörezi mevcuttu. Toraks CT'de de sol üst lob anteriorda sipiküle uzanımları ve yer yer erime odakları içeren, göğüs duvarıyla geniş açılar yapan periferik kitle saptandı. Bu görünüm nedeniyle bir başka merkezde akciğer kanseri için ileri invaziv işlem önerilmiş ancak hasta kabul etmemişti. Hastanın FM de sağ bacakta pretibial ödem olması üzerine çekilen venöz doppler ultrasonografide popliteal vende DVT saptandı. Başlanan heparin tedavisi sonrası ile 4 hft takip sonunda çekilen tomografide lezyonun belirgin gerilemiş olduğu görüldü. Lezyon parankimal infarkt olarak kabul edildi.

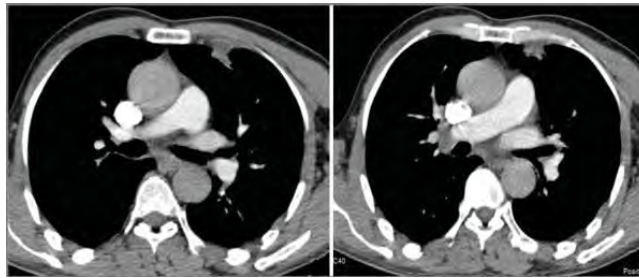
Pulmoner embolide parankimal infarkt alanları tabanı plevrada, tepesi hilusa bakan konsolidasyonlar şeklinde görülürler. Bizim vakamızdaki gibi pür yumuşak doku dansitesinde, spiküle uzanımlı, erime odakları içeren ve göğüs duvarı ile geniş açı teşekkül eden ve eşlik eden plevral sıvı varlığı, kliniğin anlamlı olmadığı durumlarda hemen daima malignite düşündürür. Bu durumda invaziv işlemler yapılabilir. İlginç ve nadir olan vakamızı, deneyimimizi paylaşmak ve pulmoner emboliye bağlı parankimal infarkt alanının periferik kitle görünümüne sebep olabileceğine dikkat çekmek için sunmayı uygun bulduk.

Resim 1



sol akciğer anteriorda geniş tabanlı plevraya oturmuş kitle görünümü

Resim 2



4 hafta sonra lezyonun belirgin gerilediği ve sıvının kaybolduğu izleniyor.

EP-096

İki Olgu İle Endikasyon Dışı İlioprost Kullanımı

Zahide Alaçam, Neşe Dursunoğlu

Pamukkale Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ: Prostatiklin; mikrovasküler kan akımını arttıran, hasarlanmış endoteli onarıcı etkisi olan, trombosit agregasyonunu inhibe eden güçlü bir vazodilatatördür. İlioprost; bir prostatiklin analogudur. Egzersiz kapasitesi ve semptomlarının düzelmesine yönelik olarak, fonksiyonel kapasitesi NYHA III ve IV olan; primer (idiyopatik ve familyal) pulmoner hipertansiyon ve interstisyel pulmoner hastalığın eşlik etmediği, sklerodermaya bağlı pulmoner hipertansiyon olgularında ilioprost kullanım endikasyonu vardır.(1) Bu çalışmamızda kliniğimizde takip edilen iki olguda endikasyon dışı ilioprost kullanımından söz edildi.

OLGU: 1. 31 yaş obez erkek hasta; dispne, bilateral pretibial ödem, saturasyon düşüklüğü nedeni ile değerlendirildi. Polisomnografide ağır uyku apnesi ve gece hiperkapnisi saptanması üzerine obezite hipoventilasyon sendromu tanısı ile bilevel pozitif hava yolu basıncı – ortalama hacim güvenli basınç desteği (BPAP-AVAPS) ve oksijen konsantratörü önerildi ancak hastanın düzenli tedaviye rağmen kliniğinde bozulma oldu. Yapılan ekokardiyografide (EKO) sistolik pulmoner arter basıncı (sPAB) 110 mmHg, 6 dakika yürüme testinde (6DYT) yürüme mesafesi 100 metre (m) saptandı. New York Kalp Cemiyeti sınıflaması (NYHA) sınıf 4 olarak değerlendirilen hastaya endikasyon dışı ilioprost tedavisi başlandı. Kontrol EKO'da sPAB 40 mmHg'ya gerilerken, 6DYT'de yürüme mesafesi 177 m'ye yükseldi. NYHA sınıf 2'ye gerileme oldu.

2. 35 yaşında, 20 yıldır bronşiektazi tanılı bayan hasta, düzenli bronkodilatör tedavi ve uzun süreli oksijen tedavisi kullanmasına rağmen 6DYT'de yürüme mesafesi 30 m, sPAB 71 mmHg, NYHA sınıf 3 olan hastaya endikasyon dışı ilioprost tedavisi başlandı. 3 ay ilioprost tedavisi 6DYT'de yürüme mesafesi 135 m'ye yükseldi, EKO'da sPAB 49 mmHg'ya ve NYHA sınıf 2'ye gerileme oldu.

TARTIŞMA: İlioprost, primer pulmoner hipertansiyon ya da sklerodermaya bağlı pulmoner hipertansiyon olgularında kullanılan vazodilatör bir ajandır. Takip ettiğimiz iki olguda endikasyon dışı ilioprost kullandık. Her iki olgumuzda da semptomlarda gerileme, sistemik pulmoner arter basıncında düşme izlendi.

Kaynak:

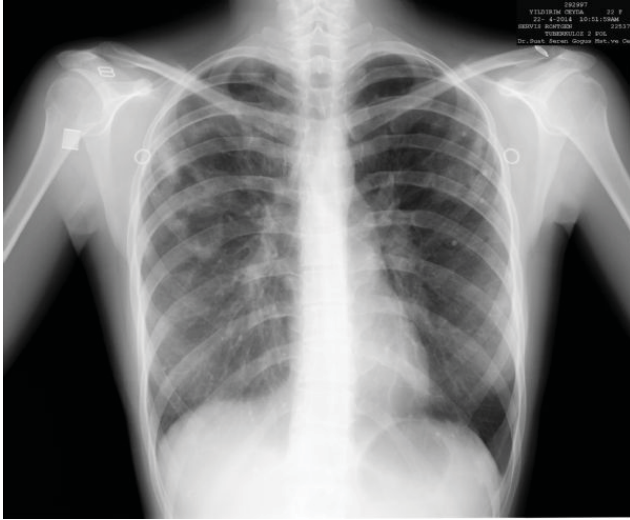
McLaughlin VV, Archer SL, Badesch DB, Barst RJ, Farber HW, Lindner JR, et al. ACCF/AHA 2009 expert consensus document on pulmonary hypertension: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Expert Consensus Documents and the American Heart Association: developed in collaboration with the American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, Inc., and the Pulmonary Hypertension Association. *Circulation* 2009;119:2271

EP-097

İzotretinoin Kullanımına Bağlı Eosinofilik Pnömoni OlgusuFatma Demirci Uçsular¹, Ceyda Anar¹, Enver Yalnız¹, Zekiye Aydoğdu²¹İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İzmir²İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi,patoloji bölümü, İzmir

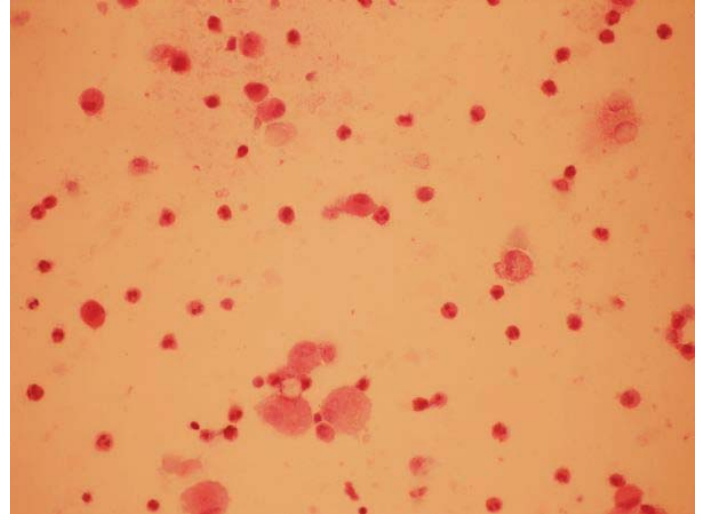
İzotretinoin, nodülökistik ve inflamatuvar akne tedavisinde oldukça yaygın olarak kullanılan bir A vitamini derivesidir. Pek çok sistemi etkileyen çeşitli yan etkileri bulunmaktadır. Günümüzde bu yan etkilerle ilgili sürekli yeni olgu bildirimleri yapılmakta ve uzun dönem sonuçlarına dair yeteri kadar çalışma bulunmamaktadır. En sık mukokutanöz, nöromusküler (halsizlik, baş ağrısı, myalji vb.), gastrointestinal sistem ile ilgili yan etkiler görülmüştür. Respiratuvar sistem üzerine olan etkileri oldukça nadirdir. Bronkospazm, astmada alevlenme, plevral efüzyon ve respiratuvar enfeksiyona yol açtığı bildirilmiştir. Bu semptomlar tedaviyi kestikten sonra genellikle geri dönmektedir. Son 20 gündür eforla gelen nefes darlığı, öksürük yakınmaları ile başvuran 23 yaşında bayan hastanın 45 gündür akne vulgaris nedeniyle izotretinoin kullandığı tespit edildi. Fizik muayenesinde solunum sesleri olağan idi. Laboratuvar bulgularında lökosit, CRP ve sedimantasyon, total IgE değerlerinde yükseklik ve periferik eosinofili (%18) saptandı. ANA, P-ANCA ve C-ANCA negatifti. SFT'de orta derecede obstrüksiyon görüldü. Toraks bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğer parankiminde sağda daha yaygın olmak üzere üst zonlarda periferik, fokal konsolidasyon alanları ve buzlu cam görünümü izlendi. BAL'da %45 eosinofili saptandı. Gaitada parazit görülmedi. İlaç kullanımının olması nedeniyle olgu ilaca bağlı eosinofilik pnömoni olarak değerlendirildi. İzotretinoin kullanımı kesildi. Bir ay sonraki kontrolünde klinik, laboratuvar ve radyolojik olarak tam iyileşme saptandı. Biz de bu olguyu, diğer sistemlerle ilgili yan etkilerin bildirildiği birçok literatür bulunmasına rağmen respiratuvar sistem yan etkileri ile ilgili bildirilen olguların nadir görülmesi nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

Resim 1



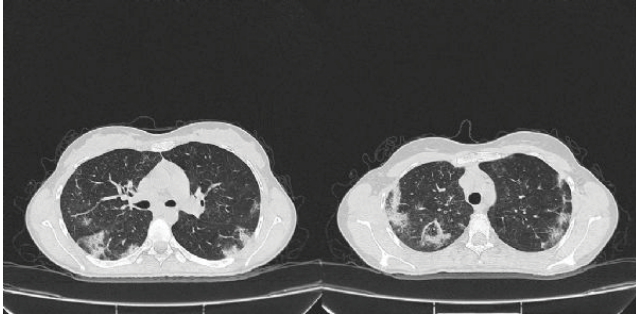
Bilateral orta ve üst zonlarda heterojen dansite artımı

Resim 3



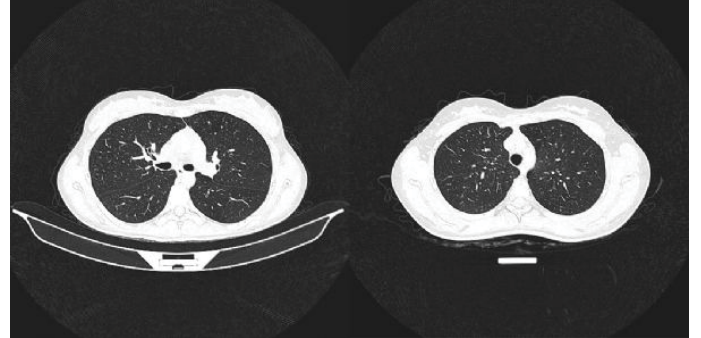
BAL yaymasında eosinofil artışı (H-E X 400)

Resim 2



Her iki akciğer parankiminde sağda daha yaygın olmak üzere üst zonlarda periferik, fokal konsolidasyon alanları ve buzlu cam görünümü

Resim 4



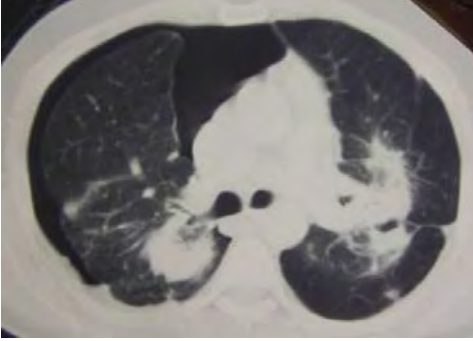
Her iki akciğerdeki lezyonlarda tama yakın regresyon.

EP-098

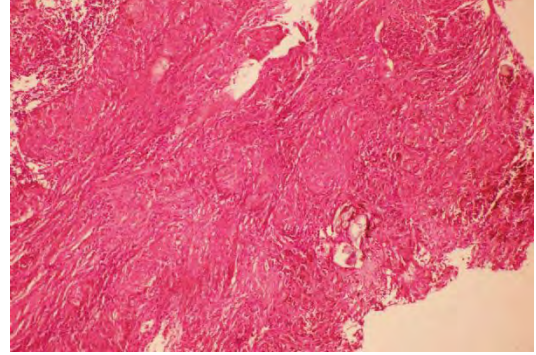
Sarkoidozda pleval tutulum ve pnömotoraks

Erol Çağlı, Semra Bilaçeroğlu, Zekiye Aydoğdu, Ahmet Vedat Maviş
Izmir Dr. Suat Seren Göğüs Hast. ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

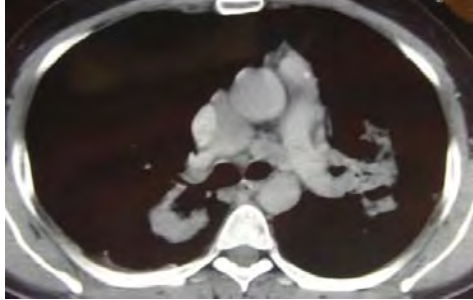
Elli yaşında erkek hasta, göğsünün sağında 1 haftadır süregelen ağrı ve eforla artan nefes darlığı ile başvurdu. Fizik bakıda, sağ hemitoraksta azalmış vibrasyon torasik ve solunum sesleri ile hipersonorite saptandı. Laboratuvar testleri, PaO₂: 63.5 mmHg dışında olağandı. Akciğer grafisinde: sağda parsiyel pnömotoraks, bilateral perihiler konsolidasyon ve retikülolineer lezyonlar, toraks ve üst batin bilgisayarlı tomografisinde: akciğer grafisindeki bulgulara ek olarak multipl mediastinal ve abdominal lenfadenopatiler, sağ akciğer üst lobda periskatrisyel büller yanısıra pleval ve subpleval nodüller saptandı. Göğüs cerrahisi, kapalı sualtı drenajını gerekli bulmadı; oksijen inhalasyonu verilerek konservatif izleme alındı. Bronkoskopide bilateral bronş sisteminde yaygın distorsiyon ve stenoz izlendi. Bronkoalveoler lavaj (BAL) sıvısı ve transbronşiyal iğne aspirasyonu (TBİA) örneğinde benign sitoloji ve lenfositler saptandı. BAL ve TBİA örneklerinin nonspesifik bakteriyel ve mantar kültürlerinde üreme olmadı, ARB yaymaları negatif idi. İzlemde, semptomlar ve pnömotorakta regresyon izlendi. Bir ay sonraki poliklinik kontrolünde, asemptomatikti, pnömotoraks düzelmiş ve solunum fonksiyon testleri (SFT) normal sınırlarda ve mikobakteriyel kültürde üreme yoktu. Dört ay sonraki kontrolde dispne, pulmoner lezyonlar ve mediastinal lenfadenopatilerde progresyon ve SFT'de bariz düşme saptandı. Bronkoskopi ile, TBİA, transbronşiyal akciğer biopsisi (TBB) ve BAL örnekleri alındı. BAL ve TBİA sonuçları bir öncekilerle benzer iken, TBB örneğinde minimal nekrozlu granümatöz yangı saptandı.. Klinik, laboratuvar, radyolojik ve patolojik bulgularla sarkoidoz tanısı kondu, oral prednizolon tedavisine (1 mgr/kg/gün) başlandı. Üç ay sonraki kontrolde klinik, radyolojik ve SFT ile değerlendirmede önemli ölçüde regresyon tespit edildi ve steroid tedavisi azaltılarak 6. ayda kesildi. Son 3 yıldır izlemlerde stabil seyretmektedir. Olgunun sunulma nedeni, pleval tutulum ve pnömotoraksın sarkoidozda oldukça nadir görülmesidir.

Başvurudaki toraks BT parenkimal kesit

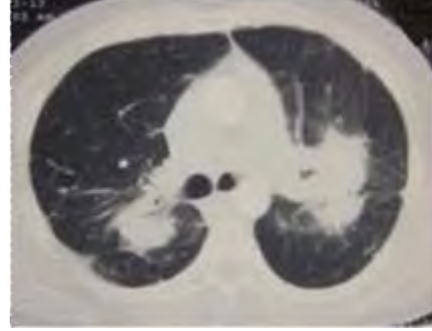
Sağda pnömotoraks, pleval ve subpleval nodüller

TBB örneği

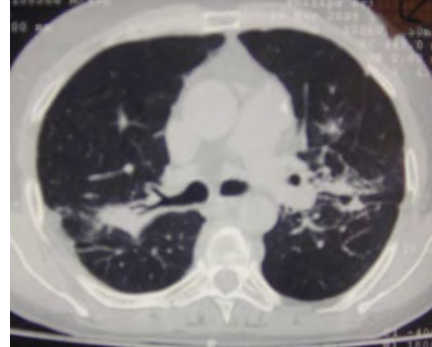
Transbronşiyal biopsi örneği: Minimal nekrozlu granümatöz inflamasyon

Başvurudaki toraks BT mediastinal kesit

Mediastinal ve bilateral hilar LAP'ler

Başvurudan 4 ay sonraki toraks BT

Parenkimal lezyonlarda progresyon

Steroid tedavinin 3. ayında toraks BT parenkimal kesit

Parenkimal lezyonlarda bariz regresyon (mediastinal LAP'lerde regresyon mediasten kesitlerinde izlendi)

EP-099**Olgu Sunumu: Pulmoner Alveoler Mikrolitiazis**

Ceyda Anar¹, Fatma Demirci Uçsular¹, Enver Yalnız¹, Zekiye Aydođdu²

¹İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları bölümü İzmir

²İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, patoloji Bölümü, İzmir

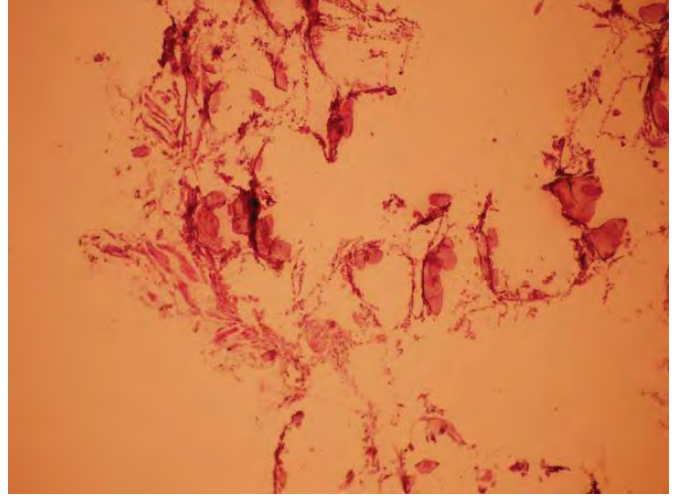
Pulmoner alveoler mikrolitiazis (PAM) nadir görülen intra alveoler bölgede kalsifik granüllerin birikmesiyle karakterize progresif bir hastalıktır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte kalsiyum metabolizması bozukluğu veya bilinmeyen bir iritanın neden olduğu ileri sürülmektedir. 41 yaşında bayan hasta iki yıldır eforla gelen nefes darlığı, öksürük şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinden hastanın son iki yıldır ikamet ettiği ortamda taş ocaklarının olduğu ve tozlu ortama maruz kaldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde solunum sesleri bazalarda azalmıştı. Solunum fonksiyon testinde restriktif tipte bozukluk saptanan hastanın Yüksek Çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi-sinde (YÇBT) her iki akciğer parankiminde yaygın, alt loblarda daha belirgin olmak üzere yamalı buzlu cam, kalsifik parankimal nodüller, bilateral plevral kalsifikasyonlar saptandı. Bronkoalveoler lavajda ve bronş aspirasyonunda kalsiyum kristalleri, transbronşial biyopside alveol lümeninde lameller yapıda kalsiyum içeren partiküller izlendi. Bu bulgularla PAM tanısını koyduğumuz olguyu, nadir görüldüğü ve hastalığın etyolojisinde toz maruziyetinin de olabileceğini düşündüğümüz için sunmayı uygun bulduk.

Resim 1



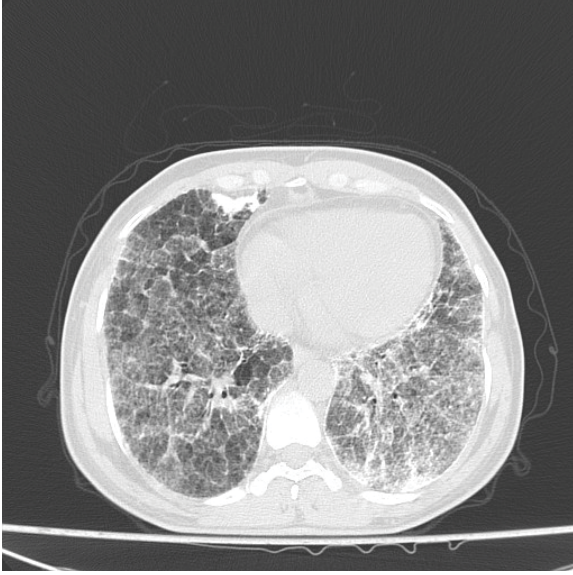
bilateral parakardiak ve supradiafragmatik alanda retikül nodüler opasiteler

resim 3a

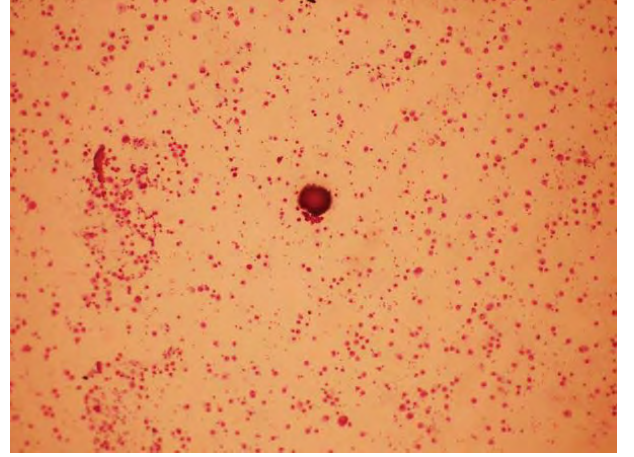


TBB materyalinde bozulmuş alveol yapıları ve alveol duvarlarında kalsifikasyon odakları (H-E X 200)

Resim 2a



Resim 3b



BAL yaymasında mikrolit. (H-E X200)

Resim 2b



her iki akciğer parankiminde yaygın, alt loblarda daha belirgin olmak üzere yamalı buzlu cam, kalsifik parankimal nodüller, bilateral plevral kalsifikasyonlar

EP-100

Septik Pulmoner Emboli

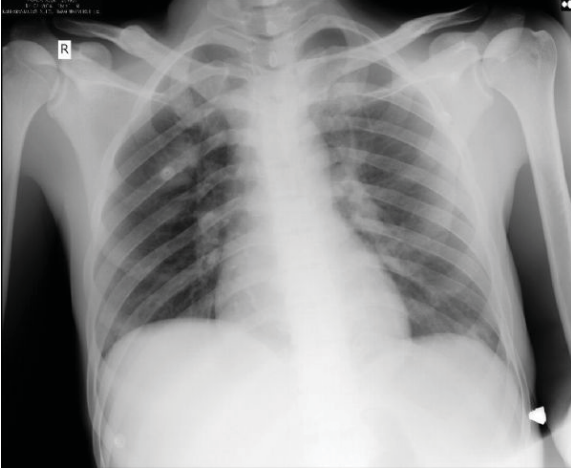
Hüseyin Arpağ¹, Nurhan Atilla¹, Fulsen Bozkuş¹, Fazıl Ahmet Görgel², Hasan Kahraman¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D.

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahiliye A.D.

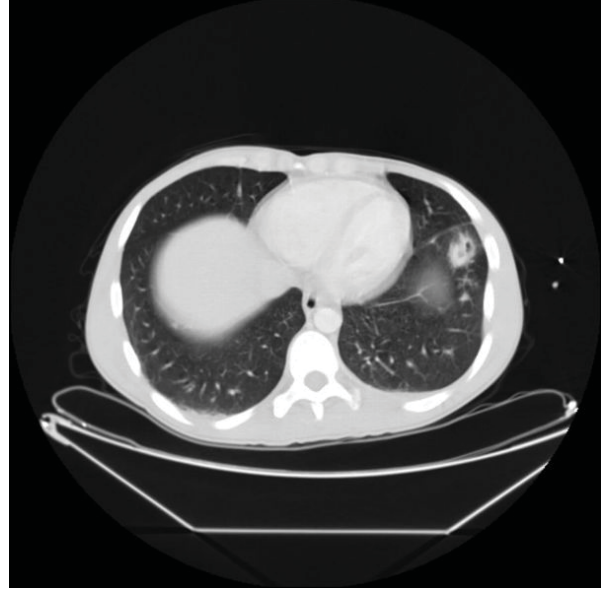
Yirmi üç yaşında erkek hasta 2 yıldır intravenöz ilaç bağımlılığı nedeniyle sağ inguinal bölgeden diasetil morfin (erooin) enjekte ettiğini ve iki haftadan beri nefes darlığı, ateş, göğüs ağrısı, aynı taraf bacakta şişlik, kızarıklık ve ağrı olduğunu belirtiyordu. Bu yakınmalarıyla acil servise başvuran hastada, yapılan bilateral alt ekstremitelerdeki doppler usg de sağda ana femoral ven, derin ve yüzeysel femoral venede, popliteal venede lümeninde trombus ekojenitesi izlenmiş olup akım izlenmemiştir. Sağ VSP proksimalde lümeninde trombus ekojenitesi izlenmiş olup akım izlenmemiştir şeklinde raporlandı. Çekilen pa grafisinde her iki akciğerde infiltrasyon ve toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) radyolojik olarak septik pulmoner emboli (SPE) bulguları saptandı. Septik pulmoner tromboemboli tanısı ile ybü interne edildi. Nadir görülen vakamız sunuldu.

Resim 1



PA AKCİĞER GRAFİSİ

Resim 3



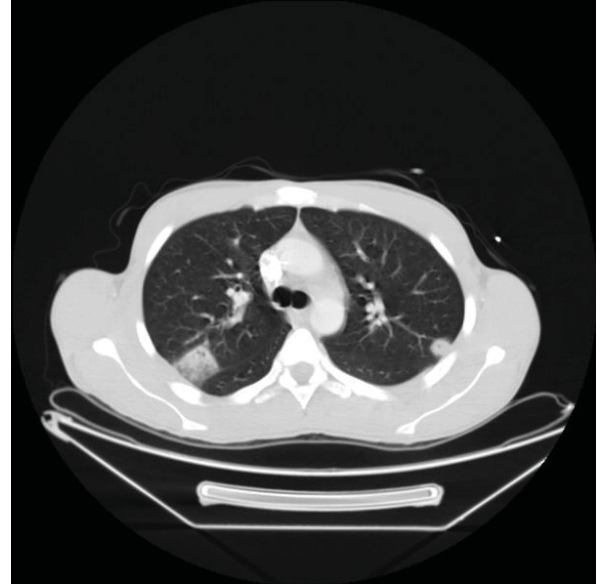
TORAKS BT

Resim 2



TORAKS BT

Resim 4



TORAKS BT

EP-101

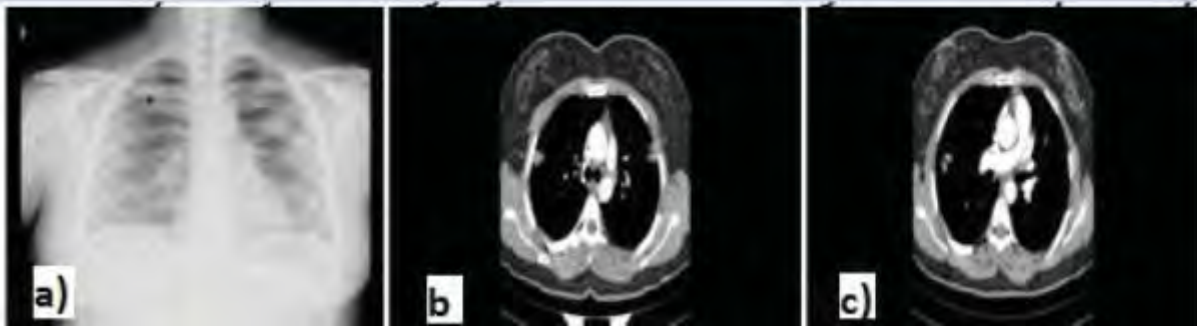
Gezici Kaviter Akciğer Lezyonları Olan ANCA Negatif Wegener Granüloatozu: Bir Olgu NedeniyleSelvi Aşker¹, Rıdvan Mercan², Gülay Bulut³, Fuat Sayır⁴, Deniz Bulut⁵, Bünyamin Sertoğullarından¹, Hülya Günbatır¹¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Van²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Romatoloji Bölümü, Ankara³Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Bölümü, Van⁴Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Van⁵Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Bölümü, Van

GİRİŞ: Wegener granüloatozu (WG) özellikle üst ve alt solunum yollarını ve böbrekleri tutan granüloatoz vaskülitik bir hastalıktır. Nekrotizan özellikte olan bu vaskülit kaviter akciğer lezyonları yapar. C-ANCA testinin Duyarlılığı %91, özgüllüğü %99 olup, klasik WG'de %80-90, sınırlı WG'de %55-60 pozitifdir.

OLGU: Kırk yaşında bayan hasta 10 ay önce göğüs hastalıkları polikliniğine 3 günden beri devam eden ateş, öksürük ve balgam şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde dirençli astım tanısı olduğu öğrenildi. Çekilen akciğer grafisinde sol akciğer orta ve alt zonda opasite saptandı (Resim1a). Seyahat hikayesi olan ve D- dimer değeri pozitif olan hastaya Bilgisayarlı tomografi (BT) istendi. BT de çeşitli odaklarda kaviteleşme gösteren noduler opasiteler saptandı (resim1b, resim1c). Hastaya makrolid grubu antibiyotik tedavisi ve astım hastalığına yönelik bronkodilatör ilaç ve bir hafta süre ile steroid tedavisi başlandı. Birinci ay çekilen kontrol akciğer grafisinde lezyonlarda gerileme olduğu saptandı. Üçüncü ay çekilen BT toraksta akciğerindeki tüm lezyonların kaybolduğu görüldü. On ay sonra hasta tekrar göğüs hastalıkları polikliniğine sol yan ağrısı ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Spesifik olmayan antibiyotik tedavisine cevap vermeyen, sedimentasyon ve CRP değerleri yüksek olan hastaya çekilen toraks BT de daha öncekinden farklı olarak, farklı yerlerde noduler opasiteler saptandı. (Resim 2a, 2b). Hastaya sağ akciğerdeki lezyondan wedge biyopsi yapıldı. Sonuç granüloatoz reaksiyon, vaskülit olarak geldi. Wegener granüloatozu ile uyumlu olduğu belirtildi (Resim2c). Otoimmün markerları, ppd değeri ve Quantiferon testi negatif olan hastaya Romatoloji bölümü tarafından deltakortil ve metotroksat tedavisi başlandı. Üçüncü ay kontrol tomografisinde lezyonlarda düzelme olduğu görüldü. Hasta takibe alındı.

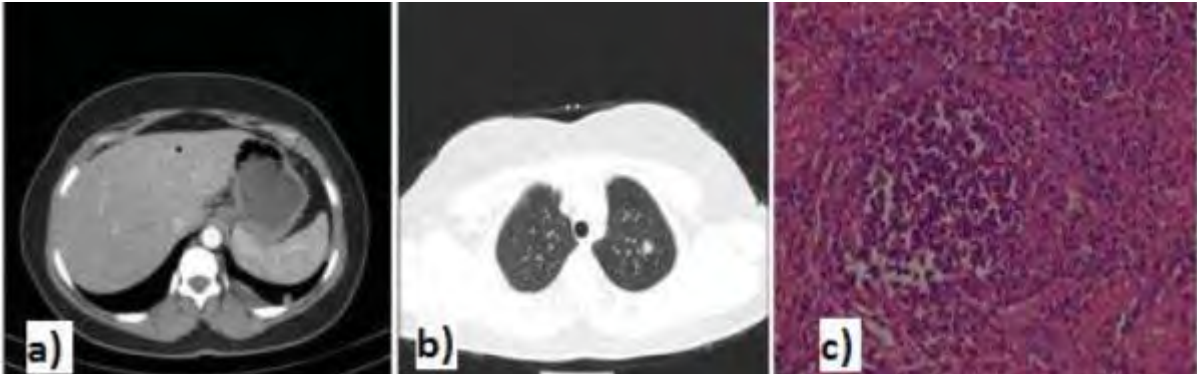
SONUÇ: Açıklanamayan nodüller veya kaviter hastalık vaskülit şüphesini akla getirebilir. ANCA negatif olsa dahi hasta Wegener granüloatozisi açısından yakından takip edilmelidir.

Resim 1



a) İlk başvuru akciğer grafisinde solda belirgin noduler lezyonlar b) İlk başvuru Bilgisayarlı tomografi görüntüleri c) İlk başvuru Bilgisayarlı tomografi görüntüleri

Resim 2



a) 10 ay sonra çekilen Bilgisayarlı tomografide sol akciğerde farklı yerde oluşan noduler lezyon ve plevral efüzyon b) BT görüntülemesinde solda noduler lezyon c) Nekrotizan granüloatoz eşlik eden vaskülit oluşumu (HEX400)

EP-102

Perfüzyon Stingrafisinin Normal Olduğu Pulmoner Tromboemboli Olgusu

Alper Gündoğan, Mehmet Aydoğan, Seyfettin Gümüş, Ömer Deniz, Hayati Bilgiç
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Akciğer perfüzyon stingrafisi pulmoner perfüzyon defektini saptamada duyarlı ancak özgüllüğü düşük bir testtir. Perfüzyon stingrafisi kontrast madde alerji öyküsü ve renal bozukluğu olan hastalar için alternatif bir seçenektir. Tek başına orta/düşük olasılıklı V/Q stingrafisi pulmoner tromboemboli için kesin tanı koydurucu veya dışlayıcı olamaz. Mutlaka klinik skorlama ile birlikte değerlendirilmesi gerekir. PTE'li kuşkulu hastalarda normal perfüzyon stingrafi bulguları varlığında PTE riskinin %1'in altında olduğu bulunmuştur. Ancak perfüzyon stingrafisi normal bile olsa klinik kuşkunun yüksek olduğu hastalarda pulmoner emboli dışlanamaz. Biz de pulmoner emboli öntanısı ile perfüzyon stingrafisi çekilen ve perfüzyon defekti saptanmayan ancak pulmoner arterlere yönelik BT anjiyografi ile pulmoner emboli tanısı onulan bir olgu sunmaktayız.

Yirmi bir yaşında erkek hasta nefes darlığı yan ağrısı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Vitalleri normal olan hastanın öyksünde PTE geçirdiği ve 6 ay süre ile oral antikoagülan tedavi kullandığı ve 3-4 ay önce tedavisinin tamamlandığı öğrenildi. Ayrıca genetik incelemede heterozigot faktör V leiden mutasyonu saptandığı öğrenildi. Hastaya pulmoner emboli şüphesi ile perfüzyon stingrafisi çekilmiş ancak perfüzyon defekti saptanmamıştı. PA akciğer grafisinde sağ hemidiyafram eleve ve sağda plevral çekinti izlenmekteydi. Mevcut öykü, klinik ve radyolojik bulgularla pulmoner tromboemboli düşünülen hastada periferik venöz renkli dopler USG'de trombus izlenmedi. Klinik şüphe devam eden hastada D-dimer 788 ng/mL olarak ölçüldü. Hastaya pulmoner arterlere yönelik BT anjiyografi planlandı. BT anjiyografide pulmoner arterlerin distalinden başlayarak uzanım gösteren pulmoner tromboemboli ile uyumlu görünüm izlendi (Resim 1). Hastaya pulmoner emboli tanısı ile oral antikoagülan tedavi başlandı, ikinci atağı olan hastaya ömür boyu tedavi planlanarak takibe alındı. Pulmoner tromboemboli tanısında altın standart tanı yöntemi pulmoner arterlere yönelik BT anjiyografi olmakla birlikte ön tanılar arasında pulmoner tromboemboli yer almadığında rutin laboratuvar ve radyolojik yöntemlerle tanı konulması güçtür. En önemli tanı aracı pulmoner emboli kuşkusudur. Vakamızda olduğu gibi erken dönemde tam tıkaçıcı dolun defekti yapmayan olgularda perfüzyon stingrafisinde perfüzyon defekti saptanmayabilir. Bu nedenle pulmoner emboli tanısı dışlanamayan hastalarda altın standart tanı yöntemi olan BT anjiyografi planlanmalıdır. Hastamız perfüzyon defekti saptanmamış olmasına rağmen BT anjiyografi ile pulmoner tromboemboli tanısı konulması ve klinik kuşkunun pulmoner tromboemboli tanısında değerli bir kriter olduğunu göstermesi açısından sunulmuştur.

Resim 1



Resim1: Pulmoner arterlere yönelik BT Anjiyografide bilateral ana pulmoner arter distalinde tam tıkaçıcı olmayan trombus görünümü izlenmektedir.

EP-103

Lenfanjiyoleyomiyomatozis Tedavisinde Rapamisin Deneyimimiz

Arzu Ertürk¹, Nazire Uçar¹, Nevin Taci Hoca¹, Eda Özel²¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi E.A.H. Göğüs Hastalıkları Kliniği²Elazığ Göğüs Hastalıkları Hastanesi

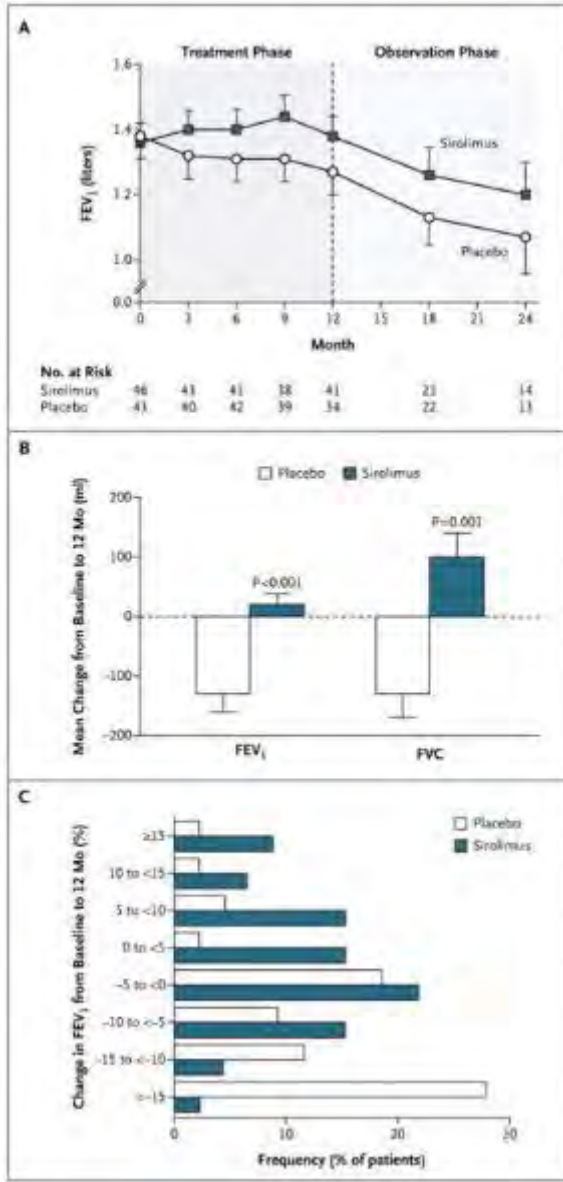
Lenfanjiyoleyomiyomatozis (LAM) tek başına veya tüberoskleroz ile birlikte görülebilen akciğer, lenfatikleri tutan ve menapoz öncesi genç kadınları etkileyen bir hastalıktır. Pulmoner kistik değişiklikler, tekrarlayan pnömotoraks, şilöz plevral sıvı ve bening anjiolipomlarla seyrederek. Hücre biyolojisindeki son gelişmeler LAM'da tüberoskleroz ile ilişkili genlerdeki somatik mutasyonlar bulunduğunu ve rapamisinin oluşan hücrel bozukluğu düzeltebileceğini göstermiştir.

Bir üniversite hastanesinde 9 yıl önce açık akciğer biyopsisi ile LAM tanısı almış, 28 yaşındaki kadın hasta bu süre içerisinde 8 kez pnömotoraks nedeniyle tüp torakostomi ve iki kez açık akciğer operasyonu geçirmişti. Toraks BT de, sağ akciğer orta zondaki 3x1 cm'lik fuziform yumuşak doku kitlesi nedeni ile hastanemize refere edilmişti. Çekilen PET-BT de lezyonda düşük tutulum izlendi ve takip kararı alındı. Hastada başlangıç 6 dakika yürüme testi mesafesi: 425 m olarak ölçüldü ve test sonunda oksijen desatürasyonu gelişti. Kardiyo-pulmoner egzersiz testinde VO2max: 22 ml/kg/dk ölçüldü. Buna göre beklenen VO2 max değerinin %65 inedydi ve ventilatuvar kısıtlama mevcuttu. FEV1:1.30 Lt olan hastaya rapamisin (sirolimus) 2 mg/gün başlandı. Hastamız 6 aydır tedavi almakta olup, ilaca ait bir yan etki görülmedi. Başlangıç 6 dakika yürüme testinde oksijen desatürasyonu olan hastanın tedavinin 6. ayında oksijen desatürasyonu olmadı, yürüme mesafesi aynı kaldı. FEV1: 1.41 Lt olarak ölçüldü. Bu süre içinde pnömotoraks, şilotoraks vs komplikasyon gelişmedi. Kontrol YR-BT'de lezyonları stabil seyretti. Sporadik LAM olguları 1/1,000,000 olmasına rağmen tüberosklerozlu kadın olgularda %40 oranında LAM gelişmektedir. Morbiditesi ve mortalitesi yüksek bu olgularda erken dönemde başlanan rapamisin tedavisi umut vericidir. Olgumuzda altı aylık tedavi süresinde FEV1 de 110 ml artış olması olumludur. LAM tedavisinde rapamisin'e dikkat çekmek amacıyla olgu sunulmuştur.

LAM kuruluşları

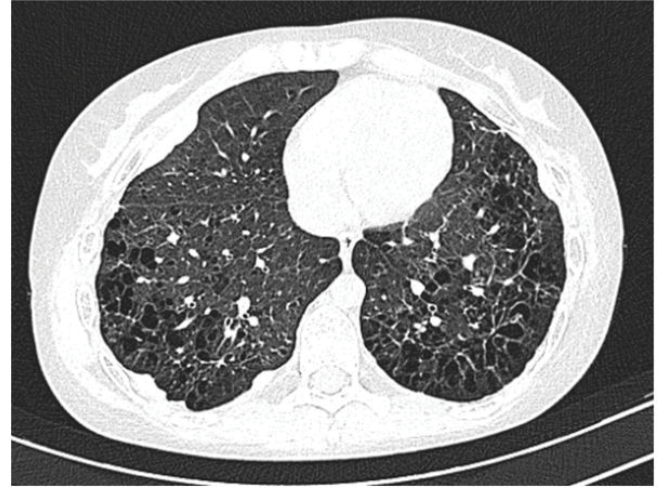


McCormack FX, Inoue Y, Moss J, et al. Efficacy and safety of sirolimus in lymphangiomyomatosis. N Engl J Med.2011;364(17):1595–1606. MILES trial (The Sirolimus Multicenter International Lymphangiomyomatosis Efficacy and Safety trial)

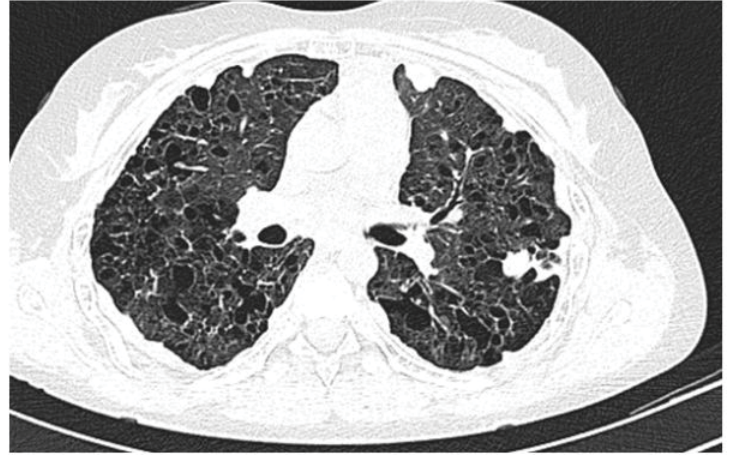


Çift-kör, randomize MİLES çalışmasında FEV₁ ve FVC kaybında azalma izlenmiştir. Placebo ve sirolimus alan hastaların eğrileri ve ilaç kesildikten sonraki bulguları tabloda izlenmektedir. Sirolimus alan grupta FEV₁ kaybı daha azdır.

resim 2c

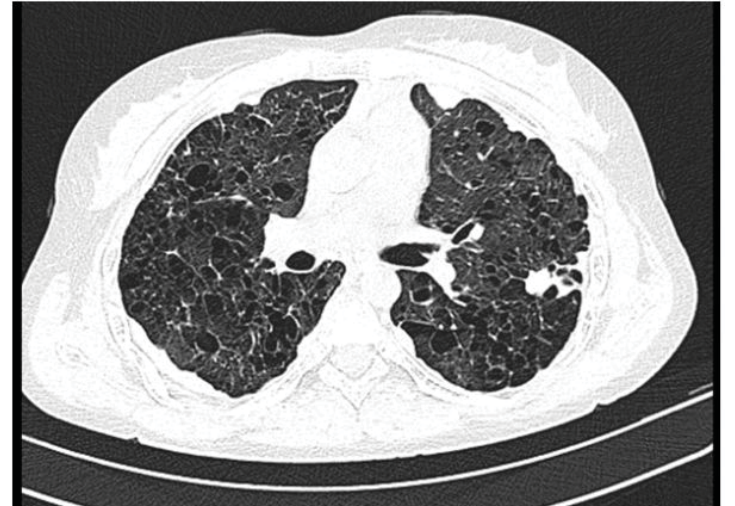


resim 3a



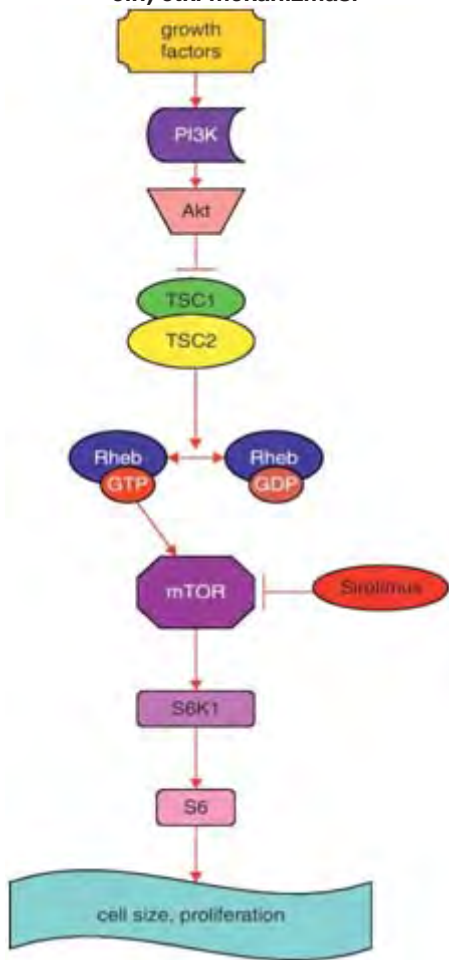
sağdaki fiziform yumuşak doku lezyonu nedeni ile başvurmıştu

resim 3b

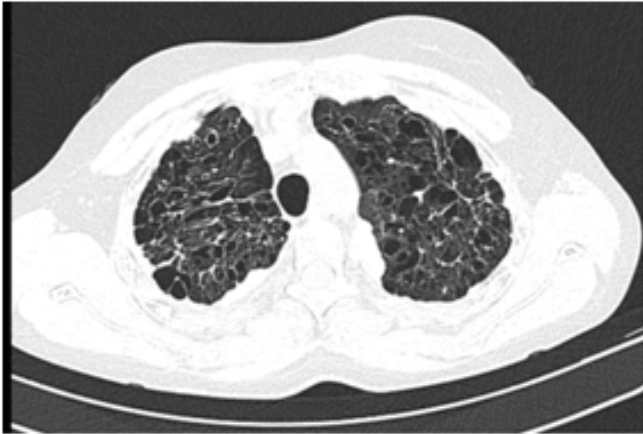


sağdaki fiziform yumuşak doku lezyonunda tedavi süresince büyüme olmadı

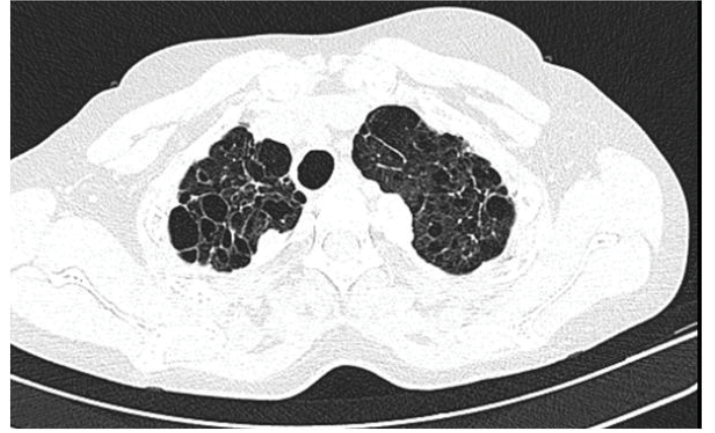
Resim hücre büyümesi ve mTOR yolağı, sirolimus (rapamycin) etki mekanizması



resim-2a



Resim-2b



EP-104

Bir Olgu Nedeniyle Bronşiyolit Obliterans Organize Pnömoni

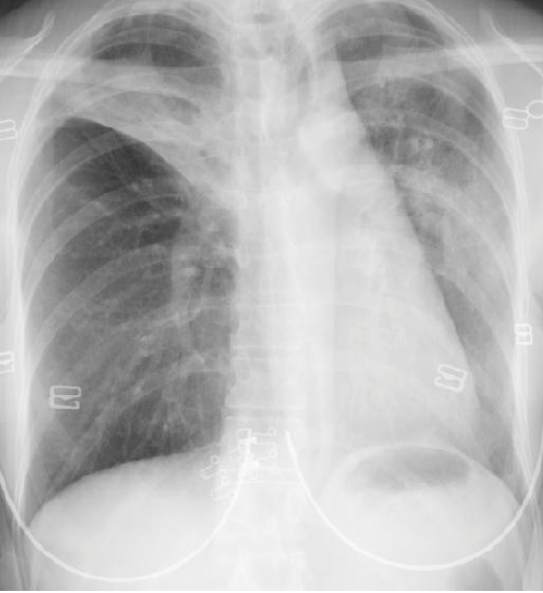
Kaan Kara, Seda Tural Önür, Sinem Nedime Sökücü, Necati Çıtak, Halide Nur Ürer, Sedat Altın
Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Eğitim Araştırma Hastanesi

52 yaşında kadın hasta. 2 aydır olan öksürük, balgam, nefes darlığı, ateş yüksekliği şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayene bulgularında bir patoloji saptanmadı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik yoktu. Sigara kullanmıyor, hayvan beslemiyor. Mesleki risk faktörü saptanmadı. PA akciğer grafisinde sağ üst lobda daha belirgin olmak üzere, her iki üst alanlarda ve sol alt alanda sınırlı düzensiz yoğunluk artışı mevcuttu. Toraks BT'sinde sol akciğer alt lobda hava bronkogramı içeren geniş kondanase alan, her iki akciğer üst lob apikoposterior segmentlerde hafif yoğunluk artışları ve solda plevrada hafif nodüler kalınlaşma izlenmekte. PA akciğer grafi takiplerinde gezici, yer değiştirici infiltrasyonlar saptandı. Hemogramda lökositoz (13.500 /MM3) dışında bir özellik yoktu. Eozinofili saptanmadı. Sedimentasyon ve CRP yüksek saptandı. 2 kez gönderilen balgam ARB direkt bakı ve Löwenstein kültürü negatif saptandı. Gaitada parazit yoktu. ANA, p-ANCA, PR3 ANCA, Anti ds DNA negatif saptandı. RF:10 ü ve total IgE:59 Ü/ML bulundu. Kulak burun boğaz muayenesinde bir patoloji zlenmedi. Kardiyolojik muayenesi de normaldi. Bronkoskopide endobronşiyal lezyon saptanmadı. Bronş lavajı patolojik açıdan normaldi.

Hastanın lezyonlarının ilerlemesi ve nonspesifik tedaviye yanıt vermemesi üzerine açık akciğer biyopsisine karar verildi. Sağ üst lobdan yapılan Wedge rezeksiyonu sonucu 'Fibroelastoz' olarak raporlandı.

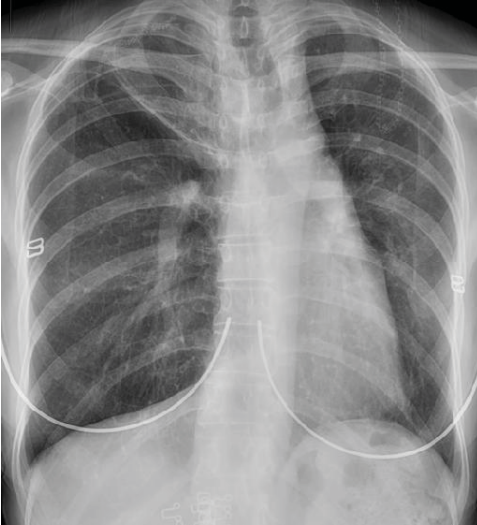
Hastanın bu sonuçlarla bronşiyolit obliterans organiz pnömoni olduğu düşünülerek prednisolon 1mg/kg dozunda başlandı. Poliklinik takiplerinde klinik ve radyolojik açıdan belirgin düzelmeye saptandı.

Nuran 1



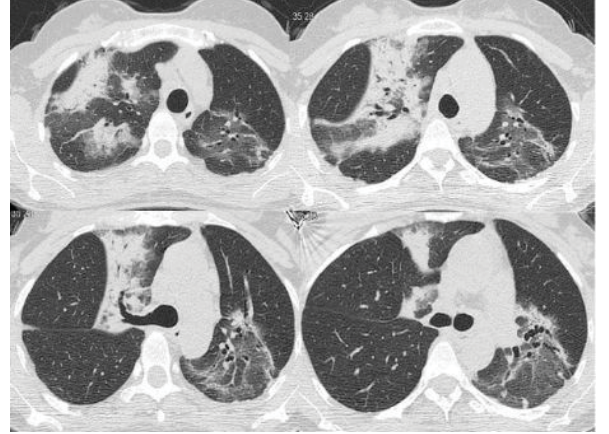
tedavi öncesi pa akciğer grafi

Nuran2

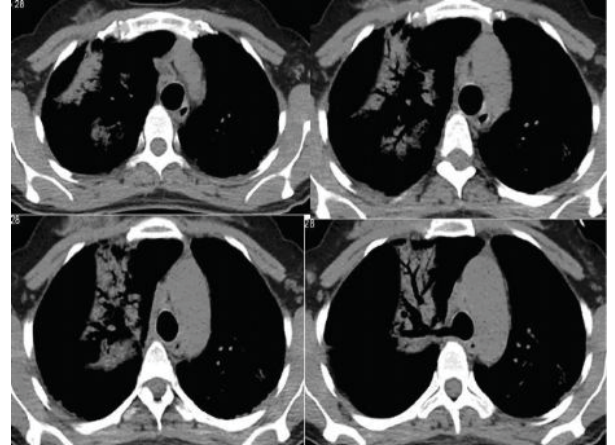


tedavi sonrası pa grafi

Tedavi Öncesi Toraks Bt



Tedavi Öncesi Toraks Bt1

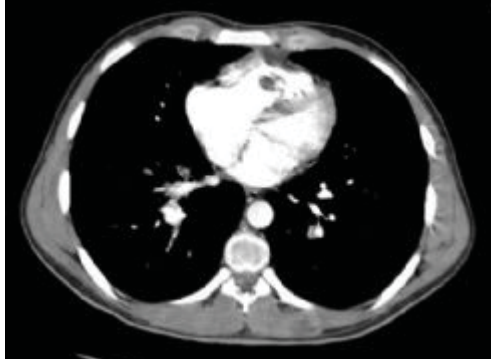


EP-105

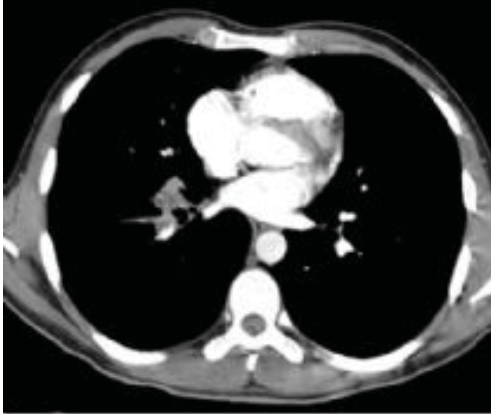
Pulmoner ve Kardiyak Tutulumla Gelen Behçet OlgusuNurhan Atilla¹, Gözde Yıldırım Çetin², Hüseyin Arpağ¹, Betül Kızıldağ⁴, Şemi Atilla³¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş³Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Kahramanmaraş⁴Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Yirmi sekiz yaşında erkek hasta hemoptizi etyolojisi araştırılmak üzere göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirilmişti. Üç gün üstüste balgamda ARB bakılmış, menfi gelmişti. CRP 110 mg / lt, sedimantasyon 90 mm / h, Hemoglobin 11 g / dl olması dışında rutin tetkikleri normaldi. Hastanın fizik muayenesinde oral aftlarının bulunması ve genital aft tariflemesi üzerine poliklinikte pulmoner artere yönelik anjiyo BT istendi. Her iki pulmoner arterin alt loba giden dallarında duvar kalınlaşması ile birlikte trombüsün eşlik ettiği anevrizmatik dilatasyonlar, ayrıca sağ ventrikül içinde serbest trombüs izlendi (Figür 1,2). Behçet Hastalığına sekonder pulmoner arter vaskuliti ve intrakardiyak trombüs olarak değerlendirilen hasta, romatoloji bölümüne konsülte edildi. Hasta göğüs hastalıkları polikliniğine başvurusundan birkaç saat sonra romatoloji bölümünce yatırıldı, pulse steroid başlandı. Yatışının üçüncü günü CRP değeri 20 mg / lt ye düşmüş, hemoptizisi kesilmiş, kliniği oldukça rahatlamıştı. Hasta Endoksan tedavisi planlanarak taburcu edildi. Hemoptizi ile gelen özellikle genç erkek hastalarda Behçet hastalığına yönelik sorgulama ve fizik muayene mutlaka yapılmalıdır. Bu vaka fizik muayenenin önemi ve bölümler arası işbirliğinin önemini vurgulamak adına sunulmuştur.

Figür 1



Figür 2



EP-106

Nadir Görülen Bir Olgu: Erişkin Yaşta Görülen Bilateral Swyer-James(Macleod's) Sendromu

Derya Özyayın, Ülkü Yılmaz, Murat Yıldız, Tuba İnal Cengiz

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Swyer – James (Macleod's)(SJMS) sendromu ilk olarak 1953 de hipoplazik pulmoner arteri olan unilateral amfizemli bir çocuk hastada tanımlanmıştır. Nadir görülen bu sendromun bilateral tutulumun beklenmemesi ve genellikle çocukluk çağında görülmesi nedeniyle kliniğimizde saptanan bilateral Swyer-James sendromunu literatür eşliğinde sunuyoruz.

31 yaşında erkek hasta daha önce ara sıra olan nefes darlığında son 15 gündür artış ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde çocukluk döneminde pnömöni geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde, oda havasında oksijen saturasyonunda düşüklük (%80-82), solunum sayısında artış, oskültasyonda bilateral solunum sesleri azalma, ekspirum süresinde uzama ve ekspiratuar ronkus, pretibial ödem 3 pozitif olarak saptandı, diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar bulgularında beyaz küre ve hematokrit düzeyinde artış saptandı, biyokimya değerleri, kollajen doku markerleri, tiroid fonksiyon testleri, hepatit markerleri ve d-dimer normal sınırlarda izlendi. Arteriyel kan gazında tip 2 solunum yetmezliğiyle uyumluuydu. Solunum fonksiyon testinde obstrüktif patern mevcuttu. Difüzyon testinde DLCO SB %83 DLCO/VA %135 idi. Hastaya non-spesifik antibiyotik ve ödemi için diüretik tedavisi başlandı. Hastaya non-invaziv mekanik ventilatör uygulandı, takiplerinde arter kan gazı kompanse olması üzerine BPAP uygulaması sonlandırıldı. Alt ekstremitte venöz dopplerde derin ven trombozu saptanmadı. Yapılan ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu: %60 pulmoner arter basıncı: 46mmhg, sol sistolik fonksiyonları normal idi. Toraks BT-BT angi'da de her iki akciğerde havalanma artışı, bronşiektazi ve yaygın amfizem alanları izlendi, trombus saptanmadı. Çekilen ventilasyon/perfüzyon sintigrafisinde her iki akciğerde dolun defekti izlendi, sintigrafi yorumunda bulguların Swyer-James sendromu ile uyumlu olduğu belirtildi. Olgu klinik ve radyolojik bulgular sonucunda bilateral Swyer-James olarak değerlendirildi.

Swyer-James sendromu ve ya unilateral hiperlüsen akciğer, genellikle çocukluk çağında görülen postenfeksiyöz bronşiolitis obliterans ile ilişkili nadir bir hastalıktır. Bu hastalık pulmoner arterin hipoplazisi ve/ve ya agenezisi ile karakterize olup akciğer parankiminde hipoperfüzyona neden olur. Radyolojik olarak hiperlüsen akciğer görünümüne neden olur. Tipik olarak bu hastalık çocukluk çağında geçirilen tekrarlayan akciğer enfeksiyonları sonrasında tanı alır, nadiren de olsa asemptomatik seyredip erişkin çağda tanı alır. Etiyolojisinde adenovirus, kızamık virusu, non viral enfeksiyonlar, toksik gaz inhalasyonu, aspirasyonlar ve organ transplantasyonu yer alır. Klinik olarak sıklıkla produktif öksürük, dispne, takipne ve bazen hemoptizi görülür. SJMS sendromunun tanısı radyolojik olarak konulmaktadır. Direk grafide çoğunlukla tek taraflı akciğer hacminde azalma, aynı taraf hemitoraksında radyolsens, bronşiektazi ve periferik vasküler yapılar da azalma izlenir. Ancak nadiren de olsa bilateral tutulum izlenebilir. Ventilasyon-perfüzyon sintigrafisi etkilenen akciğerde azalmış kan akımını gösterir. SJMS tedavisinde destek tedavi, antibiyoterapi ve transplantasyon yer almaktadır.

Swyer-James sendromu-Posteroanterior grafi



Swyer-James sendromu-Toraks Bilgisayarlı tomografi



EP-107

Derin Ven Trombozu ile Presente Olan Overlap Sendromlu (skleroderma, sjögren, antisentromer sendromu) Bir Olgu

Arzu Ertürk, Nevin Taci Hoca, Ümran Özden, Nermin Çapan
SB Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kollajen vasküler doku hastalıkları tüm sistemleri tutan mortalite ve morbiditesi yüksek hastalıklardır. Venöz tromboz antifosfolipid sendromunun eşlik ettiği SLE'de sık olup, Behçet Hastalığı'nın da bir parçasıdır. En sık interstiyel tutulumun izlendiği diffüz skleroderma da venöz tromboz çok olası değildir. Antisentromer antikor müsbetliği, sjögren ve sklerodermanın eşlik ettiği overlap sendromlu olguyu derin ven trombozu ile presente olduğu için sunmaktayız.

Altmış beş yaşında erkek hasta öksürük yakınması ile hastanemize başvurdu. Hasta derin ven trombozu tanısı ile 2 aydır antikoagulan tedavi almaktaydı. Hastanın fizik muayenesinde bilateral bazallerde velcro raller, boyunda tuz biber görünümü, deri genelde kuru ve ince, sklerodaktili ve sağ pretibial ödem mevcuttu. Çekilen toraksın bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğer subkarinal düzeyde ve perifer parankim alanlarında belirginleşen düzensiz retiküler ve retikülonodüler interstisyel dansite artışları, peribronşial kalınlaşmalar, bronşektazik değişiklikler ve eşlik eden buzlu cam ve milimetrik nodüler dansite artışları ile karakterize interstisyel hastalık bulguları saptandı. Yapılan kan tetkiklerinde karaciğer fonksiyon testleri yüksek, antinükleer antikor, Ss A ve Anti Jo-1 pozitif ayrıca antifosfolipid antikor IgM sınırda pozitif olarak saptandı. Solunum fonksiyon testinde restriktif patern, ekokardiyografide SPAB:40 mmHg saptandı. Shirmer testinde kuru göz saptandı. Hastaya bu klinik ve fizik muayene bulguları ve antikor değerleri ile overlap sendromu (skleroderma, sjögren, antisentromer sendrom) tanısı konuldu. Özafagus tutulumu için yapılan endoskopi de herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Derin ven trombozu ve skleroderma birlikteliği nadirdir, literatürdeki birkaç olguda ise antifosfolipid antikor pozitifliği saptanmıştır. Sklerodermada vasküler tutulumda antifosfolipid antikor pozitifliğinin patogeneizde rol oynadığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Derin ven trombozu ve kollajen vasküler doku hastalıkları birlikteliğine dikkat çekmek için olgumuzu sunmayı planladık.

Resim-1 Başvuru PA akciğer grafisi

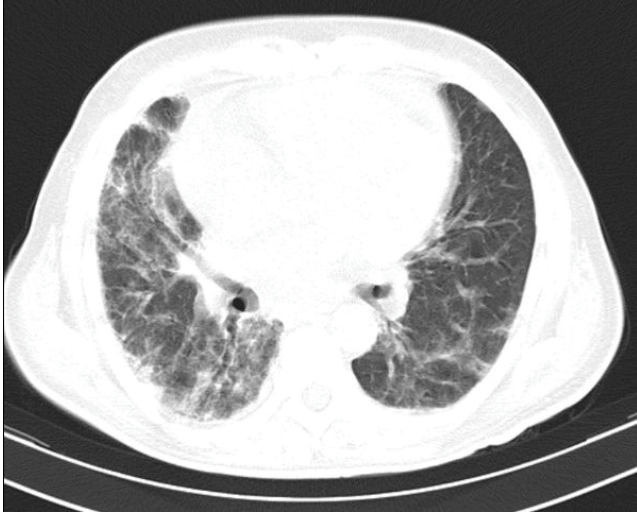


Resim-2 a



YRBT bulguları

Resim2-b



YRBT'de sağ da daha belirgin interstisyel kalınlaşmalar

Resim-2-c



YRBT'de bronşektazik değişiklikler

Resim-2-d



YRBT'de bazallerde interstisyel kalınlaşmalar

resim-3



Tedavinin 2. ayında PA akciğer grafi

sık görülen overlap sendromları

Sjögren sendromu ve bir başka konnektif doku hastalığı
RA ve SLE (Rhuşus)
Skleroderma ve polimiyozit (anti-U1RNP negatif ve SLE yok)
Skleroderma, SLE,RA ve polimiyozit (MKDH)
Primer bilier siroz, Sjögren sendromu ve CREST sendromu
Skleroderma ve SLE
Skleroderma ve RA

EP-108

Nadir Görülen Bir Olgu: Kriptojenik Organize Pnömoni(KOP)

Orhan Yücel, Deniz Doğan, Cantürk Taşcı

Gülhane Askeri Tıp akademisi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Kriptojenik organize pnömoni, sebebi bilinmeyen, alveoler kanal ve alveollere uzanan küçük hava yolları içinde granülasyon dokusuyla karakterize bir durumdur. Bizim olgumuz; 48 yaşında erkek hasta, polikliniğimize nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde, dinlemekle bibaziler ince raller oskülte edildi. Hastanın yapılan tetkiklerinde oda havasında alınan arteriyel kan gazında ph:7.43, pco2:41.2, po2:49.1, hco3:24 ve çekilen P/A akciğer grafisinde sağ hemitoraksta daha belirgin olmak üzere bilateral dansite artışı mevcuttu. Çekilen toraks tomografisinde bilateral konsolidasyon alanları ve buzlu cam görünümünde dansite artışı mevcuttu. Hastaya bir hafta nonspesifik antibiyoterapi uygunlandı ve verilen antibiyoterapiye cevap vermeyen hastaya yapılan bronkoskopik inceleme ile alınan transbronşiyal biyopside patolojik olarak kriptojenik organize pnömoni (kop) tanısı raporlandı. Hastaya 80 mg/gün metilprednizolon tedavisi başlandı. Halen tedavisi ve takipleri devam eden hastada radyolojik olarak regresyon ve belirgin klinik düzelme gözlemlendi.

Tedavi öncesi 1



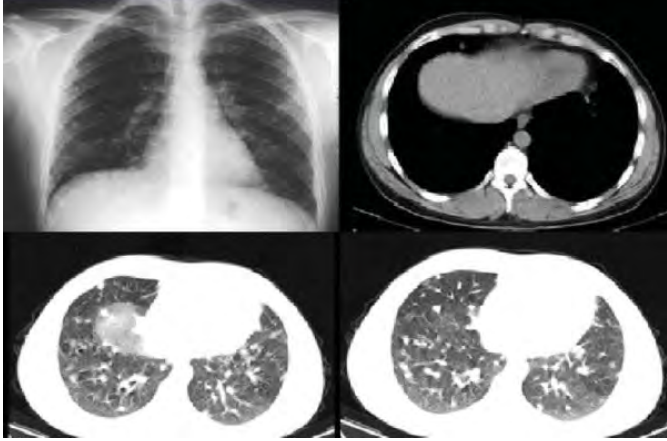
EP-109

Nadir Bir Olgu: Dendiriform Pulmoner OssifikasyonAyperi Öztürk¹, Zafer Aktaş¹, Yetkin Ağaçkiran², Ertan Aydın³, Aydın Yılmaz¹¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Pulmonoloji Kliniği, Ankara²Yıldırım Bayezid Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Ankara³Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

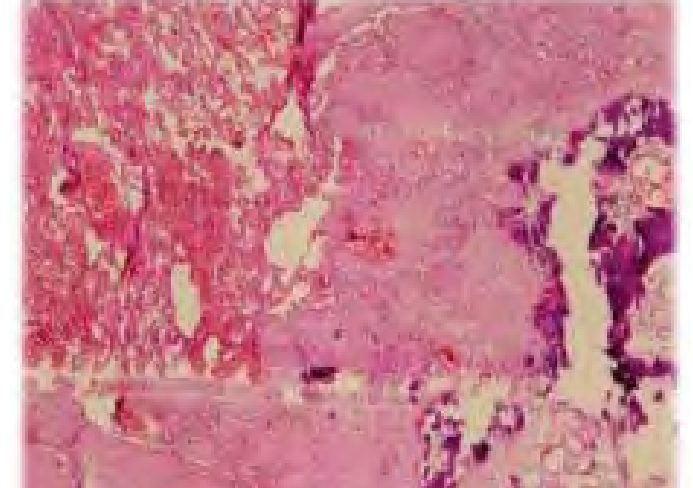
Diffüz pulmoner ossifikasyon, akciğerde küçük kemik fragmanlarıyla karakterize ender görülen bir hastalıktır. Nodüler ve dendriform olmak üzere iki alt tipi vardır. Nodüler tipi daha sık görülmekte olup uzun süreli mitral stenoz gibi kronik venöz konjesyona neden olan kalp hastalığıyla; dendriform tipi ise nadiren saptanmakta olup genellikle intersitsiyel fibrozis ile giden hastalıklar ile birlikte görülür. Olguların çoğu otopside tanı almaktadır; yaşarken tanı alan diffüz pulmoner ossifikasyon olgu sayısı çok azdır.

29 yaşında erkek hasta, iki haftadır devam eden hafif göğüs ağrısı ile başvurduğu dış merkezde çekilen postero-anterior (PA) akciğer grafisi (AG) ve bilgisayarlı toraks tomografisinde (BT) anormal bulgular saptanması üzerine ileri tetkik için kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde bipolar kişilik bozukluğu nedeniyle risperidon ve sodyum valproat kullanımı mevcuttu. Otomobil tamiriyle 1 yıl uğraşmıştı, 9 aydır garsonluk yapıyordu. PA AG ve toraks BT 'nde bilateral değişik boyutta, yaygın, mikronodüller izlendi (resim 1). Fizik muayenesi normaldi. Laboratuvar değerlerinde hafif sedimentasyonu yüksekti. Solunum fonksiyon testi hafif restriktifti. Fiberoptik bronkoscopisinde patoloji saptanmadı. Metastatik olabileceği düşünülerek çekilen pozitron emisyon tomografisinde (PET-BT); 3mm ile 10 mm arasında değişen boyuttaki nodüllerde düşük yoğunlukta artmış metabolik aktivite tutulumu (suvmax 1.52); sol gluteal maksimus kasında 13x 11mm çapında fusiform bir alan (suvmax:6.67); bilateral testislerde artmış metabolik aktivite tutulumu saptandı. Sol gluteal maksimus içindeki alana yönelik magnetik rezonansda patoloji saptanmadı. Skrotal ultrasonografi ve spesifik tümör markerlarıyla testis tümörü ekarte edildi. Hastaya tanısal amaçlı video yardımlı toraks cerrahisiyle (VATS) biyopsi yapıldı. Biyopsiyle alınan materyallerin makroskopik görünümü maligniteyi düşündürmekle birlikte histopatolojisi dendriform pulmoner ossifikasyon ile uyumlu geldi (resim 2).

Dendriform pulmoner ossifikasyonun genellikle tanısı otopsiyle konulduğundan patofizyolojisi aydınlatılamamıştır. Pulmoner fibrozis, organize pnömoni, ağır metal maruziyeti, kronik obstruktif akciğer hastalığı, asbestozisi olan kişilerde görülmekte olup olgumuzda bu hastalıklar söz konusu değildi. Olgumuzun kullandığı ilaçlara bakıldığında akciğerde direkt olarak böyle bir patolojiye neden olmadıkları saptandı ancak literatürde sodyum valproatın pluripotent hücre proliferasyonu ile ekstraselüler matriks differensiyasyonu üzerine etkisi olduğuna dair yayın mevcuttur. Literatürde pulmoner fibrozisin elektron mikroskopik incelemesinde mikron boyutundaki ağır metallerin depolanmasıyla (serium oksit, serium fosfat gibi) da tetiklenebileceği belirtilmiştir. Buradan yola çıkarak sodyum valproatın ve ağır metallerin inflamasyon aracılı heterotopik ossifikasyonda rol alabileceği düşünüldü. Hastalığın tedavisi söz konusu değildir; kumadin ve bifosfanatlar denenmiş ancak geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Resim 1. PA Akciğer grafisi ve toraks BT görünümü

Bilateral yaygın, değişik boyut ve dansitede multiple parankimal nodüller

Resim 2. Histopatolojik görünüm

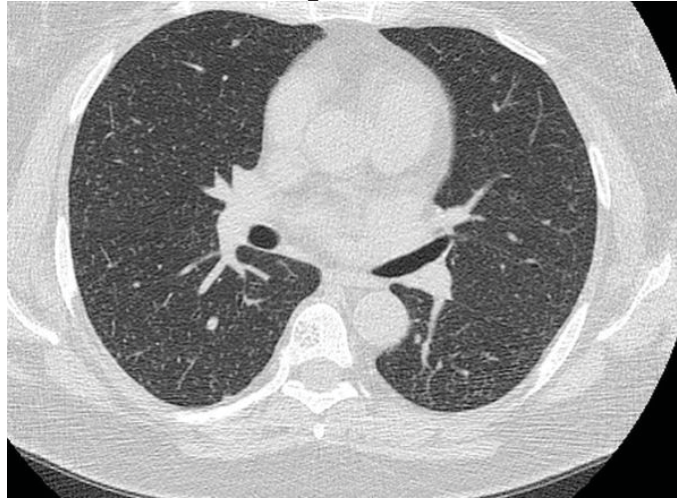
Alveolar boşlukta kemik iliği ile birlikte dendriform matür kemik fomasyonu

EP-110

Hastanemizde Tanı Konulan İlk Diffüz Pulmoner Meningotelyomatozis OlgusuSibel Yurt¹, Halide Nur Ürer², Burcu Arpınar Yiğitbaş¹, Celal Satıcı¹, Barış Şeker¹, Ayşe Filiz Arpaçağ Koşar¹¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul

Diffüz meningotelyal nodüllerin akciğerde varlığını ilk olarak Korn ve arkadaşları tanımlamıştır. Meningotelyal nodüller hiçbir klinik önem arzetmez ve akciğer otopsilerinde rastlantısal olarak saptanmıştır. Bildirilen olguların çoğunluğu tesadüfen karşılaşılan ve genellikle akciğerde tek nodül olarak ve bazen de tek akciğere sınırlı nodüller olarak görülebilir. Diffüz bilateral meningotelyal nodüller interstisyel akciğer hastalığı ya da dissemine metastatik hastalığı düşündürülen radyolojik görünümde olabilir. Bizim olgumuz 62 yaşında bayan hastaydı. Seronegatif spondiloartrit nedeniyle takip ve tedavi olurken akciğer grafisinde diffüz nodüllerin görülmesi üzerine bize yönlendirilen hastanın çekilen toraks BT'sinde de interstisyel mikronodüler kalınlaşmalar ve retikülonodüler görünüm izlendi. Solunum fonksiyon testinde ve DLCO normaldi. Hastaya bronkoskopi yapılarak bronkoalveoler lavaj(BAL) ve transbronşiyal biopsi (TBB) yapıldı, bronkoalveoler lavajda %13 lenfosit, % 54 nötrofil, %30 makrofaj, % 3 eozinofil ve CD4/CD8:2.71 olarak geldi. Alınan TBB'nin patolojik incelemesinde interstisyel alveol septaları genişleten yuvarlak oval nukleuslu iğsi hücrelerden oluşan proliferasyon izlendi ve pulmoner meningotelyal proliferasyon olarak değerlendirildi. Hasta halen 6 aydır takiptedir ve radyolojik ve klinik olarak progresyon izlenmedi. Diffüz pulmoner meningotelyomatozis oldukça nadir görülmektedir ve hastanemizde tanı konulan ilk vakadır. Diffüz interstisyel pulmoner infiltratların ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmalıdır.

olgu HRCT



olgu HRCT

olgu PA akc grafisi



PA akc grafisi

EP-111

Hemoptizi ile Başvuran Goodpasture Sendromlu Bir Olgu Sunumu

Orhan Yücel, Ferhat Onur Ural, Deniz Doğan, Cantürk Taşcı
Gülhane Askeri Tıp akademisi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Goodpasture sendromu hızlı ilerleyen glomerülonefrit, antiglomerüler bazal membran antikorlarının varlığı ve bazen eşlik eden akciğer hemorajisi ile karakterizedir. Hemoptizi başlangıç semptomu olabilir. Olguların %65-80'inde akciğer ve böbrek aynı anda tutulur. 21 yaşında erkek hasta, son bir haftadır olan hemoptizi ve halsizlik şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede soluk görünümündü, dinlemekle solunum sesleri normaldi. Vitalleri stabildi. Laboratuvar incelemesinde, hgb:6.9 gr/dl, üre:123 mg/dl, kreatinin:3.29 mg/dl idi. İdrar tetkikinde proteinüri saptandı. Toraks HRCT'de bilateral yaygın nodüler buzlu cam görünümü mevcuttu. İmmünolojik değerlendirilmede anti-GBM (anti glomerüler bazal membran antikor) pozitif saptandı. Renal biyopside nekrotizan glomerülonefrit saptandı. Nefroloji bölümünce hastaya Goodpasture sendromu tanısı konuldu.

Hrct kesiti

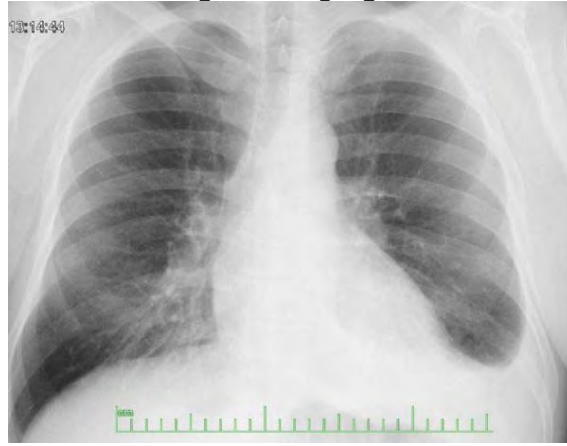


Yaygın buzlu cam nodülleri

EP-112

Değişik Şekillerde Ortaya Çıkan Churg-Strauss Sendromlu İki OlguSibel Yurt¹, Celal Satıcı¹, Burcu Arpınar Yiğitbaş¹, Barış Şeker¹, Nurcan Ünver², Ayşe Filiz Arpaçağ Koşar¹¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji İstanbul

Churg-Strauss sendromu; küçük ve orta boyda damarların inflamasyonu ile karkterize, astım, periferik kanda eozinofili, eozinofilik doku infiltrasyonu ve ekstrasvasküler granuloamlarla seyreden, bir çok organı tutan nekrotizan bir vaskülitir. İlk olgumuz 52 yaşında erkek hasta KOAH tanısı ile 2 yıldır takip ediliyormuş ve inhaler kombine tedavi alıyormuş, 4 yıl önce MI gecirmiş ve coumadin kullanıyormuş. Hastanın laboratuvar parametrelerinde lökosit:11.300 mm³, CRP:54, sedimantasyon:65 olması dışında patolojik bir sonuç yoktu, akciğer grafisinde solda plevral efüzyon bulgusu izlendi, torasentez mayinde bol eozinofil ve kontrol hemogramında periferik eozinofili (%10), total IgE:1377, pANCA: negatif gelen hastanın toraks BT de mediastinal LAM ları da izlenmesi üzerine bronkoskopi yapıldı. Wang İA sonucu tanısız olmayınca mediastinoskopi kararı alınca hastanın kardioloji konsültasyonunda sol atriumda trombüs saptanması üzerine yapılan cerrahi işlemden perikardiyal biyopsi alındı, perikardiyal biyopsi eozinofillerden zengin nekrotizan granulatöz iltihap ve buna bağlı plevral perikardiyal efüzyon olarak düşünüldü, hastaya kortikosteroid tedavi başlandı ve klinik ve radyolojik belirgin düzelme saptandı. İkinci olgumuz 7 senedir astım tanısı olan 57 yaşında bayan hastaydı. Daha önce mediastinal LAM' lar nedeniyle mediastinoskopi yapılmış ve antrakoz dışında patolojik bulgu izlenmemişti. Nefes darlığının artması üzerine kliniğimize başvurdu, periferik eozinofili (> %10), BT'de akciğer parankiminde yamalı infiltrasyonlar görüldü. Yapılan bronkoskopide alınan TBB sonucu vasküler yapıların cidarında gevşek granuloamlar izlendi. Hastanın pANCA pozitif, total IgE yüksek bulunması üzerine Churg-Strauss sendromu düşünüldü ve sinüs BT de çektirilince sağda enfekte etmoid bül izlendi, kortikosteroid tedavi ile klinik ve radyolojik düzelme izlendi takibe alındı. İlk olgumuzda pANCA negatifliği kardiyak tutulumla ilişkili olması literatürle uyumlu bulunmuştur, iki olgumuzda da mediastinal LAM lar izlenmiş ancak Churg-Strauss sendromunda mediastinal LAM lar tanı kriterleri arasında yoktur.

1. olgu PA akciğer grafisi

1. olgu PA akciğer grafisi

2. olgu akciğer grafisi

2. olgu akciğer grafisi

EP-113

Akciğer Lavajı Uygulanan Pulmoner Alveoler Proteinosis Olgusu

Burçin Mıdık¹, Göksel Kiter², Serpil Tekgül¹, Kadri Çırak¹¹İzmir Dr.Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi²Pamukkale Üniversitesi

Pulmoner alveoler proteinosis, tedavisi belli zaman aralıklarıyla total pulmoner alveolar lavaj uygulaması ya da akciğer transplantasyonu olan, sürfaktan metabolizmasındaki anormallikten kaynaklı nadir bir hastalıktır.

Son zamanlarda idiopatik PAP hastalarında, inhalasyonla veya subkutan yolla GM-CSF tedavisi de uygulanmaktadır. Biz de hastanemizde total akciğer lavajı işlemi ilk kez uygulandığından hastamızın bulgularını paylaşmak istedik.

OLGU: Dispne şikayeti ile kliniğimize başvuran, 2008 yılından beri PAP tanısıyla takipli 37 yaşında erkek hastanın PA akciğer grafisinde solda daha yoğun olmak üzere bilateral alveolar infiltrasyon görünümü mevcuttu. 2 lt/dk oksijen ile arter kan gazında pO₂: 52,3, satO₂: 85,8 idi. Sol pulmoner lavaj uygulaması için interne edilen hastaya ameliyathane koşullarında, GAA çift lümenli entübasyon tüpünün sağ dalı ile ventilasyon sağlanırken sol dalı ile sol akciğere 15000 cc vücut ısısında SF ile total lavaj işlemi uygulandı. 4 saat süren işlemde komplikasyon gelişmedi. İşlem sonrası 2 lt/dk oksijen ile arter kan gazı pO₂: 84,9, satO₂: 93,6 olan ve ilk hafta semptomlarının gerilediğini ifade eden hastanın sonrasında dispnesi arttı ve arter kan gazı değerleri işlem öncesi düzeyine döndü. GM-CSF antikor düzeyi çalışılması üzere Cincinnati Üniversitesi'ne hastanın kan ve serum örnekleri gönderildi, anlamlı miktarda GM-CSF antikor (141,7 – ref:<5-) saptandı. Hasta AB ve uzun süreli oksijen tedavisi düzenlenerek eksterne edildi. GM-CSF tedavisi planlanıyor.

PAAG1



sol lavaj işlemi öncesi

HRCT



lavaj işleminden 2 ay sonra HRCT görüntüleri

PAAG2



sol lavaj işlemi sonrası

Lavaj Mai



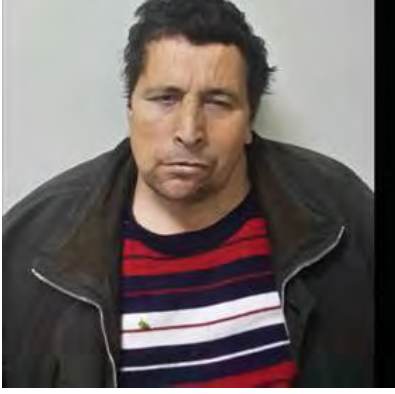
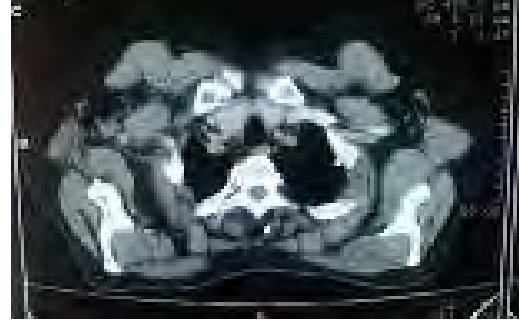
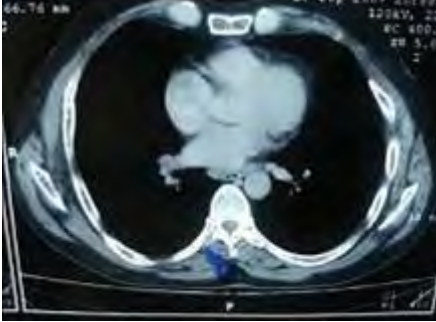
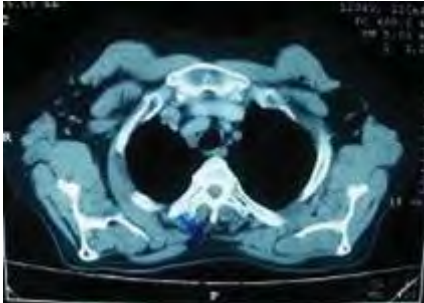
EP-114

Heerfordt Sendromlu Bir Nörösarkoidoz Olgusu

Yasemin Şirin, Kadri Ali Çırak, Berna Kömürcüoğlu, Sinem Dağlı

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

Heerfordt Sendromu sarkoidozda izlenen tutulumlar içinde en sık görülen formdur.4 yıl önce servismizde tetkik edilip Göğüs Cerrahisi ile konsülte edilerek VATS uygulanan ve mediastinal lenf bezlerinde Sarkoidoz tanısı alan 56 yaşındaki erkek hastada takip ve kontrolü sırasında fasial paralizi ortaya çıkması üzerine yapılan radyolojik tetkikler ve nöroloji konsültasyonu sonucunda Heerfordt Sendromu tanısı konulmuştur.Olgu nadir görülen bir olgu olması ve sarkoidoz tanılı hastalarda takip ve kontrol sırasında da gelişebileceği ve ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiği vurgulanmak üzere sunuldu.

Hasta Fotoğrafi**mediastinal toraks bt kesitleri****mediastinal toraks bt kesitleri****patoloji görüntüleri****mediastinal toraks bt kesitleri****patoloji görüntüleri****mediastinal toraks bt kesitleri**

EP-115

Pulmoner Alveoler Mikrolitiyazis: İki kız kardeş, 4 yıllık takip, Olgu Sunumu

Sinem Güngör, Murat Yalçınsoy, Esra Akkütük, Esen Akkaya

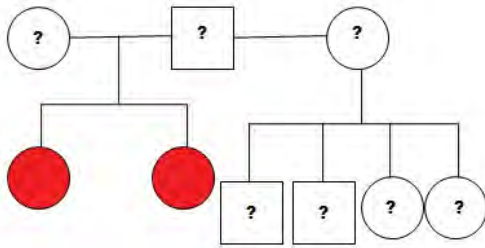
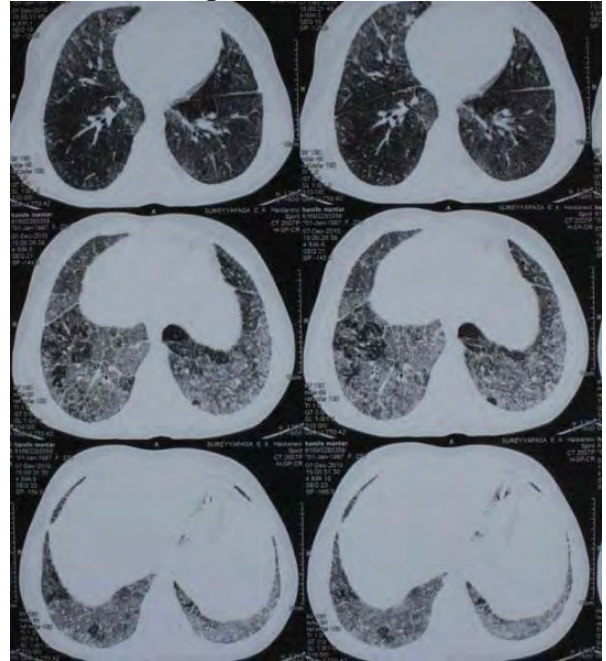
T.C. S.B. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

Pulmoner alveolar mikrolitiyazis (PAM), alveollerde kalsiyum fosfat birikmesiyle seyreden bir hastalıktır. Etiyolojisi ve patogenezi bilinmemektedir. Dünyada yayınlanmış PAM'lı hasta sayısı 550'nin üzerindedir. Türkiye dünya literatürünün %30'unu temsil eder. Olguların %50 den fazlası ailevi olup, çoğunluğu kardeştir. Kliniğimizde takip ettiğimiz iki kız kardeşin özelliklerini sunduk.

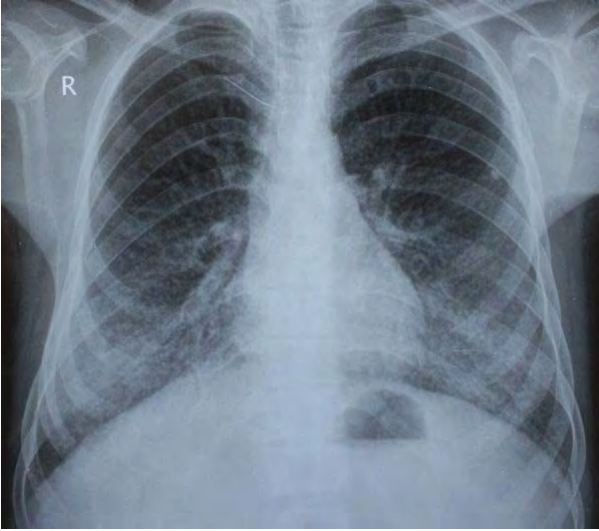
OLGU 1: 27 yaşında bayan. Nefes darlığı ile polikliniğe başvurdu(2010). Özgeçmişinde dört yıl önce kaş kenarında nörofibrom çıkarılma öyküsü vardı. Fizik muayene bulguları, rutin kan sayımı ve biyokimyasal tetkikleri normal sınırlarda idi. Akciğer grafisinde bazallerde daha yoğun tüm alanlarda yaygın mikronodüler görünüm saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografide(BT), akciğerde bilateral interlober septum kalınlaşmaları, buzlu cam dansiteleri, alt alanlarda milimetrik diffüz mikronodüller kalsifikasyonlar izlendi. Tüm vücut kemik sinigrafisi(KS) normal sınırlarda bulundu. Solunum fonksiyon testinde(SFT) orta derecede restriktif patern, DLCO: % 48 saptandı. Ekokardiyografi bulguları normaldi. Fiberoptik bronkoskopide(FOB) normal endobronşiyal sistem bulundu. Transbronşiyal biyopsi ile tanıya gidilemedi. Hastaya radyolojik olarak PAM tanısı konuldu. Aile taraması yapıldı, kız kardeşinde de aynı radyolojik görünüm izlendi.

OLGU 2: 21 yaşında bayan. Aile taramasında görüldü. Fizik muayene bulguları, rutin kan sayımı ve biyokimyasal tetkikleri normal sınırlarda idi. Akciğer grafisinde bazallerde daha yoğun tüm alanlarda yaygın mikronodüler görünüm saptandı. Toraks BT'de akciğerde bilateral tüm segmentlere dağılmış milimetrik diffüz mikronodüller izlendi. SFT ve DLCO normal sınırlarda idi. Tüm vücut KS, sağ iliak kanat anteriorunda nonhomojen radyoaktivite tutulumu dışında normal sınırlarda bulundu Hastanın takip sorunları nedeniyle FOB yapılamadı. Hastaya radyolojik olarak PAM tanısı konuldu.

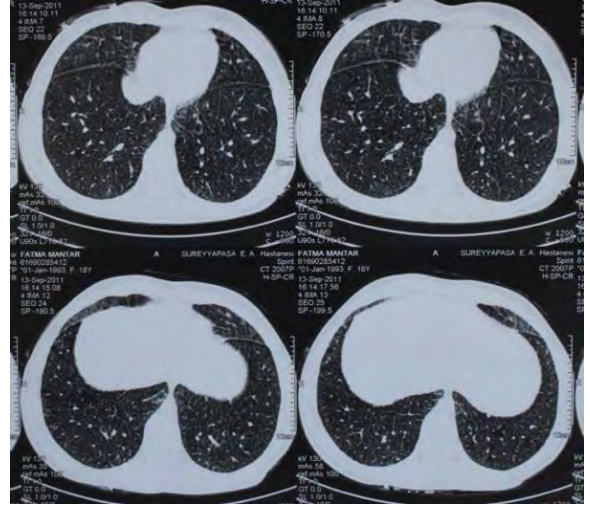
SONUÇ: PAM olgularında, ailevi özelliğin olması nedeniyle tarama yapılmasının hastalığın yaygınlığının ve klinik özelliklerinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacağını kanısındayız.

AİLE SOY AĞACI**Olgu 1- Aralık 2010 BT****Olgu 1-Aralık 2010 BT**

Olgu 1-Nisan 2011 PA Akciğer Grafisi



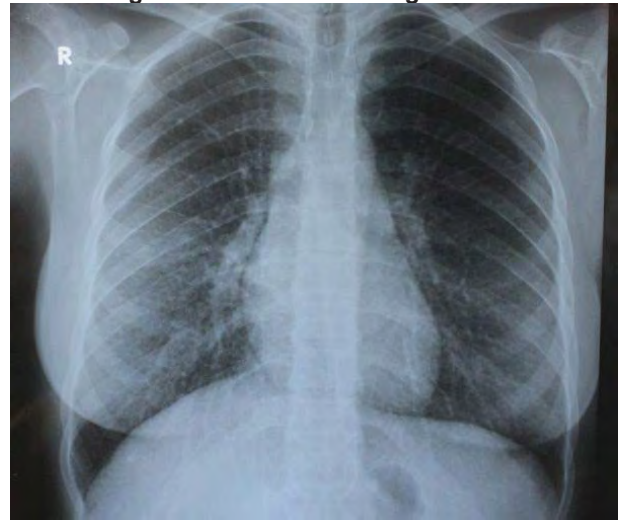
Olgu 2-Eylül 2011 BT



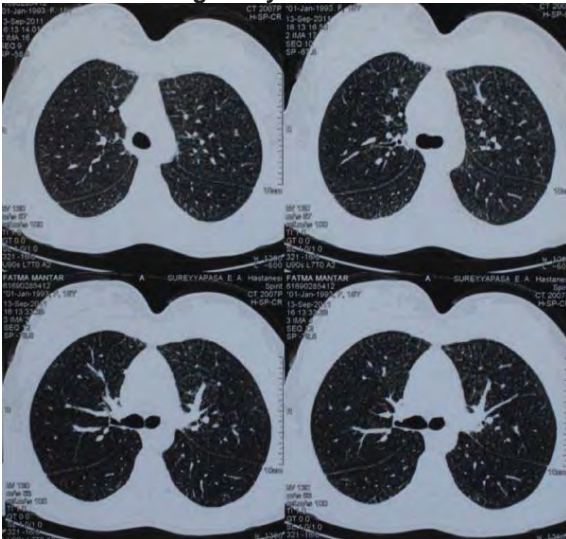
Olgu 1-Ağustos 2014 PA Akciğer Grafisi



Olgu 2-Nisan 2014 PA Akciğer Grafisi



Olgu 2-Eylül 2011 BT



EP-116

Mazot Aspirasyonuna Bağlı Gelişen Pnömoni Olgusu

Ersin Demirer, Dilaver Taş, Ömer Ayten, Sedat Demirsoy, Zafer Kartaloğlu, Oğuzhan Okutan
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul

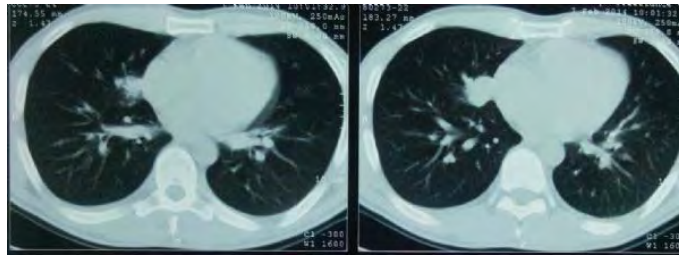
25 yaşında erkek hasta araç benzin deposundan ağız yolu ile mazot çekme sonucunda gelişen aspirasyon şikayeti ile başvurdu. Nefes darlığı ve göğüs ağrısı olduğunu ifade etmekte idi. Yapılan solunum sistemi fizik muayenesinde ağızda mazot kokusu ve sol skapula altında ince raller mevcuttu. Tam kan sayımında lökosit yükseklği saptandı (BK: 15700). CRP düzeyi 41.8 mg/L düzeyindeydi. Rutin biyokimyasal değerleri normal sınırlarda idi. Akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda parakardiyak alanlarda dansite artışları mevcuttu (Resim 1). Toraks Bt'de: Sağ akciğer orta lob inferomedial kesimde parakardiyak 26x28 mm fissüre oturan yumuşak doku dansitesi, alt lob anterobazal segmentte hava bronkogramları eşlik eden yoğunluk artımı ile sol akciğer alt lob posterobazal segmentte fibrolineer sekel dansite alanı izlendi (Resim 2). Nonspesifik antibiyoterapi ve 40 mg IV metil prednizon tedavisi uygulandı. Yapılan bronkoskopik incelemede bronş yapıları ve mukoza normal izlendi. CRP düzeyi 6.97 mg/L düzeyine gerileyen hasta takiplere gelmek üzere taburcu edildi.

Resim 1



PA Akciğer grafisi

Resim 2



Toraks BT

EP-117

İnterkostal Sinirden Köken Alan Schwannoma Olgusu

Levent Özdemir¹, Suat Durkaya², Burcu Özdemir³, Gökhan Büyükbayram¹, Zulal Özbolat¹, Sema Nur Çalışkan³, Ali Ersoy⁴

¹Dörtyol Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları, Hatay

²İskenderun Devlet Hastanesi Göğüs Cerrahisi, Hatay

³İskenderun Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları, Hatay

⁴Antakya Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları, Hatay

Nörojenik tümörler, posterior mediastende en sık rastlanan tümörlerdir. Spinal, interkostal, frenik veya vagus sinirlerinden köken alabilirler. Schwannomlar %5-10 oranında interkostal sinirlerden köken alırlar. Büyük oranda benign ve asemptomatiktir, ancak interkostal schwannomlarda nevraljik yakınmalar veya tekrarlayan göğüs ağrıları farklı yerleşimdeki schwannomlara oranla daha siktir. 47 yaşında kadın hasta sol sırt bölgesinde ağrı şikayeti ile değerlendirildi. Fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Çekilen akciğer grafisinde sol hiler bölgede düzgün sınırlı kitle, Bilgisayarlı toraks tomografisinde sol hemitoraks posteriora, paravertebral alanda, hafif heterojen, hipodens, akciğer parankimine bası yapan yaklaşık 9x10 cm boyutlarında düzgün sınırlı kitle lezyonu izlendi. Hastaya torakotomi uygulandı. Patoloji sonucu schwannoma olarak raporlandı.

Resim 2



Resim1



EP-118

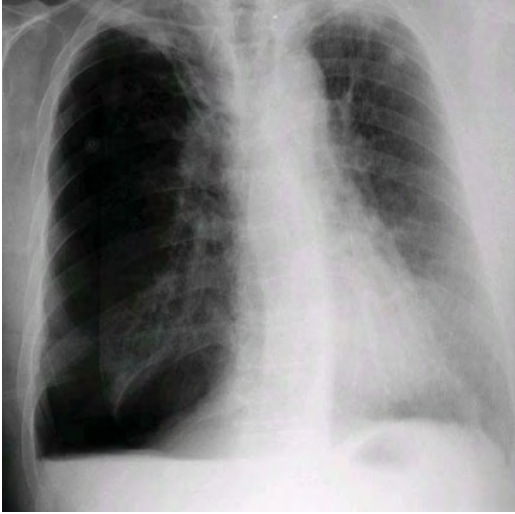
Tekrarlayan Spontan Pnömotoraksın Nadir Bir Nedeni: Mounier-Kuhn SendromuAli Nihat Annakkaya¹, Ege Güleç Balbay¹, Elif Nisa Ünlü², Leyla Yılmaz Aydın¹, Sinem Safçı¹, Mertay Boran³, Derya Güçlü⁴¹Düzce Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce²Düzce Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Düzce³Düzce Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Düzce⁴Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Düzce

GİRİŞ: Mounier-Kuhn Sendromu; trakea ve büyük bronşların genişlemesi, bazen de bronşektazi ve tekrarlayan alt solunum yolu infeksiyonları ile karakterize nadir görülen bir sendromdur. Bu bildiride tekrarlayan spontan pnömotorakslara neden olan Mounier-Kuhn sendromlu olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU: Atmışüç yaşında erkek hasta nefes darlığı, öksürük ve balgam şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın şikayetleri yaklaşık 35 yıldır mevcuttu. Özgeçmişinde 33 yıl önce sol, 16 yıl önce sağ ve 2 ay önce de tekrar sağ olmak üzere üç kez geçirilmiş spontan pnömotoraks öyküsü mevcuttu. 60 paket.yıl sigara kullanmış hasta 15 yıldır sigara içmiyordu. Fizik muayenesinde bilateral skapula altında inspiryum sonu ralleri mevcuttu. 2 ay önce dış merkezde pnömotoraks nedeniyle tedavi edildiği dönemde çekilmiş posteroanterior akciğer (PA) grafisinde sağda pnömotoraks izlendi. Kliniğimizde çekilen PA akciğer grafisinde trakea normalden geniş idi ve bilateral retikülodüler infiltrasyon görünümü izlendi. Hastaya çekilen Bilgisayarlı Tomografide trakea, sağ ana bronş, sol ana bronşun transvers çapları sırasıyla 29 mm, 23 mm ve 20 mm olmak üzere artmış olarak ölçüldü. Trakea sağ posterolateral komşuluğunda multiloküle görünümde büyük trakeosel görüldü. Bilateral üst lob, alt lob superior, sağda orta lob ve solda lingulada, en büyüğü orta lob medial segment düzeyinde yaklaşık 6 cm. çapa ulaşan subplevral amfizem bülleleri ile karakterize yaygın amfizematöz ve yaygın bronşiektaziler izlendi. Ayrıca sağ akciğer alt lob superior, lateral ve posterior bazal segmentlerde bronşiektaziler görüldü. Hastaya yapılan bronkoskopide, trakea ve ana bronşlar genişlemiş olduğu ve yine aynı bölgelerde genişlemiş divertikül ağızlarının mevcut olduğu görüldü.

SONUÇ: Spontan pnömotoraks tanısı koyulan hastalarda nadir bir sendrom olan Mounier-Kuhn Sendromu da ayırıcı tanıda akla gelmelidir.

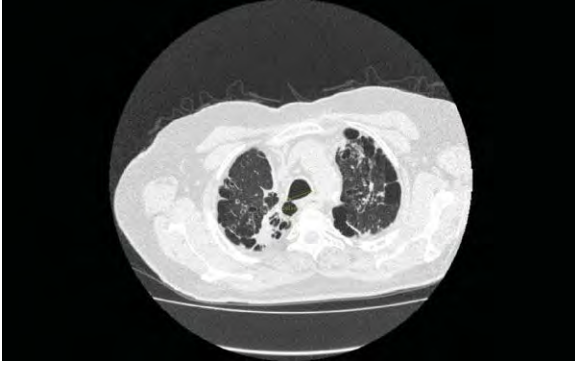
2 ay önceki posteroanterior akciğer grafisi



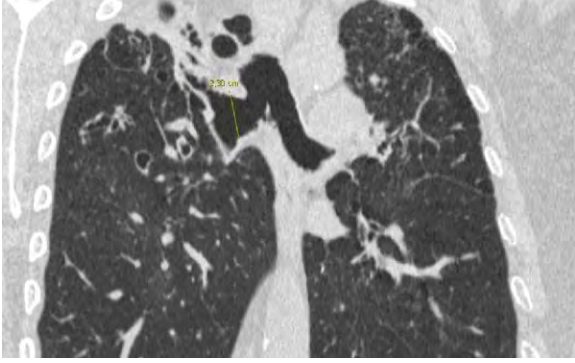
Geliş posteroanterior akciğer grafisi



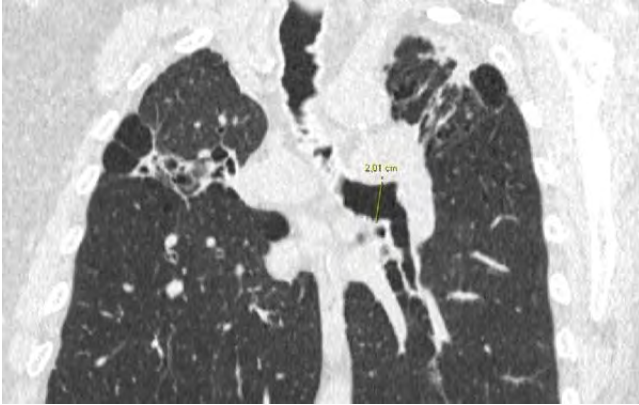
Trakeanın geniş izlendiği BT kesiti



Sağ ana bronşun geniş izlendiği BT kesiti



Sol ana bronşun geniş izlendiği BT kesiti



Genişlemiş Trakea



Sağ üst lob-divertikül ağızları



İntermedier bronş



Sol ana bronş



Sol ana bronş distali



EP-119

İnatçı Hıçkırık ve Pnömoni

Özlem Salman Sever, Elif Küpeli, Gaye Ulubay

Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilimdalı, Ankara

85 yaşında erkek hasta geçirilmiş 1984 de serebrovasküler olay öyküsü ve hipertansiyon dışında bilinen ek hastalığı olmayan hasta başvurudan 1 hafta önce başlayan ve devam eden öksürük,inatçı hıçkırık ve subfebril ateş yakınmaları ile göğüs hastalıkları polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede 37.3 ateş ve sağ bazalde raller dışında patolojik bulgusu olmayan hastanın vital bulguları stabil idi. Kan tetkiklerinde hafif düzeyde lökositoz (10,9 / μ L),hemogramda sola kayma (nötrofil %78),CRPde artış (218 mg/L) dışında böbrek fonksiyon testleri ve karaciğer enzimleri normal sınırlarda idi. Akciğer grafisinde sağ alt zonda pnömonik heterojen dansite artışı görülen hasta yatırılarak levofloksasin 1x750 ve oseltamavir 2x75 mg başlandı. Yatış sırasında çekilen toraks tomografisinde sağ akciğerde alt lobun hemen tamamında, sol akciğer ise alt lobda bazal segmentlerde yoğunlaşan yamalı-retikülonodüler pnömonik konsolidasyonlar izlendi. Tedavinin ikinci gününden sonra hıçkırık şikayeti gerileyen hasta beş günlük hospitalizasyon sürecinden sonra oral antibiyotiklere geçilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Yaşlı popülasyonda pnömoni klasik semptomları dışında çok farklı semptomlarla bazen de semptomsuz olarak karşımıza gelir. Bizim olgumuzda olduğu gibi alt lob pnömonisinde diafragma iritasyonu sonucu inatçı hıçkırıkla karşımıza gelebileceği ve pnömoni tedavisi ile ek medikasyona ihtiyaç duyulmadan hıçkırıkta da belirgin düzelme sağlayabileceği görüldü.

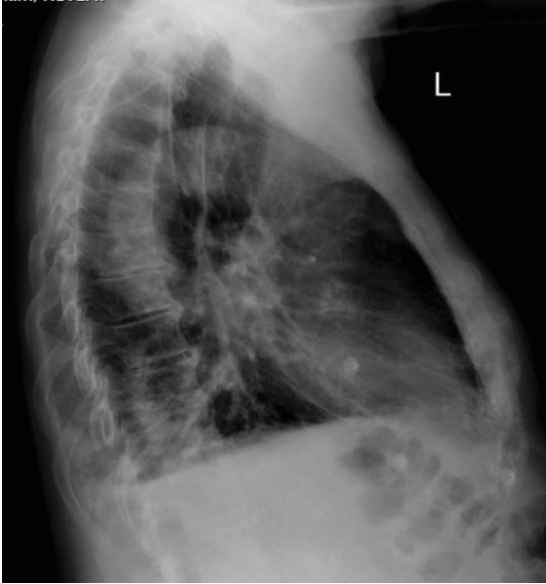
Hastanın yatıştaki laboratuvar değerleri

Tetkik	Değer
Hb	12 g/dL
Hct	35,49 %
WBC	10,9 bin/ μ L
PLT	278 bin/ μ L
Nötrofil %	78 %
CRP	218,8 mg/L
Na	119 mmol/L
K	3,4 mmol/L
Ca	7,7 mg/dL
Alb	2,8 g/dL
BUN	20 mg/dL
Kr	1,04
AST	36 U/L
ALT	28 U/L
GGT	27 U/L
LDH	221 U/L
T.Protein	6 g/dL

Resim 1. Yatış anında çekilen akciğer X-ray



Resim 2. Yan grafisi



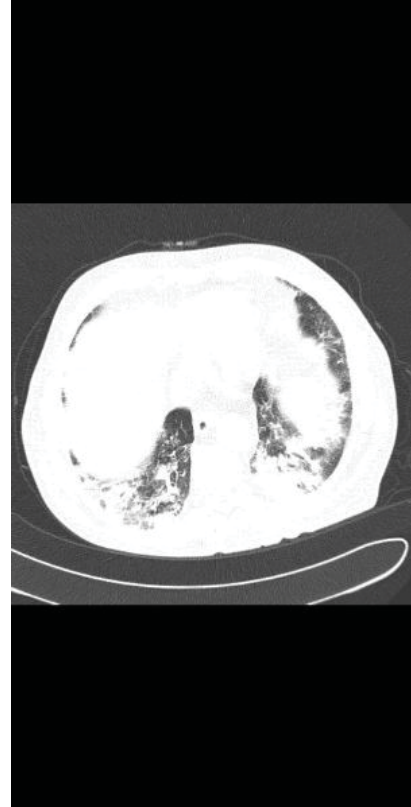
Resim 3. Yatığı dönemde çekilen akciğer tomografisi



Resim 4. Toraks CT alt kesitler mediaten penceresi görüntüsü



Resim 5. Toraks CT alt kesitler parankim penceresi görüntüsü



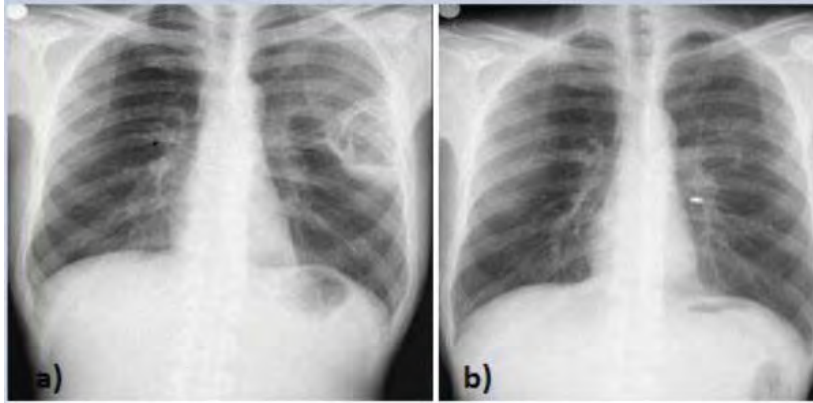
EP-120

Aktif Ülseratif Koliti Olan Pulmoner Tromboemboli Hastasında, Pulmoner Enfarkt Alanında Gelişen Akciğer Apsesi: Bir Olgu Nedeni İle

Selvi Aşker, Hülya Günbatar, Selami Ekin, Bünyamin Sertoğullarından, Aysel Sünnetçioğlu
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Van

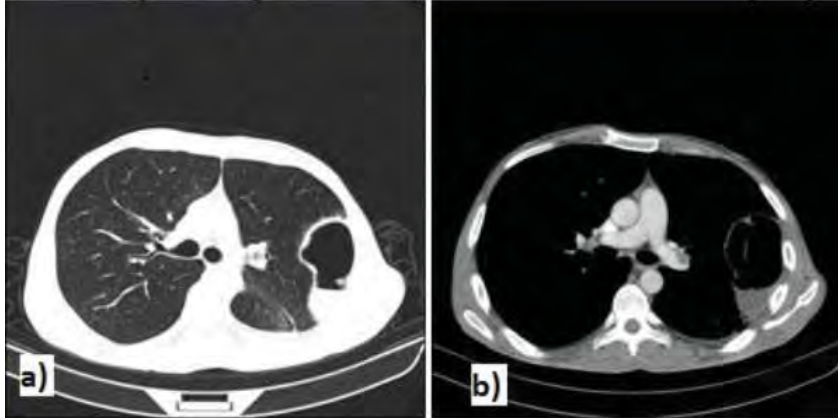
Ülseratif kolit ve crohn hastalığı inflamatuvar bağırsak hastalıkları olarak bilinir. Bu hastalıklar venöz tromboembolizm ile ilişkilidir. Bu hastalarda derin ven trombozu ve pulmoner emboli venöz tromboembolinin en sık görülen tipleridir. İnflamasyon dolaşımında thrombus oluşumuna katkıda bulunur. Pulmoner emboli genellikle kavitasyon içermez. Pulmoner kavitasyon sıklığı %4-7 olup pulmoner enfarkt ile birlikte. Biz aktif ülseratif koliti olan akciğer apsesi semptomları ve radyolojisi ile başvuran, nefes darlığının devam etmesi üzerine akciğer tomografisi çekilen ve pulmoner emboli ve enfarkt alanında apse saptadığımız bir olguyu sunmaktayız.

Resim 1



a) Hasta başvurusunda çekilen akciğer grafisi b) Tedavi sonrasında 3. Ayda çekilen akciğer grafisi

Resim 2



a) Sol akciğer üst lobda 53x96 mm duvarı kalın septa içeren, hava sıvı seviyesi içeren lezyon b) Sol akciğerde apse ile birlikte sol ana pulmoner arterde thrombus.

EP-121

Akciğer Kanserini Taklit Eden İdiopatik Fibrozing Mediastinit; Olgu SunumuCengiz Burnik¹, Ercan Kurtipek¹, Mustafa Çalık², Hıdır Esme², Nurşadan Gergerlioğlu³, Taha Tahir Bekci¹¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Konya³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, Konya

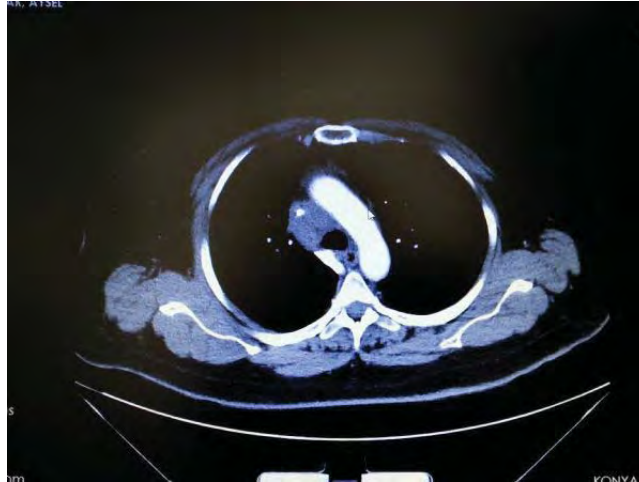
Fibrozing mediastinit (FM) veya Sklerozan mediastinit (SM) mediastinal bölgede aşırı fibrotik reaksiyon oluşumu ile karakterize, nadir görülen benign bir hastalıktır. Fibrozis neticesinde hava yolları, büyük damarlar ve diğer mediastinal yapılarda basıya yol açmaktadır ve morbidite direkt olarak yerleşim yeri ve genişliği ile ilişkilidir. Hastalığın sebebi genellikle belli değildir. Sıklıkla histoplazmaya bağlı granülomatöz hastalık olarak gelişmektedir.

Bu yazıda akciğer kanserini taklit eden fibrozing mediastinit olgusu sunulmuştur.

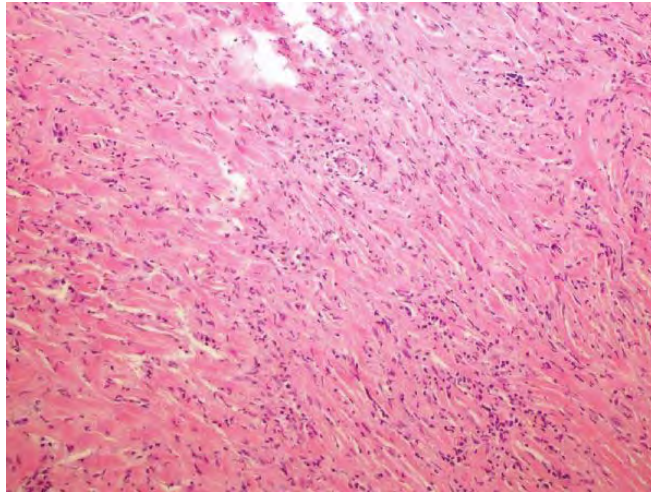
50 yaşında, hipertansiyonu olan, sigara içmeyen kadın hasta, nefes darlığı, göğüste batma, boyunda ve kollarda şişlik şikayetleri nedeniyle başvuruyor. Fizik muayenede juguler venöz dolgunluğu destekleyen ödem ve hafif siyanoz bulguları saptandı. Kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografide sağ üst paratrakeal bölgeden başlayıp üst lob bronşu ve hiler bölgeye uzanım gösteren, superior vena kava ve üst lob pulmoner arterde belirgin daralmaya yol açan 40x39x35 mm boyutunda yumuşak doku kitlesi saptandı. Hastaya Göğüs Cerrahisi bölümü tarafınca tanısal torakotomi işlemi yapıldı. Patoloji materyalinde oval yada yuvarlak şekilli, eozinofilik sitoplazmalı fibroblastik hücrelerden oluşan sklerozan mediastiniti destekleyen bulgular rapor edildi. Bu bulgularla hastaya fibrozing mediastinit tanısı konuldu ve sistemik kortikosteroid tedavisine başlandı.

Özetle nadir görülmekle birlikte, etyolojisi belli olmayan mediastinal kitle lezyonlarında alternatif tanı olarak benign seyirli fakat ölümcül olabilen fibrozing mediastinit akla getirilmelidir.

Resim-1



Resim-2: Sklerozan mediastinit



Kollajen bantlar arasında az miktarda lenfosit ve polimorf nüveli lökositlerden oluşan iltihabi infiltrasyon. HEx100

EP-122

Primer Pulmoner Alveoler Proteinozis; İki Olgu Sunumu

Cengiz Burnik¹, Ercan Kurtipek¹, Meryem İlkay Eren Karanis², Taha Tahir Bekci¹

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya

²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, Konya

Pulmoner alveoler proteinozis (PAP) distal hava yollarında aşırı sürfaktan fosfolipid ve protein birikimi ile karakterize nadir görülen difüz pulmoner hastalıktır. PAP'ın üç formu tanımlanmıştır:

1-Primer

2-Sekonder (toz maruziyeti; alüminyum, silika), hematolojik maligniteler, kemik iliği nakli sonrası

3-Konjenital

PAP vakalarının %90'ını primer form oluşturmaktadır. Primer PAP tedavisinde tüm akciğer lavajı geniş ölçüde kabul görmüş bir tedavi şeklidir. Bu yazıda nadir görülen iki primer pulmoner alveoler proteinozis olguları sunulmuştur.

1.OLGU: 26 yaşında, sigara içmeyen erkek hasta, 2-3 aydır mevcut olan öksürük ve eforlu nefes darlığı şikayetleri nedeniyle başvuruyor. Çekilen akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda belirgin buzlu cam dansitesinde lezyonlar saptandı.

Çekilen bilgisayarlı toraks tomografide her iki akciğerde üst lob ve alt lob bazallerde belirgin olmak üzere yamasal tarzda alveoler patern ile buzlu cam dansiteleri rapor edildi.

Hastaya tanısal fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Bilateral endobronşlarda pembe proteinöz materyal gözlendi. Bronş lavajı örnekleri alındı. Patoloji raporunda PAP'ı destekleyen zeminde PAS ve D-PAS pozitif boyanan eozinofilik, proteinöz materyal olarak rapor edildi.

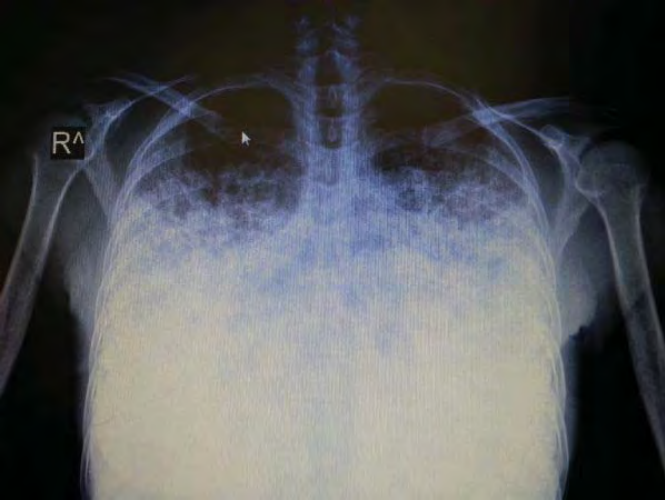
2. OLGU: 42 yaşında, sigara içmeyen kadın hasta, son yıllarda giderek artan nefes darlığı, halsizlik ve morarma şikayetleri nedeniyle başvuruyor. Çekilen akciğer grafisinde bilateral orta ve zonlarda yaygın buzlu cam dansitesinde lezyonlar saptandı.

Çekilen bilgisayarlı toraks tomografide her iki akciğer orta ve alt loblarda yaygın buzlu cam dansiteleri rapor edildi. Hastaya tanısal fiberoptik bronkoskopi yapıldı.

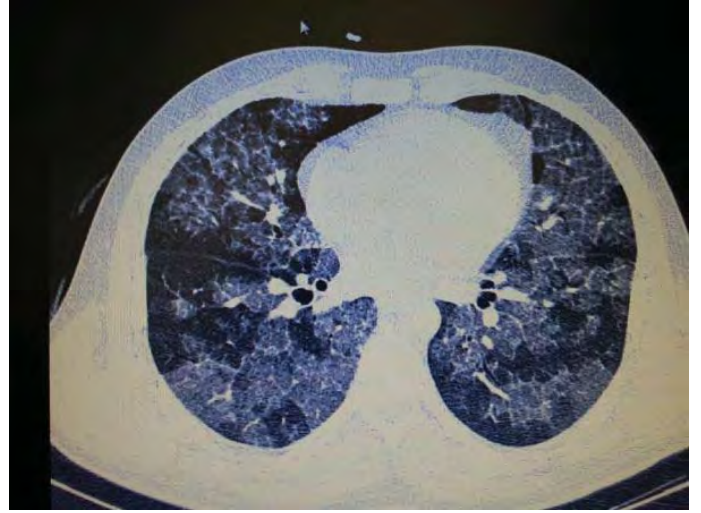
Bilateral bazal segmentlerde yoğun proteinöz materyal gözlendi. Bronş lavajı örnekleri alındı. Patoloji raporunda PAP'ı destekleyen mukoid zeminde az miktarda PAS ve D-PAS pozitif boyanan amorf materyal olarak rapor edildi.

Özetle primer PAP nadir görülen bir hastalıktır. Ancak hastalığın ilerleyici olması ve kanıtlanmış bir tedavisinin olmaması nedeniyle dikkat edilmesi gerekmektedir.

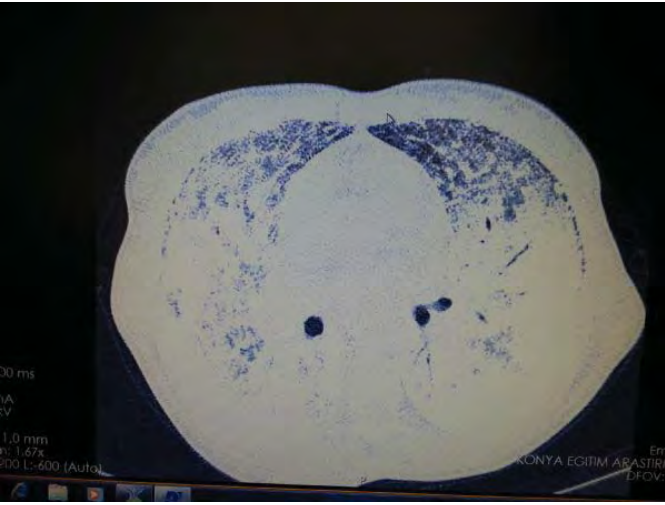
Resim-1



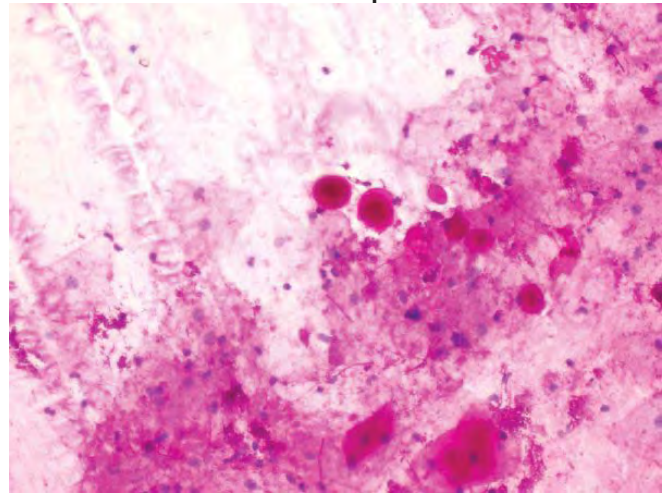
Resim-3



Resim-2



Resim-4: Alveoler proteinozis:



BAL sıvısında PAS pozitif globüller. PASx200

EP-123

Primer Trakeo-Bronşiyal Amiloidoz: İki Olgu Nedeniyle

Mahşuk Taylan, Hadice Selimoğlu Şen, Halide Kaya, Süreyya Yılmaz, Melike Demir, Ali İhsan Çarakanat, Emine Önder
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD

GİRİŞ: Amiloidoz, organ ve dokularda fibriler proteinöz materyalin extraselüler birikimiyle karakterize bir hastalıktır. Primer trakeo-bronşiyal amiloidoz (PTBA) nadir görülen bir amiloidoz tipidir. Çoğunlukla öksürük, hemoptizi gibi non spesifik semptomlara yol açar ve kesin tanısı ancak bronkoskopik biyopsiyle konur. Yazıda öksürük ve hemoptizi şikayetleriyle görülen iki PTBA olgusu sunulmuştur.

OLGU 1.: Elliikiyaşındaki kadın hasta, iki yıldan beri öksürük ve hemoptizi şikayetleriyle başvurdu. Fizik muayene bulguları ve akciğer grafisinin normaldi. Toraks BT tetkikinde trakea duvar kalınlaşması görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde, hemogram, rutin kan biyokimyası, sedimantasyon hızı, CRP, protein elektroforezi ve tiroid fonksiyon testleri normal görüldü. Fiberoptik bronkoskopi yapıldığında trakeada ve her iki ana bronшта mukozadan kabarık, kaldırım taşı görünümünde ödemli, frajil, hiperemik lezyonlar görüldü. Alınan biyopsi histo-patolojisi amiloidoz ile uyumlu geldi.

OLGU 2.: Elli dokuz yaşında erkek hasta, yedi yıldan beri aralıklı öksürük ve hemoptizi şikayetleriyle başvurdu. Son altı aydır bu şikayetlere nefes darlığının eklendiğini belirtti. Fizik muayene bulguları ve akciğer grafisi normaldi. Toraks BT tetkikinde trakeada diffüz duvar kalınlaşması görüldü. Yapılan rutin laboratuvar tetkikleri normaldi. Hastanın fiberoptik bronkoskopik tetkikinde sağ ana bronş girişi lateral duvarında lümeneye protrüze, mukozal hipereminin eşlik ettiği nodüler lezyonlar görüldü. Alınan biyopsi histopatolojisi proteinöz amiloid materyal ile uyumlu geldi.

SONUÇ: uzun süreli hemoptizi ve öksürük semptomları olup tanı konamayan, radyolojisinde trakeal duvar kalınlaşması ve nodüler imajları görülen olgularda ayırıcı tanıda PTBA düşünülmeli ve ileri tanısalsal prosedür olarak bronkoskopi planlanmalıdır.

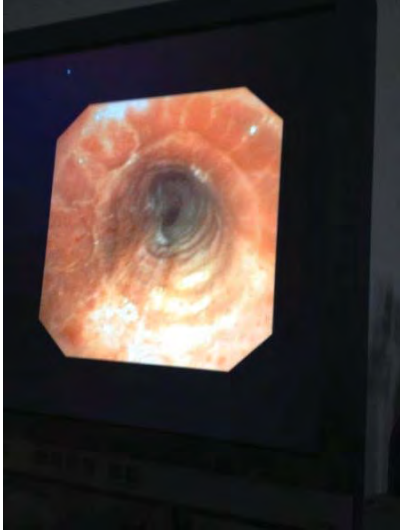
Resim 1. Olgu 1 PA grafisi



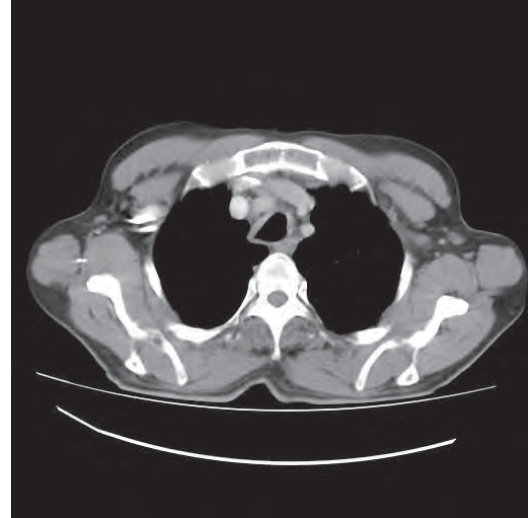
Resim 3. Olgu 2 PA grafisi



Resim 2. Olgu 1 bronkoskopik görüntüsü



Resim 4. Olgu 2 Toraks BT tetkik



EP-124

KOAH Hastasında İnsidental Saptanan Diffüz Trakeobronşiyal Kalsifikasyon

Nurhan Atilla, Hüseyin Arpağ, Hasan Kahraman, Fulsen Bozkuş

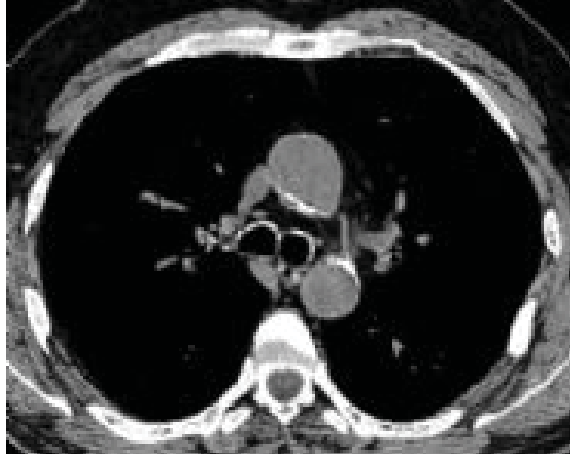
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Atmış beş yaşında erkek hasta. Yirmi yıldır evre 2 kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) nedeni ile bronkodilatör tedavi kullanmakta. KOAH açısından stabil olan hasta kronik öksürük nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Öksürük nonproduktif olup yaklaşık beş yıldır mevcuttu. KOAH dışında ek hastalığı yoktu, rutin tetkikleri normaldi. Kronik öksürük nedeni ile gastroözefagiyal reflü düşünülerek endoskopi yapılmış, reflü saptanmamıştı. Antihistaminik, antitussif gibi çeşitli ilaçlar reçete edilmiş ancak fayda görmemişti. Hastaya kronik öksürük etyolojisini araştırmak üzere toraksa yönelik bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Toraks BT de KOAH ile uyumlu görünüm ile birlikte tüm trakeobronşiyal ağaç ve aort cidarı boyunca yaygın kalsifikasyon izlendi. Bronkoskopik bakışı normal olan hastanın kronik öksürüğünün muhtemel sebebinin trakeobronşiyal kalsifikasyon olabileceği düşünüldü ve daha ileri tetkik yapılmadı.

Diffüz trakeobronşiyal kalsifikasyon en sık ileri yaştaki hastalarda oluşur ve kadınlarda daha sık görülür. Trakeobronşiyal kalsifikasyonun nadir nedenleri şunlardır: konjenital, hiperkalsemi ve hiperfosfatermiye sekonder, adrenogenital sendrom, uzun süreli warfarin tedavisi. Bilgisayarlı tomografinin daha fazla kullanımı ile trakeobronşiyal kalsifikasyon tanısı alan hasta sayısı da artmıştır. Görsel açıdan dikkat çekici olmakla birlikte klinik önemi yoktur.

Diffüz trakeobronşiyal kalsifikasyon nadir görülmesi nedeniyle olguyu sunmayı uygun bulduk.

Figür 1



Figür 2



EP-125

Dispne Ayırıcı Tanısında Methemoglobinemi Olgusu Sunumu

Ufuk Turhan, Alper Gündoğan, Mehmet Aydoğan, Cantürk Taşçı
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Siyanoz, çoğu zaman belirgin bir fizik muayene bulgusu olsa da, uzun süredir var olan siyanotik görünüm sıklıkla doktora müracaat sebebi oluşturmaz. Efor dispnesi ise yaşam kalitesini büyük oranda etkiler ve hastaları tedavi arayışına yönlendirir. Biz de nefes darlığı şikayeti ile başvuran ve uzun süredir siyanozu mevcut olan bir methemoglobinemi olgusu sunuyoruz.

20 yaşında erkek hasta nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde siyanotik görünümde olan hastanın pulse oksimetre ile saturasyonu %85 olarak ölçüldü. Anamnezinde çocukluğundan beri efor yapamadığı ve nefes darlığı olduğu anne, dede ve dayısının da bu şekilde şikayetlerin var olduğu, ten renklerinin bu şekilde koyu olduğu ancak bu şikayet ile herhangi bir doktora müracaatının olmadığı öğrenildi. PA akciğer grafisi normal olarak izlenen hastanın solunum sesleri de doğaldı. (Resim 1) Arteriyel kan gazında methemoglobin düzeyi %11.8 olarak ölçüldü. Hemogramında hemoglobin 16.7, HTC: 49.8 olarak ölçüldü. Askorbit asit tedavisi başlanan hastada G6PD eksikliği saptanmadı. Hasta hematoloji kontrolleri ile takibe alındı. Methemoglobin, hemoglobinde bulunan demirin ferröz formdan (Fe²⁺), ferrik forma (Fe³⁺) oksidasyonu ile oluşur. Düşünüldüğünde methemoglobin düzeyi ölçümü ile tanı koymak kolaydır. Genç erişkin hastalarda dispne varlığında methemoglobinemi de ayırıcı tanılar arasında düşünülmesi gerekir. Hastalar tarafından çok dikkate alınmayan siyanotik görünümün göğüs hastalıkları uzmanları dışında da tüm hekimlerin dikkatini çekmeli ve etyolojiye yönelik araştırılması veya uygun bir merkeze yönlendirilmesi gerekir. Vakamız, dispne etyolojisi olarak methemoglobineminin de düşünülmesi gerektiği ve siyanozun tanıya götürücü önemli bir fizik muayene bulgusu olduğunu göstermesi açısından sunulmuştur.

Resim 1



EP-126

Solunum Fonksiyon Testinin Nadir Bir Komplikasyonu: PnömotoraksÜmran Toru¹, Mehmet Sait İncebiyık², Mehmet Suat Patlakođlu³, Tuncay Vatansever²¹Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kütahya²Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Kütahya³Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Kütahya

GİRİŞ: Amfizem tipi kronik obstrüktif akciğer hastalığı tanısı olan hastalarda invaziv işlemler sonrasında iyatrojenik pnömotoraks riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. Fakat kronik obstrüktif akciğer hastalığının tanısında ve takibinde yaygın olarak kullanılan solunum fonksiyon testi gibi non-invaziv bir yöntemin komplikasyonu olarak pnömotoraks nadiren görölmektedir. Biz burada kronik obstrüktif akciğer hastalığı alevlenmesi nedeniyle takip edilen ve stabil dönemde yapılan solunum fonksiyon testi sonrası pnömotoraks gelişen 71 yaşındaki olgumuzu sunduk.

OLGU: 71 yaşında erkek hasta nefes darlığı ile başvurduğu Acil Servis'den kronik obstrüktif akciğer hastalığı alevlenmesi ön tanısı ile yatırıldı. Takiplerinde kliniği düzelen ve stabil dönemde kontrol amaçlı solunum fonksiyon testi yapılan hastanın solunum fonksiyon testi sonrası ani sol göğüs ağrısı şikayeti başladı. Çekilen PA Akciğer Grafisi'nde; sol akciğerde pnömotoraks izlendi. Toraks BT'de; belirgin amfizematöz değişiklikler ve sol hemitoraksta pnömotoraks saptanan hastaya Tüp Torakostomi uygulandı (Resim 1). Kontrol PA Grafi ve BT'lerde pnömotoraksın gerilediği gözlemlendi (Resim 2). Toraks tüpü çekilen hasta kliniğinin düzelmesi üzerine taburcu edildi.

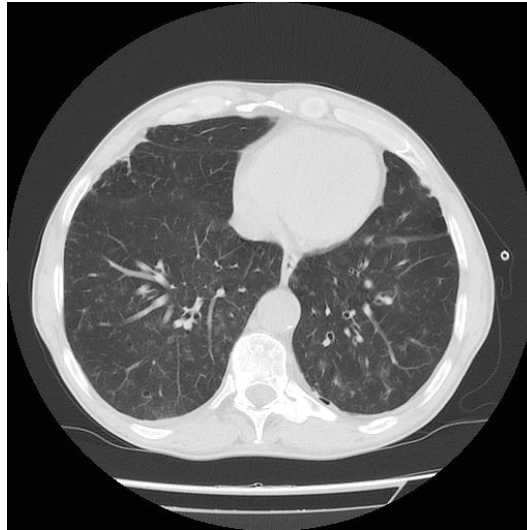
SONUÇ: Amfizemi olan hastalarda solunum fonksiyon testi sonrası yeni gelişen solunumsal semptomlar özellikle pnömotoraks açısından dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

Resim 1



Toraks BT'de; sol akciğerde pnömotoraks

Resim 2



Tüp Torakostomi sonrası çekilen kontrol BT'de pnömotoraksın gerilediği izlendi.

EP-127

Jeneralize Tonik Klonik Nöbet İle İlişkili Nörojenik Pulmoner Ödem (3 Olgu Nedeniyle)

Merve Yumrukuz, Firdevs Kervan, Emine Bahar Kurt

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Nörojenik pulmoner ödem (NPÖ) santral sinir sistemini etkileyen herhangi bir hastalığın ardından, akciğerlerde vasküler konjesyon, parankimal ödem ve hemorajinin meydana geldiği klinik bir durumdur. NPÖ sporadiktir ve öngörülemez; tanıya yönelik spesifik markeri yoktur. Hızla tanınmaması halinde ciddi hipoksiye ve respiratuar arreste yol açmaktadır. Pek çok etiyolojik faktöre bağlı gelişebilen hayati riski olan bir komplikasyondur. Nörolojik hasara ek olarak non-kardiyojenik pulmoner ödemin gösterilmesi gerekmektedir. NPÖ akla gelmediği takdirde fazladan tetkik ve tedaviler söz konusu olmaktadır. Antiepileptik tedavileri düzenlenen hastalarda hipoksi ve akciğer infiltrasyonlarında düzelme görülür. Nörolojik hadisesi olan hastalarda klinisyenler tarafından akılda tutulması gereken bir durumdur. Biz de burada jeneralize tonik klonik nöbet sonrası görülen, tipik akciğer görüntüleme bulgularına yol açan, ayırıcı tanılar arasında nörolojik pulmoner ödem düşünülen ve tanısı alan 3 olguyu sunmayı amaçladık.

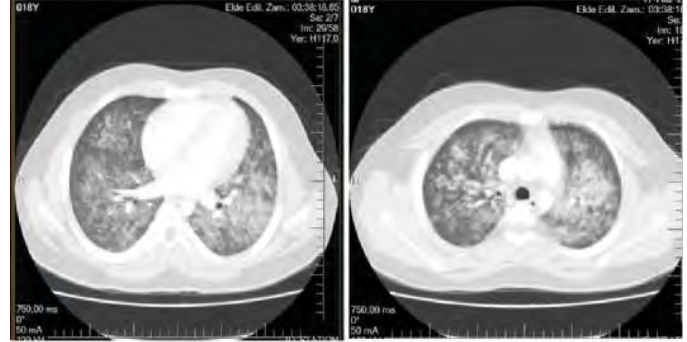
Neurogenic pulmonary edema (NPE), is a clinical situation that is characterized with vascular congestion, parenchymal edema and hemorrhage in the lungs after any disease affecting central nervous system. NPE is sporadic and unpredictable, there is not any specific marker for diagnosis. If it is not recognized immediately, it can cause severe hypoxia and respiratory arrest. NPE is life-threatening complication related with many etiologic factors. Non-cardiogenic pulmonary edema is supposed to be shown with neurologic damage. In the case of that neurogenic pulmonary edema is not thought unnecessary diagnostic tests and treatments can be done. After anti-epileptic treatments of the patients are regulated hypoxia and lung infiltrations are resolved. It is a situation that must be kept in mind especially in the patients with neurologic event. We aimed to present 3 case reports diagnosed as NPE that causes typical lung infiltrations and is seen after generalized tonic-clonic seizure.

Resim 1:



İlk olgumuzun yatışında çekilen PA akciğer grafisi

Resim 2-3:



İlk olgumuzun yatışındaki Toraks BT kesitleri

Resim 4:



6 gün sonra çekilen PA akciğer grafisi

Resim 10:



Üçüncü olgumuzun yatışında çekilen PA akciğer grafisi

Resim 5-6-7:



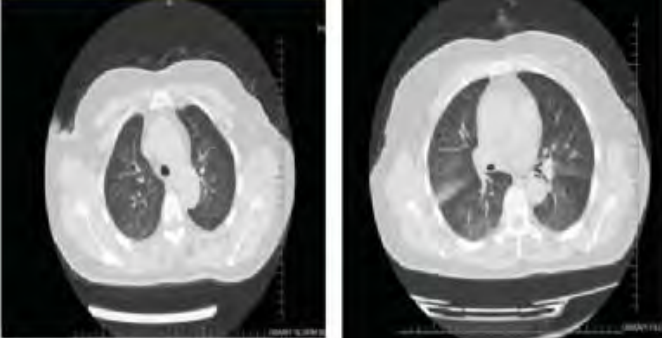
İkinci olgumuzun yatışında çekilen PA akciğer grafisi ve Toraks BT kesitleri

Resim 11:



5 gün sonra çekilen PA akciğer grafisi

Resim 8-9:



3 gün sonra çekilen HRCT kesitleri

EP-128

Atipik Yerleşimli Yaygın Trombozla Seyreden ve Vaskülit Tanısı Alan Olgu

Nuran Gökbulut, Gonca Öcal, Züleyha Bingöl, Mustafa Erelel
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Nedeni bilinmeyen yaygın trombozlar bazı vaskülit tiplerinin klinik bulgusu olarak karşımıza çıkabilir. Vaskülit inflamasyonu ile ilişkili trombozların tedavi yaklaşımı klasik trombozdan farklı olduğu için tanısı önemlidir. Burada atipik yerleşimli yaygın tromboz saptanan ve vaskülit tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Yirmi dokuz yaşındaki erkek hasta 3 hafta önce başlayan sol yan ağrısı, iki taraflı bacaklarda ağrı ve şişlik şikayeti ile ortopedi ve iç hastalıkları kliniklerine başvurmuş. Tetkiklerinde bilateral alt ekstremitte derin venlerinde, vena cava inferior ve bilateral iliak venlerde yaygın trombüs saptanarak düşük molekül ağırlıklı heparin ve varfarin tedavisi başlanmış. Şikayetlerinin geçmesi üzerine tarafımıza başvurdu. Atipik yerleşimli yaygın tromboz ön tanısıyla çekilen toraks tomografisinde pulmoner arterde tromboz saptanmadı. Sol renal ven'de total tromboz ve sol böbrekte birkaç adet, en büyüğü 30x27mm boyutunda nodüler lezyonlar saptandı. Nodüler lezyonlar abdominal MRG'de hemorajik kist olarak değerlendirildi. Vaskülit ve kollajenözler açısından bakılan belirteçler negatif saptandı. Herediter trombofili nedenleri araştırıldı ve negative bulundu. Malignite ve vaskülit ön tanısıyla PET-CT çekildi ve renal arter-ven seviyesinden vena cava inferior, common iliak ve bilateral internal eksternal ven boyunca devam eden ve sonrasında alt ekstremitte ven trasesi boyunca uzanan artmış FDG tutulumu (suv max:6.3) ve her iki üst ekstremitte ven traseleri boyunca uzanan ve aksiller -subklavyen venlerinde devam eden artmış FDG tutulmuş saptandı. Bulgular vaskülit olarak değerlendirildi ve 1mg/kg metilprednisolon başlandı. Yaygın tromboz nedeniyle antikoagülan tedavi immüsupresif tedavi ile birlikte verildi.

TARTIŞMA: PET-CT büyük damar vaskülitlerinin tanısında ve inflamasyonun şiddetinin değerlendirilmesinde son yıllarda yaygın kullanılmaktadır. Vaskülitte bağlı gelişen trombozların tedavisinde antiinflamatuvar tedaviler verilmektedir.

PET/CT



RESİM 1

PET/CT



RESİM 2

EP-129

Astım Tanısıyla Takip Edilen Trakeobronkomalazili Hasta

Berna Taşkın Doğan, Öner Dikensoy, Meral Uyar

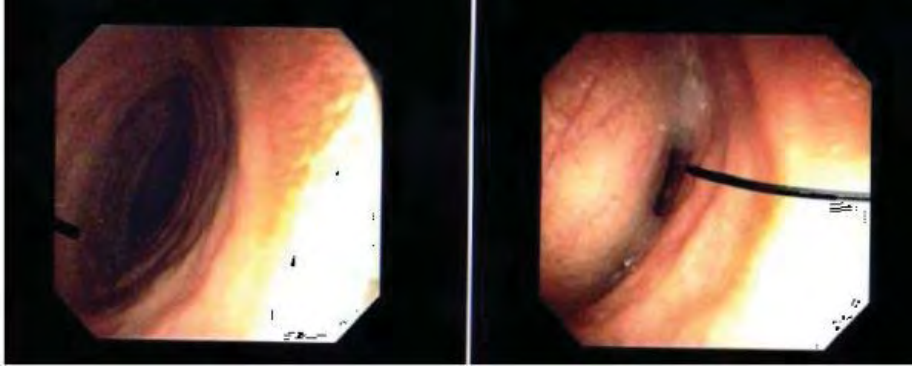
1. Göğüs Hastalıkları AD., Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep

GİRİŞ: Trakeobronkomalazi, trakeal kartilajların sertliğini kaybetmesi sonucu oluşan ekspiratuar hava yolu obstruksiyonu ile karakterize, nadir görülen bir hastalıktır. Konjenital veya edinsel görülebilir. Sıklıkla diğer kronik hava yolu hastalıkları ile karışır.

OLGU: Yetmiş altı yaşında kadın hasta Gaziantep'te yaşıyor, ev hanımı. 10 yıldır olan nefes darlığı ve öksürük şikayeti ile başvurdu. Hasta Astım ve KOAH tanıları ile takip ve tedavi ediliyormuş. Bronkodilatör tedaviye rağmen şikayetlerinde gerileme olmuyormuş. Özgeçmişinde sigara öyküsü yoktu, koroner arter hastalığı, diyabet ve hipertansiyonu mevcuttu. Fizik muayenede SpO₂:%97 (oda havası), dinlemekle bilateral ronküsleri vardı. Solunum fonksiyon testinde obstruktif patern mevcuttu. Hastaya yapılan fiberoptik bronkoskopide trakea ön arka çapı kollapsa bağlı daralmış, her iki bronş sistemi açık ekspiriumda tam kollabe görüldü. Hastaya trakeobronkomalazi tanısı konuldu.

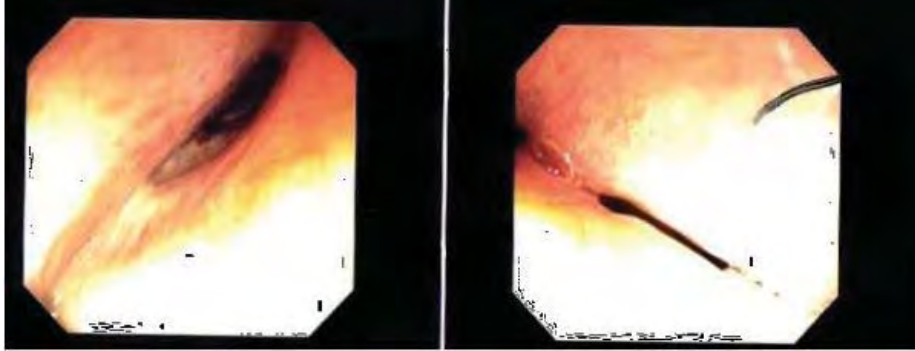
SONUÇ: Trakeobronkomalazi nadir görülen ve genellikle tanısı diğer hava yolu hastalıkları ile karışan bir hastalıktır. Tedaviye yanıtız olgularda ayırıcı tanıda yer almalıdır.

RESİM 1



TRAKEA İNŞİRİUMDA VE EKŞİRİUMDA

RESİM 2



SOL ANA BRONŞ İNŞİRİUMDA VE EKŞİRİUMDA

EP-130

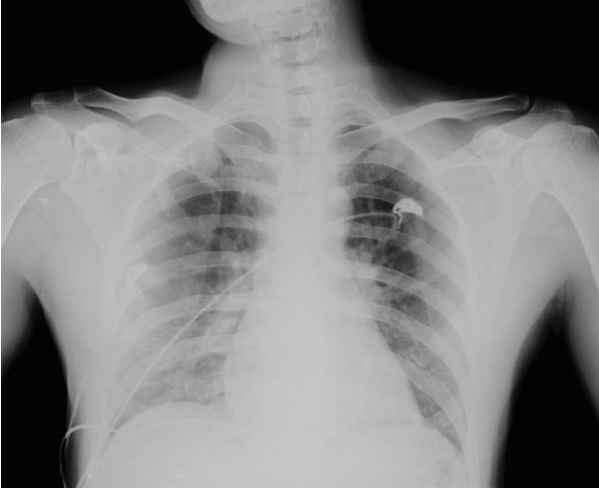
Yıldırım Çarpması Sonucu Akciğer Hasarı

Mustafa Dinç, İlhan Ocakcıoğlu

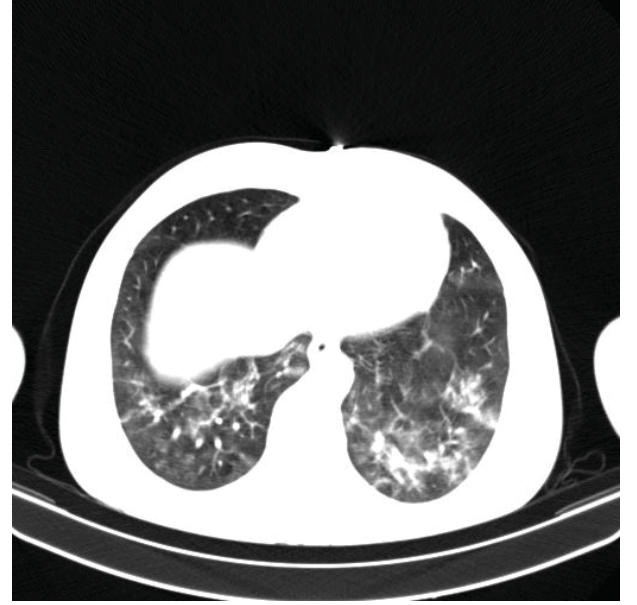
Van Bölge ve Eğitim Araştırma Hastanesi

Yüksek voltaj (≥ 1000 V, 50 Hz) elektrik çarpmaları, birden çok sistemi tutan, morbidite ve mortalitesi yüksek olan yaralanmalardır. Isı yanıklarıyla karşılaştırıldığında elektrik yanıklarında akciğer ve karaciğer yaralanması nadirdir. Olgumuzda traktör römorku altında duran 5 kişinin olduğu bölgeye yıldırım düşmesi sonrası hastamızda gelişen akciğer hasarı olgusu sunulmuştur. Olay sırasında bir kişi ölmüştür. 32 Y erkek hasta yıldırım çarpmasını takiben acil servise başvurdu. Kardiyak inceleme de EKO ve EKG'de anormal bulgu saptanmadı. Beyin tomografisi doğaldı. Akciğer tomografisinde her iki alt loblarda yer yer buzlu cam dansitesinde artış, nonhomojen ve dağınık tarzda konsolide alanlar mevcuttu. Arter kan gazlarında PO₂: 68 Sat O₂:94 olarak tespit edildi. KCFT de yükselme mevcuttu. Batın USG normaldi. Hastanın takibinde CK değeri 300 den 2000 yükseldi. Belirgin klinik şikayeti olmayan hastanın bronkoskopik incelemesi doğaldı. Hasta bir hafta takip edilip taburcu edilmiştir.

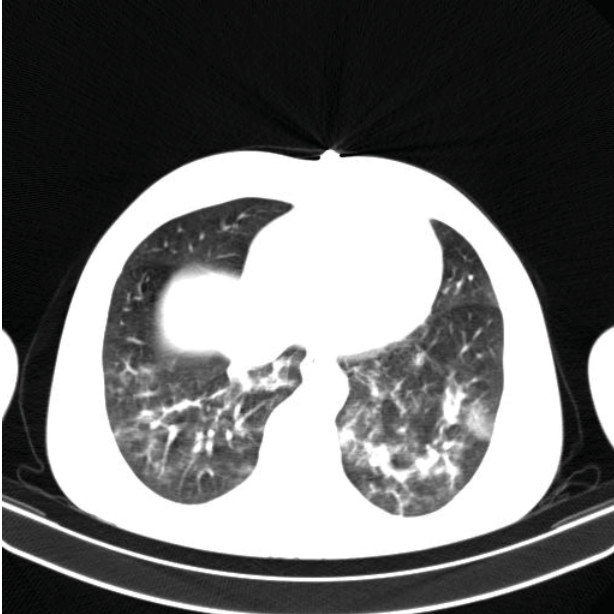
Acil servise başvuru sırasında çekilen akciğer grafisi



akciğer tomografisi 2



akciğer tomografisi



EP-131

Post Travmatik Pseudokist: Nadir Görülen Bir Olgu

Nurhan Atilla¹, Betül Kızıldağ², Hüseyin Arpağ¹, Mustafa Şevki Demiröz³

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Radyoloji Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Yirmi beş yaşında madde bağımlısı bayan hasta. Araç içi trafik kazası sonrası gelişen sol skapula ve sol hemitoraksta multipl kosta fraktürlerine sekonder gelişen pnömotoraks ve yaygın parankimal kontüzyon nedeniyle göğüs cerrahisi bölümünce hospitalize edilmiş. Yatışının üçüncü günü çekilen kontrol postero anterior akciğer (PA AC) grafisinde sol akciğerde yaygın kaviter lezyonları olan hasta göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi ve radyoloji bölümünce birlikte değerlendirildi. Çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde sol akciğerde yaygın parankimal kontüzyon ile uyumlu konsolidasyon ve buzlu cam dansiteleri ile birlikte laserasyonla uyumlu yer yer hava sıvı seviyeleri içeren yuvarlak dansiteler izlendi (Resim 1). Hastanın genel durumu oldukça iyiydi, vital bulguları normal, rutin tetkikleri normal sınırlarda idi. Akciğerdeki kaviter lezyonlar post travmatik pseudo kist olarak kabul edildi. Herhangi bir tedavi başlanmadı. Yaklaşık yirmi gün sonra çekilen PA AC grafisinde lezyonların tama yakın düzeldiği gözlemlendi.

Künt göğüs travması sonrası akciğerde gelişen pseudokist olgusu nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Resim 1



EP-132

Spontan Regresyonla Seyreden İdiopatik BOOP Olgusu

Emel Telliöğlü, Aydan Mertoğlu, Zühre Taymaz, Günseli Balcı

Dr Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Bilateral nodüler lezyonlar sarkoidozis, histiositozis, silikozis, kömür işçisi pnömokonyozu, tüberküloz, fungal infeksiyonlar, Wegener granülomatozu ve metastatik tümörler gibi birçok hastalıkta görülebilmektedir. Burada hiçbir solunum sistemi yakınması olmayan, nonspesifik semptomlarla başvuran, ilk etapta akla gelmeyen bir tanıya ulaşılan ve spontan regresyon izlenen 19 yaşında genç erkek olgu sunulmuştur.

OLGU: 19 yaşında erkek hasta halsizlik yakınmasıyla başvurdu. Öz ve soy geçmişinde özellik saptanmadı. Toksik gaz, madde maruziyeti, ilaç kullanım öyküsü tanımlanmadı. Akciğer grafisinde bilateral yaygın, en büyüklü 1,5cm çapta çok sayıda irili ufaklı nodüler lezyonlar görüldü. Toraks BT'de her iki akciğer parankim alanlarında yaygın, en büyükleri 15mm çaplarda ölçülen solid metastaz lehine düşünülen kitle lezyonları dışında özellik saptanmadı. Rutin hemogram ve biyokimyasal kan tetkikleri normal, CRP düzeyi yüksek (3,6 mg/ml) bulundu. Kollagen doku belirteçleri, serum ASO, RF, ANA, P-Anca, C-Anca, AFP(A-feto protein) ve kist hidatik ELISA testi negatif bulundu. Tüm batin BT'sinde ve skrotal USG'de sol varikosel dışında patolojik bulgu olmayan hastanın bronkoskopik tetkikinde endobronşial lezyon saptanmadı. BAL'da hücre oranları normaldi, sitolojik bulgular benign olarak raporlandı. Direkt bakıda asidorezistan basil görülmedi. Nonspesifik, mantar ve spesifik kültürlerinde üreme olmadı. PET-CT'de parankimal nodüler lezyonlarda çevre dokuyla eş düzeyde artmış FDG tutulumu saptandı. Transtorasik ince iğne aspirasyon sitolojisi "BENİGN SİTOLOJİ" (granülatöz inflamasyon ile uyumludur doku biyopsisi önerilir) olarak raporlandı. Sağ akciğerden yapılan VATS-wedge rezeksiyonda "organize pnömoni" ile uyumlu bulgular saptandı. Postoperatif takibinde kontrole gelen olgunun kontrol grafisinde ve Toraks BT'sinde her iki akciğerde yaygın olarak izlenen nodüler lezyonların tanı sürecinde geçen yaklaşık 1,5 ay içinde tamamen kaybolduğu görüldü. Sonuç; Bilateral nodüler lezyonlarla seyreden hastalarda BOOP tanısı akılda tutulmalıdır ve bu hastalarda spontan regresyon olabileceği bilinmelidir.

Şekil 1-Başvuru anında akciğer radyogramı



Şekil 3- Spontan regresyon sonrasında akciğer radyogramı



Şekil 2- Başvuru anındaki Toraks BT



Şekil 4- Spontan regresyon sonrasında Toraks BT



EP-133

Pektus Ekskavatum Deformitesi İle Birlikte Olan Ve Erişkin Dönemde Tanı Konulan**Swyer James Mac Leod Sendromu**

Mertay Boran¹, Elif Nisa Ünlü², Ali Nihat Annakaya³, Ertay Boran⁴, Sinem Safçı³

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Düzce

³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

⁴Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: Swyer James Mac Leod Sendromu, ender görülen ipsilateral periferel pulmoner damarların sayı ve çapında azalma, ipsilateral akciğer volümünde azalma, ve ipsilateral hiperlüsensi ile karakterize çocukluk çağında geçirilen enfeksiyonlara ikincil geliştiği düşünülen bir akkiz hastalıktır. Bu olgu sunumunda 26 yaşında tanısı konulan skolyoz ve ipsilateral pektus ekskavatum deformitesi ile birlikte olan bir Swyer James Mac Leod Sendromunu sunmayı amaçladık

OLGU: Sol hemitoraksta angulasyon oluşturan pektus ekskavatum deformitesi nedeni ile 3 yıl önce Nuss operasyonu ile bar uygulanan ve Göğüs cerrahisi polikliniğine kontrol amaçlı başvuran 26 yaşında bayan hastada çocukluğundan bu yana sık ve ağır akciğer enfeksiyonu hikayesi, pektus ekskavatum deformitesi ve skolyoz tanıları mevcuttu. Toraks BT de sol hemitoraks hacmi küçük, sol ana pulmoner arter ince, sol akciğer bronkovasküler dallanmada azalma, sol akciğer linguler segment ve alt lob posterobazal segmentlerde havalanma artışı-amfizematöz değişiklikler izlendi. Genel anestezi altında yapılan fleksible bronkoskopide, sol ana bronş sağ göre belirgin incelmış izlendi. Sol üst lob girişi ve bronş segmentleri yine hafif daralmış izlendi, alt lob girişi ve segment ağızları daralmış olarak gözlemlendi. Bu bulgular ile hastaya Swyer James Mac Leod Sendromu tanısı konuldu.

TARTIŞMA: Pektus ekskavatum deformitesi olan hastalarda Swyer James Mac Leod sendromu akılda bulundurulmalı, ve deformite erken dönemde onarılmalıdır.

EP-134

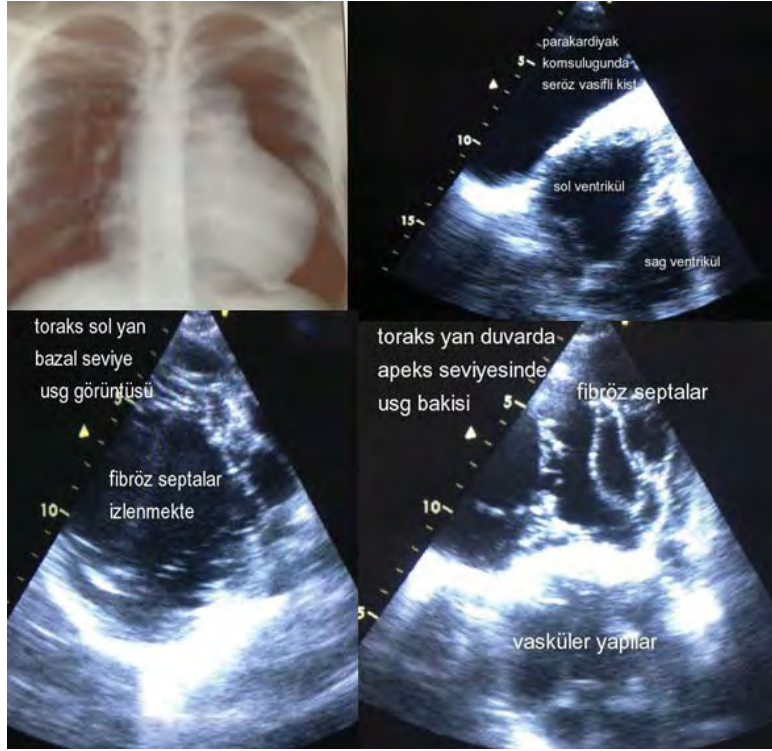
Kardiyomegali Görünümü Veren İntratorasik Kitle LezyonuMehmet Aydoğan¹, Şafak Yıldız², Mustafa Aparcı³¹Isparta Asker Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, Isparta²Eskişehir Asker Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, Eskişehir³Etmesgut Asker Hastanesi, Kardiyoloji Servisi, Ankara

Radyolojik görüntüleme yöntemleri pulmoner lezyonların tanısında, tedavisinde ve tedavi sonrası takibinde primer öneme sahiptir. PA akciğer grafisi intratorasik patoloji düşünülen olgularda başvurulan ilk görüntüleme yöntemidir. İntratorasik kitleler büyüklüğüne, kontur özelliklerine ve lokalizasyonlarına bağlı olarak değişik görünümde karşımıza çıkabilmektedir.

Olgumuz 21 yaşında erkek hasta. Her hangi bir şikayeti olmayan hastanın öz ve soy geçmişinde önemli bir özellik yoktu. Tarama amaçlı çekilen PA akciğer grafisinde belirgin olarak kardiyomegali izlendi (Resim 1). Bunun dışında herhangi bir patoloji saptanmadı. Hemogram, rutin biyokimya tetkikleri ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESR) normal olarak saptandı. Hastanın yapılan ekokardiyografik incelemesinde intratorasik yerleşimli, septalı kistik lezyon izlendi (Resim 1). Herhangi bir kardiyak patoloji saptanmadı. Yapılan batın USG incelemesi normaldi.

Olgumuz şuan tanısız amaçlı ileri tetkik aşamasında olup bilgisayarlı toraks tomografisi planlanmıştır. Olgumuzda intratorasik lezyonun kardiyomegali görünümü ile ortaya çıkması ve ekokardiyografik incelemede ortaya çıkması nedeni ile ilginç bulduk. Kardiyomegali ayırıcı tanısında intratorasik lezyonlar da akılda bulundurulmalıdır.

Resim 1



EP-135

Yüksek Basınçlı Oksijen Tedavisinde Ortaya Çıkan Atelektazi Vakası

Erdoğan Ercan¹, Şafak Yıldız²¹Eskişehir Asker Hastanesi, Yüksek Basınçlı Oksijen Tedavi Kliniği²Eskişehir Asker Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Yüksek basınçlı oksijen tedavisi (YBOT) kapalı basıncı artırılmış bir odada %100 oksijenin hastalara verilmesi esasına dayanır. Bu tedavi ile kanda ve vücut dokularında parsiyel oksijen basıncı artırılır. Başlıca YBOT acil endikasyonları olarak, CO zehirlenmesi, dekompresyon hastalığı, ani görme/işitme kayıpları, rutin endikasyonları olarak iyileşmeyen yaralar, osteomyelit, radyonekrozlar sayılabilir. Hastanemizde YBO tedavisi çoklu basınç odasında yapılmakta olup gelen hastalar Hava-Uzay Hekimliği uzmanı tarafından değerlendirilmekte ve gerekli takip ve tedavileri planlanmaktadır. Hastaların değerlendirilmesi için YBOT hazırlık tetkikleri olan Tam Kan, Sedimentasyon, CRP, Rutin biyokimya, EKG ve A/P Akciğer grafisi istenmektedir.

OLGU: Olgumuz 62 yaşında ayağında çıkan diyabetik yara nedeniyle YBOT polikliniğine başvuran kadın hastaydı. Hastanın şikâyetleri son 1 ay içinde başlamış olup yara hızlı bir şekilde ilerlemişti. Sigara kullanmıyordu.

BULGULAR: Hastanın fizik muayenesinde dinlemekle solunum sesleri doğaldı. Başvuru anında hastanın yarası Wagner 2 olarak değerlendirildi. Yapılan değerlendirme sonucu hastaya yara bakımı ve YBOT başlandı. Hasta 5nci seans YBOT aldıktan sonra başlayan öksürük şikâyeti nedeniyle A/P Akciğer grafisi tekrarlandı ve sağ akciğer alt zonda lineer dansite artışı tespit edilmesi üzerine çekilen Toraks HRCT'de atelektazi saptandı. Hastaya antimukolitik tedavi ve solunum egzersizleri başlandı ve eş zamanlı yapılan tam kan ve rutin biyokimya testlerinde akut anemi, hiperkreatinemi ve lökositoz (Tablo-1) tespit edilmesi üzerine hasta dâhiliye kliniğinde hospitalize edilerek parenteral antibiyoterapi başlandı, hidrasyon yapıldı ve 2 ünite eritrosit süspansiyonu verildi.

TARTIŞMA: YBOT kapalı basıncı artırılmış bir odada %100 oksijenin hastalara verilmesi esasına dayanır. Havalı bir organ olan akciğerler hava basıncı değişikliklerine çok duyarlı olup hastalar YBOT tedavisi kontraendikasyonlarından olan KOAH, pulmoner enfeksiyonlar, pnömotoraks, ampiyem, havalanma değişiklikleri bakımından ayrıntılı olarak değerlendirilmektedir. Olgumuzda tedavi öncesi pulmoner semptom ve bulgusu olmamasına rağmen müphem bir öksürükle kendisini gösteren atelektazi ortaya çıkmıştır.

SONUÇ: Hastanın YBOT tedavisine ara verilmiş olup, halen tetkik ve tedavisi devam etmektedir.

Resim-1



Tedavi öncesi A/P akciğer grafisi

Resim-2



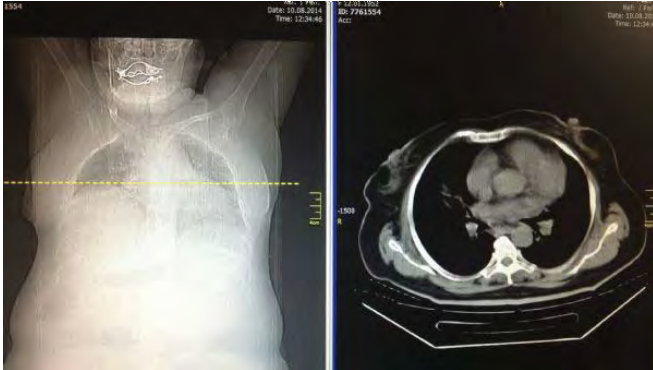
5nci seans YBOT sonrası çekilen A/P akciğer grafisi

Tablo-1

	YBOT Öncesi	5nci Seans Sonrası
Hb(g/dl)	12.2	8.6
Htc (%)	40.3	28
Lökosit	13.088	21.021
Kreatin	0,88	1,42

Tedavisi öncesi ve 5nci seans sonrasında laboratuvar değerleri

Resim-3



5nci seans YBOT sonrası çekilen Toraks HRCT

EP-136

Şiddetli Eklem Ağrıları İle Belirti Veren Sjögren Sendromunu Taklit Eden Castleman Hastalığı

Mertay Boran¹, Peri Meram Arbak², Ertay Boran³, Zeynep Burçin Arpacı², Binnur Önal⁴

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Düzce

⁴Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Castleman hastalığı belirsiz etiyoloji ve değişik klinik görünümlere sahip olabilir. Lokalize ve Multisentrik form olarak iki klinik formu var iken histolojik olarak hilalinize ve plazma hücreli form olarak da iki formu bildirilmiştir. Plazma hücreli form, yoğun sistemik inflamatuvar belirtiler, otoimmün değişiklikler ve organ tutulumu ile karakterize olan Multisentrik Castleman hastalığında daha sık görünür. Bu olgu sunumunda şiddetli eklem ağrıları, halsizlik ile belirti veren ve Sjögren sendromunu taklit eden bir Castleman hastalığını sunmayı amaçladık

OLGU: 46 yaş bayan hasta üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası başlayan ellerde ve ayaklarda şiddetli eklem ağrıları, halsizlik, gözlerde kuruma nedeni ile Göğüs Cerrahisi polikliniğine başvurdu. Daha önceden çok sayıda laboratuvar ve radyolojik tetkiklerinden [WBC:12.5, Sedimentasyon: 83, Crp: 11.6, Hgb 9.2; Anti HIV –negatif, Total Ig E 241.4; Immunofiksasyon elektroforezinde kantitatif olarak tüm immunoglobulinlerde poliklonal yükseklik saptanmış (Ig A 4.17; Ig G:39.5; Ig m 2.84; kAPA hafif zincir 10.9), İdrarda lambda immunofiksasyon elektroforezinde idrar kappa hafif zincir atılımı (konsantrasyonu 6.9 mm/dl); Kemik sintigrafisinde her iki el bileği ve küçük eklemlerde, her iki diz patellada inflamatuvar eklem hastalığı; Alt ekstremitte USG: Bilateral diz bölgesinde tendinit, brusella tüp aglütinasyonu ve salmonella tüp aglütinasyonu negatif, Sjögren tetkikleri: negatif; anti SM/RNP: negatif; Anti SSB negatif; Anti SSA negatif; Anti nükleer antikor: pozitif; Anti SM negatif; Anti Jo-1 negatif; ANT-SCL 70 negatif, CCP negatif] sonra çekilen Toraks BT de paratrakeal, aortikopulmoner, sağ hiler, sol hiler multiple LAP saptandı, PET BT de mediastinal multiple LAP larda SUV max tutulumu 3.4–4.1 saptandı. Mediastinoskopi ile lenf nodu biyopsisi alındı ve Castleman hastalığı, plazma hücreli varyant (CR15, CD30, EBV, HHV-8 negatif) tanısı konuldu. Nons-teroit tedavi ile ağrılarında azalma gözlenmeyen hastada Immunosüpresan tedavi sonrası şikayetlerinde tama yakın gerileme saptandı.

TARTIŞMA: Castleman hastalığı ender görülmektedir ve inflamatuvar sistemik belirtiler ile kendini gösterebilir. Multipl küçük eklem ağrıları ile başvuran hastalarda hatırlanmalıdır.

EP-137

Zeytin Çekirdeği Aspirasyonuna Bağlı Tekrarlayan Pnömoni OlgusuRecep Akgedik¹, İlknur Aytekin², Ali Bekir Kurt³, Canan Eren Dağlı¹¹Ordu Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları AD, Ordu²Ordu Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Ordu³Ordu Üniversitesi, Radyoloji AD, Ordu

64 yaşında kadın hasta. Polikliniğimize yaklaşık 1 haftadır devam eden öksürük, balgam, ateş ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Akciğer oskültasyonunda sağ altta tubersulf vardı. Akciğer grafisinde sağda altta kalp silüetini silmeyen ve hava bronkogramları içeren infiltrasyon saptandı. Laboratuvar incelemesinde WBC: 12300/ml, CRP: 18 (0-0,5mg/dl), ESH:122 mm/h idi. Diğer laboratuvar bulguları normaldi. Anamnezinde 3 ay önce pnömoni tanısı aldığı ve verilen ayaktan tedavi ile şikayetlerinin düzeldiği öğrenildi. Eski tetkiklerinde yine sağ alt lob pnömonisi geçirdiği saptandı.

Rekürren alt lob pnömonisi nedeniyle toraks tomografisi çekildi. İntermedier bronşta yabancı cisimle uyumlu olabilecek tipik bir görünüm saptandı (Resim-1). Hastaya bronkoskopi yapıldı. Ara bronşta siyah renkte parlak görünümlü ve fob ile hareket ettirilabilen yabancı cisim saptandı (Resim-2). Rijit bronkoskopi ile yabancı cisim çıkarılınca zeytin çekirdeği olduğu anlaşıldı. Oral antibiyotik tedavisi ile izlenen hasta hızla düzeldi. Şuan sorunsuz olarak 5 aydır izleniyor.

Yabancı cisim aspirasyonlarının(YBC) % 80'den fazlası çocukluk döneminde özellikle 1-3 yaş arasında görülür. Yetişkinde oldukça nadirdir ve sıklıkla nörolojik hastalıklar, mental retardasyon, alkol ve uyuşturucu bağımlılığı gibi altta yatan nedenlerle birlikte. YCA en sık bronş seviyesinde görülür ancak trakea ve larinkse yerleşmesi oldukça tehlikelidir ve acil müdahale gerektirir. YCA yerine göre değişmekle birlikte öksürük, wheezing, dispne, rezolusyonu geciken-tedaviye dirençli-rekürren pnömoniyeye neden olurlar(1,2).

Literatürde pek çok yabancı cisim aspirasyonu ve buna bağlı gelişen rekürren pnömoni vakası mevcuttur ancak zeytin çekirdeği aspirasyonu ve buna bağlı rekürren pnömoni olgusu saptayamadık. Bu yönüyle bizim bilgimize göre ilk olan, toraks BT'de tipik görünümüyle tanı koyduğumuz ve tekrarlayan pnömoni olgularında yabancı cisim aspirasyonu gibi pnömoniyi kolaylaştıran etkenlerin detaylı araştırılmasının önemini vurgulamak için vakamızı sunmayı uygun bulduk.

1. Baharloo F, Veyckemans F, Francis C, et al. Tracheobronchial foreign bodies: presentation and management in children and adults. Chest 1999; 115: 1357 – 62.

2. Herth FJ. Bronchial foreign bodies. HNO. 2012 Sep;60(9):788-91.

Resim A



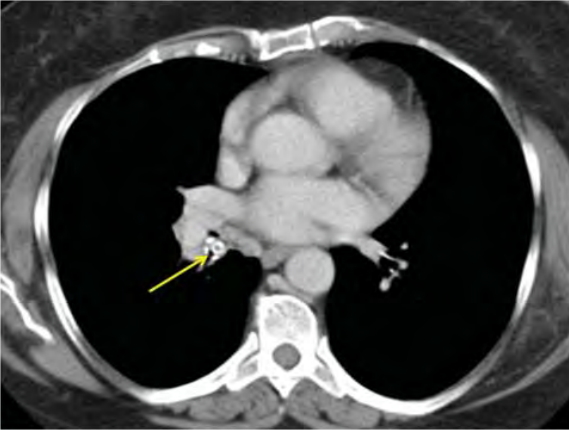
Sağ akciğer alt zonda kalp silüetini silmeyen infiltrasyon alanı.

Resim D



İntermedier bronşta yabancı cisime ait bronkoskopik görüntü

Resim B



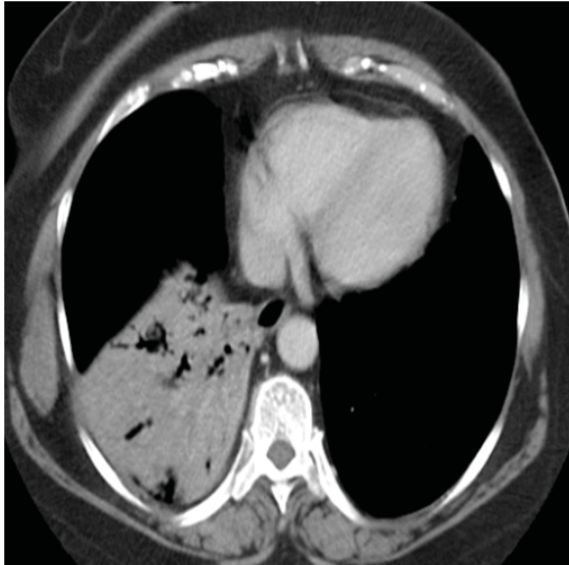
İntermedier bronşta çevresi dens ortası hipodens izlenen yabancı cisim aspirasyonuna ait görünüm(sarı ok)

Resim E



Çıkarılan yabancı cisim.

Resim C



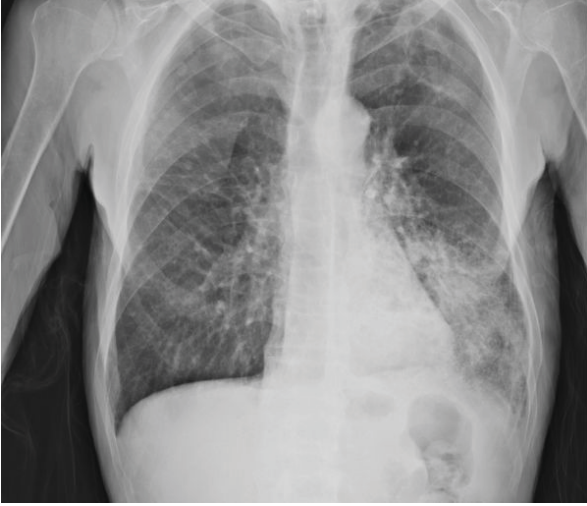
Yabancı cisim distalinde alt lobda havabronkogramları içeren pnömoni alanı.

EP-138

Opere Larinks Karsinomlu Olguda Geç Rezorbe Olan PnömoniCengiz Özdemir¹, Sinem Nedime Sökücü¹, Levent Karasulu¹, Levent Dalar², Gönenç Ortaköylü¹¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD

Geç regrese olan pnomoniler tedavi ile klinik olarak düzelen hastada radyografik düzelmenin 2 haftada %50 den az, 4 haftada tam ya da tama yakın olmaması durumudur. 67 yaşında erkek hasta 8 yıl önce larinks karsinomu nedeniyle opere olmuştu. Hastanın son bir haftadır progresif şikayetleri üzerine başvurduğu acil biriminden pnomoni ve solunum yetmezliği ön tanıları ile interne edildi. Alışkanlıklarında 80 paket/yıl sigara kullanımı dışında özellik yoktu. Hastanın PA akciğer grafisinde solda kalp konturunu silen hava sıvı seviyesi veren konsolidasyon 3 haftalık nonspesifik antibiyotik tedavisine rağmen regresyon izlenmemesi üzerine toraks BT çekildi. Sol akciğer alt lob posterobazal segmentte, hava bronkogramı içeren, 10x6 cm boyutunda plöroparankimal konsolide lezyon, her iki akciğer üst lob ve anterior da plöroparankimal çekintiler, fibrotik bantlar, sekel nodüler lezyon sahaları ve plöroproduktif lezyonlar saptandı. Aynı zamanda sol üst lob bronş girişinde parlak metal dansiteli lezyon yabancı cisim aspirasyonunu düşündürmekteydi. Trakeostomiden yapılan fiberoptik bronkoskopide sol üst lob bronşu yoğun pürülan sekresyon temizlendikten sonra üzeri beyaz nekrotik endovejetan kitle görünümü veren lezyon ile tamamen tıkalı izlendi. Alınan bronş biopsisi kronik nonspesifik bronşit olarak geldi. Yabancı cisim aspirasyonu düşünüldü ve yapılan rijid bronkoskopisinde sol ana bronş distalindeki yabancı cisim biyopsi pensi ile tutularak çıkartıldı. Sol üst lob bronşunda ödem ve segmentlerden pürülan sekresyon geldiği görüldü. İşlem bronşiyal temizliğin ardından komplikasyonsuz sonlandırıldı. Çıkartılan yabancı cismin konuşma cihazı ara parçası olduğu gözlemlendi. Hastanın işlem sonrası 1. haftada çekilen pa akciğer grafisinde tama yakın regresyon izlendi. Bizim vakamızda PA akciğer grafisinden yabancı cisim şüphesi uyandırmasa da pnomonik infiltrasyonu antibiyotik tedaviye cevap vermeyen hastalarda ileri radyolojik değerlendirme ve bronkoskopinin önemini vurgulamaktadır.

1-PA Akciğer



Hastanın posteroanterior akciğer grafisi

4-Yabancı cisim



Hastadan çıkartılan yabancı cismin görüntüsü.

2-Toraks BT



Hastanın Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde yabancı cisim

5-Kontrol grafi



Hastanın işlem sonrası posteroanterior akciğer grafisi

3-Bronkoskopik görünüm



Sol ana bronş distalinde etrafı sekresyonla sıvalı yabancı cisim izlenmekte

EP-139

Şizofrenili Hastada Yabancı Cisim AspirasyonuSinem Nedime Sökücü¹, Cengiz Özdemir¹, Hilal Onaran Boyacı¹, Levent Karasulu¹, Levent Dalar²¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD

Yabancı cisim aspirasyonları çocuklarda ölümcül olabilen, acil girişim gerektiren olayların başında gelmektedir. Genelde çocukluk çağında gözükse de bilinç durumunu bozan ek hastalığı olan (cerebrovasküler olay, demans, psikiyatrik hastalıklar madde kullanımı gibi) orta- ileri yaşlı bireylerde de görülebilir. Erken tanı postoperatif takip süresini kısaltırken komplikasyon oranını da azaltır. 38 yaşında erkek şizofren hastanın 2 yıl önce şüpheli yabancı cisim aspirasyonu hikayesi mevcuttu. 7-8 aydır nefes darlığı şikayeti olan hastanın çekilen PA akciğer grafisinde radyo opak lezyon saptanması üzerine hastaya rijid bronkoskopi yapıldı.

Yapılan rijid bronkoskopi larynx ve trakea normal karina ödemli idi. Sağ bronş sistemi açık ve normal izlenirken sol ana bronş girişten itibaren granülasyon dokusu ile büyük oranda obstrükte görüldü. FOB ile bu alandan geçildiğinde granülasyon dokusunun sekonder karina kadar uzanmakta olduğu görüldü. Üst lob bronşu içinde siyah renkte, sert yabancı cisim izlendi. Alt lob subsegmentlere kadar açıldı. Pens ile sol üst lob bronşundaki yabancı cisim tutularak çıkartıldı. Ana bronş lümenindeki granülasyon dokularına kriyoterapi uygulandı. Lümendeki doku artıkları temizlendi. Bronş biopsi sonucu yüzey epitelinde skuamöz metaplaz, stromada ödem, mikst tip iltihap hücreleri kapiller damar proliferasyonu, damarlarda konjesyon olarak raporlandı. Hastanın beş gün sonrası işlem tekrarı yapıldı. Sol ana bronş girişten itibaren granülasyon dokusu ile %60 oranında daralmış izlendi. Distaline geçildiğinde üst ve alt loblar açık. Sol ana bronş girişinden itibaren 2 cm lik segment boyunca devam eden granülasyon dokusuna kriyoterapi uygulandı. Lümendeki doku artıkları biyopsi pensi ile temizlendi. Optimum havayolu açıklığı sağlandı. İki hafta sonra kontrol bronkoskopisi uygulandı. Sol ana bronş girişte karinadan hemen sonra nodüler granülasyon dokusu görüldü. Bunun dışında kritik darlık saptanmadı. Biyopsi sonucu iltihabi granülasyon dokusu olarak saptandı. Hastanın kontrollerinde granülasyon dokusu tamamen rezorbe oldu. Yakınları olası yeni aspirasyona karşı uyarıldı. Yabancı cisim aspirasyonlarının tanısı için yapılan radyolojik tetkikler arasında, direk grafiler önemli yer tutmaktadır. Literatürde PA akciğer grafisinde yabancı cisim görülmesi de, yabancı cisim şüphesi olan her olguya bronkoskopi yapılması gerektiği belirtilmektedir. Uzun süreli öksürük şikayeti olan hastalarda çekilen PA akciğer grafisinin iyi incelenmesi ve granülasyon dokusu gelişmeden erken girişim böyle hastaların tedavisinde doğru yaklaşım biçimidir.

Bronkoskopik görünüm

Sol ana bronş girişten itibaren ödem ve granülasyon dokusu ile %90 oranında obstrükte izlendi.

Yabancı cisim

Hastadan çıkartılan yabancı cismin görüntüsü

Pa akciğer grafisi

Hastanın posteroanterior akciğer grafisi

EP-140

Yabancı Cisim Aspirasyonu Bronkoskopisti Yanıltır mı?Cengiz Özdemir¹, Sinem Nedime Sökücü¹, Tayfun Elibol², Levent Karasulu¹, Levent Dalar³¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi²Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi³İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD

Yabancı cisim aspirasyonları ülkemizde ve tüm dünyada sık görülen ve ölüme neden olabilen solunum acilleri arasındadır. En sık 6 ay – 3 yaşlar arasında görülür ve erken teşhis edilerek gecikmeden tedavi edilmesi kalıcı hasarı önler. Onüç yaşında bayan hasta pürülan balgam, öksürük, bol balgam çıkarma şikayetleri ile 2011 yılında hastanemize başvurmuş. Postero anterior akciğer grafisinde sağ alt zonda nonhomojen infiltrasyon saptanması üzerine nonspesifik antibiyotik tedavisi başlanan hasta radyolojik düzelmesinin olmaması üzerine yapılan bronkoskopide sağ alt lob bronşu girişinde pürülan balgam aspire edildikten sonra girişte saat 12 hizasından kaynaklanan, mobil, üzeri sert ve düzgün yüzeyli yaklaşık 0.5 cm kitle saptanmış. Hastanın bronş lavajı aside rezistan bakteri açısından direkt teksif ve kültür negatif olarak sonuçlanmış. Hasta bronkoskopi işleminden sonra takipten çıkmış.3 yıl sonra hasta tekrarlayan pnomoni ön tanısı ile polikliniğimize başvurdu ve hastanemize yatırıldı. Yapılan rijid bronkoskopide sağ ana bronş, üst ve orta lob açık. Alt lob bronşu girişten hemen sonra medial duvardan kaynaklanan granülasyon dokusu görünümünde lezyon ile %40 oranında daralmış, bu alan geçildiğinde bazal segmentler girişinde yabancı cisim izlendi. Sağ alt lob bronşundaki yabancı cisim biyopsi pensi ile çıkartıldı. Bazal segmentlerin açık olduğu görüldü. Granülasyon dokusu olması muhtemel alandan biyopsiler alındı. İşlem sırasında göğüs cerrahisi ile sağ alt lobektomi için değerlendirilen hastaya bronşiektazi nedeniyle lobektomi planlandı. Bronkoskopik işlem bronşiyal temizliğin ardından komplikasyonsuz sonlandırıldı. Bronş biopsisi kronik nonspesifik bronşit, yüzey epitelinde fokal alanlarda skuamöz metaplazi olarak raporlandı. Hasta bu bulgularla torakotomi planlanarak externe edildi. Eğer yabancı cisim havayollarında tanı almadan uzun süre kalırsa geri dönüşümsüz akciğer hasarına neden olabilir. Bu durumlarda yabancı cisim çıkarılsa da hasar gören akciğerin rezeksiyonuna kadar giden tedavilere ihtiyaç duyulabilir.

Bronkoskopik görünüm 1



Sağ alt lob bronşu girişinde granulasyon dokusu

Bronkoskopik görünüm 2



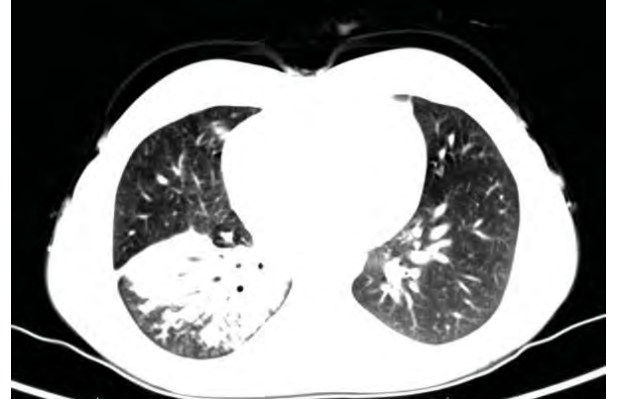
Granulasyon dokusu temizlendikten sonra distaldeki yabancı cisim görünümü

Toraks BT-1



Hastanın işlem öncesi toraks bilgisayarlı tomografisi mediasten görünümü

Toraks BT-2



Hastanın işlem öncesi toraks bilgisayarlı tomografisi parenkim görünümü

Yabancı cisim



Hastadan çıkartılan yabancı cismin görüntüsü

EP-141

Astım Ayırıcı Tanısında Tiroid Papiller KarsinomuSinem Nedime Sökücü¹, Cengiz Özdemir¹, Tayfun Elibol², Levent Karasulu¹, Levent Dalar³¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi²Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği³İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD

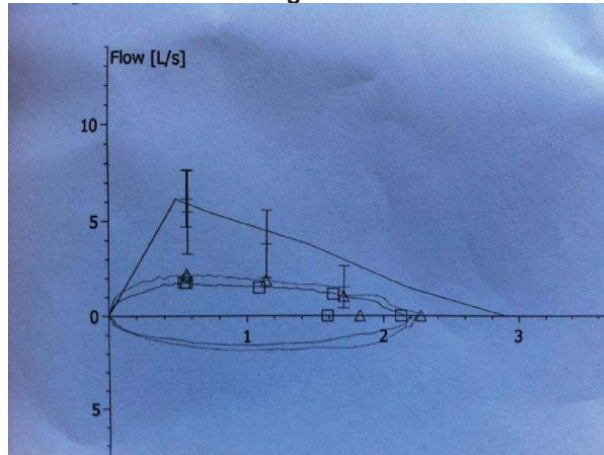
Havayolu darlığı olan birçok hasta astım ve KOAH gibi yanlış tanılarla uzun süre takip edilmektedir. Bu hastalarda havayolu darlığının nedeni benign patolojilere bağlı olabileceği gibi malign hastalıklara sekonder de olabilir ve erken farkedilmezse hayatı tehdit eden boyutlara ulaşabilir. Beş sene dir astım tanısı ile takipli 50 yaşında bayan hasta bronkodilatör tedaviye yanıt vermeyen progresif nefes darlığı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Solunum fonksiyon testinde fix obstrüksiyon mevcuttu. Boyun USG' sinde tiroitte, trakeanın larinks sonrası proksimal parçasında itilmeye yol açan ve sağ anterolateral duvardan lümenine protrüde olarak trakea lümeninde yaklaşık 3 cm uzunluğunda bir segmenti % 90 oranında daraltan kitle saptandı. Hastanın bronkoskopik değerlendirmesinde vokal kordlardan 2 cm sonra sağ anterolateral duvara geniş taban ile oturan ve sol lateral duvara kadar uzanan üzeri düzgün yüzeyli vasküler yapıdan zengin kitle ile lümen %90 oranında obstrükte izlendi. Trakea proksimalindeki kitleye diyet lazer ile fotokoagulasyonun ardından core out uygulandı ve 16x14x16 stenotik silikon stent yerleştirildi. Optimum havayolu açıklığı sağlandı. İşlem bronşiyal temizliğin ardından komplikasyonsuz sonlandırıldı. Hastanın trakeal biopsi patoloji sonucu tiroid karsinomu olarak raporlandı fakat subtipi belirlenemedi. Cerrahi operasyon planlanan hastada distale migre olan stent çıkartıldı. Darlık alanı rijit tüp ile dilate edildi. Hastanın tiroidektomisi yapıldı. Patoloji sonucu papiller tiroid karsinom olarak raporlandı. Hasta tiroidektomi sonrası komplikasyonsuz takibe alındı. Uzun süre obstrüktif havayolu hastalığı nedeniyle bronkodilatör tedavi almasına rağmen klinik düzelmesi olmayan hastalarda ileri tetkiklerle ayırıcı tanıya gidilmesi önemlidir. Astım ile ayırıcı tanıya giren hastalıklar içinde benign ve malign havayolu darlıkları olduğu unutulmamalı ve semptomları tedaviye rağmen devam eden olgularda mutlaka erken dönemde bronkoskopik inceleme yapılması düşünülmelidir.

Figure 1



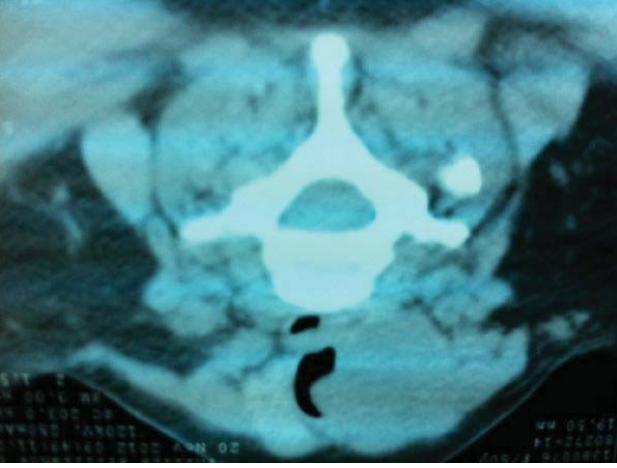
Hastanın postero anterior göğüs grafisinde trakea hava sütunu soldan dış bası ile daralmış görülmekteydi

Figure 2



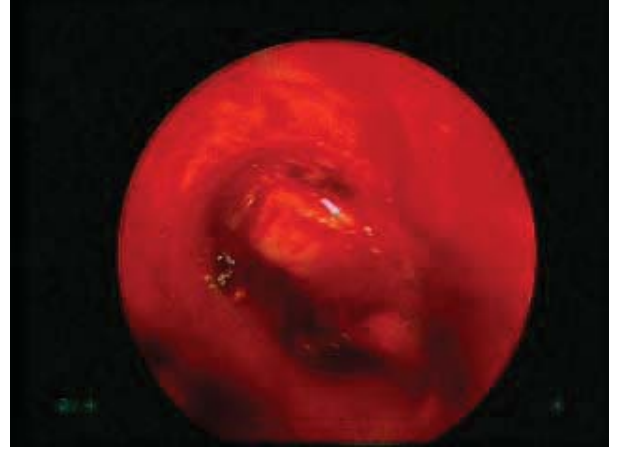
Yapılan solunum fonksiyon testinde fix obstrüksiyon saptandı

Figure 3



Hastanın işlem öncesi Toraks Bilgisayarlı Tomografi görüntüsü

Figure 5



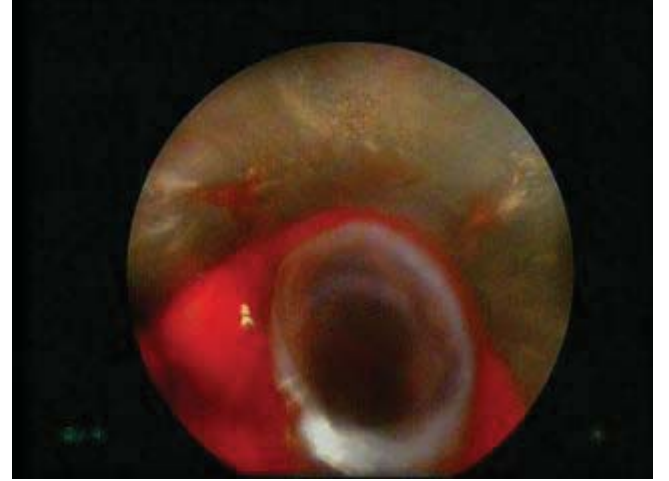
Vokal kordlardan 2 cm sonra sağ anterolateral duvara geniş taban ile oturan düzgün yüzeyle, kanamaya meyilli kitle izlendi

Figure 4



Boyun USG'de tiroid sağ lobu normalden büyük boyutlarda olup en büyüğü 34 mm çapında, heterojen, hipoekoik, solid nodüller izlenmektedir

Figure 6



Stent sonrası trakeanın görünümü

EP-142

Trakeal Stenoz İle Seyreden Nadir Bir Trakeal Lenfoma OlgusuAkif Özgül¹, Zehra Yaşar², Ünal Şahin³, Murat Acat⁴, Tülay Tecimer⁵, Erdoğan Çetinkaya¹¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye³Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize, Türkiye⁴Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Karabük, Türkiye⁵Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

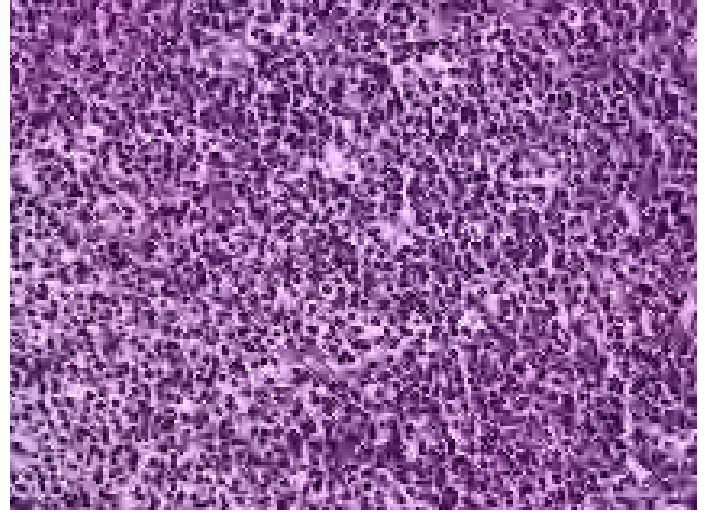
Trakeanın primer tümörleri nadir olup tüm malignitelerin % 0.1 ini teşkil eder. Trakeanın pri-mer tümörleri epitelyal, mezankimal ve çok nadiren de lenfoid kökenli olabilir. Skuamöz hücreli karsinom ve adenoid kistik karsinom tüm trakeal kanserlerin büyük çoğunluğunu oluşturur. Trakeanın primer malign lenfoması oldukça nadirdir ve trakeal tümörlerin % 0.2 -3 ünü oluşturur. Aynı zamanda Primer trakeal tümörler nadir olmasına rağmen, hayatı tehdit eden hava yolu darlığına neden olabilir. Polikliniğimize 60 yaşında bayan hasta gittikçe artan nefes darlığı ile başvurdu. Toraks bilgisayarlı tomografisinde trakea lümenini posteriordan daraltan kitle lezyonu ve mediastinal lenfadenopati izlendi. Genel anestezi altında rijit bronkoskopi uygulanan hastanın trakea orta bölümünde 3 cm segment boyunca polipoid değişik boyutlarda düzensiz trakea lümenini daraltan nodüller izlendi. (Resim 1) Nodüllerden multiple biopsiler alındı, trakeal darlığın tedavisine yönelik argon plazma koagülasyon(APC) uygulandı. Debris temizlendikten sonra lümen açıklığının sağlandığı izlendi. (Resim 2) Alınan biopsilerin histopatolojik incelemesi sonucu trakeanın küçük lenfositik lenfoması olarak rapor edildi. Immunohistokimyasal incelemede CD20, CD5, BCL-2 reseptörleri pozitif ve Cyclin-D1, CD10, CD3, CD23 ve BCL6 reseptörleri negatif olduğu bildirildi. Hasta tedavisi düzenlenmesi için hematolojik kliniğine yönlendirildi. Trakeal küçük lenfositik lenfoma nadir görülmesi nedeni ile olgumuzu sunuyoruz.

Resim 1



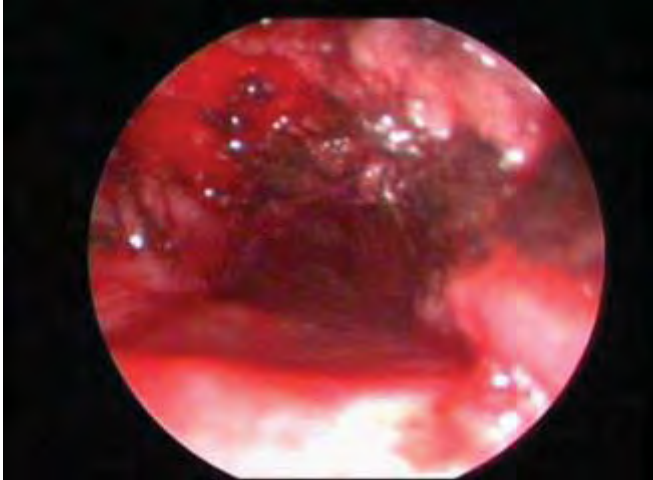
Trakea orta kısmında lümeni çepeçevre daraltan polipoid, değişik boyutlarda, düzensiz nodüller

Resim3



Sağlam trakea altındaki küçük lenfoid hücrelerin çoğalmasını gösteren trakea dokusunun mikroskopik görünümü. (hematoksilen ve eozin boyama, 400x)

Resim 2



Rijit bronkoskopi eşliğinde uygulanan APC sonrası sağlanan lümen açıklığı

EP-143

KOAH'lı Bir Hastada Non-İnvaziv Mekanik Ventilasyona Bağlı Pnömotoraks

İbrahim Koç¹, Ayşen Dökme¹, Adem Bayraktar²¹Viranşehir Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği²Viranşehir Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

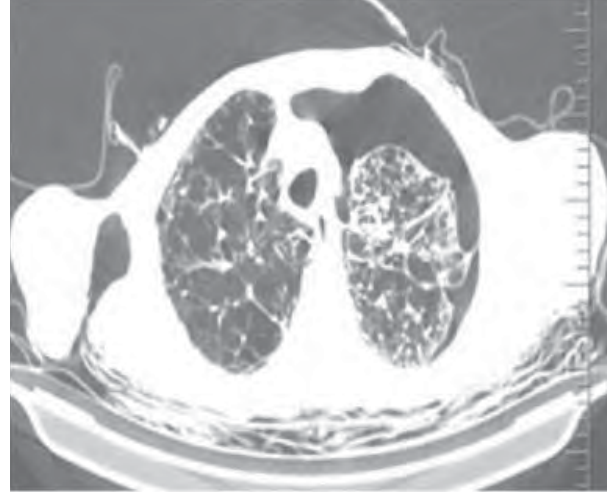
75 yaşında erkek hasta kliniğimize nefes darlığı öksürük ve balgam çıkarma şikayetleriyle başvurdu. Yaklaşık 5 yıldır KOAH tanısı ile takipte olan hastanın şikayetleri 2 gündür artış göstermiş. Hastanın yapılan değerlendirmesinde takipneik ve dispneik olduğu yardımcı solunum kaslarının solunuma katıldığı görüldü. Dinlemekle yaygın ronküs duyulan hastanın saturasyonu oda havasında %75 olarak saptandı. Hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Non-İnvaziv mekanik ventilasyon başlandı. Klinik durum ve kan gazı sonuçlarına göre basınçları titre edildi. IPAP:15 cmH₂O EPAP: 8cmH₂O basınçlarıyla takip edilmekteyken genel durumunda ani kötüleşme saptandı. Hastaya akciğer grafisi çekildi sol taraflı pnömotoraks olduğu görüldü. Lokal anestezi altında tüp torakostomi yapıldı. Takiplerinde genel durumu düzelen su altı drenajında osilasyonu sonlanan hastanın toraks tüpü çekildi. Takiplerinde hastanın genel durumu düzeldi. Non-İnvaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı kalmayan kan gazlarında hipoksi ve hiperkapni düzelen hasta taburcu edildi. Amfizem, alveol ve alveoler duktusların anormal genişlemesi, alveol duvarının dekstrusiyonu ile karakterize bir hastalıktır. Non-İnvaziv mekanik ventilasyonun komplikasyonlarından biride özellikle hazarlı akciğerlerde oluşan barotravmadır. İleri evre amfizemli KOAH hastalarında solunum sıkıntısı dolayısıyla non-İnvaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı doğabilmekte ve hem kliniklerde hem de yoğun bakım ünitelerinde non-İnvaziv mekanik ventilasyon sık kullanılmaktadır. Pnömotoraks spontan, travmatik ve İyatrojenik olarak 3 temel grupta incelenebilir. Spontan pnömotoraks primer veya sekonder olabilir. İyatrojenik pnömotoraks bronkoskopik transbronşiyal biyopsi veya tru-cut biyopsiler, kateter takılması sonrası görülebilmektedir, ancak bildiğimiz kadarıyla non-İnvaziv mekanik ventilasyon sonrası gelişen pnömotoraks sık rastlanan bir durum değildir. Tedavisinde takip, iğne ile aspirasyon tüp torakostomi ve özellikle tekrarlayan vakalarda cerrahi yapılmaktadır. Olgumuzda; akciğerin bilgisayarlı tomografisinde yaygın amfizeminin olması ve non-İnvaziv mekanik ventilasyon uygulanması pnömotoraksa sebep olarak kabul edildi.

Şekil 1



Çekilen akciğer grafisinde periferinde vasküler yapıların izlenmediği plevral hat saptandı (oklar).

Şekil 2



Akciğerin bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğerde pnömotoraks ile uyumlu bulgulara rastlandı

Şekil 3



Hastaya lokal anestezi altında tüp torakostomi yapıldı.

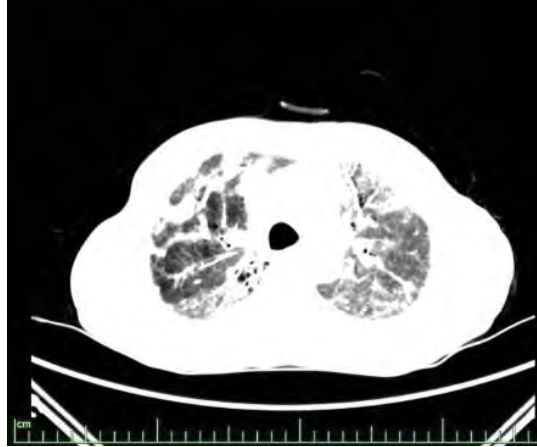
EP-144

Bronkoalveolar Lavaj Sonrası Ani Gelişen Bir Pnömomediasten Olgusu

Esra Ertan Yazar, Aysun Aynacı, Atilla Uysal, Thierry Sibomana, İlyas Kocabağ, Veysel Yılmaz, Esra Fatma Günaydın, Nihal Geniş Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

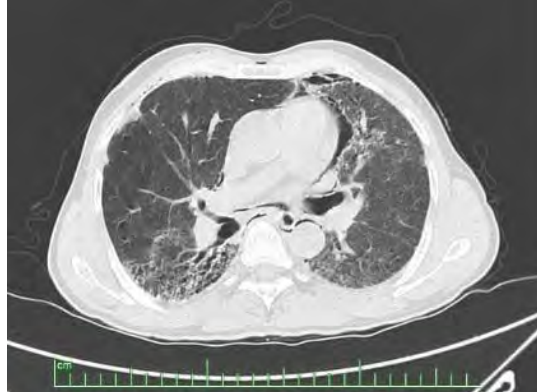
Elli dokuz yaşında erkek hasta iki aydır devam eden nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile başvurdu. Klinik ve radyolojik olarak interstiyel akciğer hastalığı düşünülen hastaya bronkoalveolar lavaj ve transbronşiyal biyopsi (TBB) planlandı. Fiberoptik bronkoskopi işlemi sırasında orta lob medial segmente 160ml serum fizyolojik verildi ve 64 millilitresi (%40) geri alındı. Bronkoalveolar lavaj (BAL) işlemi takiben hastada şiddetli öksürük başlaması nedeniyle TBB yapılamadan bronkoskopi sonlandırıldı. İşlemden iki saat sonra hastanın boyununda şişlik ve göğüs ağrısı yakınmaları başladı. Hastanın boyun ve göğüs duvarında palpasyonla krepitasyon alındı. Akciğer grafisinde ve bilgisayarlı tomografisinde pnömotoraks olmaksızın yaygın subkutan amfizem ve pnömomediasten saptandı. Hastamızda pnömomediasten, BAL sırasında intraalveolar basıncın artması sonucu destrükte alveollerin rüptüre olması ile havanın interstiyel aralıktan mediastene geçmesi neticesinde geliştiğini düşündük. Hasta sadece oksijen desteği ile 10 gün içinde tamamen iyileşti. Literatürde BAL sonrası pnömotoraks olmaksızın pnömomediasten gelişen tek bir olgu saptadık. Pnömomediasten parankimal akciğer hastalıklarında BAL'in çok nadir bir komplikasyonu olarak akılda tutulmalıdır.

işlem öncesi hastanın toraks BT

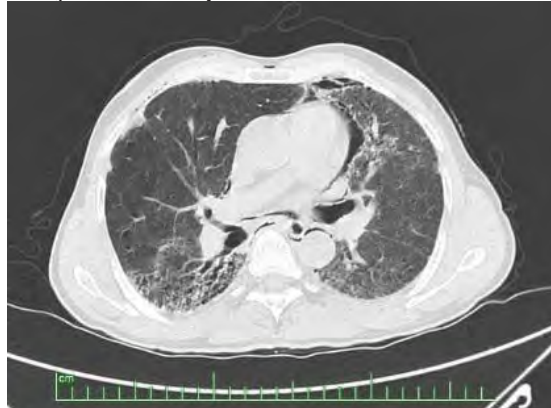


toraks BT

işlem öncesi ve sonrası toraks BT



işlem sonrası pnömomediasten toraks BT



EP-145

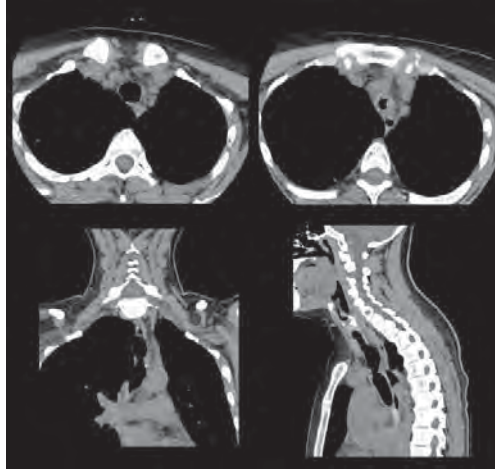
Postentübasyon Trakeal Stenozda Bronkoskopik Balon Dilatasyonu Olgu Sunumu

Alper Gündoğan, Ferhat Onur Ural, Ergün Uçar, Ergun Tozkoparan, Hayati Bilgiç
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Katater balon dilatasyonu damar, üreter ve gastrointestinal kanal darlıklarında yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Trakeabronşiyal stenozların kesin tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Ancak benign darlıklarda bazen tedavi edici olmakla birlikte sıklıkla zaman kazanmak, hasta konforunu artırmak için bronkoskopik balon dilatasyon (BBD) uygulanabilir. Bizde uzamış entübasyona bağlı trakeal stenozda BBD ile trakeal devamlılığın sağlandığı bir vaka sunuyoruz.

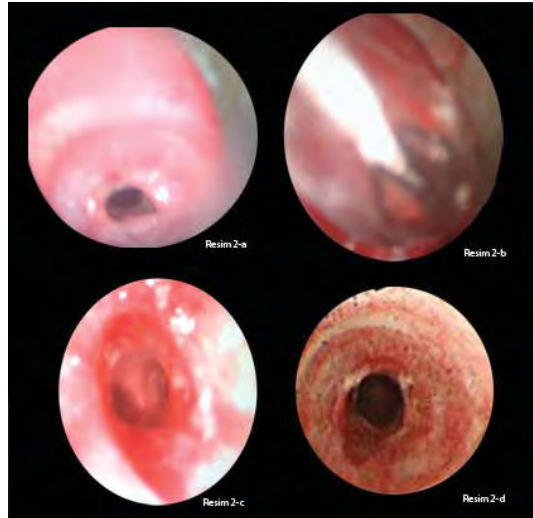
Otuz bir yaşında bayan hasta araç içi trafik kazası sonrası subaraknoid kanama ve serebral ödem nedeniyle 35 gün süre ile entübe edilerek takip edilmiş. Ektübasyon sonrası taburcu edilen hasta hırıltılı solunum ve nefes darlığı nedeniyle acil servise başvurdu. Ciddi şekilde semptomatik olan hastanın fizik muayenesinde trakea üzerinde tubersüflü duyuldu. Toraks tomografisinde trakea T3-T4 seviyesinde 6mm boyutunda en dar transvers çapı 7mm olarak ölçülen trakeal stenoz izlendi(Resim 1). Trakeal stenoz tespit edilen hasta klinik servise yatırıldı. Rijid bronkoskopi işleminde trakeal darlık izlendi. Anjioplastik balon katater ile dilatasyon işlemi uygulandı(Resim 2a-b-c). 2 hafta sonra yapılan bronkoskopik kontrolde restenoz izlenmedi, hava yolunun devamlılığının sağlandığı gözlemlendi(Resim 2d). Şikâyetleri düzelen hasta restenoz açısından takibe alındı, hastaya cerrahi planlandı ve kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Postentübasyon trakeal stenoz benign bir darlık olsa ciddi veya tam obstrüksiyona kadar ilerleyebilmektedir. İnhalen veya oral kortikosteroidlerle inflamasyon ve ödem azaltılsa da semptomatik hastalarda girişimsel tedaviler gerekmektedir. Girişimsel tedaviler arasında trakeal cerrahi rezeksiyon ve rekonstrüksiyon, lazer bronkoskopi, trakeabronşiyal hava yolu stenti ve bronkoskopik trakeal dilatasyon kullanılabilir. Tüm bu teknikler içerisinde BBD ucuz, basit, güvenli bir yöntemdir. BBD yönteminde restenoz oranları yüksek olmakla birlikte acil durumlarda dilatasyon sağlamak ve elektif cerrahi planlanana kadar hasta konforunu artırmak ve zaman kazanmak amacıyla kullanılabilir bir yöntemdir.

Resim 1



Toraks BT'de T3-T4 seviyesinde trakeal stenoz

Resim 2



Balon dilatasyon işlemi; öncesi ve sonrası

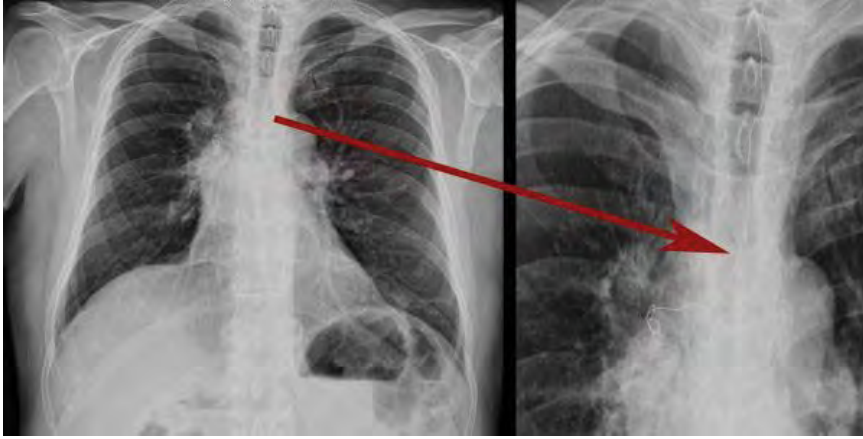
EP-146

Masif Hemoptizi İle Seyreden Embolizasyon Materyali (Koil) Migrasyonu; Olgu SunumuAlper Gündoğan¹, Tuncer Özkısa¹, Şahin Uğurel², Ergun Tozkoşaran¹, Hayati Bilgiç¹¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı²Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Radyoloji Anabilim Dalı

Bronşiyal arter embolizasyonu masif hemoptizilerin tedavisinde güvenli ve etkili bir yöntemdir. Sıvı embolik ajanlar ve koiller (metal sarmal) embolizasyon için kullanılan materyallerdir. Embolizasyon sonrası ağır işlemin sık görülen komplikasyonu iken, iskemi ve nekroz ise ciddi komplikasyonlarını oluşturur. Embolizasyon materyallerinin migrasyonu ise uygun teknik ve doğru şekilde yapıldığında nadirdir. Biz de hemoptizi nedeniyle başvuran bir coil ekspektorasyonu olgusu sunmaktayız.

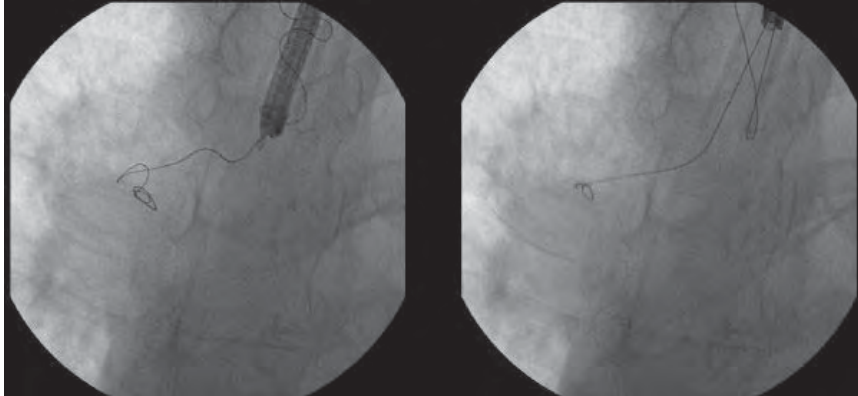
52 yaşında erkek hasta acil servise masif hemoptizi nedeniyle başvurmuştu. KHDAK tanısı ile takip ve tedavi altında olan hastanın akciğer grafisinde trakea içerisinde opak yabancı cisim görünümü izlenmekteydi. (Resim 1) Hemoptizi sebebi olarak mevcut malignitesi düşünülen hastanın herhangi bir yabancı cisim aspirasyonu yoktu, yoğun kan içerisinde parçacıklar çıkardığını ifade etmekteydi. Hastanın öyküsünde küçük miktarlarda yaklaşık 1 aydır hemoptizi şikayetinin olduğu ve 5 gün önce kendisine embolizasyon işlemi yapıldığı öğrenildi. Hasta kayıtları incelendiğinde embolizasyon işleminin coil ile yapıldığı görüldü. Hastanın koili ekspektore ettiği ve erode olan damarın kanamaya yol açtığı düşünülererek hastaya acil embolizasyon ve bronkoskopi planlandı. Aynı seansda bronkoskopi ile coil materyalleri trakeadan ve sağ ana bronştan alınan hastaya doku yapıştırıcısı ile reembolizasyon yapılarak işleme son verildi.(Resim 2) Akciğer malignitelerinin seyrinde hemoptizi ileri evre tümörlerde daha sık karşımıza çıkar. Özellikle bu hastalarda embolizasyon işlemi hayati kanamaların önüne geçer. Ancak embolizasyon hastaları işlem sonrası yakın takipte tutmak ve coil embolizasyon yapılan hastalarda coil migrasyonunu da hatırdanda bulundurmamak gerekir. Vakamız da ilginç bir şekilde coil materyallerinin bronşlara migrasyonu ve masif hemoptiziyle başvurusu nedeniyle sunulmuştur.

Resim 1



PA Akciğer grafide sağ ana bronştan trakeaya kadar uzanım gösteren coil materyali izlenmektedir.

Resim 2



Fiberoptik bronkoskop ile scopi eşliğinde coil materyalinin çıkarılması

EP-147

Benign Trakeobronşiyal Tümörlerde Endobronşiyal Tedavi: 9 Olgu NedeniyleMehmet Akif Özgül¹, Erdoğan Çetinkaya¹, Şule Gül¹, Murat Acat², Hilal Boyacı³, Güler Özgül⁴¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul²Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ABD, Karabük³Merzifon Karamustafapaşa Devlet Hastanesi, Merzifon⁴Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Trakea ve ana bronşların primer tümörleri, solunumsal kanser tiplerinin %1-2'sini oluşturur. Erişkinlerde, benign lezyonlar (sıklıkla lipom, leiomyom, hamartom ve inflamatuvar polip), ana havayolu tümörlerinin sadece %20'sidir. Bu grup içinde en sık görülen hamartomlar, tüm akciğer tümörlerinin %3'ünü oluşturur ve bunların sadece %10 kadarı endobronşiyal yerleşim gösterir. Yine çok nadir görülen endobronşiyal lipomlar, tüm akciğer kanserlerinin %0.1'i kadardır.

AMAÇ: Nadir görülen endobronşiyal hamartom ve lipom tanısı alan ve girişimsel bronkoskopi yöntemleriyle tedavi edilen olgularımızın özelliklerini sunmaktır.

METOD: 2009-2014 yıllarında Yedikule göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi girişimsel bronkoloji bölümünde kliniğimizce bronkoskopik işlem yapılan hastalar taranarak, patoloji sonucu hamartom ve lipom olan, 18 yaş üzerindeki hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı.

BULGULAR: Çalışmaya yaşları 52-72 yaş arasında 1 kadın 8 erkek olgu alındı. Olgularımızın çoğunda öksürük, balgam çıkarma nefes darlığı şikayetleri mevcuttu. 1 olguda kby öyküsü mevcuttu. Toraks bilgisayarlı tomografilerinde 5 olguda kitle, 3'ünde ateletazi ve diğerlerinde konsolidasyon, buzlu cam alanı gibi bulgular mevcuttu. Fiberoptik bronkoskopiye tüm olgularda endobronşiyal kitle lezyon gözlemlendi. Rijit bronkoskopi ile elektrokoter snare, apc ve kriyo işlemleri uygulandı. Hiçbir olguda komplikasyon gözlemlenmedi. Bir olguda hamartom geniş tabanlı mukozaya oturup yeterli ekizyon sağlanamadığı ve 1 olgu da yeterli ekizyon sağlanamayıp patolojik tanı konamadığı için cerrahiye verildi. Diğer olgularımızın takibinde problem yaşanmadı.

SONUÇ: Endobronşiyal benign tümörler için seçilmiş vakalarda girişimsel bronkoskopi yöntemleri; efektif, güvenli ve minimal invaziv yöntemler olarak kullanılabilir

Resim 1



Endobronşiyal lipom fob görüntüsü

Resim 2



Olgunun endobronşiyal tedavi sonrası fob görüntüsü

Tablo 1

Olgular	Yaş	Cinsiyet	Toraks BT bulgusu	FOB'da yerleşim yeri	Patoloji sonucu	Bronkoskopik işlem
E.Y	65	K	atelektazi, kitle	sağ orta lob	hamartom	elektrokoter snare
H.A	61	E	buzlu cam alanı	sol üst lob	kondro-mikoid lipomatöz hamartom	elektrokoter snare
İ.E	71	E	kitle	sol alt lob	lipomatöz hamartom	elektrokoter snare ve kriyo
R.A	62	E	konsolidasyon	sağ intermedier bronş	kondromatöz hamartom	apc, kriyo
Z.S	57	E	kitle	sağ üst lob	kondromatöz hamartom	elektrokotersnare, apc
Y.G	72	E	atelektazi, kitle, konsolidasyon	lingula	hamartom	elektrokoter snare
M.Ç	60	E	atelektazi	sağ alt lob	lipom	elektrokoter snare, apc, kriyo
S.İ	52	E	nodül-kitle	sol ana bronş	lipom	elektrokoter snare, kriyo
İ.G	64	E	konsolidasyon	sol üst lob anterior	lipom	elektrokoter snare

Olgularımızın genel özellikleri

EP-148

Endobronşial Akciğer Dışı Malignite Metastazları: 6 Olgu NedeniyleMehmet A Özgül¹, Erdoğan Çetinkaya¹, Şule Gül¹, Murat Acat², Hilal Boyacı³, Güler Özgül⁴¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul²Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ABD, Karabük³Merzifon Karamustafapaşa Devlet Hastanesi, Merzifon⁴Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Akciğer dışı malign tümörlerin endobronşial metastazları çok nadir görülmektedir. Yapılan çalışmalarda %2-18 arası rapor edilmiştir. En sık kolorektal, meme ve renal kanserlerin metastazları gözlenmektedir.

AMAÇ: Akciğer dışı malign tümörlerin nadir görülen endobronşial metastazı saptanan ve girişimsel bronkoskopik yöntemler uygulanan olgularımızın özelliklerini sunmaktır.

METOD: 2012-2014 yıllarında Yedikule göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi girişimsel bronkoloji bölümünde kliniğimizce bronkoskopik işlem yapılan hastalar taranarak, endobronşial lezyonu olup patoloji sonucu akciğer dışı malign tümör gelen, 18 yaş üzerindeki hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı.

BULGULAR: Çalışmaya yaşları 24-73 yaş arasında 3 kadın 3 erkek olgu alındı. Tüm olgularımız nefes darlığı ile başvurdu, ek olarak 1 olguda hemoptizi mevcuttu. 2 olgu dışında hepsinde sigara içme öyküsü mevcuttu. 1 olgumuzda ht öyküsü vardı. Toraks bilgisayarlı tomografilerinde 3 olguda kitle, 2'sinde konsolidasyon ve 1 olguda da atelettazi mevcuttu. Fiberoptik bronkoskopi ile tüm olgularda endobronşial kitle lezyon gözlemlendi, çoğunlukla trakea, sağ ve sol ana bronşta yerleşim mevcuttu (Resim 1). Metastaz kaynağı böbrek, over, uterus ve malign melanom'du. Primer tümör tanısı ile metastaz tanısı arasındaki süre 4-24 ay arasında değişmekteydi. Rijit bronkoskopi ile lazer, apc, kriyo ve mekanik rezeksiyon işlemleri uygulandı. 2 olguya da endobronşial stent yerleştirildi. İşleme bağlı hiçbir olguda komplikasyon gözlenmedi.

SONUÇ: Nadir olmasına rağmen akciğer dışı malign tümörlerin takibinde endobronşial metastaz olabileceği akıldan tutulmalıdır. Uygun olgularda endobronşial tedavi yöntemleri semptomatik yarar sağlayıp tedavi sürecine katkıda bulunabilir.

Resim 1



Endometriyum Ca tanılı olguda intermedier bronşta endovejetan kitle

Resim 2



Olgunun endobronşial tedavi sonrası fob görüntüsü

Tablo 1

Olgu	Yaş	Cinsiyet	Endobronşial tutulum yeri	Metastaz kaynağı	Rijit bronkoskopi sırasında yapılan işlemler
Ö.Y	45	E	Sol üst lob	Böbrek-Renal cell ca	Lazer, mekanik rezeksiyon
Ü.Y	73	K	Trakea, karina, sol ve sağ ana bronş	Over ca-papiller kistadenocarcinoma	APC, kriyo ve stent takılması
Z.U	24	K	Sağ ana bronş	Over papiller kist adenocarcinoma	APC, kriyo
N.H	58	E	Sol ana bronş	Malign melanom	Mekanik rezeksiyon, kriyo
İ.Y	41	E	Trakea	Hipernefroma	APC ve stent takılması
F.B	59	K	Trakea, sağ ana bronş, sağ üst lob bronşu	Endometrium -Leiomyosarkom	Mekanik rezeksiyon, lazer

Olgularımızın genel özellikleri

EP-149

Trakeobronkopati Osteokondroplastika: 3 OlguMehmet Akif Özgül¹, Erdoğan Çetinkaya¹, Şule Gül¹, Murat Acat², Hilal Boyacı³, Güler Özgül⁴¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul²Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ABD, Karabük³Merzifon Karamustafapaşa Devlet Hastanesi, Merzifon⁴Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Trakeobronkopati osteokondroplastika(TO), nadir görülen, etyolojisi bilinmeyen, endobronşiyal alanda submukozada kalsiyum fosfat birikmesi ile karakterize benign bir hastalıktır. Nadiren ciddi havayolu darlığına yol açabilir. Hastalık ile ilgili standart bir tedavi yaklaşımı yoktur fakat uygun hastalarda bronkoskopik ve cerrahi tedavi yöntemleri uygulanabilir.

AMAÇ: TO tanısı alan ve girişimsel bronkoskopik işlemler ile tedavi uygulanan 3 olgu nadir görülmesi nedeni ile sunuldu.

METOD: 2010-2014 yıllarında Yedikule göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi girişimsel bronkoloji bölümünde kliniğimizce bronkoskopik işlem yapılan olgular taranarak patoloji sonucu trakeobronkopati osteokondroplastika gelen olguların dosyaları retrospektif olarak tarandı.

BULGULAR: Yaşları 42-75 yaş arasında olan 2 erkek 1 kadın olgumuz çalışmaya alındı. Tümünde nefes darlığı, öksürük şikayetleri mevcuttu. Şikayet süreleri 1-5 yıl arasında değişmekteydi. PA akciğer grafilerinde belirgin patolojik bulgu saptanmadı. 1 olgumuzun SFT'si obstruktif diğer 2'sinin normaldi. Toraks bilgisayarlı tomografilerinde trakea ve ana bronş duvarlarında kalınlaşma ve nodülerite izlendi. Fiberoptik bronkoskopide 2 olgumuzda trakea, sağ ve sol ana bronş duvar tutulmuşken, 1 olgumuzda tüm segmentler boyunca diffüz tutulum ve havayollarında obstruksiyon mevcuttu(Resim 1). Rijit bronkoskopi ile mekanik rezeksiyon, debulking, balon dilatasyon ve topikal mitomycin c uygulandı. Olgularımıza 1-4 seans işlem uygulandı. 2 olgumuzun takibinde lezyonlarında gerileme saptandı, 1 olgumuz takiplerine gelmedi.

SONUÇ: TO nadir görülen bir hastalık da olsa, inatçı öksürük ve nefes darlığı olan olgularda akla gelmeli ve ilerlemiş olgularda girişimsel bronkoskopik işlemlerin uygulanabileceği akılda tutulmalıdır.

Resim 1



Olgumuza ait rijit bronkoskopi görüntüsü

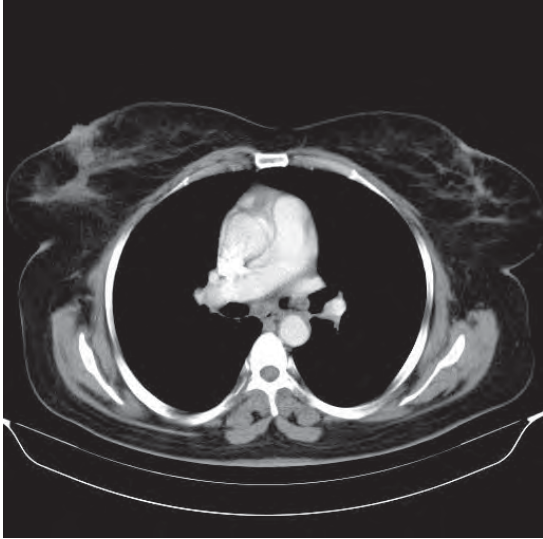
EP-150

Snare Prop ve Kriyoekstraksiyon ile Çıkarılan Endobronşiyal Dev Hamartom OlgusuEda Akcan¹, Zafer Aktaş¹, Ayperi Öztürk¹, Aydın Yılmaz¹, Osman Akcan¹, Esra Özaydın²¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Ankara²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Patoloji Bölümü, Ankara

Hamartomlar nadir görülmekle birlikte, akciğerin en sık benign tümörleridir. Genellikle parankimal veya daha az sıklıkla endobronşiyal yerleşim gösterebilirler. Hem mezenkimal hem de endobronşiyal lezyonlar kıkırdak, yağ dokusu, fibröz doku, epiteliyal komponent içerebilen lezyonlardır. Parankimal lezyonlar genellikle semptomsuzdur. Endobronşiyal lezyonlar ise atelektazi, postobstrüktif pnömoni gibi komplikasyonlara neden olacağından nefes darlığı, öksürük, balgam, hemoptizi gibi semptomlara neden olabilirler. Benign karakterli hamartom tedavisi cerrahi veya bronkoskopik tekniklerle yapılabilmektedir. Rijid bronkoskopi altında laser, mekanik rezeksiyon yapılabilir. Rezidüel doku için ise en iyi seçenek striktür, stenoz ve başka bir komplikasyon olmaması nedeni ile kriyoterapidir.

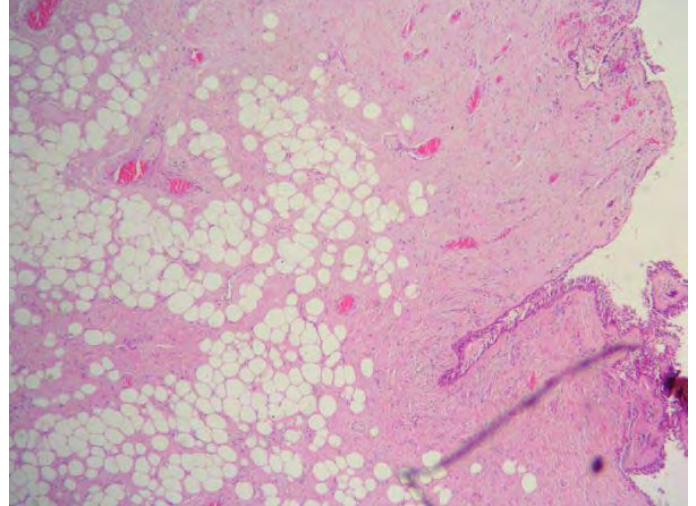
54 yaşında bayan hasta yaklaşık 2 aydır olan göğüs ağrısı ile dış merkezde tetkik edilmiş ve bronkoskopi yapılmış ancak tanı konulamadığı için hastanemize yönlendirilmişti. Çekilen toraks tomografisinde trakea distalinde sol lateral duvarda düzensizlikler saptandı, sol ana bronşta yaklaşık 15x10 mm boyutlu hipodens oluşum mevcuttu (Resim1). Hastaya tanı ve tedavi amaçlı girişimsel bronkoskopi yapıldı. Rijid bronkoskopi altında yapılan işlemde, trakea boyunca mukozayı ve submukozayı infiltrate eden çok sayıda üzeri sarı renkli milimetrik lezyon izlendi. Bunlardan rijit forsepsle biyopsiler alındı. Sol ana bronşu tama yakın tıkayan polipoid EBL snare prop ve kriyoekstraksiyon ile çıkarıldı (Resim 2). Distalde sol sistem subsegment düzeylerine kadar açık izlendi. Lezyon sol ana bronş distali anteromedial duvarda minik bir tabandan köken alıyordu. Buraya kriyoterapi uygulandı. Çıkarılan polipoid lezyon ve trakeadan alınan biyopsiler ayrı ayrı patolojiye gönderildi. Patoloji sonucu trakea kayıtlı örneklerin birinde yüzey epiteli altında matür adipöz doku içinde distrofik ossifikasyon izlenmiştir, sol ana bronş kayıtlı örneklerde yüzeyi yer yer solunum yolu epiteli yer yer metaplastik skuamöz epitel ile döşeli ödemli stromasında kıkırdak ve fibro-adipöz doku içeren polipoid hamortomatöz gelişim olarak raporlandı (Resim 3). Girişimsel bronkoskopi ile tanı konan ve tedavi edilen endobronşiyal hamartom vakasını sunduk.

Resim 1



Sol ana bronşta yaklaşık 15x10 mm boyutlu hipodens oluşum

Resim 3



Yüzeyi yer yer solunum yolu epiteli, yer yer metaplastik skuamöz epitel ile döşeli ödemli stromasında kıkırdak ve fibro-adipöz doku içeren polipoid hamortomatöz gelişim

Resim 2



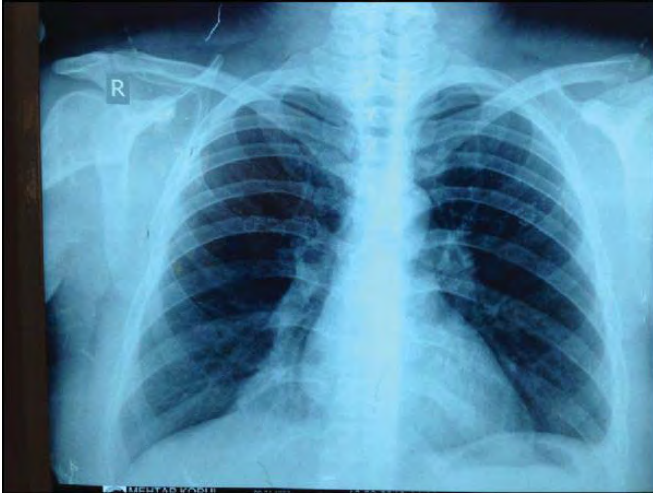
Sol ana bronşu tama yakın tıkayan polipoid EBL

EP-151

Fiberoptik Bronkoskopi İle Tanı Konan Pulmoner Kisthidatik OlgusuZehra Yaşar¹, Murat Acat², Erhan Turgut³, H. Erhan Dinçer⁴, Naciye Arda⁵, Erdoğan Çetinkaya⁶¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye²Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Karabük, Türkiye³Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul, Türkiye⁴Minosota Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları, Uyku Bozuklukları, Allerji, Yoğun Bakım, MN, USA⁵Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, İstanbul, Türkiye⁶Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul, Türkiye

Hidatik kist, *Echinococcus granulosus*'un metacestod evresindeki larvasının neden olduğu dünyada geniş coğrafi yayılım gösteren zoonozlardan biridir. Akciğerler kist hidatik'in karaciğerden sonra ikinci sıklıkta görüldüğü organdır. Parazit akciğere transdiyafragmatik yol, lenfatik yol ve portokaval anastomozlar yoluyla da gelebilir. Komplike olmuş akciğer hidatik kisti tüberküloz, akciğer kanseri, ampiyem ve abseyi taklit edebildiği için tanı koymada zorluklar olabilir. Fiberoptik bronkoskopi ruptüre olmuş kist membranını göstererek tanıya yardımcı olabilir. Bu olguda hemoptizi ve göğüs ağrısı ile başvuran fiberoptik bronkoskopi ile hidatik kist tanısı konulan 33 yaşında kadın hasta sunuldu (Resim 1,2).

Şekil 1



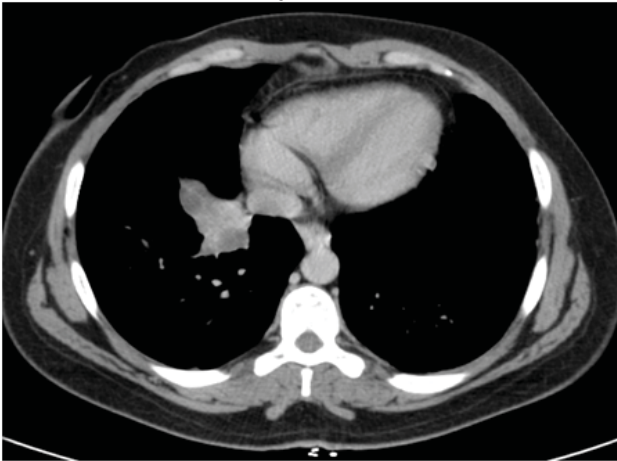
PA Akciğer grafisinde sağ alt zonda parakardiyal alanda (Şekil 1) homojen dansite

Şekil 3



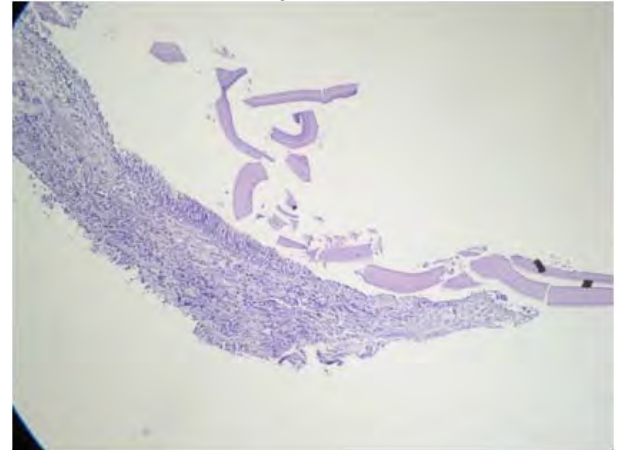
Sağ alt lob süperior segmentinde izlenen beyaz renkli membranöz yapı

Şekil 2



Toraks BT: Sağ akciğer alt lob anterobasal segmentinde içinde hipodens alanlar içeren heterojen yumuşak doku görünümü

Şekil 4



Bronkoskopik olarak örnekleştirilmiş örnekleştirilmiş kütikül membranı (H&E, 20*10)

EP-152

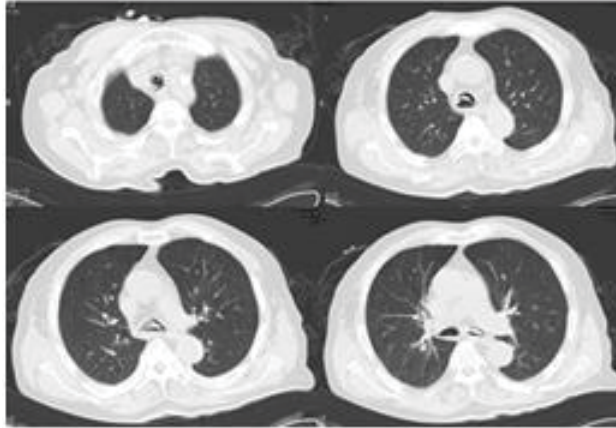
Post-Operatif Dispnenin Nadir Bir Nedeni: Endotrakeal Dev Trombüs

Özge Öztürk, Dorina Rama Esendağlı, Emine Yazıcı, Deniz Köksal, Salih Emri
Hacettepe Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

Seksen bir yaşındaki erkek hasta 1 haftadır olan ve giderek artan nefes darlığı yakınmasıyla başvurdu. Hasta 2 hafta önce düşme sonrası gelişen femur başı kırığı nedeniyle opere edilmişti. Taburcu olduktan sonra nefes darlığı başlayan hasta, operasyonun yapıldığı hastaneye başvurmuş ve pulmoner tromboemboli ön tanısıyla enoxaparine 2x0.6 cc s.c. başlanarak hastanemiz acil servisine yönlendirilmişti. Hasta 20 yıl önce larinks kanseri nedeniyle opere edilmiş ve trakeostomisi mevcuttu. Ayrıca kronik böbrek yetmezliği ve koroner arter hastalığı vardı ve aspirin 100 mg, klopidoğrel 25 mg kullanmaktaydı. Acil serviste, böbrek fonksiyon bozukluğu nedeniyle kontrastlı BT çekilemeyen hastaya ventilasyon/ perfüzyon sintigrafisi çekilmiş ve düşük olasılıklı olarak değerlendirilmişti. Rutin laboratuvar tetkikleri, BUN: 57 mg/dl, Kreatinin:2,18 mg/dl dışında normal sınırlardaydı. Arter kan gazı incelemelerinde, respiratuar alkaloz (pH:7,47 mmHg), hipoksemi (pO₂:49 mmHg) ve hipokapni (pCO₂:32mmHg) saptandı.

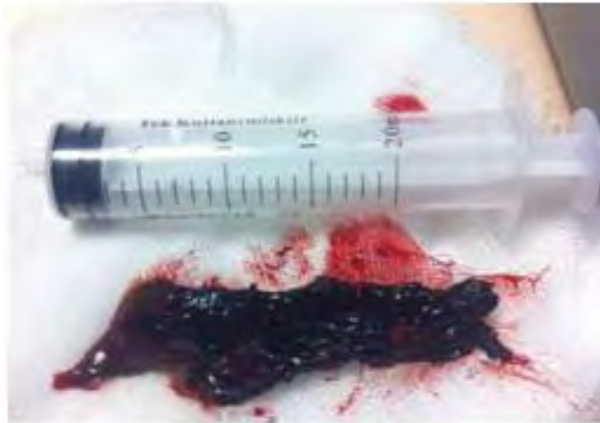
Kliniğimize yatışı yapılan hastanın fizik muayenesinde, hastanın ortopneik, dispneik ve takipneik olduğu görüldü. Her nefes alışında supraklavikular fossalarda çökme olduğu izlendi. Ön planda inspiratuar dispne düşünülerek acil kontrastsız toraks BT çekildi. Toraks BT'de sol alt lobda segmental atelektazi ve trakea distal ucundan başlayıp sol ana bronş içinde devam eden sekresyon / yumuşak doku ile uyumlu görünüm izlendi (Resim 1). Hastaya trakeostomi yoluyla fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı ve trakeayı tama yakın tıkayan trombüs görüldü. Trombus nedeniyle ilerlenemedi, KBB kliniği ile iletişime geçilerek, FOB kılavuzluğunda eğri uçlu portegü aracılığıyla boyutu 10 cm'i bulan trakeal trombüs çıkarıldı (Resim 2). Trombüsün çıkarılması sonrasında hastanın kliniğinde ve oksijen saturasyonunda hızla düzelme izlendi. Hastanın kanamaya eğilimi artırıcı tedavileri kesildi. Hastanın takibinde, almış olduğu antikoagülan ilaçların etkisi ve zemindeki kronik böbrek yetmezliğine bağlı olduğunu düşündüğümüz mukozal kanamaya bağlı olarak daha küçük boyutta olmak üzere endotrakeal trombüs oluşumları izlendi. Hastaya iki kez daha FOB yapılarak bunlar da temizlendi. Endotrakeal trombüse bağlı nefes darlığı ve asfiksi literatürde az sayıda vaka raporu ile bildirilmiştir. Transbronşial biyopsi, trakeostomi açılması, travmatik entübasyon, aspirasyon kateterine bağlı mukozal hasar sonrası havayollarında trombüs oluşabilir. Post-operatif dönemde nefes darlığının en sık nedenlerinden biri olarak pulmoner tromboemboli düşünülmektedir, ancak özellikle inspiratuar dispnesi olan hastalarda travmatik mukoza hasarı ve antikoagülan tedavinin kanamayı artırıcı etkisiyle endotrakeal trombüs oluşumu akla gelmelidir.

resim1



Trakea distal ucundan başlayıp sol ana bronş içinde devam eden sekresyon / yumuşak doku ile uyumlu görünüm

resim2



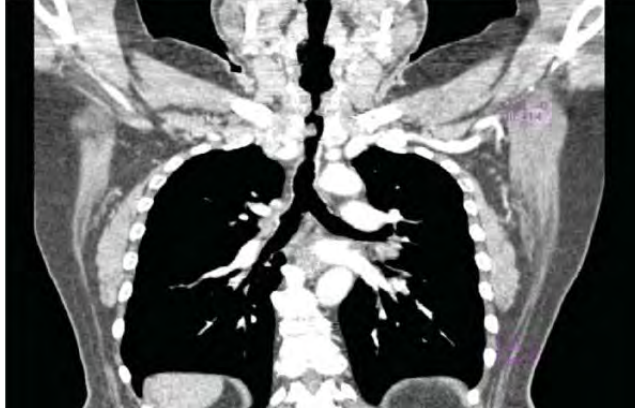
FOB ile çıkarılan yaklaşık 10 cm trakeal trombüs

EP-153

Stridora Neden Olan Endotrakeal Diffüz Büyük B Hücreli Non-Hodgkin LenfomaÖzge Kale¹, Zafer Aktaş¹, Ayperi Öztürk¹, Funda Demirağ², Hayati Kale³, Aydın Yılmaz¹¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği Ankara²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği Ankara³Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi KBB Kliniği Ankara

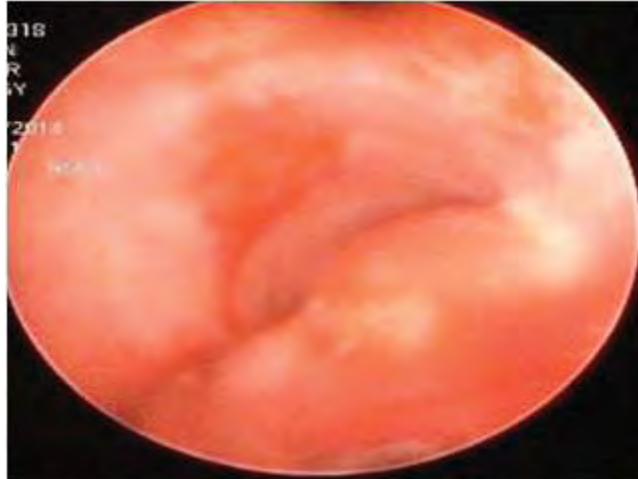
Akut üst hava yolu darlığının en sık nedenleri enfeksiyon, maligniteler, travma, yabancı cisim ve anjioödemdir. Trakeal maligniteler tüm malignitelerin %0,1'den azını oluşturur. Primer trakea tümörleri nadir görülür. Ekstranodal lenfomalar yaygın görülmekle birlikte trakeayı tutan primer ekstranodal lenfoma oldukça nadirdir. Diffüz büyük B hücreli non-hodgkin lenfoma, non-hodgkin lenfomaların en sık görülen alt tipini oluşturur. Yaklaşık 6 aydır nefes darlığı olan, son 2 aydır şikayetleri giderek artan ve acil servisimize başvuran 66 yaşındaki erkek hastanın muayenesinde stridor ve ağır hipoksemi saptandı. Yapılan boyun, toraks ve sanal endoskopik bilgisayarlı tomografisinde tiroid bezi düzeyinde trakea proksimalinde sağ posterolateral duvarda lümeni daraltan yumuşak doku dansitesi izlendi. Ameliyathane şartlarında acil yapılan rijid bronkoskopide kord vokallerin 1,5 cm altında sağ posterolateral duvardan kaynaklanan, trakea lümenini % 75 oranında daraltan miks lezyon izlendi. Lezyon 60watt argon plazma koagülatör ile koagüle edilerek kriyoekstraksiyon ile çıkarıldı. Hastanın stridoru kayboldu ve oksijen ihtiyacı kalmadı. Çıkarılan parçaların patoloji sonucu Diffüz Büyük B Hücreli Non-Hodgkin Lenfoma olarak geldi. Hasta tedavi ve takip açısından medikal onkoloji kliniğine yönlendirildi. Bu olguyu; Hayatı tehdit eden malign üst hava yolu darlığının nadir bir sebebinin hematolojik maligniteler olabileceğini ve hayat kurtarıcı yöntem olarak endobronşiyal tedavi yöntemlerinin birinci sırada uygulanabileceğini vurgulamak için paylaştık.

Resim 1. TORAKS MPR GÖRÜNTÜSÜ



Trakea proksimalinde sağ posterolateral duvarda lümeni daraltan yumuşak doku dansitesi

Resim 2. Rijid Bronkoskopi Görüntüsü

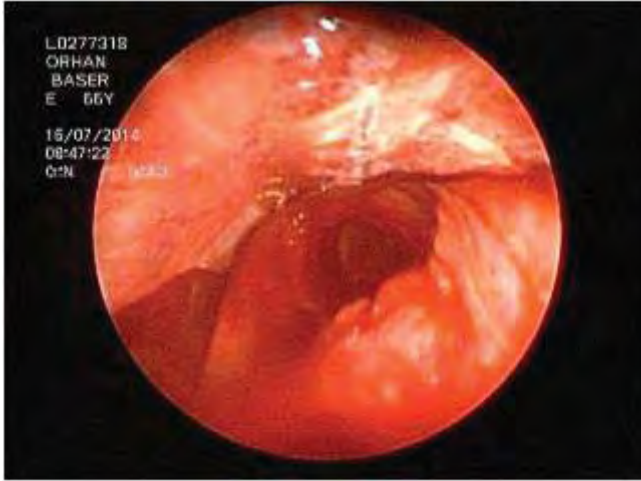


Trakea proksimalinde sağ posterolateral duvarda lümeni daraltan endotrakeal lezyon

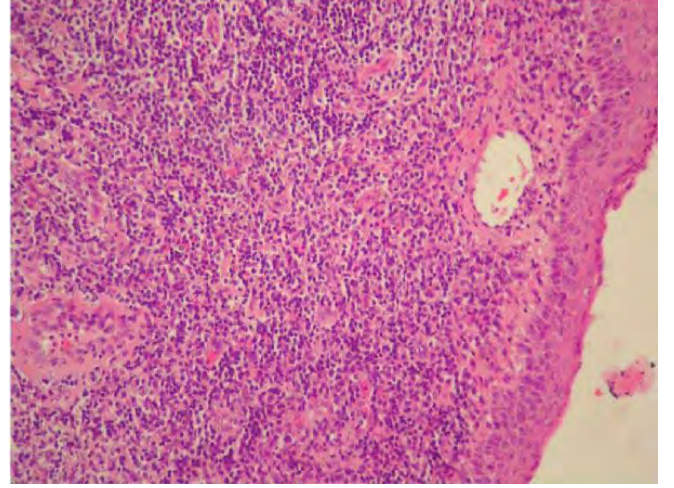
Resim 3. EBL nin kord vokal hizasından görünümü



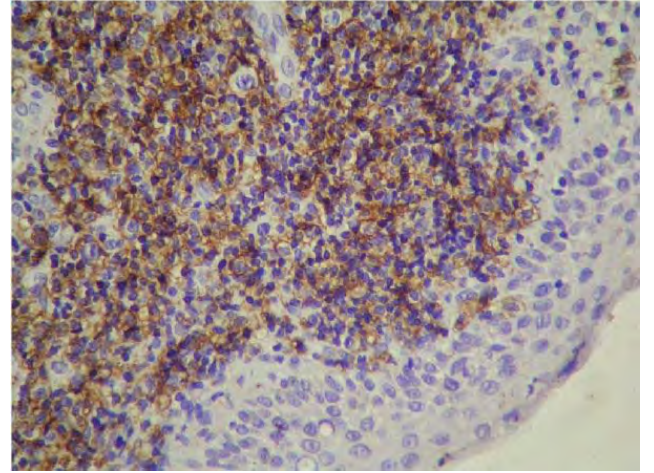
Resim 4. Debulking sonrası trakea ve ana karina



Resim 5. Trakea mukozasını diffüz olarak infiltre etmiş atipik lenfositlerden oluşan tümöral yapı



Resim 6. Tümör hücrelerinde diffüz CD20 pozitifliği (CD20X400).



EP-154

Malign Hastalıklarda Endobronşiyal Ultrasonografi Rehberliğinde yapılan Tranbronşiyal İğne Aspirasyonunun Tanısal Değeri

Selahattin Öztaş, Ülkü Aka Aktürk, Levent Alpay, Burhan Meydan, Hamza Ogün, Mahşuk Taylan, Murat Yalçınsoy, Haluk C Çalısır, Dilek Ernam, Ali Metin Görgüner
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Mediastinal Lenf Nodlarının örneklemeinde mediastinoskopi altın standart bir yöntemdir. Son yıllarda mediastinal ve hiler lenf nodlarının örneklemeinde conveks probe endobronşiyal ultrason eşliğinde tranbronşiyal iğne aspirasyonu (CP-EBUS) yaygın olarak kullanılmaktadır. Kliniğimizde CP-EBUS'un, malign hastalıklarda tanısal verimliliğini değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: 2010-2014 yılları arasında kliniğimizde malignite tanısı olan veya malignite şüphesi nedeniyle CP-EBUS ile mediastinal ve hiler lenf nodu örneklemei yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. CP-EBUS'un tanısal verimliliği ve pozitif prediktif değeri hesaplandı.

BULGULAR: Kliniğimizde EBUS yapılan 326 hastanın 92'si benign, 183'ü malign olarak sonuçlanmıştır. Malign tanı alan 183 hastanın yaş ortalaması 60.7± 8.4 olup erkek hasta sayısı 159 (%86), kadın hasta sayısı 24 (%14) olarak saptandı. Malign tanı alan 183 hastanın 158'de EBUS ile tanıya ulaşılmıştır (%86.3). EBUS sırasında kullanılan sedasyona göre tanısal verimlilik değerlendirildiğinde propofol kullanılmayanlarda tanı oranı % 87.3 iken, propofol kullanılanlarda tanı oranı % 85.7 saptandı. Arada istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p= 0.828). Malign hastalarda son tanı skuamoz hücreli karsinom olan 45 hastanın 38'de tanı ebus ile konmuş (%84.4), 29 adeno ca tanısı olanların 22'de %75.9'da ebus ile tanı konmuş. Son tanısı small cell ca olan 14 hastanın 13'de ebus ile tanı var (%92.9), son tanı lenfoma olan 4 vakanın 2'de tanı ebus ile konmuş (%50). Son tanı malign epitelyal tm konan 46 vakanın 42'sine (%91.3) ebus ile tanı konmuş. Karsinoid tanısı konan 1 vakaya ebus ile tanı konamamış. 39 non small cell ca tanın alan hastanın 37'de ebus ile tanı var (%94.). Akc dışı ca tanısı konmuş 5 hastanın 4'de ebus ile tanı konmuş (%80).

Malign tanı alan hastalarda ebus'un sensitivitesii %86. 3 iken pozitif prediktif değeri %100 olarak saptanmıştır. Hiçbir olguda major komplikasyon gelişmedi.

SONUÇ: Mediastinal ve hiler lenf nodlarının örneklemeinde EBUS tanısal değeri yüksek, güvenilir ve non invaziv bir tanı yöntemidir.

CP-EBUS TBİAB'nin patoloji tiplerine göre tanısal verimliliği

Patolojik Tanı	Tanısal Değer
Skuamoz hücreli akc kanseri	%86.3
Adeno Kanser	%75.9
Small cell CA	%92.9
Malign Epitelyal Tümör	% 91.3
Non Small cell CA	%94
Akciğer dışı CA	%80
Lenfoma	%50

EP-155

Tekrarlayan Hemoptizinin Nadir Nedeni: Trakeal Kapiller Hemanjiom

Mehmet Akif Özgül¹, Elif Tanrıverdio¹, Şule Gül¹, Zehra Yaşar², Murat Acat³, Kanan Abbaslı¹, Neslihan Akanıl Fener⁴, Erdoğın Çetinkaya¹

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

²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu

³Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Karabük

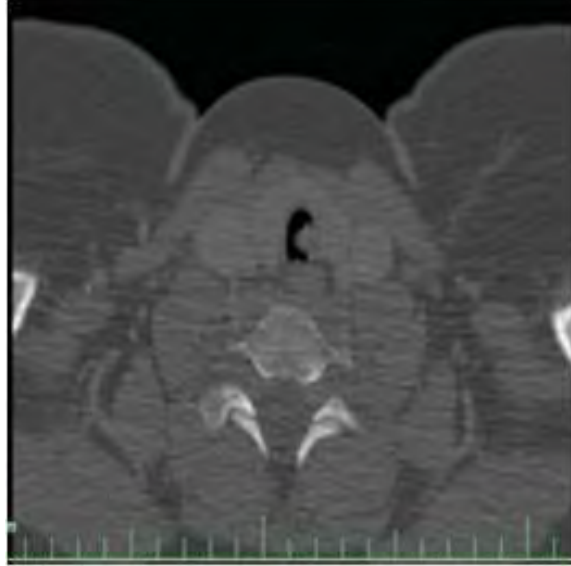
⁴Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

Trakeal kapiller hemanjiom nadir görülen trakeanın benign tümörüdür. En sık klinik bulgu hemoptizi olmakla birlikte kronik öksürük de olabilir. Hemoptizi minör kanamadan masif kanamaya kadar çeşitli düzeylerde gözlenebilir. Tanı sıklıkla bu iki semptomun nedeni araştırılırken bronkoskopi ile konulur. Genellikle posteroanterior akciğer grafisi ve toraks bilgisayarlı tomografisinde lezyonlar küçük olduğundan saptanamaz. Erken tespit edildiğinde bronkoskopik yöntemlerle tedavi edilebilir.

Oniki yaşında erkek hasta kliniğimize yaklaşık iki yıldır aralıklı olarak tekrarlayan balgamdan kan gelmesi şikayeti ile başvurdu. İki yıl önce ilk kez öksürük atağıyla birlikte yaklaşık 100 cc kadar olan bir kanama tariflemekteydi. Her solunum yolu enfeksiyonu geçirdiğinde az miktarda öksürmekle kan gelmesi şikayeti mevcuttu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesi normaldi. Hemogram, biyokimya, hemostaz tetkikleri ve PA akciğer grafisi normaldi. Toraks BT'sinde trakeada sol lateral duvarda polipoid lezyon saptandı. Bronkoskopide trakeanın 1/3 proksimal kesiminde sol lateral duvardan kaynaklanan sapsı lobüle, üzeri düzgün, çoğunluğu pembemsi renkte polipoid lezyon izlendi. Lezyon elektrokoter snare ile kesildi ve kesilen kitle biyopsi pensiyile alındı. Lezyonunun kaynaklandığı trakea duvarı APC ile koagüle edildi. Histopatolojik inceleme sonucunda subepitelyal alanda nodüler özellik gösteren kapiller damarlarda proliferasyon, dilatasyon, konjesyon izlendiği ve kapiller hemanjiom ile uyumlu olduğu raporlandı. Hastanın 3 aylık takibinde aktif şikayeti olmadı.

Sonuç olarak trakeal kapiller hemanjiomdan şüphelenildiğinde tanı ve tedavide bronkoskopik yöntemler kullanılarak düşük morbidite ile başarılı sonuçlar elde edilebilir.

Resim 1



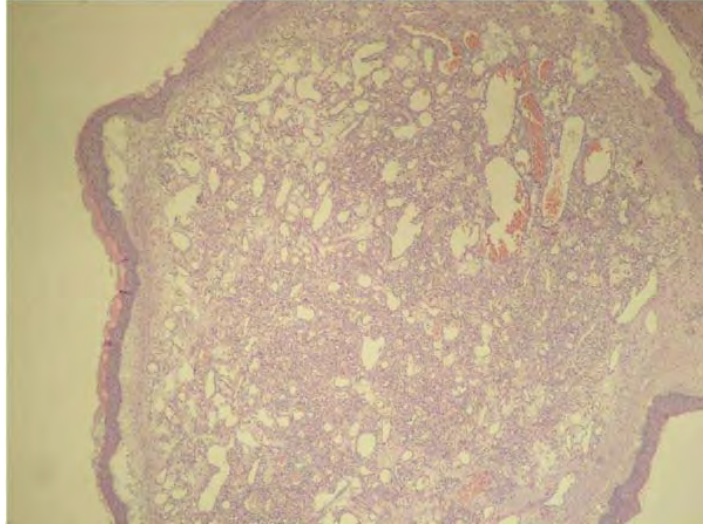
Hastanın Toraks BT'sinde trakeada polipoid lezyon izlenmektedir

Resim 2



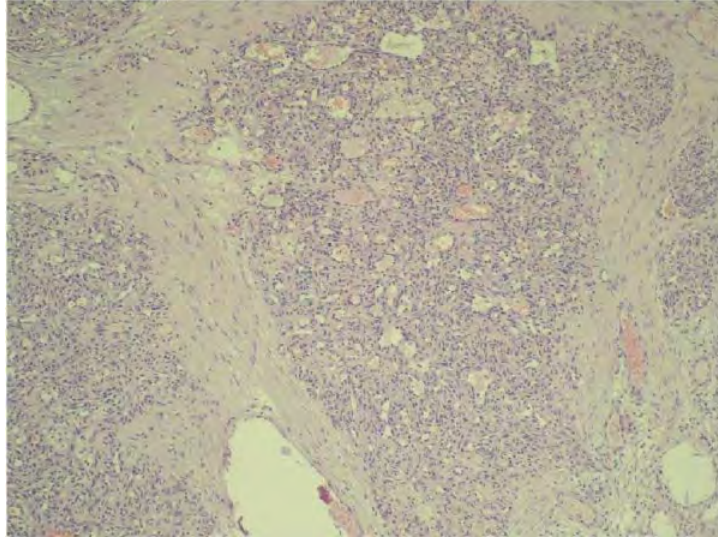
A. Trakeada polipoid lezyon, B. Endobronşial tedavi sonrası görünüm, C. Endobronşial tedaviden 4 ay sonra trakea

Resim 3



Yüzeyde skuamöz metaplazi gösteren solunum epiteli, stromada dilate ve proliferen kapiller damar yapıları (H&E x40)

Resim 4



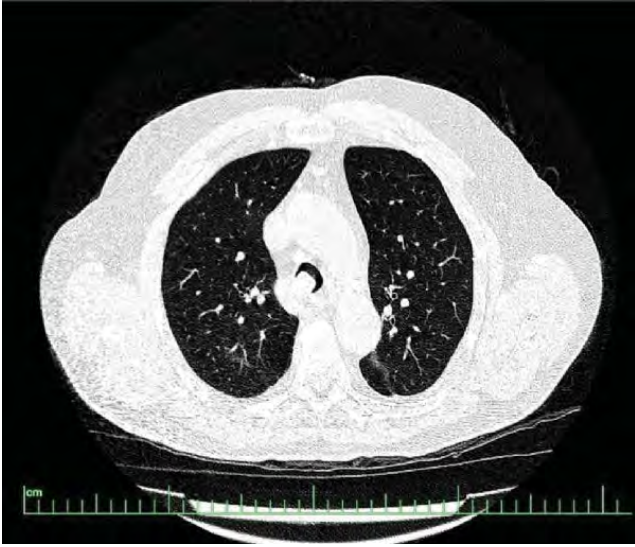
Stromada lobule büyüme paterni gösteren dilate kapiller damar proliferasyonu (H&E x100)

EP-156

Tümörü Taklit Eden Trakeal Amiloidoz OlgusuElif Tanrıverdio¹, Mehmet Akif Özgül¹, Oğuz Uzun², Şule Gül¹, Zehra Yaşar³, Murat Acat⁴, Naciye Arda⁵, Erdoğan Çetinkaya¹¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun³Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu⁴Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Karabük⁵Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

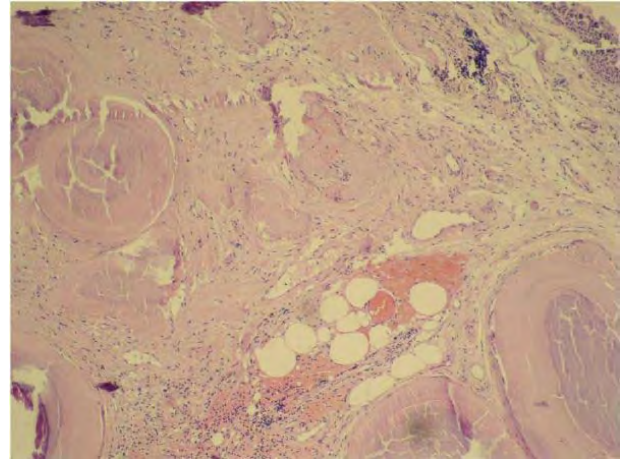
Trakeobronşiyal amiloidozis oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Nonspesifik pulmoner semptomları nedeniyle sıklıkla tanısı gecikir. Hastalığın erken tanı ve tedavisi oluşabilecek morbidite ve mortaliteyi önlemek için önemlidir. Birçok hastada progresif solunumsal semptomların kontrolü için terapötik girişimler gerekmektedir. Yaklaşık 2 yıldır astım tanısıyla takip edilen ancak yapılan optimal medikal tedaviye rağmen nefes darlığı şikayeti artan 68 yaşında erkek hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde trakeal lümeni %50'den fazla oblitere eden kitlesi saptandı. Bronkoskopide trakea distalinde lümeni %70 oranında oblitere eden ve sağ ana bronşa uzanan kitle gözlemlendi. Kitleye argon plazma koagülasyon ve lazer koagülasyon sonrası core out uygulandı ve trakeal lümende tamamen açıklık sağlandı. Histopatolojik incelemede doku içinde kalsifiye eozinofilik amorf materyal birikimi olduğu ve Kongo-red ile selektif boyandığı gözlemlendi. Hastaya trakeal amiloidozis tanısı konuldu.

Resim 1



Toraks BT'nin parankim penceresinde trakea lümenini oblitere eden kitle

Resim 3



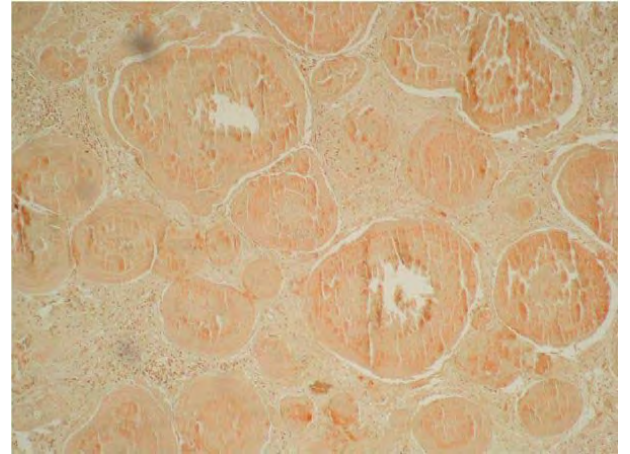
Doku içinde kalsifikasyon ve amorf materyal birikimi(HEx200)

Resim 2



Endobronşiyal tedavi öncesi ve sonrası trakea distalindeki görünüm

Resim 4



Kongo-red ile reaksiyon veren amiloid materyal birikimi(Kongo-Redx200)

EP-157

EBUS ile Tanı Konulan Aort Trombüsü OlgusuElif Tanrıverdio¹, Abdullah Kansu¹, Mehmet Akif Özgül¹, Erdoğan Çetinkaya¹, Güler Özgül², Asım Esenkaya³¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Edirne

Aort trombüsü oldukça nadirdir. Genellikle insidental tespit edilir. Beraberinde malignensi görülme olasılığı yüksek olduğundan tanımlanması oldukça önemlidir.

Yetmiş dört yaşında bayan hasta öksürük, halsizlik ve gece terlemesi şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Ev hanımı olan hastanın sigara alışkanlığı yoktu. DM ve HT tanıları olan hasta antihipertansif, oral antidiyabetik ve insülin tedavisi almaktaydı. Hasta 13 yaşında iken annesi tüberküloz hastalığı nedeniyle eksitus olmuştu. Hastanın fizik muayenesi normaldi.

Çekilen toraks BT'sinde mediastinal LAM olan hastaya EBUS-TBİA planlandı. Sağ alt paratrekeal alanda sınırları düzenli izlenen LAM örneklendi. EBUS ile tüm zonlar taranırken aort duvarında lümen protrüze lezyon izlendi. Hastaya kontrastlı toraks BT çekildi. Arcus aortada trombüs izlendi. Kardiyoloji kliniği ile hasta konsülte edildi. İleri yaş, DM ve HT tanısı olan hastada aort trombüsü düşünüldü. Hastaya antiagregan tedavi verildi. Takibe alındı. Patoloji sonucu kronik nekrotizan grnülomatöz iltihap olarak raporlanan, quantiferon testi pozitif olan ve bronş lavaj mikobakteri kültürü sonucu pozitif gelen hastaya antitüberküloz tedavisi başlandı.

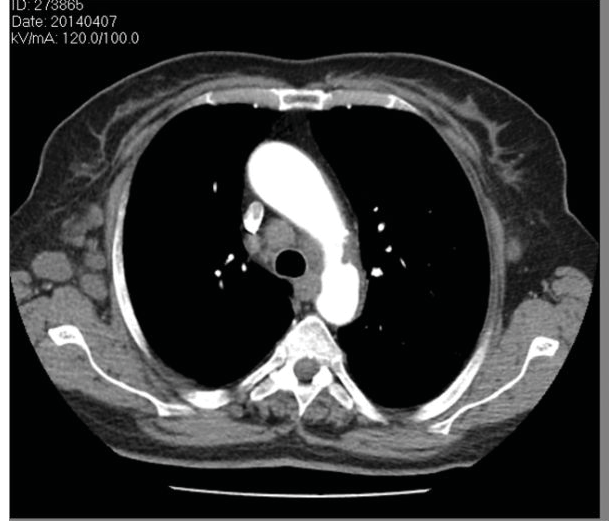
Sonuç olarak aort trombusu insidental tespit edilen ancak malignite birlikteliği nedeniyle takip gerektiren bir durumdur. Hastalar aort anevrizması veya aort diseksiyonuna sekonder trombus olmadıkça özellikle DM,HT, sigara gibi endotel hasarı ile sonuçlanan predispoze faktör varsa antiagregan tedavi ile takip edilebilir. Hasta EBUS ile tanı konulması nedeniyle sunulmuştur.

Resim 1



Aort lümeninde trombüs

Resim 2



Toraks BT'de aort duvarında trombus lezyonu izlenmektedir

EP-158

Rudimenter Trakeal Bronşta Hamartom Olgusu

Erdoğan Çetinkaya¹, Elif Tanrıverdio¹, Mehmet Akif Özgül¹, Zehra Yaşar², Murat Acat³, Kanan Abbashlı¹, Şule Gül¹, Naciye Arda⁴

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

²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Bolu

³Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Karabük

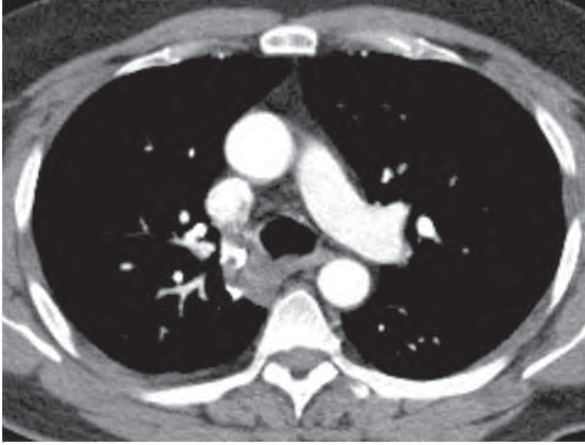
⁴Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

Trakeanın primer tümörleri erişkin yaş grubunda nadirdir ve görüldüğünde de sıklıkla maligndir (%80-90). Sadece %10 oranında beningdir. Hamartomlar akciğerdeki bening tümörlerin %4 ünü oluşturur. Tüm hamartomların %1.4 ü endobronşiyal yerleşimlidir. Trakeal bronş görülme sıklığı sağda %0.1-2, solda %0.3-1 dir. Endobronşiyal hamartomlarla kıyaslandığı trakeal hamartomlar sınırlı vaka sayısı ile oldukça nadirdir. Trakeal bronşta hamartom ilk olgu olması nedeniyle sunuldu.

Elli altı yaşında erkek hasta kliniğimize nefes darlığı yakınması ile başvurdu. Ek olarak üç aydır devam eden kuru öksürük yakınması mevcuttu. Sekiz paketyıllı sigara öyküsü olan hasta 20 yıldır exsmokerdi. Fizik muayenesinde solunum sesleri doğaldı, diğer sistem muayenesinde özellik yoktu. Hemogram, rutin biyokimya, arter kan gazı değerleri normal sınırlardaydı. SFT'de FEV1: %71.1 (2.18 L), FVC: %83.4 (3.19 L), FEV1/FVC: % 58 idi ve FEV1'de %22.95 reversibilite gözlendi. Toraks BT'sinde trakeal kitle tespit edilen hastaya bronkoskopi yapıldı. Trakea distalinde sağ posterolateral duvarda üzeri normal mukozayla kaplı polipoid lezyon izlendi. Endobronşiyal tedavi ile kitle eksize edildi. Sonrasında değerlendirildiğinde kitlenin rudimenter trakeal bronştan kaynaklandığı gözlendi. Histopatolojik incelemesi hamartom ile uyumlu idi. Semptomları düzelen hasta takibe alındı.

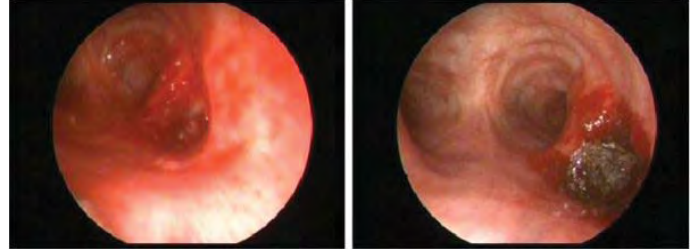
Olgumuz rudimenter trakeal bronştan kaynaklanan hamartom ilk olarak görülmesi nedeniyle sunuldu.

Resim 1



Trakea sağ posterolateralinde mediastinal lezyon

Resim 3



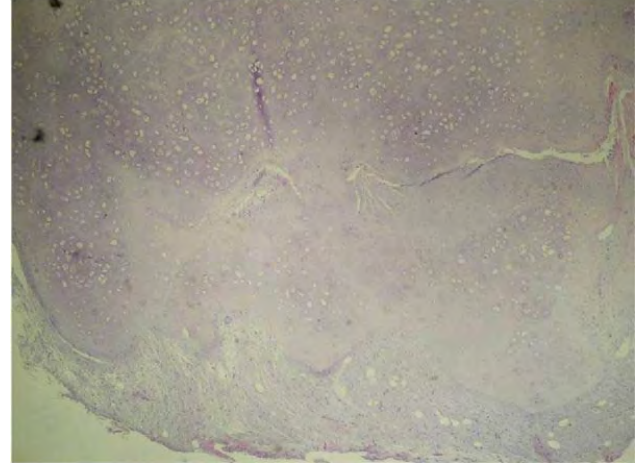
Endobronşiyal tedavi sonrası trakeanın görünümü

Resim 2



Trakea posterolateral duvarında polipoid lezyon izlenmektedir

Resim 4



Mikroskopik incelemede baskın olarak kıkırdak doku komponenti izlenmektedir (H&EX100)

EP-159

Pulmoner Alveolar Proteinozis Olgusunda Total Akciğer Lavajı

Merih Dilan Albayrak¹, Derya Özden Omaygenc¹, Betül Polat Akdemir¹, Ayşe Ulukol¹, Zeynep Nilgün Ulukol¹, Akif Özgül², Erdoğan Çetinkaya²

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji Ana Bilim Dalı-İstanbul

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı-İstanbul

GİRİŞ: Pulmoner alveolar proteinozis (PAP), alveollerde surfaktan benzeri lipoproteinöz madde birikimi ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Hastalığın belirtileri nefes darlığı ve öksürüktür. Total akciğer lavajı (TAL) bu hastaların kliniğinde dramatik düzelme sağlayan ve sağkalımı arttıran standart tedavi yöntemidir. TAL, tek akciğer ventilasyonu için kesin endikasyonlardan biridir.

OLGU: 50 yaşında kadın hasta Pulmoner Alveolar Proteinozis (PAP) tanısı ile Total Akciğer Lavajı (TAL) uygulaması için anestezi polikliniğinde değerlendirildi. Bilinen ek hastalığının bulunmadığı, rutin tetkiklerinin normal olduğu görüldü. Sol akciğere TAL uygulanmak üzere ameliyathaneye alındı. Hemodinamik monitorizasyon uygulandı. Midazolam ile premedikasyon uygulandı. Propofol, remifentanil ve rokuronyum indüksiyonu sonrası sol 37 numara çift lümenli tüp ile entübe edildi. Tüpün pozisyonu fiberoptik bronkoskop ile doğrulandı. Hastaya sol dekübit pozisyon verildi. Genel anestezi idamesi profol ve remifentanil infüzyonu ile sağlandı. Çift lümenli tüpün bronşial lümeni klempe edildikten sonra TAL işlemine başlandı. Sol akciğere toplam 20 lt serum fizyolojik ile lavaj uygulandı. 140 dk süren işlem sonrası yine 20 lt lavaj sıvısının drene olduğu görüldü. İşlem süresince hasta hemodinamik açıdan stabil seyretti. İşlem bitiminde su-gammadex ile kas gevşetici etki geri çevrilerek sorunsuz şekilde ekstübe edildi. Hasta oda havasında %95 SpO2 ile servise gönderildi.

SONUÇ: TAL için anestezi uygulaması, anestezi pratiğinde sık rastladığımız bir yöntem değildir. Bu girişimde karşılaşılabilen sorunlardan biri lavaj sıvısının ventile edilen akciğere kaçmasıdır. Bu nedenle hasta pozisyonu ve tüpün doğru pozisyonlandırılması kritik önem taşır. Literatür incelendiğinde bu konuda yeterli sayıda anestezi çalışmasının olmaması üzerine deneyimimizi paylaşmayı uygun gördük.

AKCİĞER LAVAJ SIVILARI

EP-160

Akciğer Kanserini Taklit Eden Rastlantısal Bronşial Yabancı Cisim Aspirasyonu OlgusuMurat Yalçınsoy¹, Sinem Güngör¹, Esra Usta Bülbül¹, Pakize Sucu¹, Levent Abidin Alpay², Esen Akkaya¹¹T.C. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul²T.C. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

Erişkinde trakeobronşiyal yabancı cisim aspirasyonu nadirdir. Akut ve hayatı tehdit edici semptomlar yanı sıra, şüphe edilmedikçe subakut/kronik semptomlarla uzun yıllar seyredebilir ve pnömoni, astım, bronşektazi, akciğer apsesi tanısı alırlar. Akciğer kanserini taklit eden radyolojik görünümlere neden olduklarında rastlantısal olarak tanı alırlar. Akciğer kanserini taklit eden rastlantısal bronşial yabancı cisim aspirasyonu olgumuzu sunduk.

OLGU: Seksen bir yaşında erkek hasta bir aydır öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Öz geçmişinde 30py sigara kullanımı dışında özellik yokdu, hasta herhangi bir yabancı cisim aspirasyonu öyküsü vermedi. Fizik muayenede solunum sesleri azalmış, arkaön akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda, kalp konturunu silen homojen yoğunluk artışı görüldü. Bilgisayarlı toraks tomografisinde orta lob bronşunda, içinde kalsifikasyon izlenen endobronşiyal lezyon ve alt lop atelektazisi saptandı. Fiberoptik bronkoskopide ara bronş üzeri nekrotik hareketli kitle ile tam tıkalı görüldü, kitle çıkarıldıktan sonra mukozada yaygın beyaz lezyon izlendi. Patolojik değerlendirmede yabancı cisim ile uyumlu aselüler materyal (1-0,9 cm çaplarında kahve renkli parçalanmış görünümde) görüldü. Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde, bir ay öncesi yemek yerken öksürüklerinin başlayıp devam ettiği öğrenildi. Hasta halen takibimiz altında olup, radyolojik bulguları düzelmiştir. Sonuç olarak; trakeobronşiyal yabancı cisim aspirasyonları, akut semptomlarla veya aspirasyon şüphesi ile müraaat eden hastalar yanı sıra kronik semptomları ve radyografisi olan hastalarda da ayırıcı tanıda düşünölmelidir.

resim 1



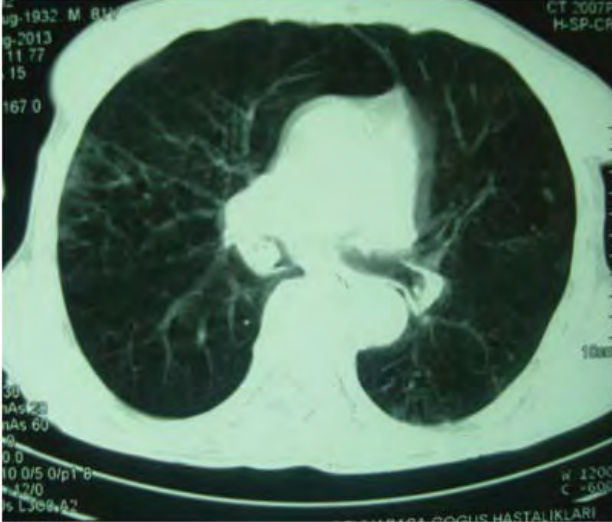
başvurudaki arka-ön akciğer grafisi

resim 2



toraks bt mediasten kesiti ara bronşu tıkayan kitle kalsifik görünüyor

resim 2



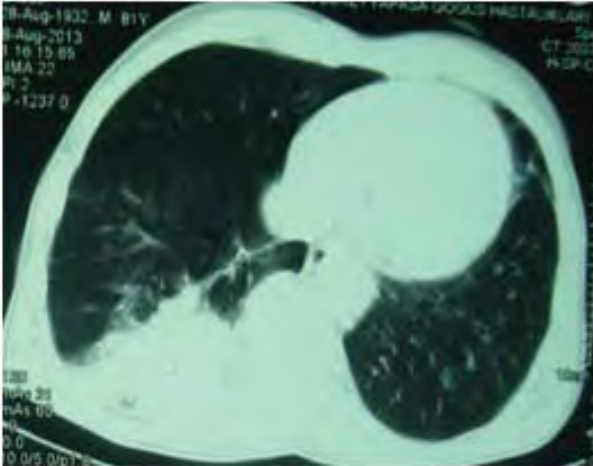
toraks bt parankim kesiti ara bronşu tıkayan kitle görünümü

resim 2



toraks bt mediasten kesiti postobstruktif atelettazi görünümü

resim 2



toraks bt parankim kesiti postobstruktif atelettazi görünümü

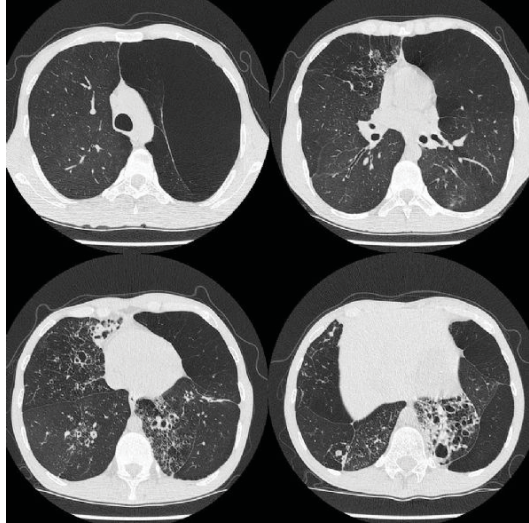
EP-161

İdiyopatik Dev Büllöz Amfizem (Vanishing Lung Syndrome) Tedavisinde Endobronşiyal Valf Uygulaması; Olgu Sunumu

Alper Gündoğan, Tuncer Özkısa, Ergün Uçar, Ergun Tozkoparan, Hayati Bilgiç
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Bül akciğer dokusunun tamamen harap olduğu bir santimetreden büyük hava boşluklarıdır. Dev bül terimi ise hemitoraksın %30'undan daha fazlasını kaplayan büller için kullanılır. Tedavisinde öncelikle büllektomi, amfizem ile birlikteliğinde ise akciğer volüm küçültücü cerrahi yer alır. Cerrahinin uygun olmadığı durumlarda endobronşiyal volüm küçültücü tedaviler denenebilir. Bizde yaygın bronşektazi ve amfizem nedeniyle cerrahiye uygun olmayan ancak semptomatik hastada endobronşiyal valf tedavisi uyguladığımız dev büllü amfizem vakası sunuyoruz. Uzun süredir dispnesi olan 28 yaşında erkek hasta kontrol muayenesinde akciğer grafisinde sol akciğer üst zonda bül formasyonu izlenmesi üzerine sevk edilmişti. Sigara içicisi olmayan hastanın efor kapasitesi >7 MET ve dispne şiddeti MMRC dispne skalasına göre evre 3'tü. SFT'de FVC: %48, FEV1: %20.8, FEV1/FVC: %36, RV: 3.19 litre (%200), TAK: 5.25 (%85) AKG'de Pao2:61mmHg, Spo2:%93 olarak ölçüldü. 6 dakika yürüyüş testinde (6DYT) 502m yürüyen hastanın test sonunda oksijen saturasyonu %89'a düştü. HRCT'de yaygın amfizematöz ve bronşektazik değişikliklerin yanında sol akciğer üst lobu kaplayan dev bül izlendi. Hastada a-1 antitripsin eksikliği saptanmadı. Yaygın bronşektazi ve amfizem nedeniyle cerrahi girişim düşünülmeyen hastaya volüm küçültücü endobronşiyal işlem planlandı. Bronkoskopide üst lob bronş ağzı alt lob bronşuna paralel uzanacak şekilde bül basısı ile yer değiştirmişti. Hastada üst lobda chartis katater ile kollateral dolaşım olmadığı görüldü, üst lob segmentlerine endobronşiyal valfler yerleştirildi. Hastanın 2 aylık takiplerinde 6DYT sırasıyla 529m – 535m ve 547 m olarak saptandı. Hastanın istirahat saturasyonu %95'e yükseldi, tedavi sonunda RV 1.78 litre (%112), TAK: 4.65 (%75)'e düştü. 7. Ayda hastanın valfleri çıkarıldı. Cerrahi endikasyonu olmayan hastada şikayetlerinde iyileşmenin yanında solunum fonksiyonlarında da kısmen iyileşme sağlanarak takip altında taburcu edildi. Bül tedavisini öncelikle cerrahi tedavi yaklaşımları oluşturmakla birlikte cerrahiye uygun olmayan hastaların tedavisiz takibi büllerin komplikasyon ile sonuçlanmasına yol açabilir. Ayrıca bu hastaların eşlik eden pulmoner semptomlarına sıklıkla semptomatik medikal tedaviler yanıt vermez. Bu nedenle vakaların yakın takibi ile birlikte cerrahi dışı yöntemlerin de denenmesinde yarar vardır. Vakamızda olduğu gibi bülün endobronşiyal volüm küçültücü tedavi bülün boyutunda belirgin değişiklik oluşturmaya da eşlik eden yaygın amfizem varlığında volüm küçültücü endobronşiyal tedaviler akciğer hacimlerinde ve semptomlarda iyileşme sağlayabilir. Vakamız yakın takibe almadan önce cerrahiye uygun olmayan dev büllöz amfizemli olgularda endobronşiyal tedavilerin yarar sağlayabileceğini gösterdiği için sunulmuştur.

Resim 1



Toraks HRCT'de sol üst lobda dev bül ile birlikte her iki akciğerde yaygın amfizematöz ve bronşektazik değişikliklerle izlenmektedir.

Resim 2



Resim 2: Tedavi sonrası PA Akciğer grafisi

EP-162

Endobronşiyal Metastaz Yapan Mikst Germ Hücreli Testis Tümörü: İki Olgu

Ayperi Öztürk, Zafer Aktaş, Aydın Yılmaz

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Pulmonoloji Kliniği, Ankara

Santral hava yollarına en sık metastaz yapan ekstratorasik organ tümörleri meme, kolorektal ve renal kanserlerdir. Testis tümörlerinin büyük çoğunluğu testisin esas hücre tipi olan germ hücrelerden köken alır. Germ hücreli tümörlerin çoğu birden fazla hücre tipinden oluşur. Geniş serilerde akciğer metastazlarının % 7-10 unun testis kaynaklı olduğu bildirilmektedir. Testis kanserine bağlı endobronşiyal metastaz nadir görülür.

İlk olgumuz, 27 yaşında erkek hasta nefes darlığı, öksürük yakınmalarıyla başvurdu. Özgeçmişinde, mikst germ hücreli testis tümörü (%65 embriyonel karsinom, %35 seminom) tanısı ile sol orşiektomi yapılmıştı. Takibinde kemoterapi veya radyoterapi almayan hasta akciğerde kitle nedeniyle kliniğimize gönderilmişti. Çekilen akciğer grafisinde, sağda total atelektazi mevcuttu. Fiberoptik bronkoskopi, trakea alt uçtan itibaren infiltrate idi ve sağ ana bronş endobronşiyal lezyon (EBL) ile tam oblitereydi, sol ana bronş %50 daralmıştı, asfiksi riski nedeniyle biyopsi alınmadı.

İkinci olgumuz, 39 yaşında erkek hasta nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde, mikst germ hücreli testis tümörü tanısı ile sol orşiektomi yapılmıştı. Takibinde kemoterapi veya radyoterapi almayan hasta tanısız amaçlı ileri tetkik için kliniğimize gönderilmişti. Çekilen akciğer grafisinde, sağ üst zonu kaplayan homojen opasitesi mevcuttu. Fiberoptik bronkoskopi, sağ üst lobu tam tıkayan vaskülarize EBL izlendi; biyopsi kanamaya meyilli olduğu için alınmadı.

Her iki hastaya da tanı ve palyatif tedavi amacıyla girişimsel bronkoskopi yapıldı. Lezyonların EBL kısımları argon plazma koagülatörle koagüle edilerek kriyoekstraksiyon ile çıkartıldı. Girişimsel bronkoskopi sonrası ilk olguda total atelektazi düzeldi. İkinci olguda sağ üst lobda kısmi açıklık sağlandı. Gönderilen her iki EBL' nin de patoloji sonucu 'mikst germ hücreli testis tümörü metastazi' olarak raporlandı. Hastalar, kemoterapi planlanması için medikal onkolojiye yönlendirildi.

Bu olgular, testis germ hücreli tümörlerinin total / kısmi atelektaziye sebep olacak endobronşiyal metastaz yapması nadir olduğundan ve EBL' ların metastatik olabileceğini de vurgulamak amacıyla sunuldu.

Resim 1. İşlem öncesi sağ üst lob girişi EBL

Sağ üst lobu tam tıkayan vaskülarize EBL (ikinci olguya ait görünüm). Ara bronş açık, orta ve alt lob girişleri açık izlenmektedir.

Resim 2. İşlem sonrası sağ üst lob girişi

Sağ üst lobda kısmi açıklık sağlandı; ancak tümör, sağ üst lob mukozasını infiltrate etmiş ve arkaya uzanım göstermekteydi (ikinci olguya ait görünüm)

EP-163

Vücut Dışı Akciğer Perfüzyonunda Donör Aortu Kullanarak Yapılan Atrial KanülasyonAli Yeginsu¹, Serkan Bayram², Erdal Taşçı¹, Belma Erdoğan¹, Atakan Erkılınc³, Cemal Asım Kutlu¹¹Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi ve Akciğer Nakli Kliniği, Kartal²Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Maltepe, İstanbul³Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi Kliniği, Kartal

GİRİŞ: Vücut dışında akciğer perfüzyonu (VDAP) donör havuzunu genişletmek için tüm dünyada uygulanan bir yöntemdir. Bu makalede atrial kanülasyon için donör aortu kullandığımız bir VDAP olgusu sunduk.

Olgu aynı zamanda ülkemizde yapılan ilk VDAP olgusudur.

OLGU SUNUMU: Donör suicidal serebral ateşli silah yaralanması nedeni ile ölen 29 yaşında bir erkekti. Başlangıçta kriterler standart donör kriterleri ile uyumluymuş ancak akciğerin alınma sürecinde PaO₂ basıncı 310'dan 230mm-Hg'ye düştü. İyileştirme manevralarına cevap alınamadı. Bu nedenle, akciğer nakli öncesinde VDAP yapılmasına karar verildi. Donör akciğeri standart usullerle alındı. Distal trakea karinanın 6-8cm üzerinden kesildi. Ek olarak, donörün desendan ve proksimal arkus aortasından major damar ağzlarını da içine alan bir bölümü alınarak akciğerlerle birlikte muhafaza edildi.

Donör akciğeri merkezimize ulaştığında öncelikle aortu anastomoz için hazırladık. Arkus aortadaki vasküle ağzları kesilerek birleştirildi ve tek bir manşet oluşturuldu. Manşet traşlanarak atriya uygun hale getirildi. Atrial duvar ve aortik manşet 4-0prolen ile ters mattress teknik ile dikildi. Aortik konduitin içine bir venöz kanül yerleştirilerek tespit edildi. Son olarak, perfüzyon öncesinde trakea entübe edildi ve pulmoner arter kanüle edildi. 210 dk VDAP sonrasında PaO₂ basıncı 485mm-Hg'ye yükseldi. Sonuçta, akciğerler 56 yaşında terminal KOAH'lı bir erkek hastaya nakledildi.

SONUÇ: Venöz anastomozda doğal bir dokunun kullanılması anastomoz bölgesinde kaçak riskini azaltmaktadır. Bu kolay teknik özel tasarlanmış kanül gerektirmemektedir. Bu nedenle klasik yönetime bir alternatif olabilir.

Resim 1



Donör aortunun anastomoz için hazırlanması. aortik ark üzerindeki vasküler dalların ağzlarının arası kesilerek birleştirildi ve tek bir manşet oluşturuldu. Daha sonra manşet kenarları traşlanarak atrial ağza uyumlu hale getirildi.

Resim 2



Tam kanülasyon sonrası görünüm. Trakea (yıldız) entübe edildi. Pulmoner arter (kare) içine kanül yerleştirilerek tespit edildi. Atrial anastomoz (yatay ok) 4-0 prolenle ters mattress suture ile yapıldı. Daha sonra aortik konduit (dikey ok) içine kanül yerleştirilerek tespit edildi.

EP-164

Sol Alt Lob Posterobazal Segmentte Kitle? Tüberküloz?

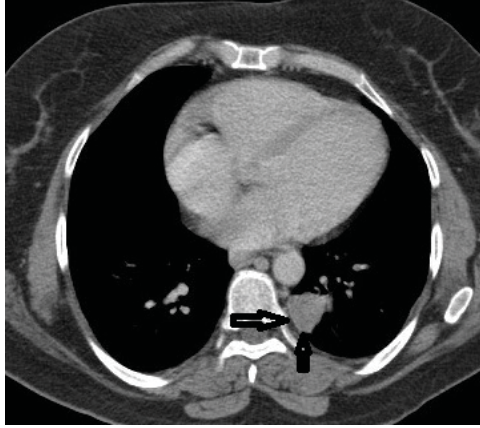
Fatih Metroğlu

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi, Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

GİRİŞ: Tüberküloz (TB) ve akciğer karsinomu bazen birbiriyle karışan ve bu nedenle tanı ve tedavide gecikmelere neden olabilen hastalıklardır. Tüberküloz farklı klinik ve radyolojik görünüm verebilir(1). Akciğer TB radyolojik olarak bazı tümöral, inflamatuvar ve sistemik hastalıklara benzer bulgular vererek tanı güçlüklerine yol açabilir.

OLGU: Göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikâyetiyle kliniğimize başvuran 47 yaşındaki kadın hasta yatırıldı. Fizik muayenede akciğer sesleri doğal, diğer sistem muayenelerinde bir özellik yoktu. Öz geçmişinde trigeminal nevralji tanısı vardı. Hastanın çekilen bilgisayarlı toraks tomografiğinde aorto pulmoner, sol paratrakeal, subkarinal büyüğü 2 x 1.5 cm boyutunda birkaç adet lenf nodu izlendi. Ayrıca sol akciğer alt lob posterobazal segmentte kostal plevraya dayanan 26 x 21 mm boyutunda hafif lobüle konturlu nodüller lezyon izlendi. Hastanın laboratuvarında bir özellik yoktu. Üç kez bakılan ARB negatif geldi. Hastaya fiberoptik bronkoskopi yapıldı ve alınan lavajda üreme olmadı. Tümör tarama amaçlı PET-CT çekildi. Para-aortik ve subaortik lenf nodlarında SUVmax; 6, sol alt lob kitlede ise SUVmax; 6,5 idi. Hasta tanı amaçlı video-yardımlı torakoskopi ile 5 ve 6 nolu lenf nodları alındı ve frozonda kazeifiye granülatöz lenf adenit denildi. Ancak sol alt lob postero-bazal segmentteki lezyonun yer itibariyle şüpheli olduğundan wedge rezeksiyonla alındı ve uzun takipte kazeifiye granülatöz inflamasyon olarak geldi. İlginç gördüğümüz için literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Resim 1



Sol alt lob postero-bazalde kitle

Resim 2



Aortiko-pulmoner pencerede lenf nodları

EP-165

Diş İmplantı Yerleşimi Sırasındaki Ciddi Komplikasyon

Menduh Oruç¹, Ersin Keskin², Kamile Oruç³, Fatih Metersoğlu¹, Serdar Monis¹, Ali Bırak¹¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır²Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Çene Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır³Dicle Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Ortodonti Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ: Trakeobronşiyal yabancı cisimler hayatı tehdit eden bir durumdur. Çocuklarda daha sık görülmesine rağmen her yaş grubunda görülebilir. Olgumuz 54 yaşında erkek bir hastada idi. Üst diş eksikliği nedeniyle diş implantı tedavisi sırasında diş implantı meteryal başlığını aspire etmesi sonucu ani gelişen nefes darlığı ve şiddetli kuru öksürük şikâyeti ile acil servise başvuruda bulundu. Akciğer grafisi ile tanı konuldu. Genel anestezi altında rijit bronkoskopi yapılarak çıkartıldı.

Üst solunum yolu tıkanıklığının en sık sebebi trakeobronşiyal yabancı(TBY) cisimlerdir(1). Küçük yaşta daha sık görülür(2). Yetişkinlerde TBY nadir görülür. Şiddetli öksürük, nefes darlığı görülebilir. Bazen hiçbir belirti vermeyebilir, daha sonra karşımıza kronik akciğer enfeksiyonu, bronşektazi veya akciğer apsesi ile gelebilirler. Yetişkin hastaların klinik bulgular spesifik olmadığı için tanı, hastadan alınan öyküye ve yabancı cisimden şüphelenmeye bağlıdır. TBY'in büyüklüğüne bağlı olarak solunum yolunu tıkatarak ani ölüme yol açabilir. (2,3,4).

OLGU: Nefes darlığı ve kuru öksürük şikâyeti ile hastanemize başvuruda bulunan 54 yaşındaki erkek hastanın fizik muayenesinde dinlemekle her iki akciğerde solunum sesi eşitti. Ancak hastanın wheezing bulguları mevcuttu. Başka bir bulgusu yoktu. Hastanın alınan hikâyesinde sağ üst 1. Molar diş eksikliği nedeni ile diş hekimliğinde yapılan diş implantı tedavisi sırasında implant başlığının nefes aldığı sırada aniden aspire ettiğini ve ardından öksürük ve nefes darlığı geliştiğini tarif ediyor. Görüntülenen akciğer grafisinde sol akciğer alt lob mediasten gölgesinde bir opasite görülüyordu. Olaydan 6 saat geçmişti. Genel anestezi altında 8,5 F kalınlığında rijit bronkoskopi ile bakıldı. Sol ana bronşun alt lobu en distal kısmında bronş yabancı cisim görüntüledi (Resim.1,2) forseps ile çıkarıldı. Başka bir komplikasyon olmadan işleme son verildi.

TARTIŞMA: Erişkinlerde TBY aspirasyonları hayatı tehdit eden ciddi bir durumdur. En sık görülen semptom (% 48) ile ani boğulma hissi, öksürük (%37), ateş(%31), nefes darlığı(%26) olarak görülür(3) Hastanın oluşan semptomları iyi irdelenmeli. Aksi takdirde sürekli öksürük, hırıltılı solunum ve sık sık akciğer enfeksiyonları ileride ciddi potansiyel oluşturur(5). Olgumuzda diş implantı tedavisi sırasında gelişen ani nefes darlığı, hırıltılı solunum, öksürük şikâyetleri vardı. Hasta TBY aspirasyonunun farkında idi. Bu yüzden semptomları erken fark edildi. Ateş ve kronik enfeksiyon gelişmedi.

Resim.1



akciğer görüntüsü

Resim.3



bronş yabancı cismin intrabronşiyal görüntüsü

Resim.2



bronş yabancı cisim

EP-166

Sol Pulmoner Arter İle Sol Atrium Arasındaki Kurşun Çekirdeği Çıkarılmalı mı?

Fatih Meteroğlu

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi, Anabilim Dalı, Diyarbakır, Türkiye

GİRİŞ: Delici göğüs yaralanmalarında mortalite künt göğüs travmalarına göre daha düşüktür. Bunun nedeni, bu yaralanmaların etkilediği alanın daha küçük olması ve eşlik eden organ yaralanmalarının daha az olmasıdır. Delici yaralanmalar içinde ise ateşli silahlarla meydana gelen yaralanmaların mortalitesi, diğer delici ve kesici aletlerle meydana gelen yaralanmalara göre iki kat fazladır. Günümüzde, yüksek kinetik enerjili silah (YKES) ile meydana gelen yaralanmalarla sadece savaş ortamında değil günlük hayatta da oldukça sık karşılaşılmaktadır. Bu nedenle, bu tip yaralanmalarda nasıl bir cerrahi tedavi yaklaşımının izleneceğinin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Klinik çalışmalar, deneyimli bir ekip tarafından zamanında müdahale edilmediğinde, YKES ile meydana gelen göğüs yaralanmalarında mortalitenin artacağını göstermiştir. Olgumuzda ise sol atrium ve pulmoner arter arasında kalan kurşun çekirdeğinin olguya zarar vermediği halde çıkarılması hususunda farklı görüşleri olduğunu düşündüğümüzden sunmayı amaçladık

OLGU: Ondört yaşında erkek olgu. Ateşli silahlı yaralanma sonucu hasta kliniğimize refere edildi. Olgunun fizik muayenesinde sol hemitoraks lateralde 7 kaburga düzeyinde ateşli silahlı yaralanmaya bağlı giriş deliği görüldü. Fizik muayenede akciğer sesleri, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Rutin laboratuvarında bir özellik yoktu. Çekilen bilgisayarlı toraks tomografide (BT) Sol atrium ile sol pulmoner arter arasında metalik yabancı cisme ait görünüm izlenmektedir. Ayrıca sol plevral aralıkta minimal hemotoraks mevcut olup, solda subplevral alanlarda dansite artışları mevcuttu (Resim 1,2). Bunun üzerine eko-kardiyografi çekildi. Solda inen aorta ile kalp posterioru arasında metalik yabancı cisme ait yüksek dansiteli görünüm ve çevresinde artefakt izlenmektedir. Artefakt nedeniyle optimal lokalizasyon tespit edilememektedir. Lezyonun bu düzeyde myokarda saplanmış olabileceği düşünüldü. Kalp damar cerrahisi konsültasyonu istendi ve müdahale düşünmedi. Ancak hastanın merkezden uzak yerde yaşaması, kurşun çekirdeğinin bulunduğu yer itibarıyla ve kalp atışıyla sürekli hareket halinde olduğu, pulmoner arteri rüptüre edebileceği düşüncesiyle olguya operasyon planlandı. Operasyonda sol pulmoner arter diseke edilerek sol atriuma varıldı ve kurşun çekirdeği sol atrium üzerinde çıkartıldı. İşlem sonrası herhangi bir sorun yaşanmadı ve olgu post-operatif 5. Gün taburcu edildi.

Resim 1



Bilgisayarlı Toraks Tomografisi

Resim 2



İntra-operatif görünüm

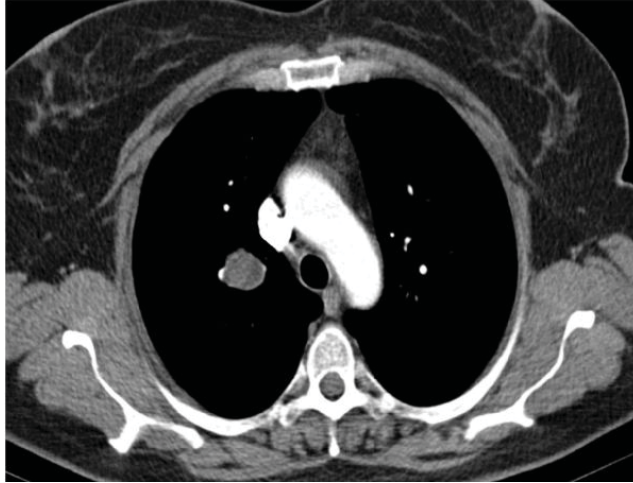
EP-167

Pulmoner Hamartomlu 6 Olgunun Literatür Eşliğinde Analizi

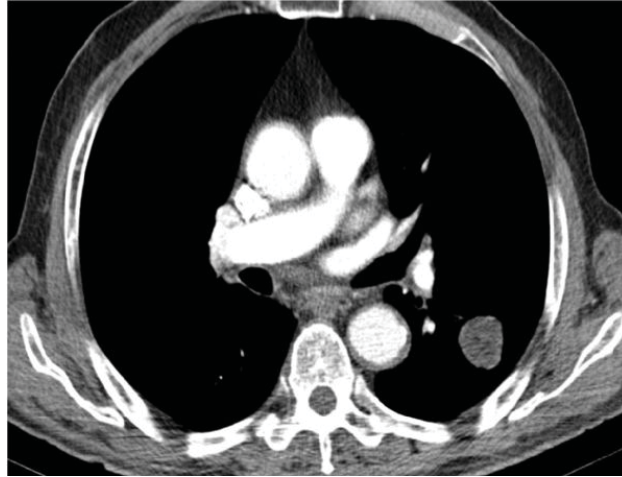
Hıdır Esmе, Süleyman Emre Akın, Ferdane Melike Duran, Mustafa Çalık, Nuri Düzgün
Meram Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Konya

Akciğer hamartomları ilk olarak 1904 yılında Albrecht tarafından tanımlanmıştır. Mezenkimal dokudan köken alan hamartomlar sıklıkla soliter pulmoner nodüller şeklinde ortaya çıkarlar. Hamartomlar genelde asemptomatiktir ve akciğerin en sık rastlanan benign tümörleridir. Genellikle periferik olarak tesadüfen akciğer grafilerinde rastlanan hamartomlar %3-20 oranında endobronşial yerleşimli olabilirler. Kliniğimizde 2009-2013 yılları arasında 6 pulmoner hamartomlu olgu cerrahi olarak tedavi edildi. Olguların radyolojik incelemesinde lezyonların yağ dansitesinde olduğu ve klasifikasyon içermediği saptandı. 4 olgu asemptomatikti. Diğer iki oldguda karşılaşılan semptomlar ise göğüs ağrısı ve öksürüktü. Periferik yerleşimli 2 olguya VATS uygulandı. 4 olguya ise torakotomi yapıldı. Hastalarımızın hiçbirisinde mortalite veya morbidite görülmedi. Asemptomatik hamartomlu olguların tedavisinde takip iyi bir yöntemdir. Takip esnasında lezyon boyutlarında büyüme olması durumunda hastaya VATS uygulanabilir. VATS için uygun olmayan santral yerleşimli olgularda özellikle parankim koruyucu cerrahiye özen gösterilmelidir.

resim 1



resim 2



EP-168

Çocukta 1.5 kg Ağırlığında Dekortikasyon Materyali Nedeni: Tüberküloz PlöreziNuri Düzgün¹, Hıdır Esme¹, Mustafa Çalık¹, Ercan Kurtipek², Süleyman Emre Akın¹¹Meram Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Konya²Meram Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Konya

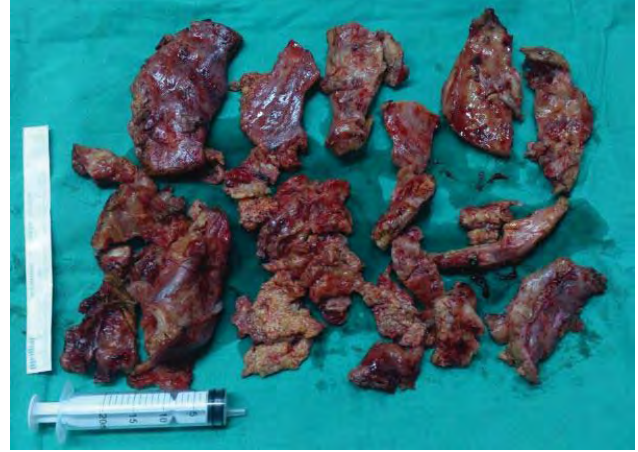
Tüberküloz, dünyada hala morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir. Tüberküloz plörezi subplevral yerleşmiş olan bir tüberküloz odakının plevraya açıldıktan sonra burada CD4 T lenfositler tarafından verilen gecikmiş tip aşırı duyarlılık reaksiyonu sonucu oluşur. Plörezi sonrası efüzyon gelişiminin en önemli nedeni ise kapiller permeabilite artışıdır. Plevral efüzyonlarda sıklıkla, akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografi ile tanı koymak mümkündür. Plevral kalınlaşma ciddi boyutlara ulaştığında akciğer ekspansiyonu engellenir. Bu durumda dekortikasyon ile kalınlaşmış olan plevranın çıkarılması gerekir. Nefes darlığı, göğüs ağrısı, öksürük ve ateş şikayeti ile kliniğimize başvuran 15 yaşında erkek hastanın, çekilen filmlerinde sağda masif plevral efüzyon ve ciddi plevral kalınlaşma saptanması üzerine hastaya total dekortikasyon uygulanmıştır. İşlem sonrası dekortike edilen kalınlaşmış plevra tartıldı ve 1.5kg ağırlığında olduğu görüldü. Yazımızda hastamızın klinik, tanı ve tedavi basamakları literatür eşliğinde sunulmuştur.

resim 1



Hastaya çekilen BT' de mediasten penceresinde yaygın plevral efüzyon ve plevral kalınlaşma görülmüştür.

resim 3



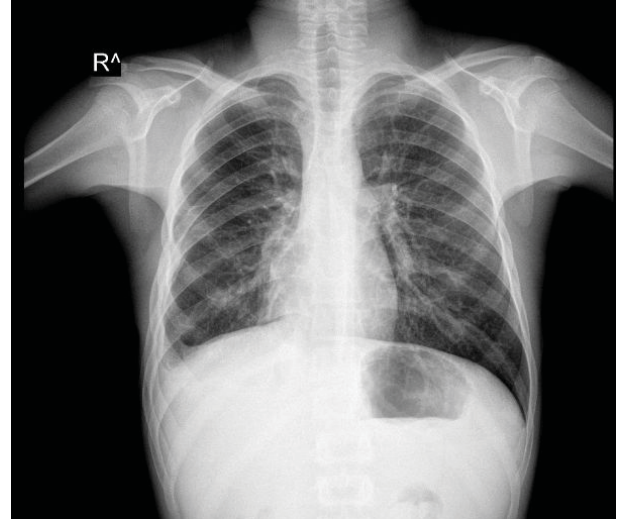
1.5kg ağırlığında dekortikasyon materyali.

Resim 2



Hastaya çekilen BT' de parankim penceresinde sağ akciğerin ne kadar az bir kısmının havalandığı görülmüştür.

resim 4



Hastanın 5 ay sonra poliklinik kontrolünde çekilen akciğer grafisinde saptanan radyolojik düzelme görülmüştür.

EP-169

Boğaziçi Köprüsünden Atlama Sonrası Gelişen Travmatik Pulmoner Psödokist

Fatih Candaş, Akın Yıldızhan, Rauf Görür, Turgut Işıtmangil
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Cerrahisi Servisi

GİRİŞ: Travmatik Pulmoner Psödokist (TPP) sıklıkla künt toraks travması sonrası gelişen kaviter bir lezyondur. Alveolar laserasyonlar sonrası oluşan TPP'lerde epitelyal bir membran bulunmaz.

OLGU: Özgeçmişinde anksiyete bozukluğu hikayesi olan 30 yaşındaki erkek hasta yaklaşık 64 m yükseklikteki Boğaziçi Köprüsünden atlayarak suisit girişiminde bulundu. O esnada aynı bölgede bulunan sahil güvenlik ekiplerince denizden kurtarılarak hastanemiz acil servisine getirildi. Acil serviste görülen hastanın genel durumu orta, şuur açık, koopere, oryante idi. TA:85/130mmHg, SaO2: %90' dı. Oskültasyonda özellikle bazallerde solunum sesleri azalmış olarak duyulan hastanın çekilen toraks tomografisinde bilateral alt loblarda yaygın kontüzyon ve multipl milimetrik psödokistler, sağda minimal olmak üzere bilateral pnömotoraks saptandı. Diğer sistem muayenelerinde ise T4 vertebra ve skapula kırığı saptandı. Hastaya oksijen desteği verilerek sol tüp torakostomi uygulandı ve servisimizde takibe alındı. Vertebra ve skapula kırıklarına konservatif olarak yaklaşıldı. Beş gün sonra toraks dreni çekilen hasta taburcu edildi. Bir ay sonrası kontrol toraks tomografisinde psödokistlerin iyileştiği görüldü.

SONUÇ: TPP'ler kendi kendilerini sınırlayan ve çoğunlukla spesifik bir tedaviye gerek kalmadan spontan iyileşen kaviter lezyonlardır. Fakat nadiren kanama ve enfeksiyon sonrası cerrahi girişim gerekebilir. Bu nedenle TPP'li hastalara konservatif yaklaşılmalı, gelişebilecek komplikasyonları önleyebilmek için uzun dönem takipleri yapılmalıdır.

Resim 1



1A: Sağ akciğerde psödokist, 1B:Bilateral alt loblarda multipl psödokist, yaygın kontüzyon ve bilateral pnömotoraks, 1C: Bir ay sonraki kontrol toraks tomografisinde psödokistlerin rezolüsyonu.

EP-170

intratorasik Tiroit Olgusu

Menduh Oruç

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

GİRİŞ: Tiroit dokusunun normalden daha fazla büyümesine guatr denir. Guatrlar normalde boyun bölgesindedir ve Toplumun % 5'inde görülür, ancak bunların %3 ile %17'si göğüs boşluğuna uzanım gösterir. Tiroidin göğüs boşluğuna doğru büyük kitle şeklinde büyümesine intratorasik guatr (İTG) denir. (1).Genellikle 50 yaş üzerinde görülmekte olup kadınlarda 3-4 kat daha fazladır. Hastalarda solunumsal, özofajial, damarsal ve nörolojik semptomlar görülebilir. Bunlar stidor, disfaji, nefes darlığı, öksürük gibi semptomlardır (2).

OLGU: Elli sekiz yaşında bayan hasta nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikâyetleri ile başvuruda bulundu. Hikâyesinde beş yıl önce boyunda sol parsiyel tiroidektomi ameliyatı olmuş. Hastanın tomografisinde sternum altında 11x8x3,5 santimetre boyutunda iki loblu kitlesi mevcuttu(resim1). Median sternotomi yapıldı. Kitlenin üst tiroit ile bağlantısı olmadığı görüldü. Damarlanması servikal tiroit ile bağlantısı yoktu. Kitle total olarak çıkartıldı(resim2).

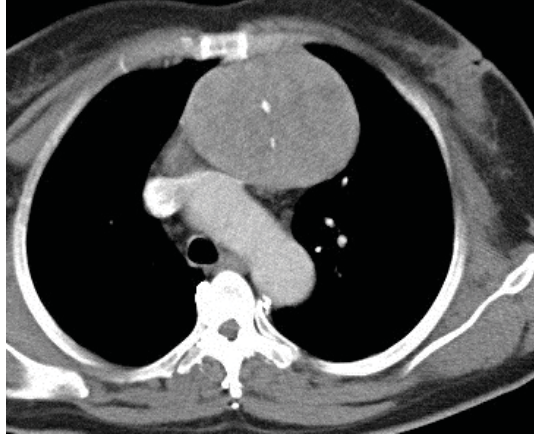
TARTIŞMA: İTG ilk kez 1749 yılında tanımlanmıştır.Bazı yazarlar İTG veya retrosternal tiroit terimini tanımlamışlar (3). Mediastende ektopik yerleşenlere primer İTG, diğerine sekonder İTG denir. Primer İTG kanlanmasını mediasten damarlarından alırken sekonder İTG kanlanmasını servikal tiroidin damarlarından alır(4,5). Olgumuzda kitle düzgün sınırlı kapsüllü idi. Kitlenin mediastende innominate arterden besleniyordu. Aynı zamanda kitle göğüs boşluğu ile izole idi.

Substernal guatrların çoğu adenomatöz ve benignidir. Ancak %2-3 malignite olabileceği bildirilmiştir.

Kitlenin görüntülenmesinden sonra semptomların varlığına bakılmaksızın cerrahi olarak çıkarılmaları gerekir. Bunun için genellikle servikal boyun disseksiyonu yeterlidir. Ancak bazı vakalarda yalnızca servikal girişim sırasında kontrol edilemeyen kanama, rekuren sinir yaralanması riskini artırabildiği gibi, rezidual guatr da bırakabilir. Bu yüzden median sternotomi veya torakotomi gerekebilir(7). Olgumuza parsiyel median sternotomi uyguladık. Kitlenin damarlanması servikal tiroitten bağımsız idi, yani primer substernal tiroit idi.

SONUÇ: Mediasten kitleleri içinde olan ve nadir görülen ektopik tiroitler belirti vermesine bakılmaksızın cerrahi olarak alınmalıdır. Aksi takdirde kitle yaptığı bası istenmeyen birçok komplikasyona neden olabilir.

Resim1.



kitlenin toraks tomografisindeki görüntüsü

Resim2.



kitlenin görüntüsü

EP-171

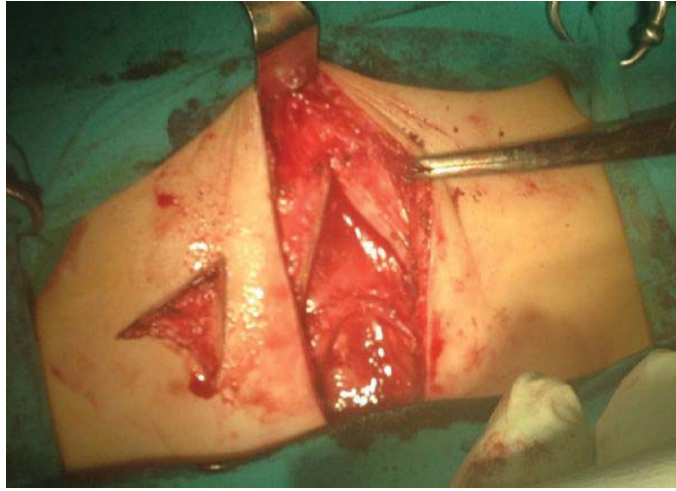
Yeni Doğanda Sternal Kleft Olgusu

Menduh Oruç, Ahmet Erbey, Atalay Şahin, Fatih Metroğlu, Bülent Öztürk, Serdar Monis, Ali Bırak
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Sternumun tam ya da kısmi olarak ayrışmasıdır. Nadir görülen bir göğüs duvarı deformitesidir. Gestasyonun 8. haftasında iki sternal çubuğun kaynaşması sırasında oluşan yetmezlikten kaynaklanır (1). Sternal kleft (SK)olmasına karşın normal deri örtüsü mevcuttur. Genellikle perikard sağlamdır. Akciğerler plevrayla örtülü ve diafragma da normaldir. Ağlama veya Valsalva manevrasıyla deformite oldukça belirginleşir(1,2). SK olan bebeklerin kalp pozisyonları normal yerleşimlidir. Kalp atımları defektin olduğu bölgede görülebilir. Kalp, büyük damar, perikard, diafragma veya karın duvarı malformasyonları ile birlikte seyredebilmektedir(3).

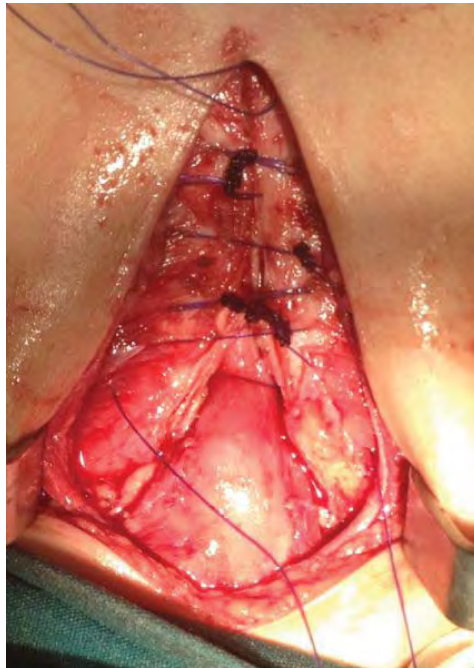
OLGU: Hasta 3 aylık kız çocuğuydu. Doğduğundan beri kalp atımları ile uyumlu derinin hareket ettiği hikâyesi mevcut. Hastanın ağlamasında bu görüntü daha belirgindi. Deri üzerinde kalp atımları ve paradoksal solunum görülüyordu, palpasyonla sternal çubuklar ayrıktı. Akciğer grafiği, Eko kardiyografisi, batın ultrasonografisi normal idi. Hasta yakınları toraks tomografi çekilmesine izin vermediler. Yapılan ameliyatta perikard sternal çubuklardan serbestleştirildi. Olguda sternum alt ucu "V" şeklinde bitişikti. Buraya wedge rezeksiyonu yapıldı. Bu rezeke edilen parça, sternal barlar absorbabl sütür ile bir araya getirildikten sonra üst kısımda oluşan boşluk bu elde edilen parça ile kapatıldı(resim1,2). Postoperatif paradoksal çökme kayboldu

Resim1.



intraoperatif wedge rezeksiyonu

Resim2.



wedge rezeksiyonu onarılması

EP-172

Akciğer Metastazını Taklit Eden Tipik, Atipik Karsinoid Tümör ve Tümörlet BirlikteliğiPınar Bıçakçıoğlu¹, Leyla Nesrin Acar¹, S.ş Erkmen Gülhan¹, Merve Şengül¹, Furkan Şahin¹, Funda Demirağ², Behiye Akkalyoncu³¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği³Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Tümörlet, akciğerde nöroendokrin hücrelerin oluşturduğu 5 mm'den küçük topluluklardır. Lezyonun boyutu 5 mm'den daha büyük olursa karsinoid tümör olarak adlandırılır. Tümörlet, genellikle insidental olarak saptanır ve asemptomatiktir. Pulmoner tümörletler ile karsinoid tümörler aynı histolojik, yapısal ve immunohistokimyasal özellikler gösterir ve bu iki patoloji arasındaki ayrım yalnızca boyuta dayanır. Tümörletler genellikle altta yatan bronşiektazi ve akciğer fibrozisi gibi hastalıklarla birliktelik gösterir. Benign olarak kabul edilmelerine karşın metastaz yapma özellikleri de bildirilmiştir. Bu çalışmada akciğerde multip nodülleri olan ve tanısız wedge rezeksiyon uyguladığımız tipik ve atipik karsinoid tümör ile tümörlet birlikteliği olan bir olgumuzu sunduk.

OLGU: Memede benign kistik lezyon nedeniyle takip edilen 66 yaşındaki bayan hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ akciğer orta lob medial segmentte 9 mm, sağ üst lob posterior segmentte 7mm, sağ alt lob anterior segmentte milimetrik nodüller saptanması üzerine takibe alınmış. Kontrol toraks BT'de nodül sayısında artış ve var olan nodüllerde büyüme saptanması üzerine çekilen pozitron emisyon tomografisinde (PET-BT) büyüğü sağ akciğerde orta lobda yaklaşık 1 cm boyutunda multiple nodüler dansiteler (SUVmax:2.26) izlenmesi üzerine tanı ve tedavi amacıyla kliniğimize yatırıldı. Preoperatif incelemelerinde rutin tam kan ve biyokimya analizi, EKG'si normal olarak tespit edildi. Hastaya sağ minitorakotomi uygulanarak üst, orta ve alt lobdaki nodüller wedge rezeksiyon ile eksize edildi ve 2,4,7,10 nolu lenf nodları örnekledi. Postoperatif patoloji sonucu, üst lobdan wedge rezeksiyon tümörlet, orta lobdan wedge rezeksiyon tipik karsinoid tümör+multiple tümörlet+diffüz idiyopatik nöroendokrin hücre hiperplazisi, alt lobdan wedge rezeksiyon atipik karsinoid tümör+multiple tümörlet+diffüz idiyopatik nöroendokrin hücre hiperplazisi, reaktif, antrakotik 2,4,7,10 nolu lenf nodları olarak raporlandı. Çekilen Ocreotide Spect/BT 'de operasyona sekonder morfolojik değişiklikler saptandı. Onkoloji Konseyine sunulan hastaya takip önerildi. Postoperatif 7. gün taburcu edildi. Hasta 2. ay kontrolünde asemptomatik olarak takip edilmektedir.

SONUÇ: Pulmoner tümörletler, genellikle bronşiektazi ve akciğer fibrozisi gibi hastalıklarla birliktelik göstermekle beraber karsinoid tümörler ile birlikte olabilirler. Tanı ve tedavisinde cerrahi önemli yer tutar.

resim 1



resim 3



resim 2



resim 4



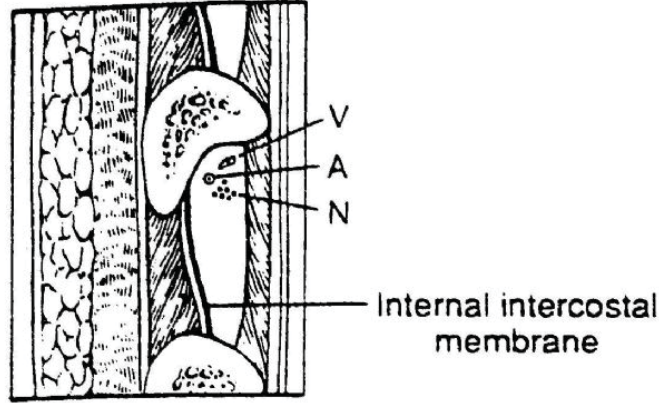
EP-173

Posttorakotomi Nevraljisinde Kalıcı Çözüm; peruktan Krioablasyon Uygulaması

Ekrem Şentürk¹, Engin Pabuşcu²¹İzmir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Medicalpark Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir²Devlet Hastanesi, Turgutlu, Manisa

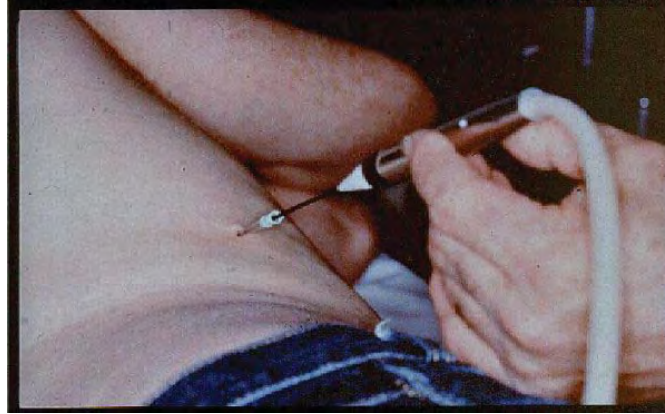
Posttorakotomi nevrojisi; toraks operasyonlarından sonra sık görülen ağrılı bir sendrom olup, halen analjezik tedavi, interkostal blokaj gibi yöntemlerle tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Biz 28 yaşında ateşli silah yaralanması sonrası 1 yıl ara ile 2 kez torakotomi yapılan olguda gelişen posttorakotomi nevrojisinde peruktan krioablasyon tedavisi uygulamasını sunmayı amaçladık. 1 yıldır devam eden göğüs ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hasta sürekli ve derin inspiyumda artan batıcı özellikte ağrıdan yakınmaktaydı. Çekilen akciğer grafisinde 5,6,7,8 kotlarda kallus ile iyileşen kırıklar ve torakotomi insizyonunu içine alan deformitesi saptandı. Hastanın deformite oluşturan 6. Ve 7. Kotlarda ağrı ve hassasiyet belirgindi. Değişik ağrı kesicilere yanıt alınmayan olguda peruktan cryoablation planlandı. Ameliyathanede skopi altında posterior midaksillar bölgeden %1 lidokain ile lokal anestezi sonrası CRYOANALGESİA PROBE-METRUM CRYOFLEX ile 5 ve 6. Kotların inferiorunda ilerletilerek interkostal sinir lokalizasyonunda sabitlendi. Probun plevra ilişkisinin olmamasına dikkat edildi. İnterkostal sinir ablasyonu 50-180 C derece, 90 saniyelik 2 uygulama ile nöroliz sağlandı. Hasta toleransı yüksek uygulamada sorun yaşanmadı. Uygulama sonrası ve 3 gün sonraki kontrolde akc grafisinde herhangi bir patoloji saptanmadı ve hastanın ağrısının tamamen geçtiği, tam blok sağlandığı gözlemlendi. Posttorakotomi nevrojilerinde ağrı kesici ve medikal blokların geçici etkisi nedeni ile peruktan krioablasyon uygulamasının kalıcı çözüm olarak uygulanmasının oldukça etkin ve kesin çözüm getireceğine inanıyoruz.

Resim 1



Hedef interkostal sinir

Resim 2



Peruktan krioablasyon uygulaması

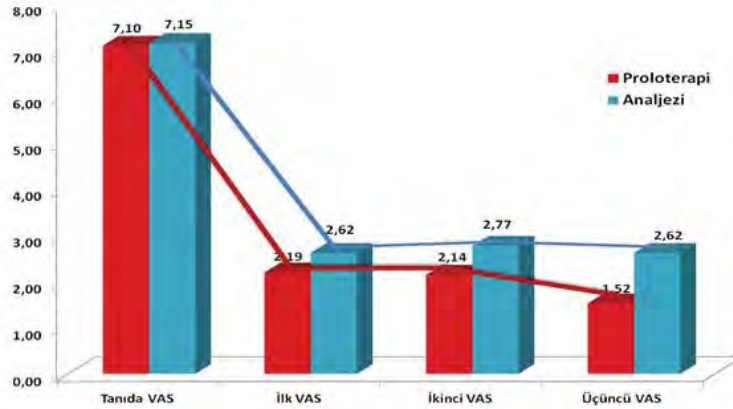
EP-174

Tietze Sendromu Tedavisinde Proloterapi

Ekrem Şentürk¹, Erkan Şahin², Selim Serter²¹İzmir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Medicalpark Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim dalı, İzmir²İzmir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Medicalpark Hastanesi, Radyoloji Anabilim dalı, İzmir

Tietze Sendromu (Kostokondral Kavşak Sendromu); kostokondral kavşakta genellikle aseptik enflamasyonla oluşan ağrılı şişlikle karakterizedir. Günümüzde lokal veya sistemik analjezik ve antiinflamatuvarlar ile tedavi edilmeye çalışılmaktadır. Proloterapi; hipertonic solüsyon enjeksiyonu ile enflamasyonlu bölgede proliferasyon indüksiyonu sağlamayı amaçlamaktadır. Böylece enflamasyon döngüsü etkin biçimde ve kısa sürede komplikasyonsuz tamamlanmakta, ağrı, şişlik ve kızarıklık gibi semptomlar gerilemektedir. Çalışmamızda klinik ve radyolojik olarak Tietze sendromu tanısı konmuş, proloterapi uygulanmış 22 olgu ile, lokal analjezi ve enflamatuar uygulanmış 13 olgunun karşılaştırılmasını amaçladık. Ağrı skorlaması: VAS(Visual Analog Skala) ile yapıldı, tedavi öncesi, tedavi sonrası 3. Gün, 2. Hafta ve 10. Hafta VAS skorları SPSS Fisher-Exact testi ile istatistiksel olarak analiz edildi. Proloterapi uygulanan olguların 16 sı kadın, 6 sı erkek olgu idi. Altı hastada komorbid hastalık öyküsü vardı. Lokal tedavi verilen hastaların 8 i kadın, 5 i erkek 4 tanesi komorbid hastalık öyküsüne sahipti. Proloterapi uygulaması; olgulara günde bir serviste enflamasyon bölgesine %15 hipertonic NaCl solüsyonu enjeksiyonu ile yapıldı. Lokal tedavi protokolü ise %2 Marcain 2cc ve 20 mg prednol enjeksiyonu ile yapıldı. Tedaviden önce ve sonrasında hastaların sistemik ağrı kesici ve antiinflamatuvar ajanlar almamaları sağlandı. Tedavi sonrasında proloterapi uygulanan olgularda zaman dilimi gelişimi gösteren ve istatistiksel olarak anlamlı yanıt bulundu. Lokal tedavi alanlardazaman dilimi gelişimi gözlenmedi, 2. Ve 3. VAS skorlarında yanıt azlığı gözlemlendi. Proloterapi uygulanan olgularda klinik ve radyolojik yanıtın lokal tedaviye göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde pozitif farklı olduğu saptandı. Kadın hastalarda yanıtın her iki yöntemde de erkeklere göre düşük olduğu gözlemlendi. Morbit hastalıkların ise tedaviye etkisi olmadığı gözlemlendi. Radyolojik iyileşme sürecinin proliferasyon indüksiyonu ile önemli ölçüde hızlandığı, lokal tedavilerde ise çok az olduğu görüldü. Sonuç olarak proliferasyon indüksiyonunun artan biçimde tedavide lokal tedaviye göre etkin olduğu görüldü. Proloterapinin Tietze Sendromunda etkin bir tedavi yöntemi olabileceği düşüncesindeyiz.

PROLOTERAPİ ETKİNLİĞİ



Demografik veriler

	Proloterapi gurubu	Analjezi gurubu	P value
Cinsiyet			
Erkek	14 (66.7)	10 (76.9)	NS
Kadın	7 (33.3)	3 (23.1)	NS
Yaş	45.4 ± 13.5	47.7 (± 15)	NS
komorbidite n/%	5 (23.8)	3 (23.1)	NS
radyolojik bulgu n/%	7 (33.3)	4 (30.8)	NS
klinik bulgu n/%	9 (42.9)	4 (30.8)	NS

*NS: not significant, #: mean ± standard deviation, 1: Fisher's Exact test, 2: Mann-Whitney U test

EP-175

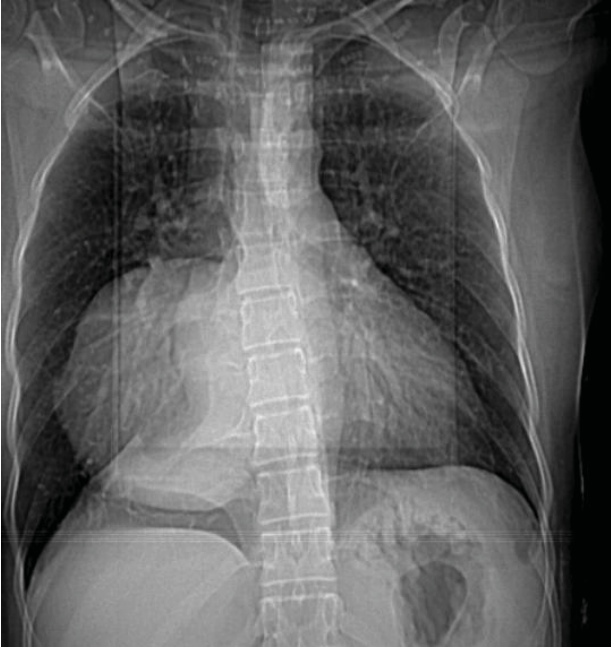
Alışılmışın Dışında Bir Kardiyak Aritmi Nedeni; Mediastinal SchwannomSerdar Özkan¹, Özlem Tanas², Funda Demirağ³¹Siirt Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi²Siirt Devlet Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı³Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Labotaruvarı

GİRİŞ: Schwannomlar nöral krest hücrelerinden kaynaklanan nadir tümörlerdir. Genellikle baş, boyun ve ekstremitelerde ortaya çıkar. Torasik schwannomlar oldukça nadirdir ve en sık posterior mediastende görülür.

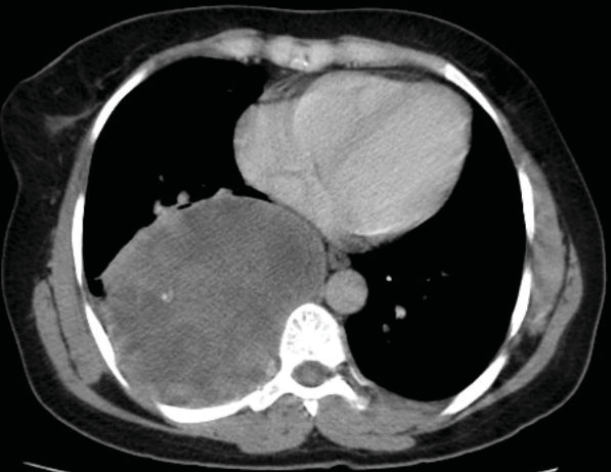
OLGU: Dört yıl önce öksürük nedeni ile dış merkezde yapılan tetkiklerinde sağ hemitoraksta 3 cm çaplı kitle saptanan ancak biyopsi yapılmasına onay vermemesi nedeniyle histopatolojik tanısı bilinmeyen ve operasyonu kabul etmeyen 39 yaşındaki bayan hasta nefes darlığı, çarpıntı Şikayetleri ile başvurdu. Toraks BT incelemesi sonucunda hemitoraksın yaklaşık üçte birini kaplayan, ekstraparankimal yerleşimli olduğu düşünölen 14 cm çaplı, sağ atriuma bası oluşturan, içeriğinde kistik dansiteler izlenen kitle lezyonu saptandı (Resim 1). Kitlenin toraks manyetik rezonans incelemesinde vasküler komponent içeriği tespit edildi (Resim 2). Olguya ait Elektrokardiyografide supraventriküler erken atımlar tespit edildi. Mediastinal lenf nodları dahil radyolojik olarak metastaza ait olabilecek ek lezyon saptanmaması, kitlenin radyolojik olarak benign natürde olması nedeni ile eksizyona yönelik operasyon planlandı. Sağ torakotomi ile yaklaşılarak vertebral kolona sıkı yapı-Őiklık gösteren ekstraparankimal kitle total olarak eksize edildi. Kitlenin histopatolojik incelemesi ancient schwannoma olarak raporlandı.

TARTIŞMA: Periferik motor, duyu, kranial sinir veya sempatik sinirlerin kılıflarından kaynaklanabilen schwannomlara vücudun hemen her yerinde rastlanabilir. Schwannoma ve nörofibroma erişkin yaş grubunda mediastenin en sık görölen nörojenik tümörleri olarak karşımıza çıkar. Tüm mediastinal tümörlerin %12-21'i nörojenik kaynaklıdır. Schwannomlar sıklıkla ağrısız kitle olarak karşımıza çıkar. Lezyonun basısına bağlı olarak interkostal sinir kökenli olanlarda plöretik göğüs ağrısı, apikal yerleşimli lezyonlarda satellit gangliona bası ile horner sendromu, trakea komşuluğunda öksürük nefes darlığı ve ses kısıklığı, brakial pleksus tutulumunda üst ekstremitelerde ağrı ve güçsüzlük, spinal alana uzanımlı olanlarda paralizi, özofagus basısında yutma güçlüğü gibi semptomlara yol açabilirler. Olgumuzun başvurusunda saptanan ve postoperatif süreçte ortadan kalkan kardiyak aritmi bulgusunun, kitlenin sağ atriuma yaptığı bası sonucunda kalbin ileti sistemini etkilemesi nedeni ile oluştuğu düşünölmüştür. Radyolojik olarak tespit edilip benign karakterler taşıyan lezyonlarda kitlenin basit olarak rezeksiyonu tam Şifa sağlar. Kapsölü olan bu lezyonlarda kapsöl ile beraber total eksizyon gerekmektedir. Prognoz son derece iyidir ve nüks nadir olarak görölmektedir. Olgumuz postoperatif 6. ayında sorunsuz olarak takip edilmektedir. Bu büyüklükte saptanan schwannom olguları oldukça nadirdir. Bununla birlikte tarafımızca yapılan literatür taramasında bası etkisine sekonder kardiyak aritmeye neden olan schwannom olgusuna rastlanmaması nedeni ile sunuldu.

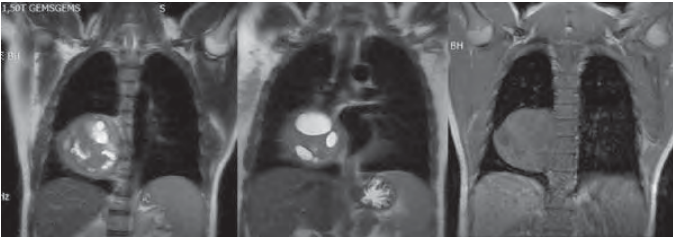
Resim 1. Olgunun başvuru akciğer grafisi



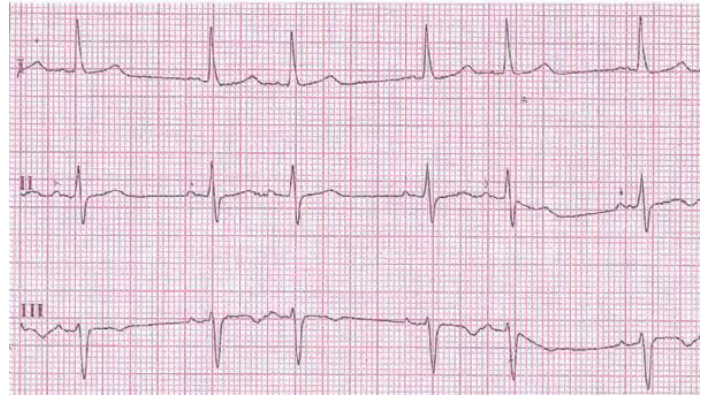
Resim 2. Toraks BT incelemesi



Resim 3. Toraks MR incelemesi



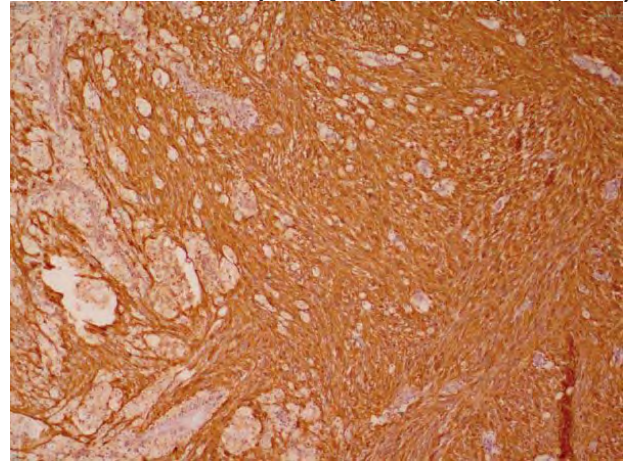
Resim 4. Hastanın başvuru EKG'si



Resim 5. Kitlenin makroskopik görünümü



Resim 6. Kitlenin histopatolojik incelemesi (S100, x100)



EP-176

Tanı Konulmasında Zorluk Yaşanan Tüberküloz Olgusu

Fatih Metroğlu¹, Menduh Oruç¹, Ali Bildik¹, Abdurrahman Şenyiğit²¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi, Diyarbakır²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs hastalıkları, Diyarbakır

GİRİŞ: Tüberküloz radyolojik olarak bazı tümöral, inflamatuvar ve sistemik hastalıklara benzer bulgular vererek tanı güçlüklerine yol açabilir. Tüberküloz farklı klinik ve radyolojik görünüm verebilir. Tüberküloz (TB) ve akciğer karsinomu bazen birbiriyle karışan tanı ve tedavide gecikmelere neden olabilen hastalıklardır. Metastaz lezyonu nedeniyle araştırılan olguda akciğer tüberkülozu tanısı açık akciğer biyopsisi ile konuldu. Olgumuzda sağ akciğer alt lob posterobazal ve antero-lateral segmentte 1 ve 1,5 cm ebadında iki adet nodül ve yine sağ hemitoraks 6 kot düzeyinde dışarı ile fistülize olmuş yara yeri mevcuttu. Tanıda yaşanan zorluklar ve mevcut lezyonların alt lobda oluşu nedeniyle sunmayı amaçladık.

OLGU: Öksürük ve göğüs ağrısı şikâyetiyle kliniğimize başvuran 19 yaşında ki erkek olgu yatırıldı. Fizik muayenesinde sağ mid-klavikular hat 6. kot düzeyinde yara yeri mevcuttu. Akciğer sesleri doğaldı. Sistem muayenelerinde bir özellik yoktu. Ailesinde tüberküloz hikâyesi yoktu. Laboratuvarında; sedimantasyon 2 mm/h, lökosit ise 13400 idi. Bilgisayarlı toraks tomografiğinde sağ alt lob postero-bazal ve antero-lateral segmentte 1 ve 1,5 cm ebadında iki adet nodül mevcuttu(Resim 1). Tüberküloz düşünülmediği için ARB bakılmadı. Tanı amaçlı olguya sağ tarafa video-yardımlı torakoskopi ile girildi. Ancak akciğerin çok sıkı yapışıklığından dolayı akciğer düşürülmedi. Mini-torakotomi ile arka bazal ve ön lateral segmentteki nodüller alındı (Resim 2). Ayrıca sağ 6. kot üzerine ve cilt altında bol miktarda koyu kıvamda sıvı aspire edildi. Frozen çalışıldı ve kazeifiye granülatöz olarak geldi. Olguya tüberküloz tedavisi başlandı.

TARTIŞMA: Tüberküloz hastalığının teşhisinde teknolojik ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, hâlâ teşhis, tedavi ve takipte karışıklıklar devam etmektedir. Çünkü akciğer tüberkülozu çeşitli radyolojik görünümle karşımıza çıkabilir.

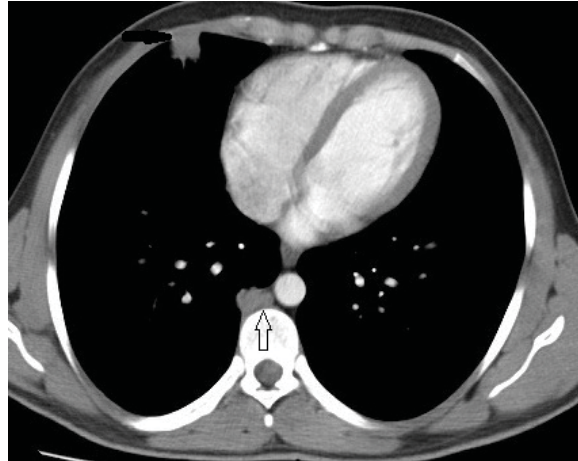
SONUÇ: olarak, tüberküloz insidans ve prevalansının yüksek olduğu ülkemizde ve bölgemizde her türlü klinik ve radyolojik bulgularla karşımıza çıkabilen tüberkülozu bu tür hastalarda ön tanılarımız arasın da düşünmenin ve ona göre tanısız yaklaşımda bulunmamızın yararlı olabileceğini düşündük.

Resim 2



Sağ Akciğer alt lob postero-bazal segmentte nodül

Resim1



Sağ Akciğer alt lob postero-lateral segmentte nodül

EP-177

VATS ile Opere Ettiğimiz Akciğer Hidatik Kisti; Dört Olgu DeneyimimizFatih Metroğlu, Menduh Oruç, Serdar Monis, Ali Bildik

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi, Diyarbakır, Türkiye

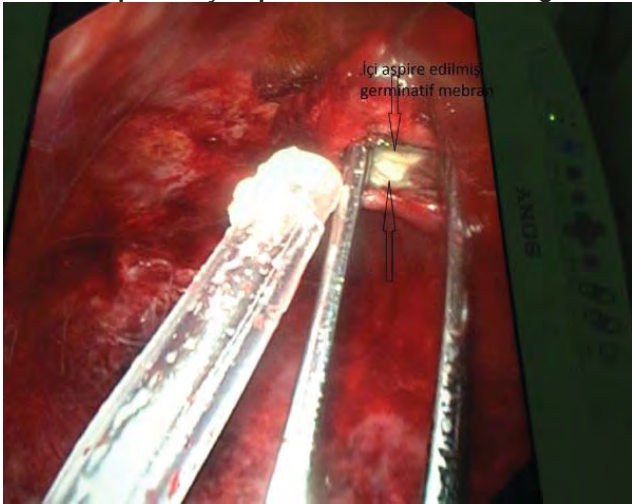
GİRİŞ: Hidatik kist, özellikle tarım ve hayvancılığın yaygın olduğu ülkelerde sık görülmektedir. E.granulosus'un neden olduğu bir hastalıktır. İnsidansı 1-150/100.000 arasında olup, ülkemizde cerrahi uygulanan olgu oranı yıllık 0.87-6.6/100.000 olarak bildirilmektedir (1). Akciğer hidatik kistin temel tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavide temel prensip, fonksiyonel akciğer dokusunun mümkün olduğunca korunmasına yöneliktir. Bu yaklaşımlar arasında uygulanan farklı cerrahi teknikler mevcuttur. Periferik yerleşimli, çapı 6 cm den daha küçük olan kistlerde VATS ile yaklaşım yapılabilir. Kliniğimizde bilateral hidatik kist üç olguya bir hafta arayla bilateral VATS ile kistotomi+kapitonaj, diğer olguyuda yine VATS ile kistotomi+kapitonaj uyguladık. Tüm olgulara post-operatif ikinci gün tüp torakostomileri sonlandırıldı ve üçüncü gün taburcu edildiler. Post-operatif tüm olgulara 15mg/kg dan albendazole başlandı.

OLGU 1: Göğüs ağrısı, nefes darlığı şikâyetiyle kliniğimize başvuran 17 yaşındaki bayan hasta yatırıldı. Fizik muayenesinde ve laboratuvarında bir özellik yoktu. Hastanın çekilen akciğer grafiğinde bilateral alt loblarda yaklaşık 5x4 ve 6x4 cm ebadında hidatik kistle uyumlu görüntü mevcuttu (Resim1). Batın BT' karaciğer ve dalakta çok sayıda multiple hidatik kistle uyumlu görünüm mevcuttu. Akciğer hidatik kistlere birer hafta arayla video-yardımlı torakoskopi (VATS) yapıldı.

OLGU 2: Göğüs ağrısı şikâyetiyle kliniğimize başvuran 28 yaşındaki erkek hasta yatırıldı. Genel durumu iyi, fizik muayenesinde ve laboratuvarında bir özellik yoktu. Çekilen akciğer grafiğinde sağ üst lobda hidatik kistle uyumlu görünüm mevcuttu (Resim 2). BT'de, sağ akciğer üst lob anteriorda 53 x 53 mm boyutunda düzgün konturlu ince cidarlı bulunan kistik lezyon mevcuttur. Ayrıca kesit alanındaki karaciğerde en büyüğü 73 x 53 mm boyutunda multipl hidatik kist odağı izlenmekteydi.

OLGU 3: Göğüs ağrısı şikâyetiyle kliniğimize yönlendirilen 37 yaşındaki bayan hasta yatırıldı. Genel durumu iyi, fizik muayenesinde bir özellik yoktu. Akciğer grafiğinde ve toraks BT' de bilateral alt loblarda hidatik kistle uyumlu görüntü mevcuttu.

OLGU 4: Öksürük ve göğüs ağrısı şikâyetiyle kliniğimize başvuran 27 yaşındaki erkek hasta yatırıldı. Genel durumu iyi, fizik muayenesine ve laboratuvarında bir özellik yoktu. Akciğer grafiği ve toraks BT' de bilateral alt loblarda hidatik kistle uyumlu görüntü mevcuttu. Bilateral hidatik kisti olan olgular birer hafta arayla VATS ile kistotomi+kapitonaj uygulandı.

Kaynaklar1) Altıntaş N. Past to present: echinococcosis in Turkey. *Acta Tropica* 2003;85:105-112.**İntra-operatif içi aspire edilen hidatik kist olgusu****Resim 1**

Sağ hiler bölgede hidatik kist

EP-178

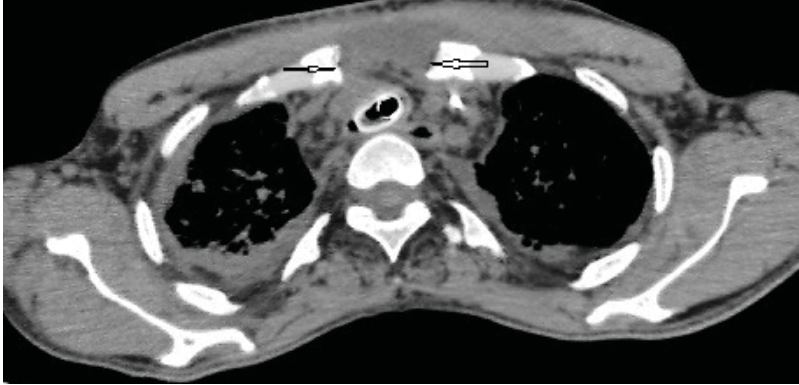
Manibrium Sterni Trakeaya Basısı

Fatih Metroğlu, Menduh Oruç, Serdar Monis, Ali Bildik
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, Diyarbakır

GİRİŞ: Göğüs duvarında rezeksiyon gerektiren hastalıklarda cerrahi tedavinin en önemli unsuru daha sonra kapatılabilecek defektler yapmaktır. Cerrahi defektleri kapatabileceğine güvenemiyorsa veya yeterli bilgi sahibi değilse, tam katlı göğüs duvarı eksizyonu yapılmamalıdır. Olgumuzun anatomik yapısından dolayı manubrium sterni ile trakea arası mesafenin çok dar olduğu görüldü. Göğüs duvarının yapısını bozmadan manubrium sterni rezeksiyonuyla geçici rahatlama sağlandı. Ancak olgumuzun nefes alınmasında eskiye göre çok rahat olduğunu ve nefes borusun üzerinde adeta bir baskının kalktığını ifade ediyordu. İlginç bulunduğumuz için olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU: Otuz iki yaşıında erkek olgu. Olgu boyunda hiperlordoz nedeniyle dış merkezde opere olmuş. Solunum sıkıntısı nedeniyle çekilen bilgisayarlı toraks tomografiğinde (BT) trakea'ya dıştan bası mevcut ve arter kan gazında PCO2 düzeyinin 90 mmHg olması nedeniyle entübe edilerek kliniğimize yönlendirilmiş (Resim 1,2). Olgu yaklaşık 5 gün entübe olarak takip edildi ve ekstubasyonu tölere edemedi. BT değerlendirmelerimizde toraksın girişı dar olduğu görüldü. Kliniğimizce olguya manibrium sterni total çıkartıldı. Trakeaya ise stent konuldu. Ancak sekresyonları tam atamayınca stent çıkartıldı. Trakeostomi açıldı. Trakeostami ile takiplerimize ve 1,5-2 litre/dk oksijen almasına rağmen PCO2 düzeyi 70 mmHg altına düşürülemedi. Bunun üzerine çekilen boyun MRI'da boyuna yapılan ameliyat yerinde posteriora ödem olduğu ve olguya ikinci operasyon önerildi. İlk operasyonu yapan klinik ikinci operasyonu uygun görmedi. Ancak ısrarımız üzerine başka merkezde (beyin cerrahisi kliniğince) eski operasyon yerine müdahale etti. Eski operasyon yerine müdahale sonrası genel durumu düzeldi. PCO2 düzeyleri normale geldi. Olgu kontrole geldiğinde daha rahat olduğunu ve trakea üzerinden adeta bir baskının kalktığını ifade ediyordu.

Resim 2



Bilgisayarlı Toraks Tomografiği, Ameliyat Öncesi

Resim1



Bilgisayarlı Toraks Tomografiği, Ameliyat öncesi

EP-179

Abramson Yöntemi. İlk 6 Olgunun Değerlendirilmesi

Atila Turkyilmaz¹, Sami Karapolat¹, Celal Tekinbas¹, Mehmet Kilic¹, Mustafa Esat Yamac¹, Yunus Karaca², Dilek Kutanis³

¹KT Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı; Trabzon

²KT Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı; Trabzon

³KT Üniversitesi, Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı; Trabzon

GİRİŞ: Pectus carinatum sternumun öne doğru olan çıkıklığıdır ve göğüs duvarı deformiteleri arasında ikinci sıklıkta görülmektedir. Bu deformitenin cerrahi olarak düzeltilmesinde Abramson yöntemi olarak bilinen minimal invaziv pektus carinatum onarımı son yıllar içerisinde giderek yaygınlaşmış ve popüler hale gelmiştir. Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde yeni uygulanmaya başlanılan minimal invaziv pektus carinatum cerrahisi ile ilgili ilk klinik sonuçların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-METOD: Ocak 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında pektus carinatum tanısı ile Abramson yöntemi uygulanan 6 olgu; demografik özellikleri, deformite şekli, semptomlar, cerrahi yöntem, cerrahi süresi, komplikasyonlar, hastanede yatış süresi ve hasta memnuniyeti açısından retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Olgulardan 5 tanesi erkek 1 tanesi kız idi. Yaşları 10 ile 15 (Ortalama 12) arasında değişmekteydi. Deformite 5 olguda simetrik 1 olguda asimetrik idi. En sık semptom göğüs ağrısı idi. Tüm olgularda 1 adet klasik pektus barı ve 2 adet stabilizör kullanılmış ve bar bilateral olarak çelik sütürler ile subperiostal olarak kaburgalara ve stabilizörlere tespit edilmiştir. Operasyon süresi 40-55 dakika (Ortalama 45 dakika) arasında değişmekteydi. Bir olguda oluşan tek taraflı ve konservatif tedavi ile düzelen seroma haricinde komplikasyon görülmedi. Hastanede yatış süresi 3-6 gün (Ortalama 4 gün) idi. Hasta memnuniyeti anketlerinin değerlendirilmesinde tüm olguların cerrahi onarımdan oldukça memnun oldukları belirlenmiştir.

SONUÇLAR: Abramson yöntemi uzun yıllardır hem hasta hem de ilgili hekimler için ciddi bir sorun olan pektus carinatum deformitelerinde alternatif bir cerrahi tekniktir ve minimal invaziv bir yöntem olarak kısa ameliyat süreleri, düşük morbidite, kısa hastanede yatış süreleri ve yüksek hasta memnuniyeti oranları ile başarılı bir şekilde uygulanabilmektedir. Pectus carinatum cerrahisinde asıl amacın estetik düzeltme olduğu düşünülürse çok daha az skar dokusu ile daha fazla kozmetik sonuçların elde edildiği Abramson yönteminin artık ilk tercih edilecek cerrahi uygulama olması gerektiğini düşünmekteyiz.

EP-180

İntrapulmoner Bronkojenik Kistler

Sami Karapolat¹, Atila Turkyilmaz¹, Harun Tunc¹, Mustafa Esat Yamac¹, Yunus Karaca², Dilek Kutanis³, Celal Tekinbas¹

¹KT Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Trabzon

²KT Üniversitesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Trabzon

³KT Üniversitesi, Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ: Bronkojenik kistler embriyonik dönemde trakea divertikülünün anormal tomurcuklanmasıyla oluşan trakeobronşiyal sistemin gelişimsel bir malformasyonudur ve sıklıkla akciğer parankimi veya mediastende yerleşirler. Yetişkin bronkojenik kistlerin %25' i ise akciğer dokusu içi yerleşimlidir. Bu intraparakimal kistlerde çoğunlukla bronşiyal sistemle bağlantı mevcuttur ve enfekte olup süpürasyon gösterme ihtimalleri bulunmaktadır. Bronkojenik kistler kesin tanı konulabilmesi, semptomların giderilmesi ve oluşabilecek enfeksiyon ve malign dejenerasyon gibi komplikasyonların önlenmesi amacıyla cerrahi olarak çıkarılmalıdır.

MATERYAL-METOD: Ocak 2011-Aralık 2013 tarihleri arasında intraparakimal bronkojenik kist tanısı ile opere edilen 7 olgu; demografik özellikleri, semptomlar, bronşiyal sistem ilişkisi, cerrahi yöntem, komplikasyonlar ve hastanede yatış süresi açısından retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Olgulardan 4 tanesi erkek 3 tanesi kız idi. Yaşları 24 ile 62 (Ortalama 38) arasında değişmekteydi. En sık semptom göğüs ağrısı, öksürük ve ateş idi. İki olguda bronşiyal sistem ilişkisi klinik ve radyolojik olarak gösterilmiştir. Tüm olgularda posterolateral torakotomi insizyonu kullanılmış ve 4 olguda komplet eksizyon, 2 olguda segmentektomi ve 1 olguda ise kist içeriğinin aspirasyonu, kist duvarının kısmi rezeksiyonu ve kalan kısmın deepitelizasyonu ile kapitonaj uygulanmıştır. Burada bronş iştiraki olan olgularda bronş ağzı prolen sütürler ile sütüre edilerek kapatılmıştır. Hiçbir olguda komplikasyon görülmemiştir. Hastanede yatış süresi 4-9 gün (Ortalama 6 gün) idi.

SONUÇLAR: İntraparakimal bronkojenik kistler nispeten nadir görülmelerine karşılık ciddi bir cerrahi problem oluşturmamakta ve rutin cerrahi prensipler dâhilinde yapılan komplet rezeksiyon ile olgularda tam kür sağlanabilmektedir.

EP-181**Harap Akciğer**

Sami Karapolat¹, Atila Turkyilmaz¹, Mustafa Esat Yamac¹, Yunus Karaca², Dilek Kutanis³, Celal Tekinbas¹

¹KT Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Trabzon

²KT Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

³KT Üniversitesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ: Sıklıkla tüberküloz olmak üzere bronşektazi, kronik intersisiyel pnömoni, organize pnömoni ve aspergillozis gibi kronik pulmoner enfeksiyonlara sekonder olarak oluşan yaygın akciğer destrüksiyonuna “harap olmuş akciğer (destroyed lung)” denilmektedir. Bu hastalar bazen asemptomatik olarak kalabilmekte bazen de yıllar sonra ortaya çıkabilen tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, hemoptizi ve ilerleyici dispne bulgularını gösterebilmektedirler. Oluşabilecek komplikasyonlar arasında masif hemoptizi, fungal enfeksiyonlar, sekonder amiloidozis ve pulmoner-sistemik şant bulunduğundan dolayı hem bu komplikasyonların önlenmesi hem de hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi amacıyla tanı sonrası cerrahi rezeksiyon uygulanmalıdır.

MATERYAL-METOD: Ocak 2011-Aralık 2013 tarihleri arasında destroyed lung tanısı ile opere edilen 11 olgu; demografik özellikleri, etiyoloji, semptomlar, harap akciğerin lokalizasyonu, cerrahi yöntem, komplikasyonlar, hastanede yatış süresi ve kısa dönem sonuçları açısından retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Olgulardan 6 tanesi erkek 5 tanesi kadın idi. Yaşları 21 ile 58 (Ortalama 32) arasında değişmekteydi. Olguların 7' inde tüberküloz, 2' sinde bronşektazi tespit edilirken 2 olguda etiyoloji aydınlatılmadı. En sık gözlenen semptomlar öksürük, balgam, göğüs ağrısı ve ateş idi. 9 olguda sol 2 olguda ise sağ akciğer etkilenmişti. 9 olguda pnömonektomi ve 2 olguda plöroplektomi uygulanmıştır. Bir olguda kan replasmanı gerektirecek göğüs duvarı kaynaklı hemoraji ve 1 olguda da geçici kardiyak ritim bozukluğu görülmüştür. Mortalite oluşmamıştır. Hastanede yatış süresi 9–17 gün (Ortalama 11 gün) idi. Tüm olgularda postoperatif erken dönemden itibaren semptomların kaybolduğu görülmüştür.

SONUÇLAR: Harap akciğer olgularında uygulanacak rezeksiyon cerrahisi her ne kadar yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahip olsa da sonuç olarak olgularda tam bir iyileşme sağlayacağı için ertelenmeden yapılmalıdır.

EP-182

Raynaud Hastalığı ve Pektus Ekskavatum Birlikteliğinde Eşzamanlı Cerrahi Tedavi

Mustafa Esat Yamaç¹, Sami Karapolat¹, Atila Türkyılmaz¹, Yunus Karaca², Celal Tekinbaş¹

¹KT Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Trabzon

²KT Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ: Raynaud hastalığı alta yatan herhangi bir hastalığın tespit edilemediği, sıklıkla üst ekstremiteleri etkileyen ve dijital arterlerin vazospazmı sonucu oluşan siyanoz ve kızarıklık ile seyreden bir bozukluktur. Pektus ekskavatum ise 300–400 canlı doğumda bir görülen, sternum ve kostal kartilajların depresyonu ile karakterize, anterior yerleşimli konjenital bir göğüs duvarı deformitesidir. Raynaud hastalığı ve Pektus ekskavatum birlikteliği oldukça nadir görülebilecek bir durumdur.

OLGU: Üç yıldır Raynaud hastalığı tanısı ile medikal tedavi alan 19 yaşında erkek olgu şikâyetlerinin şiddet ve sıklığında son aylar içerisinde artış olması nedeni ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede her iki elde trofik bozukluk lehine yorumlanan cilt incilmesi ve orta derecede Pektus ekskavatum tespit edildi. Posteroanterior akciğer grafisinde ek patolojisi olmayan olgunun Pektus indeksi 3.7 olarak bulundu. Olguya aynı seansta öncelikle bilateral endoskopik torakal sempatektomi (T2-T3) ve sonrasında 11.5 no nikel-çelik alaşımı bar kullanılarak Nuss yöntemi uygulandı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen olgu 3. gün taburcu edildi (Resim 1). Olgu 6 aylık klinik takibin sonunda Raynaud hastalığı ve Pektus ekskavatum açısından asemptomatiktir.

SONUÇ: Raynaud hastalığı ve Pektus ekskavatum birlikteliği nadir bir durumdur ve aynı seansta yapılan torakoskopik girişimlerle başarılı bir şekilde tedavi edilebilir.

Resim 1



EP-183

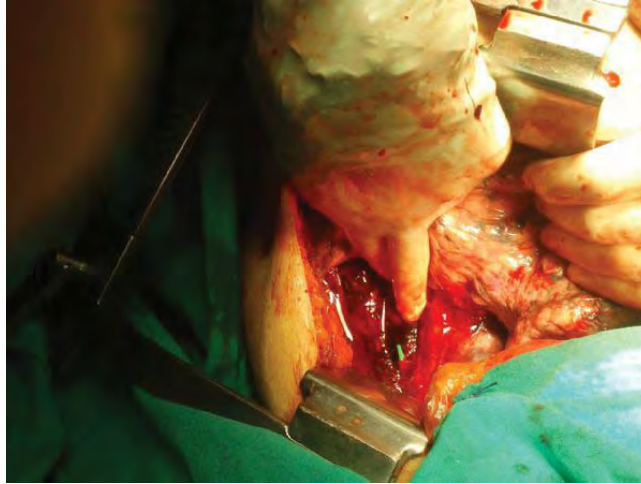
Sol Subklavian Dializ Kateteri Sonrası Gelişen Vena Cava Süperior PerforasyonuMehmet Kilic¹, Sami Karapolat¹, Atila Turkyılmaz¹, Yunus Karaca², Dilek Kutanis³, Celal Tekinbas¹¹KT Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Trabzon²KT Üniversitesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon³KT Üniversitesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Trabzon

GİRİŞ: Geniş çaplı hemodiyaliz kateterleri ile yapılan santral venöz kateterizasyon işlemleri invaziv girişimlerdir ve %6.2–10.7 oranlarında arteriyel ponksiyon, büyük damar yaralanmaları, kalp tamponadı, hemomediastinum, duktus torasikus hasarı, pnömotoraks ve hemotoraks gibi hayati tehdit edebilen komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu majör komplikasyonlardan vena subklavia, brakiosefalik venler ve vena cava superior gibi geniş ve yüksek debili vasküler yapılarda oluşan venöz yaralanmalar masif hemoraji, hipovolemik şok ve hemodinamik instabiliteye neden olmaktadır. Bu durumlarda olguların hayatta kalabilmeleri erken tanı konularak yapılacak uygun cerrahi müdahaleye bağlıdır. Diyaliz kateteri takılmasına bağlı vena cava superior perforasyonu ve hemotoraks gelişimi oldukça nadir olarak görülebilen ciddi bir komplikasyondur.

OLGU: Kronik böbrek yetmezliği ve hipertansiyon nedeni ile takipte olan ve intraserebral hematoma tanısı ile yatırılan 69 yaşındaki erkek olgunun sol subklavian venine diyaliz kateteri takıldı. İşlemin ertesi günü yapılan hemodiyalizde bilinç bulanıklığı, dispne, hipotansiyon ve bradikardiye neden olan sağ hemotoraks tespit edildi. Sağ tüp torakostomi uygulanan olguda 1500 cc hemorajik drenaj oluştu. Genel anestezi altında sağ posterolateral torakotomi yapıldı ve diyaliz kateterinin uç kısmının vena cava superior anteromedial bölgesindeki perforasyon alanından pleural boşluğa geçtiği görüldü (Resim 1). Perforasyon alanı 3.0 prolen suture kullanılarak onarıldı ve diyaliz kateteri eksternal olarak çıkarıldı. Postoperatif dönemde herhangi bir sorun yaşanmayan olgunun tüp torakostomisi 4. gün sonlandırılmıştır.

SONUÇ: Sonuç olarak diyaliz kateterlerine bağlı oluşabilecek iatrojenik vena cava superior perforasyonu ciddi ve potansiyel olarak ölümcül olabilen bir komplikasyondur. Burada şüpheli davranılıp erken ve doğru tanı konularak uygun cerrahi tedavinin yapılması hayat kurtarıcı olmaktadır.

Resim 1



EP-184

Postpnömonektomik Ampiyem Tedavisinde Vakum Yardımlı Kapama Deneyimi: 8 Olgunun Analizi

Kemal Karapınar, Özkan Saydam, Muzaffer Metin, Sertan Erdoğan, Cemal Aker, Burcu Arık, Necati Çıtak, Atilla Gürses
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Postpnömonektomik ampiyem (PPA) tedavisi zor bir süreçtir. En uygun tedaviyi bulmak için araştırma ve gelişmeler devam etmektedir. Bu çalışmada, PPA tedavisi için yapılan torakostoma'lı hastalarda, vakum yardımcı kapama (VYK) yönteminin etkili olup olmadığı araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇLER ve YÖNTEM: Hastanemiz göğüs cerrahisi kliniğinde ocak 2010-nisan 2014 tarihleri arasında PPA nedeniyle torakostoma yapılmış sekiz hastaya VYK uygulanmıştır. Bu hastaların tamamı erkek olup, ortalama 61 yaşındaydılar (49-68). PPA'in sebebi bronkoplevral fistül (BPF) ise öncelikle kapatılmaya çalışılmıştır. VYK pnömonektomiden genelde 3 ay sonra uygulanmıştır (ortalama 8 ay, 1-46). VYK'nın her seansı 72 saat olup, 6 seansta tedavi bitirilmiştir.

BULGULAR: VYK tedavisi sonrası 6 hastanın torakostoması küçülmüş yada kapanarak PPA tedavi edilmiştir. Bunlardan BPF olan 5 hastanın 3'ünde fistül; trakeal stend, primer tamir veya omentoplasti ile önceden tamir edilmiştir. Bir hastada ise fistül VYK sırasında kapanmıştır. Torakostoması kapanan hastaların yarısı, cilt grafi yada musklokutanöz flap ile kapatılmıştır. Mikrofistülün aşikar hale geldiği bir hasta ile BPF'ü devam eden bir diğer hastanın tedavi başarısız olmuştur. Çalışma sırasında vakum etkisiyle bir hastada sırt ağrısı olması haricinde morbidite görülmemiştir. Tedavisi başarıyla sonuçlanan hastalar 6 ay boyunca takip edilmiştir.

SONUÇ ve TARTIŞMA: Postpnömonektomik ampiyem tedavisinde vakum yardımcı kapama yönteminin BPF'lü hastalar haricinde başarılı olduğunu düşünmekteyiz.

Tablo: Hasta Profili

Tablo: Hasta Profili

	Yaş	Tanı	Taraf	AZ	BPF (1)	BPF girişim	BPF (2)	VZ	BPF (3)	Kavite (0.ay)%	Kavite (3.ay) %
1	61	AK	R	1.ay	+	TS	-	9 ay	-	50	80
2	49	KT	R	7.gün	+	P,O	-	3 ay	-	70	100
3	58	AK	R	10.gün	+	TS,O, TM	+	3 ay	+	20-30	50
4	66	AK	R	3.ay	?	-	-	3 ay	+	yok	Yok
5	56	AK	R	20.gün	+	O,M	+	1 ay	-	60	90
6	55	AK	L	3.hafta	-	-	-	3 ay	-	50	100
7	86	AK	L	24.yıl	-	-	-	4 yıl	-	20-30	50
8	69	AK	R	3.hafta	+	O	-	3 ay	-	50	100

AZ: Pnömonektomi ile ampiyem arasındaki zaman, BPF (1): OWT sırasında Bronkoplevral fistül varlığı, BPF (2): BPF'e girişim sonrasında BPF varlığı, VZ: OWT-VAC arasındaki zaman, BPF (3): VAC tedavisi bittikten sonra BPF varlığı, Kavite (0.ay) %: Tedavi bitiminde başlangıca göre kavite çapının azalma oranı, Kavite (3.ay) %: Üçüncü ay kontrolünde kavite çapının azalma oranı, AK: Akciğer Kanseri, KT: Katsinoid tümör, TS: Trakeal stent, P: Primer sutureksyon, O: Omentoplasti, TM: Torakomyoplasti, M: Myoplasti

Resim 2: Vakum yardımcı kapama yöntemi (Vacuumassisted closure- VAC)



Resim 1: Torakostoma (OWT- Open-window thoracostomy)



Resim 3: Deri grefti ile iyileşmiş insizyon



EP-185

Dekstrokardinin Eşlik Ettiği Nadir Bir Poland Sendromu

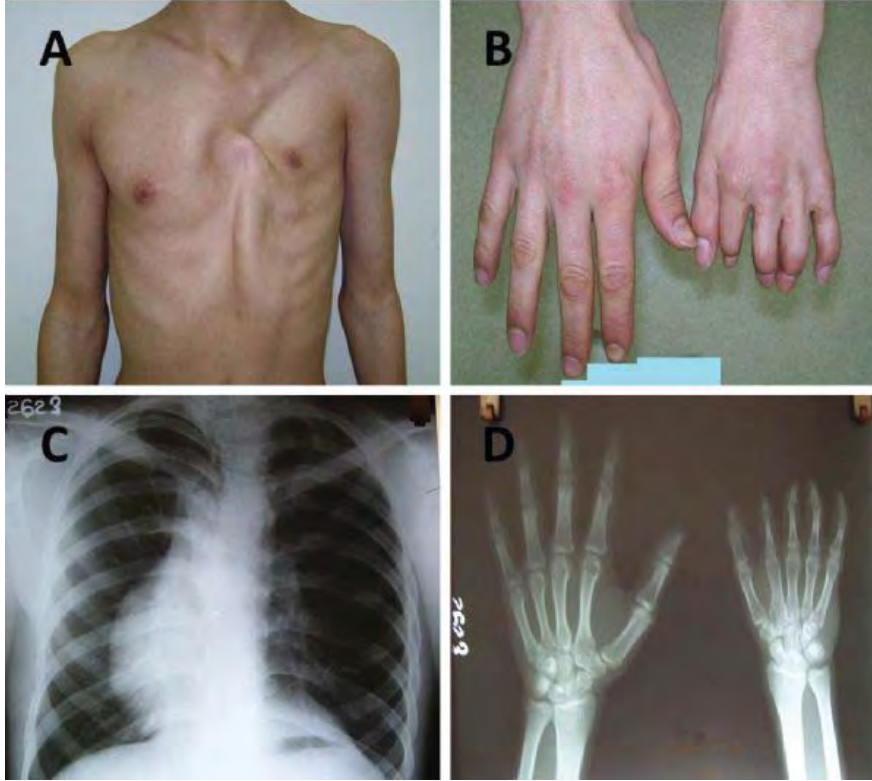
Fatih Candaş, Akın Yıldızhan, Rauf Görür, Turgut Işıtmangil
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Cerrahisi Servisi

GİRİŞ: Poland Sendromu; kısmi veya tam majör pektoral kas yokluğuna eşlik eden meme ve/veya meme başının yokluğu veya hipoplazisi, cilt altı yağ dokusu azlığı, minör pektoral kasın yokluğu, pektoral ve/vaya aksiller kıllanma yokluğu veya azlığı, kaburgaların değişen oranlarda defekti ve el anomalileri ile karakterizedir. Poland sendromuna eşlik eden dekstrokardi ise çok nadir bir durumdur.

OLGU: Göğüs deformitesi şikayetiyle polikliniğimize müracaat eden 21 yaşında erkek hastanın yapılan fizik muayenesinde; sol pektoral kas yokluğu, meme dokusunun hipoplazik olduğu (Hipomastia), meme başının küçük olduğu (hipothelia) ve superiora yer değiştirdiği, aynı taraf cilt altı yağ dokusunun ve kıllanmanın az olduğu, kostalarda deformite olduğu, sol elde ise 2-4. parmaklarda kısalık (Brakidaktili) saptandı (Resim1A,B). Yapılan solunum sistemi oskültasyonunda ise akciğer seslerinin tabii olduğu fakat kalp seslerinin sağa yer değiştirdiği duyuldu. Çekilen rie grafisinde dekstrokardi saptandı (Resim 1C). Yapılan kardiyolojik tetkiklerde ek anomali saptanmadı. Bilateral el grafisinde ise sol 2-4. parmak orta falanksların yokluğu ile proksimal ve distal falankslarda kısalık saptandı (Resim 1D).

SONUÇ: Poland sendromuna nadiren dekstrokardi eşlik edebilmektedir. Kardiyak patolojileri atlamamak için fizik muayenede kalp oskültasyonu dikkatlice yapılmalı, şüphelenilen durumlarda ise ileri tetkikler ile değerlendirme yapılmalıdır.

Resim 1



EP-186

Solunum Fonksiyonlarını İleri Derecede Bozan Göğüs Duvarı Deformitesi

Fatih Candaş, Akın Yıldızhan, Rauf Görür

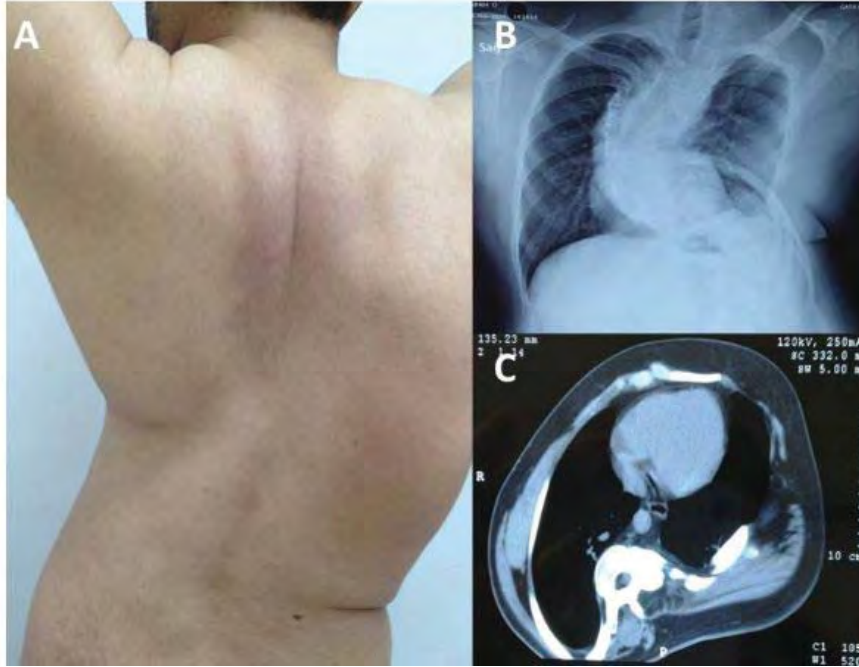
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Cerrahisi Servisi

GİRİŞ: İdiopatik konjenital skolyoz deformitesine, skolyozun derecesine göre kostal anomalilerde eşlik edebilmektedir. Bu hastalık erken dönemde normal egzersiz toleransı ile gelebilmektedir fakat ilerleyen yaşlarda artan vücut kitlesiyle de birlikte solunum yetmezliğine neden olabilmektedir.

OLGU: Nefes darlığı şikayetiyle polikliniğimize müracaat eden 23 yaşındaki erkek hastanın (Boy: 167cm, kilo: 77kg, BMI:28) yapılan solunum sistemi muayenesinde sol hemitoraks duvarında deformite ve skolyoz saptandı (Resim 1A). Çocukluk çağından beri bilinen deformitesinin kısmen arttığından yakınan hasta herhangi bir tedavi almamıştı. Hastanın posteroanterior akciğer grafisinde sol alt kostalarda deformite ve skolyoz gözlemlendi (Resim 1B). Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide ise; sol akciğerde volüm kaybı, sol 6.-7. kotta hipoplazi, sol 6.-7., 7.-8. ve 8.-9. kostaların medial bölümlerinde füzyon, T4-T11 vertebralarda dismorfizm ile beraber 120 derecelik rotoskolyoz izlendi (Resim 1C). Hastamızın yapılan solunum fonksiyon testinde; VC: 1,88 lt (%38), FVC: 1.76 lt (%38), FEV1: 1.52 lt (%38) olarak saptanmış olup solunum fonksiyonlarının ileri derecede bozulduğu görüldü.

SONUÇ: İleri derecede toraks deformitesi olan hastalarda ekstremsk restriktif akciğer hastalığı gelişebileceği unutulmamalıdır.

Resim 1



EP-187

Özefagus Perforasyonu: Nadir Bir OlguYahya Kemal Günaydın¹, Mustafa Çalık², Can Gökay Yıldız¹, Nazire Belgin Akıllı¹, Ramazan Köylü¹, Hıdır Esme², Başar Cander¹¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

Boerhaave sendromu (BS) veya spontan özefagus perforasyonu (SÖP) kusma ve öğürmeleri takiben özefagusun kardiyo-özefageal bileşkedeki vertikal ve tam kat yırtılması halidir. Distal özefagusta intraluminal basıncın ani artışı sonucu oluşur. Hayatı tehdit eden erken tanı ve tedavi gerektiren Boerhaave sendromuna sıklıkla zor ve geç tanı konulur. Nadir görülen, Boerhaave sendromu ol-guda tanı ve tedavi yöntemlerini literatür bilgileri eşliğinde gözden geçirdik.

Özgeçmişinde hastalık ya da ilaç kullanım hikâyesi olmayan 53 yaşında erkek hasta yemekten sonra aniden başlayan kusma ve ardından sırtta vuran şiddetli göğüs ve karın ağrısı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde oldukça ajite olduğu görüldü. Vital bulgularında arteriyel tansiyonu sağ kolda 140/90 mmHg, sol kolda 130/80 mmHg, nabız: 96/dk, ateş: 37 C, oksijen satürasyonu: % 98 idi. Bilinci açık, oryante ve koopereydi. Solunum ve kardiyovasküler sistem muayeneleri doğaldı. Abdomende yaygın hassasiyet mevcut olup defans ve rebound yoktu. Nörolojik muayenesi normaldi. Hastaya intravenöz kontrast verilerek toraks ve abdomen tomografisi çekildi. Tomografisinde hiatal herni ile paraözofageal ve paraaortik alanda pnömomediastinum ile uyumlu hava dansiteleri izlendi. Özofagografisinde özefagus alt uç perforasyonu tespit edildi. Hasta operasyona alındı. Özofagus alt uç perforasyonu primer olarak tamir edildi. Post-operatif on günde şifa ile taburcu edildi.

Serozası bulunmayan özofagus, sindirim sisteminin diğer bölümlerine kıyasla kolay yırtılır. Özofagus perforasyonu tanısında anamnez, fizik muayene ve radyolojik inceleme önem taşır. Hastaların çoğunda bulguların atipik olması nedeniyle tanı sıklıkla gecikir ve/veya atlanır. Tanı nadiren 24 saat içinde konur. İlk 12 saatten sonra genellikle septik şok tablosu gelişir. Teşhis ve tedavideki gecikme pürülan mediastinit, plörit, sepsis ve ölüme yol açabilir.

Bizim hastamızda ise acil başvurusu sonrası ilk 6 saatte tanısı konuldu ve cerrahi tedaviye alındı. Yoğun bakım tedavilerindeki bütün gelişmelere rağmen özofagus perforasyonları hala %20'den fazla mortaliteye sahiptir. Tedavi edilmemiş olgularda oranı % 40'a kadar çıkar. Mortalite sıklıkla gelişen mediastinit, pnömoni, perikardit ve ampiyem sonrasında görülür.

Spontan özefagus perforasyonunun prognozu erken tanı ve uygun tedaviye bağlı olarak değişir. Erken tanı ve tedavi ile mortalitenin azalacağı bilinmelidir. Klinisyenler bulantı-kusma-öğürme sonrası ani gelişen, göğüs ağrısı ve sub-kutan amfizem varlığında Boerhaave sendromu düşünmelidir.

Resim 1



Hastaya ait toraks BT görüntülemesi

Resim 2



Hastanın onuncu gün yapılan özofagografisi

EP-188

Nadir Görülen Kostal Enkondrom Olgusu

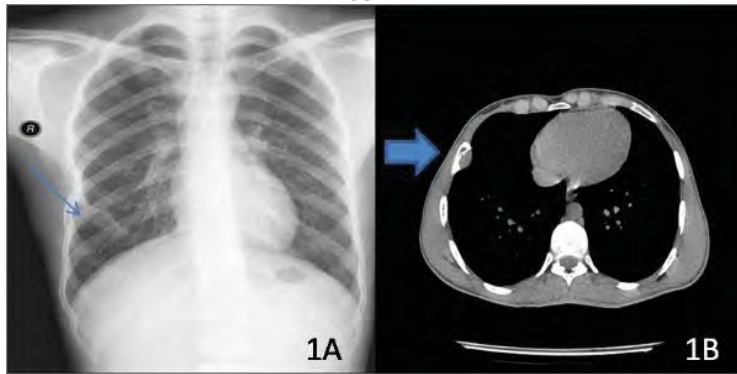
Mustafa Kuzucuoğlu¹, Nurten Bozlak Yüksel², Aytuna Kuzucuoğlu³¹Nevşehir Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Nevşehir²Nevşehir Devlet Hastanesi, Patoloji, Nevşehir³Nevşehir Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Nevşehir

Enkondromlar hyalin kırık kökenli benign kemik tümörleridir. İntramedüller yerleşimli olup çoğunlukla alt ve üst ekstremitelerde izlenen solid lezyonlardır. Kostaların benign tümörleri nadir görülen olgulardır. Bunların içinde enkondrom olguları %2-10'luk kısmını oluşturur. Genellikle tesadüfen saptanan asemptomatik lezyonlardır. Patolojik kırıklara yada ağrıya sebep olan lezyonlarda kondrosarkom ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Ağrıya sebep olan enkondrom olguları atipik enkondrom olarak adlandırılır.

OLGU: On dokuz yaşında bilinen bir hastalığı olmayan, göğüs ağrısı şikayeti ile hastaneye başvuran olgunun çekilen akciğer grafisinde sağ 6. kotta düzensiz sınırlı, korteks bütünlüğünü bozan lezyon saptandı. Olguya çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde 6. kot gövdesinde plevral yüzde, akciğer parankimini iten, parankimi invaze etmeyen, düzgün sınırlı yaklaşık 3 cmlik kitle lezyonu saptandı. Olgu göğüs duvarı tümörü tanısı ile operasyona alınarak 6.kot eksizyonu ve göğüs duvar rekonstrüksiyonu uygulandı.

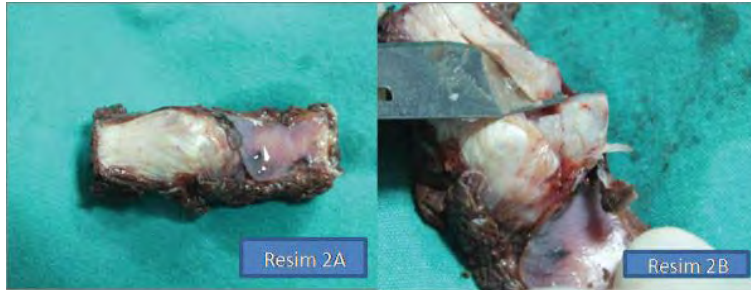
Olgunun patoloji sonucu enkondrom ön planda olmak üzere düşük gradlı kırık kökenli tümörü olarak raporlandı. Olgu radyolojik takibe alındı.

Resim 1



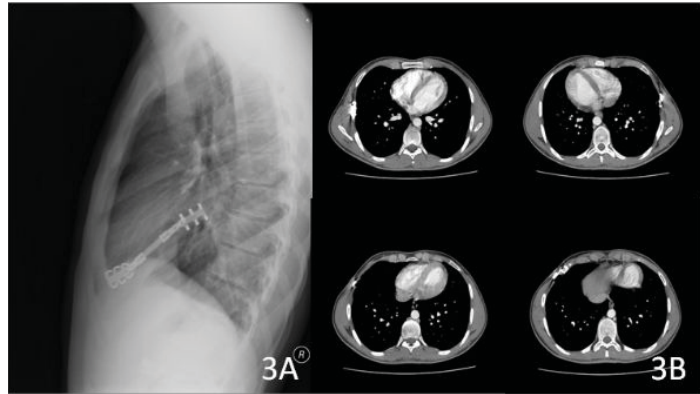
Resim 1: A) preoperatif akciğer grafisi, B) preoperatif toraks BT'de lezyonun görünümü

Resim 2



Resim 2: Rezeke edilen parsiyel sağ 6. kot

Resim 3



Resim 3: A) postoperatif taburculuk sırasındaki akciğer grafisi, B) postoperatif 3. ay kontrol toraks BT'si

EP-189

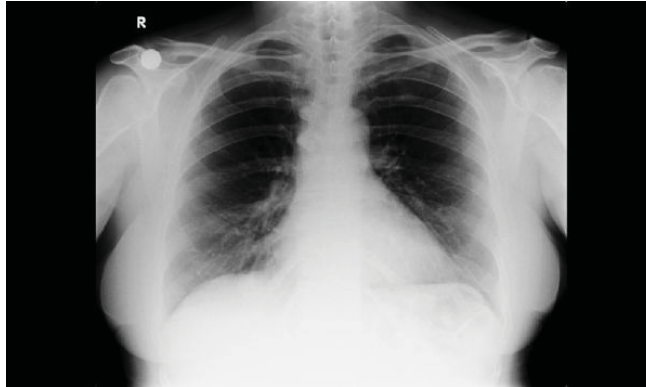
Akciğerin Nadir Görülen Benign Tümörü: Alveoler AdenomAysel Kurt¹, Hasan Türüt¹, Ahmet Acıpayam¹, İbrahim Şehitoğlu²¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

GİRİŞ: Alveoler adenomlar oldukça nadir görülen benign akciğer tümörleridir. Sıklıkla orta yaş bayanlarda, çoğunlukla asemptomatik, soliter periferik pulmoner nodül şeklinde görülür. Alveoler epitelyum ve mezenkimal septal hücrelerin proliferasyonu sonucu meydana gelir. Benzer histopatolojik özellikleri nedeniyle sklerozan hemanjiyom, atipik alveoler hiperplazi, papiller adenom, hamartom ve bronkoalveoler karsinom ile dikkatli bir ayırıcı tanısallama çalışması gerektirir. Bu çalışmada, soliter pulmoner nodül nedeni ile cerrahi uygulanan alveoler adenom tanılı olgumuz sunuldu.

OLGU: Altmış yaşında bayan hasta, 1 yıldır devam eden sırt ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede herhangi bir anormallik saptanmadı. Akciğer grafisinde aort topuzu belirginliği dışında patoloji tespit edilemedi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde alt lob posterobazal segmentte subplevral yerleşimli yaklaşık 30*30 mm boyutlarında lobüle konturlu, homojen dansitede kitle imajı ile çıkan aortada anevrizma tespit edildi. Dış merkezde çekilen ve bir yıl öncesine ait PET-CT'de 27*21 mm boyutunda izlenen lezyonda erken ve geç imajlarda anlamlı bir F18-FDG tutulumu izlenmedi. Fleksibl bronkoskopide endobronşiyal lezyon tespit edilmedi. Transbronşiyal biyopsi ve bronkoalveoler lavaj patolojisinde atipik hücre görülmedi. Transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi malignite negatif olarak raporlandı. Lezyon boyutlarında artış olduğundan eksploratif cerrahi kararı alındı. Sağ torakotomi ile alt lob posterobazal segmentte diyafragma yüzeye komşu lezyon wedge rezeksiyon ile güvenli cerrahi sınır bırakılarak rezeksiyon edildi; frozen incelemesi sonucu malignite negatif olarak raporlanınca işlem sonlandırıldı. Spesmenin patolojik incelemesi sonucu, çevre akciğer dokusundan iyi sınırlı olarak ayrılmış, infiltrasyon göstermeyen, kapsülsüz, içinde proteinöz materyal ve köpüksü makrofajlar barındıran, farklı çaplarda kistlerden oluşan, CK7 ve TTF-1 ile diffüz-kuvvetli pozitif boyanma gösteren, CK20 negatif, Ki67 proliferatif aktivite indeksi düşük, kist içi proteinöz materyal PAS ile ve stromadaki iğsi hücrelerde CD34 pozitif boyanma gösteren tümöral lezyon olarak raporlandı. Bu histopatolojik ve immünohistokimyasal bulgular eşliğinde olguya 'alveoler adenom' tanısı kondu. Hasta post-operatif 15. ay kontrolünde klinik ve radyolojik olarak sağlıklı idi.

SONUÇ: Akciğerin benign tümörleri tamamen asemptomatik olabileceği gibi, müphem semptomatolojiyle prezente olabilir. Alveoler adenom tanısında radyolojik değerlendirme fiberoptik bronkoskopi, iğne biyopsileri gibi tanısallama araçları genellikle çok sınırlı veriler sunar. Kesin tanının histopatolojik ve immünohistokimyasal özellikleri ile konabileceği ve ayırıcı tanının zor olduğu bu tip tümörlerde cerrahi hem tanı hem de tedavi için tek seçenektir. Sınırlı rezeksiyon, hem nüksün önlenmesi hem de tedavi için yeterlidir.

Resim 1



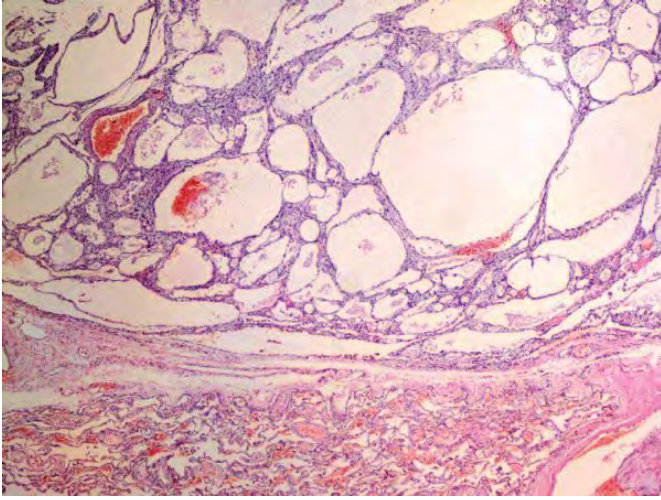
Hastanın preoperatif akciğer grafisi

Resim 2



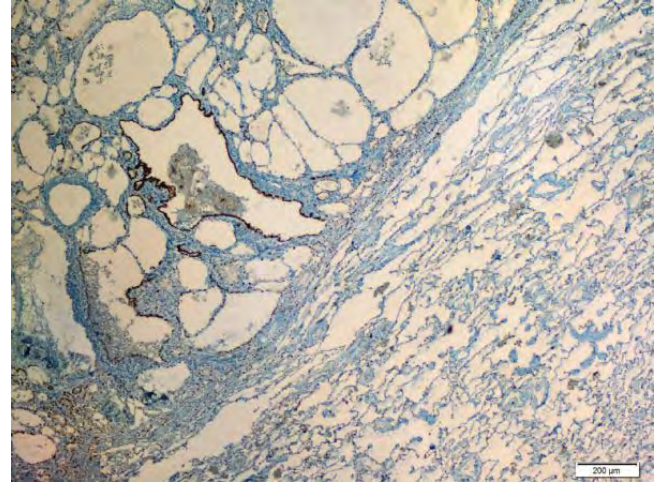
Hastanın bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer alt lobda diyafragmaya yakın komşulukta, homojen natürde ve lobüle konturlu yumuşak doku dansitesinde yaklaşık 3x3 cm boyutlarında kitle görüntüsü dikkat çekmektedir.

Resim 3



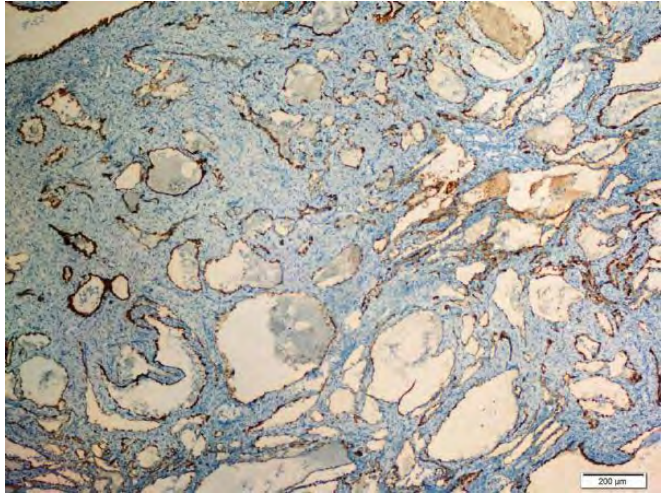
Normal akciğer dokusundan keskin bir sınırla ayrılmış, içerisinde proteinöz materyal bulunan, ince duvarlı, geniş kistik yapılarla karakterize tümöral lezyon.

Resim 5



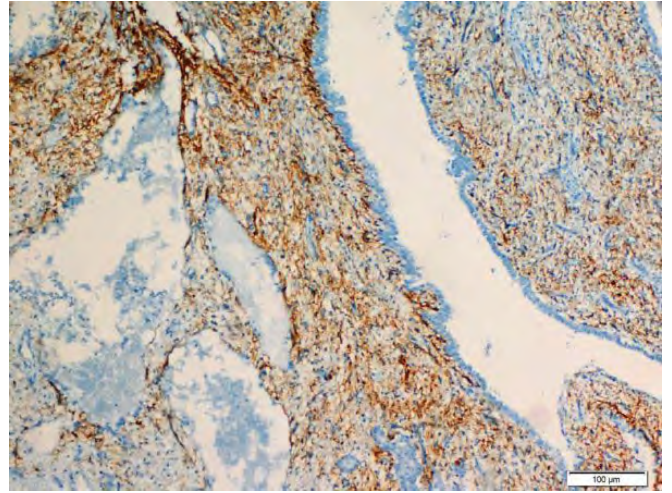
Kist epitelinde pozitif boyanma.

REsim 4



Kistik yapıları döşeyen epitel hücrelerinde kuvvetli pozitif boyanma.

Resim 6



Stromal hücrelerde pozitif boyanma.

EP-190

Multiple Enkondromatozisli (Ollier Hastalığı) Olguda Tanı ve Tedavide Kotlara Bar Yerleştirilmesi

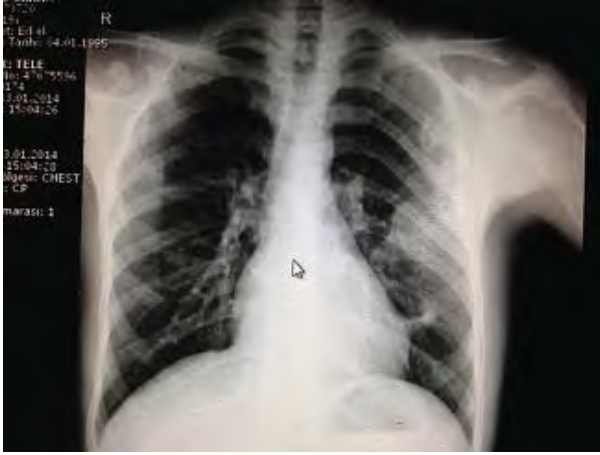
Gökay Reyhan, Ertuğrul Yoldaş, Yeşim Doğan, Mert Aygün
Denizli Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Denizli

AMAÇ: Enkondrom kırıkta kökenli benign bir tümördür. Ençok 20-40 yaşlarında görülür ve cinsiyet ayrımı yoktur. El- ayak kemikleri, femur, humerus ve kostaları tutar. Tanı radyolojiktir. En önemli komplikasyonu malign (kondrosarkom) transformasyondur. Tedavi cerrahidir. Multiple Enkondromatoziste (Ollier Hastalığı) ise büyüme geriliği ve kemik deformasyonları görülebilir. Multiple Enkondromatozisli (Ollier Hastalığı) olguya yaklaşımımız irdelendi.

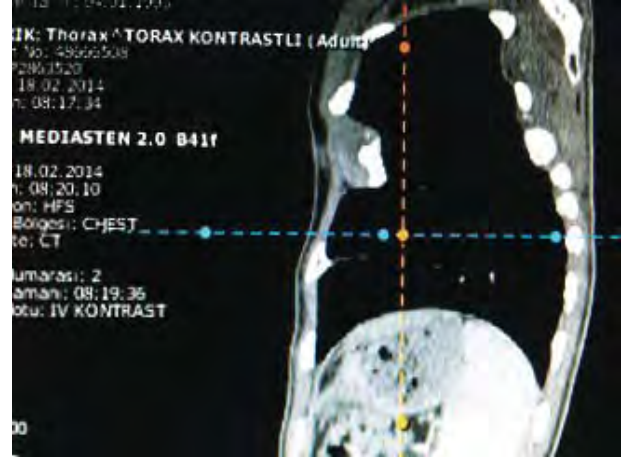
OLGU: Göğüs cerrahisi polikliniğine sol anterolateral kotlarda patolojik kırıkla başvuran ondokuz yaşında olgu irdelendi. Ayak bileği ve dirsekte kemik patolojileri ve boy kısalığı mevcuttu. Çekilen akciğer grafisi, Toraks BT ve PET-BT 'de solda kotlarda benign katekterli kemik tümörü tespit edildi. Kol be ayak bileğindeki lezyonlara Ortopedi tarafından şu an için cerrahi müdahale düşünülmemiştir. Hastaya kostalar için operasyon kararı alındı. Operasyonda 4 adet kot parsiyel rezekt edildi. 3 adet kota Stratos yöntemi ile 6 adet klips ve 3 adet bar yerleştirildi. Patoloji enkondromatozis olarak geldi. Olgu diğer kemik lezyonları olması, boy kısalığı ve birkaç kemikte enkondromlar olması nedeniyle Multiple Enkondromatozis (Ollier hastalığı) teşhisi konularak takibe alındı. Olgunun altıncı ay kontrolleri sorunsuz seyretmekte.

SONUÇLAR: Multiple Enkondromatozis (Ollier Hastalığı) %20-25de olsa malign transformasyon gösterebilen bir hastalıktır. Esas tedavisi cerrahidir. Ağrı şikayeti olmayan bir lezyonda yeni gelişen ağrı malign transformasyonu gösterebilir.

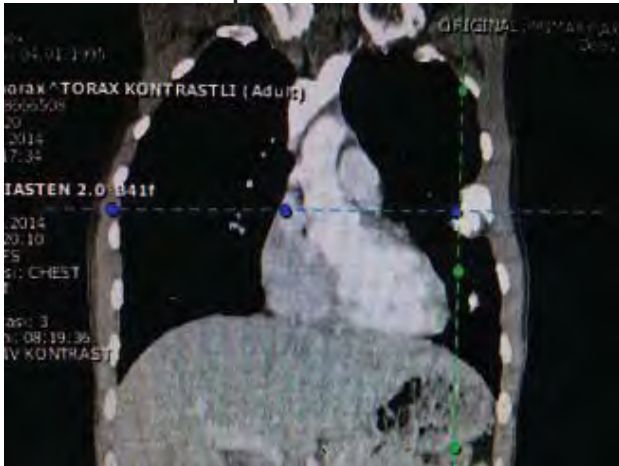
Preoperatif Akciğer Grafisi



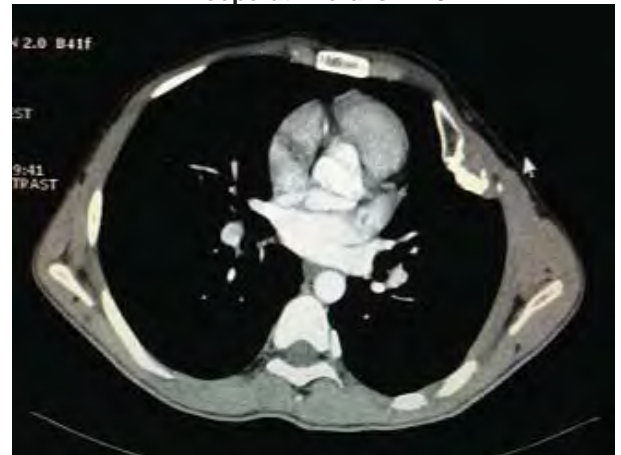
Preoperatif Toraks BT 2



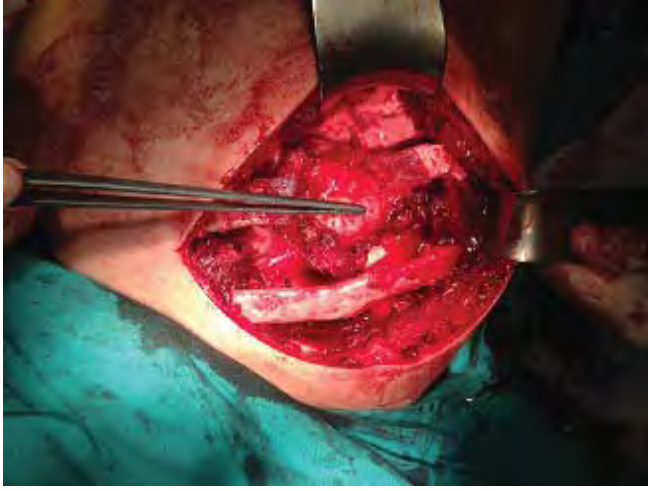
Preoperatif Toraks BT 1



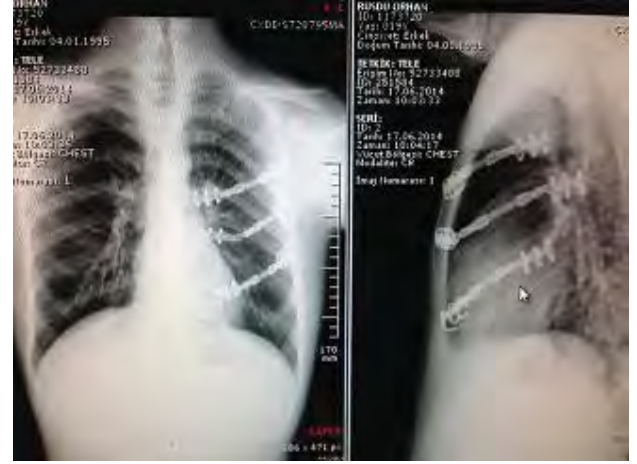
Preoperatif Toraks BT 3



Peroperatif tümör



Postoperatif akciğer grafisi



Rezeksiyon materyali



Postoperatif hasta ve koldaki tümör



Peroperatif barlar



EP-191

Yüksek Enerjili Cisimle (Pompalı Tüfek) Yaralanmalı Olguda Torakstan Tıpa ve Saçma Çıkartılması

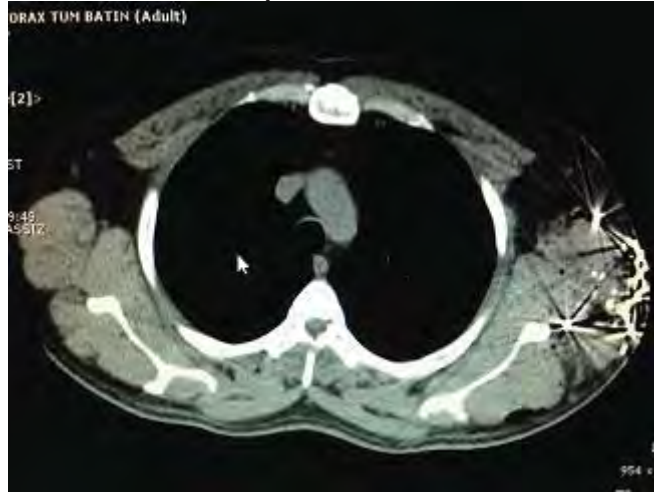
Gökay Reyhan, Yeşim Doğan, Ertuğrul Yoldaş, Mert Aygün
Denizli Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Denizli

AMAÇ: Ateşli silah yaralanmasında (saçma yaralanması) toraksde radyolojik yöntemlerle görülmeyen yabancı cisimler olabileceği irdelendi.

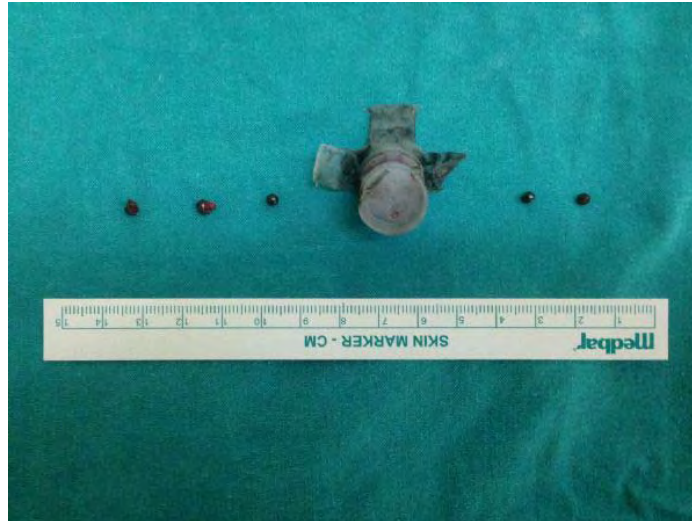
OLGU: Acil servise yakın atış (kaza ile) ateşli silah yaralanması (pompalı av tüfeği) nedeniyle başvuran 41 yaşındaki olgu Genel Cerrahi tarafından batin yaralanması şüphesi nedeniyle yatırıldı. Skapula fraktüründe tespit edilen hastada intratorasik patoloji saptanmadı. Toraks duvarında multiple metalik yabancı cisim olan hasta beş gün gözlemden sonra taburcu oldu. Taburculuğundan 22 gün sonra toraksdaki yara yerinden antibiyoterapiye rağmen akıntısı geçmeyen hastaya operasyon kararı alındı. Ateşli silah yaralanması trakti açıldığında multiple metalik yabancı cisimler ve plastik tek parça halinde parçalanmış (tıpa) yabancı cisim olduğu izlendi. Hastanın postoperatif yara yerinden akıntısı olmadı. Hastanın 6. ay kontrollerinde yeni enfeksiyon odağı tespit edilemedi.

SONUÇLAR: Ateşli silah yaralanmalarında yüksek enerjiyle radyolojide görülmeyen yabancı cisimlerinde yara yerinden penetre edileceği akılda tutulmalıdır. Yara yerinden olan inatçı ve rekürren enfeksiyonlarda bu yabancı cisimlerde düşünülerek cerrahi tedavi düşünülmelidir.

Preoperatif Toraks BT



Yabancı cisimler



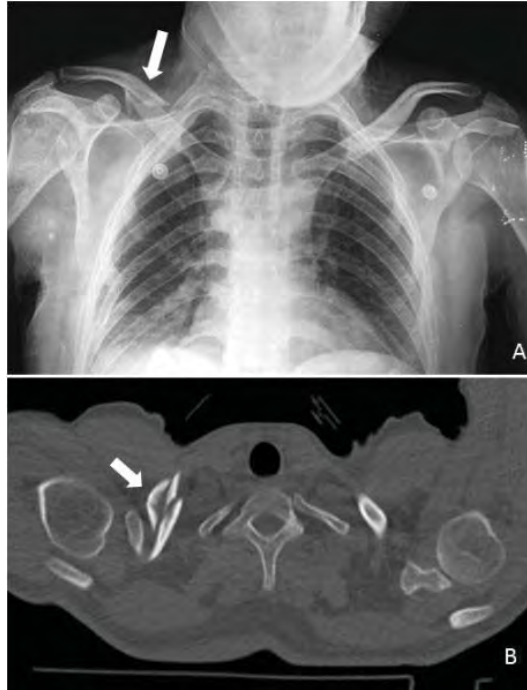
EP-192

Klavikula Kırığında STRATOS™ Sisteminin Farklı Bir Uygulama Şekli: Olgu SunumuMustafa Çalık¹, Nuri Düzgün¹, Saniye Göknil Çalık², Murat Serhat Aygün³, Gönül Yılmaz Tosun¹, Hıdır Esme¹¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Kliniği³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

Geleneksel olarak, klavikula kırıklarının yaklaşım şekli büyük ölçüde konservatif tedavidir. Klavikula kırığı olan bir hastada açık redüksiyon ve kaburga klipsi yardımıyla internal tespit yaptığımız ve başarılı bir şekilde tedavi ettiğimiz olgumuzu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık. 29 yaşındaki erkek hasta araç içi trafik kazası sonrası acil servisimize başvurdu. Hastada sağ omuz, göğüs ve pelvis ağrısı mevcuttu. Yapılan fizik muayene ve radyolojik incelemeler sonrasında hastada sağda multipl kot fraktürleri ve klavikula fraktürü saptandı. Hasta kliniğimize yatışının 5. gününde klavikula fraktürü için cerrahi uygulandı. Klavikula üzerinde oblik kesi yapılarak cilt ve ciltlatı dokular künt ve keskin diseksiyonla geçildi ve klavikulaya ulaşıldı. Periost açıldıktan sonra klavikula kırık bölgesinden askıya alındı. Klipse, klavikulanın kavisli şekli verildikten sonra kırık alana uygulandı. Ardından klipsler özel araçlar yardımıyla sıkıştırıldı. Operasyondan sonra herhangi bir ağrı veya klipste migrasyon olmadı. Postoperatif ilk 3 hafta boyunca kolun fleksiyon ve abduksiyon hareketleri sınırlandırıldı. Sorunsuz şekilde iyileşen hasta ayaktan fizyoterapi desteği de verilerek taburcu edildi.

Klavikula fraktürlerinde; kaburga klipsleriyle yapılan açık redüksiyon ve internal tespiti konservatif tedaviye alternatif bir yöntemdir. Basit bir şekilde uygulanabilen bu işlem hastanede kalış süresini ve komplikasyonları azaltır.

Resim 1



Şekil 1: A: PA Akciğer Grafisinde orta şaft klavikula kırığı (ok) saptandı. B: Aksiyal planda nonkontrast CT (ok) tanısı doğruladı.

Resim 2



Şekil 2: Post-operatif 3 Boyutlu Görüntüleme: Klavikulanın sağ oblik anterior (a), inferior (b) ve superior (c) görünümü. Kırığın her iki tarafında herhangi immobilizasyon olmaksızın yeniden şekillendiren STRATOS™ kosta klipsi

EP-193

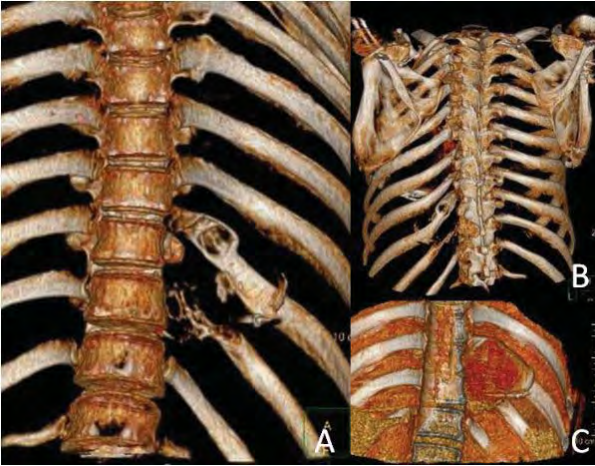
Kostal Hidatik Kist: Nadir Bir Olgu Sunumu

Ferdane Melike Duran¹, Mustafa Çalık¹, Saniye Göknil Çalık², Nuri Düzgün¹, Hıdır Esmel¹, Tahir Taha Bekçi³¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Kliniği³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Hidatik kist (HK); Hipokrat zamanından itibaren bilinen Echinococcus cestode neden olduğu parazitozdur. E. granulosus, E. alveolaris, E. multilocularis, and E. Vogeli olmak üzere dört türü bulunur. İnsanlarda en sık evcil hayvanlarda bulunan E. granulosus, nadiren de vahşi hayvanlarda bulunan E. Multilocularis HK'in nedenidir. Geriye kalan Echinococcus vogeli ve Echinococcus oligarthrus polikistik hastalık nedeni olup nadiren insanlarda hastalığa yol açar. Çoğunlukla etçiller, büyük ve küçükbaş hayvanların birlikte bulunduğu kırsalda bulunur. Tarım ve hayvancılıkla uğraşan, çevre sağlığı ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin yetersiz Doğu ve güney Avrupa, kuzey Afrika, Ortadoğu, Uzakdoğu, güney ve orta Amerika ve eski Sovyet cumhuriyetlerinde endemik olarak bulunur. Özellikle bu bölgelerden yapılan göç ve seyahatler nedeniyle dünya çapında yayılmaktadır. Normal hayat döngüsünde bulunmayan insan parazitin kistik formunun yutulmasıyla tesadüfen konak haline gelir. Duedonumda açılan kistler vena porta yoluyla hematogen veya lenfojen yolla vücudun herhangi bir yerine dağılılabılır. HK'lerin neredeyse tamamı karaciğer ve akciğerlerde yerleşir. Tüm HK vakalarının ancak % 0,5-2 kemikleri tutar bunlarında yarısı vertebralardadır. HK'nın kostal yerleşimi son derece nadirdir. Literatürde, yaklaşık olarak altmış yetişkin hastada kostal HK bildirilmiştir.

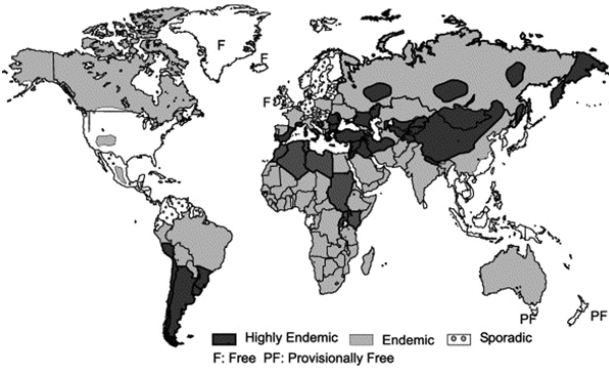
41 yaşındaki erkek hasta sol sırt ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayene ve laboratuvar testleri hiçbir anormallik saptandı. Özgeçmişinde 20 yıl önce, sol akciğer HC için operasyon vardı. Toraks BT incelemesinde 9. ve 10. kostalarla vertebra transvers prosesinde kistik genişleme ve destrüksiyon gösteren kitle tespit edildi. Posterolateral torakotomi ile kistik lezyon komple rezektü edildi. Tanı cerrahi eksplorasyon ve histopatolojik değerlendirme ile doğrulandı. Hasta ameliyat sonrası 6. günde şikâyetsiz olarak taburcu edildi. Hastaya üç ay boyunca, 10 mg / kg / gün albendazol tedavisi verildi. Kostal HC Türkiye gibi endemik olarak bulunduğu bölgelerde bile son derece nadir görülebilir. Kostal HC nadir ve sıra dışı lokalizasyonlara yerleşimi nedeniyle ayrı tanıda kolaylıkla atlanabilir; yanlış veya geç tanı konulmasına neden olabilir. HC özellikle endemik olarak bulunduğu bölgelerde tüm lezyonların ayrı tanıda mutlaka akıldaki tutulmalıdır.

Resim 3



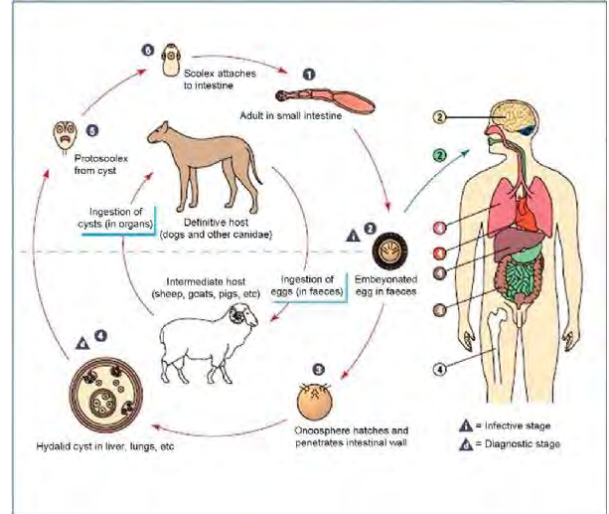
Kostal Hidatik Kistin 3 boyutlu görüntüleme ile (a) anterior, (b) posterior ve (c) yumuşak dokularla anteriordan görünümü

Resim 1



Echinococcus granulosus zoonoz suşlarının küresel dağılımı. 4 numaralı kaynaktan alınmıştır.

Resim 2



3-6 mm uzunluğundaki yetişkin Echinococcus granulosus (1) kesin kaynak olan köpekkilerin ince bağırsağında bulunur. Gebe proglottids konak dışkıyla yumurta doğaya bırakır(2). Uygun ara konak tarafından sindirilen yumurtalar konağın bağırsaklarına tutunup kuluçkadan (oncosphere-3) çıkar. Oncosphere bağırsak duvarını geçerek sistemik dolaşıma katılırlar. Özellikle karaciğer ve akciğerleri tutarlar (4). Oncosphere yerleştiği organlarda yavaş yavaş büyür kistin iç kısmında protoscolices ve kız veziküllerle dolar (4). Kesik kaynak olan köpekkiler enfekte ara konakların dokularını yediği zaman tekrardan enfekte olur. Sindirildikten sonra protoscolices(5) bağırsak duvarını yapışır(6). 32-80 gün arasında erişkin Echinococcus granulosus haline gelir (1). Parazit için çıkmaz sokak olan insan tesadüfi ara konaktır. Her hangi bir organa yerleşebilir (2,2,4,4,4). 7 numaralı kaynaktan alınmıştır.

EP-194

Menisküs Ameliyatı Öncesi Tansiyon Pnömotoraksa Neden Olan Rüptüre Kist Hidatik Olgusu

Murat Kılıç, Akın Eraslan Balcı, Derya Tüten

Fırat Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Elazığ

Hidatik kist hastalığı, Echinococcus granulosus'un neden olduğu paraziter bir hastalıktır. En sık karaciğere, daha sonra akciğer ve beyine yerleşir. Hidatik kiste görülen en sık komplikasyon kistin bronş içine rüptürüdür. Kist hidatikte plevral komplikasyonlar %0.5-18.2 oranında görülür. Yazıda menisküs ameliyatı öncesi plevraya rüptüre olan kist hidatik sonucu tansiyon pnömotoraks gelişen bir olgu sunulmaktadır.

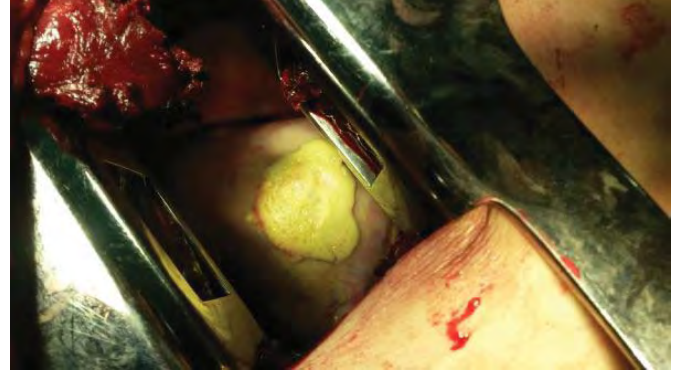
20 yaşında erkek hasta; sol dizden menisküs ameliyatı olmak üzere preop anestezi hazırlığı yapılırken, entübe edilen ve entübasyon sonrası oksijen saturasyonunda düşme, dinlemekle sol akciğerde solunum seslerinin alınamaması üzerine kliniğimizden konsültasyon isteniyor. Hastanın posteroanterior akciğer grafisinde solda total pnömotoraks, kollabe olmuş akciğer, mediastinal yer değiştirme ve sol alt lobda kaviter lezyon (Resim 1) görülmesi üzerine; hastaya tansiyon pnömotoraks tanısı ile sol göğüs tüpü takıldı. Hastanın göğüs tüpünden 200 ml sıvı drene oldu. Menisküs ameliyatı sonrası hastanın çekilen Toraks BT'sinde sol akciğer alt lobda 36x28 mm boyutlarında subplevral alanda kalın cidarlı içerisinde nodüler görünüm olan kaviter lezyon (rüptüre kist hidatik ?), karaciğerde 96x76 mm boyutta kist (Resim2) olduğu görüldü. Akciğer kist hidatiğinde tedavi şekli cerrahi olup, hastaya sol posterolateral torakotomi ile kistotomi + kapitonaj ameliyatı yapıldı. Post operatif patolojik inceleme sonucu "kist hidatik" geldi. Hasta postop 5. gün komplikasyon olmadan taburcu edildi. Plevraya rüptüre kistler; pnömotoraks, plevral efüzyon, plevral yapışıklık ve ampiyeme neden olabilir. Akciğer grafisinde düzgün sınırlı kistik lezyon ve beraberinde pnömotoraks görülen olgularda rüptüre kist hidatik mutlaka düşünülmelidir. Tansiyon pnömotoraks gelişen olgulara hemen göğüs tüpü takılarak dekompresyon sağlanmalı, nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayeti olan her hastaya ameliyat öncesi mutlaka posteroanterior akciğer grafisi, gerekirse toraks tomografisi çekilmelidir.

Resim 1



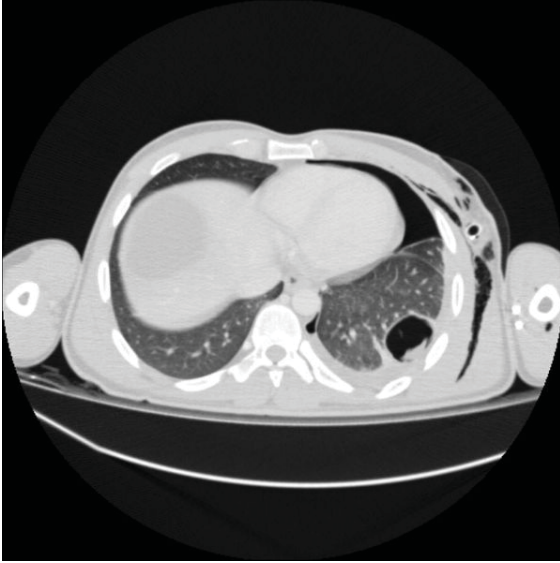
Posteroanterior akciğer grafide solda total pnömotoraks, kollabe akciğer, mediastinal yer değiştirme, sol alt lobda kaviter lezyon görülmekte.

Resim 3



Sol akciğer alt lobtaki kistin tokotomi sonrası görünümü

Resim2



Toraks BT'de sol akciğer alt lobda 36x28 mm boyutlarında subplevral alanda kalın cidarlı içerisinde nodüler görünüm olan kaviter lezyon (rüptüre kist hidatik), karaciğerde 96x76 mm boyutlarında kist görülmekte.

EP-195

Akciğer Kitleleri için Cerrahi Deneyimlerimiz

Osman Korcan Tilkan¹, Mertol Gökçe¹, Gökçen Sevilgen¹, Bülent Altunsoy², İbrahim İlker Öz³¹Bülent Ecevit Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Zonguldak²Bülent Ecevit Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Zonguldak³Bülent Ecevit Üniversitesi Radyoloji Ana Bilim Dalı, Zonguldak

Akciğer radyolojik incelemede parankim içerisinde, 3 cm'den büyük solid lezyonlar akciğer kitlesi olarak adlandırılmakta olup tespit edilen kitlelere yönelik operasyon öncesi tanı konulması cerrahi prensiptir, ancak bazı durumlarda kitlenin yapısı, lokalizasyonu ile operasyon öncesi olguların radyolojik görüntüleme ve bronkoskopik inceleme, tanı konulamayan olguların uygun olanlarına transtorasik ince iğne biopsisi (TTİAB) ve/veya endobronşial ultrasonik (EBUS) inceleme ve radyolojik olarak mediasten LN patolojik boyutta ise bu olgulara da diagnostik mediastinoskopi uygulanması gibi tüm bu tanı yöntemlerine rağmen tanı konulamayan olgular operasyona alınarak tedavisi yapıldı. Biz akciğer kitlesi nedeniyle cerrahi tanı ve tedavi uyguladığımız bu olgularımızın sonuçlarını değerlendirdik.

Tablo 1

YAŞ ARALIĞI	Cinsiyet	Lokalizasyon
36-76 (ORT:49)	♂ 25 (%86.2)	SAĞ 20 (%69)
	♀ 4 (%13.8)	SOL 9 (%31)

Olguların özellikleri

Tablo 2

CERRAHİ YAKLAŞIMLAR	n (%)
VATS	5 (%17.2)
TORAKOTOMİ	21 (%72.4)
VATS + TORAKOTOMİ	3 (%10.4)

Olgulara yapılan cerrahi girişimler

Tablo 3

REZEKSİYON TİPİ	VATS + TORAKOTOMİ N (%)	VATS N (%)	TORAKOTOMİ N (%)
SEGMENTEKTOMİ	1 (%3,44)	-	1 (%3,44)
LOBEKTOMİ	-	-	10 (%34,58)
PNÖMONEKTOMİ	-	-	1 (%3,44)
WEDGE REZEKSİYON	1 (%3,44)	4 (%13,8)	7 (%24,1)
BIOPSİ	1 (%3,44)	1 (%3,44)	2 (%6,88)

Cerrahi girişimlere göre yapılan rezeksiyon tipleri

Tablo 4

MALİGN PATOLOJİK TANI	N = 17 (% 58,64)
ADENOKARSİNOM	8 (%27.6)
SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM	5 (%17.2)
KÜÇÜK HÜCRELİ KARSİNOM	2 (%6.89)
KARSİNOİD TÜMÖR	2 (%6.89)

Malign Patolojik tanılar

Tablo 5

BENİGN PATOLOJİK TANI	N = 12 (% 41,36)
PNÖMOKONYOZ	5 (%17.2)
ANTROKOZİS	3 (%10.3)
KR. İNFLAMASYON	2 (%6.89)
HİPERSENSİTİVİTE PNÖMONİSİ	1 (%3.44)
TİMOMA	1 (%3.44)

Benign Patolojik Tanılar

EP-196

Göğüs Duvarında Nadir Görülen Bir Yabancı Cisim: BıçakBurhan Apilioğulları¹, Nuri Düzgün², Ercan Kurtipek³, Hıdır Esme²¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Kliniği²Konya Meram Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği³Konya Meram Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Vücudun belirli bir yerinde, normalde bulunmayan her hangi bir madde yabancı cisim olarak tanımlanır. Postoperatif unutulmuş yabancı cisimler sıklıkla karşımıza çıkmasına karşın penetran travmaya neden olan nesnenin toraks duvarında kalarak yabancı cisim şeklinde ortaya çıkması nadir bir durumdur. 1 ay önce delici kesici alet yaralanması sonucu sol hemotoraks tanısı ile yatırılarak tedavi gören 20 yaşında erkek hasta, sol skapula altında ağrı ve şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Çekilen bilgisayarlı tomografide sol posterior toraks duvarında yabancı cisim (bıçak) saptandı ve lokal anestezi altında çıkarıldı. Olgumuz detaylı bir öykü ve tam bir fizik muayenenin yapılmadığı takdirde sadece radyolojik tetkikler ile değerlendirilen hastalarda olası bir yabancı cismin fark edilemediğini göstermektedir.

Resim 1



Hastanın fizik muayenesinde sol 6. interkostal aralığa uyan posterior toraks duvarında görülen kızarıklık ve şişlik

Resim 2



Hastanın akciğer grafisinde sol skapula altında yaklaşık 6 cm uzunluğunda saptanan metal yabancı cisim

Resim 3



Sırttan çıkarılan yabancı cisim (bıçak)

EP-197

Bilateral Şilotoraksa Neden Olan Tbc Lenfadenit Ve Plevral Tutulumu Olmayan Mezotelyoma OlgusuErcan Kurtipek¹, Nuri Düzgün², Hıdır Esme², Meryem İlkay Eren Karanis³, Ferdane Melike Duran²¹Konya Meram Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği²Konya Meram Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği³Konya Meram Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

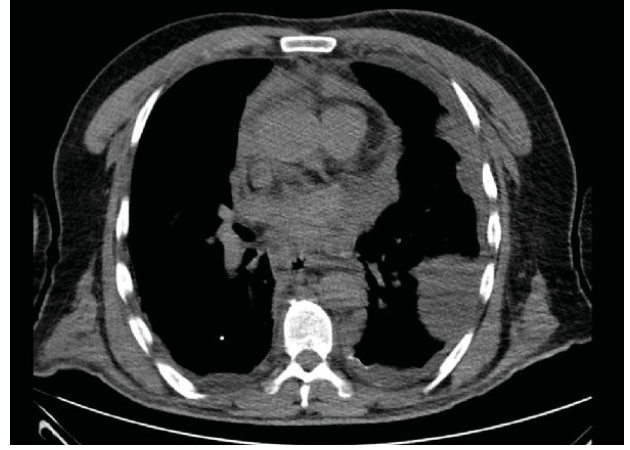
Şilotoraks plevra boşluğu içinde şilomikron içeren sıvı birikimi ile karakterize nadir bir durumdur. Şilotoraksın en sık belirtisi nefes darlığıdır. Nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize başvuran 60 yaşında erkek hastaya çekilen toraks CT' de bilateral plevral efüzyon saptandı. Plevral yüzeylerde herhangi bir kalınlaşma ve nodüler oluşum saptanmadı. Hastadan yapılan torasentezde şilus geldiği görüldü. Plevral mayi örneğinin biyokimyasal incelemesinde trigliserid 1228mg/dl ve kolesterol 149 mg/dl olarak saptandı. Hastanın orali kesildi ve hastaya total parenteral beslenme desteği verildi. Ancak hastanın drenajının azalması ancak kesilmemesi üzerine hastaya operasyon kararı verildi. Hastaya sağ torakotomi uygulandı ve diyaframın hemen üzerinden kütle ligasyonu yapıldı. Operasyonda paryetal ve visseral plevrada patolojik görünüm saptanmadı. Mediastende bulunan lenf nodları örneklendi. Ayrıca lenf nodlarından Tbc kültürü için alınan örnekler mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi. Lenf nodunun ARB incelemesi pozitif gelmesi üzerine hastaya anti-Tbc tedavisi başlandı. Lenf nodunun patolojik incelemesi sonucu ise malign mezotelyoma olarak raporlandı. Hastaya yeni çekilen toraks CT' de plevral yüzeylerde nodüler oluşumlar olduğu görüldü. Mediastinal lenf nodları duktus torasikusa bası yaparak şilotoraksa neden olurlar. Non-travmatik şilotoraksın en sık nedeni lenfomadır. Tbc Lenfadenit de şilotoraks nedeni olabilir. Ancak aynı lenf nodundan gönderilen dokularda hem Tbc hem de malign mezotelyoma saptanmasının çok sık karşılaşılan bir durum olmadığı ve literatüre katkı sağlayacağı görüşündeyiz.

Resim 1



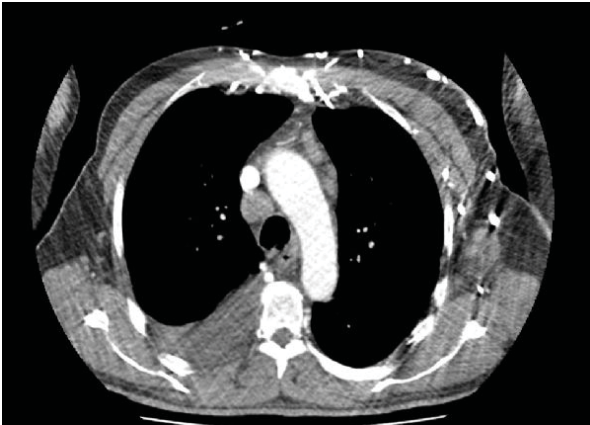
Hastanın ilk başvurduğu anda çekilen BT' sinde bilateral plevral efüzyon mevcut.

Resim 3



Hastanın 1 ay sonra çekilen BT' sinde yaygın nodüler oluşum görülüyor.

resim 2



Hastanın BT' sinde mediastinal LAP' lar ve efüzyon boşaltılması sonrası plevral yüzeylerde herhangi bir nodüler oluşum görülüyor.

EP-198

Eşzamanlı Bilateral Pnömotoraks: (10 Olgunun Analizi)

Aysel Kurt, Hasan Türüt, Ahmet Acıpayam

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi-Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

GİRİŞ: Pnömotoraks, spontan veya edinsel nedenlerle oluşan bir klinik tablodur. Primer spontan pnömotoraks (PSP) genellikle genç, astenik, sigara içicisi olan ve altta yatan bir akciğer hastalığının olmadığı durumlarda görülürken, sekonder pnömotoraks (SSP) başta kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olmak üzere sekonder parankimal hastalıklarda ortaya çıkar. Edinsel pnömotoraksın en sık sebebi künt travmalardır. Eşzamanlı bilateral pnömotoraks (EBP) her iki hemitoraksta aynı anda oluşan, pnömomediastinumun da eşlik edebileceği, spontan veya travmatik nedenlerle ortaya çıkan, oldukça ve nadir rastlanan bir klinik durum olup, acil olarak tedavi edilmesi gereken gerekmektedir. Bu çalışmada, EBP olgularımızın, demografik ve klinik özellikleri analiz edilerek tedavi yöntemleri ve sonuçları değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya, Mart 2011-Haziran 2014 tarihleri arasında kliniğimizde EBP tanısı konan 10 hasta alındı. Hastaların hepsi erkek ve ortalama yaş 44,1 (15-86) idi. Etiyolojide PSP (n:3, %30), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) zemininde gelişen SSP (n:3,%30) ve künt toraks travması (n:4, %40) yer almaktaydı. Travma hastalarının 3'ünde bilateral kosta frakturu, vertebra frakturu ve ekstremitte frakturleri, birinde ise sadece EBP mevcuttu. Olguların 4'üne (%40) acil serviste entübasyon ve mekanik ventilasyon uygulanmıştı. Hastaların 6'sına (%60) bilateral, 4'üne (%40) tek taraflı tüp torakostomi (TT) uygulandı. Tek taraflı TT uygulanan hastaların karşı akciğerdeki pnömotoraksları için, 1 hastada perkütan drenaj ve 3 hastada gözlem yapıldı. Masif hava kaçağı nedeniyle 1 olguda bilateral (bir hafta ara ile) ve 1 olguda ise tek taraflı torakotomi ile parankimal tamir/bül eksizyonu uygulandı. Bir hastada ampiyem ve 1 hastada plevral efüzyon-pnömoni gelişti. Ortalama TT takip süresi 15,31 (6-50) gün idi. Hastaların 2'si (%20) hemlich valv ile taburcu edildi. KOAH pnömotoraksli 1 hastaya talk ile kimyasal plörodezis uygulandı. Ortalama hastanede kalış süresi 20,7 (8-55) gün idi. Bir hasta taburcu edildikten bir hafta sonra ex (%10) oldu.

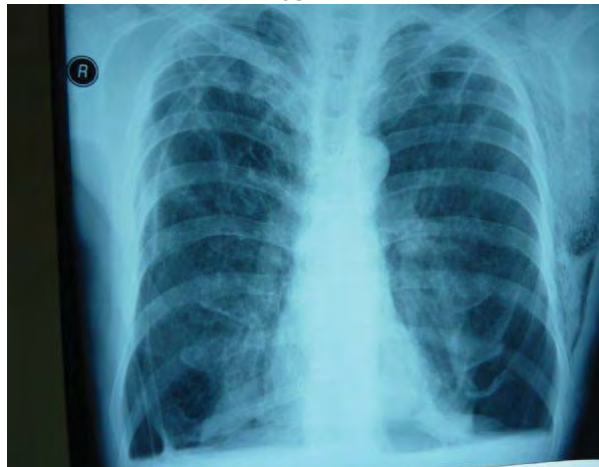
SONUÇ: Etiyolojik neden ne olursa olsun EBP, eşzamanlı olmayan bilateral veya tek taraflı pnömotorakslara göre daha fatal seyredilen ve daha yüksek morbiditelerin eşlik edebildiği bir durumdur. Toraks travmasının yanısıra, eşlik eden diğer vücut travmaları ve başta KOAH olmak üzere gibi altta yatan hastalıklar EBP'nin mortalitesini daha da artırır; hatta mekanik ventilasyon gereksinimi ortaya çıkabilir. EBP'li hastalarda hızlı tanı ile erken ve agresif cerrahi müdahale mortaliteyi azaltan en önemli etkidir.

Resim 1



Spontan bilateral pnömotoraks tespit edilen ve solunum arresti nedeni ile entübe şekilde bilateral tüp torakostomi uygulanan hastanın işlem öncesi bilgisayarlı tomografi kesiti

Resim 2



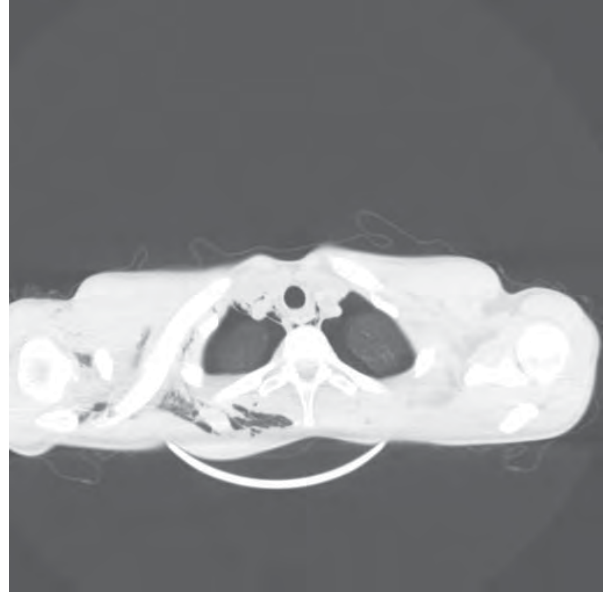
Aynı hastanın bilateral tüp torakostomi sonrası çekilen PA AC grafisi

Resim 3



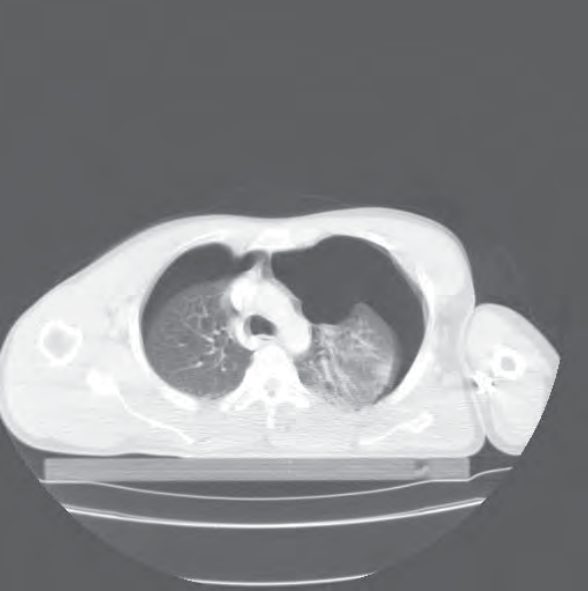
Sol spontan pnx nedeni ile tüp torakostomi uygulanan hastada eş zamanlı mevcut olan sağ hemitorakstaki spontan pnx görünümü

Resim 5



Travmatik eşzamanlı bilateral pnömotorakslı hastanda sağ hemitoraksta cilt altı amfizemini de gösteren CT kesiti

Resim 4



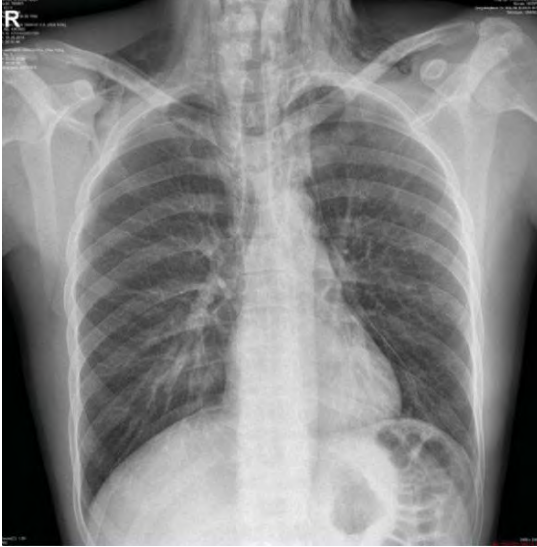
Travmatik bilateral pnömotoraks nedeni ile bilateral tüp torakostomi sonrası bilateral uzamış hava kaçağı nedeni ile ardışık bilateral torakotomi yapılan hastanın işlem öncesi CT kesiti

EP-199

Kuru Sıkı Tabanca İle Yaralanma Sonrası Oluşan Trakeal RüptürFigen Türk¹, Ümit Aydoğmuş¹, Gökhan Yuncu¹, Simay Serin², Funda Tümkaya³¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahi AD²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz AD

32 yaşında erkek olgu. Kuru sıkı tabanca ile sol klavikula orta hattının yaklaşık 2.5 cm üzerinden ateşli silah yaralanması olan olgu, genel durum iyi, TA: 120/80, nb: 86. KBB polikliniğine boyunda şişlik nedeni ile başvurdu. Akciğer grafi; boyun kısmında ciltaltı amfizemi ile uyumlu bulgular haricinde patoloji saptanmadı. Boyun BT'de derin boyun fasyalar arasında yaygın bilateral cilt altı amfizem bulguları izlenmekte olup, amfizem vasküler yapılar etrafında mediyastene dek uzanmaktadır. İnfraglottik düzeyde trakeada ~11 mm çaplı ateşli silah yaralanmasına ikincil defekt görünümü izlendi. Göğüs Cerrahisine devredildi. Trakeal rüptür tanısı, fiberoptik bronkoskopi ile doğrulandı. Hasta 6 gün entübe edilerek trakeal rüptür spontan iyileşmesi sağlandı. Kontrol bronkoskopisinde rüptür alanının düzeldiği ve darlık oluşturmadığı gözlemlendi. Kuru sıkı tabanca ile trakeal rüptür oluşumu ve tedavi yönetimi açısından sunulmuştur.

İlk başvurusundaki PA akciğer grafisi



Resim 3



Fiberoptik bronkoskopide trakeal rüptür alanı

İlk başvurusundaki Toraks BT görüntüsü



Resim 4



Kontrol Toraks BT'sinde trakeanın görünümü

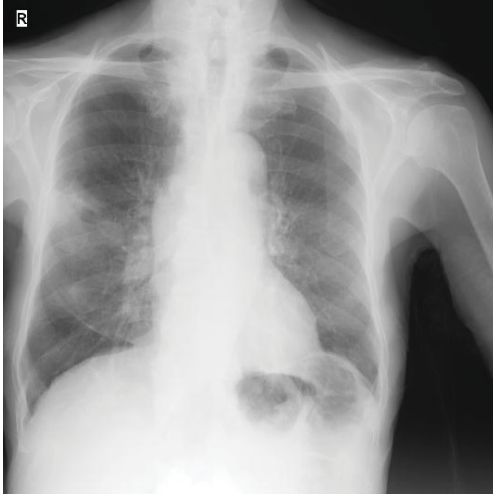
EP-200

Amiloidozun Nadir Bir Formu: Trakeobronşiyal AmiloidozisCeyhun Uğurluoğlu¹, Ercan Kurtipek², Yaşar Ünlü¹, Taha Tahir Bekçi², Nuri Düzgün³¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

Primer izole trakeobronşiyal amiloidozis (TBA), oldukça nadir görülen bir hastalıktır.

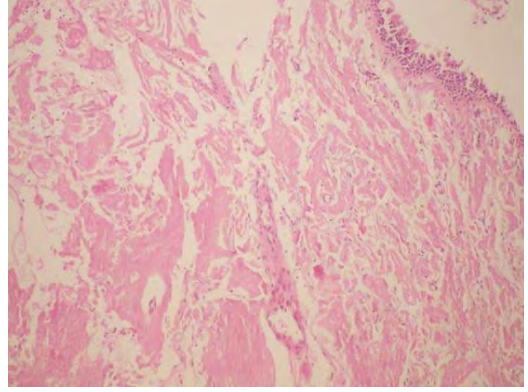
Progressif dispne, öksürük ve hemoptizi gibi semptomlarla kendini gösterebilir. Hava yolu obsrüksiyonu, atelektazilere ve tekrarlayan bronkopulmoner enfeksiyonlara neden olabilir. Soliter nodüller tümör benzeri yanıtıcı görünüm verabilir. 70 yaşında erkek hasta genel durum bozukluğu öksürük, balgam, nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvurdu ve göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. 15 yıldır parkinson hastalığı olan hastamızın akciğer filminde belirgin bir patoloji tesbit edilmedi. BT Toraks'da sağ akciğer alt lob posterobazal ve laterobazal segmentte geniş boyutlu konsolidasyon alanı mevcuttu. Yapılan bronkoskopide sol üst lob karinasında polipoid lezyon görüldü. Alınan bronkoskopik biyopsi örneği amiloidoz olarak raporlandı. Başka organ tulumu saptanmayan izole TBA' lı olgumuzu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

resim 1



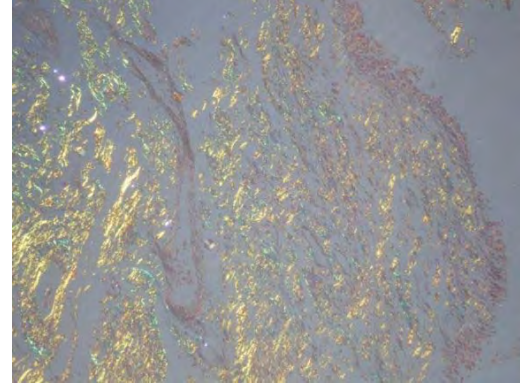
P-A Akciğer filminde sağ orta zonda pleval tabanlı minimal konsolide alan görülüyor.

Resim 4



Işık mikroskopu 10x10 BBA 'da H&E boyalı kesitlerde bronş epiteli altında lamina propriada eozinofilik amorf madde birikimi görülüyor.

resim 5



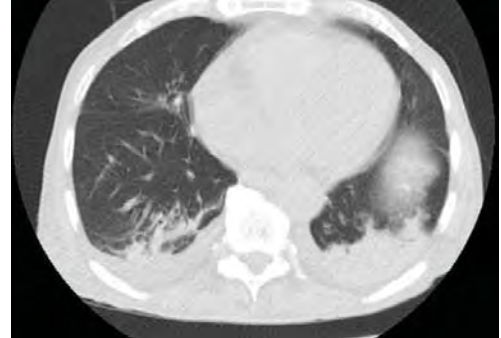
Işık mikroskopunda 10x10 BBA 'da Kongo kırmızısı boyalı kesitlerde Polarize ışıkta yeşil renkte refle veren amiloid birikimi görülmekte.

Resim 3



Bronkoskopide sol üst lob karinasında görülen etrafı hemorajik polipoid lezyon görülmekte.

Resim2



Toraks BT' de bilateral alt lob posterobazal ve laterobazal segmentte geniş boyutlu konsolidasyon alanları görülüyor.

EP-201

Özofageal Leiomyom

Tarık Yağcı, Esra Yamansavcı Şirzai, Metin Er, Ahmet Üçvet, Soner Gürsoy

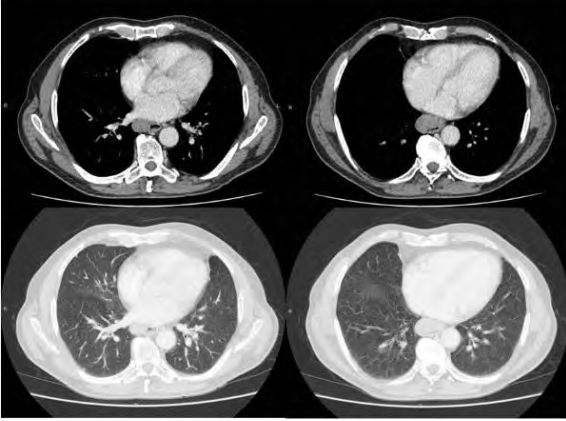
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, 1. Göğüs Cerrahi Kliniği, İzmir

Özofagus leiomyomu, benign özofagus tümörlerinin en sık görülenidir. Sıklıkla özofagusun alt 1/3 kısmında yerleşmiş, tek ve sınırları düzgün submukozal kitleler olarak karşımıza çıkmaktadır. Yavaş büyüyen tümör intramural çevre dokulara bası yapacak ya da lümeni tıkayacak boyutlara gelmedikçe asemptomatiktir. Radyolojik tetkiklerde genellikle arka mediastinal kitle olarak izlenirler. Tedavisi cerrahidir (enükleasyon).

Altmış yedi yaşında erkek hastada yaklaşık iki yıldır devam eden katı yiyecekleri yerken ağrı şikayeti mevcuttu. Bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ pulmoner ven seviyesinden geçen kesitlerde posterior mediasten yerleşimli, çevre yumuşak dokuları ile sınırları tam olarak ayırt edilemeyen, homojen yapıda ve yaklaşık 2,5x3x5 cm boyutta düzgün sınırlı hipodens solid bir lezyon izlendi (Resim 1a). Özofagus pasaj grafisinde; özofagus distal kesiminde yaklaşık 4 cm lik alanda lümen daralmaya neden olan kısmen düzgün konturlu basıya neden olan kuşuklu görünüm saptandı (Resim 1b). Endoskopik olarak 33 ve 37 cm ler arasında submukozal lezyon izlendi. EUS ile bu lezyonun muskularis propria kaynaklı, içinde kalsifik odaklar bulunan heterojen ekojenitede olduğu saptandı. Adventisyaya ile sınırlarının net olmadığı, ancak komşu doku ve damar invazyonunun bulunmadığı belirtildi. Lezyondan yapılan ince iğne biyopsi sonucu non diagnostikti. Tüm vücut PET-BT görüntülemesinde lezyonda hafif düzeyde artmış 18-FDG tutulumu (SUVmax=2,7) mevcuttu. Bu verilerle hastaya sağ torakotomi uygulandı. Eksplozasyonda alt 1/3 torasik özofagusta sert solid kitle saptandı (Resim 2a). Lezyonunun proksimal ve distaline kadar yaklaşık 8-10 cm lik özofagomyotomi yapıldı ve lezyon enükle edildi (Resim 2b). Myotomi primer kapatıldı. Herhangi bir morbidite ile karşılaşılmayan hasta postoperatif 8. günde taburcu edildi. İyi sınırlı 7 cm lik tümörün kati patolojisi gastrointestinal stromal tümör-leiomyom olarak raporlandı. Takibinin ikinci ayında olan hastaya ek tedavi düşünülmedi.

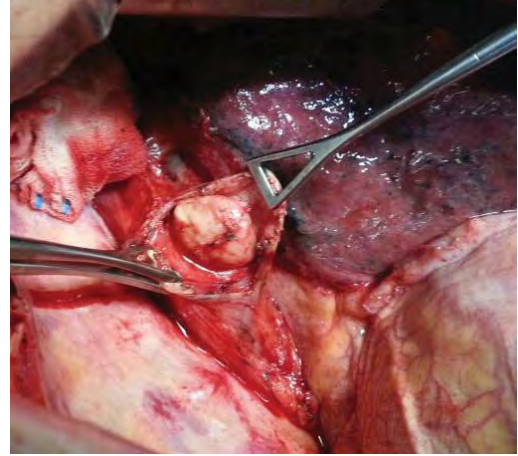
Gastrointestinal stromal tümörlerden olan leiomyomlar nadir görülmesi nedeniyle literatür eşliğinde sunulmuştur.

Resim 1



Bilgisayarlı Toraks Tomografi Görüntüsü

Resim 3



Peroperatif Görüntüsü

Resim 2



Özofagus Pasaj Grafisi Görüntüsü

Resim 4



Peroperatif Görüntüsü

EP-202

Kaburganın Anevrizmal Kemik Kisti

Mustafa Çalık¹, Gönül Yılmaz Tosun¹, Saniye Göknil Çalık², Murat Serhat Aygün³, Hıdır Esme¹, Süleyman Emre Akın¹, Yasar Ünlü⁴

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

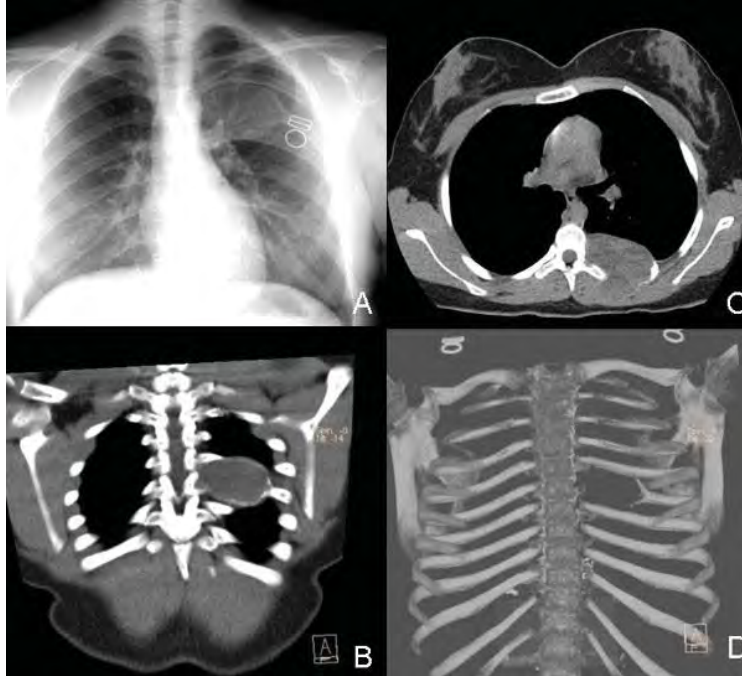
⁴Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

Anevrizmal kemik kisti tüm primer kemik tümörlerinin % 1-2 sini oluşturan, çocuk ve genç erişkinlerde görülen ve genellikle uzun kemiklerin metafizi, omurga ve pelviste bulunan iskelet sisteminin non-neoplastik kemik tümörüdür. Herhangi bir kemik etkilenebilir ancak nadiren kaburga kaynaklıdır. 6. kottan kaynaklı anevrizmal kemik kisti olan vakayı sunmayı amaçladık.

14 yaşında kadın hasta on gündür sol sırtta gittikçe kötüleşen ağrı ve şişlik şikâyeti ile Acil Servis' e başvurdu. Ağrı sürekli ve sol üst hemitorsaksın hareketi ile şiddetlenmekte idi. İlk değerlendirmenin ardından, çekilen direk göğüs grafisinde hiçbir anormallik izlenmedi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol 6. kostada litik lezyon saptandı. Diğer kemik yapılarında herhangi bir değişikliğe rastlanılmadı. Tüm incelemeler sonrası hastaya posterolateral insizyonla göğüs duvarı rekonstrüktüriksiyonuna gerek kalmaksızın parsiyel 6. kot rezeksiyonu uygulandı. Kistik lezyon total olarak çıkarıldı. Patolojik tanı anevrizmal kemik kisti olarak raporlandı. Ameliyattan sonra iyileşen hasta herhangi bir şikâyeti olmaksızın post-operatif 6. gününde taburcu edildi.

Nadir görülmesi ve diğer lezyonlara benzerliği nedeni ile anevrizmal kemik kistine preoperatif olarak tanı konması zor olabilir. Burada, tanı diğer nedenleri dışlamakla konulabilir ancak kesin tanı ve tedavi en blok rezeksiyon sonrası yapılabilir. Kaburga tümörlerinin nadir bir nedeni olsa da anevrizmal kemik kisti akılda tutulmalıdır.

Resim 1



A: Sol 6. kaburga posterior yıkımını gösteren PA Akciğer grafisi B/C: Koronal ve aksiyal plandaki Toraks BT'sinde kemik korteksin yıkımını gösteren ekspanzil yumuşak doku kitlesi D: 3 boyutlu BT rekonstrüksiyon görüntüsünde sol 6. kaburga genişleme

EP-203

İntramüsküler Kist Hidatik: Olgu SunumuMihrican Yeşildağ¹, Mustafa Çalık², Saniye Göknil Çalık³, Süleyman Emre Akın², Hıdır Esme², Tahir Taha Bekçi¹, Suat Keskin⁴¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği⁴Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

Kist hidatik en sık karaciğer ve akciğer lokalizasyonunda görülmesine rağmen vücudun herhangi bir yerinde yerleşebilir. İntramüsküler kist hidatik oldukça nadirdir ve vücutta yerleşim yeri olarak % 1 den az görülür. Biz birçok cerrah ve hekim tarafından endemik bölgelerde bile çok nadir görülen intramüsküler kist hidatik olgusunu sunmayı amaçladık.

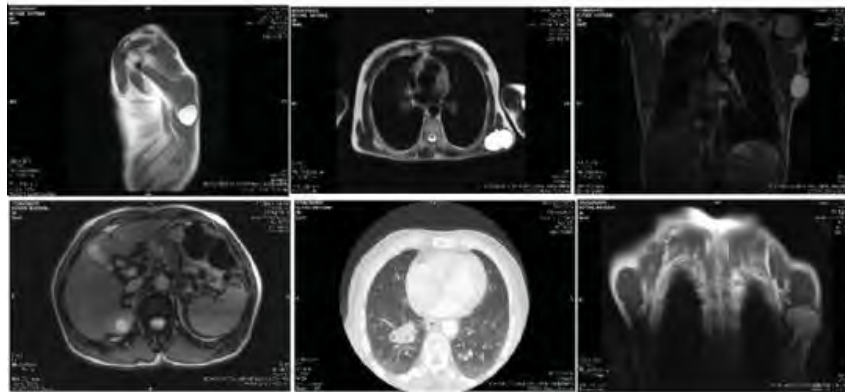
64 yaşında erkek hasta 6 aydır sol hemitoraksta ağrısız büyüyen kitle nedeni ile klinimize başvurdu. Fizik muayenede sol latissimus dorsi kasının üzerinde 6x4.5 cm büyüklüğünde, ağrısız, mobil, düzgün kenarlı kitle mevcuttu. Laboratuvar testleri normaldi. Toraks BT de sağ alt lobda 2 adet kistik nodül mevcuttu. Diğer radyolojik incelemelerde başka organ tutulumuna rastlanmadı. Hastaya iki aşamalı cerrahi uygulandı. İlk aşama sol hemitorakstaki kistin eksizyonu yapıldı. Sonra posterolateral torakotomi ile sağ akciğerdeki lezyonlara kistotomi ve kapitonaj uygulandı. Her iki cerrahi müdahale lateral dekübit pozisyonda yapıldı. Tanı histopatolojik inceleme ile doğrulandı. Operasyon sonrası üç ay boyunca medikal tedavi (Albendazol 10 mg / kg /gün) verildi. Kist hidatik vücudun herhangi bir yerinde görüldüğü gibi tüm iskelet kaslarında yerleşebilir. Türkiye gibi endemik bölgelerde, yumuşak doku lezyonlarında kist hidatik ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Resim 1



A: Kistin operasyon öncesi görünümü B: Kistin enükleasyonu C: operasyon sonrası görünümü

Resim 2



Hastanın Toraks BT ve MR görüntülenmesi

Tablo 1

Tip	Açıklama
I	Pür kistik
II	Ayrıışmış membranlar içeren kistik oluşum
II	Multiple septa / kız vezikülleri içeren kist
IV	Yüksek internal eko, hiperekoik heterojen solid kitle görünümü
V	Kalsifiye kalın duvarlı kist

Gharbi Kist Hidatik Sınıflaması

EP-204

Vertebral Hidatik Kist: Olgu Sunumu

Mustafa Çalık¹, Saniye Göknil Çalık², Murat Serhat Aygün³, Ercan Kurtipek⁴, Süleyman Emre Akın¹, Ferdane Melike Duran¹, Hıdır Esme¹

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji Kliniği

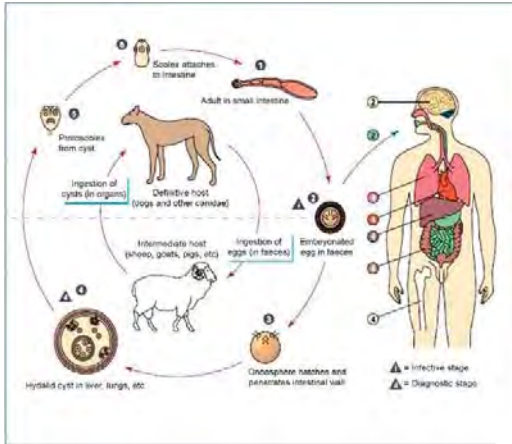
⁴Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

Echinococcusların hayat döngüsü erişkin ve larva olarak iki safhadan oluşmaktadır. Hidatik Kist (HK); Echinococcus türlerinin larva döneminde " ara konak " olarak adlandırılan genellikle büyük ve küçükbaş hayvanlarda bazen de insanlarda neden olduğu zoonotik enfeksiyondur. Erişkin dönemde, "kalıcı konak" olarak adlandırılan köpeklerin ve vahşi yırtıcıların bağırsaklarında yaşar. Ara konaklar enfekte dışkılarıyla kontamine yiyecek ve suyun sindirilmesi ile enfekte olur. Tarım ve hayvancılıkla uğraşan, çevre sağlığı ve koruyucu hekimlik hizmetlerinin yetersiz olduğu coğrafyalarda endemik olarak bulunur. Özellikle bu bölgelerden yapılan göç ve seyahatler nedeniyle dünya çapında yayılmaktadır. En sık karaciğer ve akciğerlerde görülse de vücuttaki her hangi bir organ veya dokuya yerleşebilir. Tüm HK vakalarının ancak % 0,5–2 kemikleri tutar bunlarında yarısı vertebralardadır. HK'nın vertebral yerleşimi son derece nadirdir. Sıklık sırasına göre en çok torakal, lumbal ve servikal vertebralara yerleşir.

64 yaşında bayan hasta yaklaşık 3 yıl önce başlayan ellerde ve ayaklarda uyuşma ve güçsüzlük sırt ağrısı şikâyetleriyle hastanemize başvurmuş. Yapılan fizik muayene ve radyolojik incelemede sol hemitoraks posterior mediastende torakal 4. (T4) vertebra korpusunda desktrüksiyona yapan spinal kanala uzanan düzgün konturlu kitle tespit edildi. Nörojenik tümör olarak operasyon önerilen hasta operasyonu kabul etmemiş. Giderek şikâyetleri artan hasta yürüme güçlüğü ile kliniğimize başvurdu. Radyolojik incelenmesinde T4 vertebradaki kitlenin boyutlarında artışın olmadığı görüldü. Hastaya sol 4. İnterkostal aralıktan posterolateral torakotomi yapıldı. Spinal kanala uzanım gösteren kitle çevre dokulardan ayrıldı. Multiple germinatif membranlar çıkarıldı. Medulla spinalisin intakt olduğu görüldü. Korpusta olası nedeniyle ek cerrahi uygulanmadı. Altı aylık 10 mg /kg/günden albenzol tedavisi ile post-operatif 9. günde önerilerle taburcu edildi.

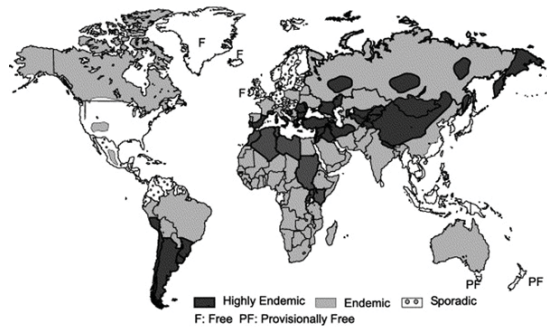
Vertebral HK nadir zoonotik enfeksiyonlar olsa da vertebra korpusu, intervertebral disk ve epidural aralığı etkileyebilmesi nedeniyle tedavisi ve kistin eradikasyonu zordur. Bütün cerrahi ve medikal tedavilere rağmen rekürrens oranı %40–100 arasında ve ortalama süreside 30 aydır. Sadece vertebral değil HK'in diğer sıra dışı yerleşimleri hastalığın tanısında yanlışlık ve gecikmelere neden olur. Bölgenin anatomik ve fizyolojik özelliklerinden kaynaklanan güçlüklerde eklenince hastaların tedavileri daha da zorlaşmaktadır. Klinisyen tedavi ve hastalık arasında kısır bir döngünün içine girmektedir. Hem cerrahi hem de medikal açıdan rekürrensi engelleyecek; kısır döngüyü kırarak yeni yöntemler ve özellikle santral sinir sistemine daha iyi penetre olan ilaçlara ihtiyaç duyulmaktadır.

Resim 1



Echinococcus granulosus'un hayat döngüsü ve vücuttaki dağılımı

Resim 2



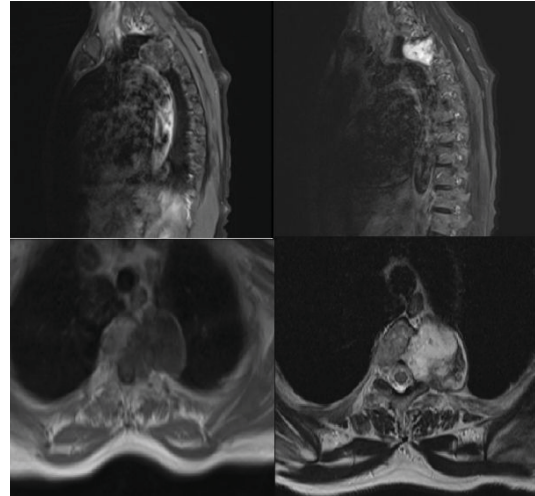
Echinococcus granulosus zoonoz suşlarının küresel dağılımı

Resim 3



Hastanın Toraks BT görüntülemesi

Resim 4



Hastanın Manyetik Rezonans görüntülemesi

EP-205

Akciğerin Dev Malign Fibröz Histiositoması

Murat Kılıç, Akın Eraslan Balcı, Suna Polatoğlu, Siyami Aydın
Fırat Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Elazığ

Malign fibröz histiositoma (MFH), yumuşak dokuların en sık görülen sarkomudur. Akciğer tutulumu oldukça nadir olan bu tümörler; akciğer, toraks duvarı, mediasten veya diğer dokulardan kaynaklanabilirler. Karsinomlardan farklı olarak 5 yıllık sağkalım ortalama %40-70 arasında değişmektedir. Karsinomlarda bu oran ortalama %10-15 tir. Daha çok 61-70 yaş arası erkeklerde görülür. En fazla ekstremelerde görülürken, göğüs cerrehisinde çoğunlukla toraks duvarında nadiren intratorasik yerleşimli olabilir. Tercih edilen primer tedavi şekli komplet rezeksiyondur. Lokal veya uzak nüksler görülebilir. Lokal nüks durumunda radyoterapi faydalı olabilir. Yazıda 73 yaşında bir bayan hasta sunuldu. Öksürük ve nefes darlığı şikayeti ile acil servise başvuran hastanın çekilen toraks tomografisinde sol hemitoraksta kitle izlenmesi üzerine hasta kliniğimize yatırıldı. Hastanın öksürük, nefes darlığı ve göğüs ağrısı şikayetleri vardı. Dinlemekle solda solunum sesleri azalmıştı. Rutin laboratuvar incelemelerinde sedim yüksekliği (sedim:68) dışında diğer parametreleri normaldi. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de sol akciğer üst lob anterior düzeyde plevraya uzanan, mediastinal plevraya oturan üst lob anterior bronşunu oblitere eden, lobüle konturlu heterojen dansitede büyük boyutlu (12.5x6.5x12 cm) kitle lezyonu izlendi (Resim 1). Kitle invazyonuna yönelik manyetik rezonans inceleme (MRI)'de sol akciğer üst lob anteriorda mediastinal plevraya oturan, pulmoner trunkus ve ana pulmoner arterle doku planlarını kısmen oblitere eden 13x7.5x13 cm boyutta kitle lezyonu izlendi (Resim 2). Hastanın pleural mayi sitolojisi malignite yönünden negatif geldi. İnce iğne aspirasyon biyopsisi sonucunda tanı gelmeyen hastaya sol torakotomi yapıldı. Gözlemde sol hemitoraksın 2/3'ünü dolduran sert kıvamlı yer yer nekrotik ve hemorajik alanlar içeren kitle rezeke edildi, ancak para kardiyak bölgedeki invazyonlar nedeniyle rezidü tümör dokusu kaldı. Patolojik inceleme sonucu malign fibröz histiositoma olarak raporlandı. postoperatif dönemde hastaya radyoterapi önerildi.

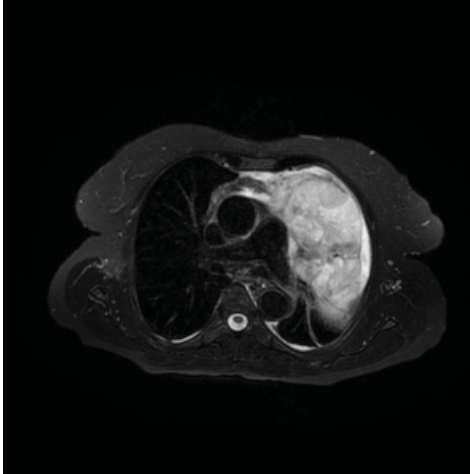
MFH, erişkinlerde en sık görülen yumuşak doku sarkomudur. Malign fibröz histiositoma mediastinal ve akciğerin birincil tümörleri arasında oldukça az görülendir. Tümör yüksek lokal nüks ve uzak metastaz oranlarıyla agresif seyirlidir. Akciğer uzak metastazların sık olduğu bir organdır. Akciğerin primer MFH'si oldukça nadir olup akciğer neoplazmları arasında %0.2 oranında görülür. Akciğer malign fibröz histiositoması olan olgularda öncelikle metastatik odak araştırılmalıdır. Bu tümörlere yaklaşımda genel tavır mediasten invazyonu olsa dahi cerrahi şansının tanınmasıdır. Çok büyük boyutlara ulaşmalarına rağmen komşu organ invazyonu yapmayabilirler.

Resim 1



Toraks BT kesitinde sol akciğer üst lob anterior düzeyde plevraya uzanan, mediastinal plevraya oturan üst lob anterior bronşunu oblitere eden, lobüle konturlu heterojen dansitede büyük boyutlu (12.5x6.5x12 cm) kitle lezyonu.

Resim 2



Toraks MRG'de sol akciğer üst lob anteriorda mediastinal plevraya oturan, pulmoner trunkus ve ana pulmoner arterle doku planlarını kısmen oblitere eden 13x7.5x13 cm boyutta kitle lezyonu

EP-206

Toraks Boşluğuna Herniye Olmuş Spontan Mide Rüptürlü Nadir Bir Vaka

İrfan Yalçınkaya¹, Rıza Serdar Evman¹, Firuzan Aytar², Aysun Kosif Mısırlıoğlu¹, Mahmut Talha Doğruyol¹, Şenol Ürek¹, Burhan Meydan³, İlyas Tuncer⁴

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

²Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Uzmanı, İstanbul

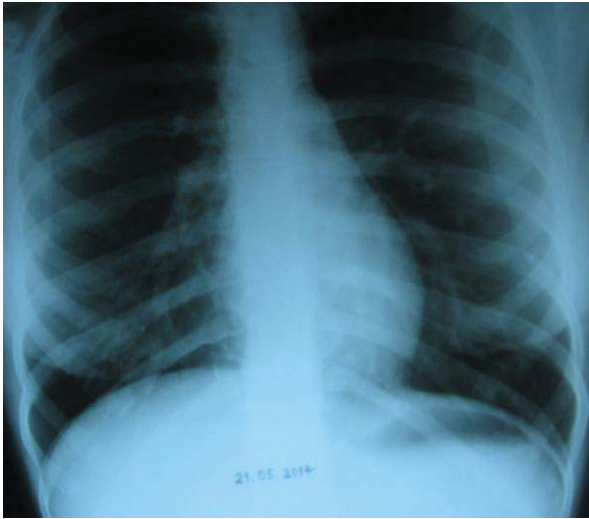
³Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji Uzmanı, İstanbul

⁴Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Anabilim Dalı, İstanbul

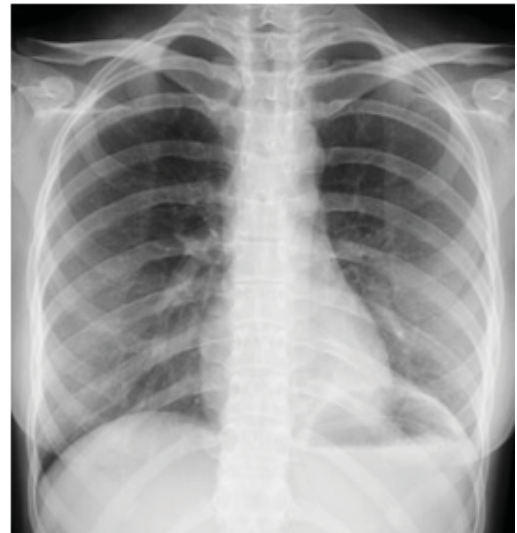
Yirmi altı yaşında, bayan hasta kliniğimize dört gün önce başlayan nefes darlığı ile acilen başvurdu. Anamnezde, hastanın kliniğimize yatmadan bir hafta önce herhangi bir şikayeti yokken genel durumunun aniden bozulduğu öğrenildi. Solda göğüs ve sırta vuran ağrısı olan hastada, böbrek taşı düşünülüp o yönde tedavi uygulanmış. Hastanın 3 ay önce işyerinde rutin kontrol sırasında çekilen akciğer grafisi normal idi. Bu arada hastanın şikayetlerine öğürme ve kusmalar da eklenmiş. Bir hastanede çekilen akciğer grafisi ve bilgisayarlı batın tomografisinde, batında distansiyon ve midede aşırı dilatasyon bulguları mevcuttu. Solda diyafram intakt fakat aşırı evantre görünümde iken, nazogastrik takılması sonucu midedeki dilatasyon azalmış. Hastanın özgeçmişinde travma veya başka bir özellik yoktu. Akciğer radyografisinde solda hidropnömotoraks ve mediasten de sağa deviyeye görünümde idi. Kapalı göğüs drenajı uygulanan hastada semptomatik düzelme oldu, fakat plevral sıvı pH'sı 4.5 olması üzerine oral ürografimli bilgisayarlı toraks tomografisinde, sol alt zonda pnömonik konsolidasyon ve toraks içinde kontrast madde birikimi saptandı. Hastada öncelikle aşırı kusmaya bağlı spontan özofagus rüptürü (Boerhaave sendromu) düşünüldü. Fiberoptik özofagogastroskopide, özofagus distalinde çepeçevre % 50 oranında mukozayı tutan nekrotik alanlar gözlenip endoskop ilerletildiğinde göğüs boşluğuna girildiği belirtildi. Hastada sol plevral boşluğun yeterli drenajı, irigasyon ve debridmanı için ameliyat planlandı. Dren deliğinden videotorakoskop ile yapılan eksplorasyonda, plevral boşluk ileri derecede nekrotik ve fibrinöz materyal ile kaplı idi. Uygun yerden utility torakotomi yapıp tüm plevral boşluk temizlendi. O sırada midenin toraksda ve perfore olduğu saptandı. Laparotomi uygulandı. Midenin hemen tamamen toraksda olduğu saptanıp 2-3 cm'lik diyafram defekti genişletilerek batına redükte edildi. Midenin büyük kurvaturda yaklaşık 10 cm büyüklüğünde rüptür olduğu saptandı ve primer tamir edildi. Sonra da toraks yoluyla diyafram tamir edilmesi planlandı. Tamir sırasında diyaframın göğüs duvarına yakın yerden rüptüre olduğu görüldü ve lipomatöz bir alan saptanıp eksize edildi. Patolojik incelemede lipom olarak geldi. Hastaya bir hafta oral verilmedi, bir hafta sonra orale geçilip taburcu edildi. Daha sonraki kontrollerinde sorun çıkmadı.

Vakamızı, etyolojide travma olmaksızın diyafram ve mide rüptürü olması ayrıca diğer klinik ve radyolojik ilginç özellikler taşıdığı için sunmayı ve tartışılmasını sağlamayı düşündük.

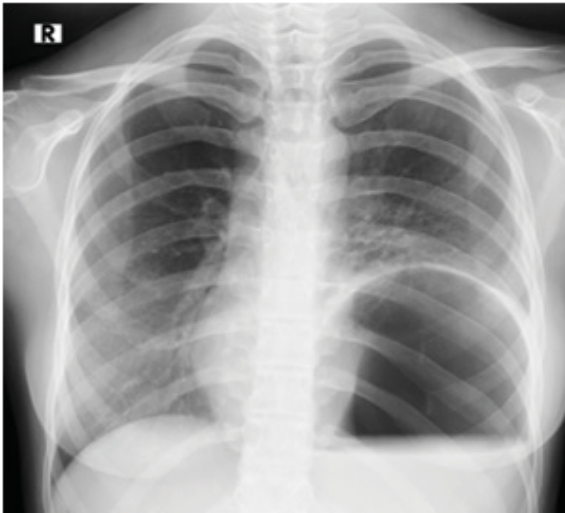
Resim 1



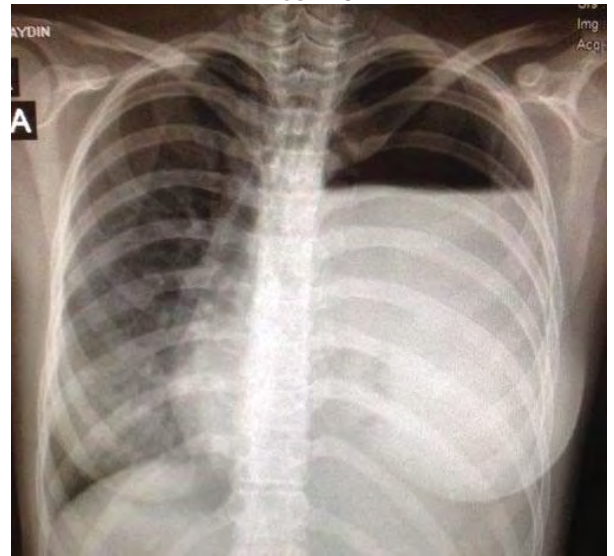
Resim 4



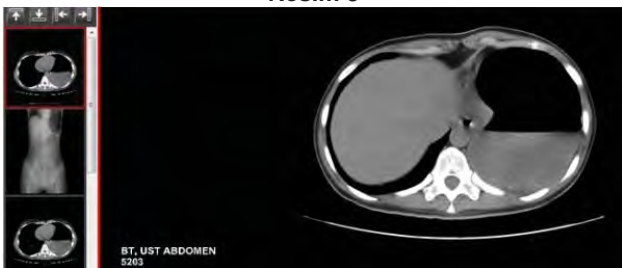
Resim 2



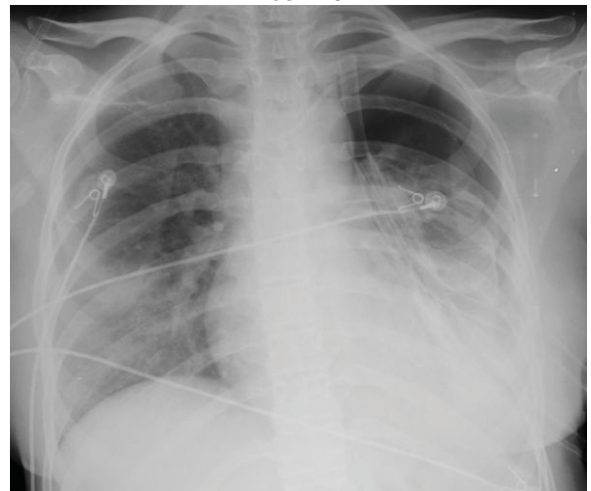
Resim 5



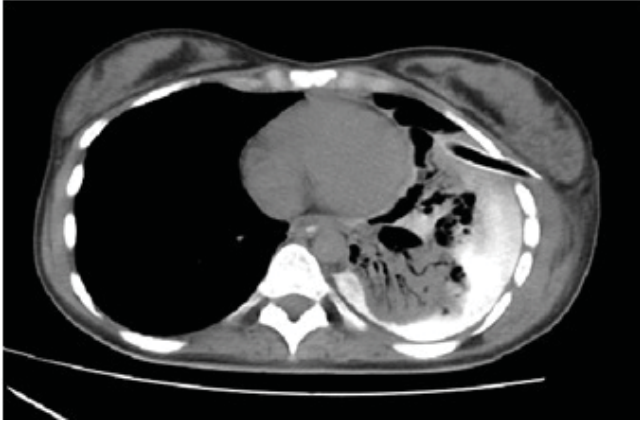
Resim 3



Resim 6



Resim 7



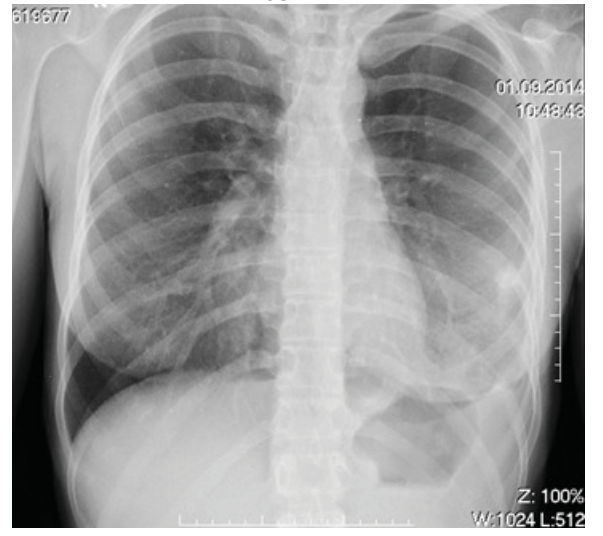
Resim 10



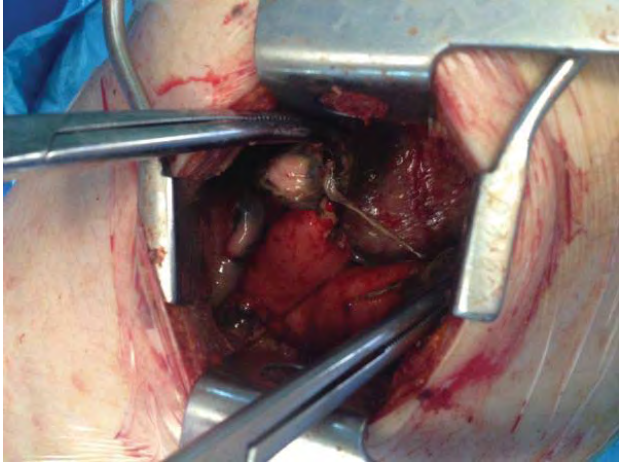
Resim 8



Resim 11



Resim 9

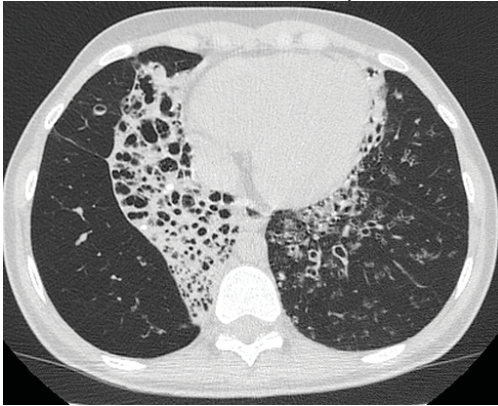
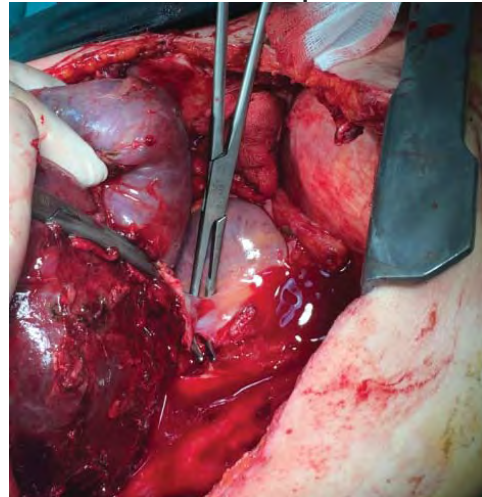


İki ay sonraki kontrol akciğer grafisi

EP-207

Sağ Alt Bilobektomiye Takiben Pulmoner Venöz Tromboz ve Akciğer Gangreni Gelişen Bir Bronşektazi OlgusuKemal Karapınar¹, Muzaffer Metin¹, Özkan Saydam¹, Lütfiye Kılıç²¹yedikule göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi, göğüs cerrahisi kliniği²yedikule göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim ve araştırma hastanesi, göğüs hastalıkları kliniği**GİRİŞ:** Pulmoner venöz tromboz (PVT), lobektomi veya bilobektomi sonrası hayatı tehdit eden ve nadir görülen bir komplikasyondur.**OLGU:** Yirmidört yaşında bayan hasta, bilateral alt loblarda bronşektazi tanısı ile 7 yıldır medikal tedavi ile takip edilmiş. Hasta sosyal yaşantısını etkileyecek derecede balgam şikayetinin artması ve bronşektazik alanların radyolojik olarak progrese olması nedeniyle kliniğimize gönderildi. Bronşektazinin sağda daha yaygın olması nedeniyle sağ alt lobektomiye karar verildi. Operasyon öncesi ayrıntılı anamnezinde bir üniversite romatoloji kliniğinde kriyoglobulinemik vaskulit tanısı ile takip edildiği öğrenildi. Aynı klinikle yapılan konsültasyonda bu durumunun operasyona engel olmadığı öğrenildi.

Sağ alt lobektomi amacıyla operasyona alınan hastanın, orta lobunun ileri derecede harap olduğu görülünce, alt bilobektomiye tamamlandı. Postop. 1. gün herhangi bir şikayeti olmayan hastada, 2. gün progresif dispne gelişti. Radyografide sağ üst lobda opaklaşma görüldü, ateletazi düşülerek postop 3. gün fiber optik bronkoskopi yapıldı. Burada sekresyon haricinde torsiyon vb. belirgin patoloji görülmedi. 4. gün genel durumunda kötüleşme, mediasten orta hattayken opasitede artış (resim 1), lökositoz (40.000/uL), hemotokritinde hızlı düşme gelişti. Bilgisayarlı tomografisinde sağda pulmoner arter açık, yaygın pulmoner hemoraji ve plevral efüzyon vardı (resim 2). Pulmoner gangren (PG) olabileceği düşünülerek ikili antibiyoterapi başlandı ve acil intraperikardial tamamlayıcı pnömonektomi yapıldı. Peroperatuar değerlendirmede sağ üst lobun konjesyon nedeniyle aşırı genişlediği ve üst vende obstruksiyon olmadan trombozis tespit edildi. Patolojisi; yaygın nekroz, orta ve küçük damarlarda tromboz ve vaskulit olarak değerlendirildi. Sağ tamamlayıcı pnömonektomiden sonra hastanın kliniği dramatik olarak düzeldi. Hasta postop. 1. ayında stabil ve sol alt lob bronşektazisi için takip altındadır.

TARTIŞMA: Hastamızda olduğu gibi ani klinik kötüleşme, mediasten orta hattayken tek taraflı radyolojik opasite artışı ve hematokritin ani düşmesi durumunda PVT ve PG akılda tutulması gereken acil bir tablodur. Literatürde Superior pulmoner vende oklüzyon gelişiminin olası iki mekanizması torsiyon veya tromboz olarak belirtilmektedir. Genellikle orta lobun ligasyonu ile ilişkili olarak üst vende tromboz gelişebilmektedir. Ancak bizim vakamızda ligasyonu veya torsiyon olmadan tromboz gelişmişti. Hastamızda hiperkuagübilite veya lösemi gibi tromboza yatkınlığını arttıran literatür örneklerinde olduğu gibi bir durum bulunamasa da, hastanın vaskülit ile ilişkisi olabileceği düşünüldü. Literatürde PVT teşhisi halinde öncelikle antibiyotik ve trombolitik tedavi önerilse de, bizim vakamızda olduğu gibi PG varlığında acil cerrahi tedavinin hayat kurtarıcı olduğunu paylaşmayı amaçladık.**Resim 1: Bilateral Bronşektazi****Resim 3: BT'de pulmoner venöz tromboz ve pulmoner gangren****Resim 2: PAAC grafide pulmoner opasite****Resim 4: Tromboze üst pulmoner ven**

EP-208

Intraplevral Yabancı Cisim: Salatalık Turşusu

Elif Duman

İzmir Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, Karabağlar, İzmir

GİRİŞ: Kesici delici alet yaralanmaları göğüs cerrahisinde sıkça karşılaşılan vakalardır. Batın ve diyafram aracılığı ile göğüze nazif kesilerde mide gibi asidik içeriği olan bir organın perforasyonu da eşlik ediyor ise içeriğin toraksa geçebileceği her zaman akılda bulundurulması gereken bir durumdur.

OLGU: Kesici delici alet yaralanması sonrası acil servise getirilen 21 yaşındaki erkek olgu; batına nazif yaralanma nedeni ile genel cerrahi tarafınca operasyona alındı. Dalak yaralanması, mide perforasyonu, diyafram yaralanması ve hemotoraks saptanan olguya splenektomi+midenin primer tamiri+diyafram primer tamiri yapıldı. Sol hemitoraksta hemopnömotoraks nedeni ile tüp torakostomi uygulandı. Aktif kanama saptanmadı. Drenden gelen mayı azalan hastanın postop 5. günde çekilen kontrol akciğer grafisinde sol alt lobun atelaktatik, sol hemitoraksta çoklu loküle alanlar olduğu görüldü. Öncelikle bronkoskopi yapıldı. Kompresif atelettazi olduğu izlendi. Hastaya bronkoskopinin arkasından hematoma olduğu düşünülerek videotorakoskop ile eksplorasyon uygulandı. Ancak sıkı yapışıklık ve çok sayıda loküle kalın duvarlı fibrin yapılar, visseral ve pariyetal plevrada kalınlaşma sebebiyle torakotomiye dönüldü. Sol hemitoraksta apekten bazale kadar çok sayıda poş olduğu görüldü. Özellikle posterior ve diafragmatik yüzde yaklaşık 1.5 cm kalınlığa ulaşan kalınlaşmalar izlendi. Alt lobun kompresyona uğradığı, visseral plevranın tüm akciğerde kalınlaşmakta olduğu, pariyetal plevranın tüm kavitede yaklaşık 1 cm ye varan fibröz jelöz materyal ile kaplandığı, yer yer sıkı yapışıklıklar gösterdiği; perikard, mediasten ve özellikle diyaframın bu yapılar ile kaplanıp sıkı yapışıklık oluşturduğu izlendi. Tüm poş yapıları keskin ve künt disseksiyonlar ile akciğer ve pariyetal plevradan ayrıldı. Bir poş yapısı içerisinde "salatalık parçası" tespit edildi. Visseral ve pariyetal plevra dekortike edildi.sol hemitorakstaki 1 lt lik jelatinöz, fibroz yapı temizlendi. Akciğer sol alt lob serbestleştirildi. Patoloji sonucu; "iskemik alanlar, geniş kanama alanları, fibrin, mikst tipte yanğısal hücre infiltrasyonu ve bazı alanlarda yabancı cisim varlığı izlenmiştir" olarak raporlandı. Bu klinik izlem ve patolojik değerlendirme ışığında olgudaki bu hızlı progresyonun torakal kaviteye ulaşan asidik materyale gösterilen aşırı reaksiyon nedeniyle olduğu düşünüldü.

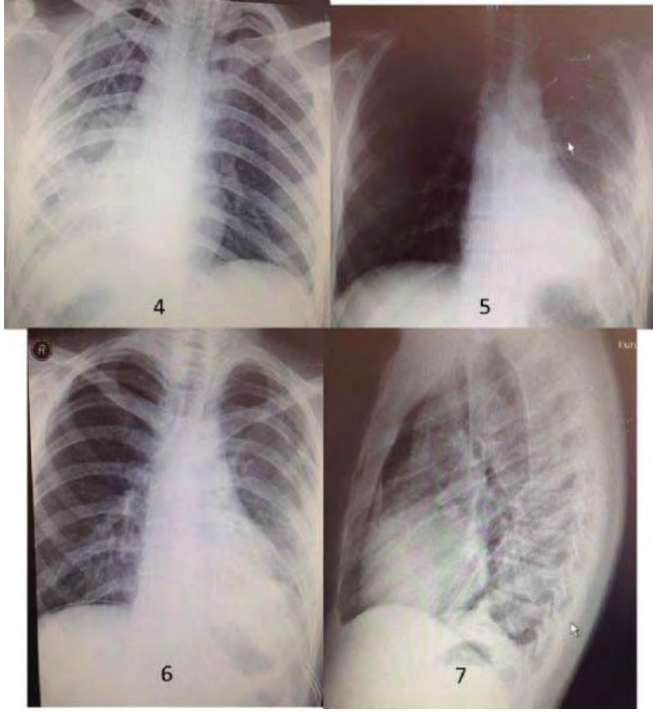
SONUÇ: Batın ve diyafram aracılığı ile göğüze nazif kesilerde mide gibi asidik içeriği olan bir organın perforasyonu da eşlik ediyor ise asidik içeriğin toraksa geçebileceği ve burada hızla reaksiyona neden olup plevral kalınlaşma ve lokülasyonlara yol açabileceği düşünülmelidir. Bu olgularda şüphe halinde zaman kaybetmeden videotorakoskop ile lavaj yapmak hastayı dekortikasyondan kurtaracaktır.

PA AC 1



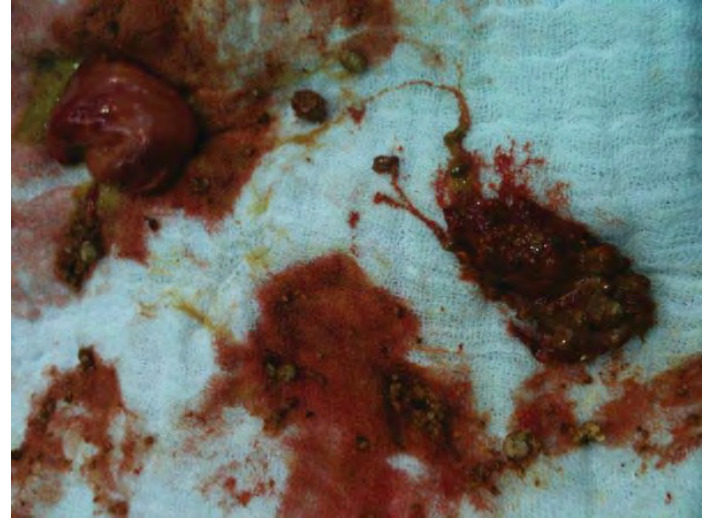
1-Bıçaklanma sonrası ilk film, 2-Batın operasyonu sonrası toraks dreni takılmış, 3-Drenden gelen olmaması üzerine dren çekilmiş

PAAC 2



4-Torakotomi sonrası, 5-Postop 3.gün, 6-Postop 5.gün, 7-Bir ay sonra kontrol yan grafi

Resim 2

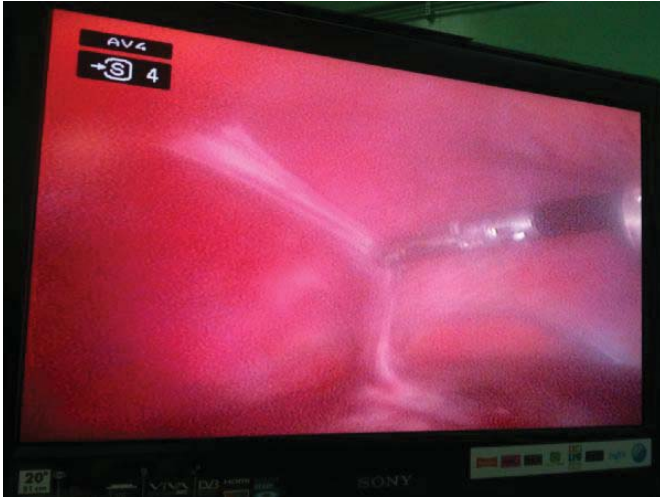


Torakotomide çıkarılan materyallerden bir kısmı

Resim 3



Resim 1



VATS' da izlenen fibröz bantlar

EP-209

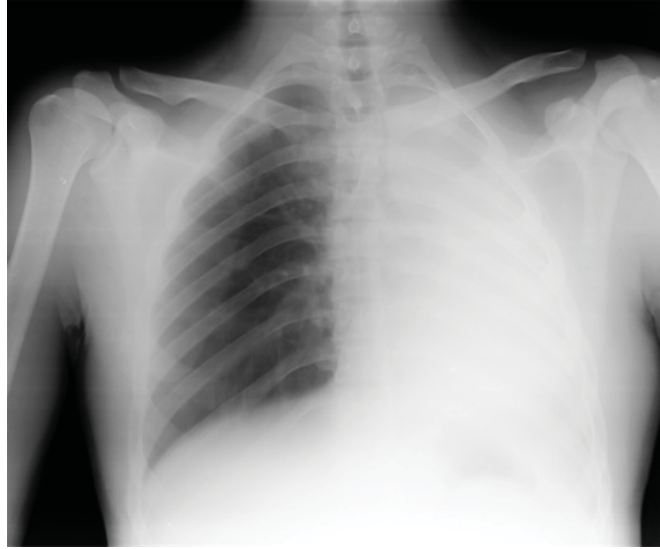
Künt Toraks Travmasına Bağlı Sol Ana Bronş Rüptürü

Esra Yamansavcı Şirzai, Ahmet Üçvet, Soner Gürsoy, Ozan Usluer

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

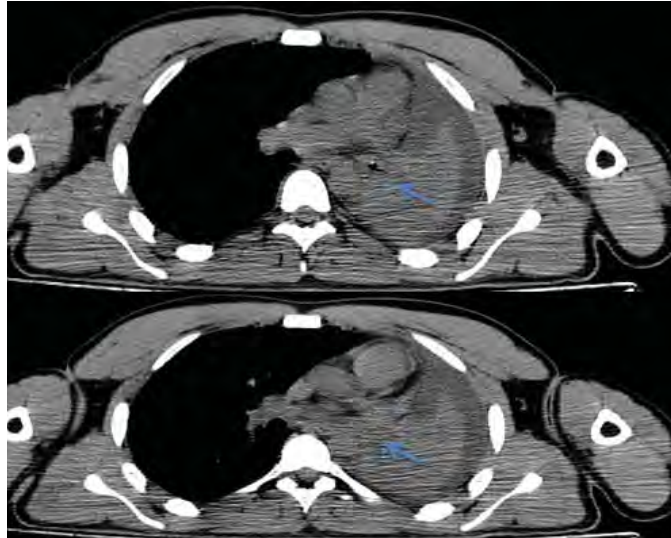
Bronş rüptürü, genellikle künt toraks travması sonrası gelişen, tanıda zorlukların yaşandığı hayati öneme sahip yaralanmalardandır. Yirmi beş yaşında erkek hasta motosiklet kazası sonrası sol hemopnömotoraks nedeniyle dış merkezde tüp torakostomi uygulanmış, ancak radyolojik ve klinik düzelme sağlanamaması üzerine kliniğimize yönlendirilmişti (Resim 1a). Kaza sonrası yaklaşık üçüncü haftada toraks bilgisayarlı tomografide sol akciğerde total atelektazi ve sol ana bronş karinadan itibaren 3 cm sonra obstrüksiyon saptandı (Resim 1b). Bronkoskopik olarak sol ana bronş distaline geçilemedi (Resim 1c). Tek akciğer ventilasyonu ile sol torakotomi uygulandı. Eksplorasyonda, karinadan 2 cm sonra sol ana bronşta laserasyon izlendi (Resim 1d). Ana bronşta düzensiz kıkırdak dokunun olduğu yaklaşık 1,5 cm'lik alan rezekt edildi ve ana bronş uç uca anastomozlaştırıldı. Erken postoperatif dönem bronkoscopisinde anastomoz hattı salim izlendi (Resim 2a), hasta postoperatif 6. gününde taburcu edildi. Takibinin 6. ayında akciğer grafisi normal sınırlarda (Resim 2b) olan hastada herhangi bir komplikasyona rastlanmadı. Geç tanı konulup bronkoplastik yöntemle başarılı cerrahi ile tedavi edilen hasta nadir görülmesi nedeniyle literatür eşliğinde sunulmuştur.

Resim 1



Tüp torakostomi sonrası PA Akciğer grafisi

Resim 2



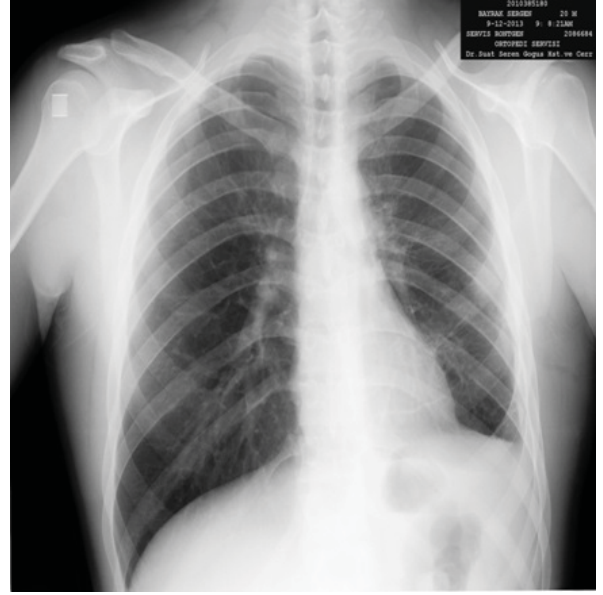
Toraks BT de sol ana bronş devamının izlenmemesi

Resim 3



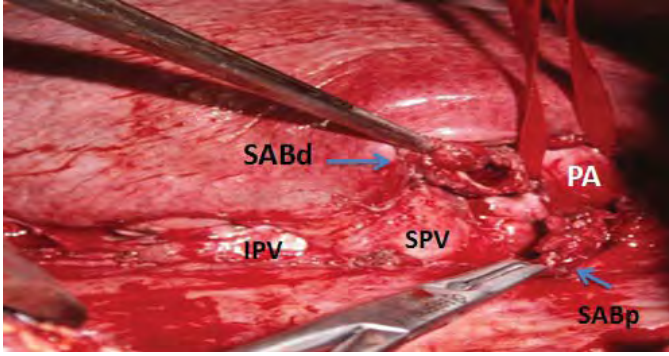
Bronkoskopik olarak sol ana bronş görünümü

Resim 6



Postoperatif akciğer grafisi

Resim 4



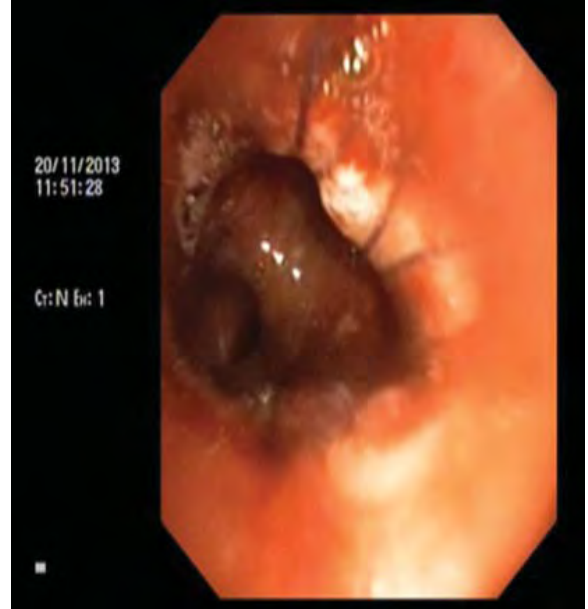
İntraoperatif eksplorasyon bulguları

Resim 5



Anastomoz sonrası ventile parankim görünümü

Resim 7



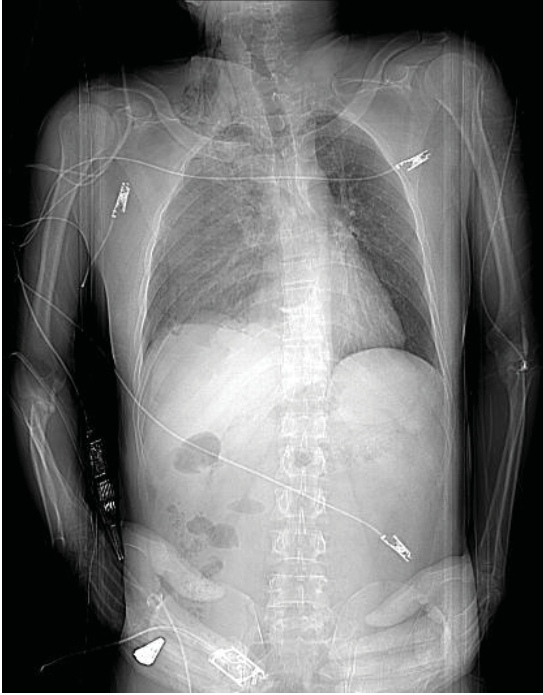
Erken postoperatif bronkoskopi görünümü

EP-210

İlginç Bir Vaka: Bochdalek Üçgeni Yoluyla Retroperitona Giden MermiMehmet Oğuzhan Özyurtkan¹, Mustafa Necati Dağlı², Hanifi Yıldırım³¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Elazığ²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Elazığ³Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Elazığ

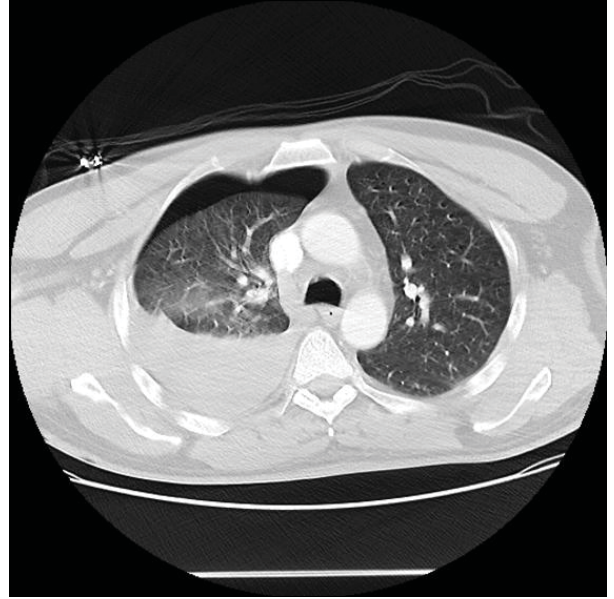
Otuz dokuz yaşındaki erkek hasta ateşli silah yaralanması sebebiyle acile getirildi. Sağ skapula kenarında giriş deliği olan hastada çıkış deliği mevcut değildi. Genel durumu iyi olan hastanın akciğer grafisi ve toraks tomografisinde sağ hemopnömotoraks, sağ skapulada ve üçüncü kostada kırık, sağ üst lobda mermi traktus görüntüsü mevcuttu, lakin mermi görünmüyordu. Hastaya tüp torakostomi uygulandı ve takibe alındı. Majör bir drenaj mevcut değildi, konservatif takip tercih edildi. İşlem sonrası mermiyi bulmak için boyun, batın ve pelvis grafileri çekilince merminin mesane sağ kenar komşuluğunda retroperiton alanda bulunduğu saptandı. Batın ve pelvik kontrastlı tomografileri çekildiğinde merminin sağ internal iliak damar demetine yakın durduğu, ancak herhangi bir diyafram veya batın-pelvik organ hasarı olmadığı saptandı. Kardiyoloji tarafından yapılan angiyografik incelemede merminin damar demetine komşu, lakin damar dışında dokuda durduğu teyit edildi. Hastanın akciğer hasarı problemsiz düzeldi ve üçüncü gün taburcu edildi. Mermi ise herhangi bir organ hasarı, enfeksiyon, kanama, ağrı yaratmadığı için bırakıldı. Toplam 111 kadavra üzerinde yapılan bir çalışmada 12. kaburga komşuluğundaki diyafram alanında, kabaca 623mm² boyutunda bir potansiyel boşluk vakaların %90'ında saptanmış ve burası Bochdalek üçgeni olarak adlandırılmıştır. Laparoskopik cerrahi sırasında nadiren meydana gelen pnömotoraksın sebebi bu boşluktan pasaj olması olarak düşünülmüştür. Hastamızda merminin öncelikle damar yoluyla migrasyon gösterdiği sanılmış, ancak radyolojik ve angiyografik incelemelerle bu düşünceden uzaklaşmıştır. Merminin skapula, üçüncü kotu kırarken yavaşladığı, sağ üst lobu penetre ettikten sonra toraks boşluğuna düştüğü ve daha sonra bu potansiyel Bochdalek üçgeni yoluyla retroperitona yerçekimi etkisiyle indiği düşünülmektedir. Vakanın ilginçliği yüzünden sunulması planlanmıştır.

Resim 1



Hastanın geliş akciğer ve batın grafisi

Resim 2



Toraks BT'de sağ hemopnömotoraks görüntüsü

Resim 3



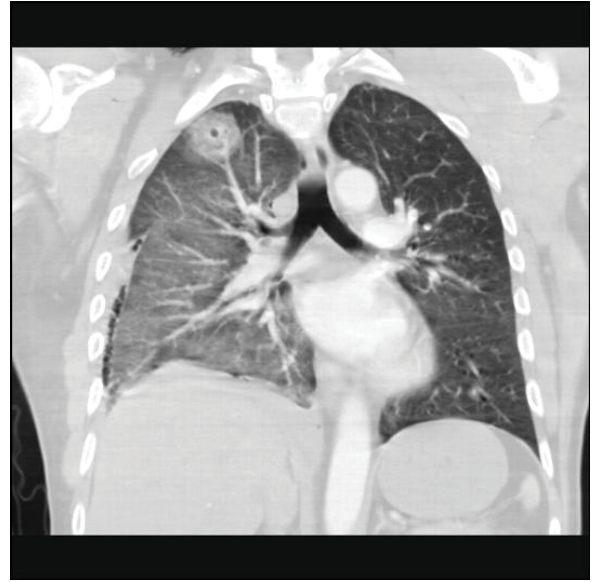
Toraks BT'de skapulada kırık

Resim 4



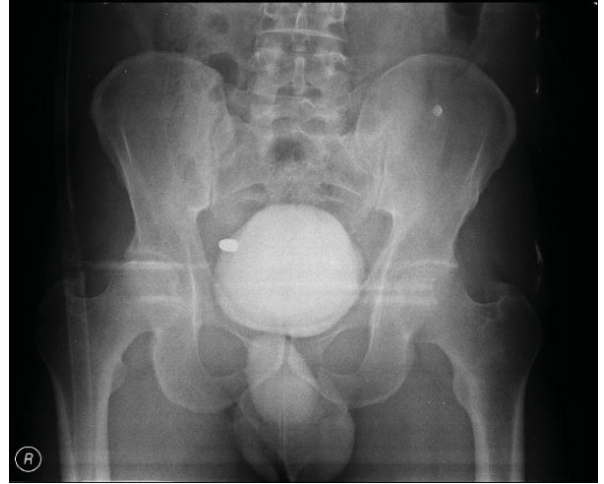
Toraks BT'de sağ üçüncü kaburgadaki parçalı kırık

Resim 5



Toraks BT'de merminin sağ üst lobdaki traktusuna ait görüntü

Resim 6



Hastanın pelvis grafisinde mesane komşuluğunda mermi izlenimi veren opak madde

Resim 7



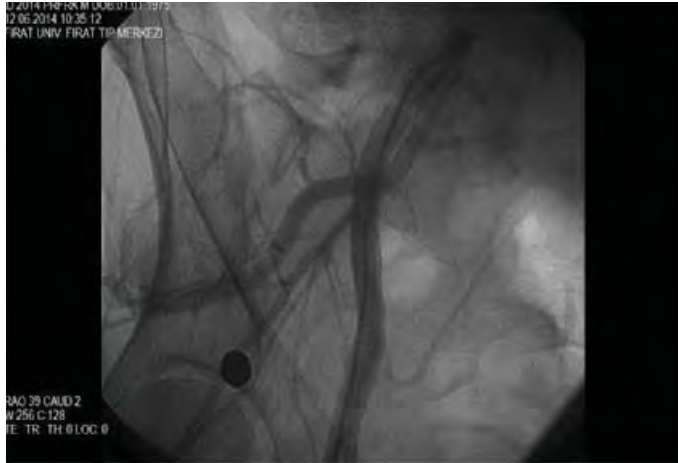
Pelvis BT'de merminin damarlara yakınlığının görüntüsü

Resim 8



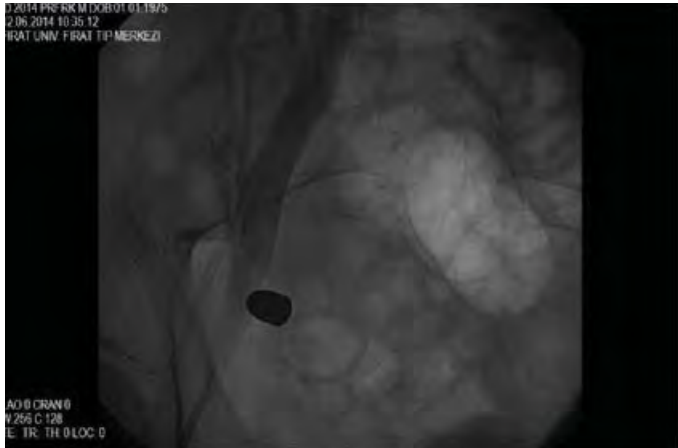
Pelvik BT'de retroperitondaki merminin görüntüsü

Resim 9



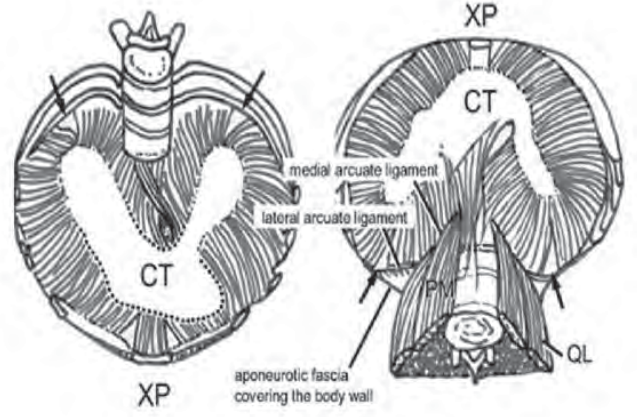
Arteriyele incelemede mermi yumuşak dokuda grlmektedir

Resim 10



Venzele incelemede mermi damarın dışında grlmektedir

Resim 11



Bochdalek çgeninin temsili yeri

Resim 12

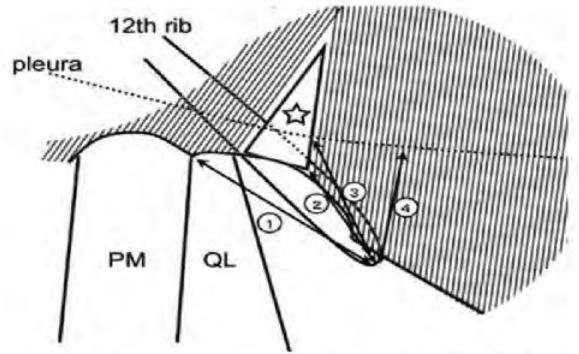


Fig. 2 Measured distances from the end of the 12th rib. Bochdalek's triangle is indicated by star. The upper part of this triangle corresponds to the "potential foramen" (star) because it is adjacent to the pleura (dotted line, the inferior margin of the pleural cavity). PM psoas major, QL quadratus lumborum. Distance 1: distance between medial end of the lateral arcuate ligaments (LAL) close to lateral margin of psoas major) and end of the 12th rib. Distance 2: distance from 12th rib end to the triangle. Distance 3: distance from 12th rib end to the potential foramen of area attaching to the pleura in the triangle. Distance 4: distance from 12th rib end to inferior margin of the pleura.

Bochdalek çgeninin sınırları

EP-211

Pnöminektomi Gerektiren Nadir Bir Dev Kist Hidatik Olgusu

Volkan Baysungur¹, Serda Metin¹, Hakan Yılmaz¹, Tuğba Coşgun², Mustafa Akyıl¹, Mustafa Vayvada¹, Levent Alpay¹, Hakan Kırıl¹, İrfan Yalçınkaya¹

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

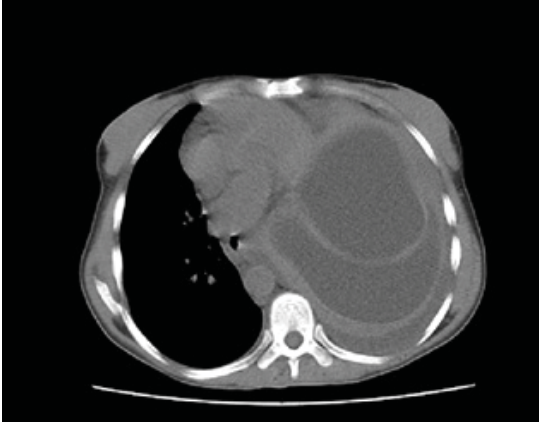
²Ağrı Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

GİRİŞ: Hidatik kist hastalığı sıklıkla *Echinococcus granulosus* nenden olduğu bir helmintik zoonozdur. Hidatik hastalık külkemizde görülmesi sıklığı 1/20.000 ile 1/50.000 arasında bildirilmektedir. Akciğer hidatik kistinin primer tedavisi cerrahidir. Akciğer rezeksiyonun nadir vakalarda ve belli şartlarda uygulanmaktadır. Biz burada çok nadir olarak pnöminektomi uygulanmak zorunda kalınan dev akciğer hidatik kistli bir olguyu sunuyoruz.

OLGU: Öksürük, nefes darlığı ve kilo kaybı nedeni ile başvuran 44 yaşındaki kadın hastada, çekilen akciğer grafisinde sol plevral efüzyon saptanmış. Yapılan torasentez sonrası elde edilen mayii beyaz renkte, seröz ve transuda niteliğindedir. Antibiyoterapi başlanan hastanın, çekilen toraks ve batin USG'sinde sol akciğer orta kesimde düzgün sınırlı içerisinde milimetrik ekojenitelerin izlendiği en kalın yerinde 12mm duvar kalınlığına sahip heterojen yapıda hidatik kiste benzeyen oluşum ve karaciğer parankimi içerisinde sağ lob 117x157mm, segment 8'de 36x27mm, sol lob 51x22mm olmak üzere hidatik kist ile uyumlu yer kaplayan oluşumlar saptandı. Toraks BT'de sol hemitoraksın tamamını dolduran komşu parankimde kompresyon atelettazisine neden olan mediasteni sağa doğru iten en geniş yerinde yaklaşık 117x157x220 mm ölçülen içerisinde septasyon içeren düzgün duvarlı kistik lezyon görülerek torakotomi kararı alındı. Hemoglobinin 6.3 gelmesi üzerine cerrahi öncesi 3 ünite eritrosit transfüzyonu yapıldı. Sol torakotomi yapılan hastada, sol akciğerin tamamen kist ile kaplanmış olduğu ve harap halde olduğu görülerek intraperikardiyal pnöminektomi yapıldı. Postoperatif erken dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta postop 5. gününde Albendazol tedavisinde düzenlenerek sorunsuz taburcu edildi.

SONUÇ: Akciğer hidatik kistinin primer tedavisi cerrahidir. Günümüzde hidatik kist cerrahisinde parankim koruyucu cerrahi yöntemler (enükleasyon, kistotomi-kapitonaj, perikistotomi ve wedge rezeksiyon) kullanılır. Lobun %50'den fazlasının harap olması durumunda rezektif cerrahi uygulanabilir. Bu oran çeşitli serilerde %10-20 arasında değişmektedir. Bizim olgumuzda olduğu gibi, tüm akciğer parankiminin harabiyeti durumunda pnöminektomi nadir de olsa gerekebilmektedir.

Resim 1



Hastanın toraks BT'sinde sol hemitoraksı tamamen kaplayan ve mediasteni sağa doğru iten hidatik kist görüntüsü.

Resim 3



Akciğerden çıkarılan germinatif kist membranı

Resim 2



Rezeke edilen harap olmuş sol akciğerin görüntüsü. Sol ana bronşa sokulan klemp kavite içine girmekte.

Resim 4



Hastanın postoperatif PA akciğer grafisi

EP-212

En küçük insizyondan Akciğer Kanseri Ameliyatı: Tek Port VATS Lobektomiİlhan Ocakcıoğlu¹, Hakan Sarzep¹, Ercan Korucu², Mustafa Dinç²¹Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Van²Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Van

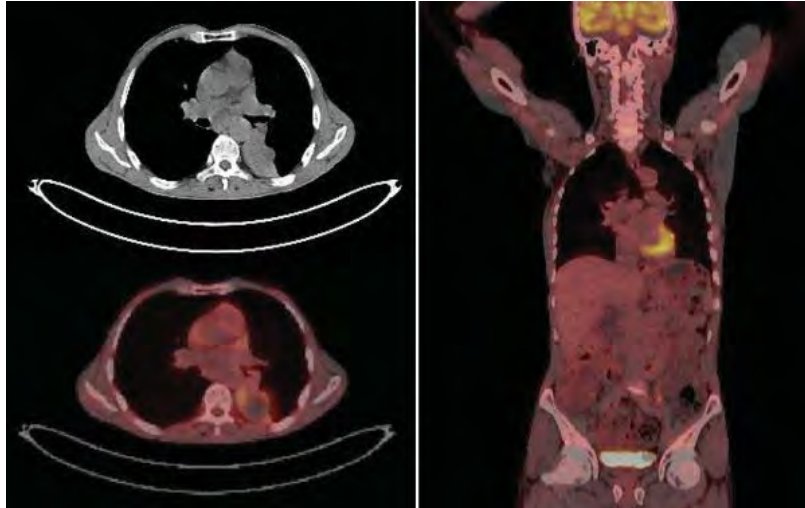
Video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) kısa iyileşme süresi, daha kısa hastanede kalım süresi ve daha az ağrı oranları ile geleneksel cerrahi yöntemlerine göre daha avantajlı bir yaklaşımdır. Geleneksel VATS rezeksiyonlar için üç ya da dört port insizyon kullanılırken günümüzde artık 4-6 cm tek port insizyondan da torakoskopik rezeksiyonlar yapılabilmektedir. Olgumuzda kesi boyutunu dahada küçültürük 3 cm'den tek port VATS lobektomi uyguladık.

54 yaşında erkek hasta sol 6 aydır devam eden öksürük şikayeti ile başvurdu. Bilgisayarlı tomografide akciğer sol alt lobda 3.8 cm boyutunda hiler yerleşimli mass lezyon tespit edildi. Fiber optik bronkoskopi sol bronşun 6. segmentinde endobronşial lezyon görüldü. Bronkoskopi biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak geldi. Pozitron emisyon tomografisinde (PET) lenf nodu tutulumu olmaksızın sol alt lobdaki kitlede yüksek tutulum (SUV maks: 7,2) saptandı. Hastaya VATS lobektomi önerildi.

Akciğer kanseri tanılı hastamıza bilinenin aksine kesi boyutunu dahada küçültürük 3 cm kesiden tek port VATS lobektomi uyguladık. Literatürdeki en küçük kesi ile yapılan akciğer kanseri ameliyatı olup, operasyon süresi 150 dakika idi. Klinik takipte narkotik analjezik gerektirmeden sadece nonsteroid antienflamatuar ilaçlar ile ağrısının olmadığı gözlemlendi. Operasyon sonrası 2. gün göğüs tüpü sonlandırıldı ve 4. gün hasta taburcu edildi. Patolojik inceleme sonucu skuamöz hücreli karsinom ve T2a N0 M0 olarak raporlandı.

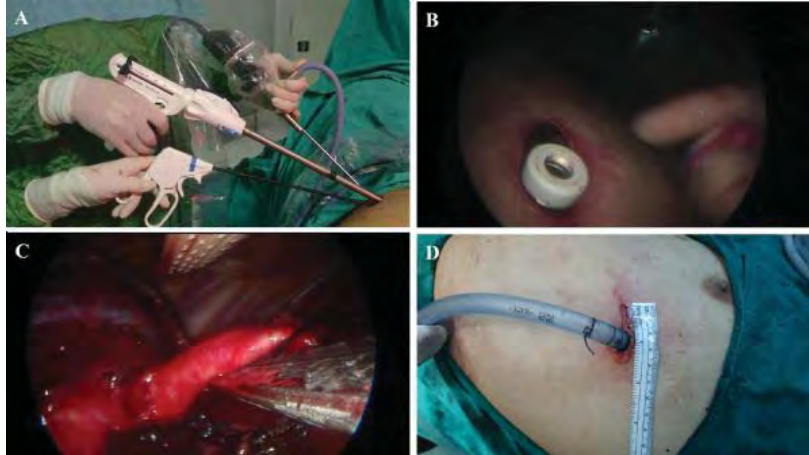
Akciğer kanserinin cerrahi tedavisinde tek kesi torakoskopik rezeksiyonlar artık uygulanabilir ve güvenilir yöntemlerdir. Bunlarda kesi boyutu 4-6 cm arası olup olgumuzda 3 cm tek kesiden torakoskopik rezeksiyon yaparak çok daha küçük kesilerden de akciğer kanserinin anatomik rezeksiyonunun yapılabileceğini göstermeyi amaçladık.

Resim 1



Pozitron emisyon tomografisinde (PET) lenf nodu tutulumu olmaksızın sol alt lobdaki kitlede yüksek tutulum (SUV maks: 7,0)

Resim 2



2A Endoskopik aletlerin kullanımı 2B Tek port insizyon 2C Endo stapler ile vasküler divizyon 2D İnsizyon boyutu ve direni

EP-213

Künt Travmaya Bağlı İnterkostal Akciğer Herniasyonu: Olgu Sunumu

Yücel Akkaş, Neslihan Gülay Peri, Mehmet Ali Eryazgan, Bülent Koçer
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Şiddetli künt toraks travmalarından sonra gelişen interkostal akciğer herniasyonu travmanın nadir bir sekeleridir. Küçük herniler kendiliğinden iyileşebilirken büyük herniler cerrahi tedavi ile düzelebilirler (1).

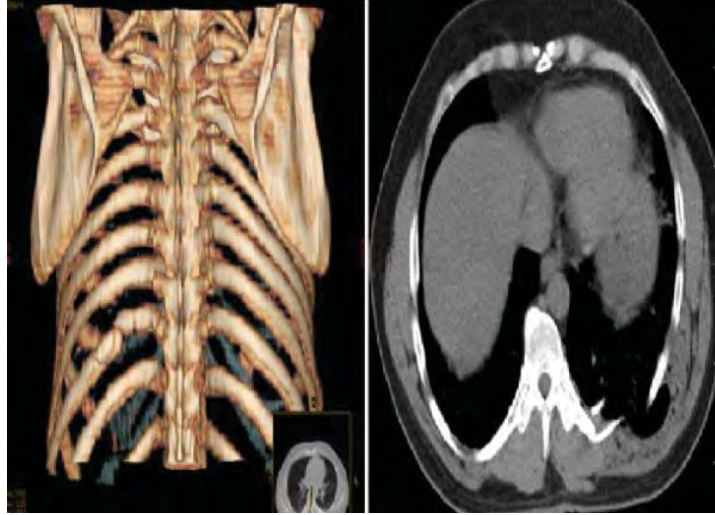
Biz bu yazımızda eşekten düşmeye bağlı gelişen interkostal akciğer herniasyonu olgusunu nadir olduğu için sunmayı istedik.

OLGU: 40 yaşında erkek hasta eşekten düşme şikayeti ile hastanemize başvurdu. Hastada sol göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayeti mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde sol hemitoraks solunuma az katılıyordu. Solda posteriorda 8.9. kot hizasında valsalva manevrası ile paradoks mevcuttu. Dinlemekle solda sağa göre solunum sesleri az alınıyordu. Posterior anterior (PA) akciğer grafisinde sol 8.9. kot fraktürü ve solda minimal pnömotoraks mevcuttu. Üç boyutlu bilgisayarlı toraks tomografisinde solda minimal pnömotoraks, solda 8. kotta kırık, 9. kotta ise parçalı kırık ve 8. interkostal alanda akciğer herniasyonu mevcuttu (Figür 1). Hastaya posterolateral torakotomi yapıldı. Operasyonda eksplorasyonda sol 9. kotta parçalı kırık ve 8. interkostal alandan akciğerin herniye olduğu görüldü. Sol akciğer alt lobda parenkimal yırtıklar mevcuttu. Toraks içi yapışıklıklar olduğu için hastada oluşan pnömotoraks yüzdesi düşüktü. Alt lobdaki parenkim yırtıkları primer suture edildi. Sekizinci kaburga kaburga plağı ile stabilize edildi. Dokuzuncu kotun parçalanmış kısımları parsiyel rezeke edildi. Herni prolen mesh ile tamir edildi. Dokuzuncu kaburganın parsiyel çıkarılmış kısmına titanium kaburga protezi (Biomet, USA) konuldu (Figür 2). Toraksa 1 adet 32 F toraks tüpü konuldu. Prolen mesh'in üzerine kasların altına 1 adet hemovak dren konuldu. Postoperatif 6. gün hasta hiçbir komplikasyon olmadan taburcu edildi.

SONUÇ ve TARTIŞMA: Sonuç olarak interkostal pulmoner herni bilgisayarlı tomografi ile tanısı rahatlıkla konulabilen ve cerrahi tedavi ile başarılı sonuçları olan şiddetli travmanın nadir komplikasyonudur.

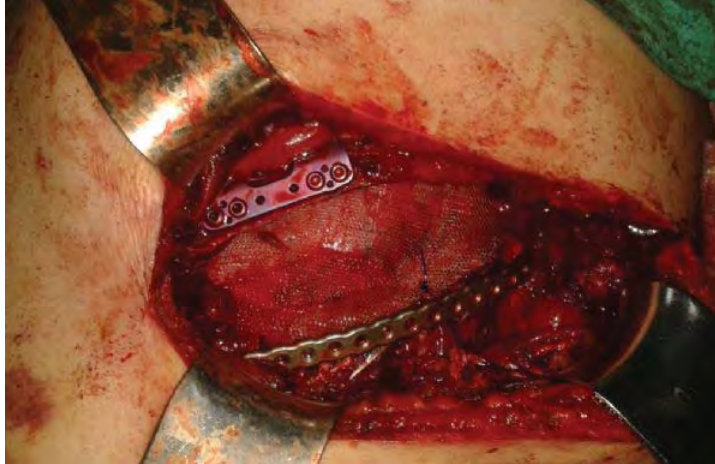
1. Hazebroek EJ, Boxma H and Rooij PD. Traumatic intercostal pulmonary herniation: a case report. Ulus travma Acil Cerrahi Derg 2008; 14(2):154-157.

Resim 1



Akciğer herniasyonuna ait 3 boyutlu bilgisayarlı tomografi görüntüsü

Resim 2



Herni tamiri sonrası görünüm

EP-214

Açık Cerrahi Sonrası Nükseden Pectus Excavatumun Nuss Tekniği İle Tedavisi: Olgu SunumuYücel Akkaş¹, Bülent Koçer¹, Neslihan Gülay Peri¹, Özgür Karakurt¹, Tevfik Kaplan², Mehmet Ali Eryazgan¹¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara²Ufuk Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Pectus excavatum (PE) 1/400 doğumda görülen sternumun ve alt kostal kartilajların posteriora depresyonu ile karakterize en sık görülen göğüs deformitesidir (1). Ravitch operasyonu sonrası rekürrens oranları %2-37 oranında bildirilmiştir (2). Nuss tekniği nüks eden deformitelerin düzeltilmesinde iyi bir alternatif yöntemdir. Biz de bu olgumuzu ravitch cerrahisi sonrası 10 yıl sonra nüks eden pectus ekskavatum olgusunu Nuss tekniği ile başarılı bir şekilde opere ettiğimiz için bildirmek istedik.

OLGU: Olgumuz 14 yaşında erkek hasta, 10 yıl önce başka bir merkezde pektus excavatum nedeniyle ravitch operasyonu geçirmiş. Hasta bize göğüste çöküklük, göğüs ağrısı ve psikolojik rahatsızlık şikayeti ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde eski operasyona bağlı skar dokusu ve pektus excavatum deformitesi mevcuttu (Figür 1). Hastanın kardiyak muayenesinde bir patoloji yoktu. Ameliyat öncesi değerlendirilmede hastanın kan laboratuvar değerleri, solunum fonksiyon testi ve ekokardiyografisinde bir patoloji yoktu. Operasyon öncesi çekilen bilgisayarlı tomografisi açık cerrahiden sonra kostal kartilajların anormal ossifikasyonunu ve sternumun depresyonunu göstermekteydi. Haller indeksi 4.75 idi. Operasyonda hasta nüks hasta olduğu için önce sağdan 5 mm'lik trokarla toraksa girildi. Görüntülemelerde sternum arkasında perikarda minimal düzeyde yapışıklıklar mevcuttu. Toraks içinde çok fazla yapışıklık olmadığı görülünce nuss operasyonuna karar verildi. Sternumun arkasındaki yapışıklıklar intraducer ile künt disseksiyonla ayrıldı. Yapışıklıkların ayrılmasından sonra Nuss tekniği ile hastaya pektus bar takıldı ve deformite düzeltildi (Figür 2). Postoperatif ağrı için ilk 48 saat hasta kontrollü analjezi (PCA) ve bunu izleyen günlerde de nonsteroid antiinflamatuvar ve parasetamol uygulandı. Postoperatif hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 5. gün hasta taburcu edildi. Şu anda hasta postoperatif 2. ayında ve herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 3. yılında barı çıkarmayı planlıyoruz.

SONUÇ ve TARTIŞMA: Sonuç olarak açık cerrahi sonrası nükseden pektus ekskavatum cerrahisi riskli ve cesaret gerektiren bir operasyondur. Minimal invaziv teknik olan Nuss operasyonu rekürren vakalarda kısa operasyon süresi ve minimal kan kaybı ile beraber başarılı bir şekilde uygulanan güvenli bir tekniktir.

Kaynaklar:

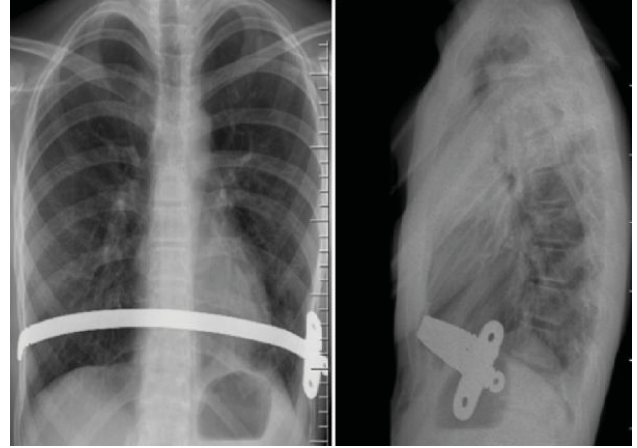
1. Jaroszewski DE, Fonkalsrud EW. Repair of pectus chest deformities in 320 adult patients: 21 year experience. *Ann. Thorac Surg* 2007; 84: 429-33.
2. Ellis DG, Snyder CL, Mann CM. The 're-do' chest wall deformity correction. *J Pediatr Surg* 1997; 32(9): 1267-71.

Figür 1



Açık cerrahi sonrası nüks pektus excavatuma ait deformitenin görüntüsü

Figür 2



Nuss operasyonu sonrası posteroanterior ve lateral akciğer grafi görüntüleri

EP-215

Toraks Duvarında Bıçakla Acil Servise Gelen Hasta: İlginç OlguBülent Koçer¹, Yücel Akkaş¹, Mehmet Ali Eryazgan¹, Aysu Hayriye Tezcan², Neslihan Gülay Peri¹, Özgür Karakurt¹¹Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara²Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Toraks travmalarının %20-30'unu penetran travmalar oluşturmaktadır. İzole penetran göğüs travmaları genellikle ateşli silahlar ve delici kesici aletlerle olmaktadır (1). Biz de bu olgumuzda delici kesici alet yaralanması nedeniyle göğsünde bıçakla acil servise başvuran hastanın acile geliş şeklinin ilginçliği, entübasyonun farklılığı ve tedavi yönetimi açısından farklı olmasından dolayı sunmak istedik.

OLGU: Yetmişbeş yaşında erkek hasta namaz kılariken sırtından bıçaklandıktan yarım saat sonra sırtında bıçakla yüzükoyun yatar vaziyette acil servise başvurdu. Fizik muayenede hastanın sırtında solda paravertebral hattın 2 cm lateralinde 8. interkostaldan toraksa giren ekmek bıçağı mevcuttu (Figür 1). Bıçak monitördeki kardiyak ritimle uyumlu olarak hareket ediyordu. Dinlemekle solunum sesleri normaldi. Laboratuvarında Hb değeri 11.7 idi. Hasta yüzükoyun yattığı için hastaya portabl anteroposterior akciğer grafisi(AP) çekilebildi. AP akciğer grafisinde hemopnömotoraks yoktu ama bıçak ile radyoopak görünüm mediastendeki kalp gölgesinde görünüyordu. Toraks içi diğer organ yaralanmaları da olabileceği düşünülerek hasta acil torakotomiye alındı. Hasta sırtüstü yatırılmadığı için anestezi tarafından sağ lateral dekübit pozisyonunda tek lümenli endotrakeal tüple entübe edildi. Hastaya sol lateral torakotomi yapıldı. Eksplorasyonda bıçağın akciğer alt lob superior segmentten girdiği ve yine aynı segmentin 3 cm lateralinden akciğer parenkiminden çıktığı görüldü (Figür 2). Toraks içi yapışıklıklar olduğu için pnömotoraks gelişmemişti. Toraks içi başka organ yaralanması yoktu. Bıçak kontrollü biçimde torakstan çıkarıldı. Parenkim yırtıkları primer tamir edildi. Hasta postoperatif 6. gün taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Toraks duvarında yabancı cisimle beraber acil servise başvuran hastalarda tanı ve tedavi sırasında yabancı cismin pozisyon değiştirmemesine özen göstererek kalp yaralanması veya büyük damar yaralanma şüphesi de varsa sternotomi veya torakotomi ile direkt görerek yabancı cismi çıkarmalıyız.

KAYNAKLAR:

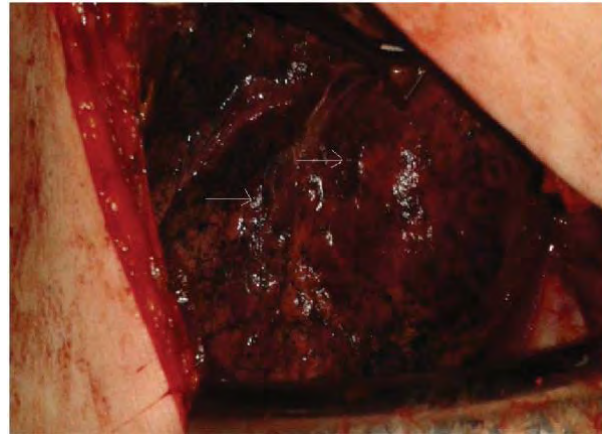
1. Ceran S, Sunam GS, Arbas OK, Gormus N, Solak H. Chest trauma in children. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery* 2002; 21:57-9.

Resim 1



Sırtında bıçakla acil servise başvuran hastanın görüntüsü

Resim 2



Akciğer alt lob superior segmentteki bıçak girişi ve çıkış deliklerinin görüntüsü

EP-216

Boyun Yaralanması Sonrası Pulmoner Metalik Yabancı Cisim Embolisi

Cemal Özçelik, Alper Avcı, İsmail Can Karacaoğlu
Göğüs Cerrahisi Kliniği, Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

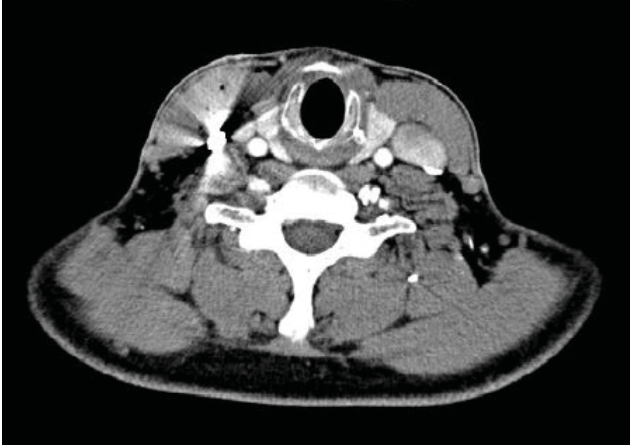
GİRİŞ: Düşük hızlı metalik cisimler (mermi, metal parça..vb) ile yaralanma sonrası, bu cisimlerin ven duvarından geçip kinetik enerjilerinin bitmesi ile lümen içinde kalmaları sonrası kan akımının gücü ile pulmoner arteriel sisteme geçmeleri ile oluşan metalik yabancı cisim pulmoner embolileri nadir görülmektedir. Sol alt lob segmentektomi ile tedavisi yapılan bu durumdaki hastamızı sunmaktayız.

OLGU: 37-yaş-erkek hasta inşaat işinde balyoz ile çalışırken kopan metalik cisim ile sağ boynundan yaralanmış. Başvuru grafilerinde, sağ juguler ven yaralanması ve metalik yabancı cisim saptanması üzerine acil operasyona alındı. Ven onarımı yapıldı, ancak yabancı cisim görülmedi. Postoperatif takiplerinde yabancı cismin sol akciğer bazal segment lokalizasyonunda olduğu görüldü. Sol torakotomi ile operasyona alındı ve skopi ile lokalizasyon tespiti sonrası bazal segmentektomi uygulandı. Rezeke segmentin incelenmesinde laterobzsal segment arteri içerisinde metal cisim çıkarıldı. Sorunsuz nekahat dönemi sonrası 4. gün taburcu edildi.

TARTIŞMA: Düşük hızlı metalik cisimlerin ven duvarını geçmesi sonrası kinetik enerjilerinin tükenmesi ile lümen içerisinde kalabilirler. Özellikle kalp seviyesi üzerindeki intravenöz yabancı cisimler kan akımı gücü ve yer çekimi etkisi ile migrate olup sağ atrium, sağ ventrikül, pulmoner arter yolu ile pulmoner embolilere neden olabilirler. Çok nadir olan bu durumda semptomlar klasik emboli şeklinde olabileceği gibi yıllarca asemptomatikde kalabilirler. Semptomların gelişim süresi migrasyon süresine bağlıdır. Tanı şüpheli anamnez ve radyolojik incelemeler ile kolayca konur. Tedavi emboli nedeni olan yabancı cismin uzaklaştırılmasıdır ve cerrahi girişim gerektirmektedir. Bizim hastamızda da en az doku kaybı gözetilerek segmentektomi ile tedavi uygulandı.

SONUÇ: Bu cisimlerin metalik olmasından dolayı radyolojik yakın takip edilmeleri, asemptomatik vakalarda ise pulmoner emboli durumunda ayırıcı tanıda metalik cisim embolisinin akıldaki tutularak radyolojik inceleme yapılması gerekmektedir. Komplikasyona neden olmadan bu cisimlerin uzaklaştırılmaları gerekir.

Başvuru anı Boyun BT görüntüsü



Olgunun başvuru Boyun BT görüntüsü

Metalik cismin PA AC görüntüsü



Metalik cisim yer değiştirmesi sonrası sol AC de görülmekte

Başvuru anı Boyun BT görüntüsü



Segmentektomi materyalinde intraarteriel yabancı cisim



Metalik cismin pulmoner arter içindeki görüntüsü

EP-217

Diafragmanın Metastazik Over Granüloza Hücreli tümörü: Primer Tümörden 13 Yıl Sonraİsmail Can Karacaoğlu¹, Alper Avcı¹, Derya Gümrüdü², Cemal Özçelik¹¹Göğüs Cerrahisi Kliniği, Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye²Patoloji ABD, Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

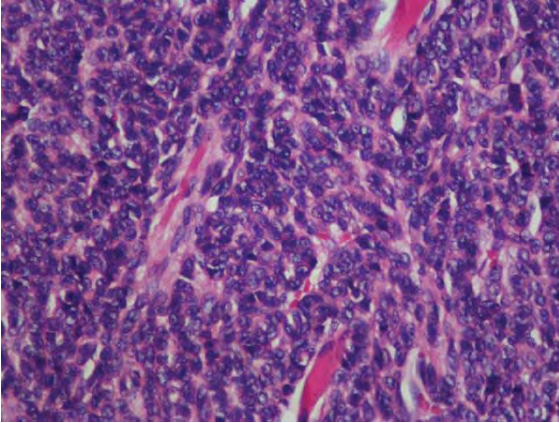
GİRİŞ: Granüloza hücreli tümörler (GCT) tüm over kanserlerinin 3-10%'sini oluşturmaktadır. Primer cerrahiden sonra nüks oranları 18.6% olarak bilinmektedir ve ortalama nüks süresi 6 yıldır. Bu süreden sonra nüks çok nadirdir. Nüksler daha çok peritoneal ekim nedeni ile abdominal kavitede olmaktadır. Diafragma metastazı ile nüks literatürde sadece 2 vakada gösterilmiştir. Primer cerrahi tedavisinden 13 yıl sonra diafragma metastazı nedeni ile diafragma rezeksiyonu yapılan GCT hastamızı sunmaktayız.

OLGU: 49-yaş-kadın hasta 13 yıl önce sağ over GCT nedeni ile ooferektomi olması sonrası platin kemoterapisi almış. 6 yıl sonra diğer overde de GCT olması üzerine bilateral salpingooferektomi+total histerektomi operasyonu geçirmiş ve adjuvan kemoterapi almış. 10 yıl sonra akciğer ve karaciğerde nodüller saptanması üzerine tekrar kemoterapi almış. Hasta 13. Yılında sağ pleural effüzyon nedeni ile kliniğimize başvurdu. Hastaya sağ VATS yapıldı ve plevra biyopsisi ve effüzyon boşaltılması sonrası sağ hemidiafragma-da tümör dokusu görüldü ve torakotomiye geçilerek diafragma rezeksiyonu ve primer onarım uygulandı. Çıkarılan diafragmanın incelenmesinde 5x6 cm lik tümörün diafragmayı tam kat invaze ettiği görüldü. Kitlenin histopatolojik karakteri primeri over uyumlu olan GCT olarak raporlandı. Hasta sorunsuz nekahat dönemi sonrası adjuvan kemoterapi amacıyla medikal onkoloji kliniğine yönlendirildi.

TARTIŞMA: Over GCT vakalarında diafragma invazyonunun peritoneal yayılım sonrası torasik kaviteye geçiş sırasında oluştuğu düşünülmektedir. Olgumuzda da diafragmanın tam kat invaze olması bu görüşü desteklemektedir. Plevranın invaze olmaması metastazın plevradan komşuluk ile gelmediğini göstermektedir. Tanı bu vakalarda takip radyolojisinde veya tesadüfen konmaktadır. Zira, tümör markerlerinin nükslerde yardımcı olmadığı gösterilmiştir. Diaframatik GCT saptanması halinde rezeksiyon yapılmalıdır. Over tümörlerinde ve nükslerinde yapılacak sitoredüktif cerrahi sağkalımı olumlu etkilemektedir.

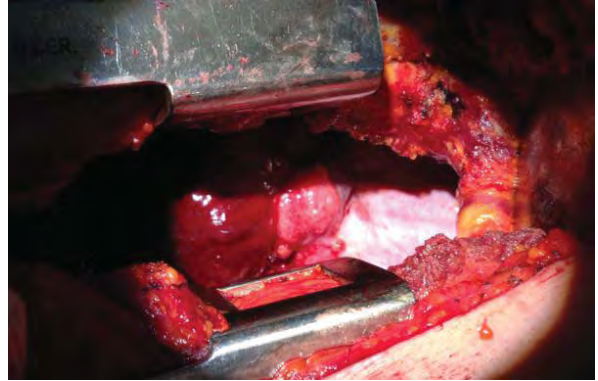
SONUÇ: Over GCT tanılı hastaların takibinde diafragmanın radyolojik olarak yakın takibi, effüzyona bağlı yapılacak torakoskopik işlemlerde tüm hemidiafragmanın görülmesini önermekteyiz. Primer kaynak tedavisinden uzun yıllar sonra dahi bu tümörün nüks ile göğüs cerrahisinin karşısına gelebileceğinin bilinmesi önemlidir. İleri evre olmasına bakılmaksızın sitoredüksiyon amaçlı olarak cerrahi önermekteyiz.

Histopatolojik mikroskopik görüntü



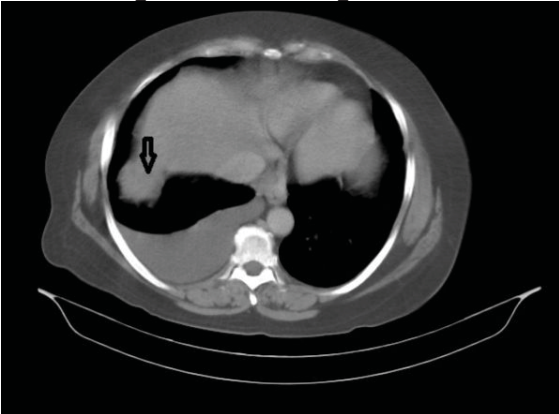
HE x200 de OGT görüntüsü

Olgunun intraoperatif görüntüsü



Diafragmayı invaze etmiş olan kitlesel lezyon görülmektedir

Olgunun Toraks BT görüntüsü



Toraks BT de diaframatik kitle görülmekte

Resim1



Diafragmanın invaze kısmı ile eksize edilen kitle

EP-218

Biceps Braki Kasının Anomalileri Poland Sendromunun Bir Komponenti OlabilirNurettin Yiyit¹, Hasan Saygın²¹Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, İstanbul²Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Radyoloji Servisi, İstanbul

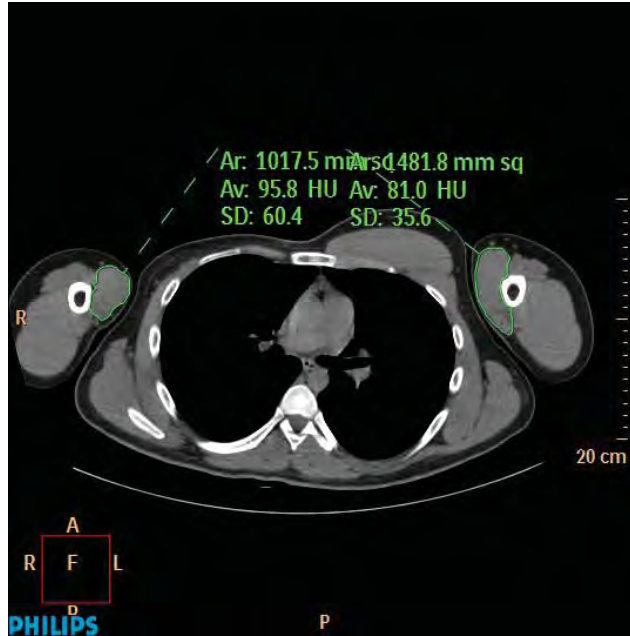
Poland sendromu pektoral kas yokluğu, farklı göğüs deformiteleri ve el anomalileri ile karakterize konjenital bir anomalidir. Zaman içinde sendrom için birçok yeni özellik tanımlanmıştır. Pektoral kaslar dışında birçok kasın etkilendiği bildirilmesine karşın biceps braki kasının etkilendiği bildirilmemiştir. Poland sendromunun en çok kabul edilen patogenezi gestasyonel dönemde subklavyen arterde veya dallarında geçici kan akımının kesilmesidir. Sendromun komponentlerini subklavyen arterin hangi dallarının tutulduğu ve ne kadar süre ile kanlanmanın kesildiği belirlemektedir. Biceps braki kasının arteri de subklavyen arterin bir dalıdır. Sağ taraflı Poland sendromlu ve ipsilateral biceps braki kasının kısa başının hipoplazisi bulunan hastamızı sunmaktayız. Biceps braki kasının anomalilerinin Poland sendromunun bir komponenti olabileceğini düşünmekteyiz.

Resim 1



Sağ taraflı Poland sendromlu hasta

Resim 2



Aksiyel BT'de sağ pektoral kasların yokluğu ve sağ biceps kasının hipoplazik olduğu görülmektedir.

EP-219

Sternal Transvers Kleft

Nurettin Yiyit¹, Hasan Saygın²¹Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, İstanbul²Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Radyoloji Servisi, İstanbul

Sternal kleft sternumun birleşme defektidir ve sternumun vertikal olarak kısmen veya tamamen iki parça halde bulunmasıdır. Sternal transvers kleft ise daha önce tanımlanmış bir durum değildir. Sternum fetal dönemin ilk altı haftasında kıkırdak iki plağın birleşmesi ile oluşur. 6 farklı noktadan kemikleşme başlar. Kemikleşme odaklarının bir tanesi manibrumda, bir tanesi ksifioddedir. Diğer 4 tanesi sternumun korpusundadır. Bu kemikleşme odaklarının oluşturduğu kemik segmentler 25 yaşına kadar kaynaşır. Bu nedenle 25 yaşın altına başvuru radyolojik tetkiklerde sternumun korpusu parçalı bir görünüm verebilmektedir. Bu durum patolojik bir görünüm olmadığı gibi ilave bir işlem gerektirmez. Araç dışı trafik kazasına bağlı künt toraks travması öyküsü olan 21 yaşında iki erkek hasta farklı tarihlerde hastanemize başvurdu. Her iki hasta direk grafiler ve ardından bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi. Lateral grafide her iki hastada sternum korpusunda multipl fissur hattı izlendi. Her iki hastanın tomografisinde sternum korpusunu üç parçaya bölen iki adet transvers kleft izlendi. Hastalarımızda olduğu gibi özellikle travma hastaların radyolojik tetkikleri incelenirken yanlış sonuçlara ulaşmamak adına sternal transvers kleft akılda tutulmalıdır. Tedavi gerektirmeyen bir süreç olduğu bilinmelidir.

Resim 1



Lateral grafide sternum korpusu parçalı olarak izlenmektedir.

Resim 2



Üç boyutlu tomografide sternum korpusu parçalı olarak izlenmektedir.

EP-220

Poland Sendromunda Nadir Bir Durum: Akciğer HerniasyonuSezai Çubuk¹, Orhan Yücel¹, Emrah Özcan², Gökhan Ayberik¹¹Gata Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara²Gata Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

Poland sendromu anterior göğüs duvarı ve üst ekstremité anomalileri ile karakterizedir. Pek çok komponent içermektedir. Çoğunlukla pektoral adale agenezisi ile prezente olurlar. Biz kıkırdak bundle (kıkırdak kosta ve interkostal kas) agenezisi nedeniyle göğüs ön duvarından akciğer herniasyonu gözlenen olgumuzu sunmayı amaçladık.

Yirmi yaşında erkek hasta öksürme ile sağ göğüs ön duvarında şişlik gelişmesi şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede ilgili bölgede öksürükle oluşan kabarıklık bölgesinde yumuşaklık saptandı ve bu bölgede kemik toraksa ait yapı palpe edilemedi. Rie grafisinde kemik kaburga patolojisi saptanmadı. Valsalva manevrası yaptırılarak çekilen toraks tomografisinde sol ilk iki kıkırdak bantlı agenezisi ve bu bölgeden akciğer herniasyonunun olduğu gözlendi (Resim 1). Hastada flail chest gibi solunumsal patoloji saptanmadı. Normal ve fonksiyonel pektoral kaslar nedeniyle kötü kozmetik görünüm saptanmadı. Hastaya poland sendromu ile ilgili bilgi verildi ve hasta cerrahi girişim istemedi.

Poland sendromunda pektoralis majör ve minör kaslarının agenezisi sıklıkla saptanmakta ve böylelikle tanı rahatlıkla konulabilmektedir. Bizim olgumuzda bu iki kas grubunda agenezis olmayıp izole kıkırdak kaburgalarda ve interkostal kaslarda agenezis saptanmıştır. Popülasyonda 7-100 bin canlı doğumda bir oranında gözlenmektedir (1). Sıklıkla sağ tarafta gözlenmektedir. Akciğer herniasyonu %8 oranında saptanmaktadır (2). Üst ekstremitéde hareket kısıtlılığı ve kozmetik bozukluk oluşturan bu sendromda cerrahi girişimler bu iki nedene bağlı olarak yapılmaktadır (3). Hareket kısıtlılığı olmayan ve kozmetik olarak sıkıntı duymayan hastamıza cerrahi girişim yapılmamıştır.

*Referanslar*1. Fokin AA, Robicsek F. Poland's syndrome revisited. *Ann Thorac Surg.* 2002;74(6):2218-25.2. Ta RK, Saha K, Saha A, Ghosh S, Mitra M. Poland syndrome with absent ribs. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University* 2014;7(1): 82-4.3. Urschel HC Jr. Poland syndrome. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 2009;21(1):89-94. doi: 10.1053/j.semtcvs.2009.03.004.

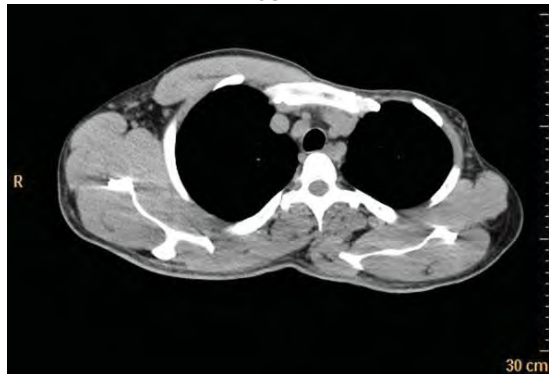
Resim 1



Olguya ait tomografi kesitinde akciğer herniasyonu gözlenmekte

[Abstract:0370]EP-221**Trapezius kası Poland sendromunda Etkilenen Kaslardan Biri Olabilir mi?**Nurettin Yiyit¹, Turgut Işıtmangil¹, Coşkun Öztürker²¹Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul²Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Radyoloji, İstanbul

Poland sendromu klasik olarak pektoral kasların yokluğu ve el anomalileri ile karakterize nadir görülen tek taraflı konjenital bir anomalidir. Zamanla, sendrom için birçok torakal kasın yokluğu veya hipoplazisi başta olmak üzere yeni komponentler tanımlanmıştır. Latissimus dorsi, external oblik, ve serratus anterior kasının Poland sendromlu hastalarda pektoral kaslara ilave olarak etkilenebileceği daha önce bildirilmiştir. Farklı olarak, trapezius kasının anomalileri izole olarak gösterilmiş olmasına karşın sendromda etkilenen kaslar arasında belirtilmemiştir. Poland sendromu için kabul gören etyolojik teori erken gebelik döneminde subklavyen arter ve dallarının kanlanması geçici olarak kesilmesidir. Subklavyen arterin etkilenen dalı ve etkilenme süresine göre sendromun komponentleri şekillenmektedir. Trapezius kasının arteri, subklavyen arterin dallarından biridir. Bu fikrimizi desteklemek amacıyla sol Poland sendromu tanısı koyduğumuz ve sol trapezius kasının parsiyel olmadığını tespit ettiğimiz hastamızı sunmaktayız.

Resim 1*Sol taraflı Poland sendromu hastasının anterior görüntüsü***Resim 2***Aksiyel BT görüntüsünde solda pektoral kaslar ve trapezius kasının kısmen olmadığı görülmektedir.*

EP-222

Jinekomasti Düzeltme Ameliyatı İle Simetrik Görünüm Sağlanan Poland Sendromu OlgusuNurettin Yiyit¹, Nurettin Noyan², Serkan Aribal³¹Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, İstanbul²Kasımpaşa Asker Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Servisi, İstanbul³Aksaz Asker Hastanesi, Radyoloji Servisi, Muğla

Poland sendromu pektoral kasın kısmi veya tamamen yokluğu ile karakterize nadir konjenital bir anomalidir. İlave olarak meme ve meme-başı anomalileri, ciltaltı yağ dokusunun zayıflığı, kaburga defektleri, aksiller ve/veya pektoral kıllanma yokluğu ve ipsilateral el anomalileri sendroma eşlik edebilir. Sprengel deformitesi başta olmak üzere bir çok anomali sendromla birliktelik gösterebilir. On dokuz yaşında erkek hasta göğüs duvarı ve meme asimetrisi ile servisimize başvurdu. Hastanın değerlendirilmesinde sağ pektoral kasın sternokostal parçası ve sağ serratus anterior kasının olmadığı, pektoralis minör kasının hipoplazik olduğu, sağ skapulasının küçük ve yukarı yerleşimli olduğu (Sprengel deformitesi) tespit edildi. İlave olarak kontralateral ileri düzeyde jinekomastisi olduğu görüldü. Hastaya sağ Poland sendromu, sağ Sprengel deformitesi ve kontralateral jinekomasti tanısı konuldu. Günümüze kadar bu üç hastalığın birlikteliği bildirilmemiştir. Poland sendromu ve kontralateral jinekomasti birlikteliği gösteren sadece bir hasta bildirilmiştir. Hastamıza medial dermal meme başı pedikülü ile jinekomasti düzeltme ameliyatı yapıldı. Hastaya kabul edilebilir düzeyde simetrik bir görünüm kazandırıldı. Simetri sağlanması adına bu durumdaki hastalar için ilk tercih edilmesi gereken ameliyatın jinekomasti düzeltme ameliyatı olması gerektiğini düşünmekteyiz.

Resim1



a) Poland sendromu ve kontralateral jinekomastisi olan hastanın görüntüsü. b) Jinekomasti ameliyatı sonrası hastanın görüntüsü.

EP-223

Trakeal Şifte Neden olan Ektopik Tiroid Olgu Sunumu

Ali Cevat Kutluk, Yunus Seyrek, Merve Hatipoğlu, Süleyman Ceyhan, Levent Cansever, Celalettin İbrahim Kocatürk, Mehmet Ali Bedirhan

Yedikule Göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim araştırma hastahanesi 3.Cerrahi

57 yaşındaki erkek hasta, şiddetli dispne, disfaji, inatçı öksürük ve göğüs ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın PA akciğer grafisinde trakeayı sola deviye eden mediastinel opasite saptandı.

Bilgisayarlı toraks tomografisinde sol hemitoraksı tamamen dolduran ve mediastinal şifte neden olan heterojenik dansitede dev kitle izlendi. Özgeçmişinde tiroid nedenli operasyon öyküsü olmayan hastanın SFT'inde FEV1:2.67 %70 FVC: 2.71 %61, Troid fonksiyon testinde FT3: 3.51 FT4: 1.11 TSH:0.41; yapılan hormon testinde ise bHCG:0 LH:3.52 alfa-feto protein(AFP): 2.2 olduğu tespit edildi. Iyotlu tiroid sintigrafisinde kitle lezyonun tiroid dokusundan bağımsız olduğu görüldü. Hastanın çekilen PET-BT'de arcus aortaya yandaş FDG tutulumu göstermeyen 8x10x8 boyutlarında posterior mediasteni dolduran kitle (teratom?) izlendi. Sağ lateral mini torokotomi insizyonu ile sağ 4. interkostal aralıktan toraksa girildi. Azygos ven üst sınırına kadar uzanım gösteren 10 cm uzunluğunda trakeayı sola deviye etmiş kitle komplet eksize edildi. Cerrahi sonrası yapılan patolojik inceleme sonucu 358 gr ağırlığında 10x10x6,5 cm Makrofoliküler nodüler koloidal hiperplazi olarak bildirildi. Ektopik tiroidler tüm troid patolojilerinin %1'ine yakın oranında görülür, mediastinal lokalizasyonlu ektopik tiroidler ise tüm ektopik tiroidler içerisinde seyrekten vakamızın semptom veren oldukça nadir lokalizasyon göstermesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

resim 1



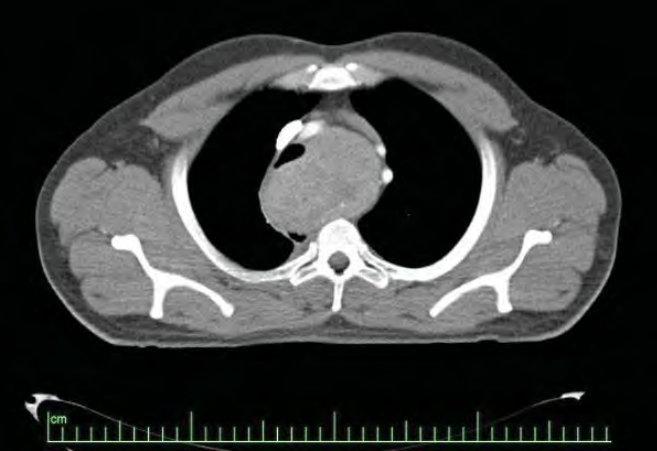
pa grafi

resim 3



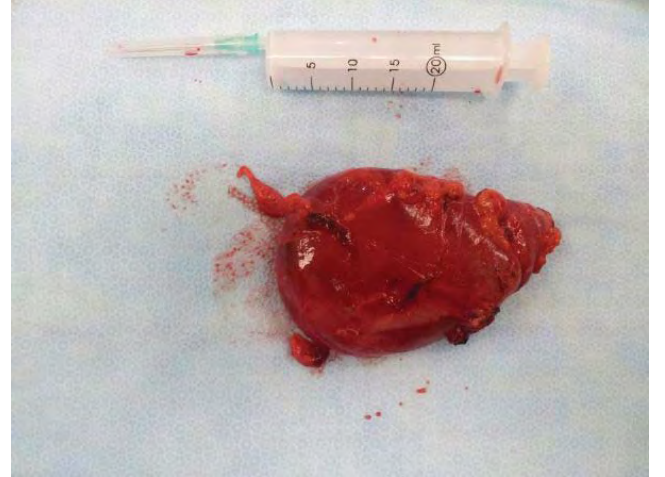
toraks bt parankim kesiti

resim 2



toraks bt mediasten kesiti

resim 4



piyes görüntüsü

EP-224

Uniportal Video Yardımlı Torakoskopik Cerrahi İle Dev Bül Eksizyonu

Funda İncekara, Ebru Sayılır, Koray Aydoğdu, Gökürk Fındık, Sadi Kaya

Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Dev büllöz amfizem nadir görülmekle beraber önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Bül, akciğerde çapı 1cm den büyük olan amfizematöz alanlar olarak adlandırılır. Amfizem, terminal bronşiolerin distalindeki hava yollarının anormal kalıcı genişlemesidir. Distal veya paraseptal amfizem asinusun distalindeki alveol kanalları, keseleri ve alveollere ait amfizemdir. Dev büller distal veya paraseptal amfizemde görülür. Dev büllöz amfizem bir veya her iki hemitoraksın en az 1/3'ünü ya da tamamını kaplayan büller ile karakterize bir patolojidir. Dev büllöz amfizem klinik olarak ilerleyici nefes darlığına neden olur. Hastalar genellikle akut solunum yetmezliği ile hastaneye başvururlar. İleri derecede büyüyen bül etrafındaki akciğer alanlarına yaparak bu tablonun oluşmasına neden olmaktadır. Sağlıklı akciğer bölümlerini sıkıştırarak kadar dev büllü olgularda SFT' de obstrüktif paternin yanı sıra restriktif patern de görülebilir. Bu hastalarda pnömotoraksın olup olmadığı, dev bülün ya da büllerin lokalizasyonu, boyutu ve diğer akciğer parankiminin değerlendirilmesi için hasta toraks BT ile değerlendirilmelidir. Bu tür cerrahi tedavi yaşam kalitesini artıracak en etkili seçenektir.

OLGU: 37 yaşında kadın hasta nefes darlığı şikayetiyle hastaneye başvurdu. Çekilen akciğer grafisinde sol üst zonda havalanma artışı izlendi. Hastaya toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) planlandı. Toraks BT' de sol alt lobdan kaynaklanan sol üst lobu kompresyona uğratıp atelektaziye neden olan dev bül yapısı izlendi. Hastaya sol uniportal video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) ile bül eksizyonu operasyonu uygulandı. Post-operatif 1. günde akciğer grafisi ekspansiyon olan, hava kaçağı olmayan hastanın toraks dreni sonlandırılıp komplikasyonsuz taburcu edildi.

TARTIŞMA: Büllektominin amacı, komprese akciğerin tekrar ekspansiyon olmasını sağlamak ve amfizematöz akciğerin volümünü azaltmaktır. Cerrahi tedavide amaç akciğerin tam ekspansiyon hale gelmesini, komplikasyonların kontrol altına alınmasını, hava kaçaklarının durmasını ve nükslerin önlenmesini ve solunum fonksiyonlarının düzelmesini sağlamaktır. Açık torakotomi veya video eşliğinde yapılan torakoskopi ile bül eksizyonu yapılmaktadır. Son yıllarda büllöz akciğer hastalığının tedavisinde torakotomiye alternatif olarak VATS rutin olarak uygulanmaya başlamıştır. Uniportal yapılan VATS girişimleri kozmetik, post-operatif ağrı azlığı ve hastanede yatış süresinin kısalığı açısından tercih edilmekte ve kliniğimizde rutin olarak uygulanmaktadır.

Çıkarılan bül



Tek port insizyon



EP-225

Maligniteyi Taklit Eden Mediastinal Bronkojenik Kist Olgusu

Ebru Sayılır, Leyla Acar, Selma Kara, Pınar Bıçakçioğlu, Erkmen Gülhan

Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Bronkojenik kistler gestasyonel 3-6. haftalarda anormal tomurcuklanma sonucu gelişen iyi huylu lezyonlardır. Akciğer parankiminde veya mediastende yerleşebilirler. Sıklıkla subkarinal ve paratrakeal bölgelerde daha ender olarak paraözofageal ve hiler yerleşim de görülür ve mediastinal kitlelerin yaklaşık %50'sini oluştururlar. Bronkojenik kistler lokalizasyonları, büyüklükleri, infekte olma durumlarına ve yaş grubuna göre semptom verebilir veya asemptomatik olabilir. Göğüs ağrısı, öksürük ve dispne en sık görülen semptomlardır. Bronkojenik kistler radyolojik olarak mediastinal veya hiler bölgeye yakın düzgün kenarlı lezyonlar olarak görülür. Solid-kistik ayrımı yapmak zor olabilir. Tüm bronkojenik kistlerde cerrahi rezeksiyon endikasyonu vardır.

OLGU: 52 yaşında erkek hasta 4 ay önce ateş, halsizlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) subkarinal kompartmanı dolduran yaklaşık 6x6.5 cm boyutlu çevre yapılar ile sınırları ayırt edilemeyen lobüle kontürlü kitle izlendi. Hastaya PET-CT planlandı. PET-CT'de subkarinal mesafede sınırları sol atrium ve özefagustan net olarak ayırt edilemeyen yaklaşık 51x66x48 mm boyutlarında, santral kesimi hipometabolik lezyon ve lezyonun periferik kesimlerinde artmış metabolik aktivite tutulumları (SUVmax: 10.12), sağ akciğer alt lob superior segmentte yaklaşık 12 mm boyutunda buzlu cam dansitesinde düzensiz sınırlı nodüler lezyon ve tanımlanan alanlarda artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax: 3.49) saptandı. Hastaya EBUS ile subkarinal lenf nodu örneklenmesi yapıldı. Patolojisi bronş epitel hücreleri ve kırık dokusu olarak raporlandı. Malignite ön tanısıyla hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı kliniğimize nakil edildi. Hastaya sağ posterolateral torakotomi ile mediastinal kist eksizyonu ve alt lobdan wedge rezeksiyon operasyonu uygulandı. Post-operatif patolojisi bronkojenik kist ve non spesifik pnömonik değişiklikler olarak raporlandı. Hasta post-operatif altıncı günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA: Bronkojenik kistler embriyolojik dönemde primitif respiratuar sistemden anormal tomurcuklanmayla gelişen kistlerdir. Mediastinal yerleşen kistlerin, kist duvarıyla birlikte bütünüyle eksizyonu mümkündür. Kistin yol açabileceği komplikasyonlar tekrarlayan pnömoniler, ateş ve solunum sıkıntısıdır. Nadiren ilk bulgu pnömotoraks olabilir. Bronkojenik kistlerin nadir de olsa bildirilen bir diğer komplikasyonu malignite gelişme riskidir. Son zamanlarda BT eşliğinde perkütan ya da endoskopik transbronşiyal iğne aspirasyonunun başarıyla uygulandığı bildirilmekle birlikte, bu yöntemlerde, sekresyon birikimine bağlı komplikasyonlar gelişebilir. Sonuç olarak bronkojenik kistler ayırıcı tanıların tam olarak yapılabilmesi, komplikasyon ve malignite gelişiminin engellenebilmesi için cerrahi olarak rezeksiyon yapılmalıdır.

EP-226

Cerrahi Sonrası Gelişen Şilotoraksın Tedavisinde Otolog Kan İle Plöredezis: Olgu Sunumu

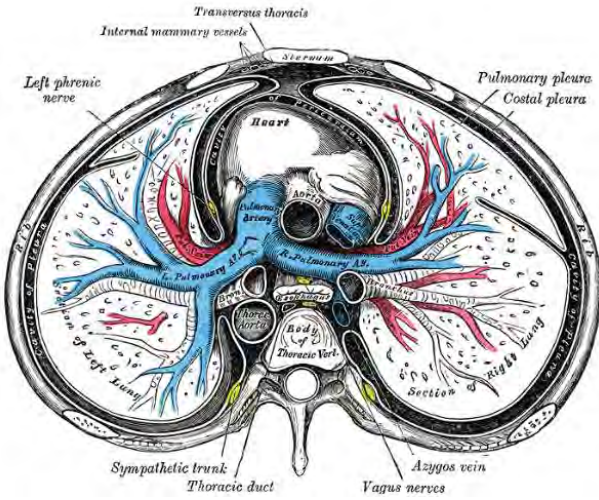
Mustafa Çalık¹, Hıdır Esme¹, Tahir Taha Bekçi², Saniye Göknil Çalık³¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Terleme, vücut sıcaklığını sabit tutulmasında önemli bir mekanizmadır. Hiperhidrozis (HH) ektrin ter bezlerin fizyolojik ihtiyaçları için gerekli olandan daha fazla miktarlarda aşırı ter salgılanması durumudur. HH genellikle bilateral, simetrik ve kadınlarda daha sık görülür HH genellikle erken çocukluk döneminde başlayan erişkin yaşamda devam eden ve şiddetli mesleki, ruhsal ve sosyal engellemeler neden olur. HH'nin prevalansı tartışmalı olsa da; ABD'de % 2,8 ve Çin'de % 4,9 olarak bildirilmiştir. HH tedavisi için birçok tedavi yöntemleri önerilmektedir. Ama yöntem genellikle klinisyene göre tercih edilmektedir. Kalıcı tedavi torakal sempatektomi gibi cerrahi yöntemlerle sağlanmaktadır. Burada, torakal sempatektomi sonrası gelişen ve otolog kan plörezişiyle tedavi edilen vakayı sunduk.

23 yaşında bayan hasta aksillada daha belirgin olmak üzere ellerde minimal terleme; soğukta morarma şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastaya aynı seansta sırt üstü yatar pozisyonda torakal T3 – T4 seviyesinden tek portlu rijit torakoskopi ile ön aksiller hatta 3. interkostal aralıktan bilateral torakal sempatektomi yapıldı. Postoperatif onuncu saatte şiddetli göğüs ağrısıyla Şilöz vasıflı mayı geldi. Hastanın oral alımı durdurulup total parenteral nütrisyona geçildi. Postoperatif dördüncü günde hastaya 50 cc otolog kan ile plöredezis yapıldı. Aynı gün chest tüpü çekildi. Postoperatif yedinci günde hasta taburcu edildi.

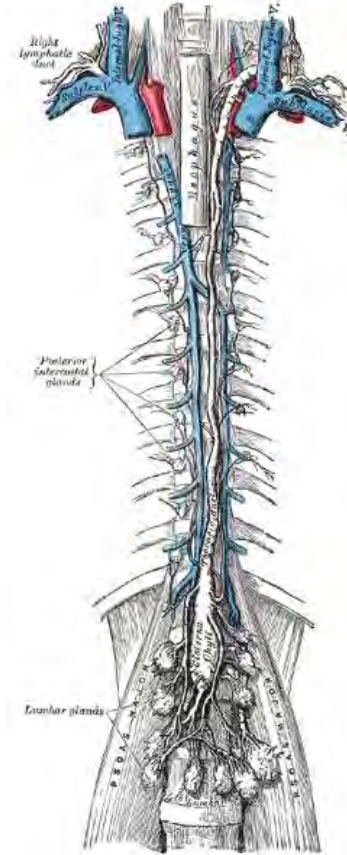
Cerrahi ile HH vakaların %95 den fazlasında semptomlar kontrol altına alınmıştır. Pnömotoraks (% 2), subkutan amfizem (% 1) ve plevral efüzyon (% 0.5) sırasıyla en sık görülen komplikasyonları olsa da şilotoraks oldukça nadirdir. Şilotoraks duktus thoracicus (DT) ve lenf damarları hasarı nedeniyle plevral boşlukta lenfatik sıvı birikmesidir. Cerrahiye sekonder gelişen şilotoraksın tedavisi sıkı bir algoritma ziyade ilkeler kümesi tarafından yönlendirilir. Bu ilkeler: efüzyonun etkin drenajı, duktus torasikustan akımın engellemesi ve plevral aralığın obliterasyonudur. Güncel tedavi yöntemleri konservatif, cerrahi ve radyasyon tedavileri içerir. Nadiren acil cerrahi gerekse de ilk tercih edilen konservatif tedavi hastaların %50 sini kalıcı olarak tedavi etmektedir. İngilizce özeti veya tam metin olarak yayınlanan literatür taramasında otolog kan ile plöredezis yapılan başka bir vakaya rastlamadık. DT'un anatomik varyasyonları nedeniyle en deneyimli cerrahın elinde bile yaralanma açıktır. Torakal sempatektomiden sonra hemen gelişen şilotoraks için otolog kanla yapılan plöredezis etkili bir tedavi yöntemidir. Bu işlem ucuz, kolay ve hasta başında rahatlıkla yapılabilecek bir tedavidir.

Şekil 1



Duktus Torasikusun Aksiyal Kesitsel Anatomisi. Gray H. İnsan vücudunun anatomisi (1918) kitabından alınmıştır.

Şekil 2



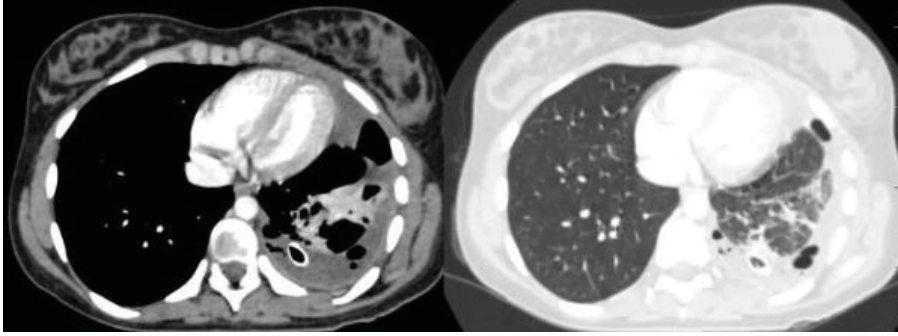
Duktus Torasikusun Koronal Kesitsel Anatomisi. Gray H. İnsan vücudunun anatomisi (1918) kitabından alınmıştır.

EP-227

Gecikmiş Hemotoraks Olgusunda Başarılı İntraplevral Fibrinolitik UygulamasıÖzgür Karakurt¹, Gültekin Gülbahar², Yücel Akkaş¹, Mehmet Ali Eryazgan¹, Bülent Koçer¹¹Ankara Numune EAH, Göğüs Cerrahi Kliniği, Ankara²Dr Nifaz Körez Sincan Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahi Kliniği, Ankara

Toraks travmaları sonrası %30'a varan oranlarda gecikmiş hemotoraks tespit edilmektedir. Özellikle travma sonrası etkin veya zamanında tedavi edilmeyen hemotoraks olguları pıhtılı hemotoraks olarak karşımıza çıkmaktadır. Olgumuz 17 yaşında kadın hasta. Kliniğimize başvurusundan 7 gün önce araç içi trafik kazası geçiren hasta solda çoklu kaburga kırıkları nedeniyle başka bir merkezde takip edilmiş, 2 günlük takip sonrası taburcu edilmiş. Ani başlayan sol taraflı plöretik ağrı ile kliniğimize başvuran hastada solda hemotoraks tespit edilmesi üzerine tüp torakostomi uygulandı. Tüp torakostomi sonrası 3. günde çekilen toraks BT'de sol pleval kavirtede hematoma ile uyumlu görünüm izlenmesi üzerine hastaya intraplevral TPA uygulandı. Hastane yatışının 5. gününde taburcu edilen hastanın poliklinik kontrolünde hemotoraksının kaybolduğu görüldü. Gecikmiş pıhtılı hemotoraks tanılı olgumuzun tedavisinde intraplevral fibrinolitik uygulaması güvenli, minimal invaziv bir metod olarak başarıyla uygulanmıştır.

Resim 1



Olgunun toraks BT kesitleri (tüp torakostomi sonrası)

Resim 2



Hastanın akciğer grafileri (tüp torakostomi sonrası ve taburculuk sonrası kontrol)

EP-228

Ekstrapulmoner İnratorasik Kist Hidatik: Olgu Sunumu

Neslihan Gülay Peri, Yücel Akkaş, Mehmet Ali Eryazgan, Özgür Karakurt, Bülent Koçer
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Ankara

GİRİŞ: Hidatik kist endemik bölgelerde görülen en çok karaciğer ve ikinci sıklıkla da akciğerde görülen parazitik bir hastalıktır. Inratorasik ekstrapulmoner kistler nadir olarak görülürler. Bu kistler fissür, plevral kavite, göğüs duvarı, medias-tinum, myokardiyum ve diafragma da lokalize olurlar. Bunların içinde en sık olarak da plevral kavite de görülürler (1,2). Biz de plevral kavitedeki kist hidatik olgumuzu nadir olması nedeniyle bildirmek istedik.

OLGU: Yirmidört yaşında erkek hasta rutin sağlık muayenesi esnasında çekilen posteroanterior akciğer grafisinde sağda alt zonda kostadiafragmatik sinüste düzgün sınırlı kitle tespit edilen hasta hastanemize başvurdu. Hastanın hiçbir şikayeti yoktu. Hastaya çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ akciğer alt lobda göğüs duvarı ve diafragma ile yakın ilişkide olan kist hidatik ile uyumlu 60x100x30 mm'lik kistik kitle lezyonu mevcuttu (Figür 1). Hastanın laboratuvar bulguları normaldi. Hastaya sağ lateral torakotomi yapıldı. Ekplorasyonda 6. kot inferiorundan başlayan plevraya yapışık ekstraparenkimal 10x6 cm'lik sert kıvamlı kistik lezyon total olarak rezeke edildi (Figür 2). Kistin parenkimle herhangi bir ilişkisi yoktu. Postoperatif 7. gün hasta taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu kist hidatik olarak rapor edildi. Ameliyattan sonra hastaya 2 ay 15-20 mg/kg/gün albendazol tedavisi verildi. Şu anda postoperatif takibinin 4. ayında olan hastamızda herhangi bir problem ve nüks gelişmedi.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Kist hidatik toraks içinde akciğer parenkimi dışında nadir olarak farklı lokalizasyonlarda bulunabilir. Ekstrapulmoner intratorasik kistler büyüdüklerinde intratorasik organlara bası yapabileceklerinden dolayı tespit edildiklerinde hemen cerrahi olarak eksize edilmelidirler.

Kaynaklar:

1. Oğuzkaya F, Akçalı Y, Kahraman C, Emiroğulları N, Bilgin M ve Şahin A. Unusually located hydatid cysts: Inrathoracic but extrapulmonary. *An Thorac surg* 1997; 64:334-7.
2. Ülkü R, Eren N, Çakır Ö, Balci A and Onat S. *Can J Surg* 2004; 47(2):95-98.

Resim 1



Posteroanterior akciğer grafisi ve bilgisayarlı toraks tomografisinde sağ akciğer alt lobda göğüs duvarı ve diafragma ile yakın ilişkide olan kist hidatik ile uyumlu 60x100x30 mm'lik kistik kitle lezyonunun görüntüsü

Resim 2



Ekstraparenkimal intratorasik plevradan rezeke edilen kistin plevraya yapışık haldeki ve çıkarıldıktan sonraki görüntüsü

EP-229

Göğüs Duvarı Soliter Plazmasitomu

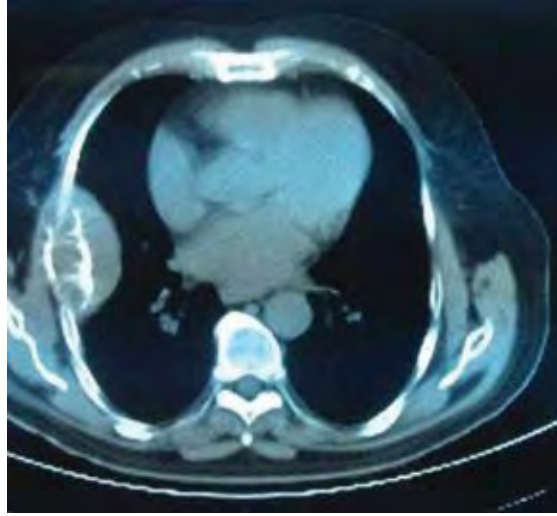
Mustafa Vayvada¹, Levent Alpay¹, Yelda Tezel², Çağatay Tezel¹

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

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Göğüs Hastalıkları

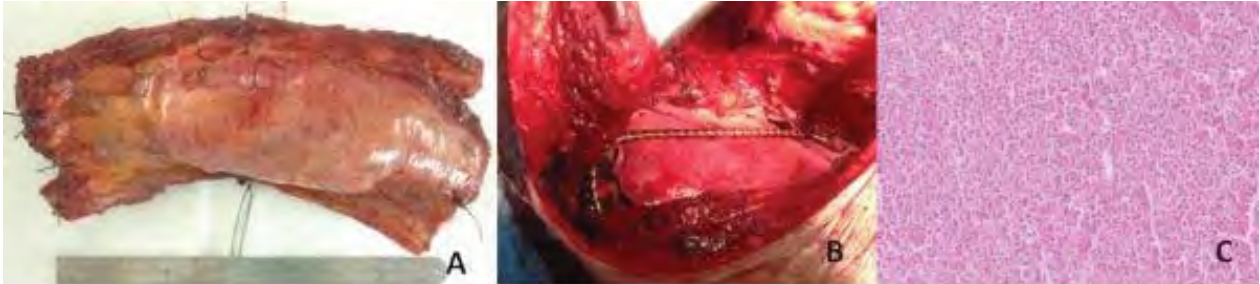
Kaburgada oluşan soliter plazmositoma tüm primer göğüs duvarı malignitelerinin % 6'sını ve tüm plazmositomaların % 3'ünü oluşturur. Göğüs duvarının plazmositomalı hastaların % 75'inde multipl miyelom gelişir. En önemli prognostik faktör multipl miyelom gelişmesidir. Cerrahin rolü, insizyonel veya eksizyonel biyopsi ile tanı koymaktır. Komplet rezeksiyonu takiben radyoterapi rekürrensi önlemek amaçlı planlanır. 55 yaşında erkek hasta sırt ağrısı şikayeti ile kliniğimiz başvurdu. Radyolojik incelemede sağ tarafta orta zonda kitle görüldü. Toraks bilgisayarlı tomografi incelemesinde sağ hemitoraksta 3. 4. ve 5.kostadan parankime doğru uzanım gösteren, oval yumuşak doku dansitesinde kitle izlendi. Tru-cut biyopsi materyalinde histopatolojik incelemede vimentin pozitif boyanması nedeniyle mezenkimal tümörü düşündürdü. Torakotomide 3., 4. ve 5. kostada tespit edilen lezyon komplet olarak rezekte edildi. Göğüs duvarı PTFE mesh ve titanyum bar ile desteklendi. Kesin patoloji sonucu plazmositom olarak raporlandı. Oldukça geniş rezeksiyon gereksiyon gerektiren olgu literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Resim 1



Toraks bilgisayarlı tomografi; sağ hemitoraksta göğüs duvarından parankime doğru uzanım gösteren, oval yumuşak doku dansitesinde kitle

Resim 2



A) Kitlenin makroskopik görüntüsü B) Göğüs duvarı PTFE mesh ve double angle bar desteklenmesi C) Histopatolojik inceleme (HEX10); vaskülarize, minimal stromal komponent zemininde, değişik differansiyasyon derecelerinde plazma hücre tabakalarından oluşan neoplastik gelişim

EP-230

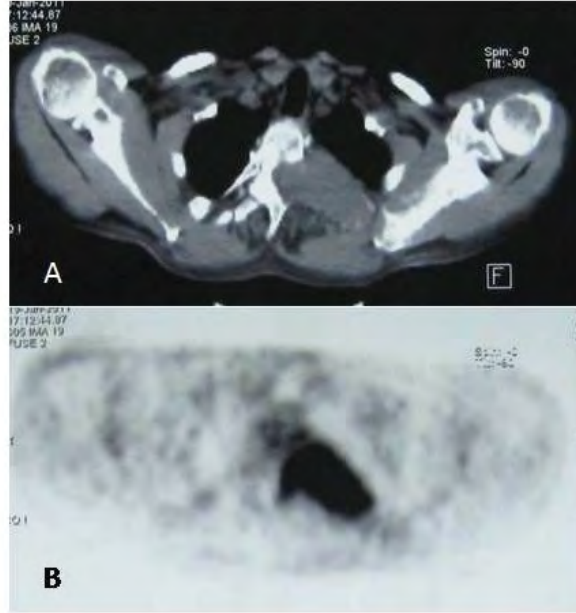
Horner Sendromuna Yol Açan Plazmositom Olgusu

Mustafa Vayvada, Mustafa Akyıl, Mine Demir, Çağatay Tezel

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi; Göğüs Cerrahisi Kliniği

Horner sendromu okulosempatik sinir iletiminin göz ile hipotalamus arasında herhangi bir yerde kesintiye uğraması ile oluşur. Horner sendromunun klasik bulguları ptosis, miyozis ve fasiyal anhidrozdur. Olgumuz 60 yaşında erkek hasta, klasik Horner Sendromu bulguları nedeniyle araştırılırken çekilen akciğer grafisinde üst zonda lezyon tespit edildi. Toraks bilgisayarlı tomografide birinci ve ikinci kosta ile birlikte birinci torakal vertebrayı invaze eden vertebral kanalı daraltmış kitle tespit edildi. Tru-cut biyopsi ile alınan patoloji materyalinden tanı elde edilemedi. Video yardımcı torakoskopi ile yapılan eksplorasyonda kitlenin birinci kot ve birinci torakal vertebrayı invaze etmiş olduğu görüldü. Histolojik inceleme plazmositom ile uyumlu geldi. Horner sendromuna yol açan primer kosta maligniteli olgu literatür eşliğine tartışılmıştır.

Resim 1



A) Toraks bilgisayarlı tomografisinde 1. kosta-vertebra bileşkesinde vertebral uzanım gösteren kitle B) PET-CT Görüntüsü; Sola akciğer üst lob komşuluğundaki kemik yapıları infiltrate görünümde olan, malign karakterde kitle (SUDmax=10,8)

Resim 2



Peroperatif Lezyonun Görüntüsü; *sağ akciğer üst lob; **1.kot kitle

EP-231

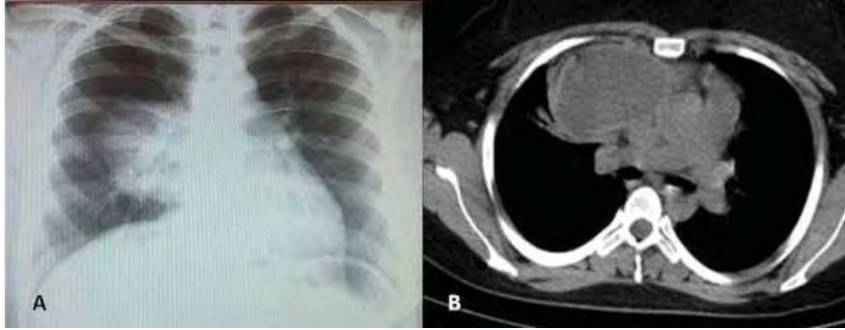
Perikard Kisti Düşündürülen Matür Kistik Teratom OlgusuMustafa Vayvada¹, Elçin Ersöz¹, Mustafa Akyıl¹, Deniz Güner¹, Yelda Tezel², Çağatay Tezel¹¹Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi; Göğüs Cerrahisi Kliniği²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Göğüs Hastalıkları

Kistik teratom genellikle ön mediastende bulunan nadir germ hücreli tümörlerdir.. Kistik ve solid olup yavaş büyürler. Semptom vermeden radyolojik çalışmalarda tesadüfen saptanabilir. Klinik, akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografi ile tanı konulabilir Teratomların tanısında transtorasik iğne biyopsisi tartışmalıdır.

Komşu yapılar içine rüptüre olan mediastinal teratom hayatı tehlike edici boyutta olabilir. Matür kistik teratomların tedavisi komplikasyon gelişmeden kitlenin ekstirpasyonudur. Eksizyon sonrası prognoz çok iyidir.

Olgumuz 22 yaşında bayan hasta, göğüs ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Akciğer grafisinde sağ orta zonda oval düzgün sınırlı opesite tespit edildi. Toraks bilgisayarlı tomografide mediastende sağ atrium komşuluğunda düzgün sınırlı kistik lezyon izlendi. Lezyon ilk planda parakardiyal kist düşünülüp, video toraksoskopik olarak çıkartılması planlandı ancak operasyon sırasında lezyonun oldukça solid olması nedeniyle anterior torakotomiye geçildi. Kitle perikard ve akciğerden diseke edilerek total eksize edilip çıkartıldı Definitif patoloji sonucu matür kistik teratom olarak raporlandı.

Resim 1



A) Akciğer grafisi; sağ orta zonda oval düzgün sınırlı opesite B) Toraks bilgisayarlı tomografisi; sağ atrium komşuluğunda düzgün sınırlı kistik lezyon

Resim 2



A) Matür kistik teratomun intaropatif toraks içi görüntüsü B) Matür kistik teratomun makroskopik görüntüsü

EP-232

Spontan Pnömotoraksın Bir Vakada 2 Komplikasyonu: Spontan Hemopnömotoraks Ve Reekspansiyon Pulmoner Ödem

Okan Karataş¹, Kuthan Kavaklı¹, Hamiyet Rehber², Hakan Işık¹, Deniz Doğan³, Alper Gözübüyük¹, Ersin Sapmaz¹, Hasan Çaylak¹, Gökhan Ayberik¹, Sezai Çubuk¹, Sedat Gürkök¹

¹GATA Göğüs Cerrahisi A.D,Ankara

²GATA Acil TIP A.D,Ankara

³GATA Göğüs hastalıkları A.D, Ankara

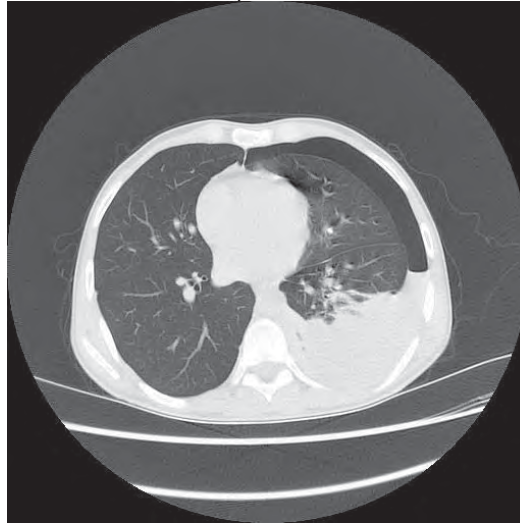
Spontan hemopnömotoraks, Spontan pnömotoraksın hayatı tehdit edici önemli bir komplikasyonudur. Genellikle vaskülarize plevral yapışıklıklara bağlı oluşur. Biz kliniğimizde Spontan hemopnömotoraks nedeniyle tedavi edilen ve postoperatif 1.gün reekspansiyon pulmoner ödem gelişen bir olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU: 18 yaşında erkek hasta, sırt ve omuz ağrısı şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvurmuş. Herhangi bir travma öyküsü olmayan hastanın şikayetleri 3 gün önce başlamış. Acil serviste yapılan muayene ve tetkikler sonucu sol hidropnömotoraks saptanarak kliniğimize konsulte edilmiş. Detaylı anamnez, fizik muayene bulguları, biyokimyasal ve radyolojik tetkikler sonucunda hastaya Sol hemopnömotoraks teşhisi konuldu.(Şekil 1)

Hastaya kliniğimizde sol tüp torakostomi uygulandı ve ilk etapta 400cc drenajı oldu. Dren sonrası kontrol grafisinde sol akciğeri ekspansiyon olarak izlendi. Hasta pulmoner egzersizleri yapma konusunda uyumsuzdu ve yapılması gereken egzersizleri yapmadı. 2.gün çekilen grafisinde sol akciğerin total kollabe olduğu ve tansiyon pnömotoraks geliştiği görüldü. Hastaya VATS ile Sol Apikal Böl Wedge rezeksiyonu+Parsiyel Plevrektomi Ameliyatı uygulandı. İntraoperatif komplikasyon gelişmeyen hastanın postoperatif çekilen kontrol grafisinde Sol akciğerde reekspansiyon pulmoner ödem geliştiği saptandı. (Şekil 2)Operasyon sırasında hava kaçağını bulmak için yapılan pozitif basınçlı ve yüksek hacimli ventilasyona bağlı olabileceği değerlendirildi. Oda havasında saturasyonu %90 olarak ölçülen hastaya konservatif yaklaşımla oksijen desteği verildi. 24 saat sonra çekilen kontrol grafisinde reekspansiyon pulmoner ödemin gerilediği görüldü ve hastanın oda havasında saturasyonu %95 olarak ölçüldü. Hasta postoperatif 3.gün komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

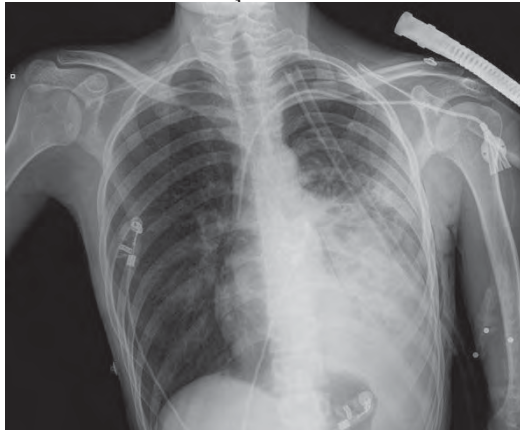
SONUÇ: Spontan hemopnömotoraks, hayatı tehdit edici bir durum olup acil olarak tedavi edilmesi gerekir. Operasyon sırasında reekspansiyon pulmoner ödemi önlemek için pozitif basınçlı ve yüksek hacimli ventilasyondan kaçınılmalıdır.

Şekil 1



Acil ilk geliş

Şekil 2



Reekspansiyon pulmoner ödem

EP-233

Kot Fraktürü Sonrası Osteoporoz Tanısı Konulan Bir Hasta: Olgu Sunumu

Kuthan Kavaklı¹, Okan Karataş¹, Hakan Işık¹, Deniz Doğan², Ersin Sapmaz¹, Alper Gözübüyük¹, Hasan Çaylak¹, Sezai Çubuk¹, Gökhan Ayberik¹, Sedat Gürkök¹

¹GATA Göğüs Cerrahisi A.D., Ankara

²GATA Göğüs Hastalıkları A.D., Ankara

Travma olmadan kot fraktürü görülmesi çok nadir bir durumdur ve sistemik bir hastalığın bulgusu olabilir. Biz bu yazımızda, öksürük sonrası kot fraktürü gelişen ve osteoporoz tanısı konulan bir olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU: 65 yaşında erkek hasta, kuvvetli öksürük sonrasında sağ tarafında başlayan yan ağrısı şikayeti ile polikliniğimize konsulte edilmiş. Hastanın travma öyküsü yoktu.

Hastanın detaylı muayene radyolojik tetkikleri sonucunda Sağ 7-8. kotlarda fraktür saptandı. (Şekil 1) Hemotoraks ve pnömotoraks gibi komplikasyon yoktu. Tıbbi özgeçmişinde sadece Tip II Diabet tedavisi alan hastanın kemik metabolizması ile ilgili tanı konulmuş bir hastalığı yoktu. Hastaya analjezik, mukolitik tedavi planlandı. Hasta hastanemiz Endokrinoloji bölümüne yönlendirildi. Evaluasyon için yapılan Kemik mineral dansitometresi sonucu hastaya osteoporoz tanısı konuldu.

SONUÇ: Travma öyküsü olmayan yaşlı hastalarda oluşan kot fraktürlerinde kemik metabolizmasına ait patolojiler akılda tutulmalıdır.

Şekil 1



Kot fraktürü

EP-234**Unilateral sendroma Eşlik Eden Bilateral Deformite**Nurettin Yiyit¹, Selami Çakmak², Hasan Saygın³¹Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, İstanbul²Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Ortopedi Servisi, İstanbul³Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Radyoloji Servisi, İstanbul

Poland sendromu pektoral kas yokluğu, değişik torakal deformiteler ve el anomalileri karakterize nadir konjenital bir anomalidir. Unilateral bir sendrom olmasına karşın çok az sayıda bilateral komponentleri olan hasta bildirilmiştir. Poland sendromuyla sıklıkla birliktelik gösteren Sprengel deformitesi gibi bazı anomaliler tanımlanmıştır. Genellikle sendromun kendisi gibi eşlik eden anomalide ipsilateral yerleşimlidir. Farklı olarak sağ taraflı Poland sendromu tanısı koyduğumuz hastamızda bilateral skapulaların yüksek yerleşimli ve kanat skapula olduğunu tespit ettik. Sağ Poland sendromu olan hastamıza ilave olarak bilateral Sprengel deformitesi tanısı koyduk. Hastamızda sırt kaslarında radyolojik olarak ve EMG olarak bir patoloji saptanmadı. Tek taraflı olan sendroma bilateral başka bir anomalinin katılabileceğini göstermesi açısından hastamızın önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Resim 1*Sağ taraflı Poland sendromu***Resim 2***Sendroma eşlik eden bilateral Sprengel deformitesi*

EP-235

Dev Mediastinal Kitle Şeklinde Ortaya Çıkan Extramedüller PlazmasitomHıdır Esmel¹, Nuri Düzgün¹, Ferdane Melike Duran¹, Ceyhan Uğurluođlu², Mustafa Çalık¹¹Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Konya²Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Konya

Ekstramedüller plazmasitom (EMP) kemik iliği tutulumu veya multipl miyelomun diğer sistemik özelliklerinin bulunmadığı bir plazma hücre neoplazisidir. EMP plevra, mediastinum, tiroid, spermatik kord, ovaryum, bağırsak, böbrek ve deri gibi birçok farklı yerde görülebilir. Özellikle mediasten kökenli EMP seyrek görüldüğünden büyük ölçekli klinik çalışma sayısı oldukça azdır. Plazmasitomlar nadir olarak ekstramedüller sistemde görülmürler. Özellikle dev bir mediastinal kitle olarak ortaya çıkan ekstramedüller plazmasitom son derece nadirdir. Plazmasitomlar erkeklerde kadınlardan 3 kat fazla görülmürler. En sık görüldüğü yaş grubu 50 ile 70 yaş arasındır. Plazmasitom teşhisinde fizik muayenede hiçbir spesifik bulgu yoktur. Kesin tanı kitleden yapılan biopsinin patolojik incelemesi ile konur. 71 yaşındaki asemptomatik erkek hasta Toraks Bt' de saptanan mediastinal kitle, bilateral hiler ve subkarinal lenfadenopatilerin değerlendirilmesi amacıyla kliniğimize yatırıldı. Pozitron emisyon tomografi taraması yapılan hastada mediasten ve bilateral hiler bölgede artmış FDG tutulumunun yanı sıra iskelet sisteminde de çok sayıda tutulum odağı saptandı. Mediastinoskopi ile hastanın mediastinal kitlesinden biyopsi yapıldı. Histopatolojisi EMP olarak raporlandı. EMP olgularının %17-35'inde Multipl Myelom gelişimi bildirilmiştir. Hastamızda da çok sayıda iskelet sistemi tutulumu EMP ile birlikte Multipl Myelom varlığını göstermiştir. EMP tedavisi ile multipl myelom tedavi protokolü farklılık gösterdiği için hastalıkların birlikte bulunup bulunmadığı netleştirilmeli ve tedavi şekillendirilmelidir.

resim 1

*Superior mediastende 78x58x83 mm boyutlarında dev kitle görülmüyor.*

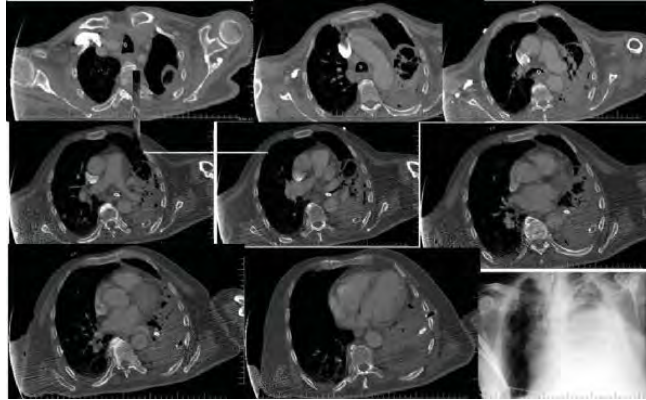
EP-236

Sol Plevral Kaviteye Uzanan Nazogastrik Besleme Tüpü; Nadir Görülen Bir Komplikasyon

Özgür Karakurt, Neslihan Peri, Yücel Akkaş, Mehmet Ali Eryazğan, Bülent Koçer
Ankara Numune EAH, Göğüs Cerrahi Kliniği, Ankara

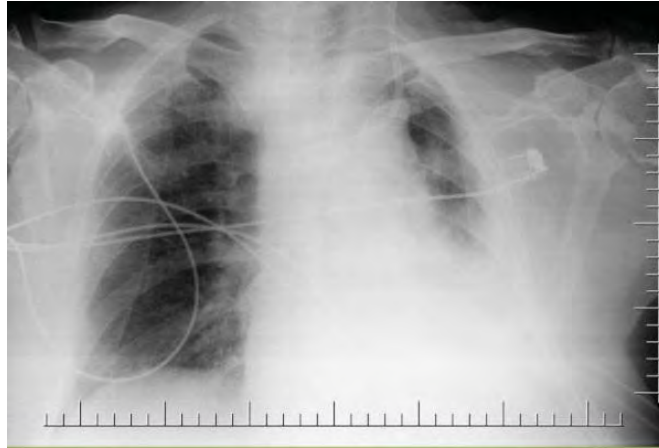
Enteral nütrisyon yoğun bakım ünitesinde kritik hastaların tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Fizyolojik, kolay uygulanabilir ve ucuz olmasının yanısıra parenteral nütrisyona oranla daha düşük komplikasyon riski enteral beslenmenin avantajları arasında yer almaktadır. Ancak, enteral beslenme için sıklıkla kullanılan nazogastrik sondanın hatalı yerleşme insidansı % 0.5 civarındadır. Olgumuz 81 yaşında erkek hasta. İskemik serebrovasküler olay sonrası nöroloji yoğun bakım ünitesinde takip edilirken hastaya beslenme için silikon nazogastrik beslenme tüpü yerleştirilmiş. İşlemden 1 gün sonra çekilen akciğer grafisinde sol hidropnömotoraks tespit edilmesi üzerine hastaya sol tüp torakostomi uygulandı. Beslenme tüpünün sol ana bronştan sol alt lob parankimi içinde ilerleyerek plevral kaviteye kadar uzandığı toraks BT ile gösterildi. Ampiyem nedeniyle sol tüp torakostomiden plevral lavaj ve antibiyoterapi ile takip edilen hasta işlem sonrası 6. gün sepsis nedeniyle eksitus oldu. Özellikle bilinci kapalı hastalarda nazogastrik sonda uygulaması sonrası, kullanılmaya başlanmadan önce radyolojik kontrol yapılmasını öneriyoruz.

Resim 1



Hastanın toraks BT kesitleri

Resim 2



Hastanın tüp torakostomi sonrası akciğer grafisi

EP-237

Paravertabral Yerleşimli Nadir bir Olgu: Enkondrom

İsa Döngel¹, İbrahim Metin Ciriş²¹Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta²Patoloji Anabilim Dalı, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta

GİRİŞ: Enkondromlar hiyalin kıkırdak kökenli benign kemik tümörleridir. İntramedüller yerleşimli bu kıkırdak lezyonların, büyüme plağının hamartomatöz kalıntısı olduğuna inanılmaktadır. Her yaşta görülebilirse de en çok 20-40 yaşlarında görülür. Cinsiyet ayrımı yoktur. Çoğunlukla üst veya alt ekstremitelerde yerleşen soliter lezyonlardır. Nadiren kostalar tutulmaktadır. Spontan patolojik kırık veya lezyona bağlı ağrı şikâyeti ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında kondrosarkom da düşünülmelidir. Uzun tübüler kemik yerleşimli enkondromların düşük evreli kondrosarkomlarla tanısal ayrımı zordur.

OLGU: Otuz dokuz yaşında bayan hasta, sağ sırt ve göğüs ağrısı şikâyetleri nedeniyle ile çekilen radyolojik tetkiklerinde sağ hemitoraks posteriorunda üçüncü kotun paravertabral birleşim yerinde 31x21 mm boyutlarında düzgün sınırlı, zayıf kontrastlanma gösteren, sipinal kanala belirgin uzanım saptanmayan kitle lezyonu tespit edilmesi üzerine (Resim1A,B,C), hasta kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, tansiyon arteriyel 130/ 60 mmHg, nabız:76, solunum sayısı: 18, dinlemekle bilateral solunum sesleri eşit alınıyordu. Laboratuvar değerleri ve solunum fonksiyon testi normal sınırlarda idi. Hasta pre-operatif hazırlandı, sağ posterolateral torakotomi ile üçüncü interkostal aralıktan, toraksa girildi. Sağ üçüncü kot paravertabral eklem yerinden kaynaklanan üzeri paryetal plevra ile örtülü sert, fikse kıkırdaktan köken alan 3x4cm'lik kitle lezyonu gözlemlendi (Resim2A,B). Kosta ile birlikte anteriordan yaklaşık 4 cm'lik cerrahi sınır olacak şekilde kostavertabral bileşkedan ayrılarak çıkarıldı. Alt ve üst kot sınırları kotarize edildi ve makroskopik olarak temiz olduğu gözlemlendi. Post operatif erken dönemde proplem gelişmedi ve hasta post-operatif beşinci gün taburcu edildi ve poliklinikten yakın takibe alındı.

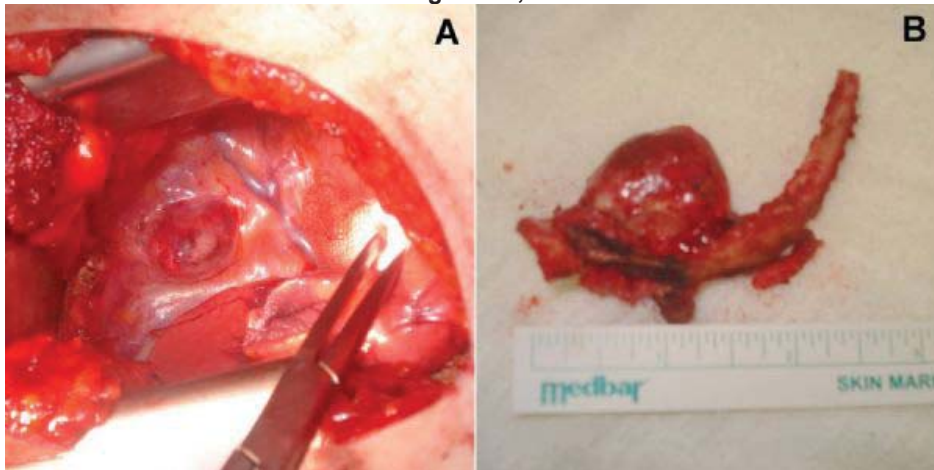
SONUÇ: Enkondromlar çoğunlukla ağrısız ve tesadüfen saptanan benign lezyonlardır. Ağrı varlığında maligniteden şüphelenilmelidir. Çıkarılan enkondromlar için nüks oranı %5'ten daha azdır. Kıkırdak lezyonlarının tanı ve tedavisi çok dikkatli yapılmalı ve hastalar yakından takip edilmelidir.

Figure 1A,B,C



Olgunun radyolojik görüntüsü

Figure 2A,B



Olgunun intraoperatif, postoperatif görüntüsü

EP-238

Pür Plevral Tutulumlu Plazmositoma Olgusu

Ali Cevat Kutluk, Yunus Seyrek, Süleyman Ceyhan, Levent Cansever, Merve Hatipoğlu, Celalettin İbrahim Kocatürk, Mehmet Ali Bedirhan

Yedikule Göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim araştırma hastahanesi 3.Cerrahi

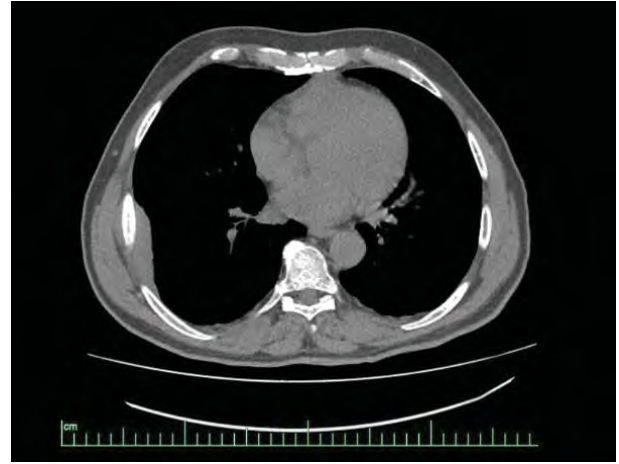
55 yaşında erkek hasta yan ağrısı ve solunum sıkıntısı ile polikliniğimize başvuran hastanın çekilen PA akciğer grafisinde özellikle sağ akciğer lateral zonda plevral kalınlaşma gözlemlendi. Laboratuvar sonuçları doğaldı. Çekilen toraks BT'sinde sağ hemitoraks orta zon lateral kesimde 8.5 cm uzunluğunda ve 24 mm kalınlığında, öncelikle plevral veya ekstraplevral olduğu düşünülen, bununla birlikte parankime bakan sınırları düzensiz görünümde olan, malignite potansiyeli taşıyan yumuşak doku kalınlaşması mevcut olup BT klavuzluğunda biyopsi ile değerlendirilmesi önerildi. Hastaya yapılan TTİA sonucu non spesifik olarak gelmesi üzerine hastaya FOB yapıldı ve tüm segment ağızları açık olarak görüldü. Endobronşiyal lezyon saptanmadı. Bronş lavajının da non spesifik olarak raporlanması üzerine hastaya tarafımızdan tanısal amaçlı VATS ile plevral örneklemeye yapılmasına karar verildi. Patoloji raporunda CD 138 pozitifliği Kappa antikoru monoklonalitesi dikkate alındığında olgunun plazma hücreli neoplazi ile uyumlu olabileceği düşünüldü. Plazmasitom, plazma hücrelerinin sınırlı neoplastik proliferasyonu olarak tanımlanır. Plazmasitomalar çeşitli organ ve dokularda yerleşebilir ve multipl myelomun tüm klinik bulgularını gösterebilir. Olgumuzda plazmasitomanın sadece plevral tutulum ile presente olması nedeniyle sunmayı amaçladık.

resim 1



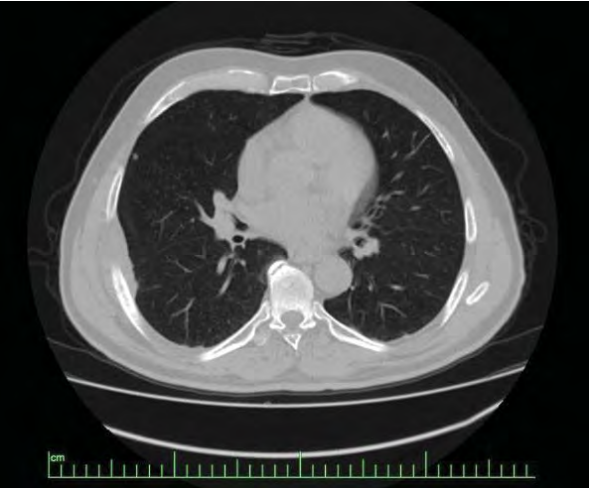
pa görüntü

resim 3



toraks bt

resim 2



thorax bt

EP-239

Bilateral Videotorakoskopik Cerrahi İle Rezeke Edilen Bronşektazi Olgusu

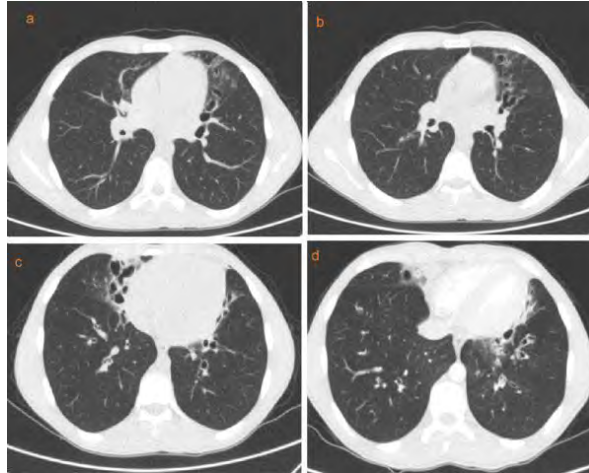
Ümit Aydoğmuş, Gökhan Yuncu, Yasin Ekinci, Figen Türk
Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Denizli

Bronşların anormal ve kalıcı genişlemesi olan bronşektazide tedavi hastalığın yaygınlığına, etiyojisine ve anormalliğin tipine göre değişmektedir. Burada bilateral ardışık videotorakoskopik cerrahi (VATS) uygulanan bir bronşektazi olgusu sunulmuştur.

OLGU: Uzun süredir öksürük, ateş, pürülan balgam şikâyetleri bulunan 15 yaşındaki erkek hastanın tetkiklerinde bilateral bronşektazi saptanmış. Konjenital nedenler yönünden incelenen hastada bu yönden patoloji saptanmadı. Toraks tomografisinde: "Sağ akciğer orta lob medial segmentte ve sağ akciğer lingular segmentte tübüler ve variköz bronşektaziler, sol alt lobda, özellikle sol mediobazal, posterobazal ve laterobazal segment bronşlarında variköz ve tübüler bronşektazik alanlar izlendi." Cerrahi tedavi: Bronkoskopiye endobronşial lezyon ve yabancı cisim izlenmedi. 3 port insizyonla (ekartör vb kullanılmaksızın) sağ orta lobektomi yapıldı. Postoperatif dönemde sorun olmayan hasta 6. günde taburcu edildi. 27. günde sol VATS yapıldı. 3 port insizyonla önce sol lingulektomi tamamlandı, alt superior segment korunarak (arter bronş ve veni diseke edilip, doğrulandıktan sonra) alt lob common bazal segmentektomi uygulandı. Postoperatif dönemde komplikasyon izlenmeyen hasta 8. günde taburcu edildi. 10 aydır takipte olan hasta bu dönemde hiçbir pnömoni atağı geçirmedir.

SONUÇ: Bronşektazinin cerrahi tedavisinde temel prensip tüm hastalıklı dokunun çıkarılması ve anatomik rezeksiyondur. Önerilen rezeksiyon şekli lobektomidir. Hastamızda soldaki lezyonlar lingula ve alt lob bazal segmentlerde yerleşimli olduğu için lingulektomi ve bazal segmentektomi uygulandı. Sol alt lob superior segmentte lezyon izlenmemesi, hastanın yaşı, sadece üst lobun iki segmenti bırakıldığında çıkabilecek komplikasyonlar göz önünde bulundurularak söz konusu segment korundu. VATS için bronşektazi olguları cerrahi zorluk içermektedir. Uygun hastalarda, bilateral cerrahi girişim arası süreyi kısaltması, postoperatif derlenme hızının çabuk olması, kronik ağrı probleminin daha az olması nedeniyle VATS tercih edilebilir bir yöntemdir.

Resim 1



Preoperatif toraks BT kesitleri a. Etkilenmemiş sol alt superior segment b. Lingulada bronşektazi c. Sağ orta lobda bronşektazi d. Sol alt lob bazal segmentlerde bronşektazi

Resim 2



Onuncu ayda kontrol akciğer grafisi

EP-240

Preemptif Torakal Epidural Analjezinin Posttorakotomi Ağrı Sendromu, Allodini ve Hiperaleji Sıklığına EtkisiKamer Dere¹, Nurettin Yiyit²¹Acıbadem Hastanesi, Anestezi ve Reaminasyon Servisi, İstanbul²Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, İstanbul

GİRİŞ: Torakotomi sonrası kronik ağrı sık karşılaşılan bir durumdur. Nedenleri ve tedavisi halen tartışmalıdır. Posttorakotomi ağrısı sendromunda (PTAS) güncel yaklaşımlar torakotomi sonrası ağrının PTAS'a dönüşmesini engellemek amaçlı yapılan müdahaleleri kapsamaktadır. Preemptif torakal epidural analjezinin PTAS üzerine etkilerini araştıran bir takım çalışmalar olsa da henüz preemptif torakal epidural analjezinin PTAS ile allodini ve hiperaleji üzerine etkilerini inceleyen bir çalışma yoktur. Bu çalışmada preemptif epidural analjezi uygulanan ve uygulanmayan hastalar karşılaştırılmıştır. Epidural analjezi uygulanan ve uygulanmayan hastalar arasındaki PTAS, allodini, hiperaleji sıklığı ve ağrının şiddetini ortaya koymak amaçlanmıştır.

METOD: Torakotomi planlanan 40 hasta seçildi. Hastalar, iki gruba ayrıldı. Hastaların ilk grubu anestezi ve preemptif torakal epidural analjezi aldı (Grup I, n=20). İkinci gruba sadece genel anestezi (Grup II, n=20) aldı. İkinci gruba sadece allodini ve hiperaleji, PTAS sıklığı ve ağrı şiddeti incelendi.

BULGULAR: Her iki grupta tüm hastalar erkekti. Anlamli yaş ve kilo farkı yoktu. Her iki grupta PTAS sıklığı (% 10) olup bir fark bulunmamıştır. Grup I'de allodini ve hiperaleji tespit edilen hasta sayısı Grup II'den daha azdı. Ancak Grup I'de sadece allodini tarifleyen hastaların sayısı anlamli olarak daha düşüktü (p <0.01).

TARTIŞMA: Uygulanan preemptif torakal epidural analjezinin PTAS'nin engellenmesinde etkisi olmadığı, ama allodini ve hiperaleji sıklığını düşürücü etkisi olduğunu gördük. Allodininin patofizyolojik mekanizması olarak tariflenen santral ve periferik sensitizasyona preemptif analjezinin koruyucu etkisinin neden olduğunu düşünmekteyiz.

EP-241

Nervus Vagus Kökenli Üst Mediasten Schwannoması: Nadir Görülen Bir OlguHakan Sarzıp¹, İlhan Ocakcıođlu¹, Harun Arslan²¹Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Van²Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Van

Schwannoma genellikle posterior mediasten yerleşimli interkostal sinirlerden köken alan ve çoğunlukla selim karakterli nörojenik bir tümördür. Çoğunlukla asemptomatik olup radyografide rastlantısal olarak soliter kitle şeklinde ortaya çıkmaktadır. Farklı sinir yapılarından köken alan toraks yerleşimli schwannomalar oldukça nadirdir. Bu yazıda; yerleşim yeri ve köken aldığı doku nedeniyle nadir bir benign Schwannoma olgusu sunuldu.

Kırk dokuz yaşında erkek hasta son altı aydır devam eden öksürük şikayeti ile başvurdu. Direkt akciğer grafisinde sağ apikal zonda 5x5 cm boyutunda homojen dansite artışı tespit edildi. Bilgisayarlı tomografisinde sağ paratrakeal yerleşimli 6x5x3 cm boyutlarında düzgün sınırlı solid kitle tespit edildi. Hastaya eksploratris torakotomi uygulandı. Eksplorasyonda sağ üst paratrakeal bölgede; trakea ve sağ üst lob apikal segmenti baskıya uğratan, düzgün sınırlı, lobüle, kirli sarı renkte, kapsüllü, yumuşak kıvamlı, sağ nervus vagus seyirinde 5-6 cm lik kitle tespit edildi. Kitle nervus vagus korunarak total eksize edildi. Postoperatif ikinci günde göğüs tüpü çekilen hasta dördüncü gün komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Patoloji sonucu; Benign Schwannoma raporlanan hasta ameliyat sonrası altı aylık sürede şikayetsiz takip edilmektedir.

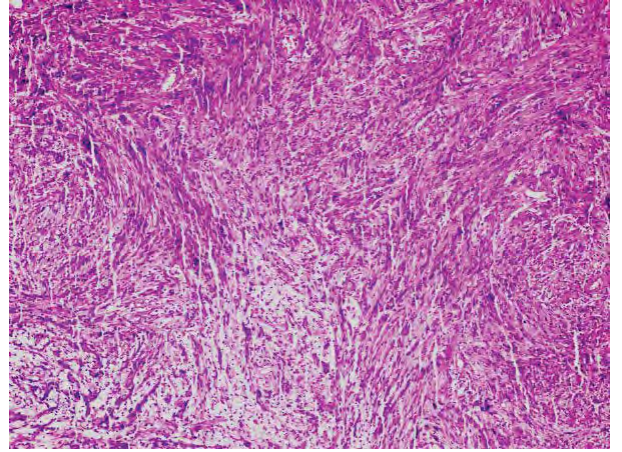
Schwannomalar sinir kılıfı kökenli olmaları nedeniyle torasik sinir yapılarının hepsinde görülebileceğinden farklı yerleşimde karşımıza çıkabilir. Nadir de olsa nervus vagustan köken alabilir. Kitle görünümü ile preoperatif birçok tanıyı düşündürebilir ve operasyon öncesi akılda tutulmalıdır.

Resim 1



Sağ apikal zonda 5x5 cm lik düzgün sınırlı homojen dansite artışı

Resim 4



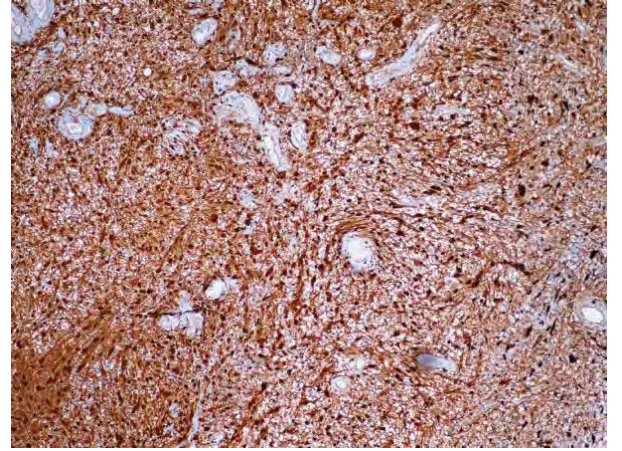
Histopatolojik görüntü (Antoni A çizgileri)

resim 2



Sağ paratrakeal yerleşimli 6x5x3 cm boyutlarında düzgün sınırlı solid kitle

Resim 5



Histopatolojik görüntü (S-100 pozitif)

Resim 3



Piyes görüntüsü

EP-242

Poland Sendromu Ve Sprengel Deformitesi: Komorbidite mi? Koinsidans mı?

Nurettin Yiyit, Turgut Işıtmangil

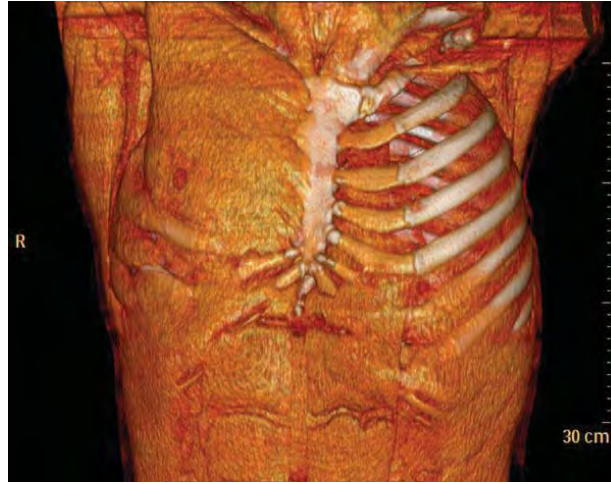
Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, İstanbul

Poland Sendromu pektoral kas yokluğu, el anomalileri ve değişik göğüs deformiteleri ile karakterize nadir konjenital bir anomalidir. Zamanla bir çok yeni varyantı ve sendroma eşlik eden farklı anomaliler tanımlanmıştır. Sendroma eşlik eden anomalilerin en sık karşılaşılarından biri Sprengel deformitesidir. Sprengel deformitesi konjenital olarak skapulanın küçük ve yüksek yerleşimli olmasıdır. Bu iki sendrom arasındaki ilişkiyi tartışmak için Poland sendromu ve Sprengel deformitesi birlikteliği gösteren 18 hastamızı sunmaktayız. 2008 ve 2014 yılları arasında 18 hastaya Poland sendromu ve Sprengel deformitesi tanısı konuldu. Hastalar ek anomaliler açısından tetkik edildi.

Bu hastaların tümünde sendrom ile aynı tarafta serratus anterior kasının agenezik yada hipoplazik olduğu görüldü. Poland sendromunda pektoral kasların yanında serratus anterior kasınında etkilenebildiği bilinmektedir. Serratus kasının yokluğu skapulanın yukarı yerleşimli ve kanat skapula olmasını açıklamaktadır. Skapulanın karşı tarafa kıyasla küçük kalması ise damarsal patolojiler dışında gelişmemiş olan kasın traksiyon etkisinin bulunmaması nedeni olabileceği düşünülmektedir. Aynı tarihler arasında 71 hastaya Poland sendromu tanısı koyduğumuzu dikkate alırsak oldukça yüksek oranda bir birliktelik mevcuttur.

Tüm bu veriler ışığında bu iki anomalinin birlikteliğinden çok Sprengel deformitesinin ortaya çıkmasına Poland sendromun neden olduğunu söylenebilir.

Resim 1



3 boyutlu tomografi görüntüsünde sol pektoral kasın ve serratus anterior kasının kısmen olmadığı görülüyor.

Resim 2



3 boyutlu tomografi görüntüsünde sol skapulanın yüksek yerleşimli ve küçük olduğu görülmektedir.

EP-243

Spontan Mediastinal Amfizem: 15 OlguS.ş Erkmen Gülhan¹, Leyla Nesrin Acar¹, Kubilay İnan¹, Pınar Bıçakçoğlu¹, Göktürk Fındık¹, Sadi Kaya¹, Ülkü Yazıcı²¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği²Dişkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

GİRİŞ: Pnömomediastinum, mediastende serbest hava bulunmasıdır. Spontan pnömomediastinum (SP) ilk defa Hamman tarafından 1939'da tanımlandı. Genellikle genç hastalarda travma olmaksızın, aşırı öksürük, fizik egzersiz ve intra abdominal basınç artışına bağlı olarak gelişmektedir. Göğüs ağrısı, nefes darlığı, cilt altı amfizemi ve yutma güçlüğü en sık görülen semptomlardır. Tedavide konservatif tedavi, servikal mediastinotomi, trakeostomi, acil torakotomi uygulanabilir. Konservatif tedavi, sebebe yöneliktir. Gerekirse hızla cerrahi girişim uygulanmalıdır. Bu çalışmada kliniğimizde Ocak 2011-Haziran 2014 yılları arasında SP tanısı konulan hastalarımızı ve tedavi sonuçlarını sunduk.

BULGULAR: Spontan mediastinal amfizemli hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Oniki (%) erkek, 3 (%) kadın olan olguların yaş ortalaması 29.03 idi (7-62). Hastanemize müracaat eden olguların 8'sinde göğüs ağrısı, 5'inde boyunda ani şişme, 6'sında nefes darlığı ve 2'sinde yutma güçlüğü şikayeti mevcut idi. Anamnezlerinde 4'ünde diş tedavisi, 2'sinde ağır egzersiz, 2'sinde kusma, 2'sinde kronik öksürük, 1'inde büllöz akciğer saptandı. Dört hastada neden saptanamadı. Fizik muayenede 5 olguda cilt altı amfizemi saptandı. Tanı 8 olguda P-A akciğer grafisi, 7 olguda toraks BT ile konuldu. Olguların 2'sinde paraspinal amfizem saptandı. Sekiz olguya suprajuguler insizyonla pretrakeal fasya açıldı, mediastene 18f dren konuldu. Yedi hastaya konservatif tedavi uygulandı. Bir olguda mediastinit gelişmesi üzerine bilateral torakotomi ile mediastinal plevra açıldı, torasik drenaj sağlandı, dekortikasyon uygulandı. Tüm olgular şifa ile taburcu edildi. Ortalama hastanede kalış süresi 7.2 (3-48) gün idi.

SONUÇ: Ender görülmesine rağmen SP olası komplikasyonları nedeniyle yüksek morbidite, mortaliteye yol açan bir durumdur. Bu nedenle erken tanı ve tedavi önemlidir.

Resim 1



Resim 3



Resim 2



EP-244

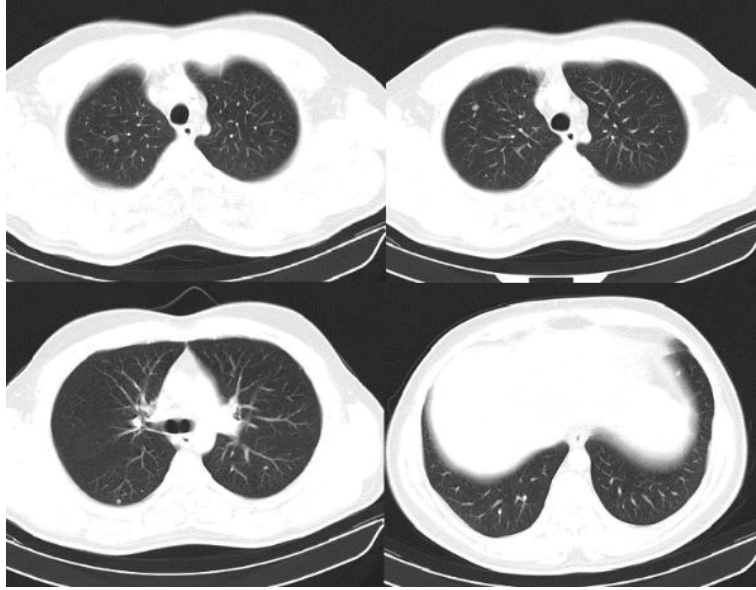
Pulmoner Metastaz Yapan ParaganliomaMerve Şengül¹, Leyla Nesrin Acar¹, S.Ş Erkmn Gülhan¹, Barış Hekimoğlu¹, Ebru Ünsal², Funda Demirağ³, Pınar Bıçakçoğlu¹¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği³Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

GİRİŞ: Paraganlioma, sempatik veya parasempatik sinir sisteminin nöroendokrin hücrelerinden kaynaklanan tümörlerdir. Nadir görülürler ve tanı ve tedavisi zordur. Paraganliomaların %90'ı sirenal medulladan kaynaklanırken %10'u ekstraadrenal kaynaklı olup en sık batin, toraks ve boyun bölgesinde görülür. Klinik belirtiler artmış katekolamin salınımına bağlıdır. En sık semptomlar yorgunluk, hipertansiyon, baş ağrısı, terleme ve çarpıntı gibi nonspesifiktir. Paraganliomalar multiple nöroendokrin neoplazi (MEN) gibi hastalıkların bir parçası olabilmektedir. En sık bölgesel lenf bezlerine metastaz yaparlar. Bunun dışında akciğer, karaciğer, kemikler ve böbreklerde paraganlioma metastazlarına rastlanmaktadır. Komplet cerrahi rezeksiyon primer tümörde, nükslerde ve metastazlarda en etkin tedavi yöntemidir. Biz bu çalışmamızda multiple pulmoner paraganlioma metastazı olan bir olgumuzu sunuyoruz.

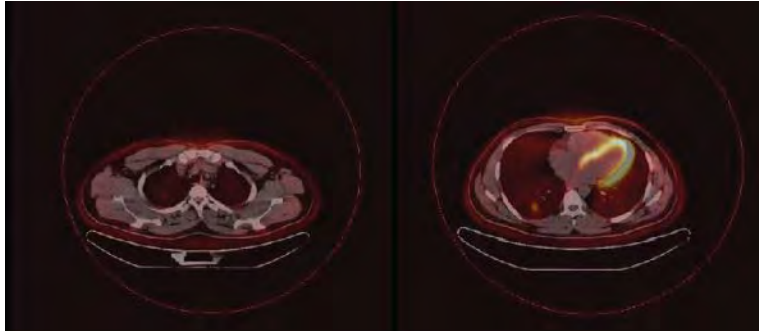
OLGU: Bir yıldır çabuk yorulma ve nefes darlığı şikayetleri ile kliniğimize müracaat eden 25 yaşındaki erkek hastanın özgeçmişinde 12 yıl önce sol sirenalektomi operasyonu öyküsü mevcuttu. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) her iki akciğerde büyüğü yaklaşık 12 mm boyutunda ölçülen çok sayıda pulmoner nodüller saptanması üzerine hastaya pozitron emisyon tomografi (PET-BT) çekildi. PET-BT'de sağ akciğer üst lob apikalde 7 mm, üst lob anteriorda 6 mm, üst lob posteriorda 6 mm, alt lob süperiorda 4 mm, orta lobda 3 mm, alt lob bazalde 11 mm ve sol akciğer alt lob anterobazalde 5 mm boyutlu nodüller izlenmiş olup artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax:3.55) saptandı. Hastaya tanı ve tedavi amacıyla operasyon planlandı. Preoperatif incelemelerinde rutin tam kan ve biyokimya analizi, EKG'si normal olarak tespit edildi. Sağ torakotomi ile üst lobdaki nodül wedge rezeksiyon ile çıkartılarak frozen section çalışıldı. Frozen section sonucu neoplastik gelişim olarak rapor edilmesi üzerine üst, orta ve alt loblardaki tüm nodüller wedge rezeksiyon ile eksizye edildi. Dört ve 10 nolu lenf nodları örneklendi. Postoperatif patoloji sonucu, paraganlioma metastazı ve lenf nodları reaktif, antrakotik olarak rapor edildi. Hasta postoperatif 14. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Halen kontrolleri devam etmektedir.

SONUÇ: Paraganliomalar, nadir görülen tümörlerdir ancak geç dönem nüks ve metastazları sıktır. Bu nedenle olgular uzun dönem takip edilmeli ve metastaz saptandığında metastazektomi uygulanmalıdır.

Resim 1



Resim 2



EP-245

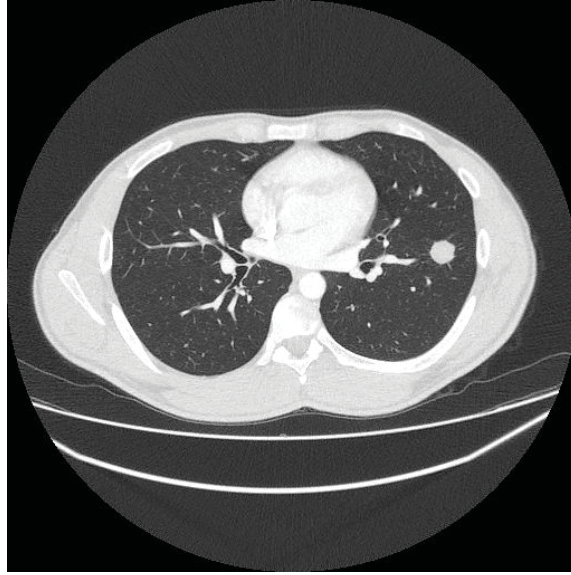
Tek Port Video Torakoskopik Yaklaşım İle Tanı Alan Pulmoner Hyalinize Granülom: Nadir Bir Olguİlhan Ocakcioğlu¹, Mustafa Dinç², Hakan Sarzep¹¹Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Van²Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Van

Pulmoner hyalinize granülom, soliter veya çok sayıda bilateral pulmoner nodüllerle karakterize, etiyolojisi tam olarak bilinmeyen ve çok nadir rastlanan bir hastalıktır. İnflamatuvar veya postinflamatuvar değişiklikler sonucu oluşur. Literatürde şu ana dek yayımlanmış 100'den daha az olgu mevcuttur ve kesin tanı, alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelenmesi ile konmaktadır. Biz bu çalışmada, tek port video torakoskopik yaklaşım ile tanı koyduğumuz bir pulmoner hyalinize granülomlu olguyu sunduk.

Otuz iki yaşında erkek hasta son 1 aydır devam eden öksürük şikayeti mevcut idi. Fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Hastanın balgam aside dirençli basil (ARB) teksifi negatif olarak saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de sol akciğer alt lobda fissür komşuluğunda yer yer sipiküler uzanım gösteren 3 cm çaplı soliter nodüler lezyon tespit edildi. Bronkoskopide endobronşial lezyon izlenmedi. Tarama amaçlı yapılan batin ve beyin BT ile kemik sintigrafilerinde metastaz bulgusu saptanmadı. Tanısal amaçlı operasyon planlandı. Sol alt lobda fissür komşuluğunda 3 cm çaplı sert nodüler lezyon görüldü ve lezyon tek port videotorakoskopik (VATS) wedge rezeksiyon uygulanarak çıkarıldı. "Frozen section" incelemesi benign olarak rapor edildi. Operasyon sonrası 3. gün hasta taburcu edildi. Hastanın nihai patoloji sonucu pulmoner hyalinize granülom olarak rapor edildi.

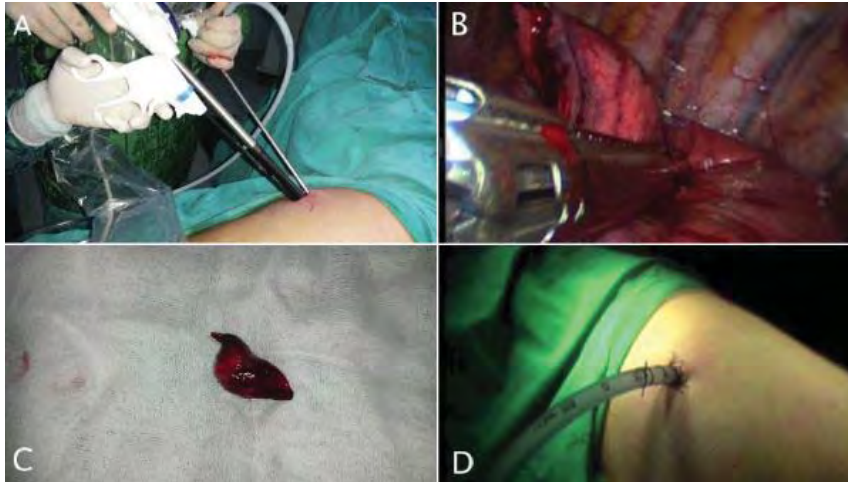
Sonuç olarak; pulmoner hyalinize granülom akciğerde kitle nedeniyle tetkik edilen hastalarda ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken nadir bir durumdur.

Resim 1



Toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de sol akciğer alt lobda fissür komşuluğunda yer yer sipiküler uzanım gösteren 3 cm çaplı soliter nodüler lezyon

Resim 2



2a Endoskopik aletlerin yerleşimi 2b Wedge rezeksiyon 2c Patolojik materyal 2d İnsizyon ve diren

EP-246

Postoperatif Geç Dönemde Ortaya Çıkan Pulmoner Arter Güdüğünde Tromboz

Tevfik İlker Akçam, Şeyda Örs Kaya, Özgür Samancılar, Kenan Can Ceylan

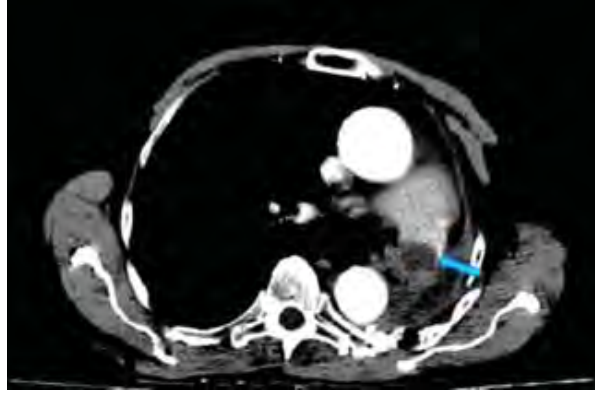
Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İzmir

GEREÇ-YÖNTEM: İlk defa 1938 yılında Crafoord tarafından tanımlanan pulmoner arter güdüğü trombozu, mortal sonuçlara yol açabileceği için çok büyük önem teşkil etmektedir. Pnöminektomi sonrası arter güdüğünde trombüs görülme yüzdesi 12-20% oranında olduğu bildirilmekle beraber konu ile tanımlanan olgu sayısı ve çalışma kısıtlı sayıdadır.

OLGU: 73 yaşında hastaya üç yıl önce squamöz hücreli karsinom nedeniyle sol pnöminektomi uygulandı. Takiplerinde hiçbir sorun izlenmeyen hastanın çekilen son tomografisinde sol pulmoner arter güdüğünde tromboz izlendi (Figure 1). Beklenilmeden antikoagülan tedavi başlandı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyonu olmayan ancak uzun süreli izlem sonrasında ortaya çıkmış olan güdük trombozu olgusunu karşılaştığında fark edilebilmesi maksadı ile tomografi görüntüsünü paylaşıyoruz

TARTIŞMA: Anatomik akciğer rezeksiyonu uygulanan bazı olguların rezeksiyon bölgelerinde tromboz durumları ortaya çıkabilmektedir. Özellikle pnöminektomili olgularda karşı taraf akciğerde olabilecek bir emboli hastalarda mortal seyredebilmekte, hızlı tanı ve erken tedavi ile istenmeyen durumların önüne geçilebilmektedir. Daha çok operasyon sonrası yakın dönemde ortaya çıkan bu durum olgumuzda uzun süreli takip sonrasında ortaya çıkmıştır. Tedavi seçeneklerinin başında antikoagülan tedavi gelmektedir. Bununla beraber acil operasyon ile tromboembolektomi uygulanan olgularda tedavide başarılı olduğu da bildirilmiştir. Ayrıca güdük trombozunun önlenmesine yönelik perioperatif tromboembolik profilaksi efektif olabileceğini düşünen çalışmalarda mevcuttur. Bunun önüne geçmek masadı ile güdük kapatma tekniği – tromboz oluşma durumunu araştırmak için yapılan deneysel çalışmada ligature tekniğinin daha intimal bir yüzey oluşturduğu görülmüştür. Hayati tehdit edici komplikasyonlara sebep olabilecek bu durumun saptanması ve gözden kaçırılmaması çok büyük önem arz etmektedir. Çoğunlukla postoperatif erken dönemde ortaya çıkan bu durumun hasta izlem periodunda da ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır.

Şekil 1



Bilgisayarlı tomografi görüntüsü; Sol pnöminektomiye ait sekonder değişiklikler. Pulmoner arter güdüğünde tromboz.

EP-247

Spontan Hemopnömotoraks: Yaşamı Tehdit Eden Nadir Bir Klinik AntiteGökçe Cangel¹, Şevki Pedük², Zehra Zeynep Keklikkiran², Akın Ünal², Ezgi Tatlısu²¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi, İstanbul²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Spontan hemopnömotoraks, spontan pnömotorakslı hastalarda plevral boşluğa kanama sonucu oluşan hayatı tehdit edici nadir bir durumdur. Literatür taramalarımız sırasında spontan hemopnömotoraks olgularının pek görülmemesi sebebiyle bu vakayı sunmayı amaçladık.

OLGU: 19 yaşında erkek hasta, 3 gündür devam eden göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetleriyle Acil Servis'e başvurdu. Anamnezinde travma, kanama diyatezi, ilaç alımı ve akciğer hastalığı gibi bilinen bir hastalığı yoktu. 2 yıldır günde yarım paket sigara içimi mevcuttu. Yapılan muayenesinde genel durum iyi, bilinç açık ve hemodinamik bulguları stabildi. Fizik muayenede sol hemitoraksta solunum sesleri azalmıştı. Posteroanterior (PA) akciğer grafisinde solda akciğeri total kollabe eden pnömotoraks ve bazalde eşlik eden hava sıvı seviyesi mevcuttu (Resim 1). Acil ameliyathanede lokal anestezi altında tüp torakostomi ve kapalı su altı drenaj işlemi gerçekleştirildi. Toraks tüpünden başlangıçta 800 ml. hemorajik mayi drene oldu. Sonrasında Göğüs Cerrahisi adına Genel cerrahi Servisi'ne yatırıldı. 72 saat içerisinde 400 ml. daha hemorajik vasıfta drenaj gözlendi. Hava kaçağı 8 gün devam etti. Uzun süreli hava kaçağından dolayı, yatışından 10 gün sonra dreni çekildi ve taburcu edildi. 1 ay sonra kontrol edilen olguda komplikasyon gözlenmedi. Çekilen P-A grafide, solda sinus küntlüğünün devam ettiği görüldü (Resim 2) ve hasta halen takip edilmektedir.

SONUÇ: Acil servise nefes darlığı, ani gelişen göğüs ağrısı ile başvuran özellikle genç erkek hastalarda ayırıcı tanıda spontan hemopnömotoraks olabileceği de düşünülmelidir. Tüp torakostomi ve kapalı su altı drenajı, bizim vakamızda olduğu gibi, klinik olarak stabil olan hemopnömotoraks olgularında çoğunlukla yeterli olmaktadır.

Resim1



Resim3



Resim2



EP-248

Akciğer Kanseri Rezeksiyonu Sonrası Bir Yıllık Mortalite

Ahmet Üçvet, Soner Gürsoy, Serkan Yazgan, Esra Yamansavcı Şirzai, Mehmet Ünal, Tarık Yağcı

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

AMAÇ: Erken evre küçük hücreli dışı akciğer kanserinde (KHDAK) en etkili tedavi cerrahi rezeksiyon olmakla birlikte, yapılan işlem sonrasında erken dönemde ölümler görülebilmektedir. Çalışmada KHDAK nedeniyle anatomik rezeksiyon uygulanan hastalarda ilk yıl içindeki mortalite oranları ve aylar içindeki dağılımının saptanması amaçlanmıştır.

METOD: Ocak 2011-Temmuz 2013 arasında, Küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle lobektomi veya pnömonektomi uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar öldükleri tarih veya Temmuz 2014 tarihine kadar takip edildi. Mortalite hesaplamalarında tüm ölümler (hastalık, cerrahi veya diğer nedenler) dikkate alındı. İlk bir yıl içinde ölen hastalar mortalite olarak kabul edildi ve 1, 2-3, 4-6, 7-9, 10-12. ay ve bir yıllık mortalite oranları hesaplandı.

BULGULAR: Çalışmaya yaş ortalaması 60.8±8.8 (38 ile 80 yaş arası) olan, 342 (%90.5) erkek ve 36 kadın olmak üzere 378 hasta dahil edildi. Hastalardan 269'una (%71.2) lobektomi, 35'ine (%9.2) bilobektomi ve 74'üne (%19.6) pnömonektomi yapıldı. Takip süresinde 100 (%26.5) hasta ölümler, bu ölümlerin 49'unda (genelin %13'ü; mortalitenin %49'u) mortalite ilk bir yıl içinde görüldü. İlk bir yıl içinde görülenler arasında; ilk ay, 2-3. ay, 4-6. ay, 7-9. ay ve 10-12. ay mortalite oranları sırası ile %40.8, %6.1, %16.3, %18.4 ve %18.4 olarak bulundu.

SONUÇ: KHDAK hala en önemli mortalite nedenidir. Rezektif cerrahi ile kombine tüm tedavi uygulamalarına rağmen hastaların %10'undan fazlasının ilk bir yıl içinde ölebileceği görülmüştür. Ölümlerin özellikle ilk üç ay içerisinde yoğunlaşması, operasyon öncesi hasta seçimi ve bu dönemin yönetilmesinin en az operasyon sonrası kadar önemli olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Tablo 1: Hasta özellikleri

Tablo 1: Hasta özellikleri

Değişken	Sayı	Oran	
Cins	Kadın	36	9,5
	Erkek	342	90,5
Yaş	60 ve altı	182	48,1
	60 üzeri	196	51,9
Operasyon	Lobektomi	269	71,2
	Bilobektomi	35	9,2
	Pnömonektomi	74	19,6
Histoloji	Skvamöz h.li	207	54,8
	Adeno ca	138	36,5
	Büyük h.li	22	5,8
	Diğer	11	2,9
Sleeve	Yok	353	93,4
	Var	25	6,6
Göğüs Duvarı Rez	Yok	350	92,6
	Var	28	7,4
Perikard Rezeksiyonu	Yok	273	72,2
	Var	105	27,8
Neoadjuvan	Yok	312	82,5
	Var	66	17,5
Adjuvan	Yok	242	64,0
	Var	136	36,0
Rezeksiyon	Komplet	365	96,6
	İnkomplet	13	3,4
Tm çapı	3 cm ve altı	165	43,7
	3-7 cm	191	50,5
	7 cm üzeri	22	5,8
Lenf nod metastazı	Yok	272	72,0
	Var	106	28,0
DM	Yok	334	88,4
	Var	44	11,6
Solunum	Yok	305	80,7
	Var	73	19,3
KVS	Yok	277	73,3
	Var	101	26,7
Diğer hastalık	Yok	371	98,1
	Var	7	1,9

Tablo 2: Çalışmadaki tüm mortalite oranı

Sonuç	Sayı	Oran
Sağ	278	73,5
Öldü	100	26,5

Tablo 3: Çalışmadaki bir yıl mortalite oranı

1 yıl mortalite	Sayı	Oran
Yok	329	87,0
Var	49	13,0

Tablo 4: 1 yıl mortalitenin dağılımı

Mortalite zamanı	Sayı	Oran (tüm hastalarda)	Oran (1 yıl mortalitede)
ilk ay	20	5,3	40,8
2-3 ay	3	0,8	6,1
4-6 ay	8	2,1	16,3
7-9 ay	9	2,4	18,4
10-12 ay	9	2,4	18,4
Toplam	49	13,0	100

Tablo 5: Zamana göre 1 yıl mortalitenin nedenleri

Mortalite zamanı	Sayı	Hastalıktan (%)	Hastalık dışı (%)
ilk ay	20	0	20 (100)
2-3 ay	3	0	3 (100)
4-6 ay	8	4 (50,0)	4 (50,0)
7-9 ay	9	8 (88,9)	1 (11,1)
10-12 ay	9	5 (55,6)	4 (44,4)
Toplam	49	17 (34,7)	32 (65,3)

Tablo 6: Hasta karakteristiklerine göre 1 yıl mortalite oranları

Tablo 6: Hasta karakteristiklerine göre 1 yıl mortalite oranları

Hasta Karakteristiği		Bir Yıl Mortalite		
		Sayı	Oran	p
Cins	Kadın	3	8,3	0,6
	Erkek	46	13,5	
Yaş	60 ve altı	19	10,4	0,17
	60 üzeri	30	15,3	
Operasyon	Lobektomi	29	10,8	0,13
	Bilobektomi	6	17,1	
	Pnömonektomi	14	18,9	
Histoloji	Skuamöz h.li	30	14,5	0,43
	Adeno.ca	13	9,4	
	Büyük h.li	4	18,2	
	Diğer	2	18,2	
Sleeve	Yok	48	13,9	0,058
	Var	0	0	
Göğüs Duvarı Rez	Yok	39	11,1	0,001
	Var	10	35,7	
Perikard Rezeksiyonu	Yok	30	11	0,086
	Var	19	18,1	
Neoadjuvan	Yok	43	13,8	0,42
	Var	6	9,1	
Adjuvan	Yok	37	15,3	0,08
	Var	12	8,8	
Rezeksiyon	Komplet	46	12,6	0,23
	İnkomplet	3	23,1	
Tm çapı	3 cm ve altı	14	8,5	0,07
	3-7 cm	31	16,2	
	7 cm üzeri	4	18,2	
Lenf nod metastazı	Yok	33	12,1	0,49
	Var	16	15,1	
DM	Yok	42	12,6	0,48
	Var	7	15,9	
Solunum	Yok	34	11,1	0,05
	Var	15	20,5	
KVS	Yok	37	13,4	0,86
	Var	12	11,9	
Diğer hastalık	Yok	48	12,9	1
	Var	1	14,3	

Tablo 7: Lojistik regresyon analizi

Değişken		p	Risk Oranı
Göğüs duvarı rezeksiyonu	var/yok	0,0002	5,1
Operasyon	Pnömonektomi/Lo-bektomi	0,032	2,2
Solunum sistemi hst	var/yok	0,033	2,1
Yaş	60 ve üstü/60 altı	0,14	-
Sleeve rezeksiyon	var/yok	0,06	-
Perikard rezeksiyonu	var/yok	0,28	-
Neoadjuvan	var/yok	0,15	-
Rezeksiyon	İnkomplet/komplet	0,70	-
DM	var/yok	0,36	-
KVS	var/yok	0,67	-

EP-249

Konvülziyona Neden Olan Spontan Pnömomediastinum Olgusu

Barış Hekimoğlu, Leyla Nesrin Acar, S.Ş Erkmen Gülhan, Pınar Bıçakçioğlu, M. Ali Beyoğlu

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

GİRİŞ: Spontan pnömomediastinum, solunum sistemi veya sindirim sistemi organlarının perforasyonu sonucunda mediastende hava birikmesidir ve nadir görülen bir tablodur. Özellikle ağır efor sonrası ve valsalva manevrası sonrası görülür. Klinikte ani başlangıçlı göğüs ağrısı, solunum güçlüğü, disfaji, disfoni, cilt altı amfizemi, boyun ve sırt ağrısı görülebilir. Cerrahi müdahale düşünülmeyen hastalarda oral alım kesilir, sıkı gözlem altında tutulur. Bu dönemde hastalar günlük fizik muayeneleri yapılarak ve akciğer radyografileri ile izlenirler. Hastaların semptomlarında gerileme ve klinik olarak stabil seyreden hastalar taburcu edilebilirler. Bu çalışmamızda mediasteni tamamen diseke edecek boyutlara ulaşan spontan pnömomediastinum olgusunda paravertebral kaslar arasına ve dahası medulla spinalis çevresine bası oluşturarak geçici konvülziyona neden olan bir olgu sunulmuştur.

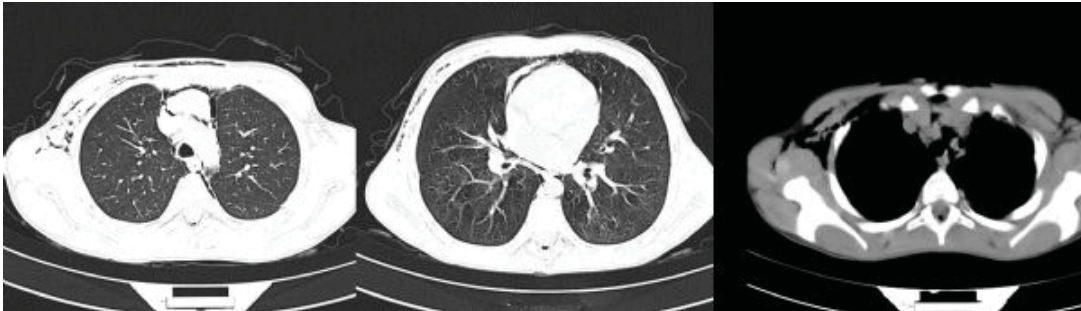
OLGU SUNUMU: Onaltı yaşında erkek hasta 2 gün önce başlayan göğüs ağrısı ve giderek artan nefes darlığı ile birlikte seyreden cilt altı amfizemi nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın yakınlarından alınan bilgiye göre hastaneye başvurudan 6 saat kadar önce bilincini kısa süreli kaybederek düştüğü öğrenildi. Hasta sesinin yaklaşık 10 saat önce incelendiğini ve nefes almasının güçleştiğini ve başının ara şiddetli şekilde ağrıdığını belirtti. Özgeçmişinde 2 gün önce koşma dışında kusma, travma öyküsü dahil olmak üzere ek bir neden saptanmadı. Fizik muayenede boyun bölgesinde yaygın cilt altı amfizem varlığı tespit edildi. Çekilen PA akciğer grafisinde boyun bölgesinde yaygın cilt altı amfizemi, pnömomediastinum saptandı. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografide (BT) mediastenden boyun bölgesine yayılan ve buradan paravertebral kasları diseke ederek medulla spinalis çevresin dolduran amfizem tespit edildi. Bu bulgular üzerine mediasteni dekomprese etmek amacıyla, pretrekeal fasiya açılarak buraya ince bir katater yerleştirildi. Oral alımı 36 saat kesilen hastaya günlük beyaz küre ve posterior anterior akciğer filmi takibi yapıldı. Hastaya fleksibl bronkoskopi yapıldı ve herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın mediastinel katateri müdahale sonrasında 2. gün sonlandırıldı. Hasta 5 gün hastanede takip edildikten sonra sorunsuz olarak taburcu edildi. Taburculuk sonrası birinci ayında çekilen toraks BT’de mediastende ve paraspinal amfizemde belirgin gerileme saptandı. Hasta halen takip edilmektedir.

TARTIŞMA: Spontan pnömomediastinum, nadir de olsa konvülziyon nedenleri arasında akla gelmelidir.

Resim 1



Resim 2



EP-250

Havalı Tüfek İle Gelişen Hemopnömotoraks

Leyla Nesrin Acar, S.ş. Erkmn Gülhan, M. Ali Beyoğlu, Kubilay İnan, Pınar Bıçakçioğlu

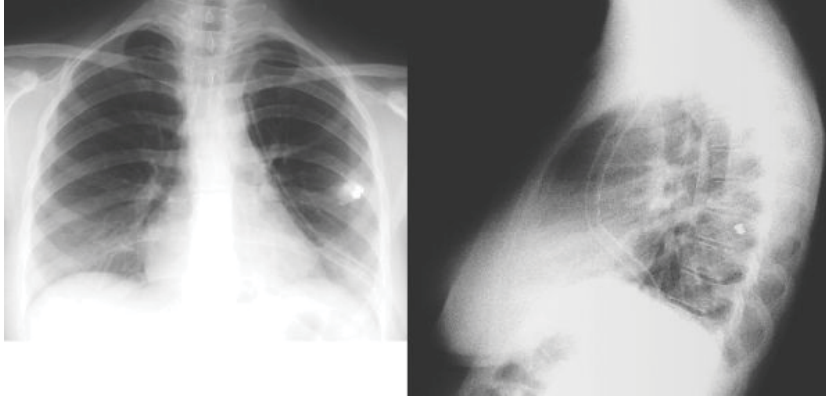
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

GİRİŞ: Tüm toraks travmalarının %30'unu penetran toraks travmaları oluşturmaktadır. Ateşli silahlar, düşük kinetik enerjili silahlar (DKES) ve yüksek kinetik enerjili silahlar (YKES) olarak sınıflandırılırlar. Mermi çekirdeği 762m/sn'den daha hızlı ise YKES olarak adlandırılır. Ateşli silah yaralanmalarında basınç fazladır ve bu basınç etraf dokulara daha fazla zarar vermektedir. Havalı silahlar, düşük kinetik enerjili silahlar grubundadırlar ve itici güç olarak sıkıştırılmış hava veya karbondioksit gazı kullanır. Atış eğitimi veya sportif amaçla üretilmişlerdir. Havalı silahların attıkları 4,5 veya 5,5 mm çapında tek saçma taneciklerin namludan çıkış hızı 230 m/sn'ye ulaşabilmektedir. Penetran toraks travması pnömotoraks, hemotoraks, akciğer kontüzyonu, majör kardiyak ve vasküler yaralanmalar nedeniyle hayati tehlike oluşturabilir. Bu nedenle tedavileri hızlı olmalıdır. Ancak (DKES) ile yaralanmalar genellikle sadece tüp torakostomi gerektirir. Nadir de olsa komplikasyon gelişmeyen, intratorakal ve yaşamsal organlara penetre olmamış yaralanmalarda toraks içindeki yabancı cismin (saçma taneciği) çıkartılmasına gerek duyulmamaktadır. Bu çalışmamızda havalı tüfek ile yaralanma sonucu gelişen ve tüp torakostomi ile tedavi edilen hemopnömotoraks olgumuzu sunduk.

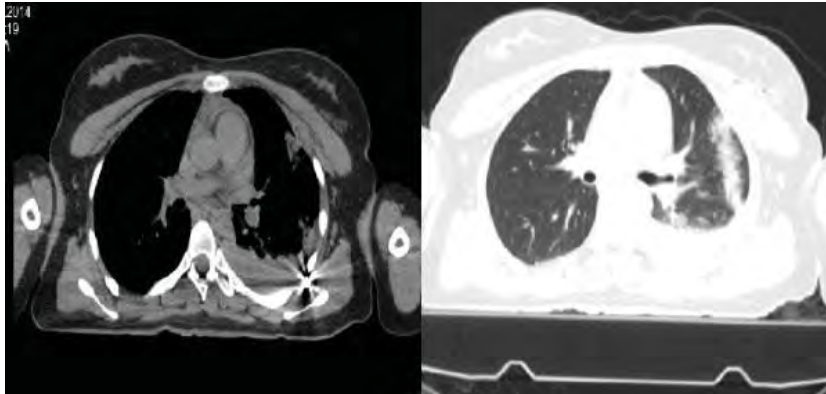
OLGU SUNUMU: Havalı tüfek ile yaralanan yirmi dört yaşında bayan hasta, hemopnömotoraks tanıları ile kliniğimize sevk edildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol midklavikuler hatta 3.interkostal aralıkta saçma girişi deliği gözlemlendi, çıkış deliği saptanmadı. Solunum sesleri sol hemitoraksta azalmıştı. Hastanın çekilen posteroanterior akciğer grafisinde ve toraks bilgisayarlı tomografisinde sol hemitoraksta hemopnömotoraks ve solda 6. interkostal aralık posterolateral izdüşümünde toraks duvarı içerisinde yumuşak dokular arasında yabancı cisim (saçma) saptanması üzerine hastaya tüp torakostomi uygulandı. Beş gün hastanede takip edilen hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. Hastanın 1. ay kontrolünde aktif şikayeti yoktu.

SONUÇ: Toraksa yönelik ateşli silah yaralanması olan vakalarda morbidite ve mortalite oranı yüksektir. Bu nedenle hızla değerlendirilip tanı konulması gerekir. Komplikasyon gelişmeyen, intratorasik ve yaşamsal organlara penetre olmamış yaralanmalarda toraks içindeki yabancı cismin (saçma taneciği) çıkartılmasına gerek duyulmamaktadır, tüp torakostomi veya konservatif yöntemlerle tedavi edilebilir.

Resim 1



Resim 2



EP-251

Sekonder Spontan Pnömotoraksta Amfizem Derecesi İle Uzamış Hava Kaçağı İlişkisi

Serpil Sevinç, Şeyda Örs Kaya, Tefik İlker Akçam, Kenan Can Ceylan, Özgür Öztürk

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir, Türkiye

GİRİŞ: Sekonder spontan pnömotoraks olgularında uzamış hava kaçağı en sık görülen ve en önemli komplikasyondur. Ancak oluşabilecek komplikasyon ile ilgili kesin yorum yapılamamaktadır. Amfizemli hastalarda kullanılan GodS' nin özellikle operasyon sonrası olası uzamış hava kaçağının bir belirteci olup olamayacağı araştırıldı.

GEREÇ-YÖNTEM: Şubat 2013 ile Mart 2014 arasında SSP nedeniyle tüp torakostomi ve kapalı suattı drenajı uygulanan 50 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, drenaj süresi, hastane kalış süresi, postoperatif komplikasyon gelişme (uzamış hava kaçağı) durumu kaydedildi (Tablo 1). Toraks Bt'de pnömotorakslı akciğer tarafındaki GodS'a göre hastalar sınıflara ayrıldı. Yaş, hastane kalış süresi, drenaj süresi, pnömotoraks atak sayısı ve uzamış hava kaçağı ile GodS değişkenlerinin bir biri ile korelasyon sonuçları değerlendirildi

BULGULAR: 50 hasta GodS'a göre skorlandığında GodS1 olan 4 (8%) olgu, GodS2 olan 16 (32%) olgu, GodS3 olan 17 (34%) olgu ve GodS 4 olan 13 (26%) olgu vardı. Hastalarda ortalama pnömotoraks atak sayısı $1,3 \pm 0,5$, ortalama drenaj süresi $15,7 \pm 11,3$, hastane kalış süresi ortalaması $9,2 \pm 5,1$ gün idi. Hastaların 26 (52,2 %) 'sında uzamış hava kaçağı izlendi. GodS'u yüksek olanlarda uzamış hava kaçağı istatistiksel olarak daha fazla görüldü ($p=0,035$) (Tablo 2). Yaş ile GodS arasında pozitif yönlü orta derecede ($r=0,357$) anlamlı bir korelasyon saptandı ($p=0,011$). GodS arttıkça drenaj süresinin arttığı ($r=0,316$, $p=0,031$) saptandı. Aynı zamanda GodS arttıkça pnömotoraks atak sayısının istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı izlendi. ($r=0,356$, $p=0,011$). Pnömotoraks atak sayısı arttıkça hastane kalış süresinin arttığı izlendi ($r=0,313$, $P=0,027$).

SONUÇ: GodS arttıkça uzamış hava kaçağı ve nüks oranının artması, tedavi algoritmasında klinisyen tarafından akılda tutulmalıdır.

Tablo 3: Yaş, Hasta Kalış Gün, Drenaj Süresi ve Pnx atak Sayısı ve Goddard değişkenlerinin bir biri ile korelasyon sonuçlarının değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı çıkan sonuçlar

Değişkenler		r	P Değeri
Yaş	GodS	0,357	0,011
Hasta Kalış Gün	Pnx atak Sayısı	0,313	0,027
Drenaj Süresi	GodS	0,316	0,031
Pnx atak Sayısı	GodS	0,356	0,011
Spearman's rho Test r: Korelasyon Katsayısı			

Tablo 1: GodS değişkeninin tedavi Şekli, sekonder pnömotoraks nedeni, cinsiyet, sağ kalım ve pnömotoraks tarafı değişkenlerine göre dağılımları

		GodS				P Değeri
		1	2	3	4	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Tedavi Şekli	Ameliyat	2 (50%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)	1 (7,7%)	0,194
	Tüp	2 (50%)	14 (87,5%)	15 (88,2%)	12 (92,3%)	
Pnömotoraks Nedeni	SSPety1	2 (50%)	8 (50%)	7 (41,2%)	10 (76,9%)	0,153
	SSPety2	0 (0%)	5 (31,3%)	1 (5,9%)	1 (7,7%)	
	SSPety3	0 (0%)	1(6,3%)	2 (11,8%)	0 (0%)	
	SSPety4	2 (50%)	2 (50%)	7 (41,2%)	2 (50%)	
Cinsiyet	Kadın	1 (25%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	0,109
	Erkek	3 (75%)	15 (93,8%)	17 (100%)	13 (100%)	
Sağ Kalım	Ex	0 (0%)	1 (6,3%)	1 (5,9%)	1 (7,7%)	1
	Yaşıyor	4 (100%)	15 (93,8%)	16 (94,1%)	12 (92,3%)	
Tarf	Sol	2 (50%)	7 (43,8%)	4 (23,5%)	3 (23,1%)	0,492
	Sağ	2 (50%)	9 (56,3%)	13 (76,5%)	13 (76,5%)	

Pearson Chi-Square Test (Monte Carlo)

Tablo 2. GodS – Uzamış Hava Kaçağı ilişkisi

GodS	Uzamış Hava Kaçağı	
	n	(%)
1	2	50
2	5	31,2
3	8	47,1
4	11	84,6
Toplam	26	52

Pearson Chi-Square Test (Monte Carlo), $p=0,035$

EP-252

Komplike Hidatik Kistler

Hüseyin Fatih Sezer, Aslı Gül Akgül, Salih Topçu, Şerife Tuba Liman, Seymur Salih Mehmetoğlu, Serkan Özbay
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD

GİRİŞ: Hidatik Kist, etkeni sıklıkla E.Granulosus olan, 4,9/100.000 oranında görülen organ parazitozudur. Köpek, kurt, çakal gibi etçil hayvanların dışkıyla bulaşmaktadır. Sırt-yan ağrısı ile başvuran ve rutin dışı lokalizasyonlarda kist hidatik tespit edilen sırayla 35, 29 ve 62 yaşlarındaki 3 kadın olgumuzu sunduk.

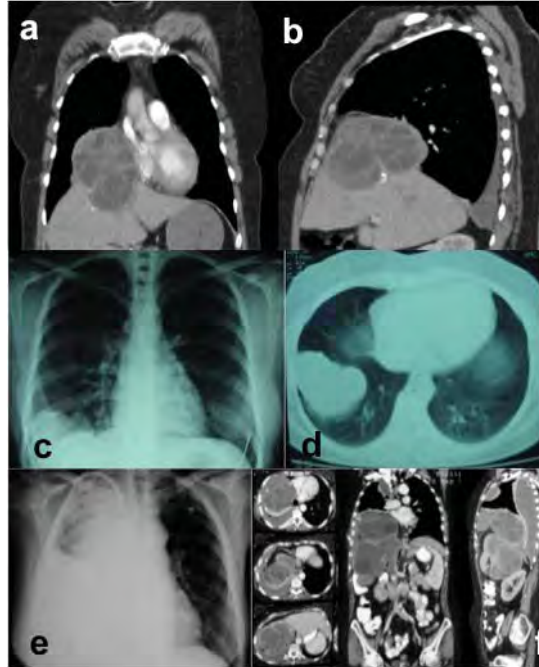
OLGU 1: Hastamıza çektilen Toraks BT'de karaciğerden toraks boşluğuna uzanan hidatik kist ile uyumlu görünüm mevcuttu (Resim 1a,b). Sağ posterolateral torakotomi ile toraksta, 8x8cm kist görülerek boşaltıldı, perikistik tabakayı diyafragmanın oluşturduğu, kavitenin karaciğer parankimini ittiği, bağlantısının olmadığı görülerek kapitone edildi. Üçüncü ayında sorunsuz izlenmekte.

OLGU 2: Toraks BT'de karaciğer sağ lob superiorda multiloküle şekilde akciğer alt lob superioru iten hidatik kist ile uyumlu lezyon gözlenen (Resim 1c,d) ve 10 yıl önce ITP nedeniyle splenektomi ve karaciğer hidatik kist operasyonu öyküsü olan hastaya sağ posterolateral torakotomi ile yapılan eksplorasyonda diyafragma kubbesinin incelendiği, karaciğerdeki kistin diyafragmayı eleve ederek toraksa protrüde olduğu, perikistik tabakayı diyafragmanın oluşturduğu gözlemlendi. Kistotomi, kapitonaj uygulandı. Beş yıllık takipte nüks gelişmedi.

OLGU 3: Dış merkezli BT'sinde karaciğerden başlayarak toraksa uzanan hidatik kist ile uyumlu kitle ve sağ diyafragma krusu ile ilişkili ikinci hidatik kist saptanarak Andazol başlanmış. Üşüme-titreme, öksürük, balgam semptomlarıyla çektildiğimiz yeni BT'de sağ hemitoraksta perfore diyafragma ve karaciğer multipl hidatik kisti ile plevral sıvı mevcuttu (Resim 1e,f). Tüp torakostomiye takiben operasyona alınarak posterolateral torakotomi ile plevral mesafede bazalden apekse ve anterior mediyastene uzanan bölgede çok sayıda kız veziküller, diyafragmada 10x10x9cm hidatik kist gözlenerek boşaltıldı, diyafragma açılarak karaciğer sağ lobundaki 10x10x10cm kist de boşaltıldı. Kapitonaj ve diyafragma onarımı uygulandı. Renal ve kardiyak yetmezlik nedeniyle post operatif 55. gün taburculuk gerçekleştirildi. Taburculuğunun 20. gününde ani bilinç kaybı ile interne edilen hasta, gelişen kardiyak ve solunum arresti ile 27. günde kaybedildi.

TARTIŞMA: Hidatik kist'de yumurtalar fekal-oral alınır, midede serbestleşen embriyolar jejunum ve ileum duvarından portal ven yoluyla veya lenfatiklerle karaciğere ulaşırlar. Sinüzoidlerce tutulamayanlar akciğer kapillerlerince tutularak akciğer hidatik kistini oluştururlar. Karaciğerde rastlantısal saptanırken akciğer kistleri bronşa açılarak membran ekspektorasyonu, anafilaksi, bronkospazm ile erken dönemlerde tanınabilirler. Kistin diyafragmaya, akciğer-karaciğer kistlerinin perforasyonu veya diyafragmatik arter yoluyla ulaşabildiği düşünülmektedir. Toraks-batın sınırındaki kistlerin diyafragma kaynaklı olabileceği unutulmamalıdır. Torakotomi ve total eksizyon, karaciğer kisti de eşlik ediyorsa aynı seansta gerçekleştirilmesi uygun yaklaşımdır.

Resim 1



Olgu 1'e ait Toraks BT (a,b), Olgu 2'ye ait akciğer grafisi ve Toraks BT (c,d) ve Olgu 3'e ait akciğer grafisi ve Toraks BT (e,f) görüntüleri.

EP-253

Akciğer Amiloidozu

Aslı Gül Akgül¹, Hüseyin Fatih Sezer¹, Serkan Özbay¹, Seymur Salih Mehmetoğlu¹, Şerife Tuba Liman¹, Kürşat Yıldız², Salih Topçu¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD

GİRİŞ: Amiloidoz vücutta pek çok organda ekstrasellüler matrikste birikerek organ disfonksiyonu yapabilen, fibröz yapıda anormal bir protein olan 'amiloid' birikimi ile karakterize, çeşitli klinik tablolarla kendini gösteren hastalık grubudur. Literatürde doku ve organlarda başlıca amiloid birikim nedenleri arasında idiyopatik dışında, enflamatuvar, kalıtsal ve neoplastik sebepler sayılmaktadır. Sistemik olabileceği gibi daha az sıklıkla lokal olarak deri, yumuşak doku, orofarinks, akciğer, mesane, göz gibi doku ve organlarda da görülebilmektedir. Radyolojik olarak plevral efüzyon ve parankimal interstisyel hastalık bulguları ile tanı amaçlı cerrahi uygulanan ve patoloji sonucu akciğer amiloidozu olarak netleşen vakamızı sunduk.

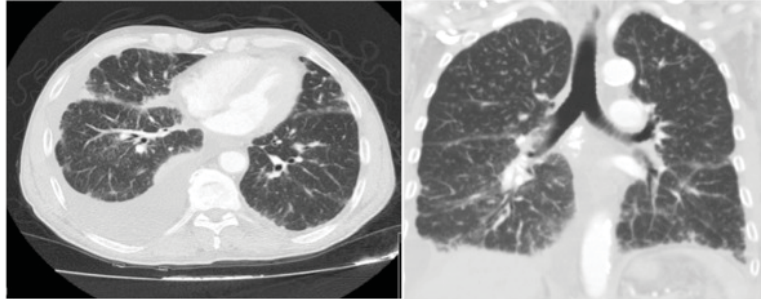
OLGU: Nefes darlığı şikayeti olan 64 yaşındaki erkek hastanın Toraks BT'sinde bilateral akciğer parankiminde yaygın milimetrik tomurcuklanan ağaç nodülleri ve sağda plevral efüzyon mevcuttu (Resim 1). Özgeçmişinde belirgin özelliği olmayan hastanın fizik muayenesinde dinlemekle bilateral solunum seslerinde azalma dışında patolojik bulgu yoktu. Hastaya sağ posterolateral torakotomi yapılarak plevral mayi alındı. Akciğer parankiminde yaygın mikronodülasyon ve ileri derecede konsolide ve palpe edilirken dahi kopacak şekilde frajil alanlar gözlemlendi (Resim 2a). Alt lobdan 3x5x3 cm'lik wedge rezeksiyon (Resim 2b) ile biyopsi amaçlı eksizyon ve pariyetal plevradan multipl örnekleme yapıldı. Wedge rezeksiyon ve pariyetal plevra örneklemesinin patoloji sonuçları akciğer amiloidozu ile uyumlu olarak öğrenildi (Resim 2c,d). Hastada postoperatif izlemi sorunsuz izlendi.

TARTIŞMA: Amiloidoz; tüberküloz, sfiliz, kronik böbrek yetmezliği, hipergamaglobulinemi, romatoid artrit, malignite ve multipl myeloma başlı olarak sekonder veya primer olabilir. Sekonder amiloidoz nadiren akciğeri tutarken, primer amiloidoz akciğerin yanı sıra sıklıkla kalp, gastrointestinal sistem, böbrek ve deriyi sıklıkla etkiler. Sistemik amiloidozlu hastalarda pulmoner tutulumunun prevalansı %30-92 arasında bildirilmiştir ve amiloid manifestasyonu genellikle alveolar ve/veya trakeobronşiyal birikim şeklinde beklenir. Parankim interstisyel tutulumu ve açıklanamayan plevral efüzyon ile değerlendirilen hastalarda ayırıcı tanılar arasında plevral amiloidoz da yer almalıdır

Kaynaklar

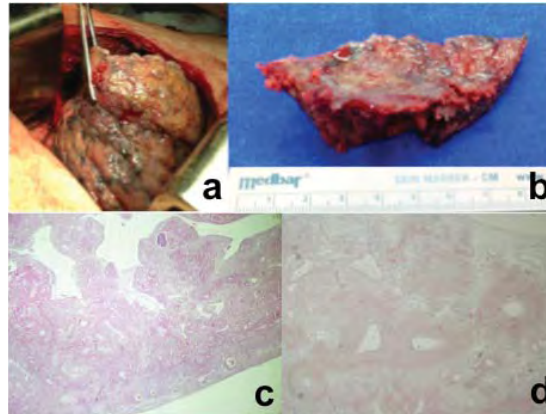
1. Gertz MA, Lacy MQ, Dispenzieri A, Hayman SR. Amyloidosis. *Best Pract Res Clin Haematol.* 2005;18:709-27.
2. Smith RL, Hutchins GM, Moore GW, Humphrey RL. Type and distribution of pulmonary parenchymal and vascular amyloid: correlation with cardiac amyloid. *Am J Med* 1979; 66:96-104.
3. Utz JP, Swensen SJ, Gertz MA. Pulmonary amyloidosis. *The Mayo Clinic Experience from 1980 to 1993. Ann Intern Med.* 1996;124:407-13.

Resim 1



Hastaya ait Toraks BT görüntüleri

Resim2



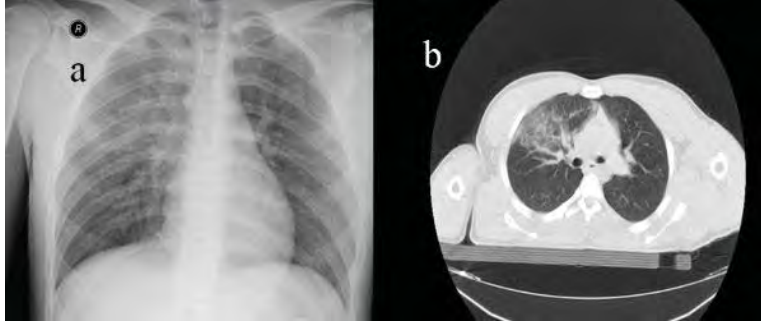
Hastaya ait peroperatif (a) akciğer görüntüsü, spesmen (b) ve HxE (c) ile Kongo kırmızısı (d) boyamalarla patoloji preparatları

EP-254

Femur Kırığı Olan Hastada Yağ Embolisi SendromuSerdar Şirzai¹, Sinem Ergün¹, Hakan Aygün², Ayşe Taşdemir², Esra Yamansavcı Şirzai³, Deniz Bozdoğan⁴¹Karşıyaka Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir²Karşıyaka Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İzmir³Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İzmir⁴Karşıyaka Devlet Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği, İzmir

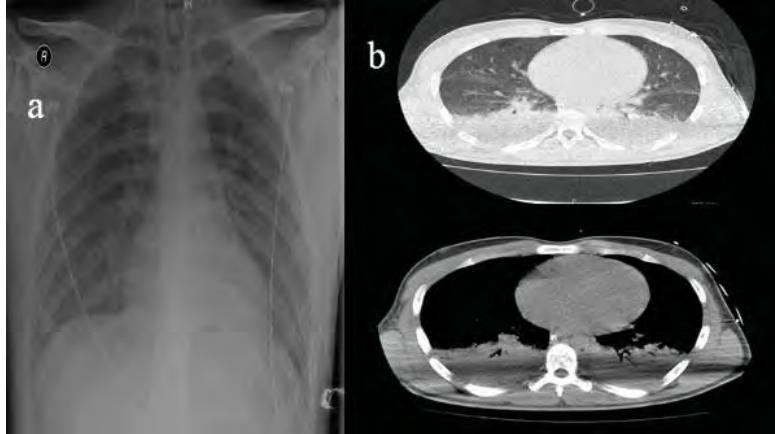
Yağ embolisi sendromu, yağ partiküllerinin dolaşıma girmesine bağlı olarak solunum sıkıntısı, bilinç bulanıklığı ve peteşiyal döküntülerin ortaya çıktığı bir klinik durumdur. Travmatik, cerrahi ve travma dışı olayları takiben gelişebilir. En sık uzun kemik kırıklarını takiben 24-72 saat içinde gelişir. Klinik tablo hafif olabileceği gibi solunum yetmezliği ve komaya kadar değişebilir. 19 yaşında erkek hasta araç içi trafik kazası sonrası sol femur fraktürü ön tanısı ile acile getirildi. Fizik muayenesi solunum seslerinin sağ akciğer üst zonda kabalaşması haricinde olağandı. Postero-anterior akciğer grafisinde sağ üst zonda heterojen opasite artımı mevcuttu (Resim 1a). Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ üst lob anterior segmentte santralden periferik uzanan parankimal konsolidasyon alanları izlendi (Resim 1b). Femur fraktürü atele alındı. Hasta travma sonrası akciğer kontüzyonu nedeniyle yatırıldı. Takibinin ikinci gününde ani bilinç değişikliği ve nefes darlığı şikayeti başladı. Oda havası kan gazında hipoksi haricinde hemotolojik ve biokimyasal kan değerlerinde patoloji saptanmadı. Yaklaşık bir saat içinde genel durumu daha da bozulması (Gloskow koma skoru:4) üzerine entübe edildi ve yoğun bakımda gözetim altına alındı. Takiplerinde hastada solunum seslerinde bilateral alt zonda kabalaşma, hafif köpüklü kanlı sekresyon, taşikardi ve hipertansiyon saptandı. Yatarak çekilen kontrol antero-posterior akciğer grafisinde bilateral alt zonda rölatif opasite artımı (Resim 2a), toraks BT de bilateral alt loblarda yaygın alveoler hemoraji görünümü izlendi (Resim 2b). Bilinçte düzelme olmayan hastanın mekanik ventilasyonun birinci gününde konvülsiyonları ve aksiller bölgeden inguinal bölgeye kadar çok sayıda peteşileri başladı. Bunun üzerine çekilen difüzyon beyin manyetik rezonans görüntülemesinde post travmatik non hemorajik yaygın embolik natürlü olabilecek sinyal değişikliği tespit edildi. Hastada bu hali ile Gurdy, Lindeque ve Schonfeld kriterleri göz önüne alınarak yağ embolisi sendromu düşünüldü, yüksek doz steroid ve düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlandı. Beşinci günde bilinç düzelmesi olan hasta onuncu günde ekstübe edildi. Ekstübasyon sonrası dördüncü günde sifa ile taburcu edildi. Özellikle uzun kemik kırıkları sonrası gelişen ani solunum ve bilinç değişikliğine sebep olan yağ embolisi nadir görülmesi nedeniyle literatür eşliğinde sunulmuştur.

Resim 1



Hastanın yatış PA Akciğer grafisi ve Toraks BT görüntüleri

Resim 2



Hastanın emboli sonrası PA Akciğer grafisi ve Toraks BT görüntüleri

Resim 3



Cilt peteşileri

Tablo 1

GURD KRİTERLERİ	<ul style="list-style-type: none"> • MAJOR AKSİLLAR/SUBKONJUKTİVAL PETEŞİ • HİPOKSİ • SSS DEPRESYONU • PULMONER ÖDEM • MİNOR TAŞİKARDİ • ATEŞ • RETİNADA EMBOLİ BULGULARI • İDRARDA YAĞ PARTİKÜLLERİ • BALGAMDA YAĞ GLUBULİNLERİ 	2 MAJÖR & 1 MAJÖR + 4 MİNÖR & KANDA YAĞ MACROGLOBULİNEMİSİ
LİNDEQUE KRİTERLERİ	<ul style="list-style-type: none"> • HİPOKSİ • HİPERKAPNİ VEYA ASİDOZ • TAKİPNE (SEDASYONA RAGMEN) • DİSPNE 	UZUN KEMİK KIRIGI OLANDA BİRDEN FAZLA KRİTER
SCHONFELD KRİTERLERİ	<ul style="list-style-type: none"> • PETEŞİ (5) • AKCİĞER GRAFİSİNDE DİFFÜZ ALVEOLAR İNFİLTASYON (4) • HİPOKSİ (3) • ATEŞ (1) • TAŞİKARDİ (1) • TAKİPNE (1) 	TOPLAM PUAN 5'İN ÜZERİNDE

YES tanı kriterler

EP-255

Spontan Şilotoraks Olgusu

Burçin Çelik, Mehmet Gökhan Pirzirenli, Zeynep Pelin Sürücü

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

GİRİŞ: Plevral boşlukta lenfatik sıvının toplanması şilotoraks olarak tanımlanmaktadır. Genelde duktus torasikus veya büyük dallarından bir kaçak neticesinde gelişir. Etiyolojisinde; künt ve penetran yaralanmalar, cerrahi yaralanmalar ve malignite bulunmaktadır. Burada yapılan tetkiklerde herhangi bir etiyolojik faktör tespit edilemeyen spontan şilotoraks olgusu sunulmaya çalışıldı.

OLGU: Seksen üç yaşında erkek hasta kliniğimize 2 aydır devam eden nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Direk göğüs radyografisinde sağ plevral effüzyon tespit edildi ve plevral sıvının incelemesi sonucu şilotoraks tanısı konuldu. Tüp torakostomi uygulanan ve oral alımın kesilen hastanın özgeçmişinden herhangi bir travma veya ameliyat öyküsü alınmadı. Tüm batın ve toraks radyolojik incelemesinde ve PET-BT incelemesinde herhangi bir malignite tespit edilmedi. Takiplerinde plevral sıvı drenajı 200 mL/gün'e kadar geriledi ve kimyasal plörodezis uygulanarak göğüs tüpü çekildi. Yapılan tetkiklerde herhangi bir etiyolojik faktör bulunmaması üzerine hasta spontan şilotoraks kabul edildi.

SONUÇ: Erişkinlerdeki plevral effüzyonların yaklaşık %2'sini oluşturan şilotoraksın %15'inde herhangi bir etiyolojik faktör tespit edilememekte ve bu olgular spontan şilotoraks olarak tanımlanmaktadır. Bu olgular diğer şilotoraks olgularına göre daha benign seyirli olup genellikle konservatif yöntemler ile tedavi olmaktadır.

Resim 1



Resim 2



EP-256

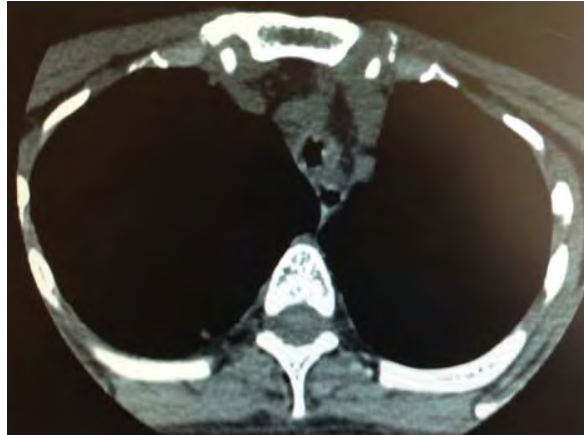
Postintübasyon Mediastinal Trakeal Stenoz (Olgu Sunumu)Sezai Çubuk¹, Orhan Yücel¹, Gökhan Ayberik¹, Mehmet Ali Şahin², Ahmet Hakan Birkent³¹Gata Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara²Gata Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara³Gata Tıp Fakültesi, KBB Ana Bilim Dalı, Ankara

Uzun süreli trakeal entübasyona maruz kalmış hastalar trakeal stenoz ile başvurabilmektedir. Bu hastalara uygulanan bronkoskopik girişimler genellikle yetersiz kalmaktadır. Biz, postintübasyon mediastinal trakeal stenoz (karınaya 24 mm) nedeniyle rezeksiyon ve rekonstrüksiyon yapmış olduğumuz hastamızı sunmayı amaçladık.

Trafik kazası sonrası uzun süreli yoğun bakımda kalma hikayesi olan 32 yaşında bayan hasta nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Hastanın toraks tomografisinde karınadan 24 mm uzaklıkta sirküler tarzda darlık tespit edildi (Resim 1). Efor ile oluşan dispnesi olduğunu ifade eden hastanın fizik muayenesinde dinlemekle stridor alınmaktaydı. Diğer organ muayenelerinde geçirmiş olduğu kafa travmasına bağlı olarak strabismus dışında ek patoloji tespit edilmedi. Trakeadaki darlık için bronkoskopik dilatasyon planlanıp rijit bronkoskopi ile uygulandı. İşlem sonrası gözle görülür dilatasyon tespit edildi ve şikayetlerinde gerileme saptandı. Hasta taburcu edildikten 2 ay sonra benzer şikayetlerle tekrar başvurdu. Toraks tomografisinde darlığın tekrar gözlenmesi üzerine hastaya cerrahi girişim planlandı. Genel anestezi sonrası rijit bronkoskopi ile darlık yeri ve uzunluğunun ölçümü yapıldı. Parsiyel sternotomi insizyonu sonrası sol brakiosefalik ven ve arter diseke edilerek trakeaya ulaşıldı. Darlık bölgesi fleksibl bronkoskopi ile tespit edilip rezeksiyon uygulandı. Bir buçuk cm trakea rezeke edilip posterior membran emilen, kırık halka emilmeyen uç uca tek tek sütürlerle anastomoz uygulandı (Resim 2). Anastomoz hattında hava kaçağı saptanmayan hastanın bir hafta sonraki bronkoskopik kontrolünde stenoz gözlenmedi.

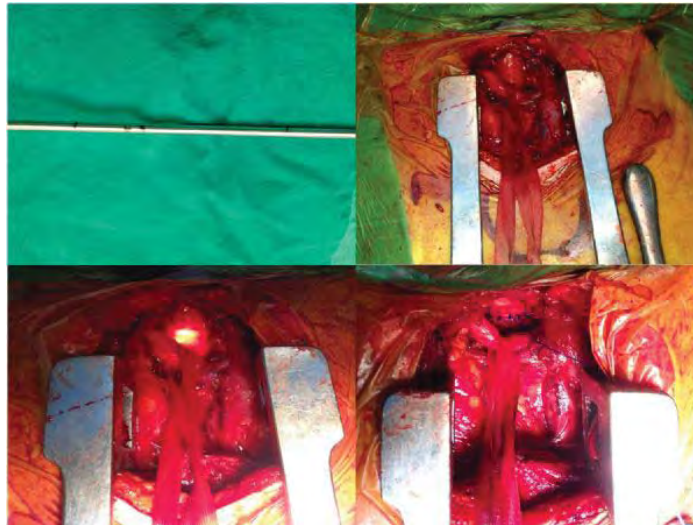
Mediastinal trakeal stenozlar servikal stenozlara oranla ana vasküler yapılara olan yakınlık nedeniyle ulaşılması güç alanlardır. İncisura jugularis altındaki darlıklar boyun hiperekstansiyonu ile servikal insizyonla opere edilebilirler. Mediastinal yerleşimli stenozlarda sternotomi uygulanmalıdır. Parsiyel sternotomi ve ana vasküler yapıların diseksiyonu ve dönülüp ekartasyonu ile cerrahiye izin verecek ekspozisyon ve güvenli cerrahi girişim yapılabilmektedir.

Resim 1



Toraks tomografisinde sirküler tarzda darlık gözlenmekte

Resim 2



Rijit bronkoskopi ile darlık yeri ve uzunluğunun ölçümü, diseksiyon sonrası trakea, Fob ile darlık yeri tespiti, anastomoz hattı

EP-257

İzole Göğüs Duvarı Kemik Patolojilerinde Radyolojik Takip Yeterli midir?

Orhan Yücel, Sezai Çubuk, Gökhan Ayberik

Gata Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Ankara

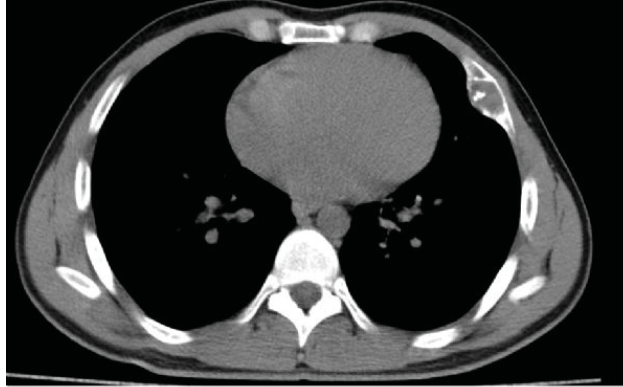
Göğüs duvarı kemik yapılarına ait patolojiler kemik kırıklarına ait kalluslardan malign patolojilere kadar geniş bir yelpazede gözlenmektedir. Kondrosarkom kaburgalara ait sık saptanan malign tümörlerdendir. Biz fibröz displazi öntanısıyla rezeksiyon uyguladığımız ve postoperatif patoloji sonucu kondrosarkom olarak raporlanan hastamızı sunmayı amaçladık.

21 yaşında erkek hasta sol göğüs ön duvarında ele gelen kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Toraks tomografisinde sol 5. kostokondral bileşkeden kaynaklanan kitle lezyonu saptandı (Resim 1). Radyolojik olarak kitlesel lezyonun fibröz displazi olarak düşünülmesi nedeniyle hastaya tüm vücut kemik sintigrafisi planlandı. Kemik sintigrafisinde ilgili bölge dışında tutulum saptanmadı. Hastaya monostatik fibröz displazi öntanısı ile sol 5. kosta parsiyel rezeksiyonu ameliyatı uygulandı. Göğüs duvarındaki defekt prolen mesh ile kapatıldı. Postoperatif patoloji sonucu grade I kondrosarkom (WHO 2013) olarak raporlandı. Patolojisinde cerrahi sınırdaki tümör saptanmayan hastada cerrahi sınıra subsantimetrik uzaklıkta tümör saptandı. Patoloji sonucunun sarkom olması nedeniyle hastaya ikinci bir cerrahi girişim planlandı. 4 ve 6. kaburgalara da parsiyel rezeksiyon uygulandı. Oluşan geniş defekt titanyum köprüler, klipsler ve prolen mesh ile onarıldı (Resim 2). Postoperatif dönemde ek tedavi almayan hasta kontrol muayenesine gelmek üzere taburcu edildi.

Genişletilmiş cerrahi rezeksiyon kondrosarkomlarda en iyi tedavi şeklidir (1). Tüm kenarlardan 3-4 cm.lik tümörsüz alan olması önerilmektedir (2). Kondrosarkomlar radyosensitif olan tümörler grubundan değildirler bu nedenle küratif tedavide radyoterapi rutin olarak uygulanmamaktadır (3). Biz olgumuzda ilk cerrahi girişimden sonra cerrahi sınıra yönelik radyoterapi uygulamayıp cerrahi girişim planladık. Kaburgalara ait soliter veya multipl lezyonlar dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli, yakın takip altında tutulmalı veya biyopsiler ile tanı doğrulanmalıdır.

Referansla

1. Shimoyama T, Suzuki R, Yoshiya K et al. Chondrosarcoma of the rib. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 2003;51(4):167-71.
2. McAfee MK, Pairolero PC, Bergstralh EJ et al. Chondrosarcoma of the chest wall: Factors affecting survival. *Ann Thorac Surg* 1985;40:535-41.
3. Walsh GL, Davis BM, Swisher SG, et al. A single-institutional, multidisciplinary approach to primary sarcomas involving the chest wall requiring full-thickness resections. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001;121:48-60.

Resim 1

Toraks tomografisinde sol 5. kostokondral bileşkeden kaynaklanan kitle lezyonu

Resim 2

Oluşan geniş defektin titanyum köprüler, klipsler ile onarılmış hali

EP-258

İntrapulmoner Sekestrasyon İle Aberran Vasküler Yapı Birlikteliği (Olgu Sunumu)Sezai Çubuk¹, Orhan Yücel¹, Adem Güler², Gökhan Ayberik¹¹Gata Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD, Ankara²Gata Tıp Fakültesi, Kalp Damar Cerrahisi AD, Ankara

Akciğer sekestrasyonu normal trakeobronşial sistemle bağlantısı olmayan ve sistemik damarlardan beslenen akciğer parankimidir. Aberran damar bulunup trakeobronşial sistem ile devamlılık gösteren akciğer parankimi sekestrasyon olarak tanımına uymamaktadır. Biz sol alt lobda intralober sekestrasyonu olan ve sağ alt lobda ise torakal aortadan köken alan aberran vasküler yapıya sahip akciğer parankimi olan hastamızı literatürde nadir olması ve sol torakotomi ile her iki tarafa da müdahale etmemiz nedeniyle sunmayı amaçladık.

20 yaşında erkek hasta rutin taramalar esnasında akciğer grafisinde sol alt zonda konsolide alan saptanması üzerine ileri tetkik amacıyla kliniğimize başvurdu. Herhangi bir şikayeti olmayan hastanın fizik muayenesinde çomak parmak, akrosiyanoz gibi bulgular gözlenmedi. Kan gazı analizinde hiposemi mevcut değildi. Yapılan toraks bt anjiografisinde torakal aortadan kaynaklanan ve her iki akciğer alt lob posterobazal segmente giden sağda 15 mm, solda 8 mm. çapında dallar saptandı. Sol alt lobdaki lezyon kitlesel bir özelliğe sahipti ve trakeobronşial dallanma gözlenmemekteydi. Sağ alt lob ise aberran vasküler yapı dışında normal akciğer parankimi yapısındaydı (Resim 1). Hastaya sol torakotomi planlandı. Yedinci interkostal aralıktan toraksa girilerek sol alt lob posterobazal segmente giden vasküler yapı ligate edildi ve ilgili parankime wedge rezeksiyon uygulandı. Sağ aberran damara ulaşmak için torakal aorta diseke edildi ve dönüldü. Posterior interkostal arterler dışta kalacak şekilde sağ akciğer parankimine giden damar tape ile iki kez bağlandı ve kesildi. İki ay sonra kontrol muayenesine çağrılan hastanın toraks bt anjiografisinde patoloji saptanmadı (Resim 2).

Akciğer sekestrasyonu tedavisi cerrahidir. Sekestre kısmın rezeksiyonu ve aberran damarın bağlanıp kesilmesi gerekmektedir. Normal trakeobronşial sisteme sahip olgularda aberran damar için tedavi cerrahi girişim olmakla birlikte embolizasyon uygulaması da yapılabilmektedir (1). Biz, sol alt lobdaki sekestre alana uyguladığımız cerrahi esnasında sağ aberran damar ligasyonu uyguladık. Kontrol tetkiklerinde patoloji saptanmayan hastaya ikinci bir cerrahi girişim planlamadık. Trakeobronşial sistem ile devamlılığı olan aberran damara sahip hastalarda cerrahi veya embolizasyon ile ilgili damarın kontrol altına alınması güvenle uygulanabilecek bir yöntemdir.

Kaynak

1. Kim JH, Kim SS, Ha KS, Bae J, Park Y. Anomalous arterial supply to normal Basal segment of the right lower lobe: endovascular treatment with the amplatzer vascular plug. *Tuberc Respir Dis (Seoul)* 2014;76(6):295-8.

Resim 1

Hastaya ait ameliyat öncesi tomografik görüntü

Resim 2

Hastaya ait postoperatif dönemdeki toraks tomografisi görüntüsü

EP-259

İntraoperatif Tanı Alan İntralober Sekestrasyon Vakası

Sezai Çubuk, Orhan Yücel, Gökhan Ayberik, Alper Gözübüyük

Gata Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD, Ankara

Pulmoner sekestrasyonlar, normal trakeobronşial sistem ile bağlantısı olmayan ve anormal vasküler yapıya sahip olan akciğer parankimi olarak adlandırılırlar. Bronşektazi ile prezentasyon nadir olarak görülür. Biz preoperatif sol alt lob posterior segmentte bronşektazi düşündüğümüz ve cerrahi esnasında intralober sekestrasyon tanısı koyduğumuz olgumuzu sunmayı amaçladık.

21 yaşında erkek hasta öksürük şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Toraks tomografisinde sol alt lob posterobasal segmentte sakküler bronşektazi saptandı (Resim 1). Hastanın sık alt solunum yolu enfeksiyonu hikayesi mevcuttu. Hastaya bronşektazi tanısıyla sol torakotomi uygulandı. Posterobazal segment bölgesinde yoğun yapışıklık saptandı. Bölgenin diseksiyonu esnasında torakal aortadan köken alan ve rezeksiyon uygulayacağımız akciğer parankimi bölgesinde sonlanan vasküler yapı gözlemlendi. Hastanın primer tanısının intralober sekestrasyon olduğu saptandı. Vasküler yapı diseke edilerek bağlandı ve kesildi (Resim 2). Sınırları net olarak seçilen bölgeye kama rezeksiyonu uygulandı. Ameliyat sonrasında, lezyon bölgesine komşu torakal aort bölgesi hastanın toraks tomografisinde geriye yönelik olarak incelendi. Bu inceleme ile aberran vasküler yapının gözden kaçtığı saptandı.

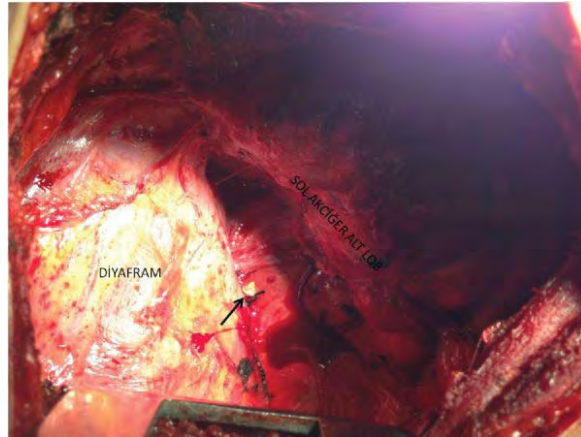
Pulmoner sekestrasyon tüm pulmoner malformasyonlar içinde %0.15-6.4 oranında gözlenir (1). Sıklıkla sol alt lobda lokalizedir. Radyolojik olarak sıklıkla sol alt lobda kitle lezyonu olarak saptanırlar. Wei ve Li 1106 vakalık serilerinde bronşektazi ile prezentasyonu %1.9 oranında saptamışlardır (2). Cerrahi rezeksiyon komplikasyonların önlenmesi amacıyla yapılmalıdır. Diseksiyon esnasında aberran vasküler yapının gözden kaçması durumunda masif kanamalar olabilir (3). Sol alt lob posterobazal segment bronşektazilerinde akciğer sekestrasyonu akılda tutulmalıdır. Bu vakada yapmış olduğumuz dikkatli diseksiyonla abondan kanama önlenmiştir.

Referanslar

1. Gezer S, Tastepe I, Sirmali M, Findik G, Turut H, Kaya S, et al. Pulmonary sequestration: a single-institutional series composed of 27 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007;133:955-9.
2. Wei Y, Li F. Pulmonary sequestration: a retrospective analysis of 2625 cases in China. *Eur J Cardiothorac Surg* (2011) 40 (1): e39-e42.
3. Lin CH, Chuang CY, Hsia JY, Lee MC, Shai SE, Yang SS, Hsu CP. Pulmonary sequestration-differences in diagnosis and treatment in a single institution. *J Chin Med Assoc.* 2013;76(7):385-9. doi: 10.1016/j.jcma.2013.04.002.

Resim 1

Sol alt lob posterobazal segmentte sakküler bronşektazi gösteren toraks tomografisi kesiti

Resim 2

Hastaya ait intraoperatif görüntü

EP-260

Resüsitasyon Sonrası Nadir Bir Komplikasyon: Tansiyon PnömotoraksSezai Çubuk¹, Gökhan Ayberik¹, Gürhan Taşkın², Levent Yamanel², Orhan Yücel¹¹Gata Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi AD, Ankara²Gata Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Yoğun Bakım BD, Ankara

Tansiyon pnömotoraks plevrada çek valf sisteminin gelişmesi ile meydana gelebilen hayatı tehdit eden bir durumdur. Acil tüp torakostomi endikasyonu vardır. Bu çalışmamızda kardiyopulmoner resüsitasyona bağlı tansiyon pnömotoraks gelişen bir hastamızı sunmayı amaçladık.

20 yaşında erkek hasta pnömöni nedeniyle tedavi görürken genel durumunun kötüleşmesi üzerine entübe edilmiştir. Buradan ileri tetkik ve tedavi amacıyla hastanemiz yoğun bakımına nakledilmiştir. Yoğun bakımdaki takibi esnasında kardiyak arrest geçiren hasta için yapılan resüsitasyon esnasında göğüs duvarının sertleşmesi, esnekliğini kaybetmesi üzerine çekilen acil toraks tomografisinde sağ hemitoraksda tansiyon pnömotoraks saptandı (Resim 1). Hastaya ilk muayenede acil dekompresyon amacıyla 18 g enjektör iğnesi interkostal aralığa yerleştirildi. Monitorize edilmiş hastada hava çıkışı ile beraber vital bulguların düzelmeye başladığı gözlemlendi. Hastaya tüp torakostomi uygulanarak işleme son verildi. Tansiyon pnömotoraksın tedavisi acil tüp torakostomi uygulamasıdır. İnterkostal aralığa uygulanacak iğne ile tansiyon pnömotoraksın açık pnömotoraksa çevrilmesi hayat kurtarıcı olabilmektedir. Kardiyopulmoner resüsitasyon esnasında bu nadir komplikasyonun gözlenebileceği akılda tutulmalı ve tüp torakostomi uygulamasına kadar geçecek sürede acil dekompresyon uygulanmalıdır.

Resim 1



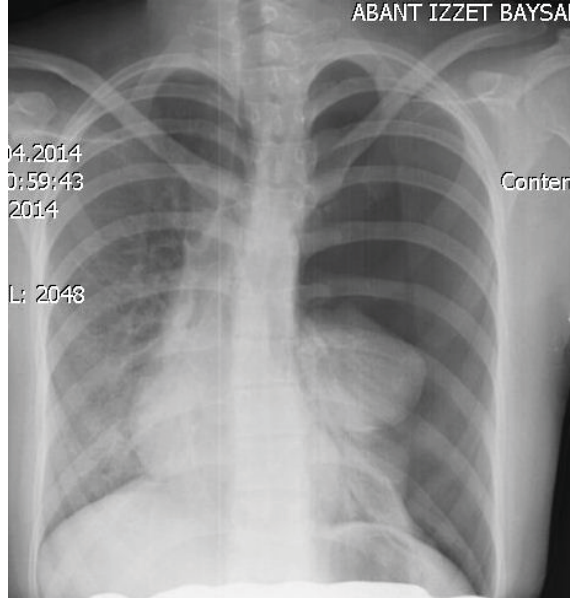
Hastaya ait toraks ct görüntüsü

EP-261

Gebelikte Spontan Pnömotoraks Yönetimi; Olgu SunumuDefne Kalaycı¹, Serkan Uysal², Ali Kılıçgün²¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu²Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Bolu

Spontan pnömotoraks gebelikte nadir görülen, hayatı tehdit eden bir patolojidir. Sıklıkla ilk iki trimestir da ve subplevral apikal bölgeye da bleplerin rüptürü, pulmoner lenfanjiyomatozis ve kaviteli tüberküloz etyolojide en sık nedenlerindedir. Yirmibir yaşında, on haftalık primigravida kadın hasta, iki gündür olan sol yan ağrısı ve nefes darlığı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Altı ay önce sağ total pnömotoraks nedeniyle tüp torakostomi uygulandığı öğrenilen hastanın bilinen kronik hastalık ve sigara öyküsü yoktu. Solunum sistemi muayenesinde sol hemitoraksta solunum sesleri alınamayan hastada palpasyonda hipersonorite tespit edildi ve pulsoksimetre ile oksijen saturasyonu %96 ölçüldü. Klinik olarak yüksek olasılıklı pnömotoraks düşünülen hastaya gebeliğinin ilk trimestirinde olması nedeniyle X-R'den kaçınılarak toraks ultrasonografi yapıldı. Toraks ultrasonografi tanısal açıdan yardımcı olmadı. Hasta servisimize yatırılarak oksijen inhalasyonuna başlandı. 48 saat sonra muayenede değişiklik olmaması üzerine kadın hastalıkları ve doğum bölümü ve radyoloji bölümü ile konsülte edilerek hastaya posteroanterior akciğer grafisi çekildi. Sol total pnömotoraks tespit edilen hastaya tüp torakostomi uygulandı. yedinci günde hava kaçağı kesilen hastanın tüpü çekilerek taburcu edildi. Poliklinik kontrollerine devam eden hastanın aktif şikayeti olmadı. Gebelikte spontan pnömotoraksın nadir görülmesi tanısında izlenecek yöntemin fetüs sağlığını koruma gereği tartışmalı olması ve tedavisinin içerdiği riskleri gözden geçirmek amacıyla bu olguyu sunduk.

resim 1



sol total pnömotoraks

EP-262

Farklı Hücre Tipinde Metastazlar İle Seyreden Ve Synovial Sarkomu Taklit Eden Timoma Olgusu

Levent Cansever, Yunus Seyrek, Süleyman Ceyhan, Halide Nur Ürer, Ali Cevat Kutluk, Celalettin İbrahim Kocatürk, Mehmet Ali Bedirhan

Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Mediastinal kitle rezeksiyonundan sonra takip sırasında farklı hücre tiplerindeki metastazları da opere edilen timoma olgusu tartışıldı.

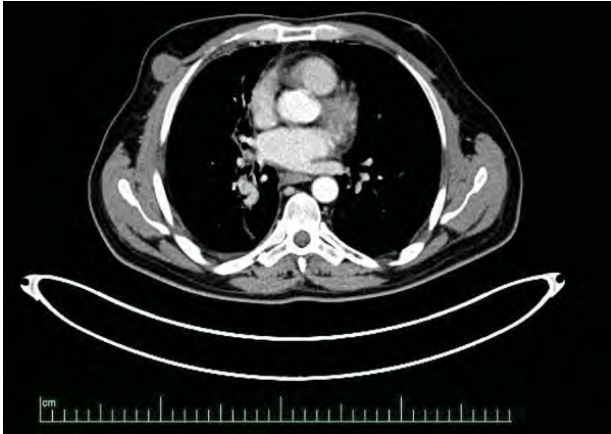
Elliüç yaşında erkek hasta, 2009 yılında öksürük şikayeti ile kliniğimize başvurdu, çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde (BT) anterior mediastende 7x5x5 cm boyutlarında retrosternal kitle saptandı. Video yardımcı torasik cerrahi (VATS) ile mediastinal kitle eksizyonu yapıldı. Patoloji raporunda sinovial sarkom ile timik karsinom tanısı arasında ayırım yapılamadı. Çeşitli merkezlerdeki patoloji konsültasyonu sonucunda kesin tanıya ulaşılamadı. Hasta bu sonuçlar ile onkolojiye yönlendirildi ve 12 kür KT, 56 Gy radyoterapi tedavisi aldı.

Beş yıl sonra çekilen toraks BT'nde sağ göğüs ön duvarında pektoral kasa oturmuş 3.6x1.8 cm (SUVmax: 6.5) boyutlarında, sağ 8-9 kot lateralinde 4.9x3.4 cm (SUVmax: 8.8) boyutunda noduler lezyon görüldü. Ayrıca sağ diyafram medial tarafında 10 cm, lateral bölümünde ise 5 cm lik mass (SUVmax: 3.7) saptandı. Metastaz lehine değerlendirildi.

Tanı konması ve tedavi planlanması amacıyla ilk önce sağ göğüs ön duvarına oturmuş pektoral kitle komplet olarak eksize edildi. Patoloji raporunda tip B3 timoma olduğu belirtildi. Eski patoloji raporları tekrar incelendi ve 2009 yılında VATS ile çıkarılan mediastinal kitlenin de tip B3 timoma olduğuna karar verildi. Öncelikle metastaz düşünülen hasta onkoloji konseyinde tartışıldı, diyafragma ve göğüs duvarı rezeksiyonuna karar verildi. Göğüs duvarı rezeksiyonu yapıldı, diyafragma tümör ile invaze olduğu için, diyafragma total olarak çıkarılarak yerine mesh konuldu. Postoperatif dönemde komplikasyon görülmeyen hasta postoperatif 5. gün taburcu edildi. Postoperatif patolojisi Tip A Timoma olarak raporlandı.

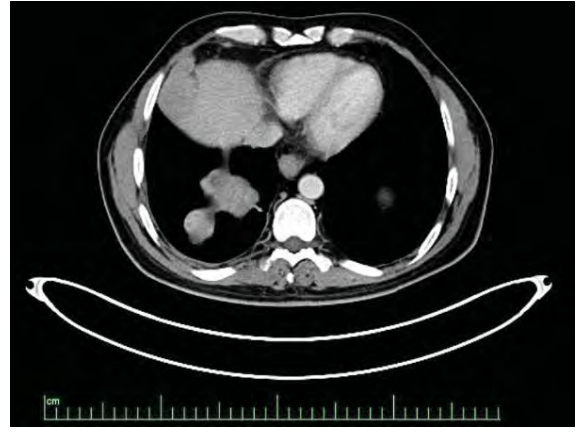
SONUÇ: Timoma operasyonlarından sonra lokal nüks ile sıklıkla karşılaşılmasına rağmen uzak metastazlar oldukça nadir görülmektedir. Olgumuzda kemoradyoterapiye dirençli olduğu düşünülen metastazlar çıkarıldı. Seçilmiş olgularda timoma metastazektomisi yapılabilir miktardır.

Resim 1



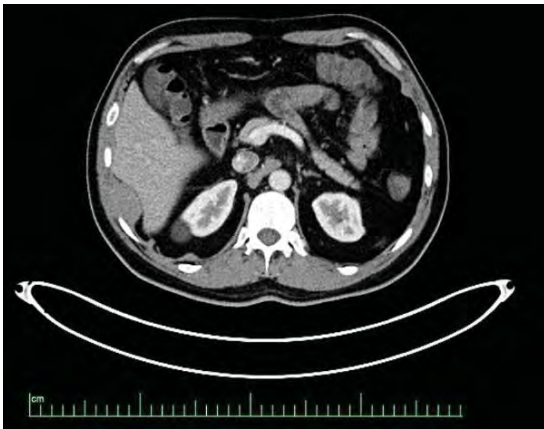
Olgunun Pektoral adale altındaki mass görünümü

Resim 3



Olgunun diyafragmatik yüzdeki metastatik lezyonlarının BT görüntüsü

Resim 2



Olgunun Sağ 8-9. kotlardaki metastaza ait görünüm

EP-263

Katamenial Pnömotoraks Nedeniyle Opere Edilen Torasik Endometriyozis OlgusuLevent Cansever¹, Merve Hatipoğlu¹, Yunus Seyrek¹, Cemal Tamer Erel², Mehmet Ali Bedirhan¹¹Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Doğum Ve Hastalıkları Ana bilim Dalı

OLGU: Otuzüç yaşında bayan hasta son 2 yıldır adet dönemlerinde tekrarlayan sağ yan ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde 2 kez geçirilmiş sağ pnömotoraks mevcut. Hipofiz ve paratiroid adenom nedeniyle operasyon öyküsü mevcut. Multiple Endokrin Neoplazi -1 (MEN I) tanısı ile takip ediliyormuş. PA akciğer grafisinde sağda hidropnömotoraks saptanan hastaya sağ tüp torakostomi uygulandı. Endometriyozis tanısı olan hastada üçüncü pnömotoraksın gelişmesi ve olası intratorakal endometriyozis nedeniyle videotorakoskopi (VATS) ile eksplorasyon planlandı. Genel anestezi altında sağ VATS yapıldı. Eksplorasyonda diyafragma üzerinde yaklaşık 8 mm çapında 1 adet por saptandı, videotorakoskopik olarak sütüre edildi. Paryetal plevra üzerinde şüpheli alanlar mevcuttu, örnekler alındı. Rekürren pnömotoraks olmasından dolayı totale yakın paryetal plevrektomi yapıldı. Postoperatif patoloji sonucu endometriyozis (torakal endometriyozis) olarak raporlandı. Torasik endometriyozisi olan hasta kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine yönlendirildi.

SONUÇ: Kadınlarda özellikle adet döneminin birkaç gün öncesinden başlayan ve sırta vuran yan ağrısı mevcutsa, PA akciğer grafisi ile değerlendirilmelidir. Katamenyal pnömotoraks ve/veya hemotoraks saptanan hastalar VATS ile değerlendirilmelidir.

Resim 1



Olgunun hemopnömotorakslı PA Akciğer grafisi

Resim 3



Olgunun VATS ile porun sütüre edilmiş resmi

Resim 2



Olgunun VATS'da saptanan diyafragmatik porun görünümü

EP-264

Travmatik Hemotoraks İle Başvuran Olguda Eşzamanlı Kontrlaterale İnoperabl Akciğer Karsinomu: İlginç Olgu Sunumu

Levent Cansever, Merve Hatipoğlu, Didem Görgün Hattatoğlu, Ali Cevat Kutluk, Celalettin İbrahim Kocatürk, Birsen Pınar Yıldız, Mehmet Ali Bedirhan

Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

OLGU : Otuzdokuz yaşında aktif sigara içicisi erkek hasta toraksa nazif kesici delici alet yaralanması nedeniyle acil servisimize başvurdu. Sol 4. interkostal aralık posterior aksiller hatta yaklaşık 2 cm' lik kesi mevcuttu. Çekilen PA Akciğer grafisinde solda plevral effüzyon izlendi. Torasentezle hemorajik görünümümlü sıvı alınması üzerine sol tüp torakostomi uygulandı. Takibinde drenajı kesilen ve PA Akciğer grafisi ekspansiyon olan hastanın drenajı çekildi. PA akciğer grafisinde sağ parakardiyal bölgede heterojen dansite artışı görüldü. Çekilen toraksın bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ akciğer alt lob intermedier bronşunu tutan 8x7.6 cm kitlesel lezyon, üst mediastende arcus aorta önünde, ön mediastende sağ paratrakeal, infrakarinal, subkarinal, sağ hiler en büyüğü 3 cm boyutunda patolojik lenfadenopatiler saptandı. Fiberoptik Bronkoskopi (FOB) orta lob içinde mukozal infiltrasyon; alt lob süperior ve bazal segmentlerde mukozal infiltrasyon ve ödem ile tamamen tıkalı izlendi. Sağ alt lobdaki mukozal infiltrasyondan biyopsi alındı. Sağ alt paratrakeal ve subkarinal WANG iğne aspirasyonu (İA) yapıldı. Bronş biyopsi patoloji sonucu Küçük Hücreli Karsinom; sağ alt paratrakeal ve subkarinal WANG İA patoloji sonucu da Küçük Hücreli Karsinom metastazı olarak raporlandı. İnoperabl Akciğer karsinomu kabul edilen hasta Onkoloji Polikliniğine yönlendirildi.

SONUÇ: Travma nedeniyle başvuran hastanın acil durumu giderildikten sonra, tüm sistem muayenesi uygun şekilde yapılmalıdır. Genellikle yaralanma olan lokalizasyona odaklanılmaktadır. Hastanın yaşı ve kliniği ile uyumlu olmayan, koincidental patolojilerin olabileceği her zaman akılda tutulmalıdır.

Resim 1



Olgunun başvuru halindeki PA akciğer grafisi

Resim 2



Olgunun hemotoraks sonrası çekilen BT görüntüsü

Resim 3



Olgunun hemotoraks sonrası çekilen BT görüntüsü

EP-265

Bilateral Akciğer Kist Hidatiğinde Tek Aşamalı Operasyon. Bilateral Anterior Torakotomi

Ahmet Uluşan, Maruf Şanlı, Onur Bayrakçı, Ahmet Ferudun Işık, Bülent Tunçözgür, Levent Elbeyli
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Gaziantep

Kist hidatik(KH), özellikle tarım ve hayvancılığın yaygın olduğu ülkelerde sık görülen E. Granulosus'un neden olduğu bir hastalıktır. Ülkemizde cerrahi uygulanan olgu oranı yıllık 0.87-6.6/10000 olarak bildirilmiştir. Bilindiği gibi akciğer KH'nin temel tedavisi cerrahidir. Cerrahi tedavide temel prensip, fonksiyonel akciğer dokusunun mümkün olduğunca korunmasına yöneliktir. Olgumuzda; bilateral akciğerlerde kist hidatik tespit edilmiş olup, cerrahi yaklaşım olarak bilateral anterior torakotomi ile eksplere edilerek tedavi edilmiştir. Yaklaşık 2 aydır devam eden öksürük balgam şikayeti olan 25 yaşındaki bayan olgu, mevcut şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Çekilen bilgisayarlı göğüs tomografisinde(BT) sağ akciğer üst lob anterior segmentte 6x5 santimetre(cm), sol akciğer üst lob anterior segmentte 8 8 cm'lik kist hidatik ile uyumlu patoloji saptandı. Olguya bilateral meme altı yaklaşık 10 cm'lik kesi yapılarak 4.interkostal(İKA) aralıktan toraksa girildi. Her iki kistik lezyona kistotomi yapıldı, kavite açılarak germi-natif membran çıkarıldı. Bronş ağızları kapatılarak kaviteye kapitonaj yapıldı. Daha sonra kavite ağızları kapatılarak işlem sonlandırıldı. Bilateral hidatik kistler; bilateral torakotomi veya mediansternotomi ile yapılan bir veya iki basamaklı cerrahi yaklaşımla tedavi edilir. Bir çok yayında bilateral olgularda mediansternotomi önerilmektedir. Tek kesi olması, ağrının az olması, tek seansta yapılabilmesi ve solunum fonksiyonlarını daha az etkilemesi tercih sebebidir. Fakat posterior lokalizasyon gösteren kistlerde, rezeksiyon planlanan olgularda, plevraya ait komplikasyonların ve kistin enfekte olduğu durumlarda tercih edilmez. Bu olgumuzda bilateral anterior torakotomi uygulayarak uygun bir explorasyon sağlandı. Post operatif(post-op) ciddi bir ağrı sıkıntısı olmadı. Post-op 2. gününde olgunun bilateral tüpleri çekildi. Kozmetik açıdan bakıldığında insizyon skarının daha az olduğu görüldü. Solunum fonksiyon düzeylerinde ciddi bir düşüş saptanmadı. Tek aşamada bilateral akciğer kist hidatiğinin tedavi edilmesi hastanede yatış süresini de kısaltmıştır. Sonuç olarak uygun bilateral akciğer kist hidatikli olgularda bilateral anterior torakotomi yapılabileceğini göstermek istedik.

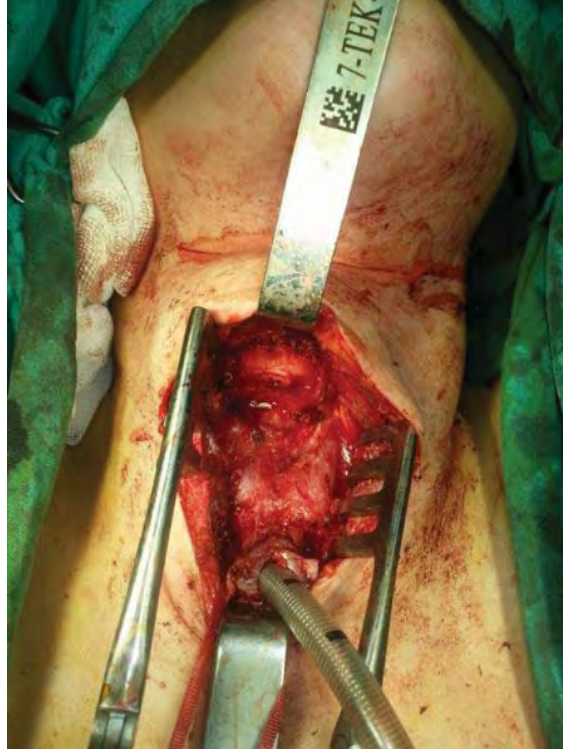
EP-266

Subglottik Tam Tıkanıklık ve Trakeotomili Bir Olguda Cerrahi Rekonstrüksiyon OlgusuMehmet Ali Bedirhan¹, Süleyman Ceyhan¹, Cengiz Özdemir¹, Kamil Hakan Kaya², Levent Cansever¹¹Yedikule Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi²Bakırköy Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Servisi

Onyediyedi yaşında bayan hasta, epileptik atak sonrası solunum arresti geçirmesi üzerine entübe edilmiş. Yoğun Bakımda mekanik ventilatör desteği altında 2 ay tedavi görmüş. Ekstübe edilen hastada stridorun olması üzerine bronkoskopi yapılmış ve postentübasyon trakeal stenoz saptanmış. Trakeotomi yapılan hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla kliniğimize yönlendirilmiş. Kliniğimizde genel anestezi altında rijid bronkoskopi yapıldı, vokal kord seviyesinden yaklaşık 1 cm. sonra krikotiroid halkadan itibaren trakea lümenini tamamen tıkadığı ve distal kesimde trakeal aksın izlenemediği saptandı. Boyun Bilgisayarlı Tomografi (BT) incelemesinde trakeotomi defekti, ayrıca infraglottik düzeyde vokal kord seviyesinin yaklaşık 1.5 cm distalinden başlayan ve trakeotomi defektine kadar yaklaşık 3 cm' lik segment boyunca trakeal hava pasajını tümüyle oblitere eden yumuşak doku dansitesi izlendi. Hastaya trakea segment rezeksiyonu planlandı. Trakeotominin üst kenarından koller insizyon yapıldı, eksplorasyonda trakeotominin hemen üzerinden krikoid kartilaja kadar olan bölümde trakeanın olmadığı, direkt olarak servikal vertebraya temas ettiği saptandı. Krikoid kırırdağın 1/3 proksimal kısmı bırakılacak şekilde 5 cm'lik trakeal rezeksiyon yapıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Trakea stenozu nedeniyle konuşma yetisini kaybeden hastanın konuşma fonksiyonu postoperatif dönemde geri geldi.

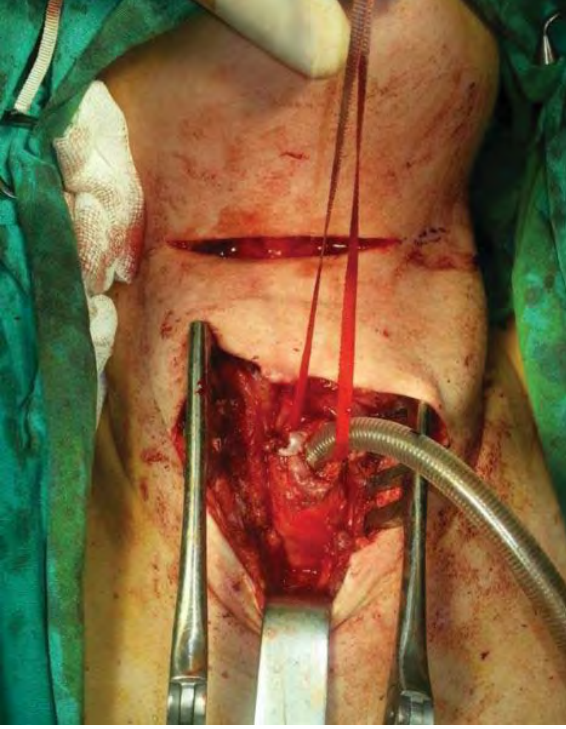
TARTIŞMA: Subglottik darlıklar, trakea cerrahisinin zor bir bölümünü oluşturur. İyi bir planlama ve multidisipliner yaklaşım ile başarılı sonuçlar alınabilir.

Resim 1

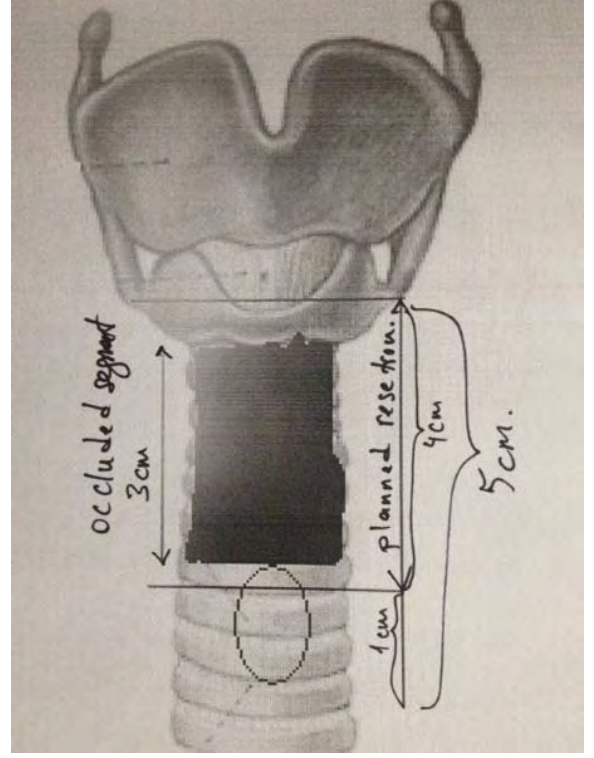


Krikoid halka ve distal trakea. Krikoid kesilmeden evvel

Resim 2

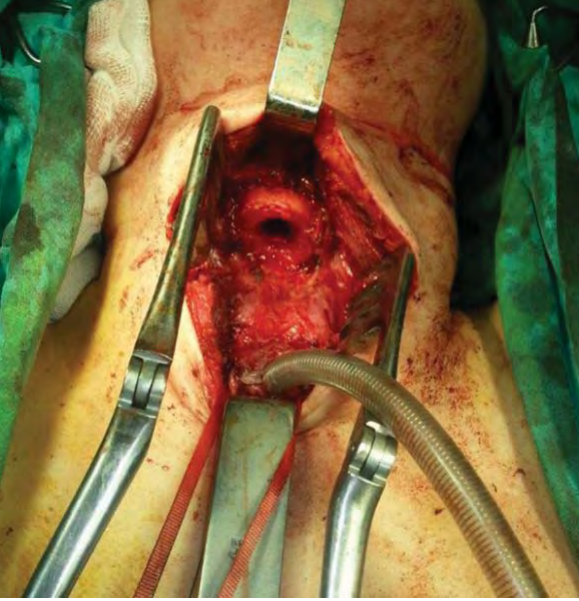


İlave laringeal release kesisi



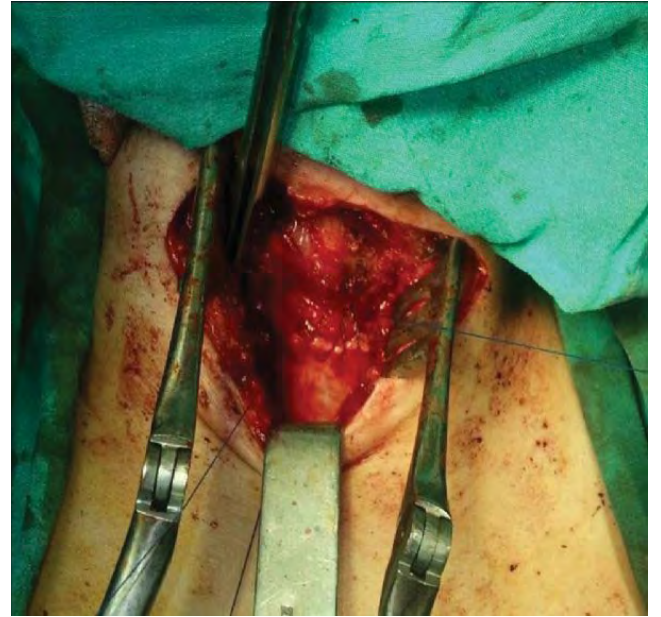
Olguya ait ölçümler

Resim 3



Krikoid halka kesildikten sonra

Resim 5



Anastomoz tamamlandıktan sonra

Resim 4

EP-267

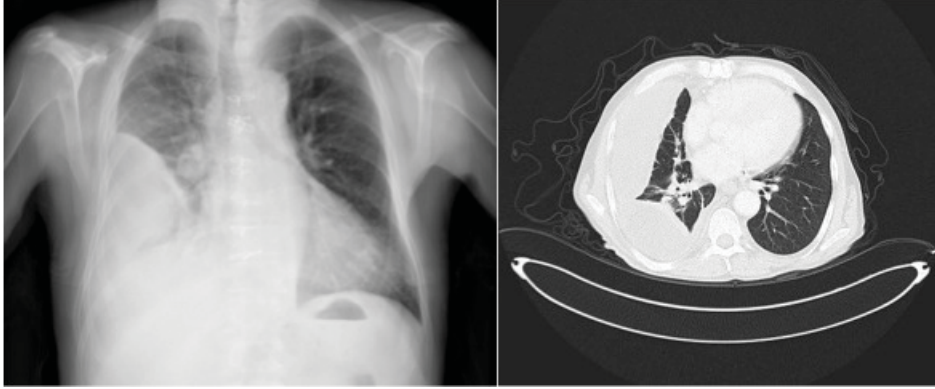
Plevral Efüzyon İle Seyreden Sekonder AmiloidozUğur Temel¹, David Ojalvo², Mehmet Yavuz Gürler², Fatih Borlu², Savaş Öztürk³, Canan Tanık⁴, Rabia Yakar⁴¹Şişli Hamidiye EAH Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul²Şişli Hamidiye EAH Dahiliye Kliniği, İstanbul³Haseki EAH Nefroloji Kliniği, İstanbul⁴Şişli Hamidiye EAH Patoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Amiloidoz, çoğu plazma bileşeni olarak dolaşan çeşitli proteinlerin düşük moleküler ağırlıklı alt tiplerinden oluşan fibrillerin ekstraselüler doku birikimini anlatır. Sistemik amiloidozlu hastaların %1-2'sinde persistan plevral efüzyon gelişmekte ve bu durumun amiloid depozitlerinin plevral infiltrasyonu nedeniyle olduğu sanılmaktadır. Plevral efüzyon nedeniyle değerlendirilerek sekonder amiloidoz tanısı alan olgumuzu sunduk.

OLGU: Sekonder amiloidoza bağlı son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle 4 yıldır diyalize giren hastada yan ağrısı ve dispne nedeniyle yapılan tetkiklerde sağda lokülasyon yapmış masif plevral efüzyon, komşu akciğer parankiminde orta lob ve alt lob parankimal fibrotik bant formasyonları, kompresif atelektaziye bağlı dansite artışları, mediastende en büyüğü yaklaşık 18 mm çapında lenf nodları izlendi (Resim 1). Torasentez sonrası sitolojik inceleme mezotel hücre hiperplazisi olarak raporlandı. Kesin tanı ve lokülasyonlara müdahale amaçlı hastaya VATS uygulandı. Plevral doku biyopsi sonuçları amiloidoz ile uyumlu olarak öğrenildi (Resim 2). Hasta postoperatif dönemi sorunsuz geçirdi.

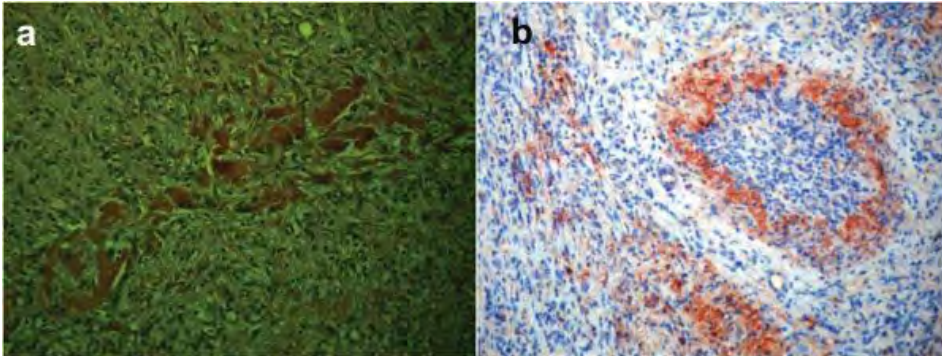
TARTIŞMA: Amiloidoz tüberküloz, sfiliz, kronik böbrek yetmezliği, hipergamaglobulinemi, romatoid artrit, malignite ve multipl myeloma bağlı olarak sekonder veya primer olabilir. Sekonder nadiren akciğeri tutarken, primer amiloidoz akciğer, kalp, gastrointestinal sistem, böbrek ve deriyi etkiler. İzole pulmoner amiloidozun radyolojik bulguları arasında pulmoner nodül, mediastinal lenfadenopati de yer almaktadır, tanıda altın standart doku örneğinin patolojik incelemesidir. Sonuç olarak primer veya sekonder amiloidoz tanısı ile izlenen hastalarda ya da tanı konulamamış izole plevral efüzyonda plevral amiloidoz akılda tutulmalıdır.

Resim 1



Hastaya ait akciğer grafisi ve Toraks BT

Resim 2



Resim 2: Kongo red ile boyanmış amiloid (a), amiloid A, immünohistokimyasal boyama sonuçları: damar duvarında pozitif boyanma (b).

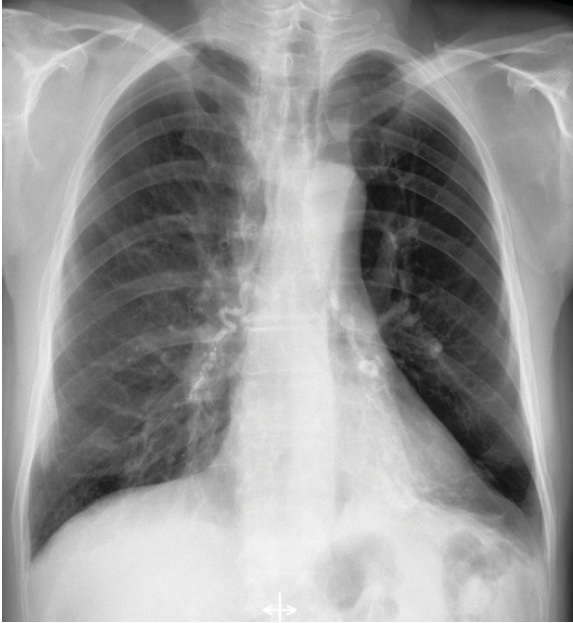
EP-268

Hemoptizi Nedeniyle Opere Edilen Churg-Strauss SendromuHakkı Ulutaş¹, Ayşenur Akatlı², Muhammet Reha Çelik¹, Hilal Ermiş³, Akın Kuzucu¹¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Cerrahisi AD.²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Patoloji AD.³İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Hastalıkları AD.

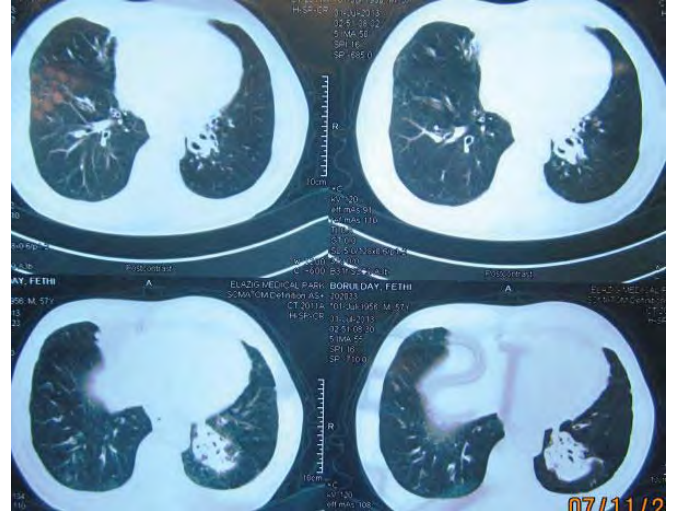
Churg-Strauss Sendromu (CSS); etiyojisi tam olarak bilinmeyen, nadir görülen, küçük ve orta büyüklükteki arterler, kapillerler, ven ve venülleri tutan, akciğerler başta olmak üzere multipl organların etkilendiği sistemik, nekrotizan özellikte bir vaskülitir. Geçirilmiş tüberküloz öyküsü olan, hemoptizi şikayeti bulunan olgu kronik pnömoni ve atelektazi nedeniyle opere edildi. Postoperatif Churg-Strauss Sendromu (CSS) tanısı alan olgu literatür eşliğinde sunuldu.

Hemoptizi şikayeti ile müracaat eden 57 yaşında erkek hasta 40 yıl önce tüberküloz geçirdiğini ifade etti. Yaklaşık 10 yıldır bronşiyal astım tanısı ile takip edilen ve medikal tedavi uygulanan olgu 3 gündür devam eden hemoptizi bronşiyal arter embolizasyonu ile kontrol edildi. Yapılan tetkiklerinde proteinüri saptandı ve kreatinin seviyesinde hafif yükselme mevcuttu. Diğer biyokimyasal parametrelerde belirgin patoloji saptanmadı. Bilgisayarlı toraks tomografisinde; mediastende yaygın kalsifikasyon odakları, paratrakeal ve aorto-pulmoner pencerede, subkarinal alanda lenf nodları izlenmektedir. Sol alt lobda kalsifikasyonların bronşa basısına sekonder gelişen organize pnömoni-atelektazi görünümü mevcuttur. Sağ alt lobda yer yer bronşiol dilatasyon izlenmektedir. Sağ orta lobda tübüler bronşektazi izlenmektedir. Fiberoptik bronkoskopisinde; Sol alt lobda mukozal düzensizlik ve yer yer pıhtılar mevcuttu. Tekrarlayan hemoptizi öyküsü olan olguya VATS ile sol alt lobektomi operasyonu yapıldı. Postoperatif patolojik değerlendirmede; Küçük, orta ve büyük çaplı damar duvarında granümatöz inflamasyon (granümatöz vaskülit), bronşektazi, peribronşiyoler eozinofillerden zengin hücreli infiltrasyon (Eozinofilik bronşit ve bronşiolit), Churg-Strauss Sendromu (Allerjik Angistis ve Granümatozis) olarak raporlandı. Postoperatif 5. gün externe edilen hastada komplikasyon gelişmedi. Patolojik tanısına göre steroid tedavisi verilen olgu mevcut tanısı ile tekrar incelendi. Sistemik taramaları yapılan olguda kısmi işitme kaybı dışında belirgin kardiyak, renal, nörolojik, romatolojik ve dermatolojik patolojik bulguya rastlanılmadı. Literatürde olgu sunumu olarak karşılaşılan ve nadir görülen CSS, pulmoner infiltrat ve hemoptizi ile karşımıza çıkabileceği göz önünde tutulmalı. Biyokimyasal olarak tanı konulamayan olgularda pulmoner tutulum histopatolojik tanı ile doğrulanmalıdır.

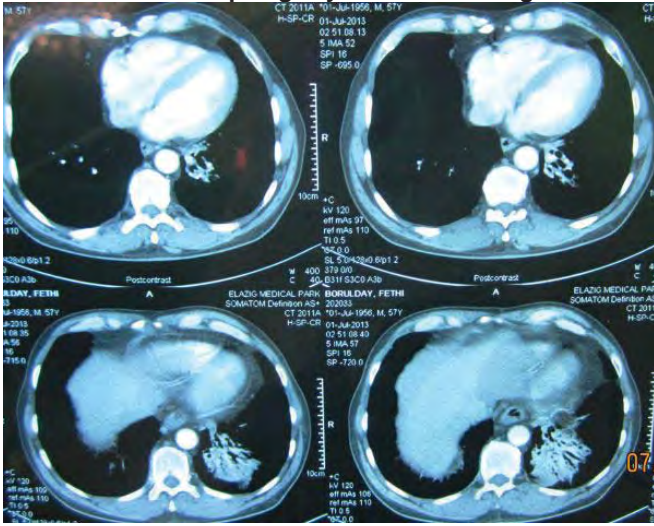
Resim 1. Preop PA Akciğer grafisi



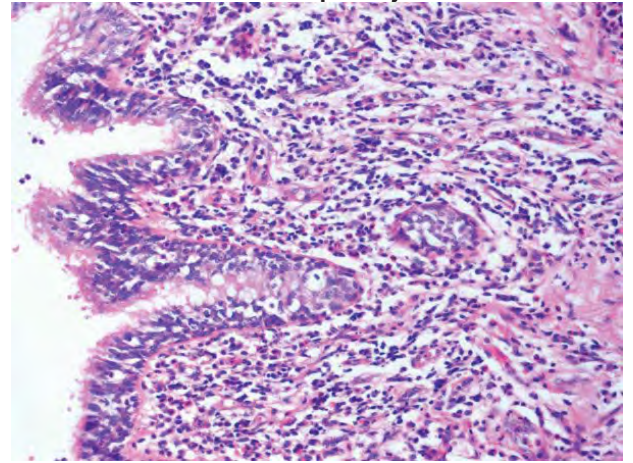
Resim 2. Preop bilgisayarlı toraks tomografisi



Resim 3. Preop bilgisayarlı toraks tomografisi



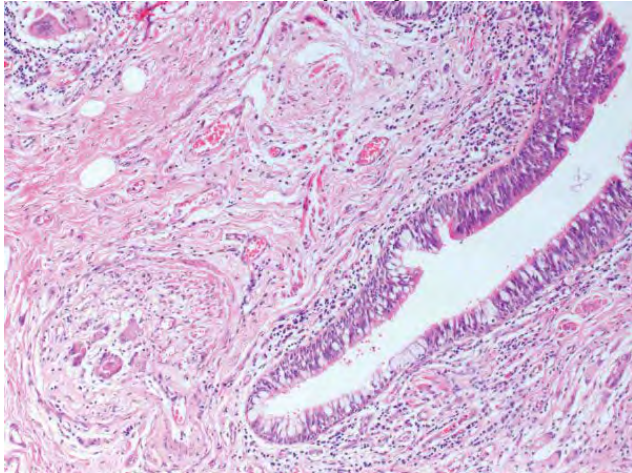
Resim 6. Histopatolojik kesit



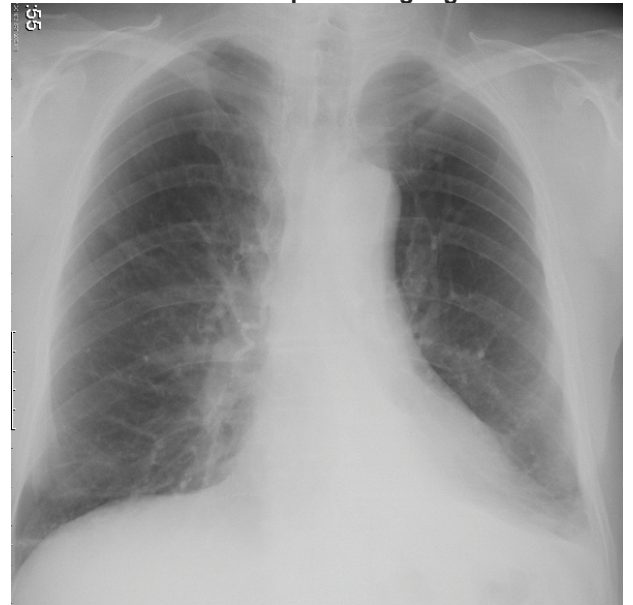
Resim 4. Sol alt lobektomi spesmeni



Resim 5. Histopatolojik kesit



Resim 7. Postop PA Akciğer grafisi



EP-269

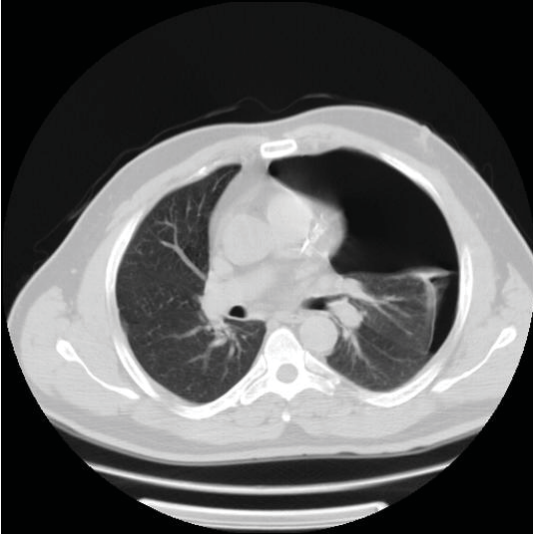
Perikardiyal Yağ Dokusunu Perfore Eden ve Çıkarılamayan Göğüs Tüpü, Tüp Torakostominin Nadir Bir Komplikasyonu

Şevki Mustafa Demiröz, Mahmut Tokur

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi AD, Kahramanmaraş

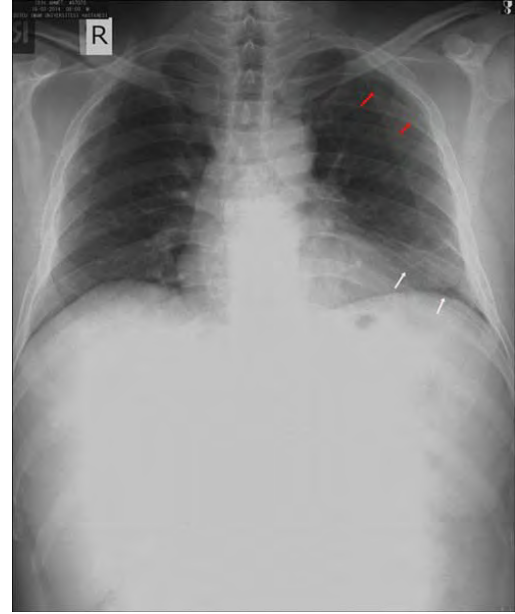
Önceden bilinen bir akciğer hastalığı ve sigara içim öyküsü olmayan 43 yaşında erkek hasta 3 gündür var olan ve giderek artan nefes darlığı ve solda göğüs ağrısı ile fakültemiz acil servisine başvurdu. Toraks BT'de solda tama yakın pnömotoraks tespit edilen hastaya acil servis koşullarında tüp torakostomi uygulandı. Solda tama yakın pnömotoraks olması nedeniyle (Resim 1) eğitim amacıyla gözetimimiz altında 2. yıl Acil AD asistanı tarafından tüp torakostomi uygulanan hastanın işlem sonrası PAAG'de pnömotoraksın büyük oranda gerilediği ve tüpün toraks içerisinde parakardiyal alana doğru yönelmiş olduğu görüldü. Tedavinin devamı amacıyla servisimize kabul edilen hastada 3 günlük takipte tüpte minimal osilasyon olmasına rağmen apekte %20 kadar pnömotoraksın sebat ettiği izlendi. Tüp birkaç santim geri çekilmeye çalışıldığı sırada hastada aritmi, şiddetli prekordiyal ağrı ve hipotansiyon gelişti, tüpün çekildiği anda tekrar toraks içerisine retrakte olduğu görüldü. Çekilen toraks BT'de göğüs tüpünün perikardiyal yağ dokusu içerisinde seyrettiği ve içerisinde perikardiyal yağ ile doldurulmuş olduğu görüldü. Bunun üzerine hastaya GAA VATS eksplorasyon yapıldı ve perikardiyal yağ içerisinde hapsolmuş tüpün deliklerinden içerisine yağ dokusunun dolmuş olduğu görüldü (Resim 2). Torakoskopik olarak tüp serbestlenerek çıkartıldı ve yeni bir tüp yerleştirildi. Operasyon sonrası 2. gün tam akciğer ekspansasyonu sağlanan hastanın tüpü çekildi. Hasta sorunsuz şekilde taburcu edildi.

Resim 1



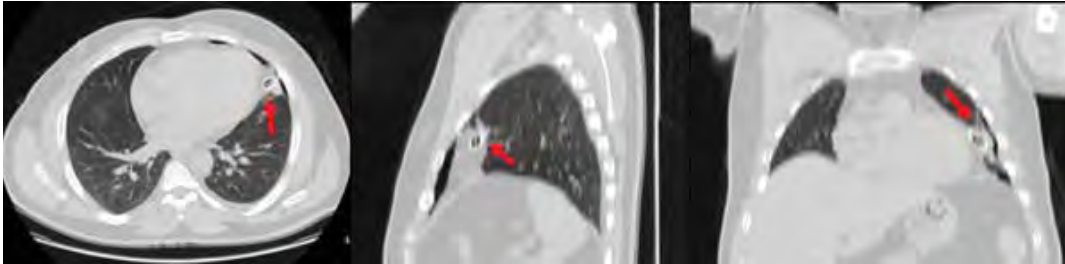
BT'de solda totale yakın pnömotoraks izlenmekte

Resim 2



Tüp torakostomi sonrası 3. gün, pnömotoraksın halen sebat ettiği gözlenmektedir. (Kırmızı oklar: pnömotoraks hattı, beyaz oklar: toraks kateteri)

Resim 3



BT kesitlerinde göğüs tüpü kanalını dolduran perikardiyal yağ dokusu izlenmektedir.

Resim 4



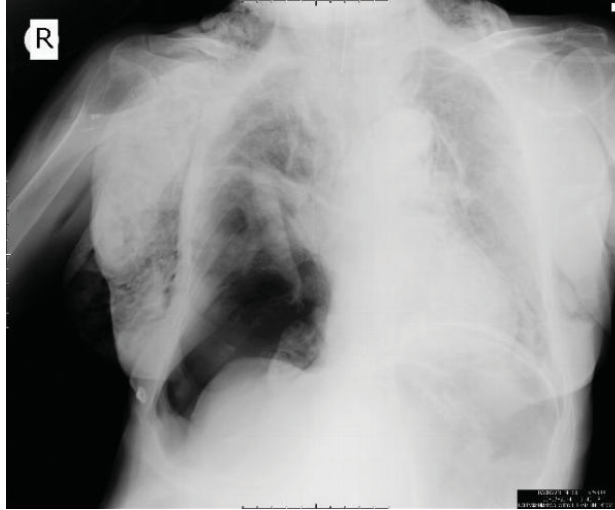
Torakoskopide göğüs tüpü (kırmızı oklar) ve deliklerden içeri girmiş olan perikardiyal yağ dokusu (beyaz oklar) görülmüştür. Tüp torakoskopik olarak serbestlenerek çekildi.

EP-270

Nadir Bir Komplikasyon, Sağ Hemitoraksta Nazogastrik KateterNezir Yılmaz¹, Şevki Mustafa Demiröz², Ömer Faruk Boran¹, Mahmut Tokur²¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Kahramanmaraş²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi AD, Kahramanmaraş

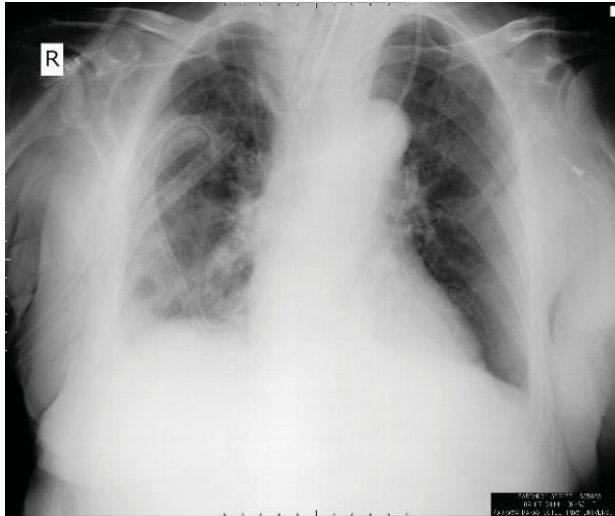
Alt ekstremitelerde fraktür nedeniyle Ortopedi AD tarafından operasyon planlanmakta olan 99 yaşında hasta Anestezi ve Reanimasyon YBÜ'de takipte iken solunum sıkıntısı gelişti. Elektif entübe edilmeye çalışılırken zor entübasyon nedeniyle bir kaç kez entübasyon denenilen hastada entübasyon sonrası yaygın ciltaltı amfizemi gelişmesi üzerine trake laserasyonu ön tanısıyla Göğüs Cerrahisi Kliniği'ne konsülte edildi. PAAG'de sağda total pnömotoraks izlenen hastaya (Resim 1) tüp torakostomi uygulandı. Hastanın toraks BT'sinde yaygın mediastinal amfizem izlendi. Tüp torakostomi ile entübe takip edilen hastanın akciğer ekspansasyonu sağlandı ve mediastinal amfizemi geriledi. Üç gün sonra anestezi YBÜ'nde enteral beslenme amacıyla nazogastrik kateter takılması sırasında da zorluk çekilen hastanın NG'sinden verilen enteral beslenme materyalinin göğüs tüpünden gelmesi üzerine hasta tekrar değerlendirildi. PAAG'de NG sağ hemitoraks içerisinde izlendi (Resim 2). Hastaya aynı seansta rijid bronkoskopi ve ösofagoskopi yapıldı. Bronkoskopide trakea bütünlüğünde bozulma izlenmedi, NG çekilmeden yapılan ösofagoskopide ise ösofagus 10. cm'den itibaren lümeni daraltan ve distale uzanım gösteren kitle lezyonu izlendi, kitle lezyonunun içerisinde sağ anterolateralde NG'nin sağ hemitoraks içerisine geçmiş olduğu görüldü ve NG çekildi. Takipte arrest olan ve resusitasyona cevap vermeyen hastada ösofagus tamiri yapılamadı. Bilinmeyen ösofagus kitlesi mevcut bu hastada NG'nin tümörle lümeni daralmış olan frajil ösofagus duvarında perforasyona neden olarak sağ hemitoraksa geçmiş olduğunu düşünüyoruz.

Resim 1



Sağda total pnömotoraks ve ciltaltı amfizem

Resim 2



Sağ hemitoraks içerisinde nazogastrik kateter ve toraks kateteri izlenmekte

EP-271

Osteosarkom Akciğer Metastazı Sonrası Gelişen Eşzamanlı Bilateral Pnömotoraks

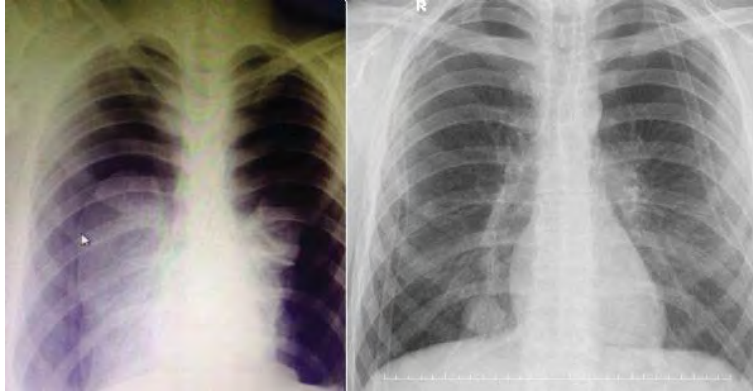
Serda Kanbur Metin, Talha Doğruyol, Mustafa Akyıl, Cansel Atinkaya Öztürk, Volkan Baysungur
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği

GİRİŞ: Osteosarkom kemiğin en sık görülen primer malign tümörüdür. Çoğunlukla 20 yaşın altında ve daha çok diz çevresi ve kalçada görülür. En sık uzak organ metastazı akciğere olmaktadır. Bu makalede akciğer metastazı sonrası bilateral pnömotoraks gelişen bir osteosarkom olgusu sunulmaktadır.

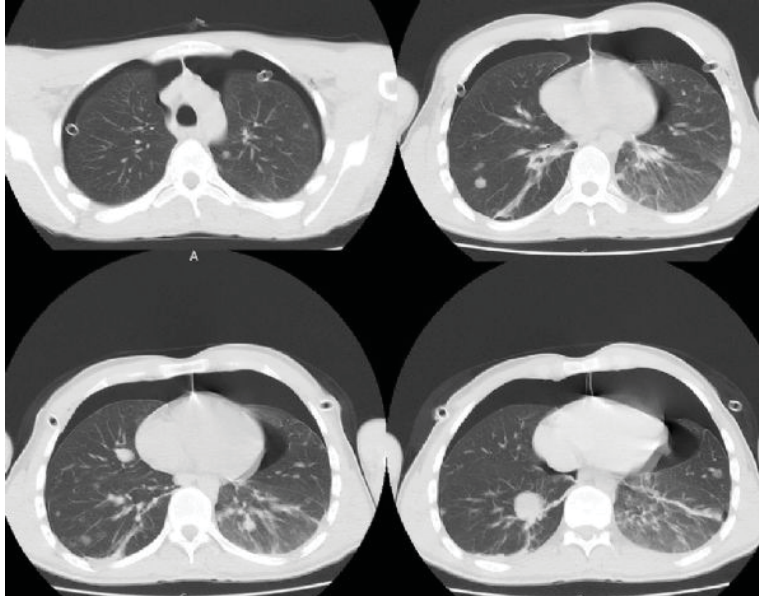
OLGU: Yirmiiç yaşında erkek hastanın ani başlayan solunum sıkıntısı nedeniyle başvurduğu acil serviste çekilen akciğer grafisinde bilateral pnömotoraks saptanması üzerine bilateral tüp torakostomi uygulanmış (Resim 1). Tarafımıza refere edilen hastanın anamnezinde sağ tibia proksimalindeki kitle nedeniyle yapılan biyopsi sonrası osteosarkom tanısı aldığı ve operasyon planlanan hastanın neoadjuvan kemoterapi gördüğü saptandı. Hastanın çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde bilateral pnömotoraksın yanında her iki akciğer parankiminde yaygın nodüller tespit edildi (Resim 2). Kemoterapiye bağlı, febril nötropeni gelişmesi üzerine filgastrim başlandı. Kan tablosu ve genel durumu kontrol altına alındıktan sonra, hasta uzamış hava kaçağı ve metastazektomi nedeniyle opere edildi.

TARTIŞMA: Osteosarkom iskelet sisteminden köken alan malign bir tümördür, çoğunluğu çocuklukta ve ergenlikte ortaya çıkar. Akciğer metastazı sonrası semptom nadiren görülür. Periferik sarkom metastazları ise pnömotoraksa yol açabileceği için semptom verebilir. Tanıda akciğer grafisi kullanılabilir ancak bilgisayarlı tomografi altın standarttır. Nodüllerin büyüklüğü, sayısı, yerleşim yeri ve akciğer parankim yapısı hakkında bilgi verir. Pnömotoraks gelişen olgularda ilk yapılacak işlem tüp torakostomidir. Tedavi seçenekleri arasında cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi yer almaktadır. Metastatik olgularda sistemik kemoterapinin yanında uygun olgularda metastazektomi yapılmalıdır. İzole akciğer metastazı olan tümörlerde metastazektominin sürviyi olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir. Hatta nüks eden olgularda birden çok sayıda metastazektomi yapılması önerilmiştir. Bu hastalarda primer sarkomu kontrol altına alındıktan sonra, metastazektomi yapılması uygundur. Ancak bu hastamızda uzamış hava kaçağı gelişmesi nedeni ile metastazektomi yapıldı. Akciğere metastaz yapan tümörler arasında en sık pnömotoraksa neden olan tümör osteosarkomdur. Fakat eşzamanlı bilateral pnömotoraks görülmesi çok nadir bir durumdur. Bu nedenle metastaz sonrası bilateral pnömotoraks gelişen olgumuzu sunulmaya değer bulduk.

Resim 1



Resim 2



EP-272

Neoadjuvan Tedavi Sonrası Solunum Fonksiyonları Kısıtlı Yaşlı Hastada Cerrahi Tedavi; Videotorakoskopik Sağ Apikoposterior (S1-2) SegmentektomiHüseyin Melek¹, Adem Deligönül², Gamze Çetinkaya¹, Mehmet Muharrem Erol¹, Ahmet Sami Bayram¹, Cengiz Gebitekin¹¹Uludağ Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı²Uludağ Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

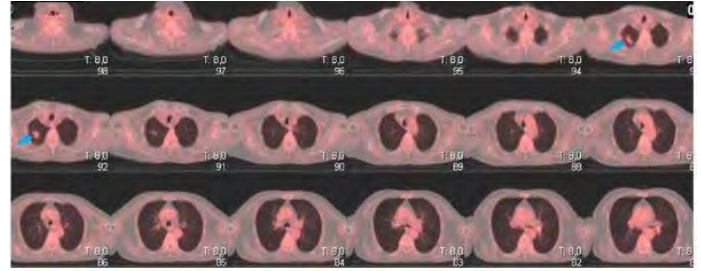
Küçük hücreli dışı akciğer karsinomu tanısı olan hastalarda cerrahi tedavi, düşük postoperatif mortalite oranı yanında yaşam kalitesini bozmadan sağkalıma katkı sağlayabilmelidir. Bu hastalarda standart akciğer rezeksiyonu lobektomidir. Anatomik segmentektomi ise parankim koruyucu bir yöntemdir ve erken evredeki yüksek riskli hastalarda tercih edilmektedir. Tüm segmentektomiler içerisinde sağ akciğer üst lob apikoposterior segmentektomi(S1-2) nadir yapılan bir cerrahidir. Torakotomi şiddetli ağrı ile sonuçlanabilen bir yaklaşım şekli olup, şiddetli ağrı, özellikle yaşlı ve solunum fonksiyonları sınırlı hastalarda ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Bunun yanında videotorakoskopik cerrahinin postoperatif ağrıyı ve hastanede kalış süresini azalttığı için son yıllarda popülaritesi artmıştır. Biz bu olgu sunumuyla yaşlı ve solunum fonksiyonları kısıtlı, izole kraniyal metastaz nedeniyle metastazektomi operasyonu geçirmiş standart akciğer rezeksiyonu için yüksek riskli olarak değerlendirdiğimiz ve neoadjuvan kemoterapi sonrası videotorakoskopik sağ apikoposterior (S1-2) segmentektomi uyguladığımız hastamızı literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık. Daha önce yakınması olmayan 70 yaşında erkek hasta, 17 ay önce geçici şuur kaybı sonrası kraniyal kitle tanısı ile beyin cerrahisi tarafından opere edildi. Postoperatif patoloji sonucu metastatik karsinom gelmesi üzerine yapılan incelemelerde sağ akciğer üst lobda kitle tespit edildi. Hastaya evreleme amaçlı mediastinoskopi yapıldı. Mediastinal metastaz saptanmaması üzerine torasik onkoloji konseyinde görüşülerek, hasta neoadjuvan tedavi protokolüne alındı. Beş kür kemoterapi sonrası pozitron emisyon tomografisi ve kraniyal MR ile değerlendirildi. Pozitron emisyon tomografisinde sağ üst lobda SUDmaks değeri 2,9 olan kitle dışında patolojik bulgu saptanmadı. Cerrahi tedavi kararı alınan hastaya videotorakoskopik sağ üst lob apikoposterior (S1-2) segmentektomi yapıldı. Hasta postoperatif 5. gün problemsiz olarak taburcu edildi. Videotorakoskopik segmentektomi nadir uygulanmakla birlikte mortalite ve morbiditesi düşüktür. Bu nedenle, ko-morbiditesi olan ve komplikasyon ihtimali yüksek olan hastalarda alternatif olabilir.

Resim 1



Kranial BT

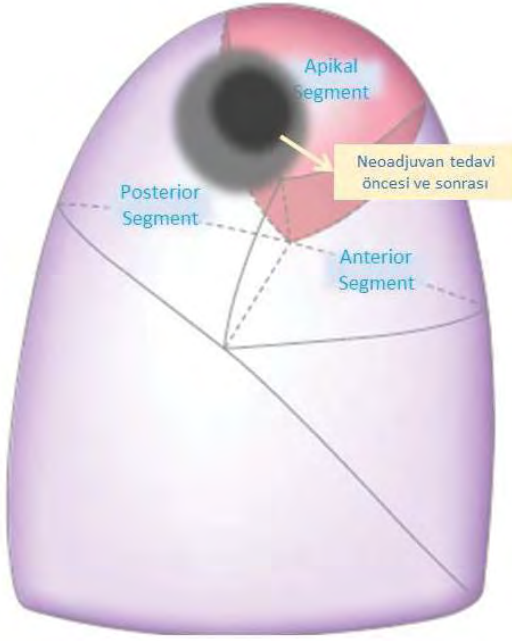
Resim 2a



Neoadjuvan tedavi sonrası sağ akciğer üst lob apeksinde yaklaşık 3 cm, hafif hipermetabolik (SUVmax: 2,9) alan izlenmektedir. Kısmi yanıt.

Neoadjuvan tedavi sonrası PET CT görüntüsü

Resim 2b



Tümörün neoadjuvan tedavi öncesi ve sonrası şematik görünümü

Resim 6



Üst lob posterior segment veni diseksiyonu

Resim 7



Bronş diseksiyonu

Resim 8



İğne ile bronş güdüğünden hava insüflasyonu sonrası havalanan akciğer ile atelektazi ayırımı

Resim 3



Üst lob apikal segment veni diseksiyonu

Resim 9



a. Segmentektomi sonrası havalanan üst lob anterior segment ve bronş güdüğü b. Patoloji piyesi 15x10 cm c. İnsizyon

Resim 4



üst lob arter diseksiyonu

Resim 5



Üst lob posterior segment as. arteri diseksiyonu

Resim 10



Postoperatif kontrol akciğer grafisi

EP-273**Klips ile Torakal Sempatik Blokaj Geri Dönüslü Bir Ameliyat mıdır?**

Nurettin Yiyit

Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Servisi, İstanbul

Bölgesel hiperhidroz tedavisinde kullanılan bir çok ameliyat tekniği vardır. Ameliyatta hedef sempatik zincirde iletimi kesmektir. Kompansatuar terleme, kuru el, gustatory terleme başta olmak üzere ameliyatın bir takım komplikasyonları mevcuttur. Böyle bir durum ortaya çıktığında yapılan uygulamayı geri döndürme imkanı tanıdığından sempatik zincirin klips ile bloke edilmesi sıklıkla kabul gören ameliyat yöntemi olmuştur. Palmar hiperhidroz nedeniyle ameliyat ettiğimiz hastalardan dokuzuna klips çıkarılma ameliyatı yapıldı. Bu hastaların hepsinin ortak yakınması ameliyat sonrası vücutlarının farklı bölgelerinde oluşan kompansatuar terlemeydi. Bir hastada asıl öne çıkan yakınma aşırı ellerde kuruma ve çatlamaydı. Bir hasta ilave olarak gustatory terleme yakınması ifade etti. Hastaların hepsi erkek olup yaş ortalaması 21,6 (20-27) idi. Hastalar 36-48 ay takip edildi.

Klips çıkarılması sonrası uzun dönem takiplerinde hastaların bir işlemden fayda gördüğünü belirtti. Bu hastamız dışında diğer hastaların yakınmalarında birmiktar azalma olsada klips çıkarılmasından fayda görmediklerini beyan ettiler. Bir hasta ellerinde hafif terlemenin gerilediğini ifade etti. Sonuç olarak klipsleri çıkarılan dokuz hastadan sadece birinde bu işlem başarılı olmuştur. Çok az sayıda klips çıkartılan ve sonuçlarının kısmen başarılı olduğunu bildiren yayın olmasına karşın klips ile torakal sempatik blokaj ameliyatının diğer tekniklere üstünlüğü olarak ifade edilen geri dönüşlülüğün tartışmalı olduğunu düşünmekteyiz.

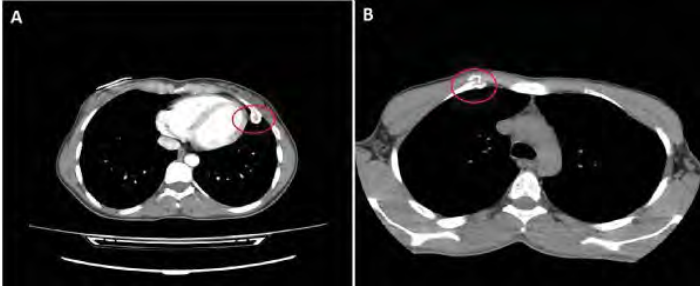
[Abstract:0582]EP-274**Videotorakoskopik (VATS) Kaburga Rezeksiyonu: İki Osteokondrom Olgusu**İlhan Ocakcıoğlu¹, Mustafa Dinç²¹Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Van²Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Van

Osteokondrom kemik dokunun sık görülen iyi huylu primer tümörüdür. Genellikle uzun kemiklerin kartilajenöz bölgelerinde görülmektedir. Kaburga tutulumuna çok nadir rastlanmaktadır. Günümüzde kaburga rezeksiyonları açık cerrahi yaklaşımlar ile yapılmaktadır. Geleneksel açık cerrahi yaklaşımlara kıyasla torakoskopik yaklaşımlar daha az ağrı, daha az morbidite, kısa hastanede kalış süresi ve daha iyi estetik sonuçlar ile daha avantajlı yöntemlerdir. Çalışmamızda gigli testeresi kullanarak torakoskopik olarak kaburga rezeksiyonu uyguladığımız iki osteokondrom olgusunu sunmayı ve bu yöntemi tariflemeyi amaçladık.

OLGU 1: 20 yaşında bayan hasta son 3 aydır devam eden göğüs ağrısı şikayeti mevcut idi. Bilgisayarlı tomografide (BT) sol 5. kaburga anterior parçasında yaklaşık 3 cm çapında osteokondrom ile uyumlu olabilecek lezyon görüntüledi. Tüm vücut kemik sintigrafisinde aynı lokalizasyonda osteokondrom düşündürülen aktivite artışı saptandı. Olguya 3 port insizyondan torakoskopik olarak kaburga rezeksiyonu uygulandı.

OLGU 2: 22 yaşında erkek hasta sağ 2. kaburga düzeyinde sternum komşuluğunda şişlik ve aynı lokalizasyonda son iki aydır devam eden göğüs ağrısı şikayeti mevcut idi. Bilgisayarlı tomografide sağ 2. kaburga düzeyinde kostasternal açı lokalizasyonunda hipertrofi ve kemik korteksinde düzensizlik ve tüm vücut kemik sintigrafisinde osteokondrom ile uyumlu görünüm tespit edildi. Olguya 3 port insizyondan torakoskopik olarak kaburga rezeksiyonu uygulandı.

Günümüzde geleneksel olarak kaburga rezeksiyonu için açık cerrahi yaklaşımlar tercih edilmekte olup torakoskopik olarak yaptığımız bu olgular yöntemin uygulanabilir ve güvenilir olduğunu göstermektedir.

Resim 1

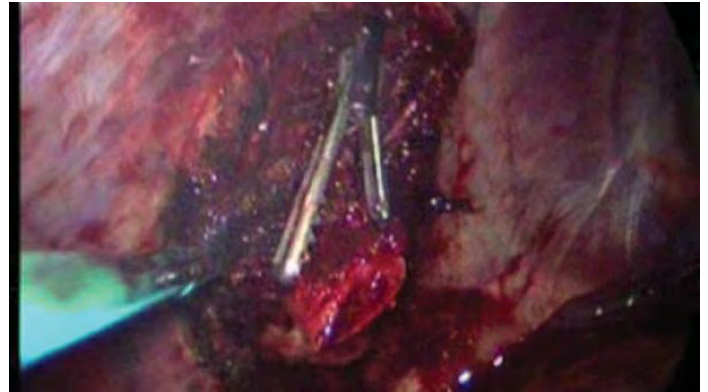
1a Sol 5. kaburga anterior parçasında yaklaşık 3 cm çapında lezyon 1b Sağ 2. kaburga düzeyinde hipertrofi ve kemik korteksinde düzensizlik

Resim 2b

Gigli testeresi ile kaburganın kesilmesi

Resim 2a

Osteokondrom

Resim 2c

Torakoskopik olarak kaburganın rezeksiyonu

EP-275

Hiperhidroziste T2, T3 ve T4 Sempatektomi Uygulanan Olgularımızın Karşılaştırılması

Abidin Şehitoğulları¹, Fuat Sayır², Ufuk Çobanoğlu², Ali Kahraman², Yusuf Aydemir³

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Sakarya-Türkiye

²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, Van-Türkiye

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Sakarya-Türkiye

AMAÇ: palmar hiperhidrozis(PH) ve aksiller hiperhidrozis(AH) gibi klinik sorunların tedavisinde kullanılan torakoskopik sempatektomi tekniği ve sempatik zincirin kesilmesi konusunda öneriler anlatıldı.

METOD: Palmar Hiperhidroz, Aksiller Hiperhidroz ve Fasial Hiperhidroz nedeniyle üç yılda 36 hasta operasyona alındı.. Genel Anestezi altında çift lümenli entübasyon tüpü kullanıldı. Bilateral torakoskopi ile birer cm'lik iki insizyon yapılarak sempatektomi yapıldı. Fasial Hiperhidrozis ile gelen 1 hastaya sadece T2, PH ve AH ile gelen 19 hastaya T2-T3, 12 hastaya T3-T4 ve 4 hastaya T4 torakoskopik sempatektomi uygulandı. Tüm opere ettiğimiz hastaların bir yıllık takibi yapıldı.

BULGULAR: Hastaların 19 kadın, 17 si erkek idi. Yaş ortalaması 22.1 (19-30) idi. Astım hikayesi olan iki hastaya solunum fonksiyon testleri yapıldı. Astım olmadığı tespit edildi. Farklı seviyelerde yaptığımız T2, T2-T3, T3-T4 ve T4 sempatektomilerde Kompensatuar Hiperhidroz(KH) daha üst seviyelerdeki kesilmelerde daha sık olduğunu tespit ettik. T3-T4 ile T2-T3 karşılaştırıldığında T3-T4 de KH daha azdı. T2 ve T3-T4 karşılaştırıldığında lokal etkileri yönünde bir farklılık yoktu, fakat T2 de daha çok saptandı. T4'e karşı T3-T4 değerlendirildiğinde, T4 de KH saptanmadı. Torakoskopik sempatektomi sonrası hastaların % 100'ünde hiperhidroz tedavisinde başarı sağlandı. İki hastada pnömotoraks, 8 hastada KH gelişti. T3-T4 sempatektomide sadece 1 hastada KH gelişti.

SONUÇ: Fasial Hiperhidrozda T2, Palmar Hiperhidroziste T3-T4 ve Axiller Hiperhidroziste T4 sempatektomiyi önermekteyiz.

EP-276

HIV (+) Hastada Akciğerde Multipl Nodüller: Kaposi SarkomuÖnder Kavurmacı¹, Ali Özdil¹, Alpaslan Çakan¹, Ufuk Çağırıcı¹, Ali Veral²¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İzmir²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Kaposi sarkomu ilk defa 1872'de Bulgar deri bilimci Moritz Kaposi tarafından tanımlanmıştır. Sıklıkla immünsüpresif hastalarda görülen, vasküler endotel ve perivasküler bağ dokusu hücrelerinin proliferasyonundan oluşan, multifokal düşük dereceli bir tümördür. Sıklıkla ağız ve deri boşluğundaki morumsu siyah renkli plak veya nodüller lezyonlar olarak izlenir. İç organ tutulumu daha az oranda görülür ancak daha mortal seyirlidir. Genellikle kutanöz ve visseral tutulum ile birlikte görülür. AIDS'li hastalarda en sık görülen malignitedir. (%15-20).

OLGU: 54 yaşında HIV pozitif, sigara kullanım ve ek hastalık öyküsü bulunmayan erkek hasta, öksürük şikayeti ve ateş yüksekliği nedeni ile değerlendirildi. Fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmayan olgunun radyolojik incelemesinde toraks bilgisayarlı tomografisinde en büyüğü sağ akciğer alt lobda (2cm) olmak üzere, bilateral multipl nodüller gözlemlendi. Bronkoskopik inceleme ile tanı konulamayan hastanın VTC ile eksplorasyonunda sıkı pleval yapışıklıklar izlenmesi üzerine mini torakotomi ile sol akciğer alt lobda belirlenen iki adet nodül wedge rezeksiyon ile çıkarıldı. Histopatolojik inceleme sonucu her iki nodül için de "Kaposi Sarkomu" olarak raporlandı.

SONUÇ: AIDS olgularında kaposi sarkomunun kutanöz formu %15-20 oranında görülürken dissemine hastalıkta akciğer tutulumu %20-40 oranındadır. İzole akciğer tutulumu ise daha nadir saptanmaktadır. Bununla beraber P. Jiroveci pnömonisi, HIV ile ilişkili lenfoma, kriptojenik organize pnömoni başta olmak üzere birçok patoloji ile benzerlik gösterebilir. Bronkoskopik incelemenin tanıda genellikle yetersiz olabileceği düşünülerek erken tanı amacı ile tanısall cerrahi girişimler erken dönemde uygulanmalıdır.

Resim 1.



Sol akciğer alt lobda yaklaşık 1.5 cm çapında nodül

Resim 2.



Sağ akciğer at lobda yaklaşık 2 cm çapında nodül

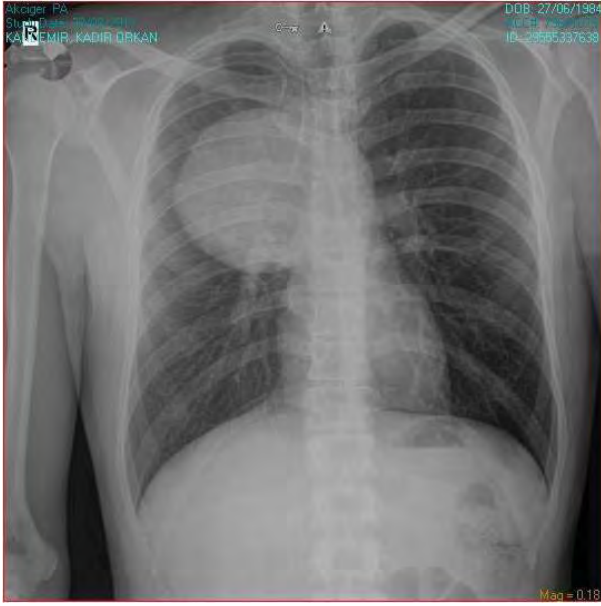
EP-277

Opere Edilen Primer Mediastinal Tümörlerde Cerrahi Sonuçlarımız;Kadir Burak Özer¹, Hakan Sönmez¹, Murat Ersin Çardak², Attila Özdemir¹, Hatice Eryiğit Ünalı¹, Recep Demirhan¹¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği²Konya Beyhekim Devlet Hastanesi

Mediasten; torasik kaviteğin arasında, vasküler ve lenfatik dokuların yoğun olarak bulunduğu, bu nedenle birçok tümörün lokalize olduğu vücut boşluğudur. Bu çalışmada Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği'nde 2010 Ocak – 2014 Haziran yılları arasında opere edilen 45 mediastinel kiteli hasta değerlendirildi. Hastaların 30'u kadın (%66), 15'i erkek (%33) idi. Olguların yaşları 5 – 80 yıl arasında değişmekte, ortalaması ise 43,4 yıl idi. Olgularımızda en sık (%63) anterior mediastende lezyon saptandı. Hastaların 23'üne median sternotomi (%51) ile, 16'sına torakotomi (%35,5) ile, 6'sına video-torakoskopi (%13,3) ile rezeksiyon uygulandı. Post-operatif patolojik tanı olarak 20'si timus (timoma, hiperplazi), 10'u tiroid dokusu (retrosternal guatr), 6'sı nörojenik tümör, 4'ü teratom, 3'ü enfekte bronkojenik kist, germ hücreli tümör ve soliter fibröz tümör olarak saptandı.

Yapılan bu retrospektif çalışma literatürler ile karşılaştırıldığında, hastaların yaş, cinsiyet, lezyon lokalizasyonu ve patolojik tanıları açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

Mediastinal kiteli hastanın düz grafisi



Mediastinal kiteli hastanın lateral grafisi



Mediastinal kiteli hastanın tomografik görüntüsü



EP-278

Künt Göğüs Travması Nedeniyle Yelken Göğüs Gelişen Bir Hastada Gecikmiş Bronş Ruptürü Teşhisi

Kemal Karapınar, Sertan Erdoğan, Özkan Saydam, Deniz Sansar, Muzaffer Metin

Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Künt toraks travması sonrası, multipl kot fraktürü ve yelken göğüs sık görülebilirken, bronş rüptürü nadir gelişen bir durumdur.

OLGU: Elli altı yaşında erkek hasta; iş yerinde yüksekten bir cismin üzerine düşmek suretiyle, künt toraks travmasına maruz kalmış, cilt altı amfizem ve yelken göğüs nedeniyle başka bir merkezden tarafımıza gönderilmiştir. Genel durumu kötü olan hastanın radyografisinde ek olarak hemopnömotoraks görülmüştür (Resim 1). Sağ toraks tüpü ve kapalı sualtı drenajı uygulanıp cerrahi yoğun bakıma alınmıştır. Toraks dreninden kaçacağı olan hastanın dispnesi azalmış ve genel durumu daha iyileşmiştir. Toraks BT'de; parankim laserasyonu ve yaygın kontüzyon mevcut olup, bronş rüptürü görülmemiştir (Resim 2). Toraks dreninden kaçak azalmış olup, hemotoraksı aktif olmadığı için acil torakotomi düşünülmemen hastanın, genel anestezi sonrası uyandırılması kontüzyon ve travma yüzünden riskli bulunduğu için rijit bronkoskopide düşünülmemiştir. Lokal anestezi altında fiberoptik bronkoskopiye tolere edemeyen hastaya kontüzyon iyileşmesi sonrası elektif şartlarda, yelken göğüs için kot stabilizasyonu ve parankim laserasyon tamiri düşünülümüştür. Hastaya yatışının 4. gününde rijit bronkoskopi sonrası sağ torakotomi yapılmıştır. Üçüncü ve 4. kotlarda parçalı fraktür, üst lobda laserasyona bağlı 3x4 cm boyutlarında kavite ve kontüzyon bulunmuştur. Kavite disseke edildiğinde üst lob bronşunun membranöz kısmı haricinde yaklaşık 180 derece, apikoposterior segmentin ise tam rüptüre olduğu görülmüştür. Üst lob anastomoz edilirken, apikoposterior bronşu primer kapatılmıştır. Laserasyon kapitone edilmiş, kotlara 2 adet titanyum stabilizatör ile fiksasyon yapılmıştır. Postoperatif genel durumu düzelen ve ciltaltı amfizemi gerileyen hasta 10. gün şifa ile taburcu edilmiştir.

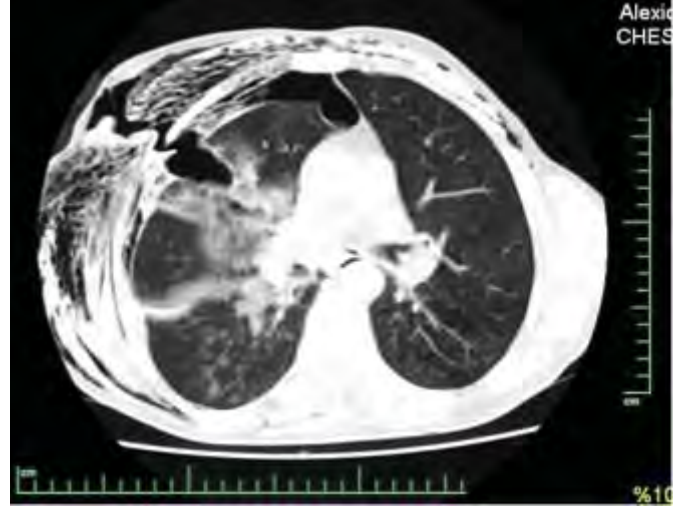
TARTIŞMA: Künt toraks travmalarında bronş rüptürü nadir olmasına rağmen göz ardı edilmemesi gereken bir patolojidir.

Resim 1



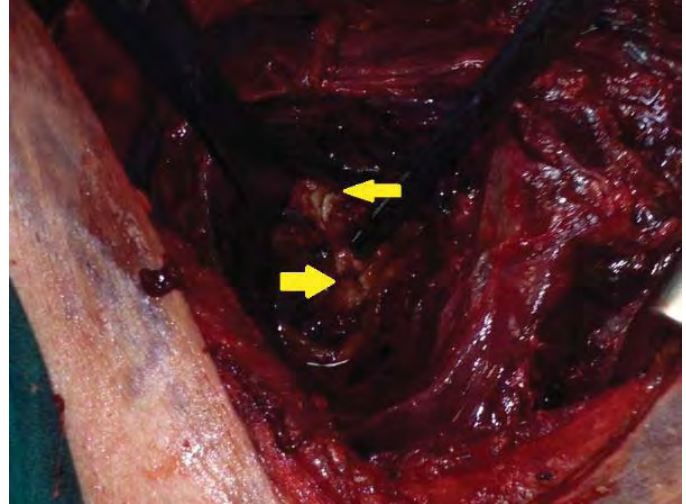
Sağ hemopnömotoraks ve cilt altı amfizem

Resim 2



Akciğer parankim laserasyonu ve kontüzyon

Resim 3



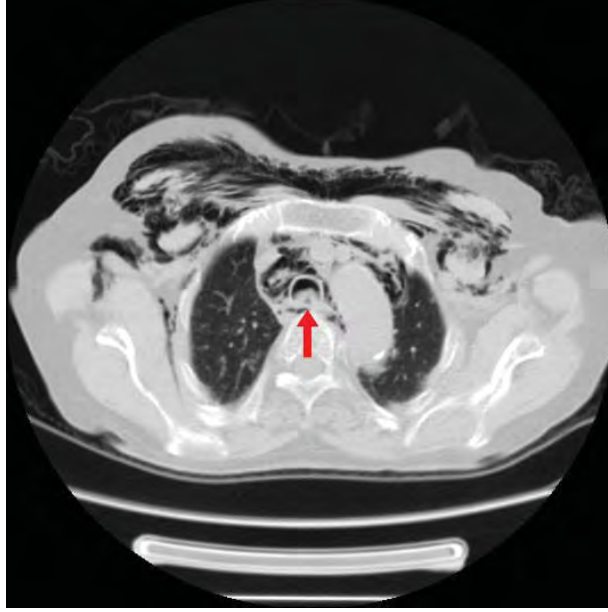
peroperatuar görüntü:rüptüre üst lob ve anterior segment bronşları

EP-279

İatrojenik 8cm'lik Trakea Laserasyonunun Greft Yardımıyla Cerrahi OnarımıFeyza Bolcal¹, Mahmut Tokur², Şevki Mustafa Demiröz², Hafize Öksüz¹¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Kahramanmaraş²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi AD, Kahramanmaraş

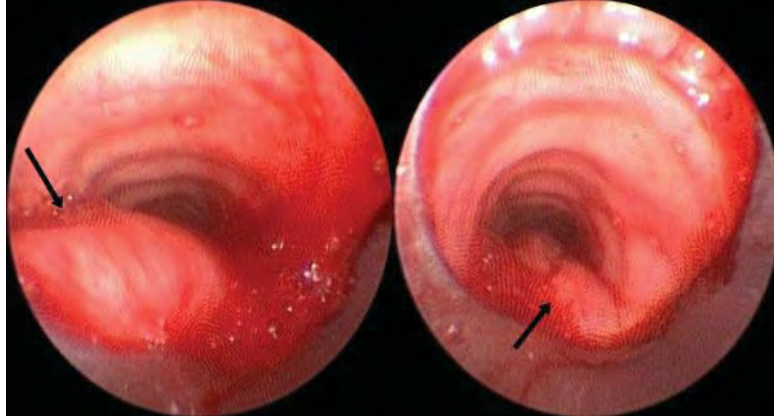
83 yaşında bayan hasta dış merkezde kronik subdural hematom nedeniyle nöroşiruji bölümü tarafından opere edilmiş. Operasyon sonrası gelişen ve giderek artan boyun ve göğüs ön duvarında ciltaltı amfizem nedeniyle kliniğimize refere edildi. Hikayesinden operasyon sonrası orali açılan hastanın katı yiyecekleri yiyemediği, sıvı alımı sonrası uzun süren öksürük nöbetleri olduğu öğrenildi. Solunum sıkıntısı da olan hastada ilk etapta lokal anestezi altında incisura jugularisin 1 cm üzerinden kesi yapılarak pretrakeal fasiya açıldı. Takiplerde ciltaltı amfizemi gerilemeyen hastaya toraks BT çekildi (Resim 1). BT'de membranöz trakeadan trakea lümeni içerisine protrude olan yumuşak doku izlenmesi üzerine hastaya rijid bronkoskopi yapıldı. Rijid bronkoskopi'de vokal kordların 2cm distalinden itibaren karınaya ve sağ ana bronşa kadar ilerleyen membranöz trakea laserasyonu ve proksimalde bu laserasyon alanından içeri protrude olan özofagus duvarı izlendi (Resim 2). Hastada entübasyona sekonder iatrojenik trakea laserasyonu düşünüldü. Hastaya collar + sağ torakotomi ile trakea onarımı planlandı. Collar insizyonla girilen hastada trakea posteriorundaki geniş laserasyon alanı primer olarak tamir edildi. Dijital palpasyonda karina ve sağ ana bronş duvarı posterioruna kadar uzanan laserasyon tespit edildi ve sağ torakotomiye geçildi. Sağ torakotomide entübasyon tüpünün cuff'ının laserasyon alanından izlenebildiği görüldü. Torakotomi ile 3cm'lik laserasyon alanına primer onarım yapıldı. Sternum üst ucu arasında kalan ne collar, ne de torakotomi ile ulaşılamayan kesime 5cm'lik sura grefti ile onarım yapıldı. Operasyon sonrası 2. gün ekstübe edilen hastanın takiplerinde 5. gün mediastinit ve sonrasında sepsis gelişti, tekrar entübe edilen hasta postoperatif 12. gün kaybedildi.

Resim 1



BT'de trakea posterior duvarından lümene protrude olmuş yumuşak doku ve yaygın amfizem izlenmekte.

Resim 2



Membranöz trakea laserasyonundan lümene protrude olan özofagus (oklar)

EP-280

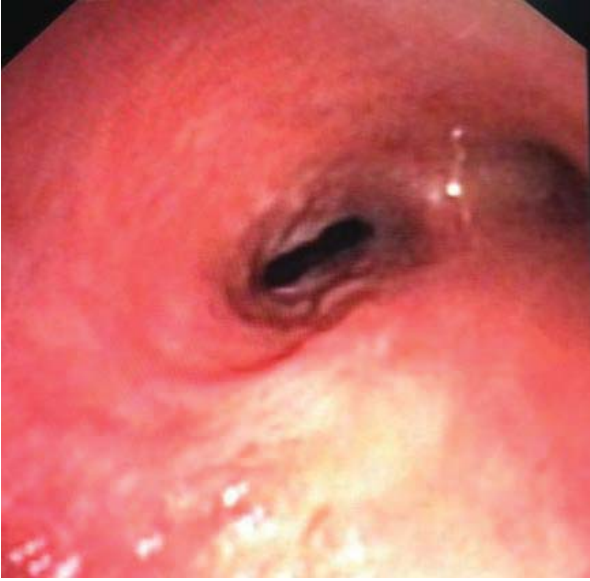
Pediatrik Olguda Bronşial Stent Uygulaması

Atilla Can¹, Sevgi Pekcan², Tamer Altınok¹¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları AD

Trakeobronşial sistemde stentler, benign veya malign birçok durumda ve genellikle erişkinlerde olmak üzere ve nadiren çocuklarda da havayolu açıklığının kalıcı veya geçici olarak sürdürülebilmesi amacıyla uygulanmaktadır. Nadir olması nedeniyle, taşınabilir ventilatör yardımı ile nefes alabilen, sağ intermedier bronştaki malazik alana stent yerleştirdiğimiz sekiz yaşında kız çocuğu vakamız sunulmuştur.

OLGU: 8 yaşında kız. Yaklaşık altı ay önce ateş ve boğaz ağrısı nedeniyle dış merkeze başvuran hasta, gelişen bilateral yaygın pnömoni ve ciddi solunum sıkıntısı nedeni ile entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlanmış. Uzun süreli entübasyon nedeniyle trakeotomi açılmış ve yaklaşık iki ay kadar mekanik ventilatörde takip edildikten sonra ekstübe edilememesi nedeniyle ev tipi mekanik ventilatör ile taburcu edilmiş. Takip akciğer grafilerinde sağ alt zon atelektazisi düzelmeyen hastaya fiber optik bronkoskopi yapıldı. Sağ intermedier bronkusta yaklaşık bir santimetrelilik bronkomalazi alanı tespit edildi. Genel anestezi altında yapılan rijit bronkoskopi ile ölçümleri yapıldı. 1x1 cm lik boyutlarda kendiliğinden genişleyen kaplı stent (covered self expandable) ilgili firma ile görüşülüp yurt dışından siparişle alındıktan sonra bronkomalazik alana yerleştirildi. İşlemden sonra desteksiz solunum için solunumsal rehabilitasyon uygulanarak destek sonlandırıldı ve trakeotomi kapatıldı. Hasta postoperatif ikinci ayında mekanik ventilasyon ihtiyacı olmadan normal sağlıklı yaşantısına devam etmektedir. Hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda, trakeobronşial sisteme stent uygulanması ile bulgularının etkili biçimde palyasyonu sağlanır. Endoskopik yöntemle trakeobronşial stent uygulanması giderek önem kazanmaktadır. Bronşial stent uygulamaları genellikle erişkin hasta grubunda yapılırken pediatrik popülasyonda nadiren uygulanmaktadır. Günümüzde ideal stent henüz geliştirilmemiştir ve yaşam boyu hastada kalabilecek bir stent bulunmamaktadır. Bronşial uygulama için üzeri kaplı (covered) ve kendiliğinden genişleyen (self expandable) stentler tercih edilmektedir. Pediatrik hasta grubunda uygulama sonrası trakeobronşial sistemin büyümesi ile stent uyumluluğu açısından ve hastanın yaşının ilerlemesi ile stentin çıkarılma zamanı için yakın takip edilmeli ve mutlaka kontrol bronkoskopileri yapılmalıdır. Hastamızı, bronşial stent uygulaması sonrası mekanik ventilasyon ihtiyacının ortadan kalkması açısından ilginç olması nedeni ile sunuyoruz.

Resim 3



Bronkomalazi alanı

Resim 4



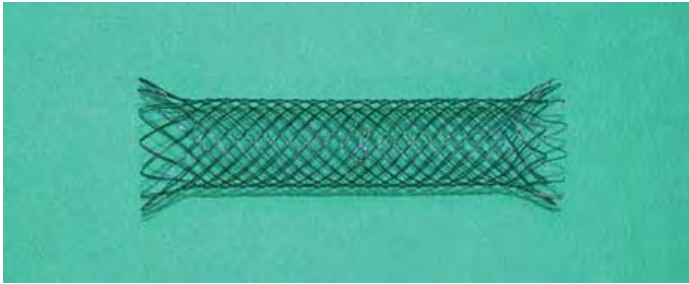
Bronkoskopi görüntüsü 1

Resim 5



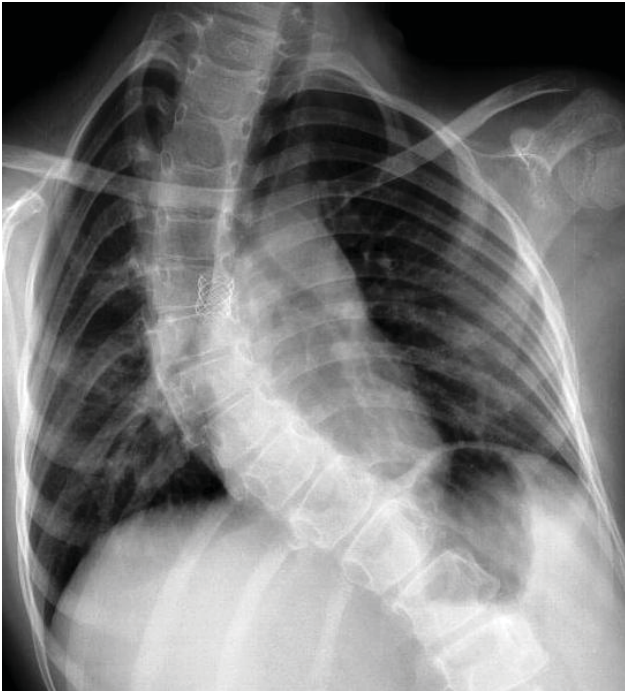
Stent yerleştirildikten sonraki görünüm

Resim 6



Self expandable covered stent

Resim 7



Postop PAAC grafi

Resim 8



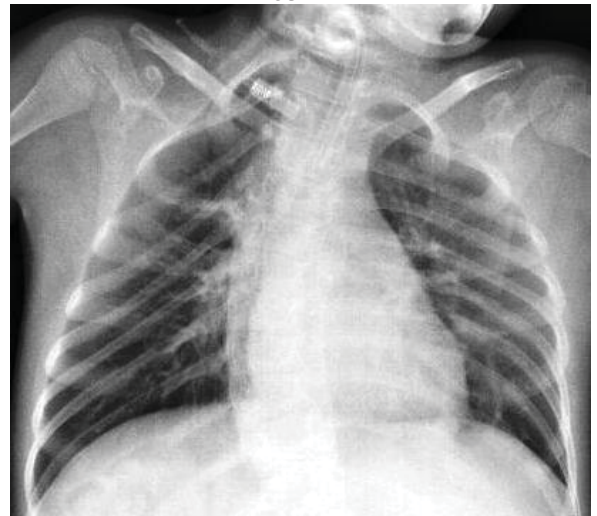
Hastamız

Resim 1



Preop PAAC grafi

Resim 2



Preop PAAC grafi 2

EP-281

Aynı Hemitoraksta Çifte Diyafırma Hernisi

Halil Tözüm¹, Sümeyra Bölük², Tahir Şevval Eren¹¹Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahi A.D, İstanbul²Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi A.D, İstanbul

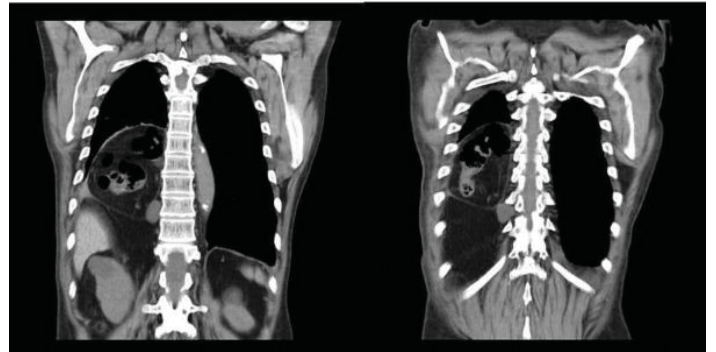
Elli yedi yaşında erkek hasta, “yatar pozisyonda gelişen solunum sıkıntısı” şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Öncesinde iki kez koroner stent uyulanması hikayesi olan hastanın yapılan radyolojik incelemesinde, sağ diafragma düzeyinde, posteriorda orta hattan sağ tarafa doğru geniş şekilde uzanan, mide ve transvers kolonun proksimalini de içeren defekt saptandı. Hastanın anamnezinde onbeş yıl öncesinde geçirilmiş motosiklet kazası öyküsü mevcuttu. Posterolateral torakotomi ile başlanan ameliyatta Tip 4 hiatus hernisi ve diafragma arka-yan duvarında ikinci bir herniasyon saptandı. Hiatusdan hemitoraksa geçen organların batına geri iadesi mümkün olmayınca, yapışıklıkların ayrılmasından sonra, mini laparotomi ile organlar batına çekildi ve defekt sütüre edildi. Daha sonra toraks yolu ile onarılan hiatus defekti sağlandı. Diafragma arka yüzündeki ikinci herniasyonun kesesi açıldığında ise bol miktarda omentum dokusu ile karşılaşıldı. Bunlar rezeke edilerek defekt primer tamir edildi. Prolene mesh kullanılarak tamir hattı güçlendirildi. Olgumuzu çok nadir görülecek bu çifte herni birlikteliği sebebi ile, hem tanı aşamasında hem tedavi aşamasında ortaya çıkan güçlükleri de tartışabilmek amacı ile sunulmaya değer bulduk.

Resim 1



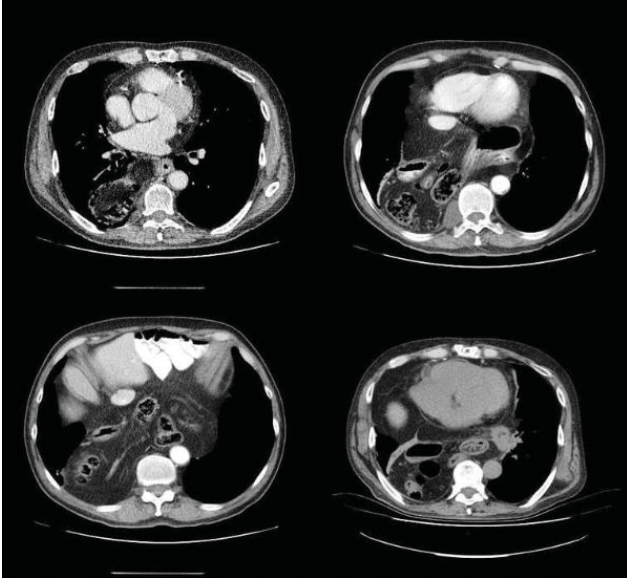
Olgunun preoperatif ve postoperatif direkt röntgenogramları.

Resim 3



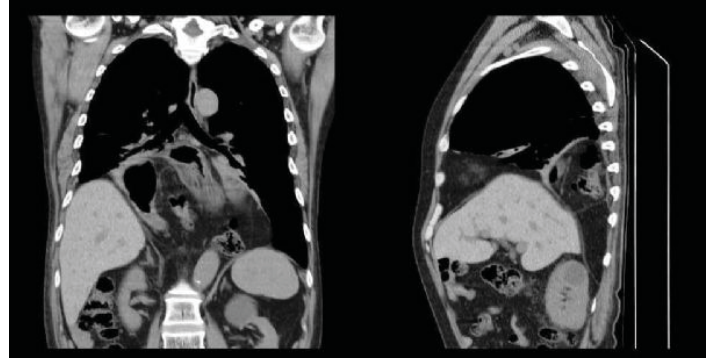
Olgunun bilgisayarlı tomografide farklı görünüşleri

Resim 2



Olgunun preoperatif bilgisayarlı tomografi kesitleri

Resim 4



Alternatif bilgisayarlı tomografi kesitleri.

EP-282

Bir Hemitoraksı Tama Yakın Dolduran Kitle: Dev Soliter Fibröz TümörAli Özdil¹, Önder Kavurmacı¹, Kutsal Turhan¹, Alpaslan Çakan¹, Ufuk Çağırıcı¹, Deniz Nart²¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İzmir²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Plevranın soliter fibröz tümörü (SFT), plevranın submezotelyal dokusunun mezenkimal hücrelerinden köken alan nadir ve yavaş büyüyen bir neoplazmdir. Plevra neoplazmlarının %5'inden azını oluşturur ve literatürde yaklaşık 800 kadar olgu bildirilmiştir. Birçoğu asemptomatiktir ve rutin akciğer grafilerinde insidental olarak tanı konur. Büyük çoğunluğu benign karakterde olsa da %7-60 oranında malign karakterde olabileceği bildirilmiştir.

OLGU: 71 yaşında karın ağrısı şikayeti ile başvuran erkek hasta, akciğer grafisinde sağ hemitoraksın tama yakınına kaplayan lezyon izlenmesi üzerine kliniğimize refere edildi. Kırk yıl önce künt göğüs travması ve 15 paket yılı sigara kullanım öyküsü vardı. Solunum sistemi bakımında sağ orta ve alt zonda solunum sesi alınamadı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ hemitoraksın özellikle anterior ve inferior kısımlarını dolduran heterojen yapıda 22x16 cm boyutlarında dev kitle ve plevral efüzyon izlenmekteydi. PET/BT incelemesinde kitlenin SUVmax değeri 3 olarak belirlendi. Tru-cut biyopsi sonucu "büyük olasılıkla SFT ile uyumlu" olarak raporlandı. Posterolateral torakotomi uygulanarak kitle etraf parankim dokusundan stapler yardımı ile ayrıldı ve en-bloc ekstirpe edildi. Orta lobun parsiyel, alt ve üst lobun total olarak ekspansiyon olduğu izlendi. Kitlenin histopatolojik inceleme sonucu "30x23x12 cm boyutlarında, 4050 g ağırlığında, malign SFT" olarak raporlandı.

SONUÇ: SFT'ler herhangi bir semptom vermeden büyük boyutlara ulaşarak tüm hemitoraksı doldurabilir. Kemoterapi ve radyoterapinin adjuvan tedavi olarak etkisiz olması nedeniyle kitlenin komplet rezeksiyonu en iyi tedavi seçeneğidir. Bu olguyu sunmaktaki amacımız SFT'lerin dev boyutlara ulaşabileceğini ve büyüdükçe cerrahinin zorlaşacağını belirtmektir.

Resim 1.



Sağ hemitorakstan ekstirpe edilen dev SFT

EP-283**Tiroid Papiller Kanserde Pulmoner Metastaz**

Selma Mine Kara, Funda İncekara, Koray Aydoğdu, Furkan Şahin, Göktürk Fındık, Sadi Kaya
Atatürk Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

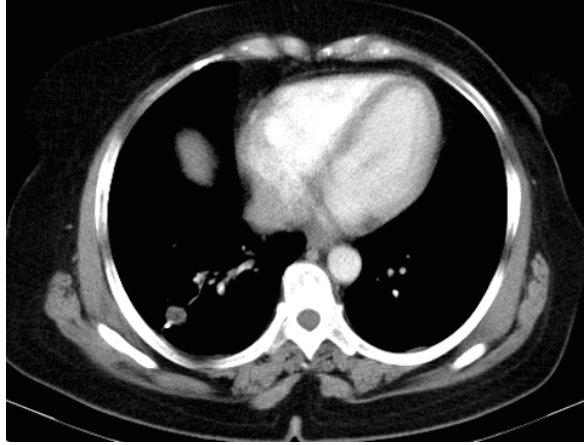
GİRİŞ: Tiroid kanseri en sık görülen endokrin tümörü olup erkek ve kadında 100000 de 2.3 ve 8.5 oranında rastlanır. Erişkinlerin ise % 35'inde servikal lenf tutulumu vardır. İleri yaş nüks ve kötü prognoz nedenidir.

Papiller tiroid karsinomu en sık rastlanan tiroid kanseridir. Tiroit kanserlerinin yaklaşık %80'i kadınlarda daha sık görülen, radyasyon maruziyet ile ilişkili olan papiller kanserdir. Prognozu iyi seyirli olup 20 yıllık survi % 90 ı geçer.Hayatın 3-5. dekatında ortaya çıkar. Vücudun başka organlarına yayılabilir. Bu durumda hastalığın seyri daha kötüdür.

OLGU SUNUMU: 50 yaşında kadın hasta, dış merkezden kliniğimize başvurdu. Papiller tiroid karsinomu sebebiyle opere olan hastanın takiplerinde pulmoner nodül saptanmış olup hasta tarafımıza yönlendirildi. Hastaya torakotomi ile nodül eksizyonu yapıldı. Operasyon esnasında çalışılan frozenın metastaz lehine yorumlanması sonrası hastaya metastazektomi uygulandı. Postoperatif dönemde medikal onkoloji kliniğine başvurmak üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Tiroid papiller karsinomunun primer yayılım şekli lenfatikler yoluyla olup hematogen metastazları nispeten seyrek görülmektedir. Tiroid papiller karsinomunun metastaz yaptığı bilinen yerler içerisinde kemik, akciğerler, deri ve beyin yer almaktadır. Bu çalışmamızda, papiller tiroid kanserinde nadir görülen akciğer metastazı olgusunu ve metastazektomi uygulandığını sizlerle paylaşmak istedik.

Resim 1



EP-284

Toraks Tomografisinde 14 Adet Görülen, Intraoperatif 25 Adet Akciğer Metastazı Saptanan Endometrium Kanseri: Olgu Sunumu

Okan Karataş, Kuthan Kavaklı, Hakan Işık, Alper Gözübüyük, Hasan Çaylak, Ersin Sapmaz, Gökhan Ayberik, Sezai Çubuk, Sedat Gürkök
GATA Göğüs Cerrahisi A.D.

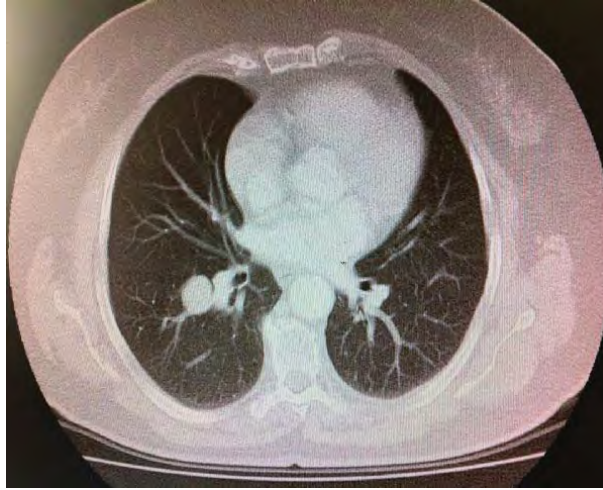
Akciğerin metastatik kanserleri, diğer organ yerleşimli maligniteleri olan hastaların tedavi veya takipleri sırasında yapılan tetkiklerle saptanmaktadır. Metastatik lezyonları saptamada ve cerrahi kararı vermede en sık olarak toraks tomografisi kullanılmaktadır. Her ne kadar Toraks tomografisi metastatik lezyonları göstermede altın standart olsa da preoperatif çekilen toraks tomografisinde görülmeyip operasyon sırasında saptanan metastatik lezyonlar da olabilmektedir.

Biz burada preoperatif çekilen toraks tomografisinde görülmeyen ve operasyon sırasında saptadığımız metastatik lezyonları olan bir hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: 68 yaşında bayan hasta 2012 yılında Endometrium kanseri nedeniyle opere edilmiş. Hastanın takipleri sırasında çekilen Toraks CT.de Sağ akciğerde 8; sol akciğerde 6 olmak üzere her iki akciğerde ortalama 2cm boyutlarında noduler lezyonlar saptanmış. (Şekil 1,2) Hastaya yapılan PET-CT.de lezyonların SUVmax değerleri 3.3 ile 11.6 arasında saptanması üzerine metastaz ön tanısıyla hasta kliniğimize refere edildi. Hastaya kliniğimizde; farklı seanslarda önce sağ sonra sol torakotomi ile metastazektomi ameliyatı uygulandı. Sağ akciğer için yapılan metastazektomi ameliyatında 1 tanesi lenf nodu olmak üzere şüpheli toplam 17 lezyon eksize edildi ve patoloji sonucunda bunların 14 tanesi metastaz olarak rapor edildi. Sol akciğer için yapılan metastazektomi ameliyatında toplam 11 adet şüpheli lezyon tespit edildi ve patoloji tarafından bunların tamamı metastaz olarak rapor edildi. Lezyonların boyutları 3mm-3cm olarak değişmekteydi.

SONUÇ: Akciğerin metastatik kanserlerinde, metastazları saptamada her ne kadar Toraks CT altın standart olsa da bazı lezyonların boyutları ve çekim teknikleri nedeniyle var olan metastatik lezyonların gözden kaçabileceği akılda tutulmalıdır. Akciğere metastaz ihtimali olan kanserli hastaların her kontrolünde akciğer de metastaz açısından mutlaka değerlendirilmelidir.

Şekil 1



Preoperatif tomografi görüntüsü

Şekil 2



Preoperatif tomografi

EP-285**Öksürük Sonrası Oluşan Kosta Fraktürleri- 4 Olgu**

Mertay Boran¹, Ertay Boran², Elif Nisa Ünlü³, Ege Güleç Balbay⁴

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Düzce

³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Düzce

⁴Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: Öksürük şikayeti sık görülür ve çoğunlukla spesifik tedavi gerektirmez. Öksürük komplikasyonlarından biri kosta fraktürü olabilir. Bu olgu sunumunda öksürük sonrası multiple kosta fraktürü saptanan ve tetkiklerinde D vitamini(vit) eksikliği saptanan 4 olguyu sunmayı amaçladık.

MATERYAL: 3 ü bayan biri erkek dört hasta şiddetli öksürük sonrası oluşan şiddetli göğüs ağrısı nedeni ile Göğüs Cerrahisi polikliniğine başvurdu. Sırası ile 4 olgunun özellikleri: 55 yaş bayan hastada-15 gün süren öksürük sonrası Sağ 6.7.8. sol 7.kostada fraktür saptandı. D vit seviyesi 5 idi; 78 yaş bayanda öksürük sonrası sağ 6.ve 7.kosta fraktürü izlendi, D vit seviyesi 7 idi; 69 yaş bayan hasta öksürük sonrası sağ 7.kostada fraktür D vit 8, 51 yaş erkek hastada öksürük sonrası sağ 9.10.kosta fraktürü saptandı. D vit seviyesi 13.7 saptandı. Hastalarda yaşları gereği Toraks BT ve kemik sintigrafisi ile malignite taraması yapıldı, malignite saptanmadı. Tedavide D vit ve ağrı palyasyonu uygulandı.

TARTIŞMA: Öksürük sonrası oluşan kosta fraktürlerinde neden yönelik tetkikler yapılmalı ve D vitamini eksikliği hatırlanmalıdır.

EP-286

Kemoterapi Sonrası Gelişen Pseudomonas Aeruginosa Pnömonisi ve Akciğer Apsesi

Ersin Demirer, Ömer Ayten, Kadir Canoğlu, Yasin Uyar, Faruk Çiftçi

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul

Ellidokuz yaşında erkek hasta halsizlik, ishal, nefes darlığı yakınmaları ile başvurdu. Akciğer ve karaciğer metastazlı kolon kanseri tanısı mevcuttu. Yaklaşık iki hafta önce kemoterapi uygulanmıştı. Akciğer grafisinde sol hiler bölgede infiltratif lezyon izlendi. Solunum sistemi fizik muayenesinde her iki hemitoraksta yaygın raller ve ekspiratuar ronkus duyuldu. Hipotansiyon ve hipoksi izlenen hasta yoğun bakım servisine yatırıldı. Tam kanda lökopeni görüldü. Vankomisin ve Meronem antibiyotik kombinasyonu uygulandı. Kan kültüründe Pseudomonas aeruginosa ve balgam kültüründe Candida albicans ve Pseudomonas aeruginosa üremesi saptandı. Tedavisi Meronem, Linezolid ve Caspofungin olarak değiştirildi. Kontrol grafisinde aynı bölgede hava sıvı seviyesi veren kaviter lezyon tespit edildi (Resim 1). Balgam ARB negatif bulundu. Hastaya korumalı fırça ve bronşiyal lavaj uygulandı. Bronkoskopide sol akciğer üst lob apikoposterior segmentten yoğun pürülan sekresyon geldiği görüldü. Korumalı fırça ve bronşiyal lavaj örneklerinde Pseudomonas aeruginosa üremesi tespit edildi. Uygulanan antibiyoterapi ile hastanın klinik bulgularında düzelme görüldü. Bu olgu kemoterapi sonrası gelişen ve etken olarak Pseudomonas aeruginosa saptanan pnömoni ve akciğer absesi olarak sunulmaktadır.

Resim 1



PA Akciğer grafisi

EP-287

Plevral Sıvı Örneklemesinde Lökosit İçerisinde Nokardiya Görülerek Tanıya Gidilen Bir Nokardiya Pnömonisi OlgusuMurat Acat¹, Elçin Çakmaklıoğulları², Aylin Pıhtılı³, Onur Yazıcı¹, Aytac Bilgiç⁴, Songül Acat², Sinan Kazan⁵, Erdoğan Çetinkaya⁶¹Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği²Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Kliniği³Özel Keçiören Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği⁴Karabük Üniversitesi Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği⁵Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği⁶Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

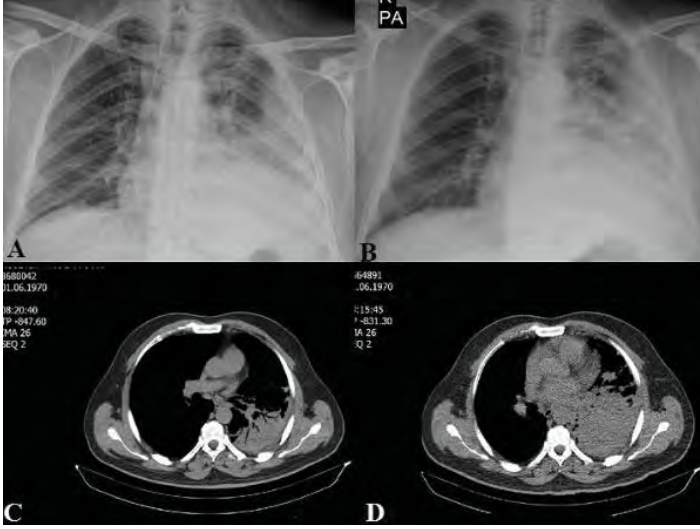
GİRİŞ: Nokardiya pnömonisi, genellikle immünsupresiflerde meydana gelen fırsatçı bir enfeksiyondur. Kan ve balgam kültürlerinde güç üretilmesi tanıda zorluklar yaşatabilmektedir. Burada, plevral sıvıda lökosit içerisinde nokardiya görülerek tanıya gidilen bir nokardiya pnömonisi olgusunu sunuyoruz.

OLGU: 43 yaşında erkek, öksürük, balgam ve ateş yüksekliğiyle başvurdu. Özgeçmişinde bir ay önce tanı konmuş romatoid artrit(RA) dışında özellik yoktu. RA tanısı, el eklemlerinde artrit nedeniyle koyulmuş, 1mg/kg'dan (toplam 80mg) metilprednisolon başlanmıştı. Fizik muayenesinde genel durumu iyi-orta, şuur açık, koopere ve oryenteydi. Aksiler ateşi 38,9 0C, tansiyonu 100-60mmHg, nabız 125/dk saptandı. Sol akciğer orta-alt zonda geç inspiratuar ince raller duyuldu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Akciğer grafisinde sol üst zona uzanım gösteren orta-alt zonda havalanma kaybı, sol kostodiyafragmatik sinüsde küntleşme saptandı. Hasta servisimize yatırıldı. Balgam-kan kültürleri gönderildi, ampisilin+sulbaktam 3x2gram başlandı.

Yatışının 7. gününde ateşi tekrarlayan hastaya kontrol akciğer filmi çekildi, hafif progresyon saptandı. Balgam-kan kültürleri tekrarlandı. İkışer kez gönderilen kültürlerinde üreme olmadı. Hastaya piperasilin+tazobaktam 3x4,5gram başlandı. Göğüs ağrısı olması sebebiyle elektrokardiogram(EKG) takibi yapıldı, sinüs taşikardisi saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisi(BT) çekildi. Sol hemitoraksta minimal plevral efüzyon ve sol alt lob posterobazal segmentte plevral tabanlı geniş konsolidasyon saptandı. Hastanın görüntülemeleri Şekil 1'de sunulmuştur. Nefes darlığı artan hastaya kontrol toraks BT çekildi. Konsolidasyon alanında ve efüzyon miktarında artış saptandı. Hastaya torasentez yapıldı. Mayi eksüda vasfındaydı. Mikrobiyolojik incelemede 400 hücre/mm³ (%80 parçalı) saptandı ve mikroskopik incelemede lökosit içerisinde dallanmış, gram(+) yapılar görüldü(Şekil 2). Yatışının 21. gününde Nokardiya pnömonisi düşünülerek trimetoprim-sülfometoksazol 160-800mg 2x2 başlandı. 24 saatte ateş yanıtı alındı. Bir ay intravenöz tedaviden sonra oral tedaviye geçildi. Hasta poliklinik kontrolleriyle taburcu edildi. Tablo 1 hastanın laboratuvar değerlerini özetlemektedir.

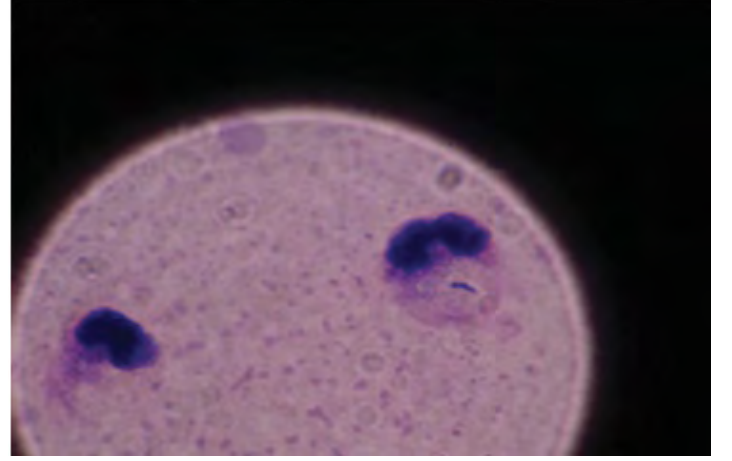
TARTIŞMA: Nokardiya pnömonisi, nadir görülen, izolasyonu zor olduğundan tanısı genellikle geciken bir pnömonidir. Literatürde bildirilen vakalarda tanı genellikle bronkoskopik işlemlerle konmuş ve erken bronkoskopi önerilmiştir. Bizim vakamızda plevral sıvının mikroskopik incelemesinde lökosit içerisinde dallanmış gram(+) yapılar görülmesiyle nokardiya şüphelenilmiştir. Nokardiya yönelik başlanan antibiyoterapi ile de hastanın kliniğinde ve laboratuvar değerlerinde düzelleme sağlanmıştır. Yaptığımız literatür taramasında plevral sıvıda lökosit içerisinde nokardiya görülerek tanıya gidilen bir olguya rastlamadık. Sonuç olarak plevral efüzyonun eşlik ettiği pnömoni olgularında dikkatli mikroskopik incelemeyle lökosit içerisinde nokardiya saptanabilir. Böylece hem gereksiz masraflardan kaçınılabılır hem de hasta daha invazif işlemlerden korunmuş olur.

Şekil 1. Olgunun görüntüleme tetkikleri



A: Başvuru anındaki PA akciğer grafisi B: Kontrol PA akciğer grafisi C: İlk çekilen toraks BT D: Kontrol toraks BT

Şekil 2. Lökosit içerisinde dallanan gram(+) yapılar



Tablo 1. Hastanın laboratuvar değerleri

Parametre	Geliş	7. gün	Taburculuk	Referans aralığı
WBC	42,9 $10^3/\mu$ (%90 nötrofil)	32,3 $10^3/\mu$ (%88 nötrofil)	15,8 $10^3/\mu$ (%76 nötrofil)	4,4-10,4 $10^3/\mu$
Hb	13,6 gr/dl	13,5 gr/dl	13,8 gr/dl	14-18 gr/dl
PLT	235 $10^3/\mu$	240 $10^3/\mu$	246 $10^3/\mu$	150-450 $10^3/\mu$ L
CRP	322 mg/dl	310 mg/dl	70 mg/dl	0-5 mg/dl
Sedimentasyon	70 mm/saat	82 mm/saat	52 mm/saat	<20 mm/saat
Üre	45 mg/dl	41 mg/dl	32 mg/dl	17-50 mg/dl
Kreatinin	0,81 mg/dl	0,84mg/dl	0,72 mg/dl	0,6-1,1 mg/dl

EP-288

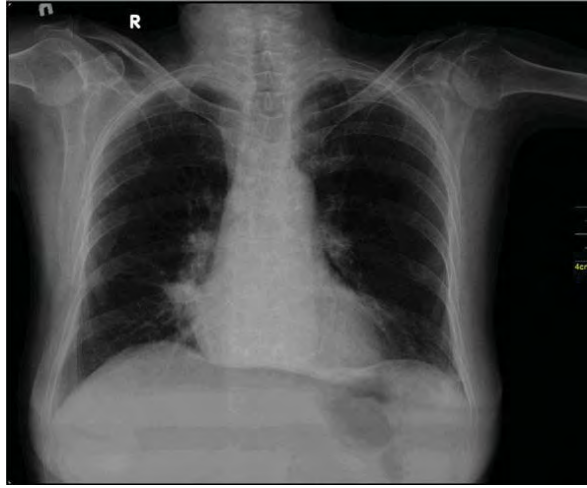
Olgu sunumu: Lady Windermere SendromuHüseyin Lakadamyalı¹, Hatice Lakadamyalı²¹Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Antalya²Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Radyoloji Bölümü, Antalya

Lady Windermere Sendromu, Mycobacterium avium intracellulare (MAC) infeksiyonuna bağlı gelişen orta lob veya linguler segment bronşektazisidir. Biz bu bildiride bir olgu sebebiyle klinik bulgular, etioloji ve tedaviyi sunmayı amaçladık.

OLGU: 72 yaşında bayan hasta, yedi aydır var olan kuru öksürük, nefes darlığı, subfebril ateş ve kilo kaybı yakınmaları ile başvurdu. Seyahat öyküsü ve /veya hayvan besleme öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde: her iki göğüs ön yüzünde ince raller ve dağınık ronküsler işitilmekteydi. PA AC grafide; üst zonlarda sınırları belirsiz dansite artımları ile birlikte sağ akciğer orta zonda infiltrasyon izlenmekteydi (Şekil 1). Toraks BT'de ise sağ orta ve sol linguler segment bronşektazisi ve üst zonlarda aciner dansite artımları görüldü (Şekil 2). Balgam incelemesinde ARB (+), kültüründe ise MAC üredi.

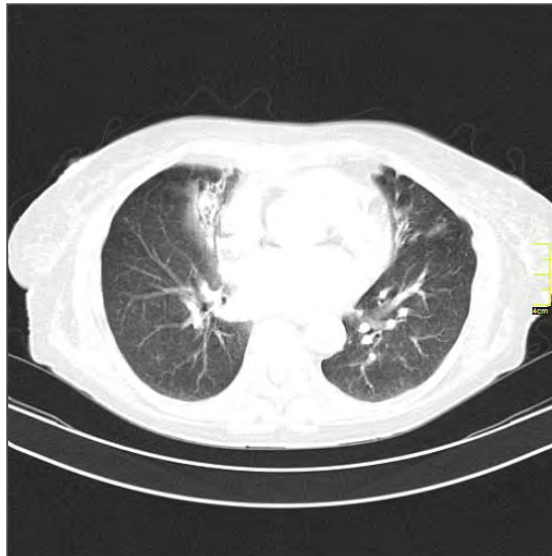
TARTIŞMA: MAC, toprakta ve suda her yerde bulunabilen, insandan insana bulaş göstermeyen bir bakteridir. Oldukça yavaş seyirli olup, klinik bulguların ortaya çıkması aylar – yılları bulabilir. MAC'a bağlı kronik inflamasyon spirimeotride – bizim olgumuzda olduğu gibi- obstrüktif örneğe neden olabilir. Tedavide Rifampisin (600 mg/gün) + Klaritromisin (1 gr/gün) + Etambutol (25 mg/kg/gün) kullanılır.

Şekil 1



PA Akciğer grafisi

Toraks BT kesiti



Sağ akciğer orta lob ve sol akciğer linguler segmentte bronşektazi sahaları

EP-289

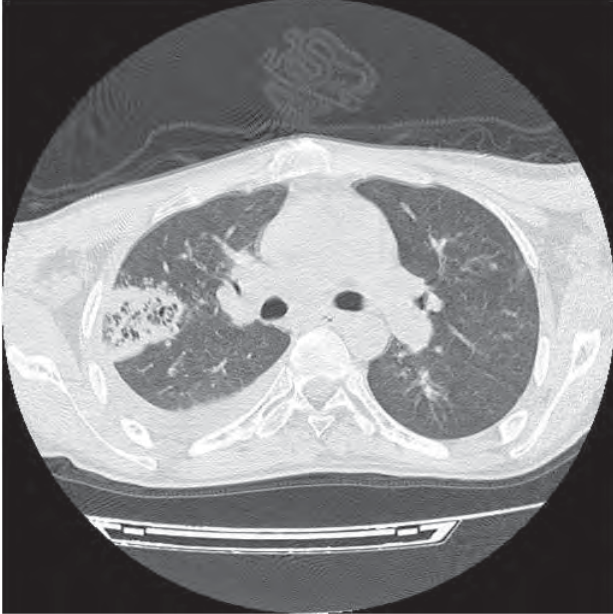
Nadir Bir Olgu: İnvaziv Pulmoner Aspergillozise Sekonder Spontan Pnömotoraks ve Plevral Efüzyon BirlikteliğiAyşe Dalli¹, Melek Çekiç¹, Halil Taşkaynatan², Sibel Öktem Ayık¹¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Aspergillus türleri sağlıklı kişilerde nadiren hastalık yapan bir mantar türüdür. İnsanda en sık hastalık yapan türü A.Fumigatustur. İnvaziv pulmoner aspergilloz (İPA)'un hematolojik malignitesi olan, uzun süreli steroid veya immünsüpresif tedavi alan hastalarda gelişme riski yüksektir. Burada vaskülit tanısı ile kortikosteroid ve siklofosfamid tedavisi alan hastada İPA enfeksiyonuna sekonder gelişen hidropnömotoraks olgusu nadir olması açısından sunulmuştur.

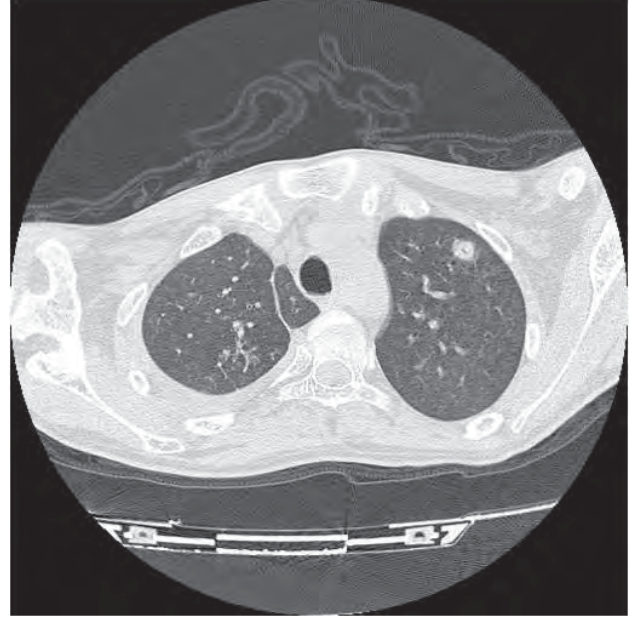
OLGU: 20 yaşında erkek hasta dahiliye servisinde yatarken; nefes darlığı, öksürük, balgam şikayetlerinin gelişmesi üzerine göğüs hastalıkları konsültasyonu istenmesi üzerine görüldü. Hasta Aralık 2013'te alveolar hemoraji ve proteinüri kliniği ile acil servise başvurmuş, dahiliye servisinde yatarak tetkik edilerek renal biyopsi ile kresentrik glomerulonefrit, vaskülit tanısı almış ve bu tarihten itibaren siklofosfamid ve steroid tedavisi almaktaydı. Özgeçmişinde sigara öyküsü yok, diyabet ve hipertansiyonu mevcuttu. Çekilen yüksek rezolusyonlu bilgisayarlı tomografi (YRBT)'de her iki akciğerde en büyüğü sağ akciğer üst lob posterior segmentte 46x27 mm kaviter nodül, yine sağda en kalın yerinden ölçüldüğünde 19 mm plevral efüzyon, sol akciğerde parankimal nodüller saptandı. Hastaya mantar enfeksiyonu, septik apse ön tanıları ile bronkoskopi yapıldı. Bronkoalveolar lavaj sıvısının direk bakışında mantar sporları, kültüründe ise aspergillus fumigatus üredi. Varikonazol tedavisi başlandı. Tedavinin yaklaşık onuncu gününde nefes darlığında artma, göğüs ağrısı gelişen hasta tekrar değerlendirildi. İkinci kez çekilen YRBT'de her iki akciğerde sağda daha belirgin olmak üzere plevral efüzyon, sağ akciğerde plevral yapraklar arasında hava - sıvı seviyelenmesine yol açan havanın varlığı görüldü ve tüp torakostomi uygulandı. Üç aylık tedavi sonrasında kontrol toraks bilgisayarlı tomografi (BT)'de kaviterlerin kaybolduğu, efüzyonun gerilediği görüldü.

SONUÇ: İPA immünsüpresif hastalarda en sık görülen, mortalitesi yüksek bir fungal akciğer enfeksiyonudur. Mantar sporları solunum yoluyla alınır. İmmünsüpresif kişilerde bu sporlar elimine edilemez, hiflere dönüşerek bronşları ve damarları invaze eder. Radyolojik olarak periferik yerleşimli tek veya multipl nodüller, pulmoner infiltrasyonlar, yaygın konsolidasyon ve kavitasyona kadar varabilen lezyonlar görülür. Tanı için bulgular hızlı değerlendirilmeli, erken tanı ve uygun tedavi ile sağkalım önemli ölçüde artmaktadır.

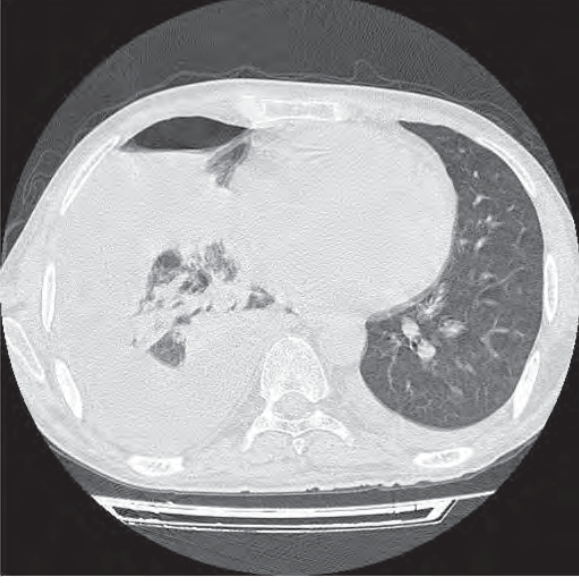
Resim 1a: sağ akciğer üst lob posterior segmentte 46x27 mm boyutlarında ölçülen kaviter nodül, sağda plevral efüzyon



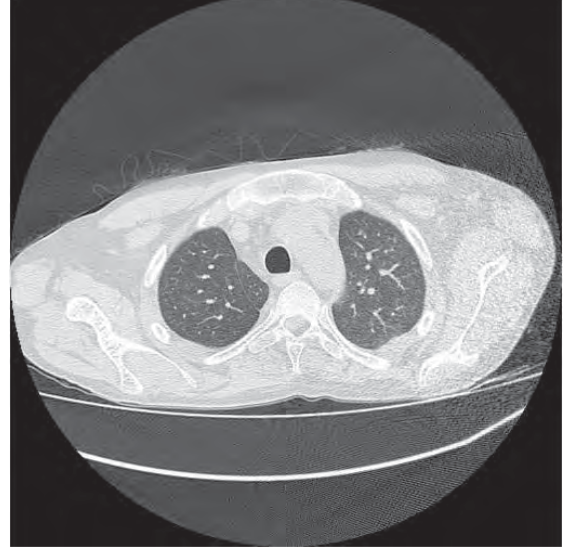
Resim 1b: Sağda plevral efüzyon, bilateral parankimal nodüller



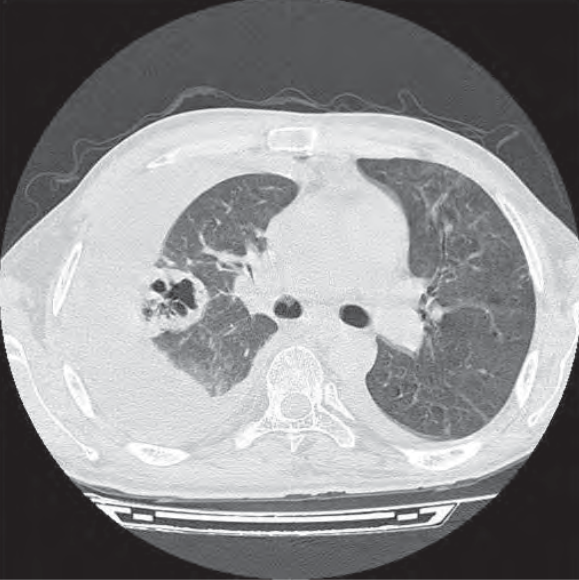
Resim 2a: Sağ akciğerde plevral yapraklar arasında hava - sıvı seviyelenmesine yol açan serbest havanın varlığı



Resim 3a: Vorikonazol ve tüp drenajı sonrası nodül ve kavite-lerin kaybolduğu, efüzyonu gerilediği görüldü



Resim 2b: Bilateral plevral efüzyon.



Resim 3b: Vorikonazol ve tüp drenajı sonrası nodül ve kavite-lerin kaybolduğu, efüzyonu gerilediği görüldü.



EP-290

Bir Epidemide Sırasında Spesifik Tanısal Yöntemler Kullanılmaksızın Tanı Alan Erişkin Viral Pnömoni-iki Olgu EşliğindePınar Akın Kabalak¹, Asım Esenkaya²¹Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Düzce²Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Radyoloji, Düzce

GİRİŞ:Toplum kökenli pnömoniler için virüsler önemli etkenlerdir. Öncelikle çocuklar ve immünsüpresif hastalar akla gelse de sağlıklı yetişkinler de risk altındadır.

Biz de klinik, radyolojik ve laboratuvar değerleri eşliğinde tanı alan ve başarıyla tedavi edilen iki yetişkin viral pnömoni olgusunu sunmayı amaçladık.

VAKA -1: Kırk iki yaşında erkek hasta halsizlik, kas ağrısı ve baş ağrısıyla hastanemize başvurdu. On gün önce kuru öksürük ve ateş nedeniyle aile hekimine gitmiş ve aminopenisilin-klavulanik asit ile ibuprofen-psödoefedrin kullanmıştı. Ancak tedavinin yedinci gününde belirtileri artmış iştahsızlık ve karın ağrısı da eklenmişti

Sigara kullanan hastanın muayenesinde dispneik ve takipneik olduğu izlendi. Akciğer oskültasyonunda bibasiller ince raller duyuldu. Oksijen saturasyonu %91, kan basıncı 90/60 mmHg ve nabız 110/dk ölçüldü.

VAKA-2: Kırk iki yaşındaki kadın hasta acil servisimize beş gündür olan dispne, yaygın kas ağrısı, iştahsızlık ve öksürük yakınmalarıyla başvurdu. Başvurudan on gün önce üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları nedeniyle doktor reçetesi olmaksızın ibuprofen-psödoefedrin ve C vitamin tabletleri kullanmış, herhangi bir antibiyotik kullanmamıştı. Sigara kullanımı yoktu. Fizik muayenesinde soluk ve takipneik olduğu izlendi. Subfebril ateşi, %88 oksijen saturasyonu ve taşikardisi belirlendi. Akciğer oskültasyonunda bilateral inspiriyum sonu raller ve ekspiratuvar ronküsler duyuldu. Hastalarımızda immünsüpresifliğe neden olabilecek bir tanı yoktu. Hastaların balgam ve kan kültürlerinde üreme saptanmadı ve ARB direkt bakı ve kültürü negatifti. Direkt akciğer grafisi ve bilgisayarlı toraks tomografisinde dağınık buzlu cam alanları ve heterojen infiltratlar izlendi (Figür 1A-B-C ve 2A-B-C).

SONUÇLAR: Tüm bu veriler ışığında viral pnömoni ilk akla gelen tanıydı. Oral oseltamivir 75 mg günde iki pozolojiyle uygulandı. Olası bakteriyel süper enfeksiyona karşı 750 mg oral levofloksasin eklendi. Destek tedavi olarak nazal oksijen, intravenöz hidrasyon, antipiretik ve bronkodilatör uygulandı. Tedavinin onuncu gününde laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı (Tablo 1). Radyolojik olarak her iki vakada da tam regresyon izlendi (Figür 1D-E-F ve 2D-E-F)

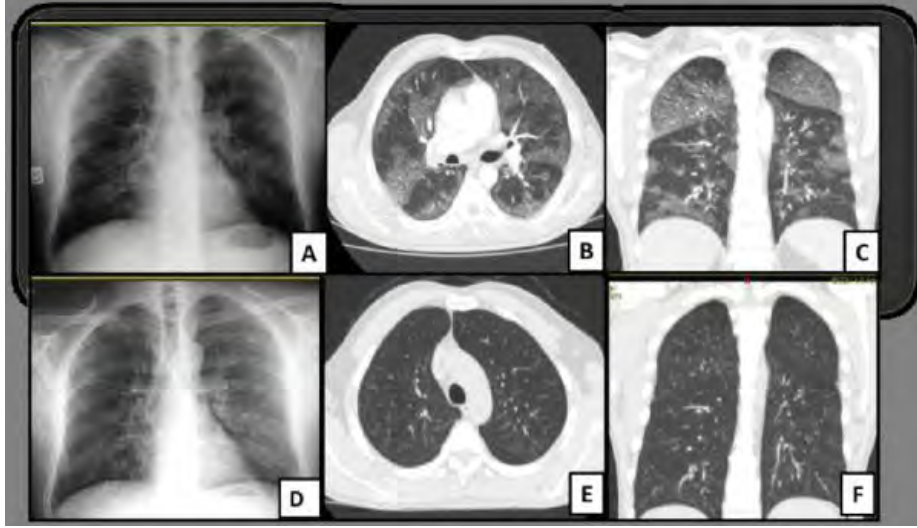
TARTIŞMA: Influenza tip A ve B kış mevsiminde görülen epidemilerden sıklıkla sorumludur. Hastarımız Kasım 2013'de başvurması nedeniyle viral pnömoni öncelikli tanıydı. Genellikle bakteriler de eşlik ettiği için ampirik antibiyotik tedaviye eklenmelidir. Nitekim vakalarımızda enfeksiyon parametreleri viral nedenlerden beklenmeyecek kadar yüksekti (Tablo 1). Böyle durumlarda tedaviye gecikmeden başlamak, viral replikasyonu erken durdurmak solunum yetmezliği hatta mortaliteyi engellemek açısından oldukça önemlidir.

Tablo 1

LABORATUVAR	Tedavi Öncesi Vaka - 1	Tedavi Öncesi Vaka - 1	Tedavi Öncesi Vaka - 2	Tedavi Sonrası Vaka - 2
Beyaz Küre sayısı	17,37/L	9.58/L	18.11/L	11.93/L
Nötrofil	15.04/L	5.51/L	14.55/L	8.63/L
Lenfosit	7.0/L	3.27/L	13.6/L	2.6/L
CRP	32.08mg/dl	2.5mg/dl	10.6mg/dL	0.75mg/dL
Sedimentasyon	105mm/saat	32mm/saat	73mm/saat	8mm/saat
Albumin	3,4g/dl	4.1g/dl	3.8g/dL	4.2g/dL
LDH	491U/L	223U/L	317U/L	211U/L
Trombosit	92/L	385/L	457/L	369/L

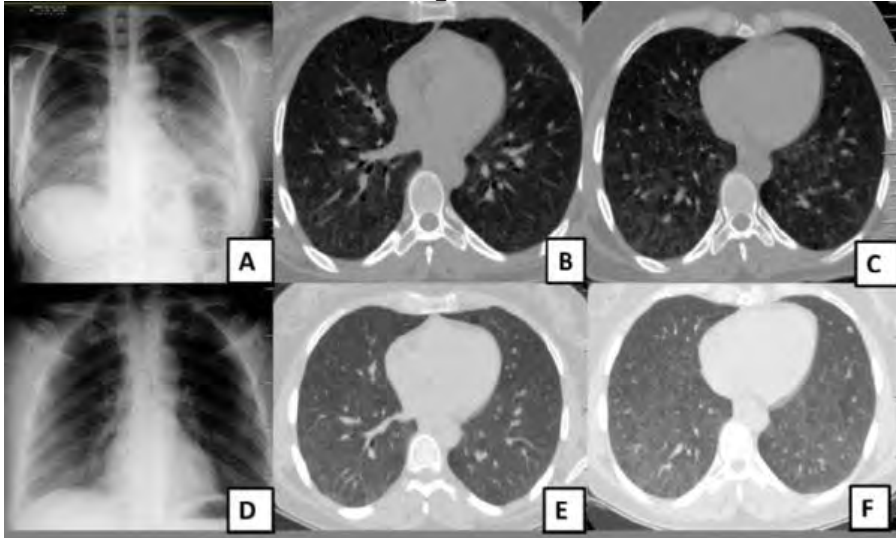
Hastaların laboratuvar değerlerinin önce ve sonrası

Figür 1



Figür 1A-B-C: Tedavi öncesi akciğer grafi ve BTT bulguları, Figür 1D-E-F: Tedavi sonrası radyolojik tam regresyon (Vaka-1)

Figür 2



Figür 2A-B-C: Tedavi öncesi akciğer grafi ve BTT bulguları, Figür 2D-E-F: Tedavi sonrası tam regresyon (Vaka-2)

EP-291

Akciğer Kanserini Taklit Eden Endobronşiyal Aktinomikozis; Olgu SunumuCengiz Burnik¹, Ercan Kurtipek¹, Meryem İlkay Eren Karanis², Taha Tahir Bekci¹¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

Aktinomikozis gram pozitif, anaerob yada mikroaerofilik, filamentöz yapıli bakteri olan *Actinomyces* türünün neden olduğu kronik süpüratif bir enfeksiyondur. Aktinomiçes türleri sıklıkla insan orofarinks, gastrointestinal sistem ve kadın genital organında bulunurlar. Her ne kadar aktinomikozis enfeksiyon vakalarının çoğu polimikrobiyal olsa da, insan enfeksiyonlarında en sık izole edilen patojen *A. israelii*'dir. Tüm aktinomikozis vakalarının %25'inde akciğer tutulumu gözlenmektedir. Pulmoner aktinomikozis klasik olarak alveol, peribronşiyal doku ve/veya bronşiyollerde intrapulmoner enfeksiyon olarak kendini prezente etmektedir. Endobronşiyal aktinomikozis nadir görülen durumdur ve sıklıkla yabancı cisim aspirasyonu ve bronkolitiazis ile birlikte rapor edilmiştir. Patogenezde kritik bileşen mukozal bariyerin bozulması ve aspire edilen orofarinks sekresyonundaki bakterilerin invaze olmasıdır.

Hastalık sıklıkla akciğer kanseri, tüberküloz, fungal enfeksiyonlar, nokardiyo ve yetersiz yanıt alınan pnömonilerle karışmaktadır. Bu yazıda akciğer kanserini taklit eden endobronşiyal aktinomikozis olgusu sunulmuştur.

60 yaşında, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 60 p/yıl sigara öyküsü olan erkek hasta, nefes darlığı, öksürük ve balgam şikayetleri nedeniyle başvuruyor. Çekilen kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografide sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte kalsifikasyon ve duvar kalınlaşması rapor edildi. Hastaya Göğüs Hastalıkları bölümü tarafınca tanısız fiberoptik bronkoskopi işlemi yapıldı. Sağ akciğer alt lob posterobazal segmentte, segmenti tamamen tıkayan koyu sarı, nekrotik lezyondan multiple biyopsi örnekleri alındı. Patoloji materyalinde aktinomiçese ait sülfür granülleri ve polimorf nüveli lökosit hücreleri rapor edildi.

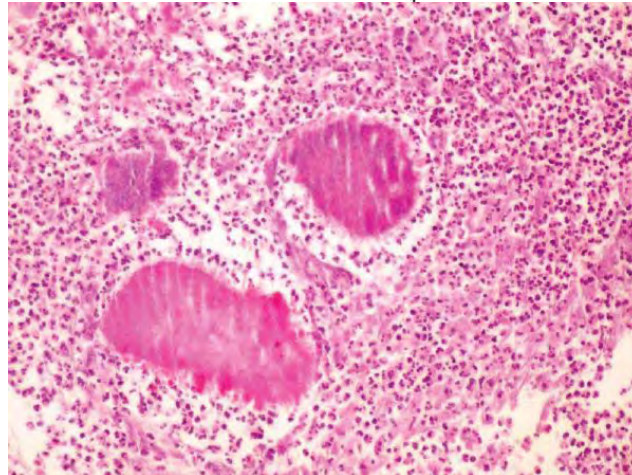
Bu bulgularla hastaya Endobronşiyal aktinomikozis tanısı konuldu ve sistemik antibiyotik tedavisine başlandı. İki ay sonra yapılan kontrol fiberoptik bronkoskopi de ayın lokalizasyonda herhangi bir endobronşiyal lezyon saptanmadı.

Özetle nadir görülmekle birlikte, etyolojisi belli olmayan akciğerdeki kitle lezyonlarında alternatif tanı olarak benign seyirli endobronşiyal aktinomikozis akla getirilmelidir.

Resim-1



Resim-2: Aktinomiçes:



Akut inflamasyon içinde aktinomiçese ait sülfür granülleri. HEEx200

EP-292

Kaldırım Taşı Görünümü ile Seyreden Pnömoni Olgusu

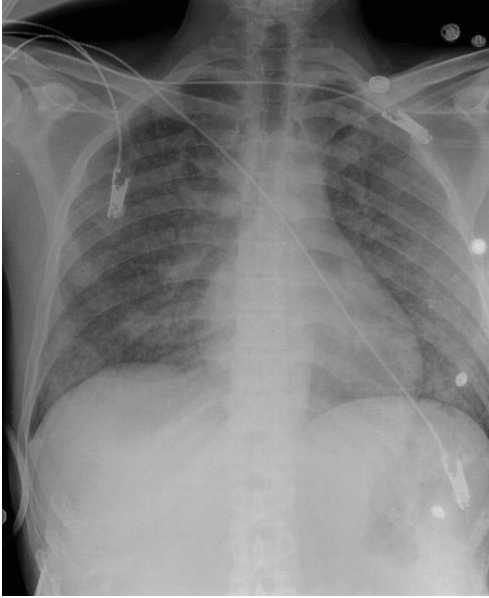
Ersin Günay, Seçil Demir, Muzaffer Sarıaydın

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar

Human Immundeficiency Virus (HIV) enfeksiyonu hüneral ve hücre aracılı immunitede disfonksiyona yol açan, tek sarmallı RNA içeren zarflı bir retrovirüstür. Vücutta CD4 + T lenfositleri hedef alır. HIV enfekte hastada genelde AIDS evresinde akciğerde en sık fırsatçı enfeksiyon *Pneumocystis carinii* pnömonisidir.

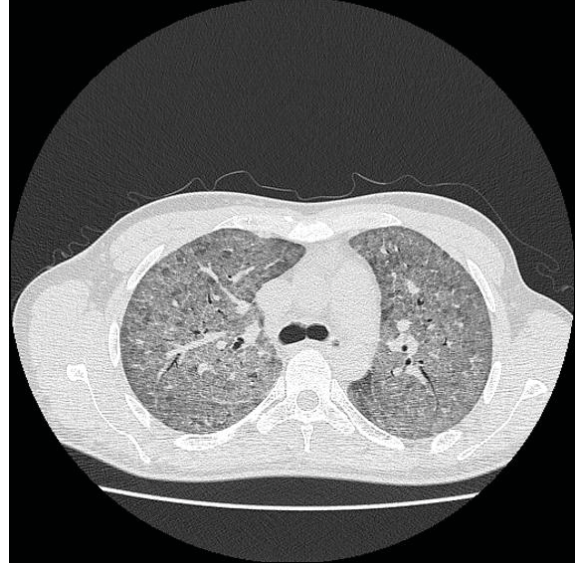
OLGU SUNUMU: Hasta iki aydır olan nefes darlığı ve iki haftadır olan çabuk yorulma şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde bilateral inspiratuvar raller mevcuttu. SaO₂:%91 (2 lt nazal oksijen ile) PAAG'de bilateral orta-alt zonlarda retiküler tarzda infiltrasyon izlendi. Hastadan balgam kültürü alındı ve olası influenza pnömonisine yönelik oseltamivir 2X75 mg ve levofloksasin 1x500 mg eklendi. Hastanın 3 gün sonrasında oksijen saturasyonlarında düşme olması ve kliniğinin kötüleşmesi üzerine çekilen PAAG'de infiltrasyonların arttığı görüldü. Toraks BT'sinde bilateral üst zonlardan başlayarak alt zonlara simetrik uzanan buzlu cam yoğunluğunun eşlik ettiği kaldırım taşı (Arnavut kaldırımları) görünümü izlendi. Tedavisine İmipenem 4x500 mg eklendi. Hasta yoğun bakıma alındı. Hastaya ayırıcı tanısı açısından oksijen desteği ile bronkoskopi yapıldı. Bronkoalveolar lavaj sıvısı berrak görünümdeydi. Solunum sıkıntısı olduğu için transbronşiyal biyopsi yapılamadı. Hastadan olası PCP pnömonisi için anti-HIV istendi. Balgam ARB ve bronkoalveolar lavaj ARB sonucu negatif gelen hastanın anti-HIV sonucu pozitif geldi. *Pneumocystis jiroveci* pnömonisi (PCP) ön tanısıyla hastaya trimetoprim (2x320 mg) + sülfametaksazol (2X1600mg) (TMP-SMX) başlandı. Hastanın takibinde Sao₂ 6-8 lt/dk nazal oksijen ile %75 idi, non-invaziv mekanik ventilasyon başlandı. Hastanın hücre sayımında CD4: 27 /mm³, CD8: 326 /mm³ idi. Radyolojik olarak "kaldırım taşı görünümü" ayırıcı tanısında PCP pnömonisinin de akılda tutulması gerektiğini belirttiğimiz olgumuzu literatür eşliğinde sunmak istedik.

Şekil 1



PAAG grafisinde bilateral yaygın infiltrasyon

Şekil 2



Akciğer tomografisinde (HRCT) bilateral yaygın kaldırım taşı görüntüsü

EP-293

Savaş Mağdurunda Nekrotizan Pnömoni Olgusu

İbrahim Koç¹, Ayşen Dökme¹, Yusuf Doğan²¹Viranşehir Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği²Viranşehir Devlet Hastanesi Mikrobiyoloji

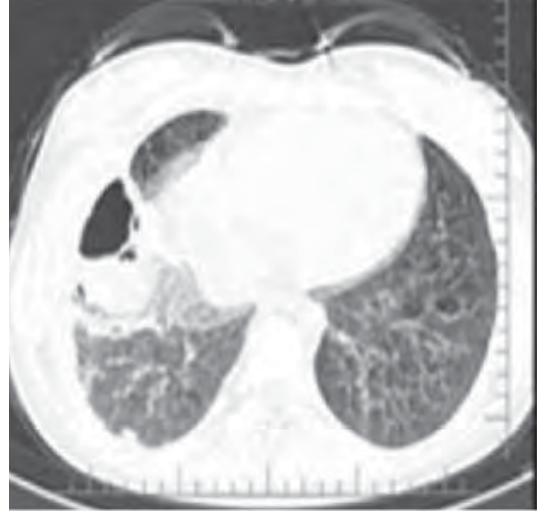
30 yaşında bayan hasta kliniğimize ateş, öksürük ve kanlı balgam çıkarma şikayetleriyle başvurdu. Yapılan sorgulamasında yaklaşık 3 gün önce Suriye'den savaştan kaçarken şiddetli yağmur altında ıslandığı ve şikâyetlerinin akabinde başladığı öğrenildi. Özgeçmişinde daha önceden bilinen bir hastalığı yoktu. Fizik muayenede genel durumu orta, bilinci açık, oryante ve koopere olan hastada dinlemekle sağ akciğerde yaygın ral mevcuttu. Ateş 38 oC, solunum sayısı 20/dk, kalp hızı 100/dk, saturasyonu oda havasında %88 idi. Çekilen akciğer grafisinde sağ akciğerde orta zonda kaviter lezyon, sağ sinüsü kapalı ve yaygın infiltrasyon izlendi (Şekil 1). Toraks BT'de sağ orta ve alt lobda pnömoni ile uyumlu olarak hava bronkogramları izlendi. Hasta pnömoni ön tanısı ile göğüs hastalıkları servisine yatırıldı. Lokal anestezi altında torasentez yapıldı. 20 cc seröz vasıfta sıvı alındı. Hastaya seftriakson 1 gr 2x1, klaritromisin 500 mg 2x1 başlandı. Takiplerinde hastanın şikayetlerinde gerileme olmadı, ateşinin devam etmesi üzerine yapılan radyolojik değerlendirmesinde sağ akciğerde kaviter lezyonların sayısında ve boyutlarında artış görüldü. Hasta tüberküloz yönünden değerlendirildiğinde gönderilen 4 balgamin ehrlich-ziehl-neelsen boyama yöntemi ile boyandığında sonucun negatif olduğu ve kültüründe üreme olmadığı görüldü. Hastaya 3x1 gr meropenem başlandı. 48 saat sonra ateşi düşen genel durumu düzelen hasta takiplerinde taburcu edildi. Poliklinik takiplerinde oral antibiyoterapiye rağmen kaviter lezyonların yaklaşık 2 ay sebat ettiği 3.ayda tamamen gerilediği görüldü. Nekrotizan pnömoni toplum kökenli pnömoni seyri sırasında akciğer parankiminin nekroze olması sonucu gelişir. Pnömonisi olan hastada ateşin uzun süre devam etmesi ve klinik tablonun bozulması şüphe uyandırmalıdır. Bakteriyel pnömoni olgularının çoğundan etiyolojik ajan sıklıkla saptanamaz. Etken saptanan olgulardan sık olarak S.pneumoniae, daha nadir olarak da S.aureus ve Streptococcus pyogenes sorumludur. Olgumuzda olduğu gibi hemoptizi nekrotizan pnömonide saptanan bir bulgudur. Kaviteasyonla seyretmesi, tedaviye geç cevap vermesi ve kültürde çoğunlukla üreme olmaması hem tüberküloz gibi kaviteasyonla seyreden hastalıklar arasında ayırıcı tanıda hem de tedavide problem oluşturmaktadır.

Şekil 1



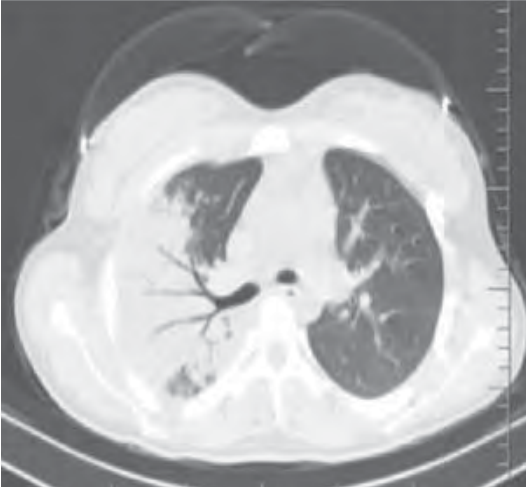
Çekilen akciğer grafisinde sağ akciğerde orta zonda kaviter lezyon, sağ sinüsü kapalı ve yaygın infiltrasyon izlendi.

Şekil 3



Akciğerin bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğerde pnömonik konsolidasyonla beraber kaviter-nekrotik alanlar mevcut.

Şekil 2



Akciğerin bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğerde hava bronkogramları dikkat çekmekte.

Şekil 4



3. ayın sonunda hastada sekelsiz iyileşme görüldü.

EP-294

Karaciğer Kist Hidatiğinin V.cava İnferoir İnvazyonu Sonrası Gelişen Budd Chiary Sendromu ve Pulmoner Emboli

Umut Hasan Kantarcı¹, Güleç Mert¹, Mustafa Gök², Bülent Çağlar Bilgin³, Çoşkun Doğan⁴

¹Şifa Üniversitesi Radyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

²Kafkas Üniversitesi Radyoloji Ana Bilim Dalı, Kars

³Kafkas Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Kars

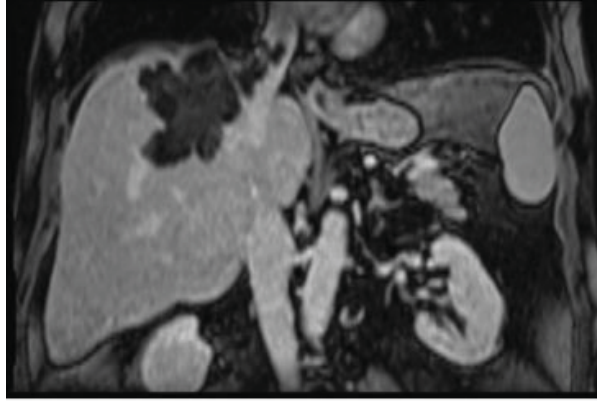
⁴Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Bu olguda karaciğer kist hidatiğinin nadir bir komplikasyonu olan v.cava inferoir invazyonu sonrası gelişen Budd Chiary sendromu ve pulmoner emboli olgusunu sunmak amaçlanmıştır.

OLGU: 82 yaşında kadın hasta bacaklarda şişlik, öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde 20 yıl önce karaciğerde kist hidatik saptandığı ancak son 10 yıldır takipsiz olduğu öğrenildi. Fizik muayenesi iki taraflı pretibial ödem ve her iki akciğerde duyulan raller dışında normaldi. Batın ultrasonografide (USG) karaciğerde segment I, IV ve VI'da yerleşmiş 123x96x87mm boyutunda olan, medialde vena cava inferior (VCI) duvarını invaze ederek lümene doğru uzanan multilokule heterojen kistik lezyon saptandı. Doppler USG incelemesinde VCI'da kan akımı izlenmezken her iki alt ekstremitede femoral vende proksimal obstruksiyon lehine değerlendirilen solunum fazitesinde kayıp izlendi. Abdomen MR incelemesinde kistik lezyonun VCI duvarını invaze ederek kalbe doğru uzanım gösterdiği (RESİM 1) ve alt torakal kesitlerde izlenen değişiklikler nedeni ile çekilen toraks tomografisinde sol akciğer alt lob içinde septalı kistik lezyon, pulmoner enfart alanının düşündürdüğü kama tarzı plevra tabanlı homojen dansiteler izlendi (RESİM 2). Bulgular kist hidatiğin vasküler invazyonu sonucu gelişen Budd Chiary sendromu ve pulmoner emboli olarak yorumlandı.

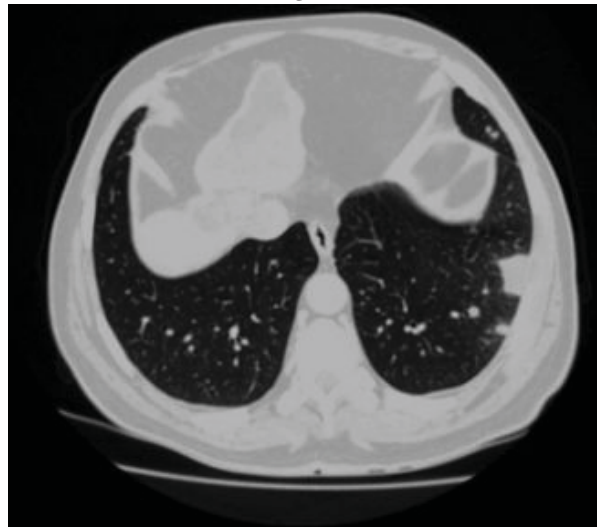
SONUÇ: Kist hidatiğin vasküler invazyonu nadir görülen bir komplikasyondur ve büyük karaciğer kist hidatiklerinde görülebilir. Türkiye gibi kist hidatiğin endemik olduğu ülkelerde Budd Chiary sendromu görülen olgularda ayırıcı tanıda vasküler komplikasyon düşünülebilir. Tanıda US,BT ve MR yol göstericidir

resim 1



KORONER KESİTTE KARACİĞERDEKİ KİSTİK LEZYONUN VCI İNVAZYONU

RESİM 2



TORAKS TOMOGRAFİSİNDE ENFARKT ALANLARI VE SEPTALI KİSTİK LEZYON

EP-295

Nadir Bir Kist Hidatik Tutulumu: Orbital Kavite

Umur Hasan Kantarcı¹, Güleç Mert¹, Mustafa Gök², Bülent Çağlar Bilgin³, Coşkun Doğan⁴

¹Şifa üniversite Radyoloji AD, İzmir

²Kafkas Üniversitesi Radyoloji AD, Kars

³Kafkas Üniversitesi Genel Cerrahi AD, Kars

⁴Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Bu sunumda kist hidatiğin nadir bir tutulumu olan orbital kist hidatik olgusunu sunmak amaçlanmıştır.

OLGU: 67 yaşında kadın hasta sol gözünde şişlik şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde yaklaşık 20 yıldır hepatik kist hidatik tanısı ile takip edildiği öğrenildi. Fizik bakıda sol gözde eksantrik redukte olmayan inferomedial propitozis, sol göz laretal hareketleri ve parmak takibinde kısıtlılık saptandı. Beyin tomografisinde sol orbital kavitede kontrast tutmayan iyi sınırlı, lakrimal bezden ayrı, komşu kemik dokuda lizise neden olan ve orbitayı inferomediale doğru iten kistik lezyon saptandı (RESİM 1). MR görüntülemeye unikal kalın duvarlı kisti izlendi (RESİM 2). Tanımlanan bu lezyonun eksizyon sonrası yapılan histopatolojik incelemesinde hidatik kist tanısı konuldu. Yapılan batın USG'de karaciğer segment IV ve VIII' de Gharbi klasifikasyonu evre 2 ve 3 kist hidatik ile uyumlu lezyonlar saptandı.

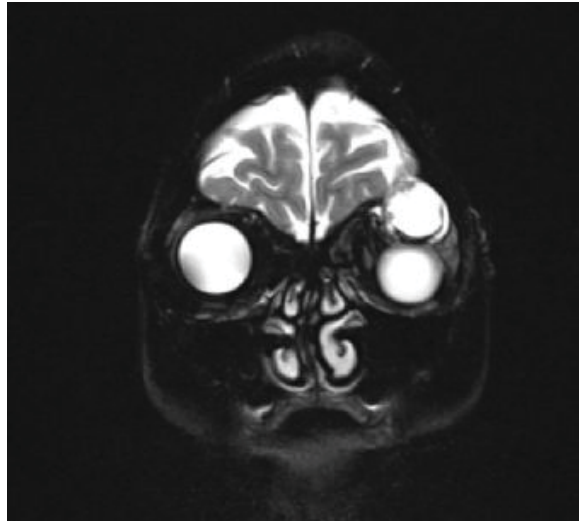
SONUÇ: Kist hidatik sıklıkla karaciğer ve akciğerde görülen paraziter bir hastalıktır. Ancak orbita diğer tutulumlar da nadiren görülebilir. Türkiye gibi kist hidatiğin endemik olduğu ülkelerde herhangi bir sisteme ait nonspesifik bulgular varlığında özellikle de önceden tanı konulmuş bir kist hidatik varlığı söz konusu ise nadir organ ve sistem tutulumları ve bu tutulumlara ait gelişebilecek komplikasyonlar açısından değerlendirme yapılması uygundur.

Orbita BT



BT de sol orbitada kistik lezyon

Orbita MR



MR da sol orbitada kistik lezyon

EP-296

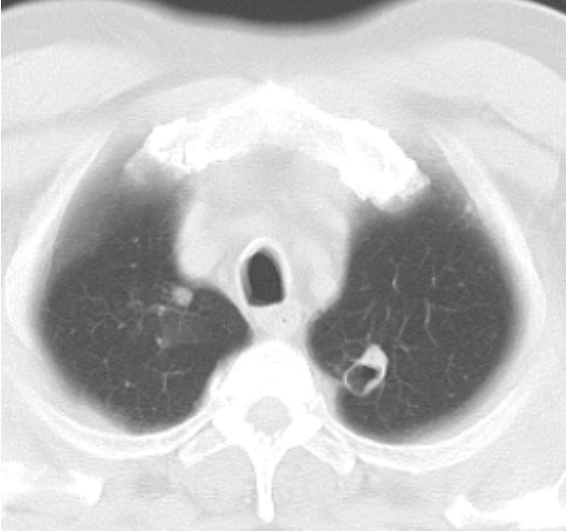
Nadir Bir Kist Hidatik Tutulumu: Serebral Kist HidatikUmud Hasan Kantarcı¹, Güleç Mert¹, Mustafa Gök², Bulent Caglar Bilgin³, Coşkun Doğan⁴¹Şifa üniversite Radyoloji AD, İzmir²Kafkas Üniversitesi Radyoloji AD, Kars³Kafkas Üniversitesi Genel Cerrahi AD, Kars⁴Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul**AMAÇ:** Bu sunumda kist hidatiğin nadir bir tutulumu olan serebral kist hidatik olgusunu sunmak amaçlanmıştır.**OLGU:** 59 yaşında kadın hasta baş ağrısı, bulantı, kusma şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde hastanın çiftçilikle uğraştığı, 5 yıl önce karaciğerde kist hidatik saptandığı ve son 6 aydır aralıklı olarak baş ağrısı şikayetinin tekrarladığı öğrenildi. Fizik muayenesi hafif sağ hemiparezi dışında normaldi. Beyin MR'da sol serebral hemisferde oksipitoparietal yerleşimli perilezyonel ödemin eşlik etmediği septalı geniş kistik lezyon izlendi.(RESİM 1 ve 2) Batın USG'de karaciğerde segment 6'da Gharbi klasifikasyonu evre 3 kist hidatik ile uyumlu lezyon saptandı. Beyin MR'da tanımlanan lezyon nedeni ile opere edilen olguda rüptüre edilmeden çıkarılan lezyonun histopatolojik değerlendirilmesinde kist hidatik saptandı.**SONUÇ:** Kist hidatik sıklıkla karaciğer ve akciğerde görülen paraziter bir hastalıktır. Ancak diğer sistemlere ait tutulumlar da nadiren görülebilir. Beyin parankiminde saptanan kistik lezyonların ayırıcı tansında, özellikle daha önceden kist hidatik tanısı varlığında serebral tutulum da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.**Beyin MR***Sol serebral hemisferde yerleşim gösteren kistik lezyon***Beyin MR2***Sol serebral hemisferde yerleşim gösteren kistik lezyon*

EP-297

Wegener Granülomatozisi Taklit Eden Bir Ekinokokus Alveolaris OğusuBerna Akıncı Özyürek¹, Yurdanur Erdoğın¹, Burcu Cirit Koçer¹, Ümran Özden¹, Funda Demirağ², Ertan Aydın³¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Patoloji³Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi

Ekinokokus alveolaris çoğunlukla karaciğerde yerleşim gösteren parazitik bir ajandır. Nadiren akciğer, beyin, lenf düğümü, periton ve böbreğe hematojen metastaz yapar. Farklı radyolojik görünüm mevcuttur. Periferik yerleşimli multiple, kaviter, küçük, düzensiz nodüller izlenebilir. Ayırıcı tanıda metastatik akciğer hastalıkları, Wegener granülomatozisi ve tüberküloz düşünülebilir. Olgumuz 61 yaşında erkek, dış merkezde çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) her iki akciğerde spiküle uzanım ve yer yer kaviter özellik gösteren multiple nodülleri olması nedeniyle ileri tetkik amaçlı yönlendirilmiş. Hastanın öksürük dışında aktif yakınması yoktu. Fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Laboratuvar değerlerinde hafif lökositoz dışında anormallik yoktu. Malignite şüphesi ile çekilen Pozitron emisyon tomografisi (PET-BT) 'de sol akciğerde izlenen büyüğü yaklaşık 3x2 cm çaplı yer yer kaviter nodüller dansite artımlarına ait artmış metabolik aktivite tutulumları (SUVmax: 4.68), mediastende izlenen aortikopulmoner, sol alt paratrakeal, subkarinal ve sol hiler lenf nodlarında düşük yoğunlukta metabolik aktivite tutulumları (SUVmax: 3.54), karaciğerde izlenen büyüğü yaklaşık 1.5 cm çaplı hipodens nodüller görümlere ait artmış metabolik aktivite tutulumu (SUVmax: 4.58) saptandı. Hasta PET-BT deki karaciğer tutulumu nedeniyle gastroenterolojiye konsülte edildi. Çekilen abdomen MR'da karaciğerde sağ lob posteriorunda 20x13 mm boyutlu septalı kalın duvarlı kistik lezyon saptandı. Gastroenteroloji tarafından 3 ayda bir kontrol önerildi. Hastaya çekilen beyin MR da sol frontal lobda verteks düzeyinde kortikal subkortikal alanda T1A ve T2A sekanslarda net seçilemeyen, IVKM enjeksiyonu sonrası tübüler yapıda kontrast tutulumu saptanan görünüm (vasküler malformasyon?) izlendi. Beyin cerrahisine konsülte edildi. Takip önerildi. Hastaya transtorasik ince iğne aspirasyon biyopsisi (TTİAB) yapıldı. Patoloji sonucu oğuda nekrotizan granülomatöz enfeksiyon yapabilecek enfeksiyon etkenleri ile vaskülit ile karakterize kollajen vasküler hastalıkların klinik olarak ekarte edilmesi önerilir şekilde raporlandı. p-ANCA ve c-ANCA gönderildi. Negatif saptandı. Hasta Romatoloji bölümü ile konsülte edildi. Vaskülit düşünülmedi. PPD 15 mm ölçüldü. 6 balgam ARB ve hızlı gen x-pert tüberküloz testi menfi olarak saptandı. Tanısal amaçlı göğüs cerrahisi tarafından hastaya sol VATS, sol alt ve üst lobdan wedge biyopsisi yapıldı. Tanı *Echinococcus alveolaris* olarak geldi. Hastadan gönderilen kist hidatik hemaglutinasyon 1/8192 (+) saptandı. Hasta operasyon amaçlı göğüs cerrahisi, sistemik tedavi amaçlı enfeksiyon hastalıklarına konsülte edildi. Beyin MR'daki görünüm nedeniyle ekinokokus alveolaris metastazı açısından beyin cerrahisine tekrar konsülte edildi. Olgumuzu radyolojik ve patolojik olarak Wegener granülomatozisi taklit etmesi nedeniyle sunmayı amaçladık.

resim 1



resim 2



EP-298

Multi-Organ Apsesi

Sibel Öktem Ayık¹, Oktay Şenöz², Ayşe Dallı¹, Melek Çekiç¹¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İzmir²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji, İzmir

Multi-organ apseleri herhangi bir odaktan köken alan septisemiye bağlı meydana gelen ender rastlanan morbidite ve mortalitesi yüksek bir klinik tablodur.

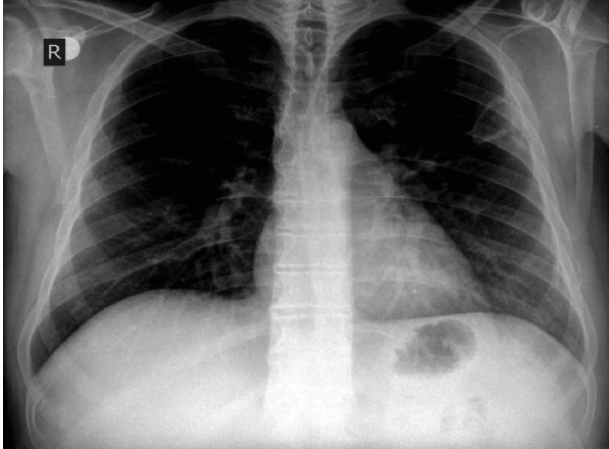
Bu olgu; herhangi bir predispozan faktörü olmayan bir hastada, akciğer, karaciğer ve kolonda eş zamanlı meydana gelen apseler nedeniyle sunulmuştur.

OLGU: Ellibir yaşında veteriner hekim erkek hasta, iki haftadır var olan karın ağrısı, kötü kokulu ishal ve son bir haftadır gelişen öksürük, balgam, üşüme-titreme, ateş yüksekliği, gece terlemesi şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu.

Hasta, sorgulandığında aktif veteriner hekimlik yaptığını, kronik hastalığının olmadığını, dış çürüklerinin olduğunu ve yaklaşık 2 ay önce alt çene birinci molar diş hizasında apse ile uyumlu şişlik olduğunu belirtti.

Fizik muayenede; ateş 39°C, nabız 100 atım/dk, sağ akciğer muayenesi olağan, solda solunum sesleri azalmış, karaciğer kot altında 2-3 cm palpe ediliyor, batin rahat, bağırsak sesleri hiperkinetik, suprapubik bölgede derin palpasyonla kitle hissedilmekte idi. Hastanın laboratuvar parametrelerinde; lökosit sayısı: 39.300/mm³ (% 93 parçalı), hemoglobin: 9.7g/dl, eritrosit sedimentasyon hızı: 98mm/saat, aspartataminotransferaz: 142Ü/L, alaninaminotransferaz: 111Ü/L, C-reaktif protein: 26.5mg/dL, prokalsitonin: 1.7ng/dL bulundu. Hastanın kontrastlı torakoabdominal bilgisayarlı tomografisinde (BT); sol akciğer üst lob lateralinde subplevral yerleşimli, kaviter bir lezyon, karaciğer sağ ve sol lobunda en büyüğü 3 cm çapında, sıvı dansitesine yakın, ring tarzında kontrastlanan apse ile uyumlu olabilecek hipodens lezyonlar ve sigmoid mezosu içerisinde apse ile uyumlu olduğu düşünülen, içerisinde hava dansiteside görülen yaklaşık 4x3 cm boyutunda bir lezyon saptandı. Hastaya yatışında ampirik olarak sefuroksim aksetil 3 x 750 mg ve metranidazol 4 x 500 mg dozunda intravenöz olarak başlandı. Ancak 48 saat sonra hastanın ateş yüksekliğinin devam etmesi ve kliniğinde düzelme olmaması üzerine tedavi meropenem 3 x 1000 mg ve vankomisin 2x1000 mg olarak değiştirildi. Tedavi değiştirildikten 24 saat sonra hastanın ateşi normal seviyeye indi, takiplerinde üşüme-titreme, gece terlemesi ve ishal ortadan kalktı. Hastanın yatışında ateşli olduğu dönemde alınan kan kültürde metisilin dirençli staphylococcus cohnii ssp urealyticus üredi, kültürde üreyen bu mikroorganizmanın verdiğimiz antibiyotiklere duyarlı olması nedeniyle tedaviye 21 gün devam edildi. Klinik düzelme sağlanması, enfeksiyöz parametrelerinde gerileme ve radyolojik olarak da abselerde regresyon saptanması üzerine oral antibiyotik tedavi ile hasta taburcu edildi. Bu olgu; belirgin predispozan faktör olmayan bir kişide eş zamanlı multi-organ absesi gelişmesinin nadir olması nedeniyle sunulmuştur.

Resim 1.



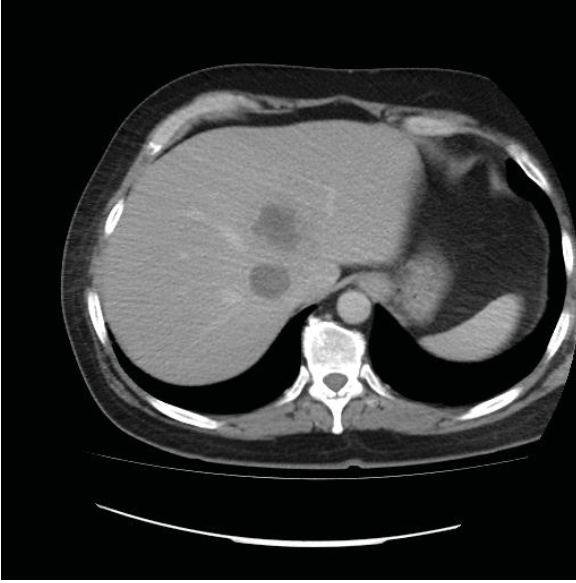
Akciğerde sol üst-orta zon sınırında periferik kavite görünümü

Resim 2.



Tedavi öncesi 43x30 mm boyutunda akciğer absesi

Resim 3.



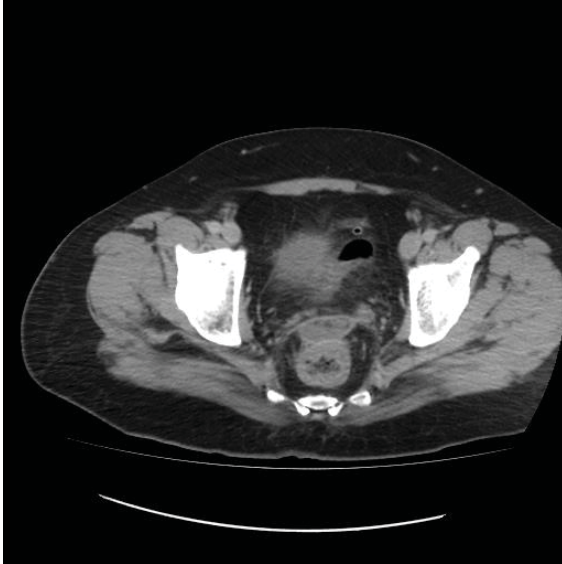
Tedavi öncesi karaciğer apseleri

Resim 6.



Tedavi sonrası karaciğer absesinde regresyon

Resim 4.



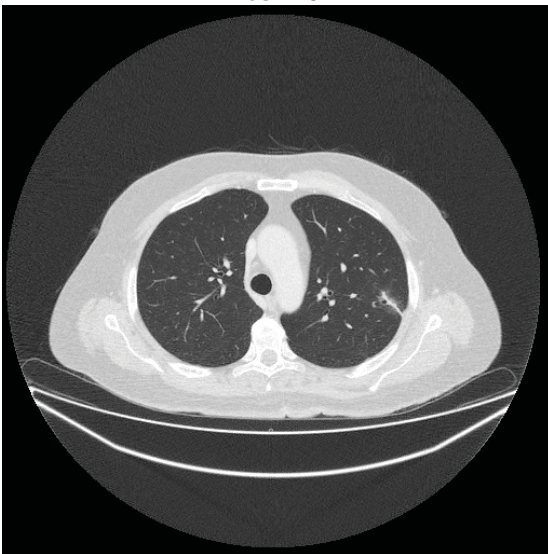
Sigmoid kolonda tedavi öncesindeki apse görünümü

Resim 7.



Tedavi sonrası sigmoid kolonda absede regresyon

Resim 5.



Tedavi sonrası akciğer absesinde regresyon

EP-299

HIV Pozitif Olduğu Tespit Edilen Olguda Mortal Seyreden Bir Pneumocystis Carinii Pnömonisi

Mustafa Canbaz, Dursun Tatar, Ceyda Anar, Emre Şenel, Ahmet Emin Erbaycu

İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, göğüs hastalıkları bölümü, İzmir

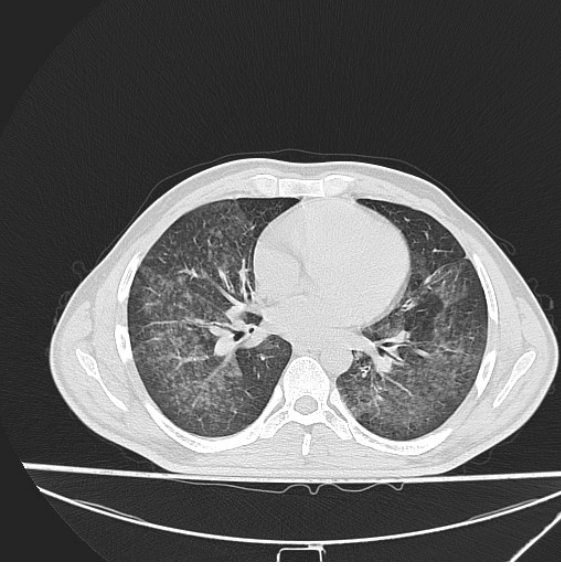
Pneumocystis carinii pnömonisi (PCP) özellikle altta yatan T lenfosit bozukluklarının bulunduğu bağışıklık sorunu bulunan hastalarda görülen bir komplikasyondur. 39 yaşında erkek hasta 3 haftadır devam eden kuru öksürük ve ateş yakınması ile başvurdu. Özgeçmişinden güvercin beslediği, sigara içmediği öğrenildi. Fizik muayenesinde ateş: 37,8 C idi ve dinlemekle bilateral orta ve altta ralleri mevcuttu. Laboratuvar bulgularında hemogram ve biyokimya değerleri normal ve CRP 10 mg/dl, sedimantasyon 58 mm/h olarak saptandı. Kan gazında ph:7,45, pO₂: 75 mmHg, pCO₂: 32mmHg ve saturasyon %98 idi. Toraks yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografisinde (YÇBT) her iki akciğerde santralde daha belirgin, periferik kısımların kısmen korunduğu yaygın buzlu cam dansitesinde interstisyel opasite artımları saptandı. Güvercin besleme öyküsü de olan hastaya radyolojik bulgularla hipersensitivite veya eozinofilik pnömoni ön tanısı ile bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopi kabul etmeyen hastaya steroid tedavisi başlandı ve poliklinik kontrolü önerildi. Kontrolde çekilen PA akciğer grafisinde regresyon saptanması üzerine hastaya steroid tedavisinin devamı ve tekrar kontrol önerildi. İkinci kontrolünde nefes darlığında artma olması, kan gazında hipokseminin saptanması ve radyolojik olarak progresyonun görülmesi üzerine hasta servise yatırıldı. Birinci kontrolünde dahiliye uzmanına gittiği ve steroid dozunun düşüldüğü öğrenilen hastaya tekrar bronkoskopi yapılması önerildi. Bronkoskopi kabul etmeyen hastanın steroid dozu artırıldı ve klinik olarak düzelme sağlanan hasta poliklinik kontrolüne gelmesi önerilerek taburcu edildi. İki hafta sonra nefes darlığında artma olması, hipoksemisi ve radyolojik progresyonu saptanması üzerine yatırıldı. YRBT'inde her iki akciğerde belirgin aerasyon bozulmasına neden olan yaygın olarak buzlu cam dansitesinde değişiklikler izlendi. Bronkoskopi yapılması konusunda ikna edilen hastanın ateşi, oral aftları ve herpes labialis ortaya çıktı. Solunum yetmezliği derinleşen hastaya bronkoskopi yapılamadı ve BIPAP tedavisi uygulandı. Ayırıcı tanıda viral pnömoni ve riketsiya enfeksiyonu da düşünülen hasta intaniye ile konsülte edildi ve steroid dozu azaltıldı, hastaya tetrasiklin ve antiviral tedavi başlandı. İmmün yetmezlik düşünülen hastadan HIV testi istendi. HIV sonucu pozitif gelen hasta, hipoksemik solunum yetmezliği artması üzerine yoğun bakıma nakil verildi. Non-invaziv mekanik ventilasyon uygulaması sırasında total pnömotoraks gelişen hasta gerekli müdahaleler yapılmasına rağmen hayatını kaybetti. Sonuç olarak, bu olgudan yola çıkarak diffüz pulmoner infiltrasyonlar ve solunum yetmezliğiyle başvuran olgularda, immün sisteme ait altta yatan bilinen bir patoloji olmasa da ayırıcı tanılar arasında PCP'nin de düşünülmesinin ve erken dönemde dahi tanı ve tedavi için gerekli girişimlerde bulunulmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

resim 1



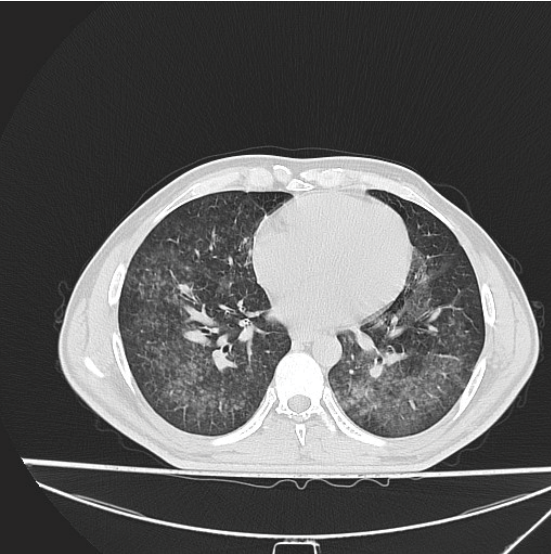
Bilateral santral olarak retiküler opasite artımları

resim 2a



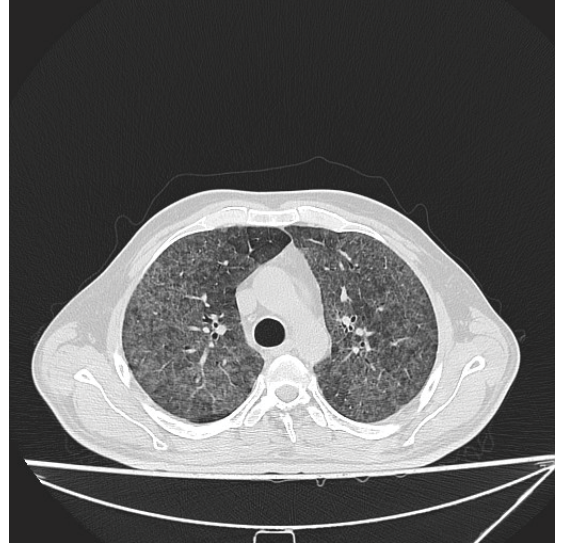
Her iki akciğerde santralde daha belirgin, periferik kısımların kısmen korunduğu yaygın buzlu cam dansitesinde interstisyel opasite artımları

resim 2b



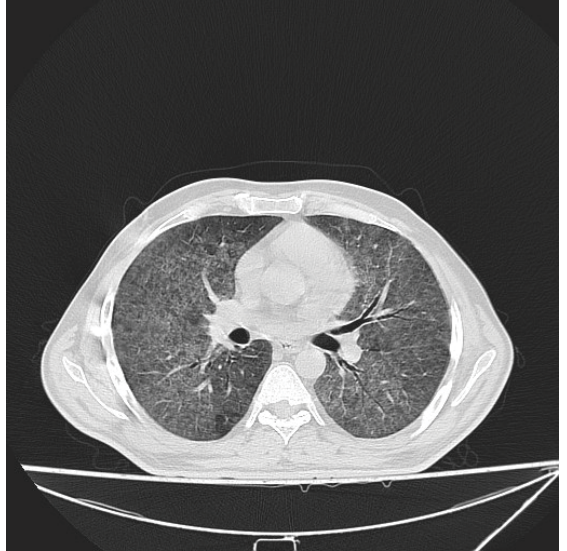
her iki akciğerde santralde daha belirgin, periferik kısımların kısmen korunduğu yaygın buzlu cam dansitesinde interstisyel opasite artımları

resim 3a



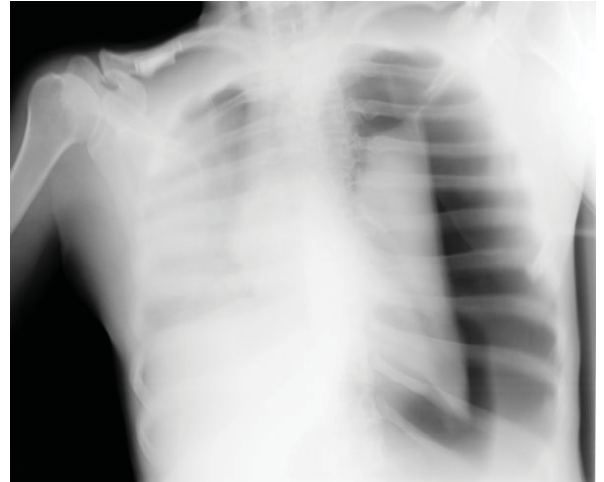
Her iki akciğerde yaygın interstisyel buzlu cam görünümleri

resim 3b



Her iki akciğerde yaygın interstisyel buzlu cam görünümleri

resim 4



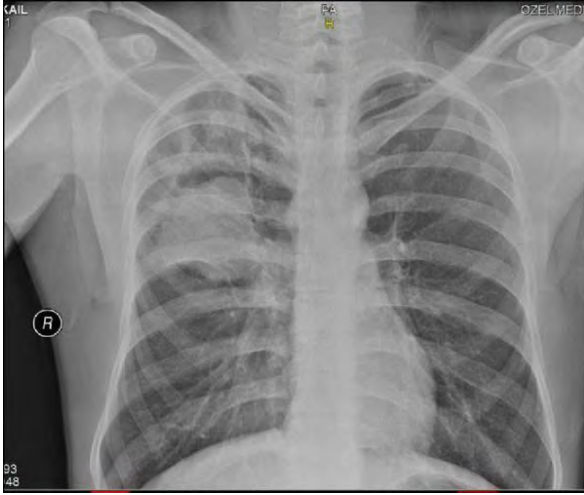
Total pnömotoraks

EP-300

İmmün Yetmezlik Saptanmayan Hastada Pulmoner Nokardiyozis; Olgu SunumuZehra Yaşar¹, Murat Acat², Hilal Onaran³, Akif Özgül³, Neslihan Fener⁴, Fahrettin Talay¹, Erdoğan Çetinkaya³¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye²Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Karabük, Türkiye³Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul, Türkiye⁴Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, İstanbul, Türkiye

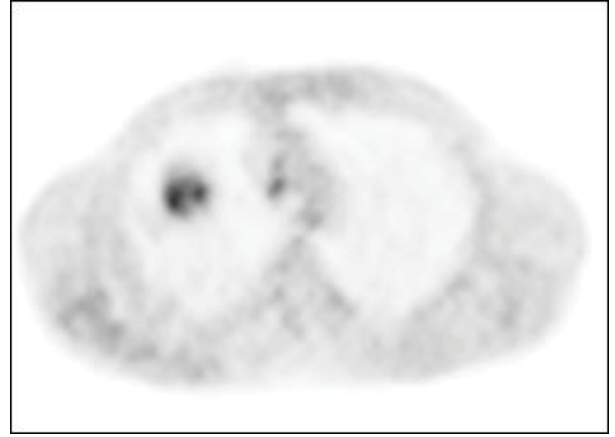
Pulmoner nokardiyozis aerobik aktinomiçes grubundan nokardiyaların neden olduğu subakut veya kronik nekrotizan pnömonidir. Özellikle immünitesi zayıflamış veya baskılanmış hastalarda, örneğin solid organ transplant alıcıları, lösemili, HIV pozitif ve uzun süre kortikosteroid kullananlarda saptanır. İmmün yetmezliği olmayan hastalarda nadiren görülür. Pulmoner nokardiyozise % 70 Nocardia asteroides neden olur ve uygun tedavi almayan hastalarda mortalite oranı %45dir. 35 yaşında erkek hasta 2 yıldan beri devam eden öksürük, nefes darlığı, balgam ve ara ara olan hemoptizi şikayetiyle ileri tetkik ve tedavi için kliniğimize başvurdu. Son 6 aydır antitüberküloz tedavi almasına rağmen şikayetlerinde artış mevcut idi. PA akciğer grafisinde sağ üst zonda infiltrasyon ve akciğer bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer alt lob superior segmentten anterior segmente uzanan hava bronkogramları ve kavite içeren konsolidasyon saptandı. (Resim 1) PET BT de maligniteyi de düşündüren artmış 18FDG tutulumu izlendi. (Resim 2) Alınan balgam kültürlerinde üreme olmaması, balgam örneklerinde asidorezistan bakteri saptanmaması ve kliniğin kötüleşmesi nedeniyle sağ üst lobektomi yapıldı. Gram boyamada gram pozitif, dallanma eğilimi gösteren bakteriler görüldü ve kültürde Nocardia spp üredi. Hastada immün yetmezlik yapacak hastalık yada tedavi öyküsü saptanmadı. Trimetoprim-sülfametoksazol tedavisi sonrası klinik ve radyolojik düzelme saptandı. Antitüberküloz tedavi yanıtı olmayan immün yetmezlik saptanmayan hastalarda da ayırıcı tanıda pulmoner nokardiyozis akılda tutulmalıdır.

Şekil 1



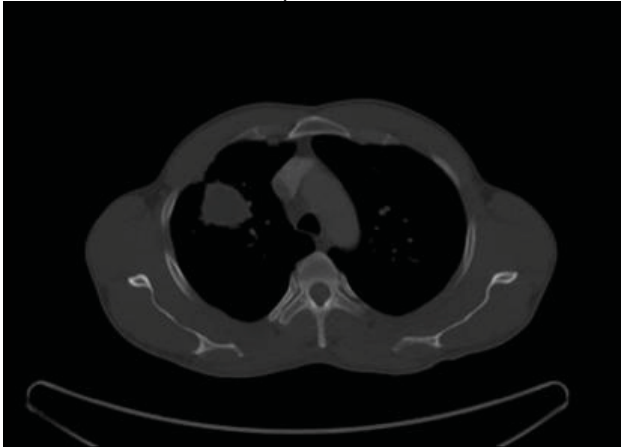
Akciğer grafisinde sağ üst zonda homojen dansite

Şekil 3



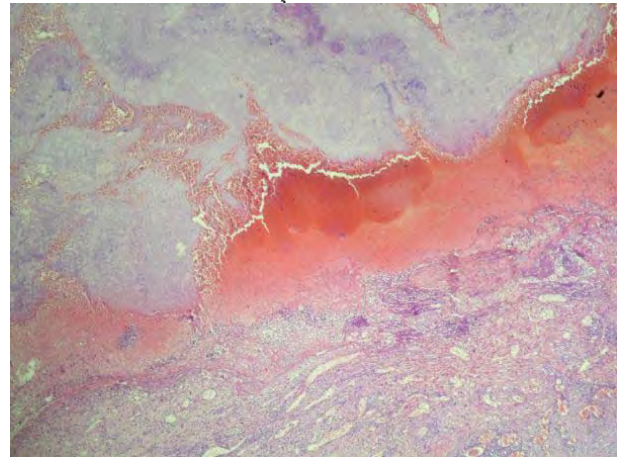
PET BT:artmış FDG tutulumu (SUV max: 7,1)

Şekil 2



Bilgisayarlı tomografi: Sağ akciğer alt lob anterior segmentte kaviter lezyon

Şekil 4



Gram pozitif, dallanma eğilimi gösteren bakteriler (Nocardia, H/E X 400)

EP-301

Pnömoni Tanısında Göğüs Ultrasonografisi: Bir Gebe Olgu

Mehmet Sinan Bodur¹, Fatma Didem Birel¹, Cemile Dilşah Sürmeli¹, Mustafa Karakoyun²

¹Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

²Diyarbakır Selahattin Eyyubi Devlet Hastanesi Radyoloji

24 Yaşında kadın olgu göğüs hastalıkları polikliniğine ateş, nefes darlığı, öksürük ve yan ağrısı ile başvurdu. Son 3 gün içinde yakınmaları artan hastanın vital bulguları:

Tansiyon Arteriyel: 136/76 mmHg

Nabız: 105 / dk Ateş: 37,6 C

SatO2: % 92 Oda havasında

Solunum dakika hızı: 22 / dk

Fizik Bakı: Göğüs duvarının önden yapılan dinlemesinde sol hemitoraksta inspiratuvar raller haricinde patolojik bulgu yok.

Standart göğüs radyolojisi: Gebelik nedeniyle çekilmedi

Hastada başta pnömoni olmak üzere solunum sistemi enfeksiyonları ve gebeliğe eşlik eden pulmoner emboli düşünüldü.

Tam kan sayımında Lökositozu olan olguda toraksa yönelik ultrasonografik tetkikte sol akciğerde konsolide alanın gösterilmesi ile pnömoni tanısı radyolojik olarak gösterildi.

Ayırıcı tanılara yönelik tetkikleri planlanan olguya başlanan antibiyoterapi ile klinik ve laboratuvar iyileşme sağlandı.

Gebe olgularda torakal ultrasonografi tanısal fayda sağlamaktadır.

Göğüs Ultrasonografisi

EP-302**Pnömoni İle Başvuran Bir Musküler Distrofi Olgusu**

Hatice Uluçoban Dede, Aykut Çilli

Akdeniz Üniversitesi, göğüs hastalıkları Anabilim dalı, Antalya

Nöromusküler hastalıklar solunum kaslarında ilerleyici güçsüzlüğe neden oldukları için solunum yetmezliğine yol açmaktadır. Noninvaziv mekanik ventilasyon bu hastalarda semptomları, gaz alışverişini, yaşam kalitesini ve sağ kalımı düzeltmektedir. Solunum yolu infeksiyonlarının tetiklediği akut solunum yetmezliği atakları nöromusküler hastalıklarda görülebilir. Bizim vakamızda da pnömoni ile tetiklenen akut solunum yetmezliği sonrası tanı konulan musküler distrofi vakası anlatılmaktadır.

34 yaşında erkek hasta solunum sıkıntısı nedeniyle dış merkez acil servise başvurmuş, sonrasında entübe edilerek hastanemiz yoğun bakım kliniğine devredilmiştir. İki gün yoğun bakım takibi sonrası hasta Göğüs Hastalıkları kliniğine pnömoni öntanısı ile devralındı. Takipleri süresince uygun antibiyoterapi sonrası tip 2 solunum yetmezliği devam eden hastaya noninvaziv mekanik ventilasyon uygulandı. Tip 2 solunum yetmezliği nedenleri araştırılırken olası diğer nedenler ekarte edildikten sonra santral nedenler araştırıldı. EMG kas tutulumu ile uyumlu ve kas biyopsisi sonucu Limb Girdle musküler distrofi olarak yorumlanmıştır. BIPAP ile arter kan gazı değerlerinde düzelme olan hasta eve BIPAP ile gönderildi. Hasta halen izlenmekte olup nörolojik tetkikleri devam etmektedir.

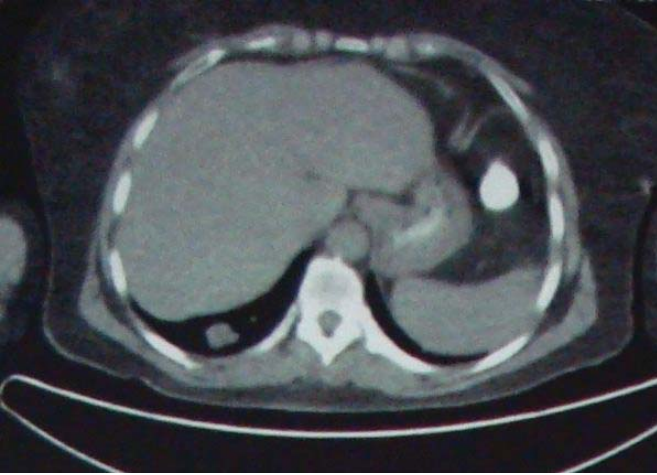
Erişkin dönemde akut solunum yetmezliği sonrası tanı alan nöromusküler hastalıklar nadir vakalardır. Sonuç olarak nöromusküler hastalıklarda çeşitli solunumsal problemlere karşılaşılmaktadır. Hastaların klinik ve fonksiyonel durumları değerlendirildikten sonra gereken noninvaziv veya invaziv mekanik ventilasyon desteği verilmesi gerekmektedir.

EP-303

Nadir Bir Soliter Pulmoner Nodül Nedeni; Pulmoner AktinomikozMurat Acat¹, Zehra Yaşar², Akif Özgül³, H. Erhan Dinçer⁴, Neslihan Fener⁵, Fahrettin Talay², Erdoğan Çetinkaya³¹Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, Karabük, Türkiye²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, Bolu, Türkiye³Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul, Türkiye⁴Minosota Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları, Allerji, Yoğun Bakım ve Uyku bozuklukları, Minosota, USA⁵Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, İstanbul, Türkiye

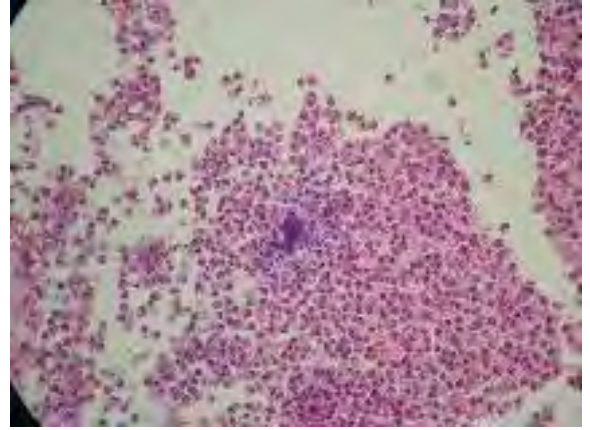
Aktinomikoz, aktinomiçes olarak adlandırılan sporsuz, aside dirençli olmayan, filamantöz, gram-pozitif anaerobik bakterilerin neden olduğu nadir görülen subakut-kronik infeksiyöz bir hastalıktır. Pulmoner aktinomikoz oldukça nadir görülür ve klinik olarak diğer infeksiyon hastalıklarını ve malign hastalıkları taklit ettiği için tanısı zordur. Tüm aktinomikoz olgularının yaklaşık %15-20'sini oluşturur. Hastalığa predispozan faktörler alkolizm, kötü ağız hijyeni, diş eti hastalıkları ve cerrahisi, yüz travması, diabetes mellitus ve amfizem, kronik bronşit, bronşektazi gibi kronik solunum sistemi hastalıklarıdır. Kliniğimize öksürük, kanlı balgam, zayıflama şikayetleri ve malignite ön tanısı ile sevk edilen 56 yaşındaki kadın hastanın toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ akciğer alt lobda 14*17mm çapında spiküle konturlu nodüler lezyon izlendi. Fiberoptik bronkoskopi tanısız değildi. Çekilen FDG-PET (fluorodeoksiglukoz pozitron emisyon tomografisi)/ BT'de sağ akciğer alt lobda maligniteyi de düşündürülen aktivite artışı (SUV max:5,2) gözlemlendi. (Şekil 1) İleri tetkik ve tedavi amaçlı BT eşliğinde transtoraksik iğne aspirasyonu ile histopatolojik olarak pulmoner aktinomikoz tanısı kondu. (Şekil2) Hastaya bir ay intravenöz penisilin ve sonrasında 6 ay oral penisilin verildi. Takiplerinde hastanın klinik ve laboratuvar bulgularında düzelmeye izlendi. Sonuç olarak, soliter pulmoner nodül ayırıcı tanısında nadir de olsa pulmoner aktinomikozun da akıldan tutulması gerektiğini vurgulamak amacıyla bu olguyu sunduk.

Şekil 1



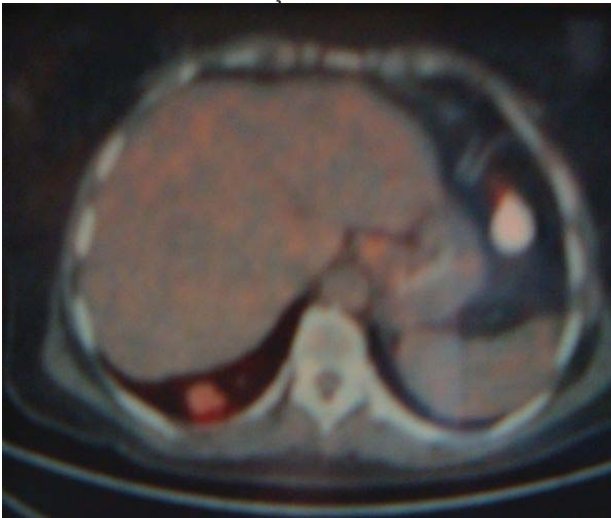
Bilgisayarlı tomografide (BT) sağ akciğer alt lobda 14*17mm çapında spiküle konturlu nodüler lezyon

Şekil 3



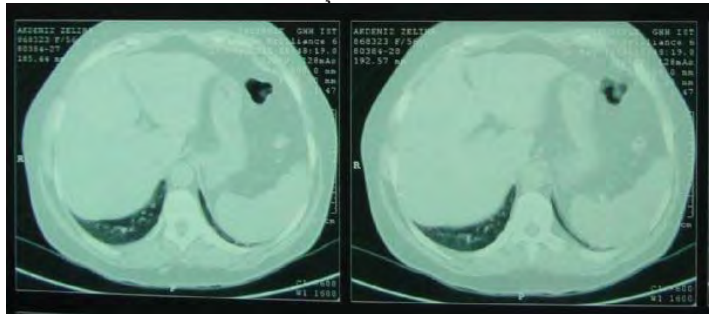
Nötrofillerce çevrelenmiş filamantöz Aktinomikoz kolonileri

Şekil 2



FDG-PET / BT sağ akciğer alt lobda aktivite artışı (SUVmax:5,2)

Şekil 4



Tedavi sonrası kontrol Toraks bilgisayarlı tomografisi

EP-304

Akciğer Kanseri Nedeniyle Pnöminektomi Yapılan Olgunun Takibinde Pozitron Emisyon Tomografide False Pozitif Tutulum Nedeni: Bronşiyal Güdük AktinomikozuNevin Taci Hoca¹, Arzu Ertürk¹, Nermin Çapan¹, Ümran Özden¹, Pınar Bıçakçioğlu², Hatice Esra Özaydın³¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği³Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü

Aktinomikoz; anaerobik, gram pozitif filamentöz bakterilerin neden olduğu, kronik, süperatif bir enfeksiyondür. Endobronşiyal aktinomikoz nadiren görülür.

Küçük hücreli dışı akciğer karsinomu nedeniyle pnöminektomi yapılan olgunun takibinde, bronşiyal güdük yerindeki maligniteyi taklit eden endobronşiyal lezyonun, nadir görülen aktinomikozla bağlı olduğu tespit edilmiştir.

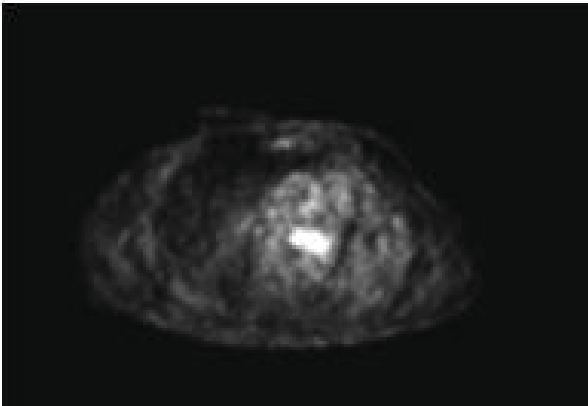
OLGU: 53 yaşında, erkek hastanın, Ağustos 2006'da akciğer skuamöz hücreli karsinom nedeniyle sol pnöminektomi öyküsü mevcut. Operasyon sonrası 3A olarak evrelendirilen olguya, 4 kür adjuvan Vinorelbin+Cisplatin kemoterapisi verildi. Takibinde 2009'da hemoptizi olması nedeniyle bronkoskopi yapıldı. Kanama görülmedi, güdük yerinden alınan biyopsi sonucu, iltihabi granülasyon dokusu olarak tespit edildi. Eylül 2013'de çekilen pozitron emisyon tomografisinde (PET-BT); sol ana bronş güdüğünde 1.8x1.4 cm büyüklüğünde yumuşak doku görünümü (SUV: 8.1) tespit edildi. Bronkoskopide güdük yerinde granülasyon dokusu saptandı. Alınan multipl biyopsilerin patolojik incelemesi, lenfositlerle infiltrate kanamalı bronş duvarı olarak değerlendirildi. Aktif yakınması olmayan hasta yakın takibe alındı. Temmuz 2014'de ara ara hafif öksürük yakınması olan hastanın yapılan rutin laboratuvar incelemelerinde beyaz küre: 15700, sedim: 8mm/h, CRP: 0.23 tespit edildi. Çekilen PET-BT'de ise güdük yerinde saptanan yumuşak doku görünümünün 3.1x1.5x1.6 cm olduğu (SUV: 8.9) görüldü. Bronkoskopi yapıldı. Güdük yerinde mukozada granülasyon dokusu ve düzensizlik şeklinde endobronşiyal lezyon izlendi. Mukoza fragil ve ödemli idi. Buradan çok sayıda biyopsiler alındı. Histopatolojik inceleme sonucunda; iltihabi granülasyon dokusu halini almış, yüzeyi metaplastik skuamöz epitel ile döşeli, yer yer ülser olmuş bronş duvar parçaları izlendi. Arada serbest ada halinde aktinomiçes kolonileri ile uyumlu bakteri kümeleri görüldü. Bunun üzerine penisilin tedavisi başlanarak hasta takibe alındı. Akciğer kanseri nedeniyle pnöminektomi yapılan bu olguda, güdük yerinde yumuşak doku lezyonunun tespit edilmiş olması ve PET-BT'de aktif tutulum saptanması nedeniyle, öncelikle primer akciğer kanserinin geç dönemde nüks ettiği düşünülmüş, ancak aktinomikoz saptanmıştır. Sonuç olarak; bronşiyal güdük aktinomikozu, false pozitif PET-BT tutulumuna neden olarak, nüks maligniteyi taklit edebilmektedir.

Resim 1a.



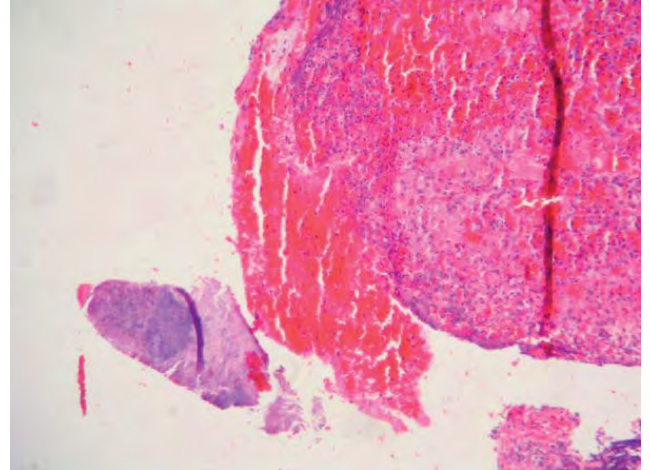
Olgunun PET-BT Kesiti

Resim 1b.



Olgunun PET-BT kesiti

Resim 2



Güdük yerinden alınan biyopside aktinomiçes kolonileri

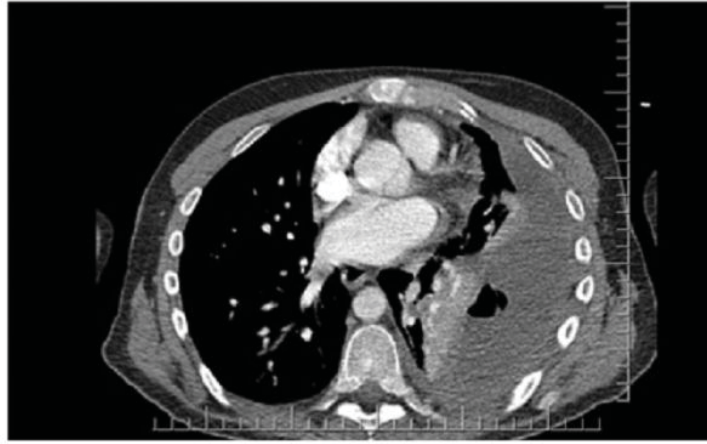
EP-305

İmmünkompetan Hastada Gelişen Mantar Ampiyemi Olgu Sunumu

Özlem Düvenci Birben, Emire Pinar Seyfettin, Merih Tepeoğlu, Müşerref Şule Akçay
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

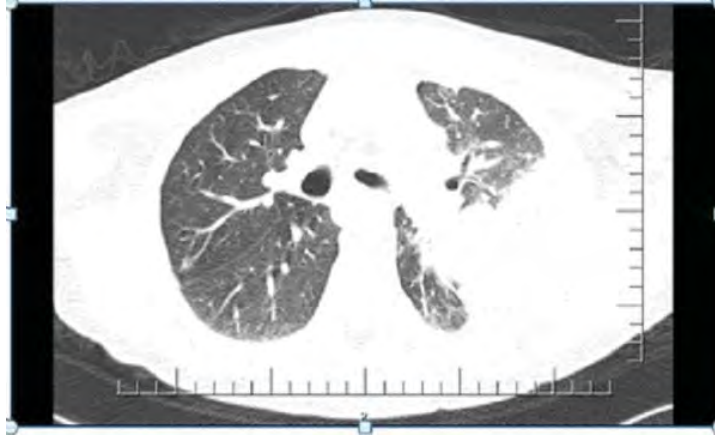
33 yaşında bilinen immünyüpresif hastalığı olmayan ve immünyüpresif tedavi kullanmayan erkek hasta acil servise ateş yüksekliği, öksürük, balgam şikayetleri ile başvurdu. Sol akciğerde masif efüzyon saptanması üzerine plörezi etyolojisi araştırılması için hospitalize edildi. Bilinen epilepsi ve mental retardasyonu olan hastada; torasentez biyokimyası ampiyem özelliğindedi, torasentez sonrası pleural kateter takıldı..Plevral sıvı ADA:237 U/L, albümin:1014,8 mg/dl, protein: 2644,8 mg/dl, LDH: 3325 U/L, glukoz: 8 mg/dl, lökosit: 152,1 bin/µL, mikrobiyolojik örnekte pleural sıvı ARB şüpheli pozitif olarak raporlandı. ADA yüksekliği ve ARB pozitifliği ile dördü antitüberküloz tedavi başlandı ve ilgili VSD'ye yönlendirilerek taburcu edildi.Plevral mayi kültüründe üreme olmadı. Hasta ateş yüksekliği ile 1 hafta sonra tekrar acil servise başvurdu. Plevral sıvı sitoloji sonucu mantar hifleri olarak raporlanan ve tüberküloz PCR sonucu negatif olarak gelen hastanın antitüberküloz tedavisi kesilip, hastaya antifungal (vorikonazol) tedavi başlandı. Antifungal tedavi ile klinik stabilizeşti, ancak boşaltmayı takiben pleural sıvısı yeniden arttığı için kesin tanı amaçlı VATS yapıldı ve patoloji kronik fibrinöz plörit olarak raporlandı. Vorikonazol tedavisi altında ateşi ve enfeksiyon parametreleri gerileyen hastanın mantar plörezi olarak takibine devam edilmektedir. Bu olgu pleural sıvıda ADA düzeyinin çok yüksek saptanmasının tüberküloz için özgün olmadığını, pleural sıvı sitolojisinin mantar enfeksiyonunda tanısallabileceğini kanıtlaması yönüyle tartışmaya sunulmaktadır.

RESİM 1



sol akciğerde masif efüzyon, ampiyem ile uyumlu görünüm

RESİM 2



sol akciğerde masif efüzyon, ampiyem ile uyumlu görünüm

[Abstract:0607]EP-306**Nadir Bir Akciğer Enfeksiyonu Olgusu: Pulmoner Aktinomikoz**Muhammet Gülhan¹, Pınar Yıldız Gülhan¹, Mesut Arslan², Şeyma Yıldız³¹Tosya Devlet Hastanesi, Kastamonu²Çorum Göğüs Hastalıkları Hastanesi, Çorum³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, Ankara

GİRİŞ: Aktinomikoz Actinomycetaceae familyasında yer alan sporsuz, aside dirençli olmayan, gram-pozitif anaerobik bakterilerin neden olduğu bir hastalıktır ve insanlarda ilk kez 1878 yılında Israel tarafından tanımlanmıştır. Aktinomikozun tanısı zordur. Klinik ve radyolojik olarak tüberküloz, akciğer absesi veya akciğer kanserini taklit eder. Bu benzerlikler genellikle yanlış tanıya ya da tanıda gecikmeye neden olur. Genelde orta yaş gurubunda görülür, 10 yaş altında ve 60 yaş üstünde sıklığı oldukça azalır. Tedavide ilk tercih antibiyotik yüksek doz penisilinlerdir. Ampiyem ve hemoptiziye neden olan abse durumunda cerrahi tedavi uygulanır.

OLGU: 57 yaşında erkek hasta tarafımıza bir yıldır devam eden az miktarda sarı renkli balgam, 3-4 aydır artan nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Sigara öyküsü mevcut değildi. Fizik muayenede sağ akciğer orta ve alt bölgede ralleri mevcuttu. Tam kan ve biyokimya değerleri normaldi. Solunum fonksiyon testi normaldi. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde (PA AC) sağ alt zonda nonhomojen dansite atışı mevcuttu (Resim 1). Bilgisayarlı tomografisinde sağ akciğer orta ve alt lobunda hava bronkogramları izlenen etrafında buzlu cam dansitesinde yoğunluk artışı olan alanlar izlendi. 2 hafta süreyle verilen nonspesifik antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen hastaya bronkoskopi yapıldı. Sağ akciğer alt lob girişinde vejetan lezyon izlendi. Bronş lavajı alındı; patoloji sonucunda proteinöz zeminde çok sayıda skuamöz hücre, lenfositler, histiositler, nötrofiller ile aktinomiçes kolonileri ve az sayıda bronş epitel hücreleri izlendi. Hastanın tüberküloz kültürü negatif geldi. Hastalığa predispozan faktörler arasında alkolizm, kötü ağız hijyeni, diş eti hastalıkları ve cerrahisi, yüz travması, diabetes mellitus ve amfizem, kronik bronşit, bronşektazi gibi kronik solunum sistemi hastalıklarıdır mevcuttur. Diş protezi bulunan hasta ağız diş sağlığı merkezine yönlendirildi. Hastamızın ağız hijyeninin bozuk olduğu söylendi. Aktinomikoz tanısı konan hastaya IV Ampisilin sülbaktam tedavisi başlandı. 1 ay sonunda tedaviye oral amoksisilin ile devam edildi. Tedavinin 4. ayında bulunan hastanın semptomları ve radyolojik bulguları geriledi (Resim 2).

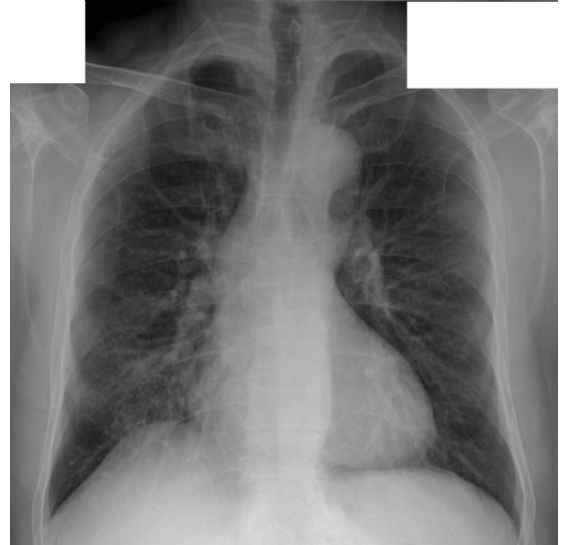
SONUÇ: PA AC grafisinde antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen infiltratif görünümü olan hastalarda tüberküloz, akciğer kanseri gibi ayrıcı tanılar arasında nadir görülen aktinomikoz enfeksiyonu da unutulmamalıdır.

Resim 1



Sağ alt zonda nonhomojen dansite atımı.

Resim 2



Tedavinin 4. ayında sağ alt zonda heterojenitede belirgin regresyon

EP-307

Rituximab Tedavisi Uygulanan Lenfomalı Hastada Kriptokok Plörezisi (Olgu Sunumu)

Nalan Ogan¹, Meltem Aylı², Semra Tunçbilek³, Tevfik Kaplan⁴, Haldun Umudum⁵, Meral Gülhan¹

¹Ufuk Ü.T.F. Göğüs Hastalıkları A.D.

²Ufuk Ü.T.F. Hematoloji B.D.

³Ufuk Ü.T.F. Enfeksiyon Hastalıkları A.D.

⁴Ufuk Ü.T.F. Göğüs Cerrahisi A.D.

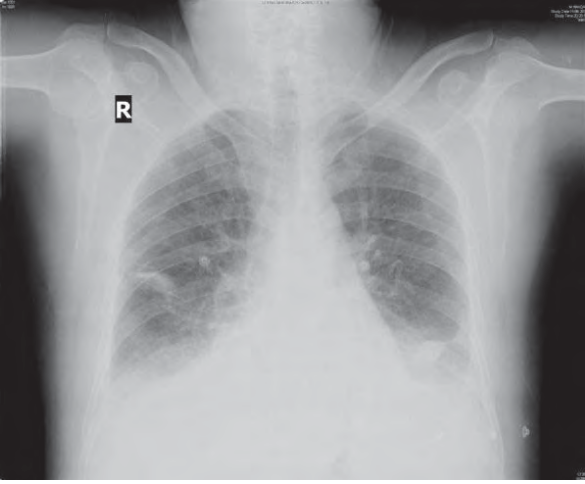
⁵Ufuk Ü.T.F. Patoloji A.D.

GİRİŞ: İmmün süprese hastalarda ateş ve plevral efüzyon etiyojisini saptamak zordur. Özellikle enfeksiyonların yanı sıra ilaç toksisiteleri, altta yatan hastalığın nüksü gibi birbirinden farklı yaklaşımlar gerektiren birçok neden mevcuttur. Kriptokok enfeksiyonu bağışıklığı baskılanmış kişilerde iyi tanımlanmış bir enfeksiyon olmakla beraber klinik seyirinde plörezinin ön planda olması oldukça nadirdir. Bu makalede yüksek ateş yakınması ile başvuran ve takibinde bilateral plörezi gelişen, ayırıcı tanıda zorluk yaşanan, dissemine kriptokok enfeksiyonu olgusu sunularak konuya dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

OLGU: Nonhodgkin lenfoma tanısı ile idame Rituximab tedavisinde olan 49 yaşında erkek hasta yüksek ateş, ağızda ağrılı yaralar, karın ağrısı ve karında şişlik şikayetiyle iç hastalıkları kliniğine yatırıldı. Fizik muayene de konjunktivalarda solukluk, solda skapula altında inspiratuvar raller, batında distansiyon, sol üst kadranda hassasiyet, pretibial ödem saptandı. Laboratuvar incelemelerinde pansitopeni, sedimentasyon ve CRP yüksekliği, hipoalbuminemi ve LDH yüksekliği tesbit edilen hastanın ilk çekilen akciğer grafisinde belirgin bir patoloji saptanmadı. Batın ultrasonografisinde minimal asit tesbit edildi. Geniş spektrumlu ampirik antibiyotik tedavisi altında klinik progresyon gösteren hasta için bölümümüzden konsültasyon istendi. Yeni çekilen akciğer grafisinde bilateral plevral efüzyon geliştiği görüldü. Bilgisayarlı tomografide plevral efüzyonun yanı sıra bilateral milimetrik pulmoner nodüller ve minimal perikardiyal efüzyon saptandı (resim 1). Torasentez ile koyu sarı renkte, biyokimyası eksüda ile uyumlu mayı alındı. Mayiden yapılan hücre bloğunda papanicolaou ve müsikarmin boyamaları ile 5-20 mikron çapında multiple kriptokoklar görüldü ve lateks aglutinasyonu ile kriptokok antijeni saptandı. İkili antifungal tedavi uygulanan hastaya plevral sıvının hafif seropürülan görüntüsü nedeni ile iki taraflı plevral kateter takıldı. Bir hafta sonra drenajı kesilen hastanın plevral kateterleri çekildi. Takiplerde ateşi olmayan, genel durumu ve radyolojik bulguları tama yakın düzelen hasta 6 ay süreyle idame flukonazol tedavisi planlanarak taburcu edildi.

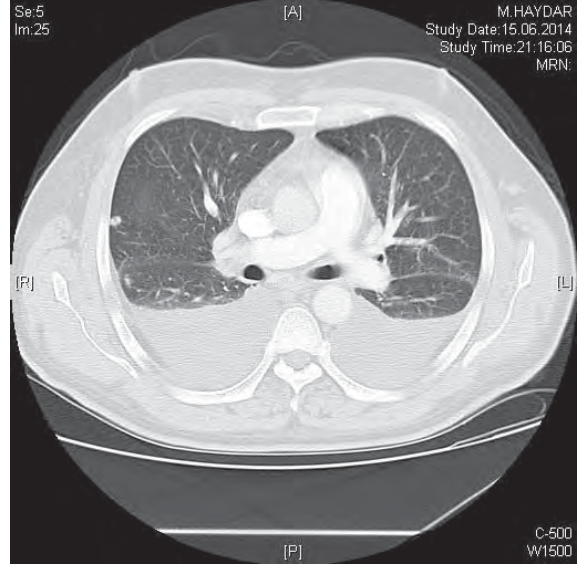
SONUÇ: Daha çok pulmoner nodüller, pnömonik infiltrasyon ya da hiler –mediastinal lenfadenopatilerle karşımıza çıkan pulmoner kriptokok enfeksiyonu nadiren plevral efüzyon, hatta hastamızda olduğu gibi poliserozite yol açabilir. Ayırıcı tanının zorluk gösterdiği immün-süprese hastalarda dissemine kriptokok enfeksiyonunun akılda bulundurulması, zor olmayan tanısı ve özellikli tedavisi ile hayat kurtarıcı olacaktır.

Resim 1



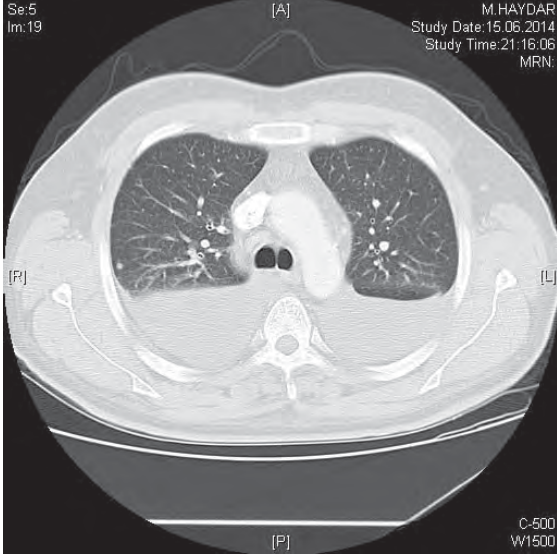
Tedavi öncesi posteroanterior akciğer grafisi.

Resim 2 B



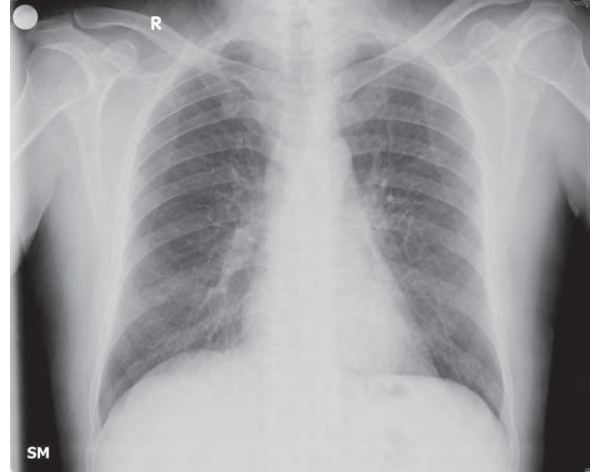
Tedavi öncesi bilgisayarlı toraks tomografisi kesiti (B).

Resim 2 A



Tedavi öncesi bilgisayarlı toraks tomografisi kesiti (A).

Resim 3



Tedavi sonrası posteroanterior akciğer grafisi.

EP-308

Künt Toraks Travması Sonrası Geç Bir Komplikasyon: Akciğer Apsesi

Mertay Boran¹, Elif Nisa Ünlü², Bilge Aydemir³, Ertay Boran⁴, İdris Şahin⁵

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Düzce

³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

⁴Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Düzce

⁵Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: Akciğer absesi sınırlı kavitasyon ile birlikte olan parankimal nekrozis ve yüksek morbidite ve mortalite ile karakterizedir. Alkol, immunosüpresiyon, aspirasyon, pnömoni, ileri yaş predispozan faktörler arasındadır. Merdivenden düşme sonrası sağ 7., 8. kosta fraktürü olan akciğer kontüzyonu hemopnömotoraksı olmayan ve hikayesinde DM, HT, alkol kullanımı olmayan 54 yaş erkekte gelişen akciğer absesi ve başarılı tedavisini sunacağız.

OLGU: 54 yaş sağlıklı erkek hastaya 1 ay önce merdivenlerden düşme sonrası çekilen Toraks BT'de sağ 7. ve 8. kosta nondeplase kosta fraktürü izlenip, akciğer kontüzyonu ve hemopnömotoraks saptanmaması üzerine ağrı palyasyonu ve ampirik antibiyotik tedavisi düzenlenmiş. DM, HT, alkol ve sigara kullanımı olmayan hastaya bir ay sonra hafif hemoptizi, hafif öksürük ve göğüs ağrısı şikayeti nedeni ile amoksisilin klavulonat 1000 gr 2x1 ve asetilsistein ve analjezik tedaviye devam edildi. 15 gün sonra iştahsızlık, halsizlik, titreme ile yükselen ateş, şikayeti nedeni ile çekilen PA akc grafide sağ alt zonda parakardiak alanda opasite, Toraks BT de sağ alt lopta parankimal fokal sıvı koleksiyonu ile birlikte olan apse görünümü ve loküle ampiyem saptandı. Diagnostik torasentez sonrası USG altında tüp torakostomi uygulandı, 200 mg drenaj sonrası drenaj gözlenmedi. Levofloksasin başlandı, rifosinli intrapleural lavaj, triflo ile solunum egzersizi uygulandı. Plevral sıvı kültüründe penisiline duyarlı fusobakterium ve C/G grubu streptokok saptandı. göğüs tüpü 8.gün çekildi, bronkoskopide doğal solunum sistemi izlendi, genel durumu ve iştahı düzelen, wbc, sedim,crp seviyeleri düşmeye başlayan hasta 10. gün taburcu edildi ve başlanmış olan Levofloksasine 5 hafta devam edilmek üzere hastanın tedavisine ayaktan devam edildi. 6.haftada çekilen kontrol Toraks BT de apsenin tamamen gerilediği saptandı.

TARTIŞMA: Kontüzyonu olmayan, kosta fraktürleri olan ve ağrı palyasyonu ve ampirik antibiyotik tedavisi düzenlenen hastaların uzun süreli takiplerinde hafif hemoptizi ve öksürük hikayesi akciğer absesi oluşumu açısından uyarıcı olmalıdır. Ek hastalık olmaması mikroorganizmaya hassas antibiyotiklerin verilmesi ile tedavide başarı sağlanır.

EP-309

Akciğer Kanserini Taklit Eden Kaviter Lezyon:pulmoner AktinomikozLütfiye Kılıç¹, Gülcihan Zehra Özkan¹, Halide Nur Ürer², Deniz Bilici¹, Serpil Başgüden¹¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH,Göğüs hastalıkları,İstanbul²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Patoloji, İstanbul

Aktinomikoz, aktinomiçes olarak adlandırılan bakterinin neden olduğu, nadir görülen kronik bir infeksiyon hastalığıdır. Pulmoner Aktinomikoz; çeşitli nedenlerle ağız florasında actinomiçeslerin artması ve aspirasyon yoluyla oluşur. Aktinomikozun spesifik olmayan klinik bulgularının olması, çok yavaş ilerlemesi ve diğer hastalıklarla karışması nedeniyle tanıda güçlük çekilmektedir.

OLGU: 53 yaşında bayan hasta, ev hanımı. Öz geçmişinde madde kullanımı ve hastalık öyküsü yok. Hastanemize başvurusundan 2 ay önce halsizlik, öksürük, nefesinin kötü kokması ve balgam şikayetleri olmuş. Gitmiş olduğu bir sağlık merkezinde akciğer grafisine göre pnömoni olduğu söylenerek antibiyotik tedavisi başlanmış. Hastanın şikayetleri geçmediği gibi üşüme, titreme, ateş ve nefes darlığı eklenmiş. Bunun üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde Sol akciğer üst lob posterior segmentte düzensiz sınırlı kalın duvarlı kaviter lezyon saptanınca malignite düşünülerek ileri inceleme için hastanemize sevk edilmiş. Lezyonun periferik yerleşimli olması ve hastanın bronkoskopi kabul etmemesi nedeniyle tomografi eşliğinde TTIA yapıldı. Alınan materyal patolojik incelemeye, tüberküloz ve mantar enfeksiyonu tetkikleri için mikrobiyolojiye gönderildi. Materyalin incelemesinde Asidorezistan basil (ARB) görülmedi. Hücre bloğunun patolojik incelemesinde bol polimorf nüveli lökositler, nükleer kırıntılar, fibrin, ince fibriler yapılar izlendi. Histokimyasal çalışmalar yapılarak Grocott (+), Gram (+), EZN (-) sonuçları aktinomikozis ile uyumlu bulundu. Hastaya penisilin tedavisi başlandı. Tedavisinin 1. ayında ve 3. ayında çekilen kontrol BT'sinde tama yakın düzelme sağlandı.

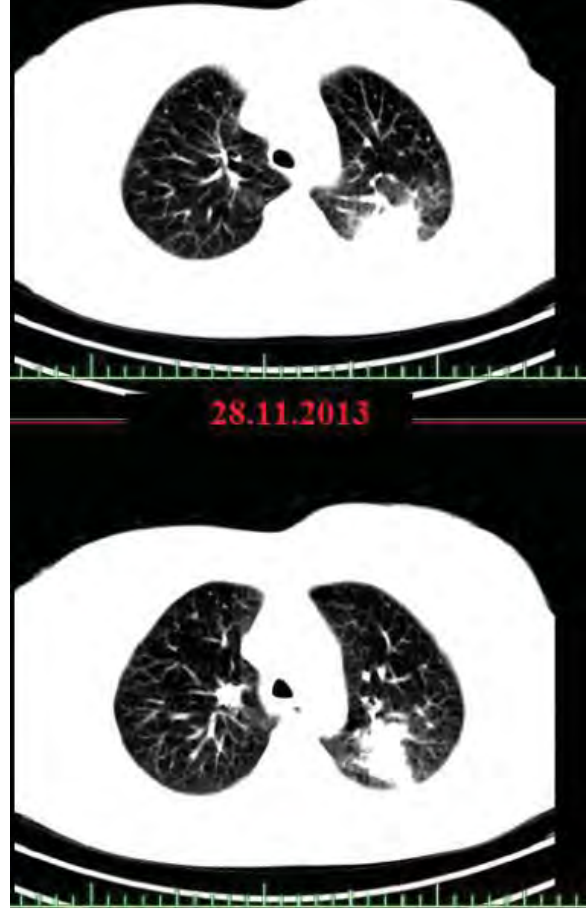
SONUÇ OLARAK; pulmoner aktinomikoz klinik ve radyolojik olarak tüberküloz, akciğer apsesi veya akciğer kanserini taklit edebilen bir hastalıktır. Histolojik olarak aktinomiçeslerin gösterilmesi tanısaldır. Akciğerde radyolojik kaviter lezyon varlığında pulmoner aktinomikoz akılda tutulmalıdır.

Şekil 1



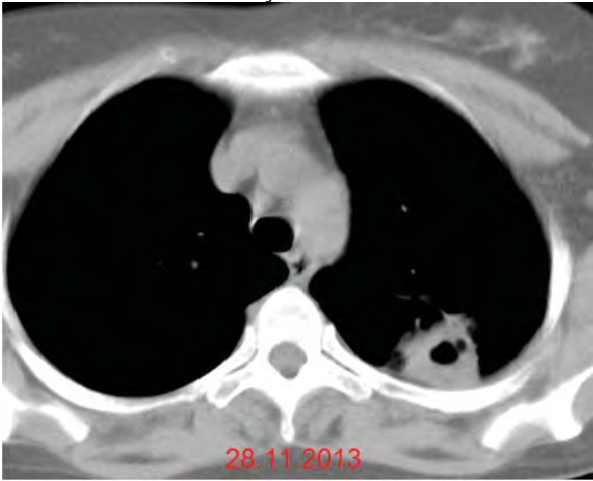
Başlangıç akciğer grafisi

Şekil 2



Başlangıç bilgisayarlı tomografi parankim kesiti

şekil 3



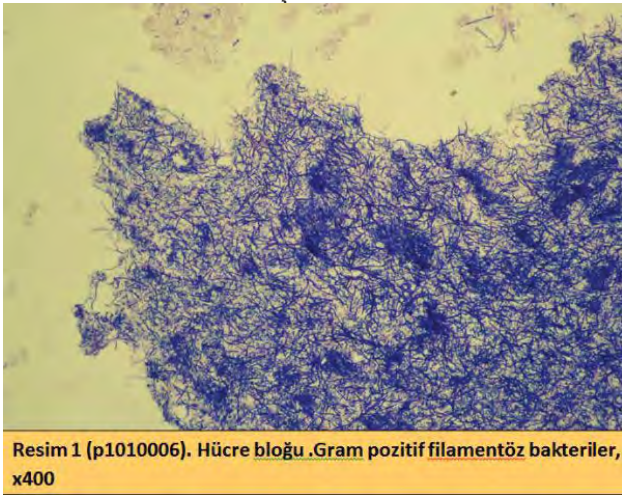
Başlangıç bilgisayarlı tomografi mediasten kesiti

şekil 6



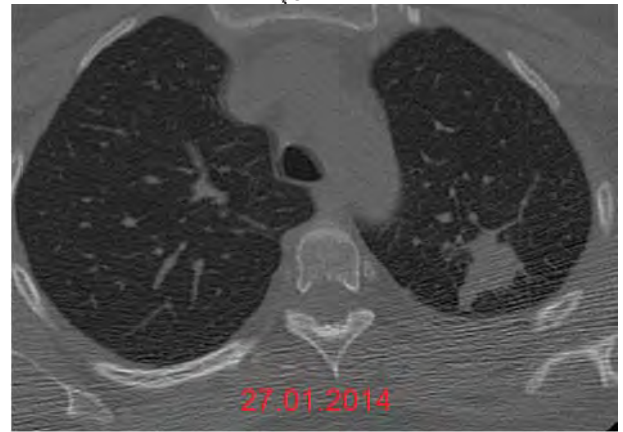
Tedavi sonrası PA akciğer görüntüsü

şekil 4



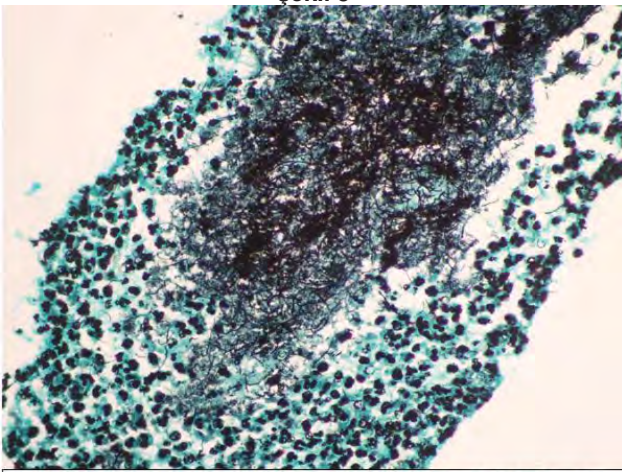
Resim 1 (p1010006). Hücre bloğu .Gram pozitif filamentöz bakteriler, x400

şekil 7



Tedavinin 1. ayı kısmi iyileşme

şekil 5



Resim 2. (p1010012) Hücre bloğu. Grocott pozitif bakteri kümeler, x400

Şekil 8



Tedavi sonrası tama yakın düzelme

EP-310**Steroid Tedavisi Sonrası Gelişen Pulmoner Nokardiyozis**

Orhan Yücel, Ufuk Turhan, Deniz Doğan, Cantürk Taşcı
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Akciğer nokardiyozisi immünsüpresif hastalarda görülen önemli bir fırsatçı enfeksiyondur. Bakteri inhale edildikten sonra akut, subakut ve kronik hastalık olarak karşımıza çıkar. Hastalığın klinik ve radyolojik bulguları özgün olmadığı için tanı koymak oldukça güç olup mortalitesi yüksek bir enfeksiyondur.

Olgumuz 63 yaşında erkek hasta öksürük, balgam çıkarma ve ateş yüksekliği şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın hikayesinde fasial paraliziye bağlı 2 hafta steroid tedavisi kullanım öyküsü mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde sağ hemitoraks bazalinde inspiratuar raller oskülte edildi. Çekilen P/A akciğer grafisinde sağ alt zonda kaviteyle uyumlu dansite artışı görüldü. Hastanın akciğer tomografisinde sağ alt lobta kaviter lezyon mevcuttu. Hastaya yapılan bronkoskopi işleminde alınan bronko alveolar lavaj kültüründe hastada nocardia spp. tespit edildi. Hastaya enfeksiyon bölümü ile görüşülerek trimetoprium-sülfametoksazol ve amikasin tedavisi başlandı. Bu tedavi altında hastada belirgin radyolojik regresyon ve klinik düzelme izlendi.

Hrct keşifi*Kaviter lezyon*

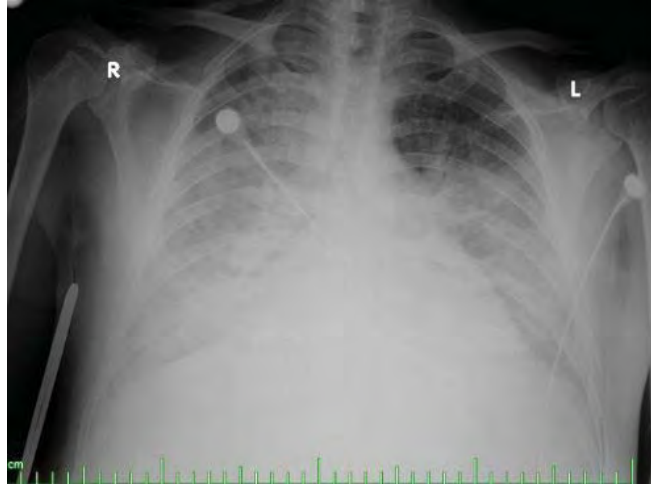
EP-311

Pnömonok Aşısı Sonrası Gelişen Pnömonokoksik Pnömoni

Şeyma As, Ayşin Durmaz, Naciye Mutlu, Hüseyin Cem Tigin, Işıl Gökdemir, Murat Kıyık, Sadettin Çıkrıkçıoğlu
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH.

2 ay önce Tip II DM, hipertansiyon ve hipertiroidi tanısı ile tedavi başlanan hasta, başvurusundan 1 hafta önce pnömokok aşısı yapılmış, aşıdan 2 gün sonra nefes darlığı, 4 gün sonrada ateş ve öksürük şikayetlerine eklenmiş. Hastanemiz acil polikliğine başvurdu. 7-8 lt/ maske oksijen altında pH: 7.46 PaO2:54 pCO2:33 HCO3:24 sO2:%90 PaO2/FiO2: WBC:18000 Hb: 8.5 Htc:27.6 CRP:90 Total bilirubin:1.71 Direkt bilirubin 1.48 Na:127 vucut ısısı: 36.8 toraks BT de solda daha fazla olmak üzere bilateral plevral effüzyon izlendi. Soldan tanısal torasentezle sıvı alındı; transuda vasfında mayii izlendi. Hasta yatırılarak noninvaziv mekanik ventilasyon başlandı. Levofloksasin 500 mg 2x1 ve destek tedavisi düzenlendi. Tedavinin 1. saatinde NIMV ile 4-5 lt/dk nasal oksijen ile parmak ucu saturasyonları %88 civarında seyretmesi üzerine Yoğun Bakım Ünitesine alındı. NIMV'a devam edildi. Tedavisi Piperasilin -tazobaktam 1 gr 4x1, Amikasin 500 mg 1x2 ve Klaritromisin 500 mg 2x1 olarak değiştirildi. Tansiyon arteryel değerleri yüksek seyretmesi nedeniyle furosemid infüzyonu başlandı. YBÜ yatışının 1. günü sonunda PAAG de progresyon saptanması üzerine tedaviye oseltamavir 75 mg 2x1 eklendi. Ateşleri olan hastadan balgam, idrar ve kan kültürleri gönderildi. NIMV ile solunum desteği sağlanmaya devam etti. Kan kültüründe s.pneumonia üredi. Bunun üzerine oseltamavir kesildi. PaO2/FiO2 200' üzerinde seyretti, genel durumu iyi ve entübasyon ihtiyacı olmadı. Radyolojik düzelme gözlenen hasta ybü yatışının 5. gününde servise alındı. 2 L/dk nasal oksijen ile parmak ucu saturasyonları %96-98 arasında seyretti. PAAG infiltrasyonlar tamamen geriledi. enfeksiyon parametreleri normale döndü.

Paag 1



Hastanın ilk başvuru anındaki akciğer grafisi

Paag 2



Tedavisi sonrası akciğer grafisi

EP-312

KOAH Tanılı Hastalarda Serum RDW Düzeyi ve Atak Özellikleri

Serap Argun Barış¹, Tuğba Aşlı Önyılmaz², Esra Kuşlu Uçar¹, İlknur Başyigit¹, Haşım Boyacı¹, Füsün Yıldız¹¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli²Mardin Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Mardin

AMAÇ: Kırmızı kan hücresi dağılımı (RDW), kırmızı kan hücrelerinin heterojenitesini gösteren bir parametredir. Önceki çalışmalarda artmış RDW düzeyinin kardiyovasküler hastalıklarda ve KOAH' ta mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızın amacı KOAH hastalarımızda RDW değeri ve atak özelliklerinin değerlendirilmesidir.

MATERYAL-METOD: 2009-2013 yılları arasında KOAH alevlenmesi ile kliniğimizde yatmakta olan hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, sigara kullanım öyküsü, komorbid hastalıkları, takip süreleri, atak ve yatış sayıları, yatış süreleri, hemogram tetkiki, arter kan gazı bulguları, NIMV kullanımı, YBÜ ihtiyacı ve exitus durumları kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya 35'i kadın (%18.5), 154'ü erkek (%81.5) olmak üzere, yaş ortalaması 67.4± 10.6 yıl olan toplam 189 hasta alındı. Ortalama takip süresi 2.85±2,5 yıl ve ortalama yatış süresi 8.5±5.4 gün idi. Hastaların 41'i (%22) aktif sigara içici ve 115'i (%61.8) sigarayı bırakmış idi. En sık atak nedeninin (%72) enfeksiyonlar olduğu izlendi. RDW değerinin 66 hastada (%34.9) artmış olduğu izlendi. RDW değeri artmış ve normal olan KOAH hastaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında cinsiyet, sigara öyküsü, sigara paket yılı, atak sayısı, yatış sayısı, yatış süresi, NIMV kullanımı ve YBÜ ihtiyacı açısından farklılık izlenmezken, exitus sayısının RDW değeri yüksek olan grupta istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu izlendi (p=0.02).

SONUÇ: Bu çalışma, artmış RDW seviyelerinin KOAH hastalarında mortalite ile ilişkili olabileceğini, stabil KOAH hastaları ve sağlıklı kontrol grubunu içeren prospektif uzun dönem çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir.

Tablo 1

		Normal RDW		Artmış RDW		p
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	19	15,4	16	24,2	0,13
	Erkek	104	84,6	50	75,8	
Sigara	Sigara içmeyen	19	15,8	11	16,7	0,8
	Sigara içen	25	20,8	16	24,2	
	Sigarayı bırakmış	76	63,3	39	59,1	
NIMV	(-)	80	65	34	51,5	0,07
	(+)	43	35	32	48,5	
YBÜ	(-)	116	94,3	59	89,4	0,07
	(+)	7	5,7	7	10,6	
Exitus	(-)	119	96,7	58	87,9	0,02
	(+)	4	3,3	8	12,1	

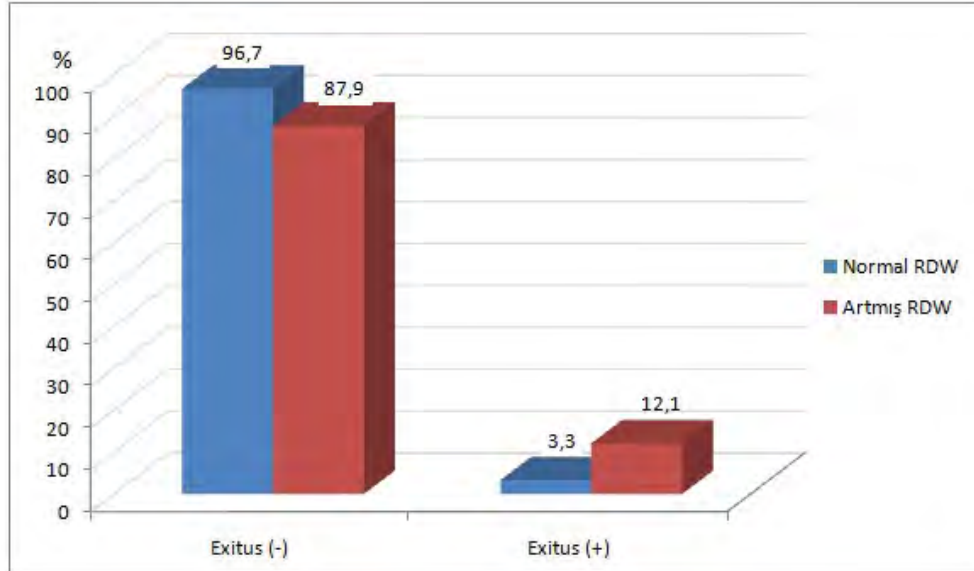
RDW düzeyine göre hasta gruplarının demografik özellikleri

Tablo 2

Ortalama	Normal RDW	Artmış RDW	p
Yaş, yıl	66,8 ± 10,8	68,6 ± 9,97	0,15
Sigara p/yıl	40,8 ± 28,6	46,3 ± 32	0,7
Atak sayısı, n	2,9 ± 3,4	3,02 ± 3,4	0,1
Yatış sayısı, n	2,05 ± 1,9	2,2 ± 2,3	0,7
Yatış süresi, gün	8,61 ± 5,8	8,4 ± 4,5	0,8
CRP, mg/L	8,6 ± 10,7	7,02 ± 8,9	0,42
PaO ₂ , mmHg	67,7 ± 18,9	66,3 ± 16,7	0,08
PaCO ₂ , mmHg	47,2 ± 13,6	51,03 ± 15,1	0,007
SO ₂ , %	90,7 ± 7,8	89,3 ± 7,6	0,47

RDW düzeyine göre hasta gruplarının atak özellikleri

Figür 1



Exitus olan ve olmayan hastalarda RDW düzeylerinin karşılaştırılması

EP-313

KOAH'ta Atakta ve Stabil Dönemde Yaşam Kalitesi Anketleri Sonuçları ile Serum MPV ve IL-6 Düzeylerinin DeğerlendirilmesiBalam Er Dedekargınoğlu¹, Elif Küpeli¹, Nilufer Bayraktar², Ersin Öğüş³, Gaye Ulubay¹¹Başkent Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara²Başkent Üniversitesi, Tıbbi Biyokimya Ana Bilim Dalı, Ankara³Başkent Üniversitesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Ankara

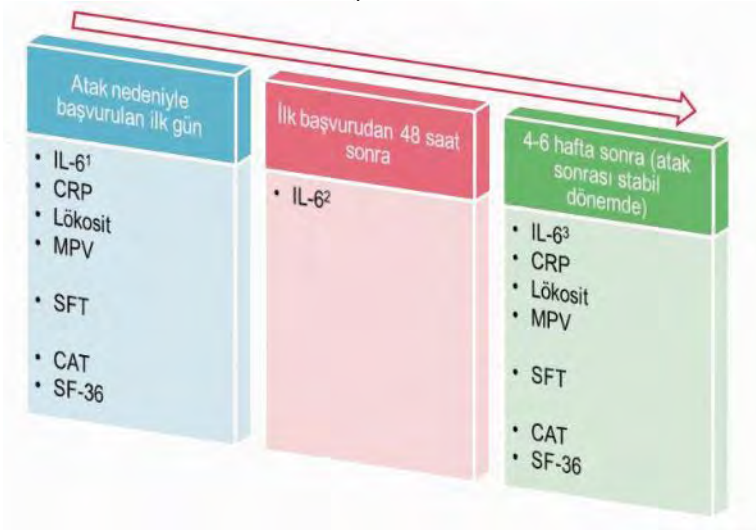
GİRİŞ: KOAH (kronik obstrüktif akciğer hastalığı) kronik morbidite ve mortalitenin başlıca nedenlerinden biri olan önlenebilir, tedavi edilebilir bir hastalıktır. KOAH'ın doğal seyri, tekrarlayıcı semptomlar ve ataklar ile karakterizedir. Atak tanısı hastaların kliniği ve verdikleri subjektif anamnez bulgularıyla konulmaktadır. Tanı için objektif ve kesin bir belirteç olmamakla birlikte, fizik muayene bulguları ve inflamasyon belirteçlerindeki artış klinik uygulamada çoğu zaman yol gösterici olmaktadır. Çalışmamızda atakların yaşam kalitesine olan etkilerini göz önünde bulundurarak CAT'in (COPD Assessment Test) atak tanısında ve atak sürecinde kullanılabilirliğini göstermeyi hedefledik.

YÖNTEM: Atak döneminde hastaneye başvuran KOAH hastalarının CAT skorları ve inflamasyon belirteçleri, stabil dönemlerdeki CAT skorları ve inflamasyon belirteçleri ile karşılaştırıldı. Ayrıca, hastaların atak ve stabil dönemdeki CAT skorunda olabilecek değişikliğin MPV (Mean Platelet Volume), IL-6 (interlökin 6), CRP(C Reaktif Protein) ve genel sağlık anketi SF-36 (Short Form 36) ile olan korelasyonu incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya, atak döneminde hastanemize başvuran 13'ü kadın, 40'ı erkek toplam 53 KOAH'lı hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 68,6±1,1 yıl olarak bulundu. Hastaların atak sonrası stabil dönemdeki CAT skorları atak dönemi CAT skorlarına göre daha düşüktü (ort.CAT atak:23,2±1,7 ve ort.CAT stabil: 15,0±1,0 p<0,01). Aynı şekilde SF-36 fiziksel sağlık skorlarında da atak sonrası stabil dönemde, atak dönemine göre iyileşme olduğu görüldü (p<0,05). Atak dönemi CAT skorları, yine atak döneminde ölçülen ve sistemik inflamasyonun objektif göstergeleri olan il-6 (rho=0,45 p= 0,01), CRP (rho=0,45 p= 0,01) ve lökosit (rho=0,30 p=0,03) ile ilişkili bulundu. Ancak CAT skorları ile MPV değerleri arasında korelasyon yoktu.

TARTIŞMA: Çalışmamızın sonucunda CAT skorlarının CRP ve IL-6 gibi inflamatuvar belirteçlerle olan korelasyonuna dayanarak atak tanısında yol gösterici olduğunu öne sürebiliriz. İnflamatuvar cevap ile seyreden komorbiditelerin varlığı nedeniyle biyobelirteçler ile değerlendirmenin zor olduğu hastalarda atak tanısını destekleyen bir parametre olabilir. Ayrıca atak sürecinin takibinde noninvaziv ve maliyetsiz bir tetkik olarak kullanılabilir.

Şekil 1



Çalışma sürecinde yapılan tetkik ve anketler

Tablo 2

Değişkenler	n=53
Yaş	68,6±1,1
Cinsiyet	
Kadın [n (%)]	13 (25,5)
Erkek [n (%)]	40(75,5)
Sigara kullanımı (paket-yıl)	38,7±3,5
Kadın (paket-yıl)	21,2 ±2,6
Erkek (paket-yıl)	43,9±2,2
KOAH dışı sistemik hastalık varlığı[n (%)]	39 (73,6)
KOAH tanı süresi	
<1 yıl [n (%)]	10 (18,9)
1-5 yıl [n (%)]	24 (45,3)
≥5 yıl [n (%)]	19(35,8)

Çalışmaya dahil edilen hastaların demografik özellikleri

Tablo 1

Dahil Edilme Kriterleri	Dışlanma Kriterleri
KOAH tanısı olup, solunum yolu semptomlarında günlük gözlenen normal değişikliğin ötesinde ve ilaç değişikliğine sebep olabilecek kötüleşme izlenen(1) aynı zamanda aşağıda belirtilen semptomlardan en az biri (2) bulunan hastalar	-MPV değerinde değişikliğe sebep olabilecek herhangi bir tanısı olan hastalar (TTP, hemoraji, lösemi, splenektomi, splenomegali, vaskülit)
• balgam pürülansında artış • balgam hacminde artış • dispnede kötüleşme	-Serum biyobelirteç düzeylerinde değişikliğe neden olabilecek herhangi bir tanısı olan hastalar (solunum sistemi ya da diğer sistemlere ait enfeksiyon, inflamasyon)

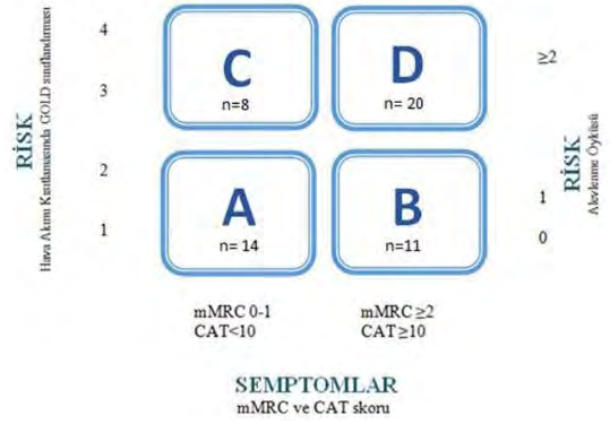
Hastaların çalışmadan dışlanma ve çalışmaya dahil edilme kriterleri

Tablo 3

	Atak dönemi ortalaması	Stabil dönem ortalaması	p
FEV ₁ (L)	1,6±0,1	1,9±0,6	p=0,02
CAT skoru	23,2±1,7	15,0±1,0	p<0,01
SF-36 fiziksel sağlık skoru	46,5±1,7	49,5±1,6	p<0,05
SF-36 mental sağlık skoru	47,0±1,5	45,8±1,3	p=0,02
MPV (fL)	8,7±0,2	9,1±0,3	p=0,09
Lökosit (bin/uL)	10,4±0,5	8,3±0,3	p<0,01
CRP (mg/L)	26,4±6,5	6,6±1,0	p<0,01
IL-6 ölçümleri (pg/mL)			
IL-6 ¹ ve IL-6 ² karşılaştırılması	38,0±11,2	14,9±1,6	p<0,05
IL-6 ² ve IL-6 ³ karşılaştırılması	24,0±2,7	14,9±1,6	p<0,05

Atak dönemi ve stabil dönemde yapılan ölçümlerin karşılaştırmaları

Şekil 2



Hastaların GOLD sınıflamasına göre dağılımları

Şekil 3



Kontrol viziti yapılan hastalarda kontrol CAT skoru ile son 1 yılda geçirilen atak sayısı arasındaki ilişki.

EP-314

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastaları Abdominal Aort Anevrizması Yönünden Taranmalı mıdır?

Ülkü Aka Aktürk¹, Nagihan Durmuş Koçak¹, Mehmet Arif Akçay², Selahattin Öztaş¹, Feyyaz Kabadayı¹, Hasan Özgen¹, Makbule Özlem Akbay¹, Dilek Ernam¹, Ali Metin Görgüner¹

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

²Süreyyaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü

AMAÇ: Abdominal aort anevrizması (AAA) aortanın karın kısmındaki bölümünde damar duvarındaki zayıflamış kısımda meydana gelen genişlemedir. AAA genellikle semptom vermeyen, rüptür geliştiğinde mortalitesi yüksek olan damarsal bir patolojidir. Anevrizma erken teşhis edildiğinde kalıcı tedavisi mümkündür.

Son yıllarda KOAH AAA gelişimi için risk faktörleri arasında kabul edilmektedir. Amacımız KOAH tanılı hastalarda AAA sıklığını belirlemek ve AAA tespit edilen hastaların özelliklerini değerlendirmek ve takip etmek.

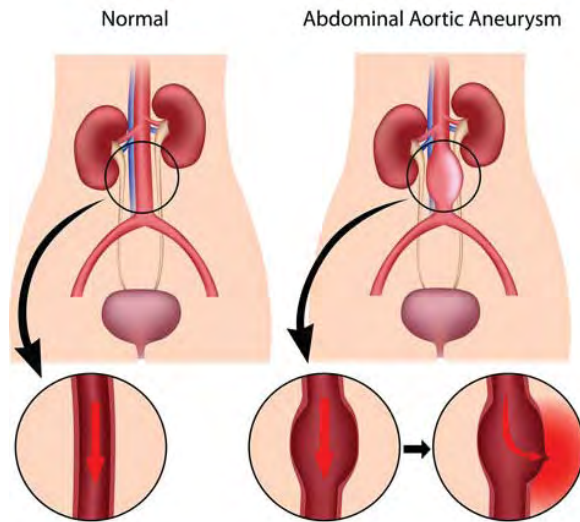
MATERYAL-METOD: Çalışmaya Ocak 2014-Temmuz 2014 tarihleri arasında kliniğimizde daha önce göğüs uzmanları tarafından KOAH tanısı konan ve takip edilen 88 hasta dahil edildi. Onam formu alınan hastaların fizik muayenesi yapıldı, solunum fonksiyon testi, arter kan gazı, MMRC ve CAT skorları kaydedildi. Ardından tüm hastalara aç karnına aynı radyolog tarafından yapılan batın usg ile abdominal aort çapı diyafram düzeyinde, renal arterler düzeyinde ve iliak arter düzeyinde ölçülerek kaydedildi. Plak formasyonu, anevrizma ve trombus olup olmadığı ve büyüklükleri kaydedildi.

SONUÇLAR: Çalışmaya dahil edilme kriterlerini taşıyan 88 hasta alındı. Altı hasta suboptimal değerlendirme nedeniyle değerlendirilemediği için çalışma dışı bırakıldı. Değerlendirmeye alınan 82 hastanın yaş ortalaması 66.7 ± 9.3 olarak saptandı. Olguların %86,6'sı erkek, %13,4'ü kadındı. Olguların %33,3'ü aktif sigara içicisi olup ortalama içilen sigara 45 p/yıl ± 20 olarak saptandı. GOLD 'a göre olguların %68,8'i evre 3 ve 4 olarak saptandı.

Olguların %41,5'de ek hastalık mevcut olup sıklıkla hipertansiyon (%37,1), kalp yetmezliği (%11,4) ve diabet (%22,9) gözlemlendi. Abdominal aort çapı diyafram düzeyinde ortalama $19,75 \pm 3,27$ cm, bilateral renal arterler düzeyinde ortalama $17,58 \pm 4,83$ cm, iliak arter düzeyinde ise ortalama $16,73 \pm 7,07$ cm olarak ölçüldü.

Hastaların %6,1'inde (%6,1) abdominal aort anevrizması saptandı. Anevrizma çapı 4 hastada 5,5 cm üzerinde olup 1 hastada 3,7 cm olarak ölçüldü. Ayrıca dört hastada (%4,9) abdominal aortada trombus tespit edildi. Hastaların %90,2'de abdominal aortada plak formasyonu izlendi. Anevrizma saptanan 5 KOAH olgusu incelendiğinde hastaların tümü sigara içmiş veya halen içmekte olan hastalardı ve ortalama sigara paket/yıl 50 ± 18 olarak saptandı. GOLD evresine göre 1 hastanın evre 3, diğer 4 hastanın evre 4 olduğu görüldü. Bu hastaların MMRC skorlarının 3 ve 4 olduğu tespit edildi. Anevrizma tespit edilen 5 hastanın 4'ünde ek hastalık mevcuttu.

TARTIŞMA: KOAH sistemik bir hastalık olup AAA gelişimi için risk faktörleri içinde yer almaktadır. AAA semptom vermeyen ve rüptür geliştiğinde mortalitesi yüksek olan bir patolojidir. Anevrizma erken teşhis edildiğinde hayat kurtarıcıdır. Tespit edilmesi ultrasonografi gibi basit, ucuz, tekrarlanabilir bir radyolojik yöntemle yapılabilir.

Abdominal Aort Anevrizması şematik resmi

EP-315

Serum Magnezyum Düzeyleri Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığında Akut Alevlenme Sıklığı İle İlişkilidir: Prospektif Bir Çalışma

Müge Hazıroğlu, Aziz Gümüş, Asiye Yavuz, Derya Giakoup

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim dalı, Rize

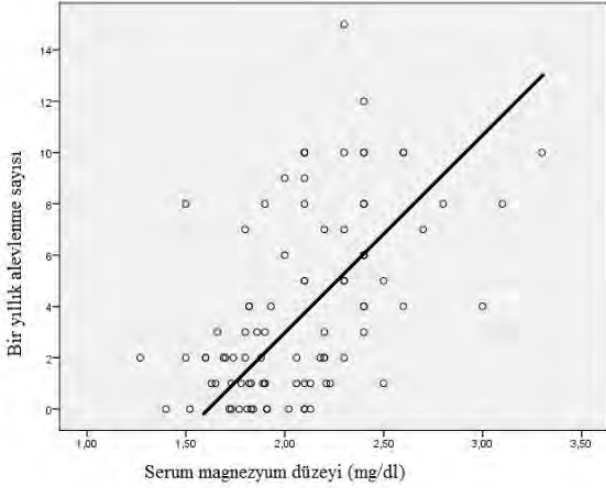
GİRİŞ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAHA) akut alevlenmelerle seyrederek. Sık alevlenmeye neden olan bir çok faktör tanımlanmıştır. 1. saniyedeki zorlu vital kapasite (FEV1), ileri evre hastalık, hastalığın süresi, komorbiditelerin hastalıkların varlığı bunlardan bazılarıdır. Ancak bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Çalışmadaki amacımız, KOAHA'da akut alevlenmeye ilişkili faktörlerin tesbit edilmesidir.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya KOAHA-AA tanısı ile servise yatırılan 88'i erkek toplam 89 hasta alındı. Hastalardan hemogram, biyokimyasal testler ve arter kan gazı incelemeleri yapıldı. Taburcu olduktan 3 ay sonra stabil dönemde solunum fonksiyon testleri yapıldı. Hastalar 1 yıllık sürede akut alevlenme açısından takip edildiler. Takip süresinde ölenler çalışmadan çıkartıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 70 ± 8 (min:47, mak:90) idi. Alevlenme sayısı ortanca: 3 (min:0, mak:15) olarak bulundu. Alevlenme sayısı ile ilişkili faktörleri tesbit etmek için spearman korelasyon analizi yapıldı. Serum magnezyum seviyesi arttıkça alevlenme sayısının arttığı ($p < 0.001$, $r: 0.531$), beklenen FEV1%, FEV1/FVC, total protein ve kreatinin düzeyleri arttıkça akut alevlenme sayısının azaldığı belirlendi (sırasıyla $p: 0.001$, $r: -0.362$, $p < 0.001$, $r: -0.474$, $p: 0.024$, $r: -0.290$, $p: 0.001$, $r: -0.354$). Lineer regresyon analizi yapıldı. Sadece magnezyum ve FEV1 değerlerinin yıllık alevlenme sayısını bağımsız olarak etkilediği görüldü.

SONUÇ: Magnezyumun KOAHA-AA'ye etkisini gösteren çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Beklenenin aksine artmış serum magnezyum düzeyleri KOAHA-AA sayısını arttırmaktadır.

Resim 1



Alevlenme sayısı ile serum magnezyum düzeyi arasındaki pozitif ilişkiyi gösteren korelasyon grafiği

Resim 2



Alevlenme sayısı 2 ve daha az olan grup ile alevlenme sayısı >2 olan grup arasında magnezyum düzeylerinin box-plots grafisi ile gösterilmesi

Tablo 1

	Alevlenme Sayısı <3 (n:43)	Alevlenme Sayısı > 2 (n:46)	p değeri
Yaş,yıl	72±8	69±7	0.181
FEV1 %	45±16	34±10	0.001
PaO2,mmHg	58±10	57±10	0.740
Kreatinin, mg/dl	1.03±0.31	0.86±0.23	<0.001
Magnezyum, mg/dl	1.88±0.26	2.27±0.37	<0.001
Total Protein, gr/dl	7.3±0.7	6.9±0.8	0.006
Albumin, gr/dl	3.8±0.5	3.7±0.4	0.659

Alevlenme sayısı 2 ve daha az olan hastalar ile, alevlenme sayısı 3 ve daha fazla olan hastaların karşılaştırılması.

EP-316

KOAHA Alevlenme Tanısı İle Yatan Hastaların Özellikleri

Duygu Fidan, Yasemin Karaman, Şermin Börekçi, Sema Umut

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

METOD: Ocak 2009- Haziran 2014 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı'na KOAH alevlenme tanısı ile yatışı yapılan tüm hastaların dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Dosya verilerine ulaşılan 97 hastanın; KOAH alevlenme nedenleri, yaş, cinsiyet, yakınmaları, sigara öyküleri ve miktarı, mevcut komorbiditeler, alevlenme öncesi en son kontrolde yapılan solunum fonksiyon testleri, yatış AKG değerleri son 1 yılda geçirilen alevlenme sayıları, yatışta NIMV veya IMV ihtiyacı, yoğun bakım yatışı, ex olma durumları kaydedildi. İstatistiksel analizler SPSS 17.0 programı kullanılarak yapıldı.

BULGULAR: 97 olgunun 62'si (%63.9) erkek, 35'i (%36.1) kadın, yaş ortalaması 70 ± 8.4 (minimum:52, maksimum 87) idi. 71 (%73.2) hasta sigara içicisi olup, sigara öyküsü ortalama 47.4 ± 37.4 paket-yıl idi. Atak öncesi en son yapılan spirometrik değerlendirmeye göre: 32 (%33) olgu çok ağır KOAH, 17 (%17.5) olgu ağır KOAH, 12 (%12.4) olgu orta KOAH ve 4 (%4.1) olgu hafif KOAH tanılı idi. Ortalama % FEV1/FVC= 43.0 ± 15.1 , ortalama FEV1: 908.5 ± 451.9 ml idi. Başvuru yakınmaları sırasıyla: 85 (%87.6) olguda nefes darlığı, 55 (%57.7) olguda öksürük, 7 (%7.2) olguda balgam idi. 33 (%34) olguda mevcut başka bir komorbidite bulunmazken, 23 (%24.7) olguda HT, 13 (%13.4) olguda konjestif kalp yetmezliği, 11 (%11.3) olguda koroner arter hastalığı, 6 (%6.2) olguda DM mevcuttu. 19 (%19.6) olguda Hipoksemik ve Hiperkarbik solunum yetmezliği birlikte, 15 (%15.5) olguda hiperkarbiksolunum yetmezliği, 10 (%10.3) olguda hipoksemik solunum yetmezliği mevcuttu. En sık alevlenme nedeni 55 (%56.7) olguda solunum yolu enfeksiyonları idi. 14 (%14.5) olgu son bir yılda hiç atak geçirmemiş iken, 58 (%59.8) olguda 1 atak, 22 (%22.7) olguda 2 atak, 2 (%2.1) olguda dört, 1 (%1) olguda beş atak geçirme öyküsü mevcuttu. 26 (%26.8) olguya NIMV tedavisi uygulandı. 19 (%19.6) olguda yoğun bakım ihtiyacı duyuldu, 1 olgu exitus oldu, 77 (%79) olgu taburcu edildi. Tablo 1'de hastaların özellikleri belirtilmiştir.

SONUÇ: Hastanemizde KOAH akut alevlenme tanısı ile yatan hastaların çoğu, çok ağır KOAH tanısı ile takip edilen yaşlı hastalardır. Hastalarımızın %85.5'i son bir yılda en az bir kez KOAH alevlenme geçirme öyküsüne sahip olup, %66'sında en az bir komorbidite mevcuttur. En sık alevlenme nedeni solunum yolu enfeksiyonlarıdır.

Hastaların Özellikleri

Toplam hasta	97
Cinsiyet (%kadın; %erkek)	36.1; 63.9
Yaş (ortalama \pm SD)	70 ± 8.4
Sigara (paket-yıl)	47.4 ± 37.4
KOAH Evre	
Çok ağır KOAH	32 (%33)
Ağır KOAH	17 (%17.5)
Orta KOAH	12 (%12.4)
Hafif KOAH	4 (%4.1)
Komorbiditeler	
Komorbidite Yok	33 (%34)
HT	23(%24.7)
KKY	13(%13.4)
KAH	11 (%11.3)
DM	6 (%6.2)
Solunum Yetmezliği	44 (%45.4)
Hipoksemik+Hiperkarbik	19 (%19.6)
Hiperkarbik	15 (%15.5)
Hipoksemik	10 (%10.3)
Son 1 yılda KOAH atak öyküsü	
Atak Yok	14 (%14.5)
1 atak	58 (%59.8)
2 atak	22 (%22.7)
4 atak	2(%2.1)
5 atak	1(%1)
Çıkış	
Yoğun Bakıma transfer	19 (%19.6)
Taburcu	77 (%79)
Exitus	1 (%1)

EP-317

YKL-40 Serum Düzeyi Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Akut Alevlenmelerinde Artar

Aziz Gümüş, Müge Hazıroğlu, Derya Grakoup, Sebih Alp
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs hastalıkları Ana Bilim dalı, Rize

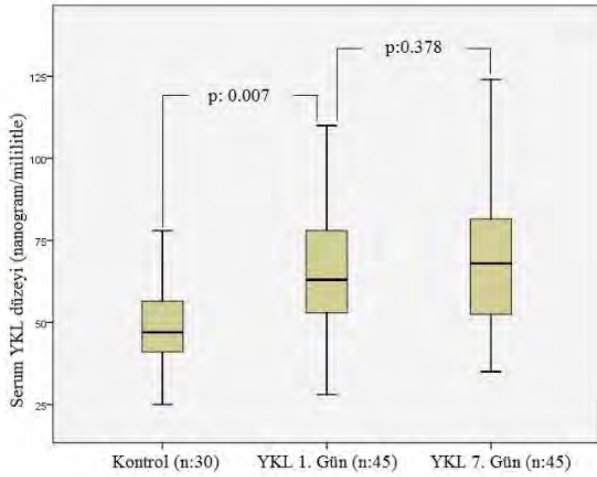
GİRİŞ: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), akut alevlenmelerle (AA) seyreden kronik inflamatuvar bir hastalıktır. YKL-40, akut ve kronik inflamasyonla seyreden birçok hastalıkta yükselen ve prognozla ilişkili bir inflamasyon belirtecidir. Çalışmadaki amacımız YKL-40'ın KOAH-AA'de önemini araştırmaktır.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya KOAH-AA tanısı ile servise yatırılan 45 hasta alındı. Hastaların yatışının 1. günü ve tedavinin 7. gününde YKL-40, CRP, lökosit, fibrinojen ve sedimentasyon düzeyleri ölçümü yapıldı. Ayrıca yatışının ilk günü tüm hastalardan biyokimyasal incelemeler ve arterkangazı ölçümleri yapıldı. Stabil dönemde solunum fonksiyon testleri yapıldı. Benzer özellikte olan 30 sağlıklı kişinin yer aldığı kontrol grubundan YKL-40 ölçümü yapıldı. Ayrıca KOAH-AA tanısı ile tedavi edilen 45 hastanın 29'unda, 2 ay sonra stabil dönemde YKL-40 ölçümleri yapıldı.

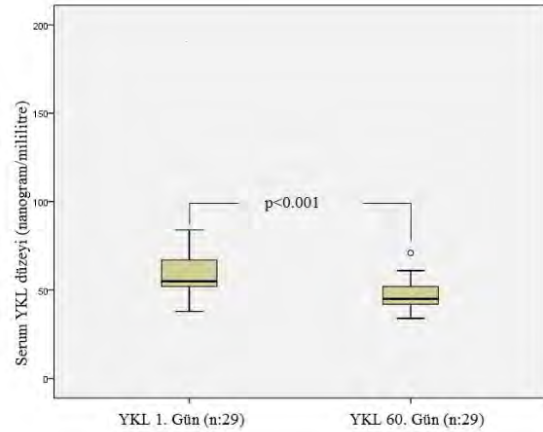
BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması: 69 ± 7 idi. Vakaların tamamına yakını erkeklerden oluşmaktaydı (%98). 10 hasta (%22) halen sigara içmekte, 34 hasta (%76) sigarayı bırakmış ve 1 hasta (%2) hiç sigara içmemişti. KOAH-AA tanısı olan 45 hastanın 1.günü ölçülen serum YKL-40 düzeyi 72.5 ± 26.6 ve 30 kişiden oluşan kontrol grubunun YKL-40 düzeyi 48.3 ± 9.8 idi. KOAH-AA grubunda YKL-40 anlamlı olarak yüksekti ($p=0.007$). KOAH-AA hastalarında yatışının ilk günü ve tedavinin 7. günü ölçülen serum YKL-40 düzeyleri arasında anlamlı farklılık yoktu. Kontrole gelen 29 hastanın akut alevlenme döneminde ölçülen YKL-40 düzeyleri, 60 gün sonra stabil dönemde ölçülen YKL-40 düzeyinden anlamlı olarak yüksek bulundu. Sırasıyla YKL-40 66.5 ± 30.7 ve 52.1 ± 23.6 ($p<0.001$)

SONUÇ: İnflamasyon belirteci olan YKL-40 serum düzeyi, KOAH-AA'de artmaktadır. Normal düzeylere gerilemesi uzun sürede olmaktadır. Artmış düzeylerin prognoza etkisini göstermek için daha fazla hastayı içeren prospektif çalışmalar yapılmalıdır.

Resim 1



Resim 2



KOAH akut alevlenme ve stabil dönemde serum YKL-40 düzeylerinin box-plot grafisi ile farklılığın gösterilmesi

KOAH-AA 1. ve 7. gün ve kontrol gruplarında serum YKL-40 düzeylerinin box-plot grafisi ile karşılaştırılması

Tablo 1

	KOAH-AA	Kontrol Grubu	p değeri
Sayı	45	30	
Yaş (yıl \pm ss)	69 ± 7	67 ± 9	0.136
Cinsiyet (K/E)	1/44	4/26	0.245
Sigara (paket-yıl)	58 ± 34	50 ± 16	0.122
Serum YKL-40 (ng/ml)	72.5 ± 26.6	48.3 ± 9.8	0.007
VKİ(kg/metrekaare)	24.2 ± 3.9	25.2 ± 4.8	0.324

KOAH-AA ile kontrol gruplarının karşılaştırılması

EP-318

Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığında Artmış Nötrofil/Lenfosit Oranı Metabolik Sendrom Belirteci Olabilir mi?

Zehra Yaşar¹, Melih Büyükkşirin², Fatma Demirci Üçsular², Aysel Kargı³, Fahrettin Talay¹, Ozlem Kar Kurt¹

¹Abant İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları, Bolu, Türkiye

²Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İzmir, Türkiye

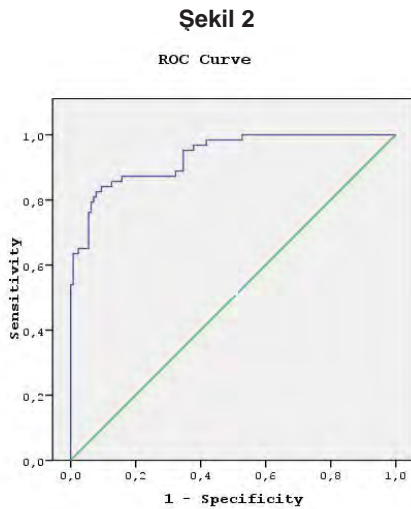
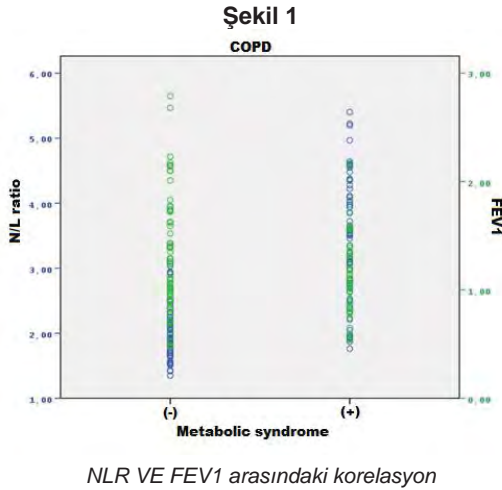
³İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Bolu, Türkiye

AMAÇ: Bu çalışmada bir inflamatuvar parametre olan nötrofil/lenfosit oranının kronik obstruktif akciğer hastalığında metabolik sendromun erken tanısındaki tanı değerinin araştırılması amaçlandı.

Çalışma planı: Polikliniğimize başvuran 120 KOAH tanılı hasta ve 50 kontrol grubu çalışmaya dahil edildi. Nötrofil/Lenfosit oranının tanı değeri spesifite, sensitivite ve Alıcı işlem karakteristikleri (ROC) kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Nötrofil/lenfosit oranı (NLR) kontrol grubuna göre metabolik sendromlu KOAH'lı hastalarda daha yüksekti. Bu istatistiksel olarak anlamlıydı ($p < 0,001$). (Tablo 1) NLR ile dispne skoru ve metabolik sendrom parametre sayısı (≥ 3 kriter) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon ($R: 0,798$ $p < 0,001$), FEV1 değerleri arasında ise anlamlı negatif korelasyon ($R: -0,0431$, $p = 0,0001$) saptandı. N/L oranının 2,56 eşik değeri KOAH ta metabolik sendrom varlığını % 79,2 duyarlılık ve % 85,7 özgüllük ile öngörmekteydi. (AUC=0.898) (Şekil 1)

SONUÇ: Kolay bir şekilde hesaplanabilen nötrofil/lenfosit oranı KOAH'lı hastalarda metabolik sendromu öngörmeye kullanılabilir. NLR KOAH'lı hasta takip ve izleminde klinisyen için yararlı bir belirteç olabilir.



cut off değeri 2,56 olduğunda AUC 0,89, sensitivite ve spesifite sırası ile %84,4 ve % 84,1

Tablo 1

KOAH'lı Hastalar	MetS + (n=63)	MetS - (n=77)	P#
Yaş(yıl), mean (SD)	64.79 (9.09)	65.47 (10.81)	0.689
Cinsiyet(erkek)	%76	%72	0.642
Sigara öyküsü	%90	%85	0.350
Paket-yıl, mean (SD)	52.94 ± 37.29	47.97 ± 31.99	0.406
VKİ, mean (SD)	29.56 ± 4.58	23.92 ± 3.91	0.000#
Bel Çevresi (cm)	104.67 ± 11.84	94.56 ± 11.81	0.000#
SBP (mmHg)	147.62 ± 19.71	130.91 ± 20.17	0.000#
DBP(mmHg)	87.54 ± 9.75	79.29 ± 11.80	0.000#
Labaratuvar bulguları			
Trigliserid (mg/dL)	180.03 ± 110.00	103.92 ± 48.63	0.000#
LDL kolesterol (mg/dL)	127.19 ± 30.90	116.48 ± 28.49	0.037
HDL kolesterol (mg/dL)	49.21 ± 11.02	52.77 ± 13.56	0.089
Açlık Kan Şekeri (mg/dL)	141.54 ± 73.26	95.99 ± 13.56	0.000#
Lökosit, (x103 µl)	10.96 ± 1.68	6.93 ± 1.55	0.000#
Lenfosit, (x103 µl)	2.49 ± 0.46	2.14 ± 0.60	0.000#
Nötrofil-Lenfosit Oranı	3.40 ± 0.93	2.07 ± 0.43	0.000#
Hemoglobin, (g/dl)	14.30 ± 1.13	14.12 ± 1.47	0.000#
RDW, (%)	15.60 ± 0.76	13.24 ± 0.75	0.424
Trombosit, (x103 µl)	321.31 ± 71.70	270.94 ± 78.66	0.000#
MPV, (fl)	4.83 ± 1.83	9.15 ± 0.60	0.000#
PDW, (fl)	15.21 ± 1.34	15.98 ± 0.78	0.000#
Solunum Fonksiyon Testleri			
FEV1, (%)	1.17 ± 0.36	1.26 ± 0.51	0.226
FEV1/FVC, (%)	58.38 ± 9.41	56.27 ± 11.75	0.241

Metabolik Sendromu olan ve olmayan KOAH'lı hastaların demografik özellikleri, labaratuvar bulguları ve solunum fonksiyon testleri

EP-319

Sigara İçen KOAH-Astım Tanılı Hastaların Karbonmonoksit DüzeyleriGülçin Sarı¹, Deniz Tavlı Aydoğan¹, Filiz Sadi Aykan², Ayten İşlek¹¹Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara²Numune Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ankara

AMAÇ: Ekzojen karbonmonoksit (eCO) kaynaklarının başında sigara tüketimi ve CO zehirlenmeleri gelir. Sigara içicilerinde ekshale CO değerleri çok yüksek saptanır. Bu çalışmada tedavi alan stabil dönemdeki sigara içen KOAH ve astım tanılı hastaların eCO düzeyleri karşılaştırılmıştır. eCO düzeylerini etkileyebilecek diğer faktörler araştırılmıştır.

METOD: Çalışma grubu Ocak-Haziran 2014 tarihleri arasında göğüs hastalıkları polikliniğine kontrole gelen 281 hastadan oluşmaktaydı.

BULGULAR: KOAH tanılı 117 hastanın %23'ü kadın, %77'si erkek, astım tanılı 164 hastanın %64'ü kadın, %36'sı erkek idi. KOAH tanılı hastaların yaş ortalaması 60.7±7.3, astım tanılı hastaların ise 40.8±10.3 yıl saptandı. Ekshale karbonmonoksit düzeylerine bakıldığında KOAH tanılı hastalarda eCO düzeyleri ortalama 8.3±5.4 ppm, astım tanılı hastalarda 8.4±5.3 ppm, ile fark saptanmadı. KOAH tanılı hastaların eCO düzeyleri ile Charlson komorbidite indeksi arasındaki ilişkiye bakıldığında eCO düzeyleri <10 ppm olan hastaların %71'inin Charlson komorbidite indeksi ≤2, eCO düzeyleri ≥10 ppm olan hastaların %82.5'inin Charlson komorbidite indeksi ≤2 saptandı ve istatistiksel bir fark bulunmadı (p: 0.17).

SONUÇ: KOAH ve astım tanılı hastaların yaş ortalamaları ve cinsiyetler arasında belirgin farklılık dikkati çekmekteydi ve farklı patofizyolojideki bu iki hastalıkta eCO düzeyleri benzerdi. Gruplar arasındaki farklılıklara rağmen eCO düzeylerinin benzer olduğu ve bilindiği gibi sigaranın eCO düzeylerini belirleyen en önemli etken olduğu görülmüştür.

EP-320

Pnömoni Nedeniyle İnterne Edilen KOAH'lı Hastalarda İnhaler Steroid Kullanımı

Burcu Arpınar Yiğitbaşı, Sibel Yurt, Celal Satıcı, Aybüke Kekeçoğlu, Filiz Koşar
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Kronik obstrüktif akciğer hastalıklarının (KOAH) tedavisinde inflamasyonun olması nedeniyle inhaler kortikosteroidler kullanılmaktadır. İnhaler kortikosteroidlerin (İKS), yüksek dozlarda dahi alt solunum yolu infeksiyonlarının sıklığını artırmadığı düşünülmekle birlikte, son yıllarda yapılan büyük çalışmalarda İKS ve fiks kombinasyon kullanımında sık olarak pnömoni görüldüğü raporlanmaktadır. Biz de kliniğimizde pnömoni nedeniyle interne ettiğimiz KOAH tanılı hastaların inhaler steroid kullanımını irdelemeyi amaçladık.

MATERYAL-METOD: Ocak 2014-Haziran 2014 tarihleri arasında KOAH tanısı ile takip edilip pnömoni nedeniyle kliniğimize interne edilen 76 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya KOAH dışında ek hastalığı (konjestif kalp yetersizliği, böbrek yetersizliği, bronşektazi, serebrovasküler hastalıklar v.b.) olan hastalar dahil edilmedi. Hemogram veya biyokimyasında lökosit ve/veya CRP yüksekliği ile birlikte PA akciğer grafinde infiltrasyon saptanan hastalar değerlendirmeye alındı.

SONUÇLAR: 54 (%71) erkek, 22 (%29) kadın hastanın dahil edildiği çalışmamızda yaş ortalaması 66 (41-93) olup, 64 hastada sigara anamnezi mevcut iken, 43 paket/yıl (4-130 p/y), 12 hastada biomass anamnezi mevcuttu. Hastaların 14'ü (%18,4) evre 0, 17'si (%22,4) evre 1, 32'si (%42,1) evre 2, 12'si (%15,8) evre 3, '1i (%1,3) evre 4 KOAH idi. Hastaların yatışındaki lökosit değerleri ortalaması 13,8 K/mm³ iken taburcu olduklarındaki lökosit ortalamaları 9,6 K/mm³, CRP değerleri yatışında ortalama 131 mg/L, taburcu olurken ortalama 24 mg/L idi. Hastaların kullandıkları inhaler steroidler incelendiğinde 39 (%51) hastanın budesonid, 31 (%41) hastanın flutikazon kullandığı, 6 (%8) hastanın ise budesonid ve flutikazonu zaman zaman değiştirerek kullandıkları saptandı.

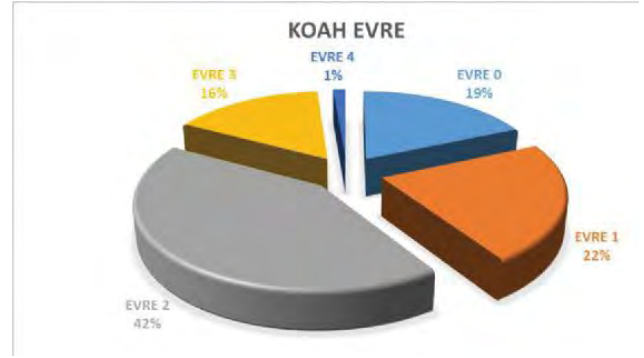
TARTIŞMA: KOAH tanısı ile takip edilmekteyken pnömoni gelişen hastaların inhaler steroid kullanımına bakıldığında aralarında istatistiksel olarak fark saptanmadı. (p>0.05) Ancak çalışmaya alınan hasta sayısının az olması ve kontrol grubunun olmaması çalışmamızın eksik yanlarını oluşturmaktaydı. Ancak yine de bu çalışmanın bir ön çalışma olduğunu belirterek daha fazla sayıda hasta ve kontrol grubu ile kendi hasta popülasyonumuzu belirlemek açısından faydalı olacağı inancındayız.

BIYOKİMYA

	YATIŞWBC	TABURCUWBC	YATIŞCRP	TABURCUCRP
valid	76	76	76	76
Missing	3	3	1	2
Mean	13852,75	9600,40	131,28	24,2442
Median	12965,00	8290,00	135,00	13,5000
Mode	8000*	8000*	71	12,00
Std. Deviation	5480,720	2838,152	29,928	25,87330
Minimum	5380	2710	3	,07
Maximum	33720	18000	502	112,00
25	9792,50	7820,00	55,00	6,0000
Percentile 50	12965,00	8290,00	129,00	13,5000
75	16990,00	11100,00	194,00	33,5000

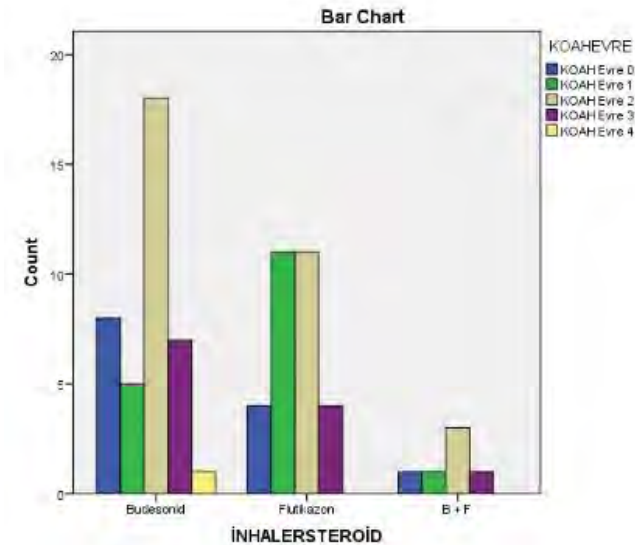
Hastaların Yatış ve Taburculuk Değerleri

KOAH EVRE



KOAH'lı hastaların evrelere göre Dağılımı

İnhaler Steroid



İnhaler Steroid ve KOAH evre ilişkisi

EP-321

Biyomas Maruziyeti Olan KOAH'LI Hastalarda BODE İndeksi Kriterlerinin Değerlendirilmesi

Meliha Burcu Önemli Demirci, Özlem Saniye İçmeli, Hatice Türker, Baran Gündoğuş, Dilek Yavuz
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Günümüzde yerküre üzerindeki yerleşim alanlarında yaşayan insanların yarısından çoğu tezek, odun, bitki artıkları gibi maddeleri kapsayan ve genel olarak biyomas olarak adlandırılan yakıtları enerji kaynağı olarak kullanmaktadır. Biyomasa maruziyet kronik obstrüktif akciğer hastalıklarına (KOAH) neden olmaktadır. Çalışmamızda biyomas kullanımı sonucu oluşan akciğer fonksiyon kaybını saptamak amacıyla biyomas maruziyeti olan olgularda vücut kitle indeksi (B), hava yolu obstrüksiyonu (O), dispne (D), egzersiz kapasitesini (E) içeren BODE indeksi değerlendirilmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEMLER: Biyomas maruziyet öyküsü olan, GOLD kriterlerine göre KOAH tanısı alan ve stabil dönemde olan ve 45 kadın hasta çalışmaya alındı. Demografik özellikleri, biyomas maruziyet süresi ve cinsi, BODE indeksi kriterleri incelendi.

BULGULAR: Hastaların yaşları 54 ile 70 yıl arasında değişmekte idi ve ortalama yaş $63,00 \pm 3,69$ yıldır. Biyomas maruziyet süreleri 20 ile 70 saat/yıl arasında değişmekte olup, ortalama $41,0 \pm 12,47$ saat/yıldır. Isınma şekilleri açısından olguların %71,1'i (n=32) odun ile ısınırken, %68,9'u (n=31) tezek, %31,1'i (n=14) talaş ve %48,9'u (n=22) kömür ile ısınmaktaydı. Biyomas maruziyet süresi arttıkça FEV1, DLCO düzeylerinde düşme ve 6 dakika yürüme testi(6 DYT) mesafesinde azalma tespit edilmiştir. Tezek kullanımı olan hastaların 6 DYT mesafesi diğer biyomas cinslerine maruz kalanlara göre daha düşük ölçülmüştür.

SONUÇ: Biyomas maruziyetine bağlı KOAH gelişimi, ülkemiz koşullarında önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Biyomasa maruziyet süresi arttıkça fonksiyonel kaybın arttığı gösterilmiştir.

Demografik özelliklerin dağılımı

	minimum-maksimum	ortalama+/- SD
Yaş(yıl)	54-70	63,00±3,69
Semptom süresi(yıl)	7-45	18,58±6,96
KOAH tanı süresi (yıl)	2-15	7,80±3,76
Eğitim	n	%
Yok	28	62,2
İlkokul	15	33,3
Ortaokul	2	4,4
Bölge		
Doğu Anadolu	17	37,8
Güneydoğu Anadolu	8	17,8
İç Anadolu	10	22,2
Karadeniz	10	22,2
Sigara	3	6,7
Pasif içicilik	10	22,2
Biyomas maruziyeti (saat/yıl)	20-70	41,0±12,47
Maruz kalınan biyomas türü		
Odun	32	71,1
Tezek	31	68,9
Talaş	14	31,1
Kömür	22	48,9
Semptomlar		
Nefes Darlığı	42	93,3
Öksürük	29	64,4
Balgam	22	48,9

Vücut kitle indeksi, altı dakika yürüme testi, solunum fonksiyon testi, MMRC skalası bulguları

	minimum-maksimum	Ortalama+/-SD
BODE	1-8	3,82±1,87
VKİ (kg/m ²)	20-33	23,96±3,87
6 DYT (m)	130-340	207,04±47,57
	n	%
FEV1	9	20,0
Hafif	24	53,3
Orta	11	24,4
Ağır	1	2,3
Çok Ağır		
FVC	18	40,0
< %80	27	60,0
> %80		
FEV1 / FVC	6	13,4
Kombine	28	62,2
Obstruktif	11	24,4
Restriktif		
DLCO	18	40,0
Normal	20	44,4
Hafif	6	13,4
Orta	1	2,2
Ağır		
MMRC	11	24,4
1	23	51,2
2	11	24,4
3		

Biyomas maruziyet indeksi ve BODE indeksi ilişkisi

	Biyomas maruziyet indeksi
BODE	r p 0,701 0,001**

Pearson korelasyon analizi **p<0,01

EP-322

Akut KOAH Alevlenmesinde P.aeruginosa Enfeksiyonunun Meydana Getirdiği Şiddetli Havayolu Obstruksiyonu

İpek Saadet Edipoğlu, Mustafa Akker, Yalım Dikmen

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: KOAH'ın akut alevlenmesini tariflemek için çeşitli tanımlamalar kullanılmıştır. Alevlenme tanımı, ana semptomlarda (öksürük sıklığı ve şiddeti, balgam miktarı ve pürülansı, nefes darlığı) günlük farklılıkların dışında bir değişimle karakterize olan ani başlangıçlı ve ilaç tedavisinde değişiklik gerektirebilen durum şeklinde yapılabilir. En sık görülen alevlenme nedenleri trakeobronşiyal enfeksiyonlar (özellikle bakteriyel ve viral) ve hava kirliliğidir.

OLGU: 30 yıldır KOAH hastası, 56 yaşında kadın hasta, akut solunum sıkıntısı nedeniyle dış merkezde orotrakeal entübe edilerek yoğun bakım ünitemize sevk edilmiştir. Dinlemekle yaygın wheezing bulguları olan hastanın tüm kültürleri alındıktan sonra steroid, bronkodilatör tedavi, klaritromisin+seftriakson tedavisi başlandı. Hasta tedavinin 4. gününde gaz değişiminin iyi olması üzerine ekstübe edildi. Ancak ani bronkospazm ve desatürasyon gelişmesi üzerine NIMV'a başlandı. Ciddi stridoru olan hasta reentübe edildi. Laringoskopi esnasında vokal kordlar arafında ve subglottik alanda ödem farkedildi. Akım zaman eğrisinde dinamik hiperinflasyon görüldü. Bronkoskopi yapıldı ve diğer obstruksiyon yapan nedenler ekarte edildi. Alınan balgam kültüründe P.aeruginosa izole edildi ve antibiyotik tedavisi yeniden düzenlendi. Hasta yatışının 8.gününde tekrar ekstübe edildi ve 1 gün sonra servise çıkarıldı.

SONUÇ: Hastaneye yatış gerektiren şiddetli alevlenme sayısındaki artış mortalite ile yakından ilişkili olup uzun dönemde prognozu kötü yönde etkiler. KOAH akut alevlenmesinin en sık nedeni trakeobronşiyal enfeksiyonlardır. Bakterilerden en sık saptanan ajanlar S. pneumoniae, H. influenzae ve M. Catarrhalis olup, ağır alevlenmelerde Gram negatif enterik bakteriler ve psödomonadlar da enfeksiyon etkeni olabilirler. Şiddetli hava yolu darlığı olan hastalarda P. aeruginosa sıklığı artar.

Kaynakça:

1. Soler-Cataluna JJ, Martinez-Garcia MA, Roman Sanchez P, et al. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005;60:925-93
2. Woodhead M, Blasi F, Ewig S, et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections. *Eur Respir J* 2005;26:1138-1180.
3. Celli BR, MacNee W, ATS/ERS Task Force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J* 2004;23:932-946.
4. White AJ, Gompertz S, Stockley RA. Chronic obstructive pulmonary disease. The aetiology of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2003;58:73-80.
5. Wilson R. The role of infection in COPD. *Chest* 1998;113:242-248

Akciğer grafisi**Torax BT****Kaydedilen parametreler**

Parametreler	YBÜ Giriş(OTE)	YBÜ çıkış(maske oksijen)
Ph	7.36	7.43
PO2	91	166
PCO2	47	43.7
HCO3	24.5	27.3
BE	0.9	4
Sao2	96.9	99
PaO2/FiO2	202	370
Laktat	1	1.6

EP-323**Bir Pilotta ve Bir Uçuş Teknisyeninde Saptanan Amfizem Olguları**Erdoğan Ercan¹, Şafak Yıldız²¹Eskişehir Asker Hastanesi, Yüksek Basıncılı Oksijen Tedavi Kliniği²Eskişehir Asker Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: KOAH`ta akciğer parenkiminde görülen temel değişiklik amfizemdir. Amfizem, akciğerlerde terminal bronşiyol distalindeki hava boşluklarında duvar hasarı ile birlikte oluşan anormal ve kalıcı genişleme olarak tanımlanır. Pilotlar görevleri sırasında maruz kaldıkları ani irtifa ve G kuvveti değişiklikleri nedeniyle diğer meslek gruplarına göre daha fazla hipoksi ve pnömotoraks riski taşımaktadırlar. Bu nedenle amfizem bulunması bir pilot açısından KOAH` a ait mevcut riskleri belirgin bir şekilde arttırmaktadır. Bu nedenle olgumuzu sunduk.

OLGU 1: 33 yaşında erkek pilot, halen aktif şikâyeti yoktu. Sigara 12 yıl güne 1 paket içmişti. Periyodik kontroller sırasında akciğer grafisinde görülen havalanma artışı ve retiküler görünüm üzerine çekilen toraks HRCT de her iki akciğer apikal segmentlerde para septal amfizemli değişiklikler ve yer yer blep formasyonları izlendi. Hastanın dinlemekle solunum sesleri normaldi. Solunum fonksiyon testi (SFT) normaldi.

OLGU 2: 30 yaşında erkek, helikopter teknisyeni olarak çalışıyordu. Pulmoner şikâyeti ya da hastalık öyküsü yoktu. 10 yıl günde yarım paket sigara içme öyküsü vardı. Periyodik kontroller sırasında yapılan SFT ve fizik muayene bulguları normaldi. Akciğer grafisinde her iki akciğer üst zonlarda havalanma artışı izlenmesi üzerine çekilen toraks HRCT'sinde her iki akciğer üst loblarda paraseptal amfizem izlendi.

SONUÇ: Amfizemde terminal bronşial distalindeki hava yollarında ve alveollerde kalıcı duvar hasarı bulunmaktadır. Pilotlarda yüksek irtifalara çıkıldığında hava hacminin genişlemesi ve ani manevralar sırasında yerçekiminin 9 katına kadar olan G kuvvetlerin fiziksel olarak akciğerleri etkilemesi sonucunda pnömotoraks riski belirgin olarak artmaktadır. Amfizemli hastalarda akciğerlerdeki ölü boşluk artmaktadır. Bu kanın oksijenizasyonunun bozulmasına yol açmaktadır. Yine yüksek G kuvvetleri sırasında beyne giden kan akımı belirgin düzeyde düşmektedir. Amfizem G kuvvetleri maruziyeti sırasında beyinde oluşan hipoksiyi arttırarak senkop oluşmasına yol açabilmektedir. Tüm bu nedenlerle yönetmelik amfizem bulunan pilotlara uçuş izni vermemektedir. Bizim olgularımızda da pilotaja elverişli değildir kararı verilmiştir.

EP-324

Tek Taraflı Saydam Akciğer Görüntüsünün Eşlik Ettiği Amfizem OlgusuErsin Demirer¹, Ömer Ayten¹, Sedat Demirsoy¹, Dilaver Taş¹, Mehmet İncedayı²¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Radyoloji Servisi, İstanbul

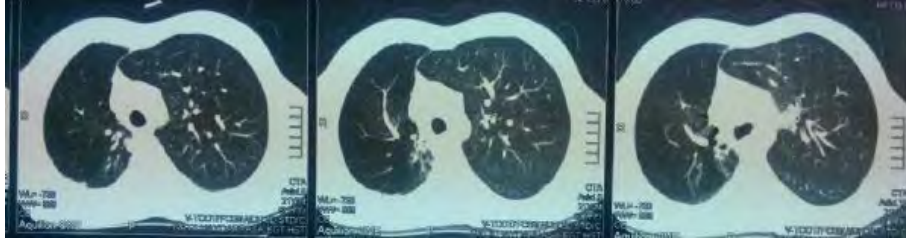
20 yaşında erkek hastada nefes darlığı, öksürük ve balgam çıkarma şikayetleri mevcuttu. Çocukluk yaşlarında beri astım tanısı olduğunu ve bronkodilaör tedavi almakta olduğunu ifade etmekte idi. Soygeçmişinde annesi de astım hastalığı mevcutmuş. Yapılan solunum sistemi fizik muayenesinde oskultasyonda ekspirumda ronkusler duyuldu. Spirometrede; FEV1: 2 lt (%49), FVC: 3.86 (%80), FEV1/FVC: %51.8 saptandı. Akciğer grafisinde sağ akciğerde saydamlık artışı gözlemlendi (Resim 1). Tam kan ve rutin biyokimyasal tetkikleri normal sınırlarda idi. Pulmoner hipoplazi öntanısı ile Toraks Bt anjiyografi planlandı. Sağ akciğer üst lob hacimi azalmış ve orta-alt loblarda panlobuler amfizem ile sol akciğerde mozaik perfüzyon görüldü (Resim 2). Pulmoner arter hipolazisi görülmediğinden Swyer James MacLeod sendromu ekarte edildi. Bu olgu genç yaşta tespit edilen tek taraflı saydam akciğer ile prezente olan bir amfizem olgusu olarak sunulmaktadır.

Resim 1



PA Akciğer grafisi

Resim 2



Toraks BT

EP-325

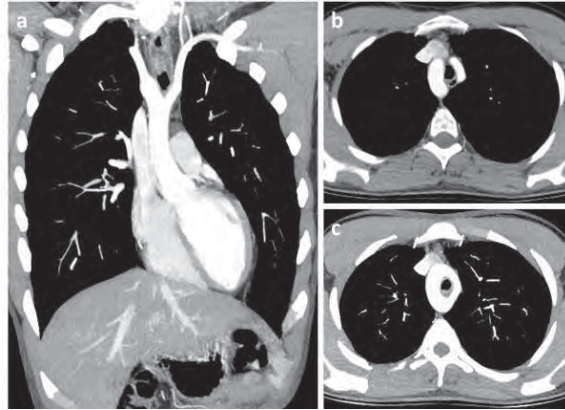
Bronşiyal Astım Tanısıyla Tedavi Edilen Çift Aortik Ark

Tayfun Çalışkan¹, Ömer Ayten¹, Hatice Kaya², Faruk Çiftçi¹, Kemal Kara³, Hasan Saygın³, Oğuzhan Okutan¹, Dilaver Taş¹¹Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi Üsküdar/İstanbul²Gata Göğüs Hastalıkları Servisi Etlik/Ankara³Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Radyoloji Servisi Üsküdar/İstanbul

Çift aortik ark, trakea ve özefagusun arkus aorta veya dalları ile çevrili olduğu ve bu nedenle genellikle değişken havayolu kompresyonu ile sonuçlanan konjenital bir anomalidir. Çoğu hastaya, trakea veya özefagus obstrüksiyonuna sekonder semptomlar ile bebeklik veya çocukluk çağında tanı konmaktadır. Çift aortik ark, sağ dominant aortik ark (75 %), sol dominant aortik ark (20 %) ve dengeli tip aortik ark (5 %) olmak üzere üç tipe ayrılır. Erken çocukluk çağındaki hastalarda, trakea kompresyonuna bağlı, stridor, dispne, öksürük, apne, siyanoz, hırıltılı solunum, bulantı, kusma semptomları görülebilir. Yetişkinlerde en fazla disfaji görülmele beraber, kronik öksürük ve/veya dispne semptomları da oldukça sıktır. Bazı erişkin hastalar asemptomatik olup tesadüfen tanı konmaktadır. Çift aortik ark, kontrolü zor olan astımla karıştırılmaktadır. Solunum fonksiyon testinde; santral havayolu obstrüksiyonu paterni görülür ve sadece spirometri ile tanı konan vakalar bildirilmiştir. Tanıda akciğer grafisi, baryumlu özefagus grafisi, ekokardiyografi, bronkoskopi, tomografik veya MRG anjiyografi yardımcıdır. Tedavisi semptomatik hastalarda cerrahi olup, cerrahi ile çok iyi sonuçlar alınmaktadır. Klinisyenler, solunumsal yakınmaları olan hastalarda, ayırıcı tanıda çift aortik anomalisinden şüphe etmelidirler.

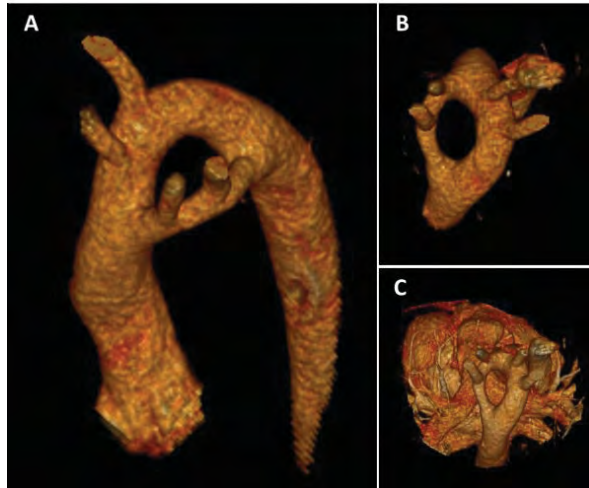
Yirmi bir yaşında erkek hasta, uzun süredir devam eden nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize yatırıldı. Çocukluğunda sık ASYE hikayesi olan hastaya, bronşiyal astım tanısı konarak tedavi verilmiş; ancak şikayetleri devam etmiş. Başka bir merkezde hastaya toraks BT çekilmiş ve sonrasında bronkoskopi yapılmış. Bronkoskopide trakeal darlık izlenen hasta ileri tetkik için merkezimize sevk edilmiş. Hastanın fizik muayenesinde; oskültasyonda solunum sesleri kabalaşmış olarak duyuldu ve diğer sistem muayeneleri tabii idi. Hastanın AKB: 110/80 mmHg, N:120/dk, A:36.5, SpO₂:97 % ölçüldü. Tam kan ve rutin biyokimyasında anormallik saptanmadı. Solunum fonksiyon testinde; FVC:89.9%, FEV₁:86.6%, FEV₁/FVC:80.9, PEF:45.7 ve MMEF_{25/75}:72.6 ölçüldü ve akım-volüm eğrisinde; hem ekspirasyon, hem de inspirasyon sınırlanmış ve her iki eğrinin safhaları düzleşmişti (büyük hava yollarında sabit obstrüksiyon). Çekilen kontrastlı toraks BT'de; çift aortik ark izlendi ve aortik ark seviyesinde trakea ve özefagusa bası olduğu görüldü. Bronkoskopide; trakea alt 1/3 alt kısmında muhtemel sağdan itilmeye/basiya sekonder olarak hafif daralma izlendi. Hastaya, cerrahi tedavi önerildi ancak hasta, operasyonu kabul etmedi.

Şekil 1



(a) Çift aortik arkı gösteren koronal BT görüntüsü (b,c) Trakea ve özefagusun etrafında komplet bir vasküler ringe neden olan çift aortik arkın aksiyal BT görüntüsü

Şekil 2



Çift aortik arkı gösteren üç boyutlu volume rendering görüntüleri (a,b,c)

EP-326

Scimitar Sendromu

Tayfun Çalışkan, Ömer Ayten, Yasin Uyar, Dilaver Taş, Faruk Çiftçi, Oğuzhan Okutan, Zafer Kartaloğlu
Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi Üsküdar/İstanbul

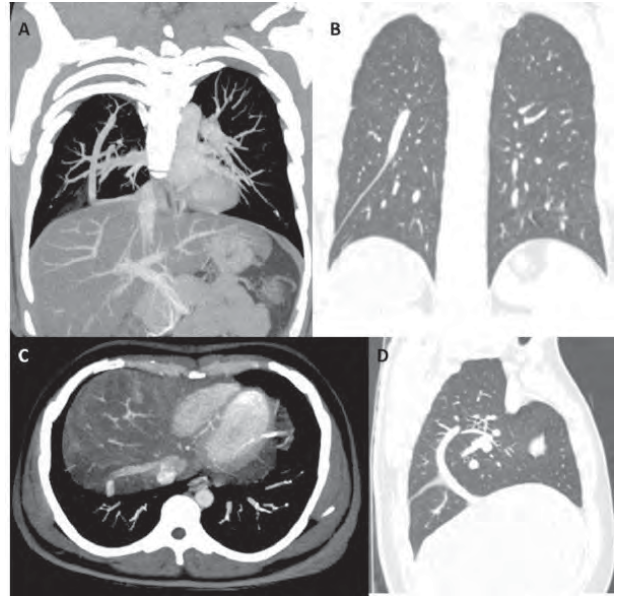
Scimitar sendromu, pulmoner venlerin sol atrium yerine vena kava inferiora döküldüğü nadir bir konjenital tek taraflı pulmoner venöz dönüş anomalisidir. Sendromun sıklığı 1-3/100000 canlı doğumdur. Genellikle sağ akciğerde görülür. Etkilenen akciğer, scimitar (pala) veni ile di-rene olur. Akciğer grafisinde anormal venin kalbin sağından diyafragma doğru oluşturduğu vasküler gölgelenmenin 'Türk palasına' benzemesi nedeniyle bu isimlendirme yapılmıştır. Sendrom, bebeklik (< 1 yaş) ve çocukluk/erişkin olmak üzere iki farklı klinik tablo olarak ortaya çıkmaktadır. Bebeklik çağında tanı konan semptomatik hastalarda, hastalık daha ağır seyrederek ve prognoz yetişkin veya çocukluk çağında tanı konan hastalara göre daha kötüdür. Bir yaşından sonra tanı konan hastaların yarısından fazlası asemptomatik olup, tanı genellikle akciğer grafisindeki rastlantısal bir bulgu ile konur. Yetişkin veya çocuklarda, yorgunluk, dispne ve tekrarlayan pnömoniler görülebilir. Beraberinde kardiyak veya pulmoner anomaliler, özellikle atriyal septal defekt, pulmoner sekestrasyon, hipoplastik akciğer görülebilir. Tanısında, intravenöz kontrast ajanlar kullanılarak yapılan Magnetik rezonans görüntüleme anjiyografi veya bilgisayarlı tomografi anjiyografi kullanılmaktadır. Elektrokardiyogram, ekokardiyografi ve kardiyak kateterizasyonda tanıya destek amaçlı ve eşlik eden anomalilerin tespiti için kullanılmaktadır. Tedavisinde cerrahi uygulanmakta olup, mortaliteyi belirleyen genellikle pulmoner hipertansiyon ve sol pulmoner ven stenozu olmaktadır. Yirmi bir yaşında erkek hasta, bir yıldır devam eden nefes darlığı, kanlı balgam ve terleme şikayetleri ile kliniğimize yatırıldı. Hastanın özgeçmişinde bir özellik yoktu. Hastanın solunum sistemi ve kardiyak fizik muayenesinde; patoloji saptanmadı ve diğer sistem muayeneleri tabii idi. Hastanın vital bulguları; AKB:127/72 mmHg, ateş:36.6, nabız:82/dak, SpO2: 97 % (oksijensiz) idi. Hastanın WBC:10.6, sedimentasyon:3 mm/saat, CRP:2.3 mg/L olup rutin biyokimya tetkiki, AST:180 U/L, ALT:70 U/L dışında normal idi. Akciğer grafisinde; sağ akciğer alt zonda sağ kalp konturu boyunca nonhomojen dansite artımı izlendi (şekil 1). Solunum fonksiyon testleri ve ekokardiyografisi normal olarak değerlendirildi. Toraks bilgisayarlı tomografi anjiyografide; sağ akciğer üst lob apikal segmentten başlayan, dallar olarak alt lob seviyesinde diyafragma komşuluğuna uzanım gösteren ve diyafragma komşuluğunda seyrederek vena kava inferiora dökülen vasküler yapı (scimitar veni) ve ayrıca çölyak trunkus komşuluğundan orijin alarak sağ akciğer alt lob mediobazal segment seviyesinde paravertebral alanda parankim içerisine uzanım gösteren arteriyel yapı (sistemik arteriyel beslenme) izlendi (şekil 2). Hastaya Scimitar tanısı kondu. Hasta, düzenli kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Resim 1



Sağ akciğer alt zonda sağ kalp konturu boyunca nonhomojen dansite artımı

Resim 2



Toraks BT anjiyografide; sağ akciğer üst lob apikal segmentten başlayan, dallar olarak alt lob seviyesinde diyafragma komşuluğuna uzanım gösteren ve diyafragma komşuluğunda seyrederek vena kava inferiora dökülen vasküler yapı (scimitar veni) ve ayrıca çölyak trunkus komşuluğundan orijin alarak sağ akciğer alt lob mediobazal segment seviyesinde paravertebral alanda parankim içerisine uzanım gösteren arteriyel yapı (sistemik arteriyel beslenme)

EP-327

Masif Hemoptizi ile Seyreden İntralober Sekestrasyon OlgusuBarış Şeker¹, Celal Satıcı¹, Burcu Arpınar Yiğitbaş¹, Sibel Yurt¹, Kemal Karapınar², Muzaffer Metin², Filiz Koşar¹¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, 6.Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, 1. Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

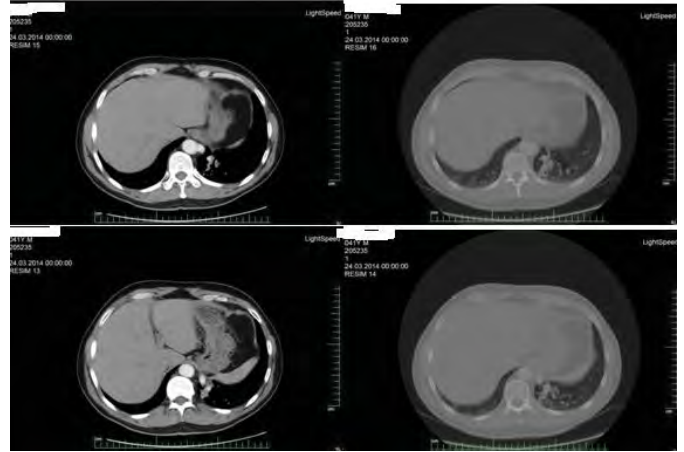
Pulmoner sekestrasyon doğumsal bir anomali olarak bronş ağacından bağımsız, aortadan kanlanan bir lob veya segmentin, genellikle sol akciğer bazalinde yerleşmesidir. İntralober veya ekstralober olabilir. En sık düzgün sınırlı homojen kitlesel ve/veya kistik lezyonlar şeklinde görülürse de bazen soliter infiltrasyon yapabilir. Kliniğimizdeki vakada radyolojik görünümün tipik olması ve orta yaşlı hastada masif hemoptizi nedeni ile erken cerrahi girişimin uygulanması nedeniyle sunduk. 41 yaşında erkek hasta, son bir yıldır aralıklı olarak devam eden ancak son günlerde artan hemoptizi şikayeti ile başvurdu. 20/pk yıl sigara kullanımı mevcuttu. Tekstil sektöründe işçi olarak çalışan hastanın ek hastalığı mevcut değildi. Fizik muayenesi ve laboratuvar değerleri normaldi. Akciğer grafisinde kalp arkasında homojen konsolidasyon saptanan hastanın kontrastlı Toraks Bilgisayarlı Tomografisinde sol akciğer alt lobda sekestrasyon ile uyumlu görünüm ve sağ akciğer orta lob ve bilateral alt lob bazal seğmenlerde buzlu cam dansiteleri saptandı. Hastaya FOB yapılması planlandı ancak FOB öncesi medikal tedaviye rağmen masif hemoptizisi gelişmesi üzerine Göğüs Cerrahisi ile konsülte edilerek acil operasyon kararı verildi ve acil operasyona alınan hastada lezyon rezektü edildi. Materyalin patolojik incelemesi intralober pulmoner sekestrasyon ile uyumlu geldi. Postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta şifa ile taburcu edildi. Pulmoner sekestrasyon sıklıkla asemptomatik seyretmekte, hemoptizi, sık enfeksiyon, solunum sıkıntısı, stridor gibi belirtiler ortaya çıkıp ileri tetkik istendiğinde saptanmaktadır. Sekestrasyon için cerrahi rezeksiyo konvansiyonel olarak standart tedavi olarak kabul edilmiş olup günümüzde daha az invazif alternatif yöntemler olan endovasküler coil embolizasyon teknikleri de bazı vakalarda kullanılmaktadır. Ayrıca küratif tedavide VATS kullanılması da önerilmiştir. İntralober sekestrasyonda beraber başka konjenital anomali sıklığı ekstralober olana göre daha az olsa da bazı vakalarda karsinoid tümör görülebilmekte ve nonspesifik semptomlarla başvuran hastalarda erken tanı önem kazanmaktadır.

akciğer grafisi



olgunun başvuru zamanı akciğer grafisi

toraks bt



olgunun kontrastlı toraks btsi

perioperatif



olgunun perioperatif görünümü

EP-328

Öksürük Nedeni Olarak Trakeal Divertikül

Semih Koçyiğit¹, Elif Altuntaş Şenol²¹Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi²Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları

Trakeal divertikül paratrakeal hava kistlerine neden olan trakea duvarının invajinasyonu ile karakterize nadir görülen benign bir durumdur. 58 yaşında bayan hasta kliniğimize göğüs ağrısı, üç aydır süren kuru öksürük ve nefes darlığı yakınmalarıyla başvurdu. Hastanın sigara içme hikayesi yoktu. Fizik muayenesinde akciğer sesleri doğaldı. Akciğer grafisi ve solunum fonksiyon testi normaldi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde sağ posterolateral alanda trakeanın posterolateralinde 1x1 cm çapında trakea ile bağlantılı bir hava dansitesinin olduğu görüldü. Hastaya trakeal divertikül tanısı kondu. Trakeal divertikül hastamızda da olduğu gibi genelde trakeanın sağ duvarında yerleşir. Hastaların çoğunda herhangi bir semptom görülmezken bu lezyonlar sekresyonlar için rezervuar görevi görerek tekrarlayan enfeksiyonlara neden olabilir. Klinik pratik ve literatürde nadir olarak bildirilse de trakeal divertikül insidansı %2'ye kadar çıkabilir. Bu nedenle kronik öksürük nedeniyle değerlendirilen özellikle akciğer grafisi ve spirometrenin normal olduğu hastalarda trakeal divertikül tanısını akılda tutmak gerekir.

trakeal divertikül



trakeal divertikül



EP-329

Sağ Pulmoner Hipoplazi

Tayfun Çalışkan, Ömer Ayten, Yasin Uyar, Oğuzhan Okutan, Faruk Çiftçi, Zafer Kartaloğlu, Dilaver Taş, Ersin Demirel
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul/Türkiye

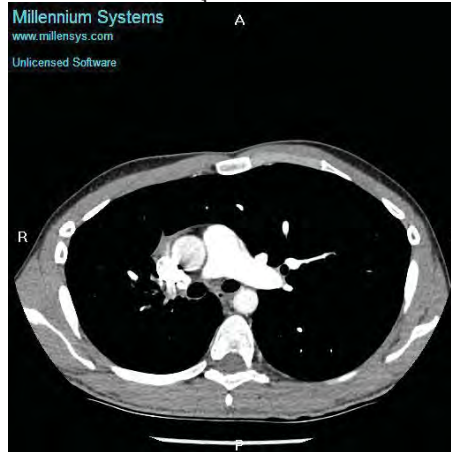
Pulmoner arter agenezisi ve hipoplazisi tek bir lezyon olarak ortaya çıksa da sıklıkla konjenital kalp anomalileri ile birlikte dir. Konjenital nedenler dışında nadir olarak cerrahi tedaviler sonrasında da pulmoner arterde stenoz veya obstrüksiyon görülebilmektedir. Pulmoner arter hipoplazisi, pulmoner hipoplazinin bir komponenti şeklinde ortaya çıkar. Hastalarda genellikle çocukluk çağında sık pulmoner enfeksiyon geçirme hikayesi vardır. Bilgisayarlı tomografik anjiyografi, magnetik rezonans anjiyografi ve sintigrafi tanı amaçlı olarak kullanılmaktadır. Etkilenen hemitoraks küçüktür, interkostal aralıklar daralmış, o taraf diyafragma yükselmiş ve mediasten aynı tarafa yer değiştirmiştir. Karşı akciğerde kompensatris hiperinflasyon vardır. Hastalığın tedavisi, genellikle tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlar, pulmoner hipertansiyon gibi medikal komplikasyonların tedavisine yönelik olup, endikasyon varlığında cerrahi tedavi de uygulanmaktadır. 27 yaşında erkek hasta çocukluğundan beri devam eden özellikle eforla artan nefes darlığı ile başvurdu. Solunum sistemi muayenesinde patoloji saptanmadı ve diğer sistem muayenelerinde açıklığı sola bakan skolyoz saptandı. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvar incelemeleri normal sınırlarda saptandı. Alınan kardiyoloji konsültasyonu; hastada kardiyak patoloji saptanmadı. Toraks BT anjiyografi; kalp kompartmanları ve mediastinal ana vasküler yapılar olağan olarak değerlendirilmiştir, mediastinal yapılar sağa deviyeye görünümündedir, her iki akciğerde geniş hava hapis alanları izlenmiştir, sağ akciğer hipoplazik görünümündedir, ayrıca sağ pulmoner arter ve sağ hava yolları da hipoplazik izlenmiştir, sağ akciğer alt lob volümü belirgin azalmış olup içinde bronşiektazik değişiklikler dikkati çekmiştir, sağ akciğerde peribronşial kalınlık artışının eşlik ettiği yaygın hava hapis alanları izlenmiş olup görünüm konstriktif bronşiolit ile uyumludur, sağ akciğerde yer yer tree in bud görünümü dikkati çekmiştir, sol akciğer volümü artmıştır, sol akciğer alt lob lateral ve posterior segmentlerde yer yer fokal tree in bud görünümü mevcuttur, sağ ve sol alt lobda mozaik atenuasyon paterni izlenmiş olup sol alt lobda sentrasiner amfizem alanları da bu bulguya eşlik etmektedir olarak raporlandı. Fiberoptik bronkoskopik incelemede; "Sağ akciğer orta lob kalibrasyonu azalmış izlendi ve 1 segment ağzı açık olarak gözlemlendi. Endobronşial lezyon görülmedi. Sağ akciğer alt lobda 4 segment ağzı açık, kalibrasyonları azalmış olarak gözlemlendi. Endobronşial lezyon görülmedi. Solunum fonksiyon testinde; FEV1:FVC:%51 FVC:%66 FEV1/FVC:%65 FEF25-75:%27 FEF50:%30 PEF:%45, DLCO:%83 DLCO/VA:%119 olarak raporlandı. Hastaya klinik ve radyolojik değerlendirmeler sonucunda Sağ pulmoner hipoplazi tanısı kondu.

Şekil 1



Hastanın PA akciğer grafisi

Şekil 2



Toraks BT anjiyografide sağ pulmoner arter ve sağ hava yolları da hipoplazik izlenmiştir

EP-330

Semptomsuz Seksen Yıl

Semih Koçyiğit¹, Elif Altuntaş Şenol², Hasan Baki Altınsoy³¹Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi²Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları³Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi Radyoloji

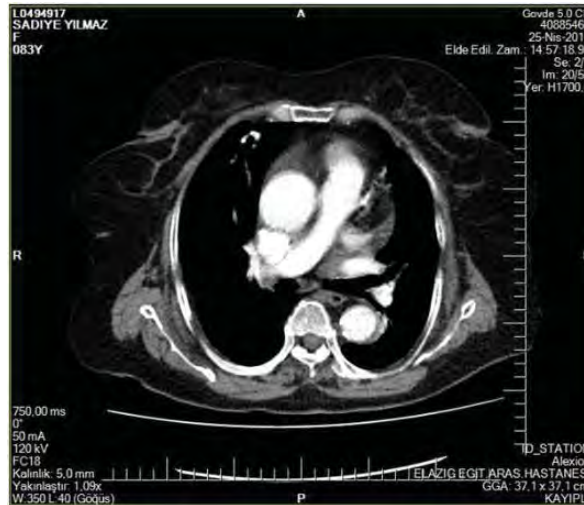
Pulmoner arteriyovenöz malformasyonlar (PAVM) pulmoner arter ve venler arasındaki anormal bağlantılardır. PAVM, sıklıkla (%70), herediter hemorajik telenjektazi (Rendu-Osler-Weber Sendromu) veya izole anomali şeklinde olabilir. HHT'li olguların da %30 kadarında PAVM'lere rastlanır. HHT, otozomal dominant geçişli, mukokutanöz - gastrointestinal (GİS) telenjektaziler ve bunun sonucu tekrarlayan burun ve GİS kanamaları ile klinikte kendini gösterir. HHT'nin prevelansının araştırıldığı çalışmalarda bazı ırklarda 1/10000 olarak bildirilmekte ve kadınlarda erkeklerden iki kat daha sık görüldüğü belirtilmektedir. PAVM'lar, HHT'li olguların %15-30 kadarında, farklı boyut (mikroskopik boyutlardan 50 mm), sayı ve yerleşimde (genellikle akciğer bazali) saptanır. Genellikle hastalık asemptomatiktir. PAVM'ler zaman içerisinde büyüyebilir (özellikle hamilelik esnasında), sağ - sol şant artar ve bunun sonucu hipoksemi, dispne gelişmesiyle klinik bulgulara yol açar. Hastalığın neden olduğu ciddi sorunlar ise masif hemoptizi, hemotoraks ve nörolojik (inme ve serebral abseler) komplikasyonlardır. PAVM'ye bağlı gelişen sağ-sol şant sistemik dolaşımdaki septik embolilerin serebral sirkülasyona geçişini kolaylaştırarak transient iskemik atak, inme ve beyinde abse gibi ciddi santral sinir sistemi komplikasyonlarına yol açar. Çoğu zaman bu sorunlardan yola çıkılarak PAVM; özellikle HHT tanısı konur. İnme ve beyin absesi sırası ile HHT'de %30'dan fazla, izole anomali olgularda ise %5-9 oranında rastlanır. PAVM'yi besleyen damarın boyutu 3 mm'den büyük ve çok sayıda ise serebral komplikasyon riski de artmaktadır. HHT hastalarında gelişen nörolojik sorunların üçte ikisi doğrudan PAVM ilişkili iken, geri kalan üçte birinde sorumlu olan serebral veya spinal AVM'dir. Serebral veya spinal malformasyonlar subaraknoid kanamalara veya nöbetlere de neden olabilirler.

Bizim vakamız herhangi bir komplikasyonu olmayan 83 yaşında bayan hasta daha önce herhangi bir şikayeti olmayan hasta öksürük şikayeti nedeniyle başvurduğu kuruluştan hastanemize yönlendirilerek yapılan tetkikler ve radyoloji sonucu toraks bt PAVM izlenmesi üzerine tarafımıza yönlendirilen hasta nonsempatik olması PAVM yönelik bir komplikasyon izlenmemesi üzerine takibe alındı

arterio ven



arterio venöz



EP-331

Konjenital Bronşiyal Atrezi

Fatih Alasan¹, Nisa Ünlü², Ali Nihat Annakkaya¹¹Düzce Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce²Düzce Üniversitesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Düzce

Konjenital bronşiyal atrezi nadir görülen bir durumdur. Radyolojik olarak genellikle hiler kitle lezyonu ve periferik akciğer alanında havalanma artışı şeklinde görülür. 34 yaşında erkek hasta işyerinde kontrol için çekilen akciğer grafisinde anormal bulgular saptanması üzerine polikliniğimize başvurdu. Asemptomatik olan hastanın bilinen kronik bir hastalığı yoktu. Fiberglastan polyester imal eden değişik fabrikalarda 20 yıldır çalışıyordu. 15 paket-yıl sigara anamnezi mevcut halen aktif kullanıyor. Fizik muayenesinde inspeksiyon doğal, dinlemekle sağ infraskapuler alanda sekretuar kaba raller mevcuttu. Solunum Fonksiyon testinde FVC: 4380 ml %82, FEV1: 3590 ml %83, FEV1/FVC:%82, FEF 25-75: %84 idi. Hastanın rutin kan tetkiklerinde patolojik bulgu saptanmadı. Özgeçmişinde 5 yaşında iken at arabası kazası geçirdiğini ve karın bölgesi üzerinden aracın tekerleğinin geçtiğini, bu nedenle karaciğer operasyonu geçirdiğini belirtti. Ailede tüberküloz hastası ve tüberküloz temas öyküsü yoktu. PPD 14 mm ölçüldü. Akciğer grafisinde sağ akciğer üst zonda klavikula altı bölgede para hiler yerleşimli sınırları düzgün ve lobülasyon gösteren 3-4 cm çapında kitle görüldü. Tomografide sağ üst lob anteriorda kitle görünümü içi mukusla dolu dilate bronş ve lezyonun anteriorunda periferik lokal hava hapsi izlendi. Videobronkoskopik incelemede, sağ üst lob anterior segment giriminin atrezik olması dışında anormallik görülmedi. Toraks BT incelemesinde kitle görünümünde olan ancak beraberinde periferik akciğerde havalanma artışı ve bül görünümü olan bronşiyal atreziye klinik, bronkoskopik ve toraks tomografik bulgular ile tanı konulabilir ve gereksiz invazif girişimlerden kaçınılmış olur.

Resim 1



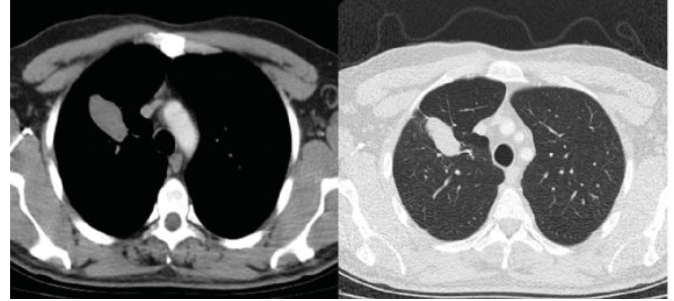
Sağ akciğer üst zonda klavikula altı bölgede para hiler yerleşimli sınırları düzgün ve lobülasyon gösteren 3-4 cm çapında kitlesel opasite

Resim 2



Ekspiratuar grafide kitle çevresindeki lokal havalanma artışı bölge daha belirgin olarak izlendi

Resim 3



Sağ üst lob anteriorda kitle görünümü içi mukusla dolu dilate bronş ve lezyonun anteriorunda periferik lokal hava hapsi izlendi

Resim 4



Sağ üst lob apikal ve posteriorun açık olduğu anterior segment giriminin atrezik olduğu görüldü

EP-332

Alfa 1 Antitripsin Eksikliğine Bağlı Saydam Akciğer Görünümü: Olgu SunumuErsin Demirer¹, Sedat Demirsoy¹, Ömer Ayten¹, Coşkun Öztürker², Faruk Çiftçi¹¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Radyoloji Servisi, İstanbul

Yirmi yaşında erkek hasta efor ile artan nefes darlığı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde üç yıl önce pnömotoraks öyküsü ve antitripsin eksikliği tanısı mevcuttu. Soygeçmişinde babasının ileri KOAH tanısı mevcuttu. Solunum sistemi dinlemek ile her iki hemitoraksta yaygın ekspiratuar ronkus saptandı. PA Akciğer grafide: Sol hemitoraksta saydam akciğer görüntüsü mevcuttu (Resim 1). Spirometri: FVC: 2.94 L (59%), FEV1: 2.08 L (49%), FEV1/VC: %82 tespit edildi. Toraks BT'de Solda daha yaygın ve belirgin olmak üzere her iki akciğerde alt lob predominans gösteren panlobuler amfizem alanları ve sol akciğer santral bölümde tübüler bronşektazik değişiklikler izlendi (Resim 2). Bu olgu tek taraflı saydam akciğer görüntüsü izlenen alfa 1 antitripsin eksikliğine bağlı yaygın amfizem hastalığı olarak sunulmaktadır.

Resim 1



PA Akciğer grafisi

Resim 2



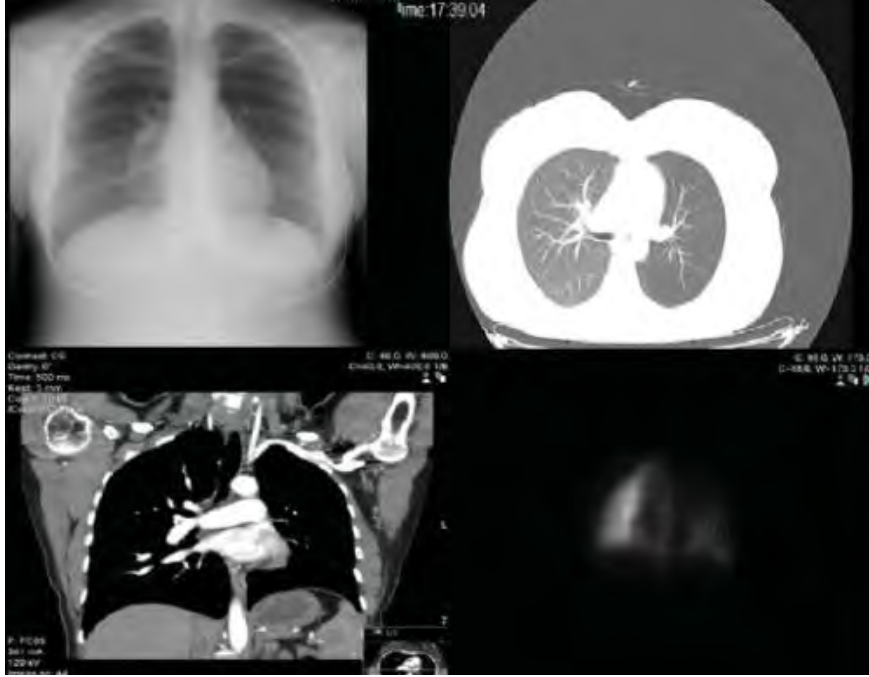
Toraks BT

EP-333

Erişkin Yaşta Saptanan Swyer-James-Macleod (Tek Taraflı Saydam Akciğer) Sendromu (SJMS) OlgusuSaltuk Buğra Kaya¹, Müge Otlı Karadağ², Süleyman Savaş Hacıevliyagil¹, Ünal Akel¹, Zeynep Ayfer Aytemur¹¹İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya²Malatya Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Malatya

34 yaşında bayan hasta birkaç yıldır devam eden nefes darlığı ve öksürük şikayetleriyle başvurduğu dış merkezde yapılan toraks bilgisayarlı tomografide (BT) sol akciğerde havalanma artışı tespit edilmesi üzere bronkoskopi yapılmak için merkezimize yönlendirilmiş. Uzun zamandır nefes darlığı, öksürük şikayeti olan hastanın çekilen akciğer grafisinde ve toraks BT'de sol akciğerde havalanma artışı tespit edildi. Hastanın solunum fonksiyon testlerinde anormal bulgu saptanmadı. Hastada bronkoskopik incelemede; sol ana bronş konstriktif daralmış izlendi. Çekilen dinamik toraks BT'de sol ana pulmoner arter ve dalları hipoplazik izlendi. Perfüzyon sintigrafisinde belirgin perfüzyon defekt gözlemlendi. Bu bulgular sonucunda hastaya Swyer-James-MacLeod sendromu (SJMS) tanısı konuldu. Bu olgu sunumu, invaziv tanısal yöntemlere ihtiyaç olmaksızın non-invaziv radyolojik görüntüleme yöntemleriyle (akciğer grafisi, toraks BT, perfüzyon akciğer sintigrafisi) SJMS tanısı için yeterli olduğu göstermektedir. Nadir bir sendrom olduğu için literatür bilgileri ışığında sunuldu.

Resim



Hastanın non-invaziv radyolojik görüntüleme yöntemleri (akciğer grafisi, toraks BT, perfüzyon akciğer sintigrafisi)

EP-334

KOAŞ Tanısı Sırasında Tesbit Edilen Sol Akciğer Agenezisi Olgusu

Asiye Yavuz, Aziz Gümüş, Müge Hazıroğlu, Derya Giakoup, Sebih Alp
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize

GİRİŞ: Konjenital pulmoner agenezis, çok nadir görülen konjenital bir durumdur. Gerçek sıklığı bilinmemekle birlikte, prevelansın 1000000 canlı doğumda 34 olduğu rapor edilmiştir. Genellikle unilateraldir. Kardiyovasküler, kas iskelet sistemi ve diğer sistem anomalileri eşlik edebilir. Bu hastaların %50'sinden daha fazlası yaşamlarının ilk 5 yılında ölürlür. Çok az hasta, hayatları boyunca asemptomatik kalabilirler. Sunduğumuz olgu, efor dispnesi ile kliniğimize başvurdu. İncelemeler sonunda KOAŞ ve sol pulmoner agenezis tanısı konuldu.

OLGU: 48 yaşında erkek hasta, 4-5 aydır olan eforlu nefes darlığı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. 30 paket-yıl sigara içme öyküsü dışında öz geçmişinde başka bir özellik yoktu. Fizik muayenede, perküsyonda sağ orta ve alt zonda matite alındı. Oskültasyonda sağ akciğerde ekspiriyum süresi uzamış ve ekspiratuvar sibilan ronküsler duyulmaktaydı. Sol akciğer üst zonunda solunum sesleri azalmış ve ekspiratuvar ronküs mevcuttu. Sol akciğer orta ve alt zonda solunum sesleri duyulmadı. Pulseoksimetre ile parmak ucu oksijen saturasyonu %97 olarak ölçüldü. Solunum fonksiyon testleri yapıldı. Predikte FEV1: %68, predikte FVC: %77, FEV1/FVC: %66 olarak tesbit edildi. Çekilen AC grafisinde mediasten sola deviyi ve apeks dışında sol hemitoraksın diğer alanlarında homojen opasite artışı olduğu görüldü. Sağ akciğerde havalanma artışı dışında anormal görüntü saptanmadı. Bunun üzerine hastaya kontrastlı spiral toraks BT çekildi. BT'de solda akciğer parankimine ait her hangi bir bulgu izlenmedi. Trakeanın sağ ana bronşla devam ettiği, sol ana bronş ve sol pulmoner arter ve dallarının olmadığı görüldü. Hastaya BT bulguları ile sol pulmoner agenezis tanısı konuldu. İlave anomali varlığını araştırmak için ekokardiyografi ve batin USG incelemeleri yapıldı. Kardiyak ve batin içi organlarda anomaliye rastlanmadı. İlave olarak fizik muayene ve SFT bulguları ile hastaya KOAŞ tanısı konuldu. Sonuç olarak hastaya eş zamanlı, sol pulmoner agenezi ve KOAŞ tanısı konuldu. KOAŞ'a yönelik tedavisi başlandı.

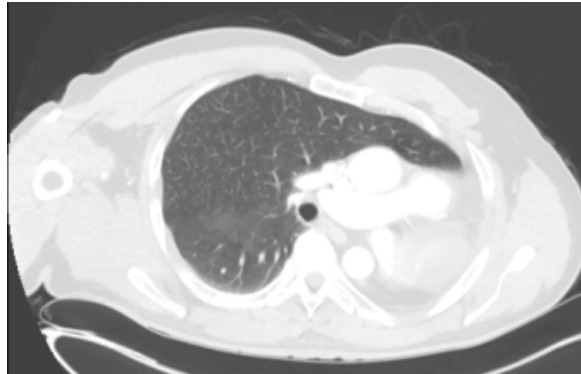
TARTIŞMA: Pulmoner agenezis olgularının asemptomatik olarak ileri yaşlara kadar yaşamlarını devam ettirebilmeleri oldukça nadir bir durumdur. Ancak ek anomali olmayanlarda bu mümkün olabilmektedir. Literatürde 40 yaş üstü vaka sayısı oldukça az sayıdadır. Eş zamanlı KOAŞ ve pulmoner agenezis tanılarının birlikte konulması literatür taramasında tesbit edemediğimiz, ilk kez gösterilen bir durumdur.

Resim 1



Trakea ve mediasten sola deviyeye olmuş, sol hemitoraksta hacim kaybı

Resim 2



Toraks BT parankim penceresinde; mediasten yapıları sola deviyeye görünümde, solda akciğer dokusu ve vasküler yapılar izlenmemektedir. Sağ akciğerin bir kısmı sol hemitoraksta herniyeye görünümdeydi.

EP-335

Nadir Görülen Kartagener Sendromlu Hastanın Nodülleri Neden var?

Ayşe Gül Öney Kurnaz, Funda Yalçın, Hasan Zafer Ali Sak, Edip Arpa, Abdullah Emre Nayman, Mehmet Gencer
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Şanlıurfa

GİRİŞ: Kartagener sendromu; bronşektazi, sinüzit ve situs inversus birlikteliğinden oluşan, otozomal resesif kalıtılan bir hastalıktır. Kronik ya da tekrarlayan enfeksiyonlarla erken yaşta bronşektazi oluşur.

OLGU: Yirmibeş yaşındaki Suriye'li erkek hasta, öksürük, balgam, nefes darlığı, baş ağrısı ve yakınmalarıyla başvurdu. Çocukluğundan bu yana sinüzit, bronşektazi, dekstrokardi tanılarıyla izlenen hastanın fizik muayenesinde yaygın ronküsleri mevcuttu. Kalp tepe atımı sağdaydı. Laboratuvar incelemelerinde lökosit 8200/mm³, hematokrit %38, sedimantasyon hızı 78 mm/sa, CRP 1.96 mg/dl olarak bulundu. PA akciğer grafisinde kalp, aortik ark ve sağdaydı. (Resim1) Karın ultrasonografisinde total situs inversus ile uyumlu bulgular saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) situs inversus totalis, bilateral bronşektatik değişiklikler, ter yer tüberkülozu düşündürür tarzda milier görünüm, bilateral alt lob posterior da nodüller izlendi. (Resim2) Tekrar alınan anamnezde hastanın 6 aydır akne vulgaris nedeniyle retinoik asit kullandığı öğrenildi. Nodül etyolojisi olarak enfeksiyon? malignite? ilaç reaksiyonu? düşünüldü. Hasta üroloji ve dermatoloji tarafından değerlendirildi.

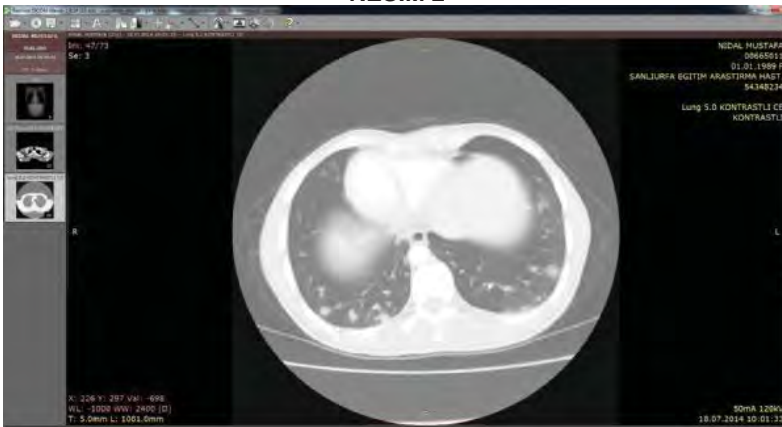
TARTIŞMA: Kartagener sendromu tanısı konulan hastalara otozomal resesif kalıtım bilgileri verilmelidir. Hastalar düzenli olarak izlenmeli ve pürülan ataklarda kültür antibiyogram sonuçlarına göre antibiyotik tedavisi verilmelidir. Toraks bilgisayarlı tomografisinde nodülleri olan hastaların; enfeksiyon haricinde, ilaç kullanım öyküsü sorgulanmalı ve hastalar malignite açısından sorgulanmalıdır.

RESİM 1



PA AC GRAFİSİ

RESİM 2



TORAKS BT

EP-336

Geç Yaşta Saptanan Bir Pulmoner Konjenital Anomali Olgusu - Konjenital Kistik Adenomatoid MalformasyonZahide Alaçam¹, Neşe Dursunoğlu¹, Erhan Uğurlu¹, Ali İhsan Yıldız²¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli²Servergazi Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Denizli

OLGU: 77 yaşında kadın hasta, akciğer grafisinde patoloji saptanması üzerine çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ akciğer üst lob anterior segmentte multilobule septalı lezyon izlendi. (Resim 1 ve 2) Hastaya yapılan fiberoptik bronkoskopi ve transtorasik iğne aspirasyon biyopsisi ile tanıya ulaşılamadı. Hastamız açık akciğer biyopsisini kabul etmedi. Malignite öntanısı ile pozitron emülsiyon tomografisi - bilgisayarlı tomografi (PET-BT) çekildi ancak PET-BT’de tarif edilen lezyonun standart tutulum değeri (SUVmax) 2,34 olması lezyonun benign karakterde lezyon olduğunu düşündürdü ve hastaya antibiyoterapi verilerek izleme alındı. Hastanın 3 ay sonraki ve 1 yıl sonraki çekilen toraks BT’de lezyonun boyutlarında hiçbir değişiklik olmaması, lezyonun radyolojik özellikleri ve hastanın kliniği göz önüne alındığında kistik adenomatoid malformasyon tanısı kondu.

TARTIŞMA: Konjenital kistik adenomatoid malformasyon (CCAM) akciğerin nadir görülen, etiyojisi belli olmayan kistik bir hastalıktır. Gebeliğin 4-8. Haftasında bronşioalveolar maturasyonun duraklaması ile mezenkimal hücrelerin aşırı çoğalmasın sebep olduğu hamartamöz akciğer lezyonudur. İnsidansı 8300 – 35000 canlı doğumda 1’dir (1) Klinik ve patolojik olarak 4 tipi vardır; tip 1 en sık görülen (%60) ve prognozu en iyi olanıdır. Tip 2 lezyonlar %15-20 oranında görülür. Trakeoözofageal fistül, bilateral renal agenezi veya disgenezi, özofagus atrezisi, barsak atrezisi, diyafragma, kalp, merkezi sinir sistemi ve kemik anomalileri gibi konjenital anomaliler eşlik eder. Prognozu tip 1’e göre daha kötüdür. En kötü prognoz tip 3’te izlenir çünkü kistler doğum sonrası hava ile dolup şişince mediastinal şifite neden olarak yenidoğan döneminde solunum sıkıntısına neden olabilir. Tip 4 lezyonlar ilerleyen dönemde plöropulmoner blastoma dönüşebileceği için malignite açısından dikkatli olmalıdır. (1)Ayırıcı tanıda bronkopulmoner sekestrasyon, pnömatosel, kistik bronşiektazi, konjenital lobar amfizem, intrapulmoner bronkojenik kistler yer alır. Olgumuzdaki klinik ve radyolojik bulgular; CCAM tip 1 ile uyumludur. Hastanın ileri yaşta olması ve bu yaşa kadar asemptomatik olması nedeni ile hastaya operasyon planlanmadı. Hastamız halen herhangi bir semptomu olmadan yaşamına devam etmektedir.

Kaynak:1. Shanti CM, Klein MD. Cystic lung disease. *Semin Pediatric Surg* 2008;17:2-8.

Resim 1



Resim 2



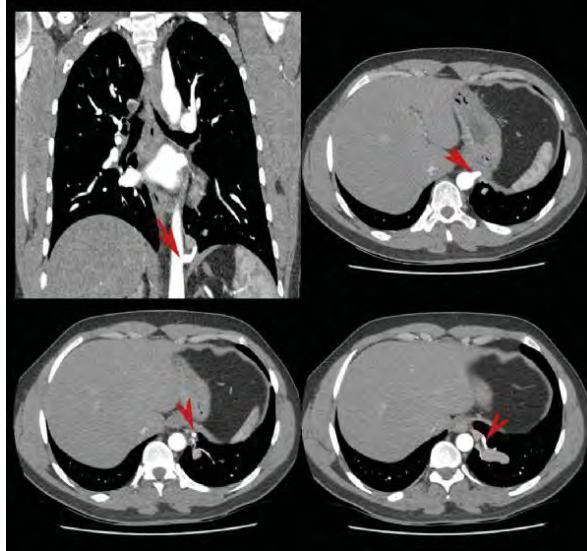
EP-337

Kitle Lezyonların Ayırıcı Tanısında Pulmoner Sekestrasyon; Olgu Sunumu

Alper Gündoğan, Ferhat Onur Ural, Nesrin Öcal, Tuncer Özkısa, Ergun Uçar, Hayati Bilgiç
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Pulmoner sekestrasyonlar trakeobronşiyal ağaçla ilişkili olmayan, pulmoner arterler yerine sistemik arterlerden beslenen, fonksiyon göstermeyen konjenital bir patolojidir. İntralober veya ekstralober olarak bulunabilirler. Radyolojik olarak kitleye, pnömönilere, bronşektaziye ve abseye benzeyen görünümler oluştururlar. Biz de akciğerde kitle öntanısı ile sevk edilen ve sekestrasyon tanısı konulan bir olgu sunmaktayız. Sigara içicisi olan 25 yaşında erkek hasta öksürük şikayeti ile başvurduğu sağlık kuruluşundan pnömöni tanısı ile bir süre antibiyoterapi kullanmış, takiplerinde radyolojik olarak kitle lezyon tespit edilmesi üzerine etiyojijiye yönelik tetkik edilmek ve bronkoskopi yapılmak üzere kliniğimize sevk edilmişti. Akciğer tomografisinde sol alt lob posterior segmentte iyi sınırlı ve desenden aorta komşuluklu yumuşak doku lezyon izlenmekteydi. Desenden aorta ile yakın iştiraki izlenen ancak HRCT tetkikinde sınırları net ayır edilemeyen hastaya sekestrasyon, arteryal vasküler malformasyon öntanısı ile BT anjiyografi planlandı. Bt anjiyografide desenden aortadan arteryel dallarını alan yumuşak doku dansitesi sekestrasyon olarak değerlendirildi. (Resim 1) Hastaya cerrahi tedavi planlanarak sekestrasyon rezeke edildi. Akciğer konjenital anomalilerinin %7'sini oluşturan pulmoner sekestrasyon kanını sistemik bir arterden sağlayan, embriyonik dönemde önbağırsaktaki aksesuar bir bronkopulmoner tomurcuktan gelişen konjenital bir patolojidir. Sıklıkla alt loblara yerleşir ve genelde semptomatiktir ancak erken dönemde semptom vermediğinden sıklıkla ileri yaşlarda tanı alırlar. Sekestrasyonun kesin tanısı, anjiyografi ile anormal damarların gösterilmesine dayanır. Tedavide; enfeksiyon olmayan vakalarda sekestrasyonun segmental rezeksiyonu yeterlidir. Ayırıcı tanıda pnömöni, akciğer maligniteleri, akciğer absesi, akciğerde yer kaplayan diğer lezyonlar yer alır. Vakamız özellikle genç yaş hastalarda akciğerde yer kaplayan lezyonların ayırıcı tanısında konjenital anomalilerin de düşünülmesi gerektiğini göstermesi açısından sunulmuştur.

Resim 1



Bt anjiyografide pulmoner sekestrasyonu besleyen ve desenden aortadan ayrılan sistemik arter dalı izlenmektedir. (oklar)

EP-338

Romatoid Artrit Hastasında Sağ Aortik Ark ve Azygos Lob Birlikteliği: Olgu Sunumu

Nurhan Atilla¹, Hüseyin Arpağ¹, Gözde Yıldırım Çetin³, Şemi Atilla², Fulsen Bozkuş¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

²Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Kahramanmaraş

³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Romatoloji Bilim Dalı, Kahramanmaraş

Elli beş yaşında bayan hasta Romatoloji bölümünce romatoid artrit tanısı ile on yıldır takip edilmekte olup anti TNF tedavi öncesi tarafımıza konsülte edildi. Rutin çekilen postero anterior akciğer grafisinde azygos lob ve üst mediasteninin geniş olduğu saptandı (Figür 1). Çekilen toraks BT de sağ yerleşimli aortik ark izlendi (Figür 2). Özgeçmişinde 8 yıldır guatr, yaklaşık yirmi yıldır astım tanısı mevcuttu. Sağ aortik ark anomalisi oldukça nadir görülen bir vasküler anomalidir. Üst mediastende görülen diğer vasküler anomalilerin çoğu gibi, genellikle klinik olarak önemli değildirlere ve semptom vermezler. Bunların bir kısmı başka amaçla çekilen akciğer grafileri ile ortaya çıkmaktadırlar. Rastlantısal olarak tanısını koyduğumuz 55 yaşında bu olguyu seyrek görülmesi nedeni ile sunduk.

Figür 1



Figür 2



EP-339

Asemptomatik Dev Timik Kist

Burçin Çelik¹, Selçuk Gürz¹, Muzaffer Elmalı², Yurdanur Süllü³¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Samsun³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Samsun

GİRİŞ: Timik kistler mediasteninin benign lezyonları arasında nadir görülen patolojilerdir ve mediastendeki tüm tümörlerin %1-3'ünü oluştururlar. Serviko-diyafraqmatik bölgenin herhangi bir yerinde gelişebilen timik kistler fetal timolaringeal kanal kalıntısından kaynaklanır. Burada ileri yaşta tanı konulan asemptomatik dev timik kist olgusunun literatür bilgileri ışığında sunumu amaçlandı.

OLGU: Yetmiş dokuz yaşında kadın hasta bulantı ve baş dönmesi şikayetleri ile nöroloji uzman doktoruna başvuruyor. Hastanın arka-ön göğüs radyografisinde anormallik izlenmesi üzerine toraks BT çekildi. Toraks BT'de; mediasteninin sol anteriorunda, arkus aorta seviyesinden başlayıp diyafram seviyesine kadar uzanım gösteren, yaklaşık 160x130x83 mm boyutlarında, homojen sıvı dansiteli, düzgün sınırlı kistik lezyon izlendi. İntratorasik, ekstrapulmoner kistik lezyon ön tanısı ile hastaya video yardımcı torakoskopik cerrahi uygulandı. Sol hemitoraks eksplere edildiğinde parakardiyak bölgede, mediasten boyunca ilerleyerek servikal bölgeye kadar uzanan dev kistik lezyon izlendi. İçerisinden yaklaşık 800 mL sıvı boşaltılan lezyon total olarak eksize edildi. Hasta ameliyat sonrası üçüncü günde sorunsuz olarak taburcu edildi. Eksize edilen lezyonun histopatolojik incelemesi timik kist olarak rapor edildi. Postoperatif 6. ayında olan hasta takip edilmektedir.

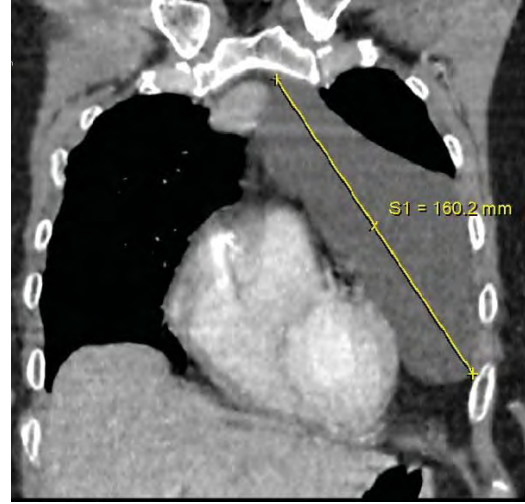
SONUÇ: Mediasteninin nadir görülen lezyonlarından olan timik kistler büyük boyutlara ulaşabilir ve asemptomatik olarak seyredebilirler. Cerrahi olarak video yardımcı torakoskopik cerrahi ile eksize edilebilir. Düşükte olsa nüks olasılığı nedeniyle takip edilmelidirler.

Resim 1

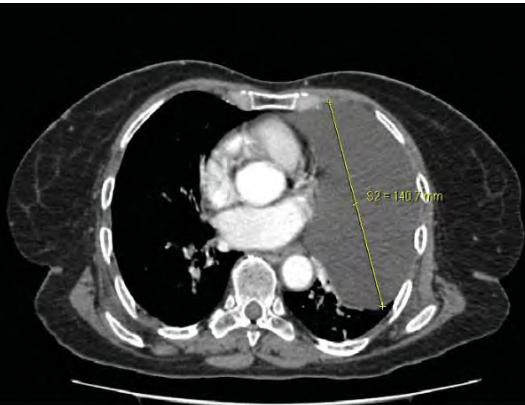


PA akciğer grafisinde sol hemitoraks orta ve alt zonu dolduran konsolide alan izlenmektedir.

Resim 3

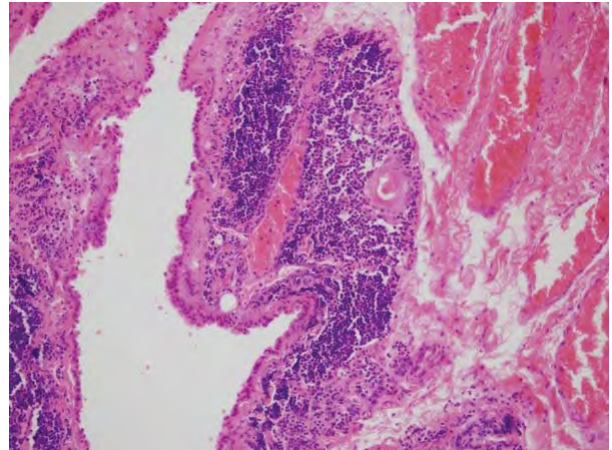


Resim 2



Toraks BT'de sol hemitoraksı dolduran dev kistik kitle izlenmektedir.

Resim 4



Kist yüzeyinde yer yer tek sıralı basıklaşmış epitel bulunan fibroadipöz doku örneğinde, adipöz doku içerisinde odaklar halinde timusa ait lenfoid doku gözlenmektedir.

EP-340

Geç Tanı Almış Trakeaözefageal Fistül

Mehmet Ünal, Ahmet Üçvet, Ozan Usluer, Esra Yamansavcı Şirzai, Soner Gürsoy

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

Yirmi dört yaşında erkek hasta 2006 yılından itibaren sıklığı artan pnömoni atakları ve bronşektazi nedeniyle takip altındaydı. 2010 yılında pnömoni ve solunum yetmezliği nedeniyle yoğun bakım ünitesinde entübasyon hikayesi bulunan hasta, balgam şikayeti nedeniyle tetkik edildi. Toraks BT'de sağ akciğer orta ve alt lob bazal segmentlerde kistik bronşektazi alanları saptandı. Yapılan fiberoptik bronkoskopide trakea orta bölümde, arka duvarda trakeaözefageal fistül (TÖF) ağız ile uyumlu olabilecek görünüm saptandı. Gastroenteroloji Kliniğinde yapılan özefagografi ve özefagus endoskopisinde patoloji saptanmadığı raporlandı. Ancak ince kesit BT de fistül hattı izlenebilen hastaya boynun sol yanından oblik kesi ile trakeaözefageal fistül onarımı ve sternohyoid kas flep transpozisyonu operasyonu uygulandı. Olgu postoperatif 5. ayında şikayetleri gerilemiş halde takip edilmektedir.

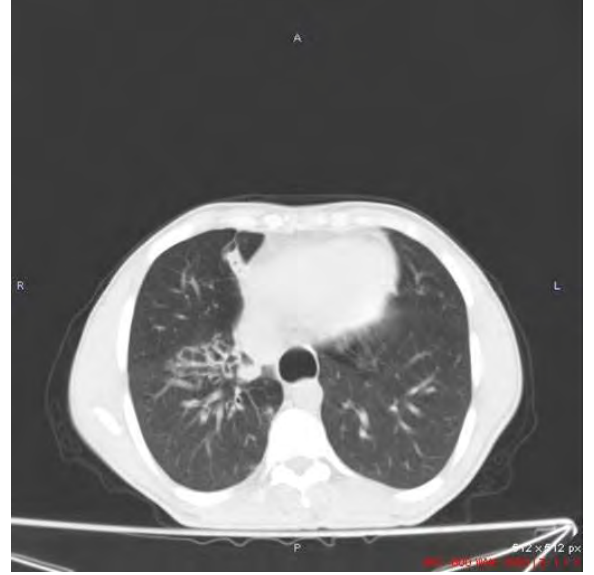
TÖF 1697 de Gibson tarafından tanımlanmış ve ilk başarılı tamir 1941 de Haight tarafından uygulanmıştır. En sık proksimal özefagus atrezisi+distal TÖF şeklinde görülen hastalar genellikle bebeklik döneminde tanı almaktadır ancak atrezisiz izole TÖF vakalarında semptomların şiddetine göre tanı konma yaşı gecikebilir. Nadir de olsa TÖF'ün bronşektazi olgularında altta yatan sebep olabileceği akılda tutulmalıdır.

Resim 1



Preoperatif PA akciğer grafi

Resim 3



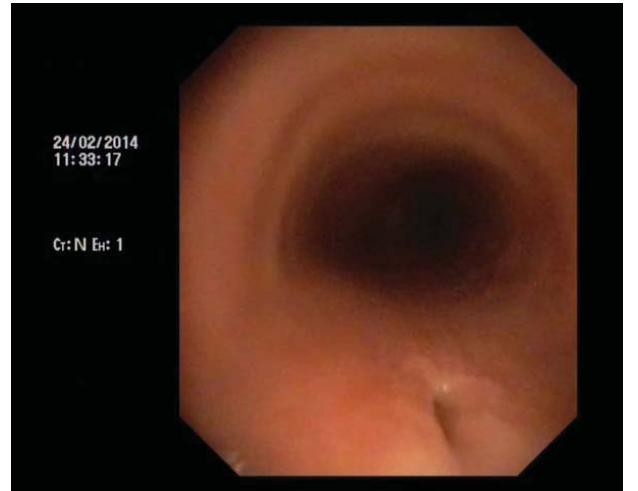
Toraks BT de bronşektazik alanlar 2

Resim 2



Toraks BT de bronşektazik alanlar 1

Resim 4



Preoperatif fiberoptik bronkoskopi görüntüsü

Resim 5



Toraks BT de TÖF

Resim 7



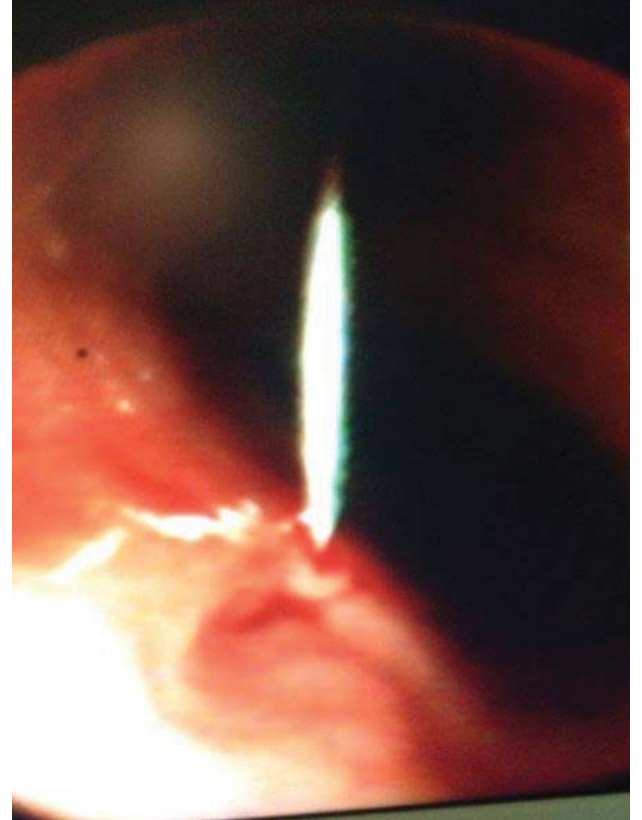
Peroperatif fiberoptik bronkoskopi 2

Resim 6



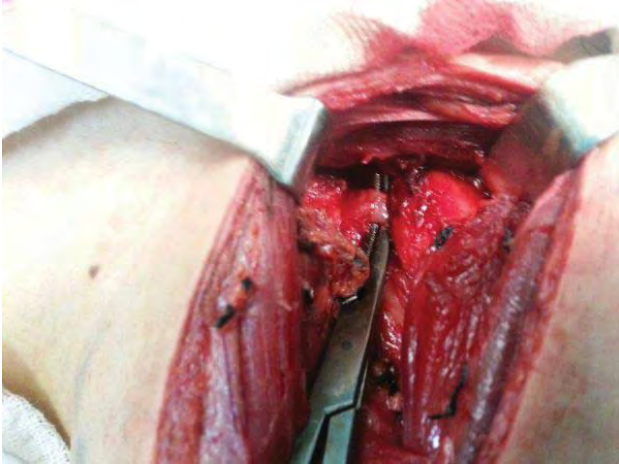
Peroperatif fiberoptik bronkoskopi 1

Resim 8



Peroperatif fiberoptik bronkoskopi 3

Resim 9



Fistül traktının peroperatif görünümü

Resim 11



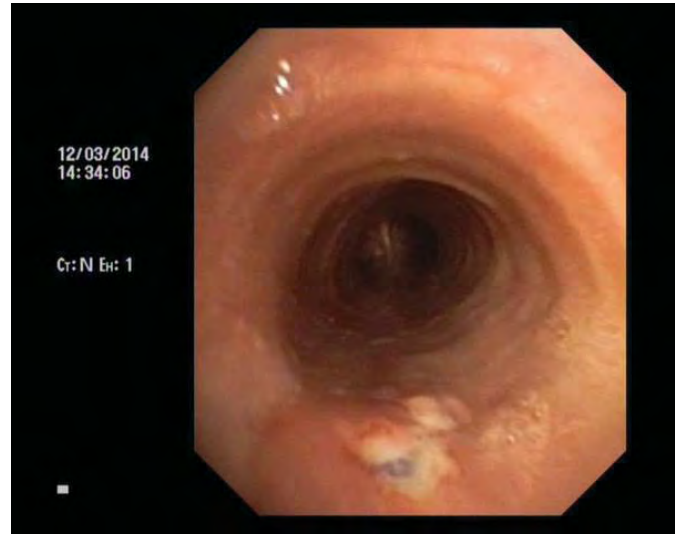
Postoperatif PA akciğer grafisi

Resim 10



Postoperatif insizyon görüntüsü

Resim 12



Postoperatif fiberoptik bronkoskopi

EP-341

Perikardiyal Kist Tanısı İle Ameliyat Edilen Hastaların Değerlendirilmesi

Yasemin Bilgin Büyükkarabacak, Burçin Çelik, Mehmet Gökhan Pirzirenli, Ayşen Taslak Şengül, Ahmet Başoğlu
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Samsun

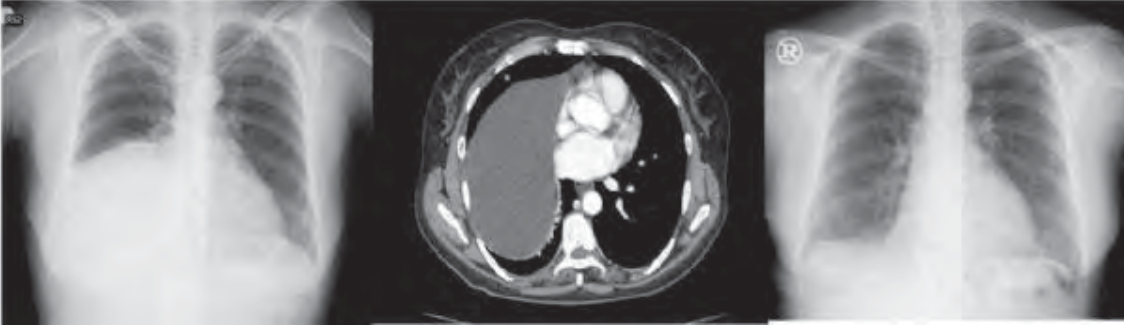
AMAÇ: Perikardiyal kist tanısı ile ameliyat edilen hastalar yaş, cinsiyet, semptom, tanı yöntemleri, tedavi yöntemleri, morbidite ve mortalite açısından incelenmesi.

YÖNTEM-GEREÇLER: Ocak 1999 - Mayıs 2014 tarihleri arasında kliniğimizde ameliyat edilen ve histopatolojik olarak perikardiyal kist tanısı konulan 12 hasta geriye dönük olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 12 hastanın 8'i (%66) kadın, 4'ü (%34) erkek olup yaş ortalaması 48 (26-67) yıl olarak tespit edildi. En sık tespit edilen semptom altı (%50) hastada göğüs ağrısı olup, iki hasta asemptomatik idi. Kistlerin 8'i (%66) sağ kardiyofrenik, 4'ü (%34) sol kardiyofrenik bölgede bulunuyordu. Perikardiyal kist tanısında tüm hastalarda toraks BT'den yararlanılırken 2 hastada toraks MR'a ihtiyaç duyuldu. Kistlerin en büyüğü 15x10 cm, en küçüğü 3x5 cm ebadındaydı. Tüm hastalara cerrahi tedavi uygulanırken yaklaşım şekli olarak; 5 hastada sağ torakotomi, 4 hastada sol torakotomi ve 2 hastada VATS tercih edildi. Hastane yatış süresi 6 (4-11) gün tespit edildi, mortalite izlenmedi. İki olguda (yara yeri enfeksiyonu, intratorasik hematom) morbidite izlendi. Ortalama takip süresi ortalama 90 (3-188) ay olarak saptandı ve hiçbir olguda nüks izlenmedi.

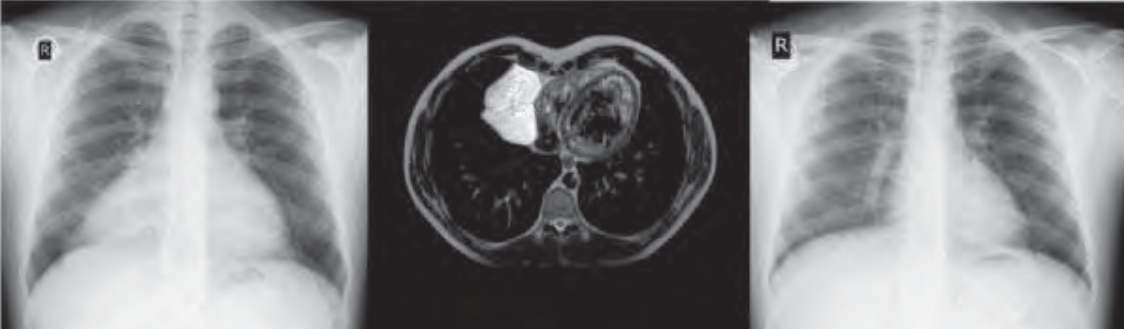
SONUÇ: Perikardiyal kistlerin tanı ve tedavisinde cerrahi önemli bir yer tutmaktadır. Kistlerin total eksizyonu sonrası nüks izlenmemektedir. Son dönemlerde minimal invaziv girişim yoluyla cerrahi tedavi popüler hale gelmiştir.

Resim 1



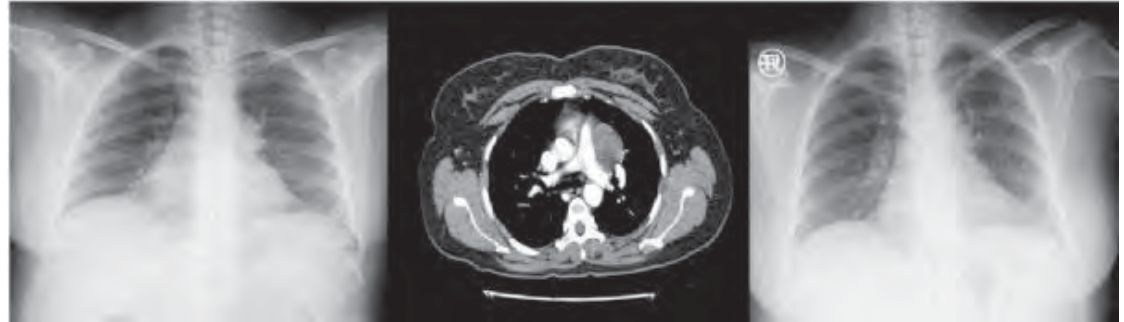
15x10 cm ebadındaki perikardiyal kistin preoperatif akciğer grafisi ve BT görüntüsü, postoperatif akciğer grafisi izlenmektedir.

Resim 2



10x5 cm ebadındaki perikardiyal kistin preoperatif akciğer grafisi ve MR kesiti, postoperatif kontrol akciğer grafisi.

Resim 3



6x5 cm ebadındaki kistin preoperatif direk akciğer grafisinde sol hiler dolgunluk izlenmektedir. Toraks BT'de sol ana pulmoner arterin üzerinde yerleştiği görülmüştür. VATS ile tedavisi sonrası kontrol toraks BT.

EP-342

Prader Willi Sendromlu Hastada TrakeomalaziAyşe Şule Ateş¹, Ebru Şengül Şeref Parlak¹, Ömer Faruk Ateş², Hatice Kılıç¹¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Ankara²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara

Trakeomalazi, trakeanın kıkırdak bozukluğu sonucunda ortaya çıkan ve trakeanın kolaylıkla kollabe olabilmesine izin veren esnek ve yumuşak olması durumudur. Ekspiryum veya öksürük sırasında, trakeanın ön ve arka duvarlarının birleşmesi ile klinik veren nadir bir durum olmakla birlikte, trakeanın en sık karşılaşılan konjenital hastalığıdır. Çoğunlukla çocukluk döneminde, izole veya trakeoözefageal fistül ile birlikte görülebilen trakeomalazi, nadiren erişkin döneme kadar devamlılık gösterir. Erişkin hastalarda genellikle uzamış entübasyon (özellikle trakeostomili hastalarda), kronik obstruktif akciğer hastalığı veya sık tekrarlayan enfeksiyonlar sonucunda ortaya çıkar.

Prader Willi sendromu, paternal kromozomda, kromozom 15 (q11-13) de delesyon veya anekspresyon sonucu ortaya çıkan nadir görülen genetik bir hastalıktır. Düşük muskuler tonus, kısa boy, inkomplet seksüel gelişim, kognitif bozukluklar, davranış bozuklukları, kronik açlık hissi ve morbid obezite, bu sendromun karakteristik özelliklerindedir. Santral hipoventilasyon, obstruktif apne sendromu bu hastalarda sıklıkla görülen respiratuar problemler olmakla birlikte, trakeomalazi, Prader Willi sendromunda beklenen bir anomali değildir.

Biz bu yazıda, 32 yaşında Prader Willi sendromlu obstruktif uyku apnesi tanısıyla kliniğimize yatan ve insidental olarak trakeomalazi saptanan bir hastayı tomografi bulguları ile birlikte sunduk.

32 yaşında daha önce bilinen Prader Willi, morbid obezite ve tip 2 solunum yetmezliği tanıları olan erkek hasta, uykuya meyilli olma şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Non invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı nedeniyle servisimize yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde morbid obezite ve sağda bazal ve orta seviyelerde, solda ise bazal seviyede duyulan ince ralleri mevcuttu. Pretibial ödemi pozitifti. Laboratuvar bulgularının da enfeksiyonu desteklemesi sonucu hastaya pnömoni ön tanısıyla toraks BT çekildi. Kontrastsız toraks BT hasta inkooperasyonu nedeniyle hafif ekspiryum fazında çekildi. Kalp boyutları ve pulmoner arter çapı artmıştı. Bilateral parankimal alanlarda santral yerleşimli staz ile uyumlu olarak düşünülen buzlu cam alanları mevcuttu. Sağ akciğer üst lobda çevresel buzlu cam alanlarının eşlik ettiği birleşme eğiliminde asiner nodüler infiltrasyonlar görüldü. Plevral efüzyon yoktu. Mediastinal alanlarda patolojik boyuta ulaşmayan birkaç adet lenf nodu eşlik etmekteydi. İnsidental olarak hastada trakea ön arka çapında belirgin azalma, trakeomalazi ile uyumlu olarak kaydedilmişti. Hastaya nazal oksijen, NIMV, iv diüretik ve moksifloksasin tedavisi başlandı.

Trakeomalazi, erişkin çağda nadiren görülen trakeanın yapısal bozukluğudur. Prader Willi sendromunda trakeomalaziye yatkınlık tanımlanmamıştır. Prader Willi sendromunda beklenen muskuler hipotonisite, trakea posterior duvarında artan elastisiteyi açıklamaya yardımcı olabilir.

Hafif Ekspiryumda Çekilmiş BT*Trakea ön arka çapı belirgin olarak azalmış*

EP-343**Sağ Aortik Ark Aberran Sol Subklavian Arter: Olgu Sunumu**

Nurhan Atilla, Hüsyin Arpağ, Şemi Atilla, Fulsen Bozkuş

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kahramanmaraş

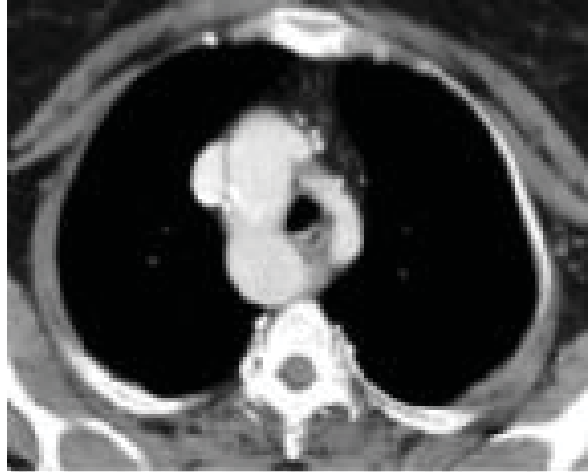
Elli sekiz yaşında bayan hasta kronik karaciğer parankim hastalığı nedeniyle gastroenteroloji bölümü tarafından takip edilmekte. Öksürük şikayeti nedeniyle çekilen postero anterior akciğer grafisinde sağ üst meiyasten geniş izlenmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmişti (Figür 1). Toraksa yönelik bilgisayarlı tomografide arkus aortanın sağ yerleşimli olduğu, sol subklavian arterin arkus aortadan çıktığı, torakal aortanın ise tortiyoze seyrettiği görüldü (Figür 2).

Aortik ark ve onun ana dallarının anomalileri oldukça seyrek olup otopsi serilerinde %1-3 arasında değişmektedir. En sık görülen varyasyon sol aortik ark eşlikli aberran sağ subklavian arterdir. Sağ aortik ark eşlikli aberran sol subklavian arter anomalileri ise daha nadirdir. Nadir görülen bir konjenital anomali olması nedeniyle olgu sunulmuştur.

Figür 1



Figür 2



EP-344

Perioperatif Olarak Tanısı Koyulan Scimitar Sendromu Olgusu

Derya Özden Omaygenç¹, Merih Dilan Albayrak¹, Hasan Akın², Mesut Buz², Betül Akdemir¹, Necati Çıtak², Tuğba Doğu³, Ayşe Ulukol¹, Nilgün Ulukol¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğt. Araşt. Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğt. Araşt. Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği

³Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon ABD

GİRİŞ: Scimitar sendromu, sağ akciğerin (genellikle sağ alt lob) hipoplazisi ve sağ pulmoner venlerin inferior vena kavaya drenajı ile karakterize seyrek görülen bir doğumsal kardiyopulmoner malformasyondur. Sendroma adını veren "scimitar" (Türk palası) bulgusu akciğer grafisinde genişlemiş sağ alt pulmoner vene bağlı olarak ortaya çıkar. Ancak bu tipik radyolojik bulgu olguların çoğunda görülmez. Dekstrokardi, bronşial ve arteriyel anomaliler tabloya eşlik edebilir. Kliniğimizde A-V (arteriyovenöz) malformasyon ön tanısıyla operasyona alınıp, Scimitar sendromu olarak tanımlanan ve sağ üst lobektomi uygulanan bir olguyu paylaşacağız.

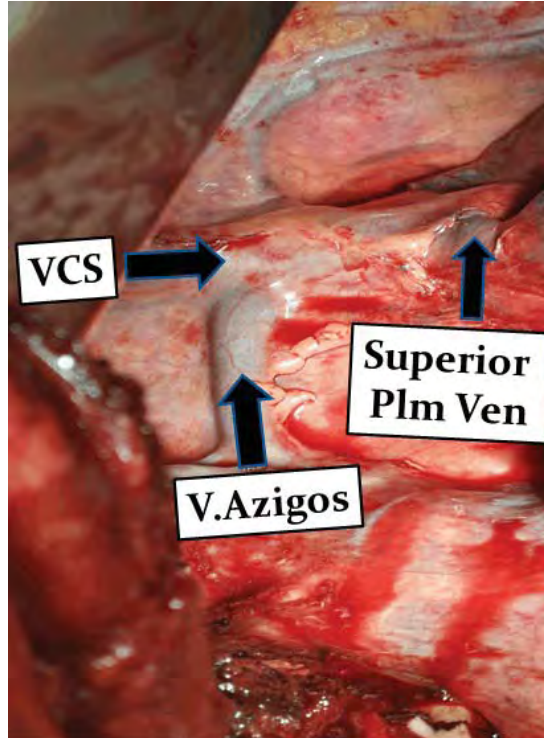
OLGU: Kliniğimize nefes darlığı yakınması ile başvuran 35 yaşında erkek hastada multidisipliner tanısız çalışma yapıldı. Hastanın BT'sinde (bilgisayarlı tomografi) sağ akciğer üst lobda bronkosel olabileceği düşünülen kitle ve buraya komşu perihiler alanda A-V malformasyon olarak tanımlanan vasküler anormallikler izlendi. Hastaya bunun üzerine tanısız torakotomi planlandı. Sol selektif bronşiyal entübasyon ile sağ torakotomi uygulanan hastada BT'de izlenen kitle imajının bronkojenik kiste ait olduğu ve sağ üst pulmoner venin SVK'ya (superior vena kava) drene olduğu saptandı. Hasta, Scimitar sendromu olarak tanımlandı ve sağ üst lob eksizyonu yapılarak operasyon tamamlandı. Hasta işlem sonrası hemen ekstübe edildi ve yoğun bakım ünitesine alındı.

TARTIŞMA: Scimitar sendromu, infantil tipinin aksine; eşlik eden kompleks kardiyak anomali yoksa erişkin dönemde çoğunlukla asemptomatiktir. Nadiren tekrarlayan pnömoni atakları, efor dispnesi ve hemoptizi ile kendisini gösterebilir. PAPVD (Parsiyel Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi) tüm konjenital kalp hastalıklarının %0.5-1'ini oluşturan nadir bir anomalidir. Scimitar sendromu ise; PAPVD'nin %3-5 oranında görülen gerçekten nadir bir kompleks varyantıdır. Sendromu oluşturan anomaliler; PAPVD, sağ akciğer ve pulmoner arterin hipoplazisi, dekstrokardi ve sağ akciğer beslenmesinin sistemik dolaşımdan sağlanmasıdır. Bu sendromda gözlenen PAPVD, en sık sağ alt ya da orta lobun pulmoner veninin anormal 'Scimitar' venini oluşturarak diyafram seviyesinin altında inferiyor vena kavaya drene olmasıdır.

Bu durum bir sol-sağ şant oluşturarak sağ kalp yetersizliği kliniği oluşturabilir.

Bizim olgumuzda, Scimitar sendromu için tipik olmayan sağ akciğer üst lob ve SVK arasında meydana gelen bir venöz dönüş anomalisi gözlemlendi. Yine açıklanamayan kitle imajının nedeninin de atretik akciğer dokusu olduğu peroperatif olarak anlaşıldı. Scimitar sendromu, nadir gözlenen bir durum olduğundan ayırıcı tanıda akla getirilmesi güç olmaktadır. Ancak, açıklanamayan parenkimal patolojilere eşlik eden çeşitli venöz anomaliler tanıda yönlendirici olmalıdır.

Resim 1



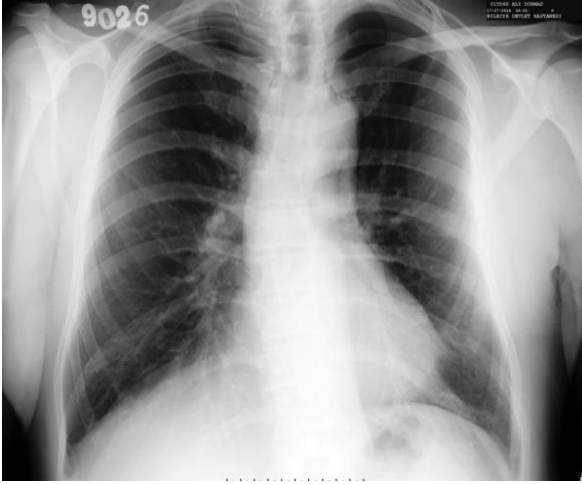
Sağ üst pulmoner venin SVK'ya anormal drenajı.

EP-345

Toraks Travmalı Bir Olguda Saptanan Persistan Sol Vena Kava Süperior OlgusuArgün Kış¹, Mustafa Tuğrul İşler², Ramazan Arslan³¹Bilecik Devlet Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, Bilecik²Bilecik Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Bilecik³Bilecik Devlet Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği, Bilecik

Persistan sol süperior vena kava (PSSVK) toraksın en yaygın venöz anomalilerinden birisidir. Görülme sıklığı %0.3-0.5 olarak bildirilmiştir. Doğuştan kalp hastalığı bulunan hastaların yaklaşık %4'ünde görülür. PSSVK'lı bireylerin %40'ında kardiyovasküler anomaliler saptanmıştır. 43 yaşında erkek hasta. Yüksekten düşme nedeniyle acil serviste değerlendirilen hastanın tomografisinde: Sol yerleşimli vena kava süperior ve inferior birlikteliği saptanmış olup koroner sinüse drene oldukları görülmüştür. travmaya ait patolojik bulgu saptanmayan hastanın EKO'sunda Koroner sinüste dilatasyon olduğu ve VCI izlenmediği görüldü. Büyük oranda asemptomatik seyreden bir varyasyon olduğu için genelde kardiyak elektrofizyolojik değerlendirmelerde, santral venöz kateterizasyon sırasında ve bu vakada olduğu gibi toraks görüntülenmesi sırasında insidental olarak saptanır. EKO'da koroner sinüs dilatasyonu görüldüğünde PSSVK akla gelmelidir. PSSVK 'da ensik görülen kardiyak anomaliler septal defektlerdir. %80 sağ VCS birlikteliği vardır. %90 vakada hemodinamik instabilite yaratmadan, koroner sinüs vasıtasıyla sağ atriuma drene olur. %10 sol atriuma drene olduğu da görülmüştür. % 65 oranında sağ brakiosefalik ven ile birlikte görülebilir. Klinik önemi vasküler varyasyonlar nedeniyle juguler ven vasıtasıyla yapılacak olan kateterizasyonlarda ve kardiyovasküler cerrahi için zorluk çıkarabiliyor olmasıdır. Bu nedenle PSSVK tanısı konduğunda kardiyak ve vasküler anomali açısından araştırılma yapılmalıdır. Sol atrium drenajı nedeniyle düşük oranda da olsa sol-sağ şanta ve paradoksal emboliye neden olabilir. Koroner sinüsün aşırı dilatasyonuna bağlı olarak AV node gerilmesine ve aritmiye sebebiyet verebilmektedir.

Akciğer grafisi



Hepatik ven



Hepatik ven direkt olarak sağ atriuma açılıyor

Koroner sinüs



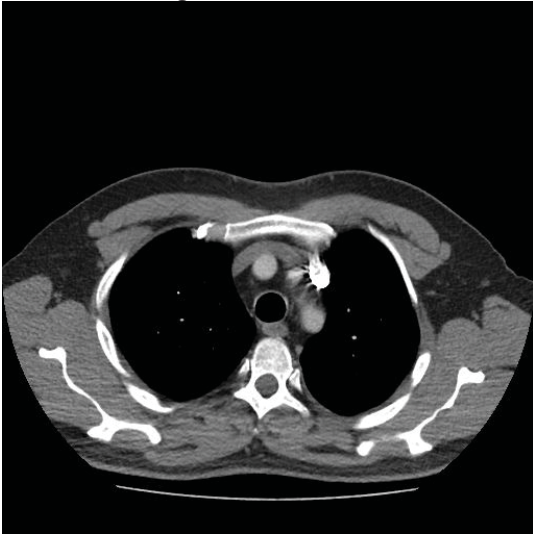
Dilate koroner sinüs sağ atriuma drene olmakta

VCİ ve aort



VCİ toraksa aortla beraber girip, sol tarafta yanyana izlenmekte.

Sağ brakiosefalik ven



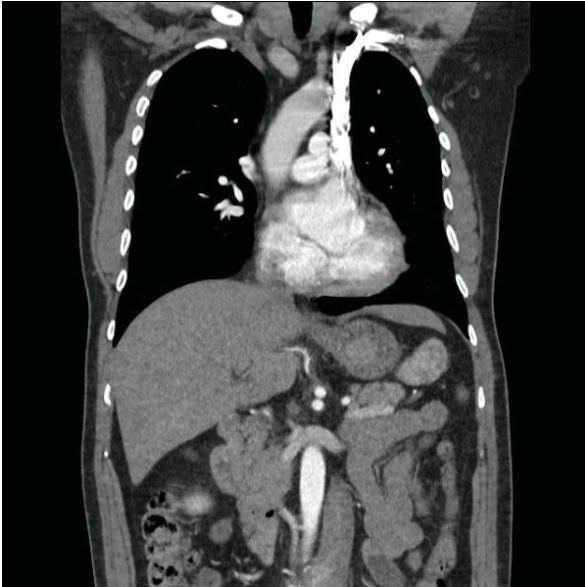
Sağ brakiosefalik venin sol VCS'a drene olduğu bölge

VCS koroner sinüse açılıyor



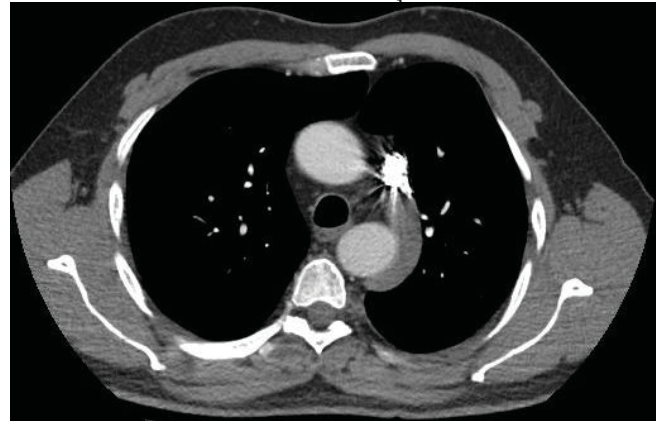
VCS sol atrium ve sol ventrikül arasında koroner sinüse drene oluyor.

Sol VCS koronal kesit



Kontrast maddenin solda VCS tarafından tutulması görülürken, sağ VCS izlenmemekte

VCS ile VCİ birleşmesi



VCİ solda VCS'a drene olmakta

EP-346

Diş Teknisyeni Pnömokonyoz Olgusu

Hakan Tanrıverdi¹, Tacettin Örnek¹, Fatma Erboy¹, Bülent Altınsoy¹, Müge Meltem Tor¹, Metin Çeikiz², Figen Atalay¹¹Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD.²Zonguldak Uzun Mehmet Göğüs Ve Meslek Hastalıkları Hastanesi

Pnömokonyozlar inhale edilen inorganik tozların akciğerde birikimi ve bu tozlara karşı akciğer parankiminde oluşan doku reaksiyonunun neden olduğu interstisyel akciğer hastalıklarıdır. Pnömokonyozun temel sebebi iş yerindeki maruziyettir. Diş teknisyenleri de diş protezlerinin yapımı sırasında ortaya çıkan toz ve buhara maruz kalırlar. Silika, berilyum, alginat ve krom, kobalt, molibden ve tungsten gibi metaller etyolojik ajan olarak tanımlanmıştır.

OLGU: Ara ara olan öksürük yakınması ile doktora başvuran 42 yaşında erkek hasta akciğer grafisinde patoloji saptanması üzerine interstisyel akciğer hastalığı ön tanısıyla kliniğimize sevk edildi. Hasta 23 yıldır diş teknisyeni olarak çalışıyordu ve hiç sigara içmemişti. Hastanın fizik muayenesi normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımı ve rutin biyokimyasal parametreleri normaldi. Eritrosit sedimentasyon hızı 11 mm/saat, C-reaktif protein 1.66 mg/L, serum ACE düzeyi normal, anti nukleer antikor ise negatifti. Akciğer grafisinde diffüz bilateral küçük yuvarlak opasiteler izlendi (Resim 1). Solunum fonksiyon testlerinde FVC 4,81 L (%110); FEV1 3.82 L (%109); FEV1/FVC 79%; TLCO 9.41 mmol•min-1•kPa-1 (92,7%) saptandı. Hastaya yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) istendi. YÇBT'de bilateral 1,5- 3 mm küçük yuvarlak düzgün sınırlı mutipl nodüler lezyonlar izlendi. Balgam örneği veremeyen hastaya endobronşiyal değerlendirme ve bronkoalveolar lavaj (BAL) yapılmak üzere bronkoskopi yapıldı. Endobronşiyal patoloji saptanmadı. Sağ orta lobdan BAL yapıldı. BAL ARB ve TB kültürü negatif geldi. BAL FS'de Granülositler (%7,8) ve Lenfositler (%16,3) olarak gözlendi. CD4/CD8 oranı 1,21 ve CD8+CD103+ hücrelerde artış ve %1,2'lik artmış CD19 düzeyi saptandı. BAL sitolojisi yoğun alveolar makrofaj ve inflamatuvar hücreler saptandı. Hastanın mesleki maruziyet öyküsü, uygun klinik ve radyolojik bulguları olması nedeniyle histopatolojik incelemeye gerek görülmedi. Diş teknisyeni pnömokonyozu olarak kabul edildi ve iş değişikliği önerildi.

TARTIŞMA: Diş teknisyenlerinde pnömokonyozla ilave olarak kronik bronşit, kanser ve astım da bildirilmiştir. Hava filtrasyonu etkili değilse laboratuvaradaki toz partikülleri tehlikeli seviyelere ulaşabilir. Laboratuvarların çoğunda hava temizleme sistemleri bulunmamaktadır. Bu nedenle diş laboratuvarlarında lokal ventilasyon sistemleri kontaminasyonu azaltmak için düşünülmelidir.

akciğer grafisi



bilateral diffüz küçük yuvarlak opasiteler

HRCT



HRCT kesitlerinde üst ve orta loblarda daha yoğun 1,5- 3 mm düzgün sınırlı opasiteler

EP-347

Bilateral Gezici İnfiltrasyonlarla Giden Olgumuz

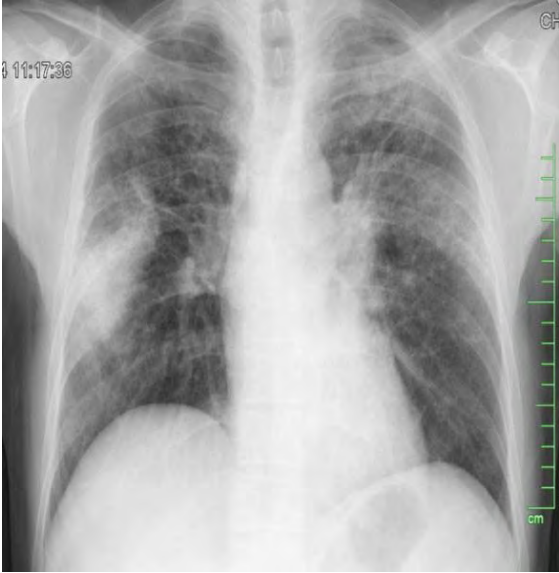
Sakine Yılmaz Öztürk, Emel Çağlar, Mediha Gönenç Ortaköylü, Sinem İliaz, Belma Akbaba Bağcı, Efsun Gonca Uğur, Ayşe Bahadır, Merve Nizam
Yedikule Göğüs ve Göğüs Cerrahi Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları İstanbul

GİRİŞ: bu çalışmada gezici infiltrasyonla giden meslek hastalığı anlatılacak

OLGU: 50 yaşında erkek hasta öksürük, balgam, nefes darlığı, kilo kaybı, iştahsızlık şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde ek hastalık yok, 40 paket sigara içmiş 3 yıldır ex smoker, ilaç anamnezi yok, aşçı olarak çalışıyor. Hastanın genel durumu orta, görünümü soluktu. turgor tonusu normal, ödem, ikter, siyanoz yoktu. oda havasında oksijen saturasyonu %96, tansiyon 120/75mmHg nb; 82/dk, solunum sayısı 20 dk idi. dinlemekle sağ akciğer alt zonlarda krepitan raller mevcuttu diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. laboratuvarında lökosit: 11.200/mm³, crp: 163 hgb: 9.16 mcv: 60.4 dış merkezde çekilen akciğer filminde sağ akciğer üst zonda belirgin solda minimal retikuler dansite artışları görülmüş tbc ön tanısıyla hastanemize yönlendirilmiş. tbc poliklinikte balgam arbler bakılmış non spesifik tedavi verilmiş hastanın 3 balgam arb negatif, kültürleri negatif olunca servise interne edildi. akciğer filminde üst zonlarda bilateral infiltrasyon mevcuttu. hastaya ampicilin sulbactam iv+klaritromisin tb olarak tedavi başlandı. balgam kültüründe hemophilus parainfluenza üredi verilen antibiyotiğe duyarlı geldi. balgam arbler negatif geldi. batın usg, boyun usg patolojik bulgu saptanmadı. thoraks bt çekildi. her iki akciğer üst lobda yaygın paraseptal ve sentrilober amfizem alanları, ince cidarlı kistik oluşumlar ve traksiyon bronşektazileri içeren ve bu parankimal zeminde gelişmiş heterojen görünümde yoğun parankimal konsolidasyon alanları saptandı. hastaya fob yapıldı. her iki üst lobdan lavaj pbb alındı. patoloji sonucu tümoral hücre görülmedi. vaskulit markırları, hepatit markırları negatif geldi. takibinde ac filminde infiltrasyonların yeri değişti. enfeksiyon kons istendi. antibiyotiği tazocin targocide geçildi. thoraks tomografisi çekildi. her iki akciğer bazalde içerisinde hava bronkogramı içeren asiner ve alveoler infiltrasyon sahaları görüldü. hastanın akciğer lezyonları için ön planda dışardan inhale edilen bir irritana bağlı olarak gelişen eozinofilik akciğer hastalığı düşünüldü. hastaya bal yapıldı. sağ orta lobdan 110 cc sf verilip 35 cc bal alındı. bal sonucu: lenfosit %13, nötrofil: %8, makrofaj %76, eozinofil %3 geldi. hastanın çalışma şartları sorgulanınca d9 (solvent eritici +alkali) maddesiyle ocağı temizlediği öğrenildi. hastaya steroid başlandı, azaltarak kesildi, işini değiştirdi. 2 ay sonra kontrol akciğer filminde normal akciğer grafisi görüldü.

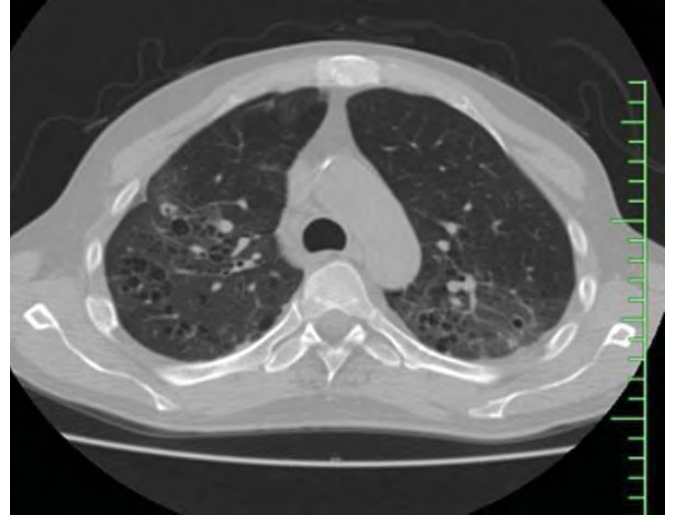
SONUÇ: göğüs hastalıkları hekimleri olarak muayene ettiğimiz hastaların mesleklerini iyi sorgulamalıyız inhalasyona bağlı akciğer hastalıklarının sık görüldüğünü unutmamalıyız.

Resim 1



Hastanın başvurusunda çekilen yamalı infiltrasyon gösteren akciğer grafisi

Resim 3b



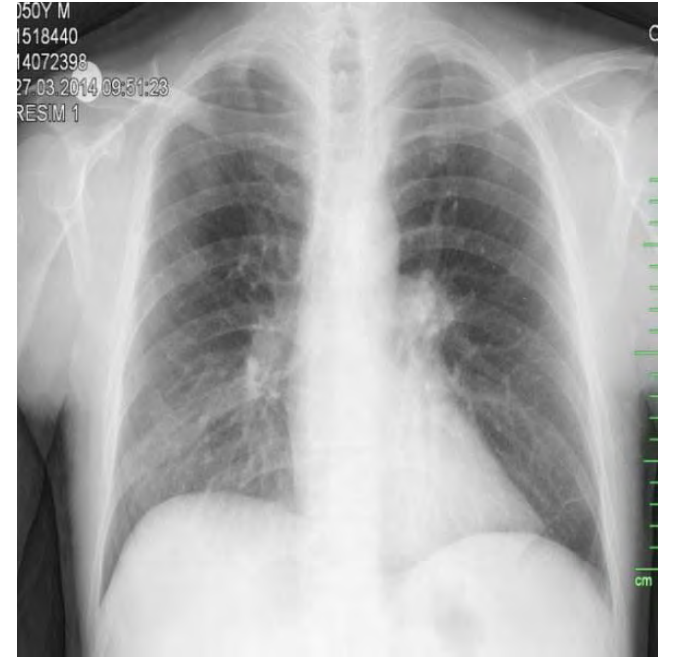
Daha önceden bilinen bilateral üstteki infiltrasyonlar kaybolmuş, alt zonlarda yenileri oluşmuş.

Resim 2



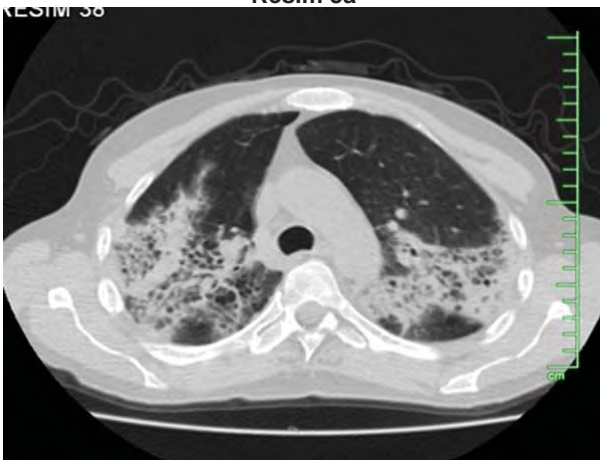
Hastanın takibinde yer değiştiren infiltrasyonların görünümü

Resim 4



Steroid tedavisi sonrası akciğer grafisi

Resim 3a



Hastanın geliş toraks BT'sinde apikal alanda görülen bilateral infiltrasyonlar

EP-348

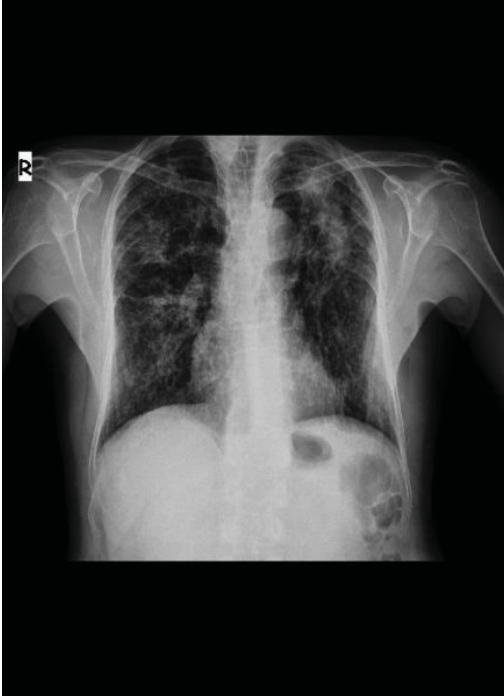
Silikozis: Dört OlguBahar Tüzün¹, Cengiz Fatih Çelikkalkan¹, Veli Göylüsün¹, Ayşegül Akgün², Nesrin Kara³, Özgür Soytaş³, Çağrı Çukadaroğlu³¹İstanbul Meslek Hastalıkları Hastanesi Göğüs Hastalıkları²İstanbul Meslek Hastalıkları Halk Sağlığı³İstanbul Meslek Hastalıkları İş ve Meslek Hastalıkları

GİRİŞ: Silikozis kristal yapıdaki silika tozlarının solunması sonucu oluşan parankimal akciğer hastalığıdır. Madenler, taş ocakları, sondaj çalışmaları, tünel açma çalışmaları ve kumlama yapıları yapılan iş yerlerinde, inşaat işçilerinde, çimento ve beton üretiminde, cam imalatında, yol yapımında, çanak çömlek yapımında, döküm işlerinde, diş laboratuvarlarında ve hatta tarımla uğraşanlarda görülebilmektedir.

GEREÇ-YÖNTEM: Periyodik muayene, İş başvurusu ve mesleki tetkik sırasında tanı konulan 4 farklı iş kolunda çalışan silikoz vakası sunulmuştur. Vakalar yaş, sigara, çalıştıkları iş kolları, çalışma süresi, semptomları, fizik muayene bulguları, solunum fonksiyon testleri, yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi (YÇBT) tetkiki değerlendirilmiştir.

SONUÇ: Silikozis önlenemez fakat küratif olarak tedavi edilemeyen çevresel ve mesleksel bir hastalıktır. Silikozis oluşumunu engellenmesinde korunma temel prensip olarak yerini korumakla birlikte riskli işlerde çalışanların hastalık gelişimi açısından izlenmesi önemlidir. Silikozisli bir olgunun bulunması işyerindeki maruziyetin, kontrol önlemlerinin değerlendirilmesini ve diğer çalışanların sağlığını korumayı sağlar. Bir kişide silikozis belirlendiğinde, o kişinin yeniden silikaya maruz kalması önlenmelidir. Silika maruziyeti önlenmiş olsa bile hastalığın progresyon göstermeye devam edeceği unutulmamalıdır. İşyerindeki maruziyetin ve kontrol önlemlerinin izlenmesi yanı sıra çalışanlar da silikanın sağlık etkileri açısından periyodik olarak izlenmesi gerektiğine dikkat çekmeye çalıştık.

1.OLGU



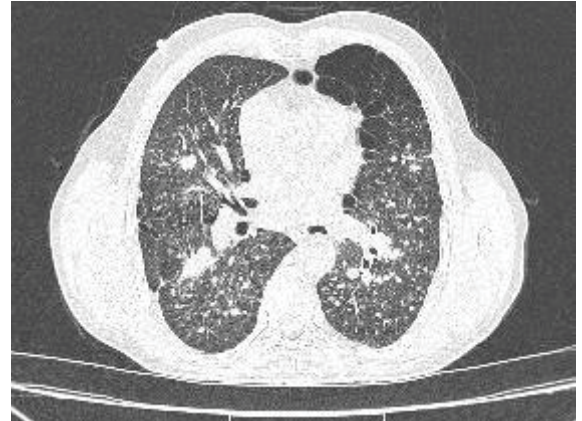
kum fabrikası işçisi

1.OLGU



kum fabrikası işçisi

1.OLGU



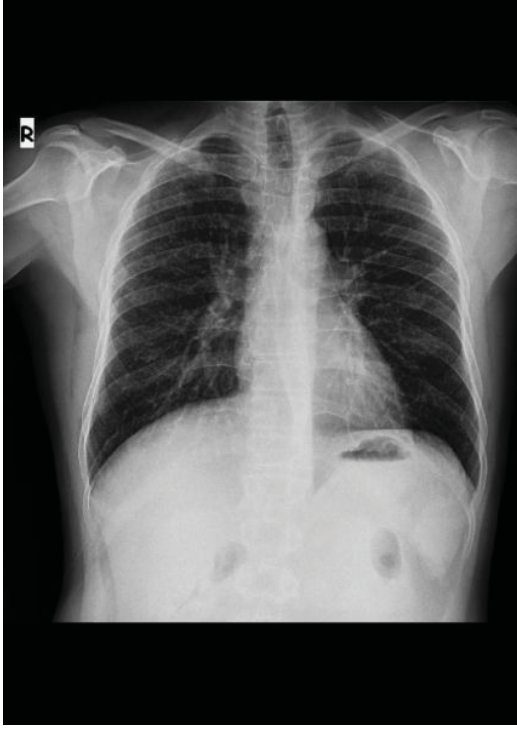
kum fabrikası işçisi

1.OLGU



kum fabrikası işçisi

2.OLGU



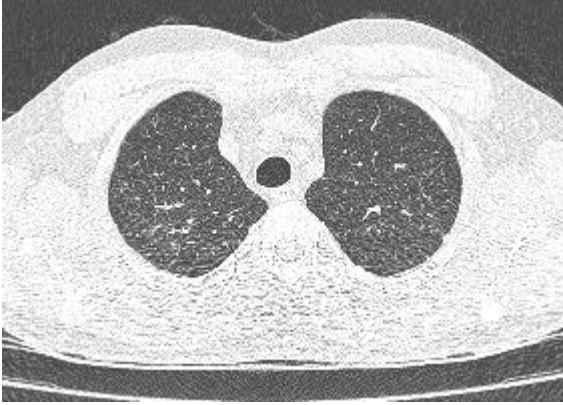
seramik işçisi

3.OLGU



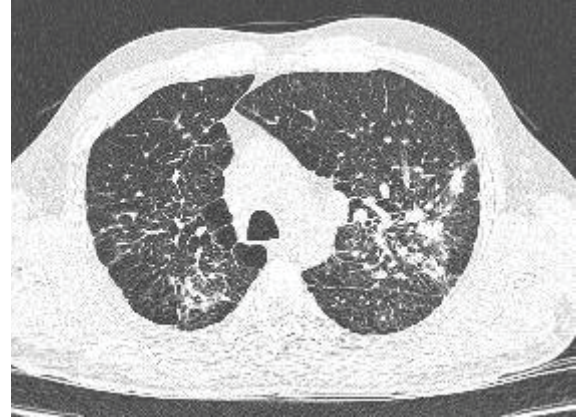
diş teknisyeni

2.OLGU



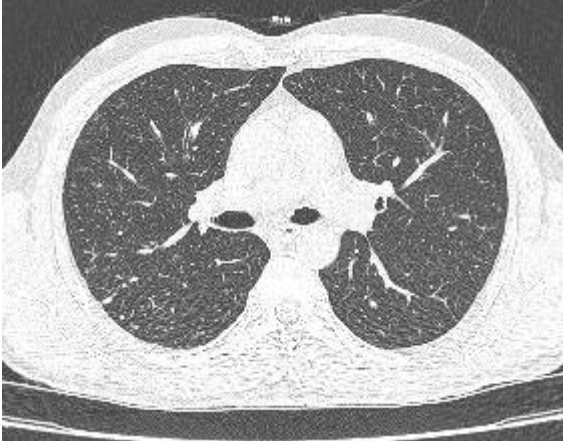
seramik işçisi

3.OLGU



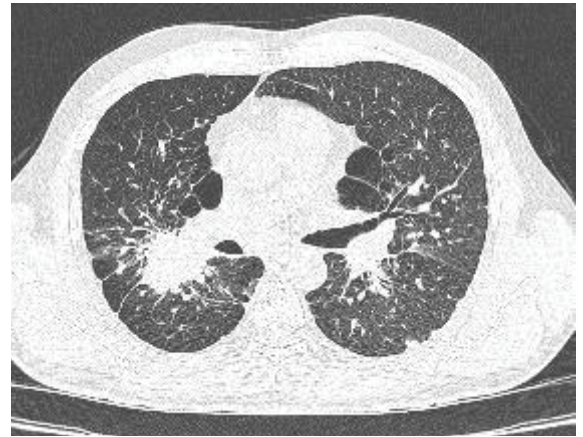
diş teknisyeni

2.OLGU



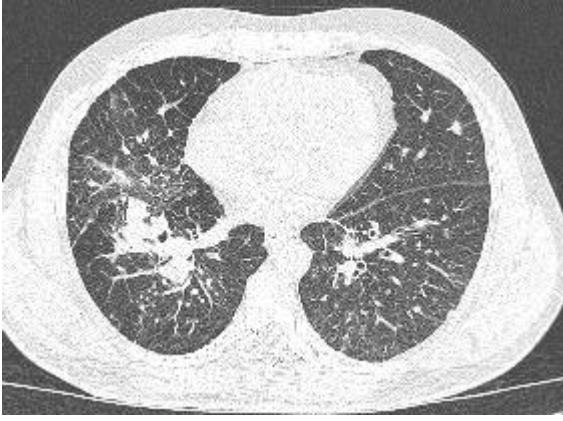
seramik işçisi

3.OLGU



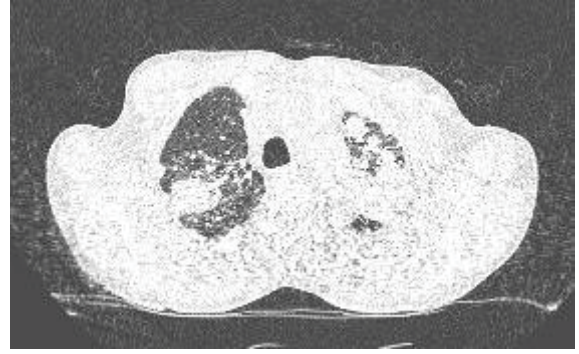
diş teknisyeni

3.OLGU



diş teknisyeni

4.OLGU



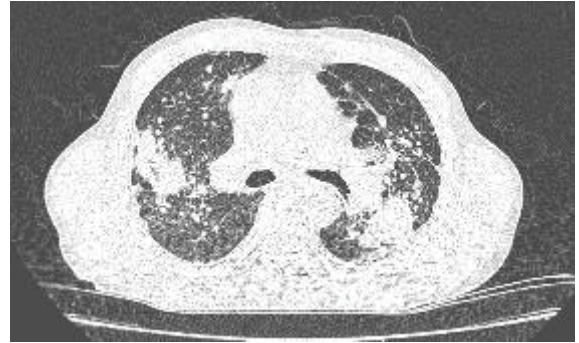
Maden işçisi

4.OLGU



maden işçisi

4.OLGU



maden işçisi

4.OLGU



maden işçisi

EP-349

Trans Torasik İnce İğne Aspirasyonuyla Tanı Konulan Antrakozis Vakası

Ayşin Durmaz, Hüseyin Cem Tigin, Naciye Mutlu, Şeyma As, Işıl Gökdemir, Murat Kıyık, Sadettin Çıkrıkçioğlu, Huriye Koşma
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH.

5 yıldır KOAH tanısıyla takip ve tedavi altında olan hasta akciğer Ca ön tanısıyla tetkik edildiği hastaneden kendi isteği ile merkezimize başvurdu. Nefes darlığı dışında pulmoner semptomu yoktu. 30 paket/yıl sigara kullanımı olan hasta, 15 yıl kömür madeninde çalışma öyküsü mevcut. Oda havası parmak ucu saturasyonu %97, fizik muayenesinde solunum sesleri azalmış ekspiryum uzun olarak değerlendirildi. Pa akciğer grafide sağ üst zondan orta zona doğru uzanan suprahiler alanda mediasten komşuluğunda homojen yoğunluk artışı izlenmekteydi. Toraks BT: paratrakeal alanda, prevasküler alanda, subkarinal alanda aortikopulmener pencerede en büyüğü 2.5 cm lenfadenopati mevcut, sağ akciğer üst lobda 3.6x4.5x3 cm solid kitle lezyon, lezyon inferiorda fuziform biçimde uzanım göstermekte (atelektazi?) ve parankimde en büyüğü 1 cm olan 3 adet nodül izlenmekte. PET-BT: sağ akciğer üst lob posterior segmentteki solid kitlesel lezyonda yoğun fdg tutulumu (erken suv max 8.4, geç suv max 15.3,)mediastendeki büyümüş lenf nodlarında 4.4-6.5 arasında değişen artmış fdg tutulumları ve parankimal 1 cm den daha küçük lenf nodlarında 2-2.5 arasında değişen fdg tutulumları izlendi. Yatışı sırasında hastaya bronkolilatör tedavi verilerek akciğer Ca ön tanısıyla fiberoptik bronkoskopi yapıldı. Özellikle sağ üst lob anterior segment girişi dış bası ile belirgin daralmış. sağ bronş sisteminde daha belirgin olmak üzere segment ağızları antrotik pigment ile daralmış, mukoza kabalaşmış olarak izlendi, Sağ üst lob anterior segmentten bronş biopsi alındı. Bronş biopsi kronik nonspesifik bronşit olarak raporlanması üzerine sağ üst lobdaki lezyona BT eşliğinde trans torasik ince iğne aspirasyonu yapıldı. Siyah renkli mayii aspire edildi. patolojisi; Makro-fajlar, lenfositler, polimorf nüveli lökositler, siyah renkli granüler, pigment (antrakoz) olarak raporlandı. Bu bulgular ile hasta antrakozis olarak değerlendirildi ve radyolojik takibe alındı.

hücre bloğu



TTiA sonrası yapılan hücre bloğu

toraks bt



toraks bt

paag



hastanın başvuru anındaki akciğer grafisi

EP-350

Üç Uçucu Personelde Saptanan Büller ve Farklı Tedavi Yaklaşımları

Şafak Yıldız¹, Erdiç Ercan²¹Eskisehir Asker Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Eskişehir²Eskisehir Asker Hastanesi, Yüksek Basıncılı Oksijen Tedavi Kliniği, Eskişehir

GİRİŞ: Akciğerde büller boyutu çok büyük değilse genellikle semptom vermez ancak pnömotoraksa neden olabilmeleri açısından önemlidirler. Spontan pnömotoraks geçiren hastalarda yapılan çalışmalarda %90 üzerinde olguda apikal subplevral bül ve blepler saptanmıştır. Pilotlar ve uçuş personeli görevleri sırasında maruz kaldıkları ani irtifa ve G kuvveti değişiklikleri nedeniyle diğer meslek gruplarına göre daha fazla pnömotoraks riski taşımaktadırlar. Bu nedenle hava kisti bulunması bir pilot açısından pnömotoraks riskini belirgin bir şekilde arttırmaktadır. Bu nedenle farklı tedavi yaklaşımı gerektiren olgularımızı sunduk.

OLGU: Birinci hastamız 42 yaşında erkek hastaydı. Bilinen herhangi bir hastalığı veya şikayeti yoktu. Hasta periyodik kontroller sırasında çekilen akciğer grafisinde sağ üst zonda şüpheli retiküler görünüm nedeniyle çekilen toraks HRCT sinde sağ üst lobda subplevral milimetrik boyutta bül saptandı. Hastanın Fizik muayenesinde solunum sesleri normaldi. Solunum fonksiyonları normal olarak ölçüldü. Hastaya torakotomi operasyonu ile büllektomi yapılarak 2 ay istirahat ve uçuş men sonrasında uçuşa uygunluk raporu verildi. İkinci hastamız 42 yaşında erkek helikopter pilotuydu. Hastanın solunumsal şikâyeti yoktu. Yapılan fizik muayene sırasında oskültasyonda ekspirium uzamış olarak duyuldu. Solunum Fonksiyon Testinde (SFT) küçük hava yolu obstruksiyonu vardı. Çekilen totaks HRCT sinde her iki akciğer üst loblarda multipl büller tespit edildi. Üçüncü olgumuz 29 yaşında erkek helikopter teknisyeniydi. Herhangi bir solunumsal şikâyeti yoktu fizik muayenesi normaldi. Hastanın akciğer grafisi sonrasında çekilen toraks HRCT sinde sağ alt lobda atelektazi, fibrotik sekel lezyon ve yanlarında bül görüldü. İkinci ve üçüncü olguda uçuş görevlerine devam etmemeleri kararı verildi.

SONUÇ: Yüksek irtifalara çıkıldığında hava basıncı azalmakta ve hava hacmi artmaktadır. Bu nedenlerle uçuş görevleri sırasında bül ve blepler pilotlar ve uçuş personeline pnömotoraks gelişme riskini belirgin olarak arttırmaktadır. Birinci hastamızda yönetmelik nedeniyle profesyonel olarak uçuşuna izin verilemeyeceğinden dolayı, tıbbi olarak normal şartlarda hiçbir müdahale gerektirmeyecek bir durum olmasına rağmen, hastaya torakotomi operasyonu ile büllektomi yapılarak 2 ay istirahat, uçuş men ve sonrasında uçuşa uygunluk raporu verildi. İkinci olgumuzda büllerin multipl ve her iki akciğerde olması nedeniyle cerrahi tedavi düşünülmeydi. Son vakada ise hasta sınıf değişikliği yapılarak yer görevine devam etti. Bu olgularda hasta ile görüşerek büllerin niteliği, hastanın kendi kararı ve yönetmelikler göz önünde bulundurularak tedavi kararı verilmektedir.

EP-351**Havacılıkta Bronşial Astım Değerlendirmesi; İki Olgu Nedeniyle**Şafak Yıldız¹, Erdinç Ercan²¹Eskisehir Asker Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Eskişehir²Eskisehir Asker Hastanesi, Yüksek Basınçlı Oksijen Tedavi Kliniği, Eskişehir

GİRİŞ: Astım akciğerlerdeki hava akımında kısmen reversible obstrüksiyonla karakterize havayollarının kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Çeşitli derecede hava akışını kısıtlayan, havayollarının artmış sensitivitesi ile ilişkili, geçici veya persistan dispne, göğüste sıkışma, wheezing, balgam çıkarma ve öksürük gibi semptomlarla karakterizedir. Astıma bağlı akut atak nedenli ani inkapasitasyon riski, küçük hava yolu obstrüksiyonu yaparak V/Q uyumsuzluğu sonucu hipoksiyi derinleştirilmesi, akselerasyon ateletazisi ile G tolerans düşüklüğü ve tedavide kullanılan ilaçlarının yan etki potansiyeli nedeniyle havacılıkta büyük önem taşır. Jet pilotlarının ses hızından yüksek hızlarda uçarken anlık karar gecikmeleri can ve çok yüksek maliyetli uçakların kaybına yol açabilecek olaylara sebep olabilmektedir. Bu nedenle pilotlardaki astım tanısı ve uçuş kararı önem taşımaktadır.

OLGU1: Olgumuz 34 yaşında periyodik muayeneler kapsamında başvuran erkek hastaydı. Bahar aylarında öksürük, nefes darlığı, burun akıntısı, hapşırma, gözlerde sulanma ve hırıltı şikâyetleri vardı. Hasta şikâyetlerinin 3-4 yıldır olduğunu ve bahar dışındaki zamanlarda ise spor yaptığında ortaya çıktığını ifade ediyordu. Sigara kullanmıyordu. Hasta göğüs hastalıkları kliniğinde bir hafta süre ile yatırılarak tedavisiz olarak izlendi. Yattığı süre içerisinde herhangi bir şikâyet ya da bulguya rastlanmadı. Hastanın solunum fonksiyon testleri normal ve reversibilitesi negatif idi. P-A Akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Hastanın fizik muayenesinde dinlemekle solunum sesleri doğaldı.

OLGU2: 33 yaşında erkek hastanın 3 yıldır mayıs haziran aylarında olan kuru öksürük, nefes darlığı ve hırıltı yakınmaları vardı. Tedavi olarak gerektiğinde salbutamol inhaler kullanıyordu. Sigara 1 yıl önce bırakmıştı ve öncesinde 4 paket yılı içme öyküsü mevcuttu. Hastanın fizik muayenesinde dinlemekle solunum sesleri doğaldı. Hastanın solunum fonksiyon testleri normal ve reversibilitesi negatifti. P-A Akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA: Genel havacılık tıbbi yaklaşımına göre astımı olan uçucular astımın durumu ve pilotun görevi icabı risk hesaplaması yapıp karar verilmektedir. Başlangıç pilotaj muayenelerinde ve yüksek performanslı uçaklarda görev yapan pilotlarda astım olduğu tespit edilen uçuşcu veya adayları elenir. Bizim olgularımızda her iki hastada hafif intermittan astım olarak değerlendirilmesine rağmen pilotaj için uygun olmadığı ve uçuş gerektirmeyen görevlerde yeniden görevlendirilmesinin uygun olacağı kararı verilmiştir.

SONUÇ: Bizim olgumuzda olduğu gibi mesleki özellikler astım tanısı konulan hastaların değerlendirilmesinde büyük önem taşıyabilmektedir. Özellikle havacılıkla ilgili mesleklerde çalışan kişiler bu konuda uzmanlaşmış birimler tarafından değerlendirilmelidir.

EP-352

Plörotik Göğüs Ağrısı, Nefes Darlığı, Ateş Yükseliği ve Eklem Ağrısı ile Başvuran 80 Yaşındaki Erkek HastaTahir Taha Bekçi¹, Mustafa Çalık², Hilal Kocabaş³, Saniye Göknil Çalık⁴, Özgür Öcal⁵, Ercan Kurtipek¹¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği³Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı⁴Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği⁵Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği

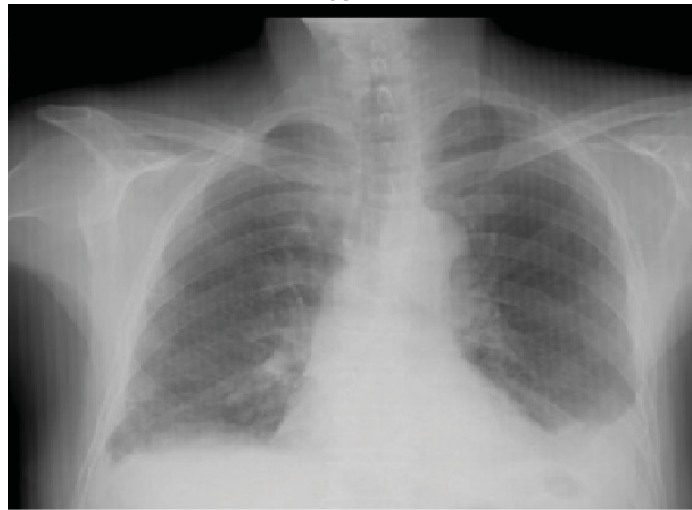
80 yaşındaki erkek hasta kliniğimize ateş yükseliği, halsizlik, yorgunluk, göğüs ağrısı, nefes darlığı, öksürük ve migratuar eklem ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın eklem ağrısı özellikle metakarpofalangeal ve proksimal interfalangeal eklemlerde 6 aydır varmış. Hastanın akciğer filmi ve toraks BT sinde solda daha fazla olmak üzere bilateral plevral efüzyon, minimal parankimal infiltrasyonu mevcuttu. Hastanın laboratuvar tahlillerinde lökosit sayısı 17.000 K/Ü, Hgb: 13.1 gr/dl, CRP: 150 mg/l, Sedim: 70 mm/h, ANA: Borderline, Anti-ds DNA(-), Anti CCP (-), RF 403 iu/ml idi. Hastaya torosentez yapıldı. Torosentez mayisinden gönderilen örnekte Glukoz: 46 mg/dl, Alb 2,3 g/dl, Protein 4,3 g/dl, LDH 1015 U/L idi. Gram boyamada her alanda 5-6 adet lökosit vardı ve mikroorganizma görülmedi. Yüksek LDH seviyesine rağmen görünümü ampiyem ile uyumlu değildi. Yine mayiden gönderilen ARB negatifti. Mikobakteri dahil kültürlerde üreme olmadı. Hastaya geniş spektrumlu antibiyotik ve kilograma 0,5 mg metilprednizolon başlandı. 2 hafta içinde hastanın laboratuvar bulguları ve semptomları tamamen düzeldi. Hasta 3 hafta sonra PET sonucu ile kliniğimize başvurdu PET de malignite ile uyumlu lezyon tespit edilmedi. Hasta Romatoloji kliniği ile konsülte edildi. Hastaya Amerikan Romatoloji Kliniğinin kriterlerine göre Romatoid Artrit tedavisi başlandı. Hastanın iki ay metotreksat tedavisinden sonra kliniği daha da düzeldi. Romatoid Artritin ileri yaşlarda ve akciğer bulgularıyla ortaya çıkabileceğini akıld tutulmalıdır.

Resim 1



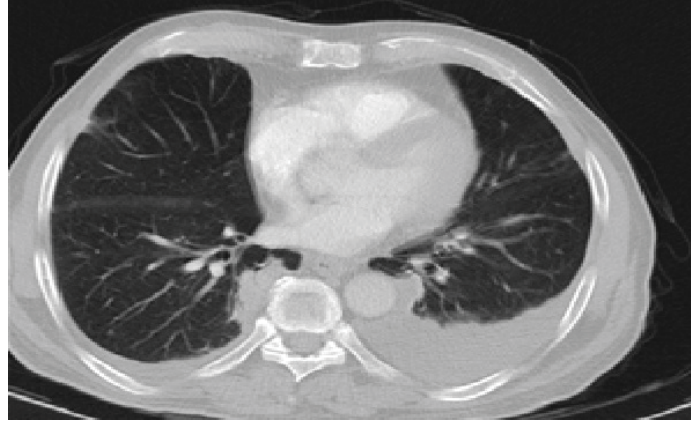
Hastaya ait el bilek grafisi

Resim 2



Hastaya ait postero-anterior akciğer grafisi

Resim 3



Her iki hemitoraksta plevral effüzyon (Sağda minimal solda orta derece mayi) ve minimal parankimal infiltrasyonu

Tablo 1

KRİTERLER	AÇIKLAMA
1. Sabah sertliği	Eklem çevresinde 1 saatten fazla süren sabah sertliği
2. En az 3 eklemdede artrit	En az 3 eklem bölgesinde hekim tarafından kaydedilen yumuşak doku şişliği veya sinoviyal sıvı artışı ile birlikte olan artrit
3. El eklemlerinde artrit	Elde en az bir eklem bölgesinde şişlik
4. Simetrik artrit	Aynı eklem bölgesinde bilateral artrit (PIF, MKF ve MTF'de mutlak bilateral tutulum olmayabilir)
5. Romatoid nodüller	Kemik çıkıntılar, eklem ekstensör yüzlerinde subkutan nodüller
6. RF pozitifliği	Herhangi bir yöntemle RF pozitifliğinin gösterilmesi
7. Radyolojik bulgular	Ön-arka el ve bilek grafilerinde RA'e tipik erozyonların gösterilmesi

Amerikan Romatizma Birliği RA Tanı Kriterleri – 1987 Bu bulgulardan 6 hafta az olmamak şartıyla en az 4 tanesi olmalı PIF: Proksimal interfalengyal, MKF: Metokarpofalengiyal, MTF: Metatarsofalengiyal

EP-353

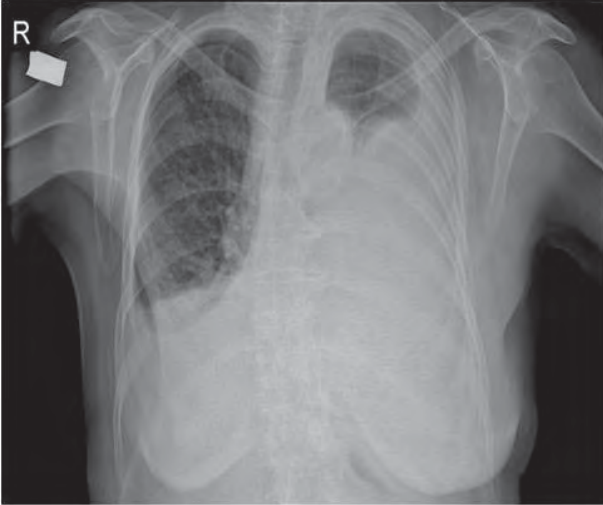
B Hücreli Lenfoma Tanılı Hastada, Bilateral Plevral Effüzyon Nedeni: ŞilotoraksAyşe Dallı¹, Sibel Öktem Ayık¹, Hale Bülbül²¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Radyolojik olarak plevral sıvısı olduğu görülen, eksuda nitelikli effüzyon nedenini ortaya koymak için birçok tetkik yapılabilmektedir. Plevral sıvının ön değerlendirilmesinde sıvının görünümü, kokusu, hücresel içeriği ve sıvıda bazı parametrelere bakılması ilk basamaktır. Biz burada B hücreli lenfoma tanılı hastada bilateral plevral effüzyon nedenini araştırırken, süt rengi görünümü effüzyondan şilotoraks tanısı koyduk. Nadir görülmesi nedeniyle demostratif amaçlı sunulmuştur.

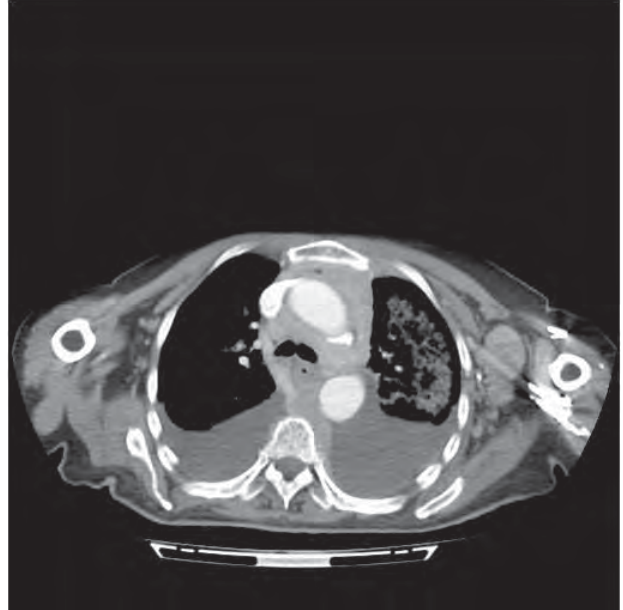
OLGU: 76 yaşında kadın hasta, nefes darlığı ve kilo kaybı şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Son iki aydır yakınmaları başlayan hastanın, 10 kg kilo kaybı olduğu öğrenildi. Bir ay kadar önce boyunda şişlik, kilo kaybı, halsizlik ve nefes darlığı sebebiyle dış merkezde hastane başvurusu olmuş. Boyundaki şişliklerden lenf bezi biyopsisi yapılmış. B hücreli lenfoma tanısı konulmuş. Akciğer grafisinde solda hilusu aşan düzeyde, sağda alt zonda plevral effüzyon ile uyumlu görünüm saptandı (Resim 1). Toraks bilgisayarlı tomografide (BT) mediastinal, solda daha belirgin bilateral servikal, supraklavikuler, aksiller, retrokrural lenfadenomegali (LAM), solda daha dikkat çekici bilateral plevral serbest sıvı, kompresif atelektaziler ve solda üst ve alt lobda konsolidasyon izlendi (Resim 2a,b). Hastaya tanısal amaçlı soldan torasentez uygulandı. Alınan plevral sıvı süt renginde idi (Resim 3). Plevral sıvının analizinde; kolesterol 94 mg/dL, trigliserit 333 mg/dL, glikoz 120 mg/dL, LDH 211 U/L, total protein 4.8 g/dL, olarak tespit edildi. Şilotoraks tanısı konulan hastada oral alım kesilerek total parenteral beslenme başlandı. Hematoloji konsültasyonu istendi ve hastaya kemoterapi başlandı.

SONUÇ: Şilotoraks lenfatik duktusun bütünlüğünün bozulması sonucu, plevral boşlukta lenfatik sıvının birikmesiyle meydana gelen bir tablodur. Etiyolojide cerrahi ve cerrahi dışı travmalar, travmatik olmayan diğer nedenler yer almaktadır. Cerrahi travmalar arasında; en sık özofagus cerrahisi geçirenlerde (%0.2-1.5), ayrıca kalp cerrahisi (%0.2-0.5), pnömonektomi operasyonu sonrası (%0.5-0.7) da şilotoraks geliştiği bildirilmiştir. (1,3,4) Yetişkinlerde nontravmatik şilotoraksın %50'sinden fazlasının sebebi tümörlerdir. Bu olguların da %75'inde etyolojik neden lenfomadır.[1] Tanı plevral mayi kolesterol/trigliserit oranının 1'in altında olması ve trigliserit değerinin 110 mg/dL'in üzerinde olması ile konulur. Süt rengi effüzyonlarda şilotorakstan şüphelenilmeli, tanısı konulduktan sonra geciktirilmeden tedavi edilmelidir.

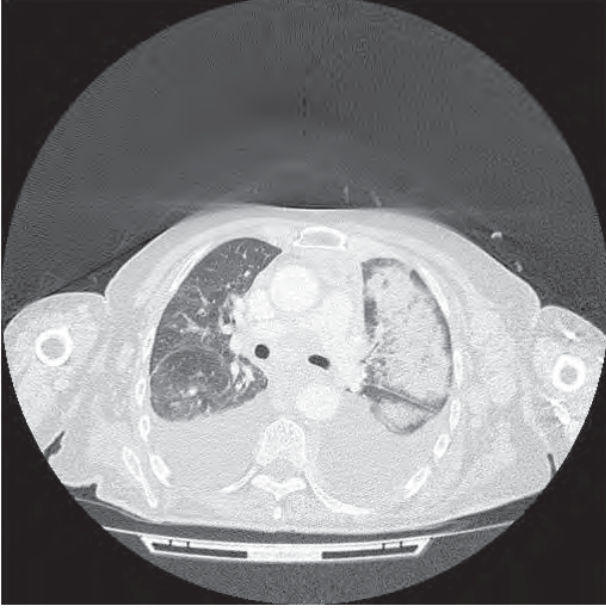
Resim 1:Akciğer grafisinde solda hilusu aşan düzeyde, sağda alt zonda plevral effüzyon



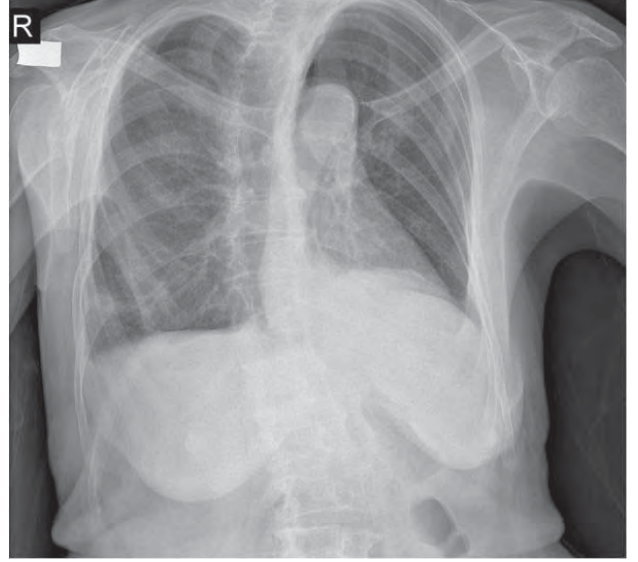
Resim 2a: Toraks BT'de mediastinal lenfadenomegali ve bilateral plevral sıvı görünümü



Resim 2b: Toraks BT'de bilateral plevral sıvı, sol akciğer üst ve alt lobda konsolidasyon



Resim 4: Kemoterapi sonrası kontrol akciğer grafisi



Resim 3: Tanısal amaçlı torasentez ile alınan plevral mayinin görünümü.

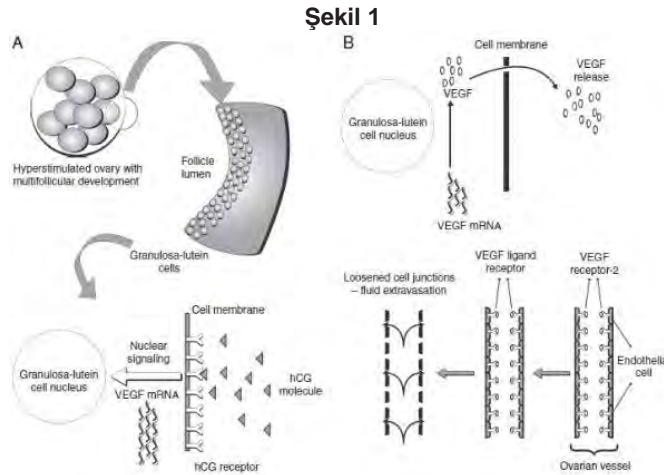


EP-354

Ovarian Hiperstimülasyon Sendromu Nadir Bir İzole Plevral Effüzyon Nedeni

Ali Sami Gurbuz¹, Mustafa Çalık², Emel Ebru Ozcimen³, Necati Ozcimen⁴, Saniye Göknil Çalık⁵, Hasan Ali İnal⁶, Hıdır Esme²¹Novafertil Konya Tüp Bebek Merkezi²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği³Başkent Üniversitesi Konya Uygulama Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği⁴Medicana Konya Tüp Bebek Merkezi⁵Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Kliniği⁶Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tüp Bebek Merkezi

İnfertilite 35 yaş altı kadınlarda 12 aylık, 35 yaş üzeri kadınlarda 6 aylık korumasız birliktelikte gebelik sağlanamaması durumudur. Dünya genelinde insidansı ve nedenleri toplumlara göre değişmekle birlikte çiftlerin % 10- 15'in de yani 80 milyon çiftin infertil olduğu düşünülmektedir. Yardımcı üreme teknikleri (YÜT) olarak bilinen in vitro fertilization ve embriyo transferi infertilite tedavisinin temelidir. Ovarian hiperstimülasyon sendromu (OHSS); nadiren spontan çoğunlukla YÜT'lerinin hayatı tehdit eden iyatrojenik bir komplikasyonudur. Genellikle eksojen gonadotropin veya gonadotropin releasing hormon nadiren de klomifen sitrat verilmesine nedeniyle oluşur. Patofizyolojisi tam olarak bilinmemesine rağmen kapiller permeabilite artışı buna bağlı üçüncü boşluklarda sıvı birikimi ve yetersiz organ perfüzyonu suçlanmaktadır. Vakaların sadece % 10'nunda çoğunlukla da asitin eşlik ettiği bilateral plevral effüzyon bulunur. OHSS'de nadiren asitsiz tek taraflı plevral effüzyon bildirilmiştir. Burada tek taraflı nadir bir plevral effüzyon nedenini literatür bilgileri ışığında tartışacağız. 30 yaşında beş yıllık infertilite hikayesi olan özgeçmiş ve fizik muayenesinde özellik olamayan hasta kliniğimize başvurdu. Menstürel siklusun ikinci gününde hastaya 225 IU recombinant Foliküler Stimulan Hormon (rFSH) verilerek ovarian stimülasyona başlandı. Düşük E2 seviyesi ve yetersiz ovarian cevap nedeniyle dozu 300IU'ya çıkarıldı. Onuncu günde 18 ve 20 mm'lik iki adet folikül elde edildi. 10 000 IU uriner hCG verilir 12 adet oosit alımı gerçekleştirildi. Bir embriyo transferi (ET) yapıldı. ET'nin 12. Gününde β-hCG 278 IU/ml idi. İki gün sonra göğüs ağrısı, nefes darlığı ve öksürük şikâyeti başladı. Fizik muayenesinde taşipne ve sağ hemitoraks alt zonda solunum seslerinde azalma mevcuttu. Yapılan batın USG'sinde overlerin bilateral genişlediği görüldü fakat intraperitoneal sıvıya rastlanılmadı. Sağ hemitoraksta plevral effüzyon tespit edildi. Hasta plevral effüzyon için PA akciğer grafi önerildi. Hasta ve yakınları tarafından kabul edilmedi. Hastaya plevral katater takıldı.1500 cc eksuda vafında mayı boşaltıldı. Günlük batın ve toraks USG takibine alındı. 3. Gününde dreni alındı. Beşinci gününde hasta önerilere taburcu edildi. İnfertilite tedavisini kullananlar ve bunların yapıldığı merkezlerin sayıları artmaktadır. OHSS sanki kadın hastalıkları ve doğum klinikleri ya da tüp bebek ünitelerine ait bir sendrom gibi düşünülse de; acil servis, göğüs hastalıkları ve cerrahisindeki klinisyenlerin bu hastalarla karşılaşma şansında artmaktadır. Bu nedenle OHSS'de peritoneal sıvı olmadan tek taraflı plevral effüzyon olabileceği akıldta tutulmalıdır.



OHSS PATOGENEZİ: İnsan koriyonik gonadotropin (hCG); Vasküler Endotelial Büyüme Faktörü (VEGF) mRNA, (Şekil 1A); hCG yanıtı daha da arttıran Granuloza-Lutein ve Endotelial hücrelerin VEGF reseptörü-2 (VEGFR-2) mRNA üretimini artmasına neden olan çok sayıda granuloza-Lutein hücrelerini uyarır. Yüksek miktarlardaki VEGF, granuloza-lutein hücrelerinden üretiminden ardından salınır ve endotel hücre membranları üzerindeki VEGFR-2'ye bağlanır. Sonuç vasküler geçirgenliğin artışıdır (Şekil 1B).

Tablo 1

Grade 1 Abdominal distansiyon
Grade 2 Abdominal distansiyon, bulantı, kusma ve/veya ishal
Grade 3 Ultrasonografi ile gösterilen asit
Grade 4 Klinik olarak asit, plevra sıvısı, dispne
Grade 5 Hemokonsantrasyon, koagülasyon bozukluğu, renal yetmezlik

Galen'in OHSS sınıflaması

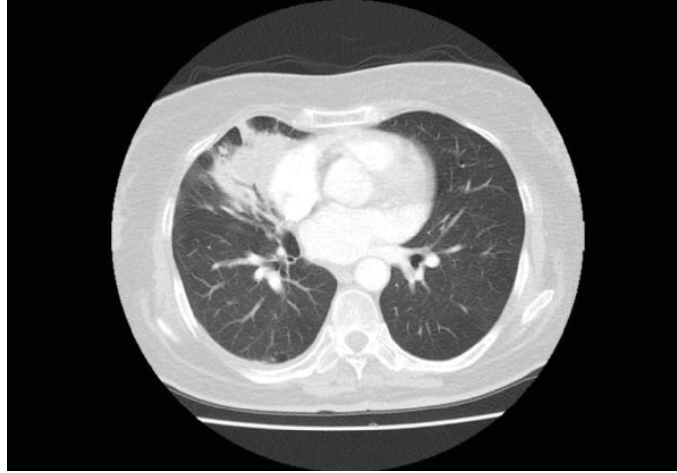
EP-355

Nadir Bir Mantar Enfeksiyonu Plevra AspergillozisTaha Tahir Bekçi¹, Mustafa Çalık², Suleyman Emre Akin², Saniye Göknil Çalık³, Hıdır Esmey²¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği²Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği³Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Aspergillus türleri, mantar enfeksiyonlarının en yaygın nedenlerinden biridir. Aspergillus bağı ampiyem nadir bir klinik tablodur. Plevral Aspergillozis karakteristik olarak alerjik, bronkopnömonik veya intrakaviter formları olan pulmoner aspergilloz ile ilişkili değildir. Ampiyemler mantar enfeksiyonunun nadir başvuru sebeplerindedir. İmmünsuprese olan hastada pnömotoraksa neden olan aspergillus ampiyemli olguyu sunmayı amaçladık.

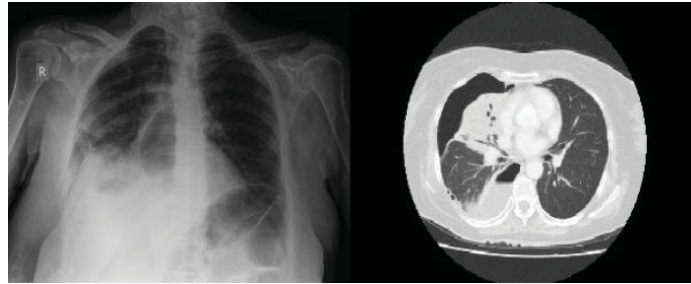
63 yaşında kadın hastada progresif nefes darlığı ve sağ göğüs ağrısı şikayetleri mevcuttu. Hasta granülatöz hipofizit, hipotiroidi, sarkoidoz, primer hiperparatiroidizm ve hipopituitarizm tanıları ile takip ediliyordu. İki aydır kortikosteroid kullanmaktaydı. Toraks BT de sağ orta lobda pnömonik konsolidasyon mevcuttu. Ampirik olarak imipenem tedavisi başlandı. Balgam kültüründe aspergillus spp. üreyen hastaya vorikonazol tedavisi başlandıktan 2 hafta sonra dispne ve göğüs ağrısı şikayeti gelişti. Kontrol akciğer grafisinde ve tomografisinde sağ hidropnömotoraks tespit edilen hastaya tüp torakostomi uygulandı. Pürülan sıvı drenajı ve masif hava kaçağı gözlemlendi. Plevral sıvı kültüründe aspergillus spp. görüldü. Plevra sıvının mikroskopik incelemesinde aspergillus hifaları izlendi. Tedavinin yirmi beşinci gününde drenaj ve hava kaçağı görülmemesi üzerine göğüs tüpü çekildi. Medikal tedaviye oral vorikanazol ile devam edildi. Aspergillozis genellikle immün yetmezliği olan hastalarda görülür. Predispozan faktörler; diyabet, geçirilmiş tüberküloz, kronik akciğer hastalığı, kemoterapi ve transplantasyon öyküsüdür. Fungal enfeksiyon ampiyemin nadir bir nedenidir ve aspergillus ampiyemin tedavisi oldukça zordur. İnvaziv fungal enfeksiyonlarda vorikanazol ve amfoterisin içeren intravenöz tedaviler dikkate alınmalıdır. Mantar kökenli ampiyemler yüksek mortalite oranları ile ilişkilidir ancak antifungal ajanlar ve erken pleval drenaj uygulanması iyi sonuçlar alınmasında yardımcı olacaktır.

Resim 1



Başvuru sırasındaki Toraks BT 'de sağ pnömonik konsolidasyon

Resim 2



Kontrol PA Akciğer grafisi ve Toraks BT'sinde sağ hidropnömotoraks ve pleval kalınlaşma gösteriyor

EP-356

Plevral Efüzyon Etiyolojisi Olarak Ovaryan Hiperstimulasyon Sendromu; Olgu Sunumu

Alper Gündoğan, Ufuk Turhan, Deniz Doğan, Tuncer Özkısa, Hayati Bilgiç
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Plevral efüzyon etiyojileri arasında ilk sıralarda kalp yetmezliğine, malignitelere ve enfeksiyonlara bağlı efüzyonlar gelir. Özellikle tüberküloz plörezi genç hastalarda ve tüberkülozun endemik olduğu bölgelerde plevral efüzyonlar arasında sık görülür. Ancak efüzyon etiyojisini belirlemek her zaman kolay değildir. Özellikle sık görülmeyen efüzyon etiyojilerini saptamada anamnez önemli bir yer tutabilir. Biz de İVF tedavisi altında hiperstimulasyona bağlı plevral efüzyon gelişen bir olgu sunmaktayız. 28 yaşında bayan hasta yan ağrısı ve nefes darlığı nedeniyle acil servise başvurmuştu. Akciğer grafisinde hiler seviyeye yakın sağ plevral efüzyon izlenmekteydi. (Resim1-a). Oksijen satürasyonu %96 olan hastanın vitalleri stabildi. Öyküsünden invitro fertilizasyon nedeniyle ovarian stimülasyon tedavisi aldığı öğrenildi. Bir hafta önce takiplerinde kontrol akciğer grafisi normal olan hastaya aynı gün invitro fertilizasyon için embriyo transferi yapılmış hasta akşam artan şikayetleri ile acil servise başvurmuştu. (Resim 1-b)Eksudatif asellüler plevral mayide total protein 4.95g/dl, plevral sıvı LDH 167U/L olarak ölçüldü. Plevral sıvı kültüründe üreme olmadı, asidorezistan basil izlenmedi. Plevral sıvı adenozin deaminaz seviyesi 6.6U/L olarak ölçüldü. Plevral sıvı sitolojik değerlendirmesinde malign hücre izlenmezken az sayıda inflamatuvar hücreler izlendiği raporlandı. Batın ultrasonografisinde douglas boşluğunda efüzyon ile oveler kistik hiperstimule görünümde izlendi. Hidrasyon ile semptomatik tedavisi devam eden hastanın aynı hafta içerisinde spontan abort sonrası hiperstimulasyonu kesildi, plevral efüzyonu da aynı hafta içerisinde kendiliğinden rezorbe oldu. (Resim 1-c)

Farmakolojik overyan hiperstimülasyon infertilite tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir prosedürdür. Ovaryan hiperstimülasyonun en önemli komplikasyonu olan overyan hiperstimülasyon sendromunda ovelerdeki kistik genişleme ve artmış kapiller permabiliteye bağlı üçüncü boşluklara sıvı geçişi görülür. Bulantı kusma ile başlayan semptomlar, asit ve plevral efüzyon oluşumu ile ilerleyerek hiperkoagülabilite, hipovolemi ve renal fonksiyonlarda bozulma ile hayati tehdit edici durumlara dönüşebilir. Bu nedenle erken dönemde tanı konulması ve yakından izlenmesi gerekir. Vakamız plevral efüzyonun etiyojisi ve önemli ve hayati tehdit edici bir komplikasyonun parçası olarak infertilite tedavi alan hastalarda OHSS'nunda akılda bulundurulması gerektiğini göstermesi açısından sunulmuştur.

Resim 1



Resim 1 -a:Acil servise başvuru anında akciğer grafide sağ plevral efüzyon; Resim 1-b: Başvurudan 1 hafta önce plevral efüzyon izlenmeyen akciğer grafi Resim 1-c:Spontan abort sonrası indüksiyonu kesilen hastanın 9. gün kontrol akciğer grafisi

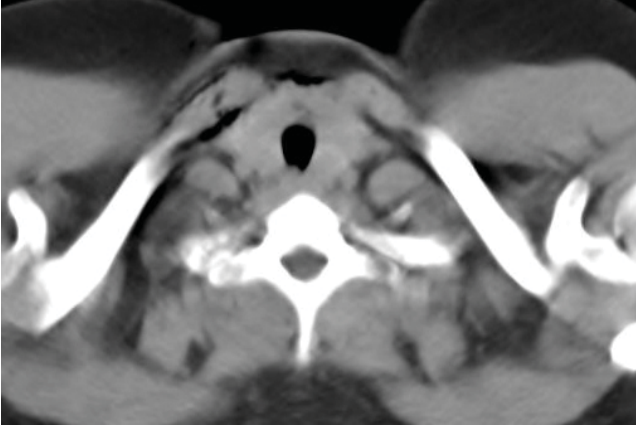
EP-357

Diş Çekimi Sonrası Gelişen Mediastinal Amfizem OlgusuZulal Özbolat¹, Levent Özdemir¹, Burcu Özdemir², Gökhan Büyükbayram¹, Ümit Baz³¹Dörtyol Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Hatay²İskenderun Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Hatay³Dörtyol Devlet Hastanesi, Acil Tıp, Hatay

Pnömomediasten ve cilt altı amfizemi diş çekimi sonrası nadir olarak gözlenen bir komplikasyondur. Genellikle kendini sınırlar ve ek işleme gerek duyulmaz. Ancak trakeal bası, pnömoperikardium, tansiyon pnömomediasten, mediastinit, sepsis ve kardiyak tamponad gibi hayatı tehdit edici durumlarda yol açabilir.

Olgumuz 35 yaşında kadın hasta, sol alt yirmilik diş çekiminden 4 saat sonra boyun ve göğüs ön bölgesinde şişlik ve ağrı şikayeti ile acil serviste değerlendirildi. Hastanın genel durumu iyi, vital parametreleri normal değerlerde idi. Nefes darlığı tariflemeyen olgunun fizik muayenesinde boyunda ve göğüs ön bölgesinde cilt altı amfizeme bağlı krepitasyon saptandı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde cilt altında ve mediastende hava saptandı. Hastaya 2lt/dk oksijen, antibiyotik, analjezik tedavi verildi. Ek bir tedavi uygulanmasına gerek kalmadan komplikasyonsuz olarak izlendi.

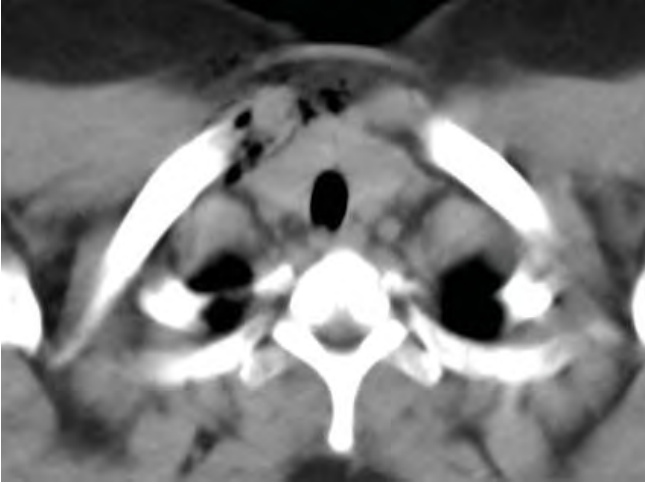
resim 1



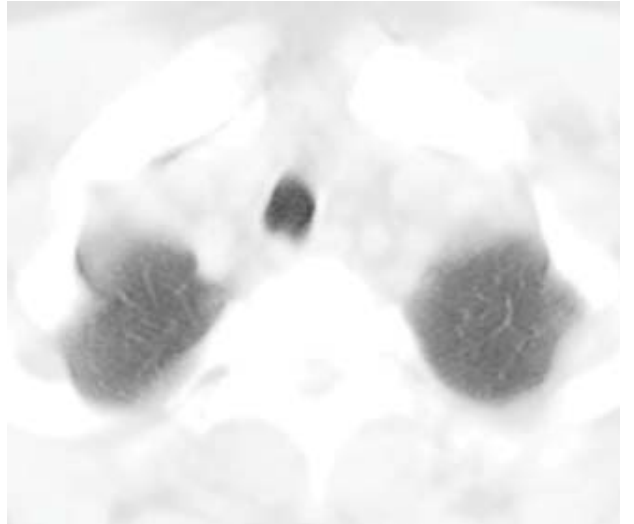
resim 3



resim 2



resim 4



EP-358

Plevra Metastazlı Renal Hücreli Karsinom: Olgu Sunumu

Özkan Demirhan¹, İşııl Uzel², Fatmagül Kuşku³, Kamil Kaynak⁴

¹İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD

²İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH 7.Göğüs Hastalıkları Kliniği

³İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD

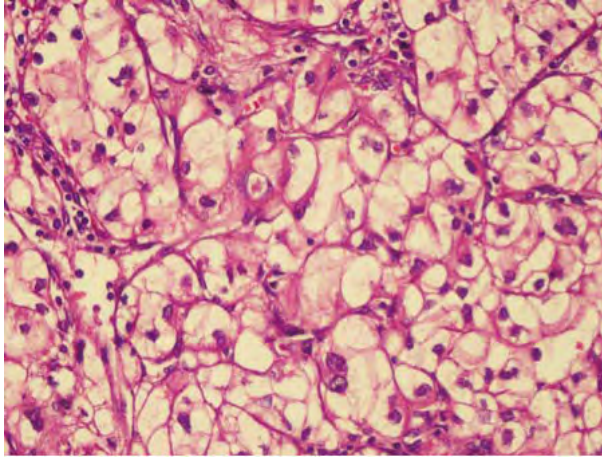
⁴İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD

GİRİŞ: Renal hücreli kanserde (RCC) akciğer metastazı yaygın olmasına rağmen izole plevra tutulumu nadir görülen bir durumdur. Rutin kontrol sırasında izole plevra metastazı saptanan olgumuzu sunuyoruz.

OLGU: Solböbrekte kitlenedeniylenefrektomiyapılan46yaşındakierkek hasta, renal hücreli karsinom tanısı koyulduktan sonra, takip amaçlı çekilen bilgisayarlı torakstomografisinde sol akciğerde ekstraparankimal iki adet nodül görülmesi üzerine kliniğimize refer edildi. Hastaya eksploratris video-torakoskopik operasyon yapıldı. Sol hemitoraks lateralinde ekstraparankimal pariyetal plevra içinde iki adet nodül yapı görüldü. Bunodüller künt ve keskin diseksiyonlarla çıkarıldı. Patolojik değerlendirme sonucuberrakhücreli renal hücreli karsinom metastazı olarak raporlandı.

SONUÇ: Renal hücreli karsinomun akciğer metastazı sık görülen bir durum olmasına rağmen, izole plevra metastazı nadiren bildirilmiştir. Bu nedenle RCC hastaları yakın takibe alınmalı ekstraplevral lezyonlar saptandığında, öncelikle bunların plevra metastazı olabileceği düşünülmelidir. Mümkünse metastazektomi gecikmeden uygulanmalıdır.

Patoloji preparatı 1



Pa akciğer grafisi



EP-359

Masif Plevral Sıvı Nedeni Olarak Malign Melanom Metastazı: Olgu Sunumu

Işıl Uzel, Hanife Can, Pelin Karadağ, Kaan Kara

İstanbul Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH, 7. Göğüs Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Malign melanom, deri ve mukozaların pigment hücrelerinden kaynaklanan agresif bir tümördür. Bazı hastalar ilk olarak metastazla başvurmaktadır. Masif plevral efüzyon ile prezente olan malign melanom olgusunu sunuyoruz.

OLGU: 87 yaşında kadın hasta 3 aydır giderek artan nefes darlığı yakınması ile başvurdu. Solda masif plevral efüzyon saptanması üzerine yapılan incelemede sıvının eksüda vasfında olduğu, malign hücre içermediği, lenfosit hakimiyeti gösterdiği saptandı. Yapılan kapalı plevra biyopsisinin patolojik inceleme sonucu kronik nonspesifik plörit olarak raporlandı. Çekilen toraks BT'de solda yoğun içerikli yaygın plevral efüzyon, en geniş yerinde 3 cm'ye varan plevral kalınlaşmalar, sol akciğer alt lobunda total kollaps, sağ akciğer üst ve alt loblarda subplevral ve parenkimal nodüller izlendi. Hasta ileri yaşı ve genel durumunda kötüleşme nedeniyle cerrahi işlem için uygun bulunmadı ve seri torasentezler yapıldı. İçinde siyah renkli partiküllerin izlendiği plevra sıvısı örneğinin patolojik incelemesinde histomorfolojik görünüm ve immünohistokimyasal çalışma sonucu pigmente malign melanom metastazı tanısı koyuldu. Primer odağı saptanamayan hastanın yapılan Onkoloji konsültasyonu sonucu destek tedavi ile takibine karar verildi.

SONUÇ: Masif plevral efüzyonların ayırıcı tanısında metastaz ile prezente olan malign melanom da akılda tutulmalıdır.

Pa akciğer grafisi



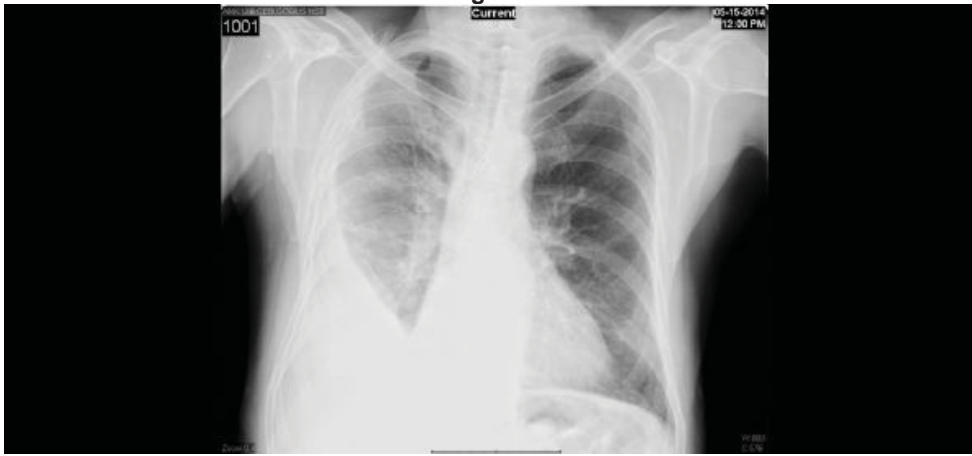
EP-360

Tüberküloz Plörezili Hastada Dabigatran Kullanımı İlişkili Hemotoraks Olgusu Sunumu

Duygu Acar¹, Veysel Özgür Barış², Demet Karnak¹¹Ankara Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara²Ankara Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara

Plevral boşlukta kan bulunması hemotoraks olarak isimlendirilir. Hemotoraksın pek çok nedeni bulunmaktadır, tüberküloz bunlardan nadir görülenidir (tablo 1). Atrial fibrilasyon toplumda %1-2 sıklığında izlenen, en sık izlenen düzenli aritmidir. İskemik inme riskini 5 kat artırır. Dabigatran eteksilat, atriyal fibrilasyonlu hastalarda sistemik tromboembolizm önlenmesinde kullanılan oral direkt trombin inhibitörüdür. Daha önce dabigatran eteksilat tedavisi altında iken; intrakraniyal hemoraji (1), hemoperikardium (2), diffüz alveolar hemoraji (3) gibi akut kanama atakları bildirilmiştir. Ancak hemotoraks olgusu bildirilmemiştir. Nonvalvüler atrial fibrilasyon sebebiyle dabigatran eteksilat tedavisi altındaki, tüberküloz plörezi tanısı ile takip edilen 77 yaşındaki erkek hastada gelişen masif hemotoraks olgusu sunulacaktır. Klinik bilgimize göre bu olgu tüberküloz plörezili hastada dabigatran eteksilat kullanımına bağlı meydana gelen ilk hemotoraks olgusudur. Hasta 2 aydır devam eden dispne yakınması ile göğüs hastalıkları servisine kabul edildi. Özgeçmişinde tip 2 diyabet, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, hiperlipidemi, konjestif kalp yetmezliği bulunan hasta atrial fibrilasyon tanısı ile günde 2 kez 110 mg dabigatran eteksilat kullanılmakta idi. Fizik muayenesinde düzensiz kalp ritmi, apekte grade 1 pansistolik üfürüm, sol akciğer bazalinde raller, sağ akciğer skapula altında perküsyonda matite saptandı. Posteroanterior akciğer grafisi sağda masif plevral efüzyon görüldü (Figür 1) Bilgisayarlı tomografi görüntülerinde sağda masif plevral efüzyon, sağda plevral kalınlaşma, bilateral alt loblarda bronşiektatik görünüm izlendi. Hastanın aPTT değeri 52,2 saniye (25–36) görüldü. Dabigatran tedavisi kesildi. Üç gün sonra aPTT düzeyleri normal sınırlara geriledi. Fleksible bronkoskopiye, kaba pilili mukoza, dokunmakla hemoraji, sağ alt lob bronşu ve orifisinde eksternal bası bulgusu görüldü. Mukoza biyopsisi patolojisinde malignite ve granülomatöz inflamasyon belirtisi görülmedi. Bronş lavajında ARB negatif görüldü. Hastaya torasentez uygulandı, 1.5 l hemorajik sıvı drenajı oldu (Figür 2). Sağ plevradan kapalı plevra biyopsisi alındı. Plevra biopsisi sonucu granülomatöz inflamasyon uyumlu izlendi. Plevral sıvı örnekleri light kriterlerine göre eksuda niteliğinde görüldü. Plevral sıvı mikroskopisinde mikroorganizma görülmedi. Plevral sıvı örneklemeinde ARB, tüberküloz PCR inceleme pozitifliği, tüberküloz kültürü pozitifliği saptandı ve izoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamidden oluşan antitüberküloz tedavi başlandı. Hastaya plevral kater konuldu. 48 saatte 800 ml hemorajik drenaj oldu. Takibinde intraplevral aralığa prednol ve streptomisin verilerek kateter çekildi. Hastanın koroner arter hastalığı için almakta olduğu ASA dozu 100 mg a düşüldü. Atriyal fibrilasyon profilaksisi için almakta olduğu antikoagülan tedaviye bemparin 5000 ü olarak devam edildi. 15 gün sonra görülen kontrol filminde sıvıda belirgin gerileme görüldü, yalnızca sinüs kapalılığı izlendi. Olgunun sunulmasındaki amaç; tüberküloz gibi inflamatuvar akciğer hastalığı tedavisi görmekte olan hastalarda dabigatran kullanımı konusunda dikkatli olunması gerektiğini vurgulamaktır.

figür 1



posteroanterior akciğer grafisi

figür 2

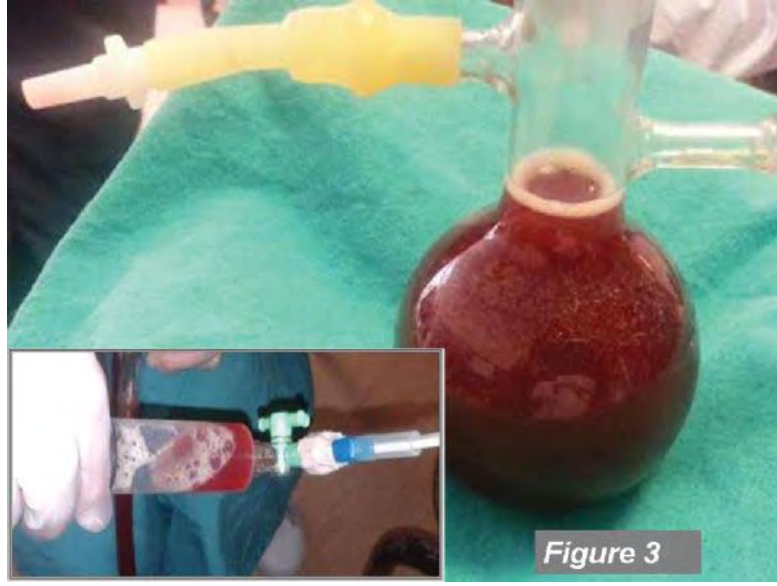


Figure 3

plevral sıvı

hemotoraks sebepleri

Göğüs Duvarı
• neoplazi (primer veya metastatik)
• travma
Plevra
• Spontan Pnömotoraks ilişkili plevral adezyonlar
• tüberküloz
• neoplazi (primer veya metastatik)
Akciğer Parankimi
• neoplazi (primer veya metastatik)
• büllöz amfizem
• nekrotizan enfeksiyonlar
• tüberküloz
• İntralober,ekstralober sekestrasyonlar
• İnfarkt eşlik eden pulmoner emboli
Kalp-Büyük Damar - hematolojik
• İnfarkt eşlik eden pulmoner emboli
• Pulmoner arteriovenöz fistül
• Nonpulmoner intratorasik Vasküler Patolojiler
• herediter hemorajik telenjektazi
• Kan diskrazileri
Abdominal Patolojiler
• Pankreatik psödokist, splenik arter anevrizması, hemoperitoneum)

hemotoraks sebepleri

EP-361

Plevral Tutulum Gösteren Romatoid Artrit Olgusu ve Yeni Tanı KOAHMuhammet Gülhan¹, Pınar Yıldız Gülhan¹, Oya Yıldız², Hüsni Baykal³, Erol Şentürk⁴¹Tosya Devlet Hastanesi, Kastamonu²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, Adana³Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara⁴Kastamonu Devlet Hastanesi, Kastamonu

GİRİŞ: Romatoid artrit (RA) simetrik, poliartiküler eklem tutulumu olan sistemik bir hastalıktır. RA'lı hastalarda plevral effüzyon genellikle hastalık başladıktan bir kaç yıl sonra ortaya çıkar ve sıklıkla hastalık alevlenmesi olarak kabul edilir. RA akciğer tutulumu olarak; plevral effüzyon, plörit, hava yolu hastalığı, romatoid nodül ve intertisyel akciğer hastalığı görülür. Plevral sıvı aseptik eksuda karakterindedir ve sıvıda düşük pH, düşük glukoz ve yüksek LDH değerleri görülür.

OLGU: 6 ay önce RA tanısı konan 52 yaşındaki erkek hasta acil servise 2 gündür başlayan nefes darlığı, sağ yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hasta sağlık güvencesi olmadığı için RA tedavisini düzensiz almaktaydı. Öksürük, balgam şikayeti mevcut değildi. 60 paket/ yıl sigara öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede sağ alt zonda solunum sesleri alınmıyordu ve dağınık ronküsleri mevcuttu. Çekilen PA AC grafisinde sağ sinüs kapalı, sağ alt zonda heterojenite ve sol alt zonda fibrotik çekintiler mevcuttu (Resim 1). Solunum fonksiyon testinde FEV1: 1.62 L (52) FVC: 2.40 L (46) %FEV1: 67 idi. Hastanın oda havasında O2 saturasyonu % 83 idi. Laboratuvar tetkiklerinde; glukoz: 125 mg/dl, total protein 6,2 g/dl, LDH: 169 U/L, sedimantasyon: 105, RF: 202, CCP: (+) idi. 2 gündür başlayan sağ yan ağrısı, nefes darlığı hipoksemisi olan ve d-Dimer değeri 2250 (n: 0-500) hastaya toraks BT anjio çekildi, emboli lehine bulgu saptanmadı. Torasentez mayisinden yapılan tetkiklerinde; glukoz: 23 mg/dl, total protein 4,4 g/dl, LDH: 990 U/L, Romatoid faktör (RF): 220 olup eksuda vasındaydı. Periferik yaymada hücre saptanmadı. Balgamda 3 kez ve plevral sıvıda 1 kez bakılan tüberküloz kültüründe üreme olmadı, ARB'ler negatif geldi. Dış merkezde bronkoskopi yapılan hastada endobronşial lezyon izlenmedi. RA' e bağlı plevral effüzyon düşünülen hastanın RA tedavisi Romatoloji bölümüne danışılarak düzenlendi. Hastaya 40 mg metilprednizolon başlandı. Tedavinin 2. haftasında hastada belirgin klinik ve radyolojik düzelleme izlendi (Resim 2). SFT 'de orta derecede obstruksiyonu olan hastaya bronkodilatatör tedavi başlandı.

SONUÇ: Hastamızda daha önce tanı konmamış kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH) mevcuttu ve hastanın KOAH tedavisi de düzenlendi. Düzensiz RA tedavisi alan olgularda RA'e bağlı olarak plevral effüzyon gelişebileceği unutulmamalıdır.

Resim 1



Sağ sinüs kapalı, sağ alt zonda heterojenite ve sol alt zonda fibrotik çekintiler mevcut

Resim 2



Tedavinin 2. haftasında hastanın filmi: Sağ sinüs açık izlendi.

EP-363

Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Sigara İçen ile İçmeyen Öğrencilerinin Solunum Parametrelerinin Karşılaştırılması

Rasmi Muammer, Selma Başak Duman

Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Sigara dünyada ve ülkemizde çok önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kalp-Akciğer hastalıkları ve kanserine karşı savaşın en kolay ve etkili yolu sigara ile mücadeledir. Gençlerin sigara alışkanlıklarının bilinmesi sigara ile savaşta önemli yer tutmaktadır. Sağlık çalışanları sigara ile mücadelede toplumun bilinçlendirilmesi ve örnek teşkil etmesi açısından büyük görevler üstlenmelidir. Bizim çalışmamızda da Fizyoterapi ve Rehabilitasyon bölümü sigara içen ile içmeyen öğrencilerinin solunum parametrelerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünden 20 sigara içen ve 20 sigara içmeyen olmak üzere toplam 40 öğrenci dahil edilmiştir. Öğrencilerin solunum değerlerini ölçmede (A-M systems, Sequim, WA, USA) spirometre kullanıldı. Test esnasında öğrenci pelvisinin en nötralde olduğu durumda dik oturma pozisyonuna pozisyonlandı. Ayrıca her öğrenci için hijyenik şartlar açısından ağızlık kullanıldı. Burun bir mandal ile kapatıldı. İspirasyon ve ekspirasyon döngüsü her öğrenci için 3 kez tekrarlandı ve en iyi sonuçlar kaydedildi. Hem doğru öğretim hem de motivasyon ve cesaret verme amacıyla test öncesinde öğrenciye ne yapacağı anlatıldı ve uygulamalı olarak gösterildi.

BULGULAR: Sigara içen grubun yaş ortalaması 20.354 ± 1.30 , içmeyenlerin ise 21.35 ± 1.56 yıldır. Kilo ortalaması sırasıyla 63.80 ± 9.34 ve 70.35 ± 10.83 kg'dır. Boy ortalaması ise 1.73 ± 6.59 ve 1.75 ± 7.63 m'dir ve bu parametrelere açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$). %FVC değerleri açısından sigara içenlerde ortalama 93.15 ± 18.77 iken içmeyenlerde 93.100 ± 5.70 'dir. %FEV1, %FEV1/FVC ve %FEF25-75 değerleri sırasıyla 89.60 ± 17.30 , 91.80 ± 7.64 , 79.00 ± 9.97 , 84.25 ± 3.80 , 75.45 ± 17.01 ve 86.25 ± 7.87 'dir. Fagerstrom nikotin bağımlılık testi sonucuna göre sigara içen 10 öğrenci çok düşük, 6 öğrenci düşük, 2 öğrenci orta, 1 öğrenci yüksek ve 1 öğrenci çok yüksek bağımlılık seviyesine sahiptir.

TARTIŞMA: %FVC 'in ortalama değerleri normal sınırlar içinde görülmesine rağmen vakalar tek tek incelendiğinde sigara içenlerde 2 orta ve 2 hafif derecede restriktif patern gösteren 4 öğrenci bulunurken sigara içmeyen grupta sadece 1 öğrenci hafif derecede restriktif patern göstermiştir. %FEV1, %FEV1/FVC ve %FEF25-75'in ortalama değerleri sigara içmeyen grubun yönünde istatistiksel olarak anlamlı fark göstermiştir. Sonuç olarak sigara içenlere göre sigara içmeyenlerde solunum parametreleri daha anlamlı değerler göstermiştir.

Tablo 1: Sigara içen ve içmeyen grupların solunum parametrelerinin karşılaştırılması

	Sigara içme durumu	N	Ortalama	SD	p
%FVC	Sigara içmeyen	20	93,1000	5,70226	0,000
	Sigara içen	20	93,1500	18,77085	
%FEV1	Sigara içmeyen	20	91,8000	7,64061	0,002
	Sigara içen	20	89,6000	17,30044	
%FEV1/FVC	Sigara içmeyen	20	84,2500	3,80961	0,003
	Sigara içen	20	79,0000	9,92074	
%FEF25-75	Sigara içmeyen	20	86,2500	7,87985	0,001
	Sigara içen	20	75,4500	17,01540	

Tablo 2: Her iki grupta restriktif paternlerin durumu

%FVC	Restriktif pater	Sigara içme durumu
51	Orta	Sigara içen
64	Orta	Sigara içen
72	Hafif	Sigara içen
75	Hafif	Sigara içen
78	Hafif	Sigara içmeyen

EP-364

Subakut Dönem Hemiplejik Hastada Solunum Kontrollü Fizyoterapinin Etkinliği: Olgu Sunumu

Sümeyye Belhan¹, Devrim Tarakcı², Aysel Yıldız²¹Özel Duygu Hastanesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Birimi²İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

GİRİŞ: 60 yaşında hemorajik serebrovasküler olaya bağlı sağ hemipleji gelişen hastada fizyoterapi ve rehabilitasyon programına eklenen solunum kontrollü eğitiminin fiziksel aktivite düzeyi, egzersiz kapasitesi, eforla ilişkili dispne ve psikolojik durum üzerine etkisini araştırmak.

YÖNTEM: Bireyin demografik bilgileri ve hastalık hikayesi alındı. Fiziksel aktivite düzeyi Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA)-Kısa Form, egzersiz kapasitesi 6 Dakika Yürüme Testi, efor sonrası dispne düzeyi Modifiye Borg Dispne Skalası, psikolojik durumu Beck Depresyon Ölçeği ile değerlendirildi.

Fizyoterapi ve rehabilitasyon programına başlamadan önce hasta ve yakınlarına solunum kontrolünün önemi ve egzersizlerin solunum kontrolü ile nasıl yapılacağı konusunda bilgi verilerek hastane dışındaki aktivitelerde uygulaması istendi. Hastanın 10 seanslık tedavi programında solunum kontrolü ile kombine Bobath tedavi konsepti, postür egzersizleri, denge, yürüme ve merdiven çıkma eğitimi yer aldı. Fizyoterapi ve rehabilitasyon programı öncesi ve programın 10. seansı sonrasında değerlendirmeler tekrarlandı.

BULGULAR: 10. seans sonunda Modifiye Borg Dispne Skalasına göre hastanın istirahat dispne düzeyi 0,5'ten 0'a; efor sonrası dispne düzeyi 1'den 0,5'e geriledi. Düşük şiddetli fiziksel aktivite süresi 60 dk'dan 75 dk'ya; orta şiddetli fiziksel aktivitelere katılım süresi 40 dk'dan 60 dk'ya yükseldi; gün içinde oturarak geçirdiği zaman 2 saat azaldı. 6 DYM 278,4 m'den 378,1 m'ye yükseldi ve Beck skorlarında azalma olduğu saptandı.

SONUÇ: Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Programının solunum kontrolü ile yapılandırılması programın etkinliğini artırarak, dispne ve depresyon düzeyinde azalma, fiziksel aktivitelere katılım ve yürüme mesafesinde artış sağlamıştır.

TARTIŞMA: Fizyoterapi programında etkili solunum kontrolünün yer alması hastanın enerji tüketiminin azaltılmasını sağlayarak, aktivite ve tedavi programına katılımının artırılmasında yararlı olabilir.

Şekil 1: Olgunun özellikleri

60 yaşında erkek 1 ay önce Orta serebral arterde hemorajik serebrovasküler olaya (SVO) bağlı sağ hemipleji öyküsü
Emekli öğretmen
Özgeçmiş Hipertansiyon Hiperlipidemi Tip II Diyabetes Mellitus
Alışkanlıklar Sigara (12 yıl) → bırakmış → 2.4 paket/yıl Alkol -

Tablo 2: Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası Klinik Veriler

Tablo 2: Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası Klinik Veriler	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası
Borg İstirahat Dispnesi	0,5	0
Borg Efor sonrası Dispne	1	0,5
VAS İstirahat Dispnesi (0-10)	0,5	0
VAS Efor sonrası Dispne (0-10)	2	0,5
Düşük Şiddetli Aktivite Süresi (dakika/hafta)	60	75
Orta Şiddetli Aktivite Süresi (dakika/hafta)	40	60
Oturma Süresi (saat/gün)	14	12
Beck Depresyon Skoru	13	5
6 Dakika Yürüme Mesafesi (m)	278,4	378,1

Tablo 1: Olgunun Demografik ve Klinik Verileri

Tablo 1: Olgunun Demografik ve Klinik Verileri	
Yaş (yıl)	60
Boy (cm)	165
Beden Kitle İndeksi (kg/m ²)	22,04
Brunstrom'a göre üst ekstremité seviyesi	Evre 4
Brunstrom'a göre alt ekstremité seviyesi	Evre 4
Ambulasyon	Yardımcı cihaz (baston) ile bağımsız

EP-365**Pektus Ekskavatum Hastalarında Solunum Fonksiyon Testi Değerlerinin Beklenen Değerlerle Karşılaştırılması**

Sema Gül Türk¹, Anıl Özkır²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Kardiyo-Pulmoner Fizyoterapi Ana Bilim Dalı, Samsun

²Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Antalya

GİRİŞ: Araştırma pektus ekskavatumlu hastalarda sft değerlerinin beklenen değerlerle karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL-METOD: Haziran 2006-şubat 2014 tarihleri arasında kliniğimize başvuran ve pektus ekskavatum operasyonu geçiren hastalarda preoperatif değerlendirmelerde kullanılan sft değerleri değerlendirilerek beklenen değerlerle anlamlı fark oluşturup oluşturmadığı Spss 21 versiyonlu istatistik programı ile saptanmıştır.

SONUÇ: Yapılan çalışmada sft değerlerinde FEV1/FVC değerlerinde beklenen değerlerle anlamlı fark saptanmıştır($p<0,05$).

TARTIŞMA: Sanılanın aksine pektus ekskavatum hastalarında sadece kozmetik görünüm adına değil, solunum sıkıntılarından ötürü de hastaneye başvurulduğu saptanmıştır.

Pektus Ekskavatumlu Bir Hasta



Solunum Fonksiyon Testi



EP-366

Diyafragmatik Pace Uygulanan Spinal Kord Yaralanması Olan Bir Hastada Pre-ve Post-Operatif Solunum RehabilitasyonuRaziye Atar¹, Semiramis Özyılmaz², Rengin Demir², Kamil Kaynak³, Nilgün Gürses⁴¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Bölümü, İstanbul²İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enstitüsü, Kardiyopulmoner Rehabilitasyon Departmanı, İstanbul³İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul⁴Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Spinal kord (SK) yaralanmaları fiziksel, psikososyal, ekonomik problemleri beraberinde getiren, bireysel ve toplumsal boyutları olan önemli bir sağlık sorunudur. Solunum kaslarının dekondisyonu, göğüs duvarının tam genişleyememesi vital kapasite ve fonksiyonel rezerv kapasitede azalmaya neden olmakta, abdominal kaslardaki yetersizlik ve siliar disfonksiyon efektif öksürüğü engellemektedir. SK yaralanması sonrası ortaya çıkan solunum sistemi komplikasyonları akut ve kronik dönemde görülen ölümlerin önde gelen nedenidir. SK yaralanmalarında kullanılan Diyafragmatik Pace Sistemi (DPS) mekanik ventilatör desteği olmaksızın hastanın aktif bir şekilde nefes almasını amaçlar. Bu dönemde uygulanan solunum rehabilitasyonu aletin daha etkin çalışmasını ve hastanın DPS'e uyumunu hızlandırmayı hedefler. Olgu sunumundan amacımız DPS takılmış üst seviyeli spinal kord yaralanması olan bir hastada uygulanan pre- ve post-operatif solunum rehabilitasyonunun etkinliğini incelemektir.

OLGU: Araç içi trafik kazası sonucu C3-4 seviyeli tetraplejik olan 29 yaşındaki erkek hasta C3 fraktürü nedeniyle opere edilmiştir. 54 gün yoğun bakım ünitesinde kalan, sık arrest oluşu nedeniyle kalıcı kardiyak pacemaker takılmış olan hasta trakeostomi ile oda havasında spontan solunum yapabilmektedir. Hasta nefes darlığı, öksürük, balgam, yorgunluk şikayetlerinden dolayı travmadan 2,5 ay sonra DPS uygulaması için Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Kalp Damar Cerrahisi kliniğine başvurmuştur. Hastaya pre-operatif 10 seans, post-operatif 5 seans yoğun solunum rehabilitasyonu ve genel mobilizasyon egzersizleri uygulandı. Hasta ve yakınlarına hastane içi ve taburculuk dönemlerinde yapılması gerekenler anlatılarak ev programı verildi. Hastanın maksimal inspiratuar basınç (MIP), maksimal ekspiratuar basınç (MEP), sniff nazal inspiratuar basınç (SNIP) değerleri, göğüs çevre ölçümleri pre-, post-operatif, taburculuk dönemlerinde ve 1 ay sonra değerlendirildi. Depresyon durumu Beck Depresyon Ölçeği, bağımsızlık düzeyi Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FIM), yaşam kalitesi SF36 Yaşam Kalitesi anketleri kullanılarak değerlendirildi. Hastanın ilk-sonraki değerleri sırasıyla MIP (3cmH₂O; 11cmH₂O; 19cmH₂O; 38cmH₂O), MEP (1cmH₂O; 10cmH₂O; 11cmH₂O; 14cmH₂O), SNIP (0cmH₂O; 9cmH₂O; 8cmH₂O; 16cmH₂O) değerlerinde ve göğüs çevre ölçümlerinde önemli artışlar saptandı. Fonksiyonel düzeyinde değişiklik olmamasına rağmen depresyon düzeyinde (17; 10) azalma görüldü. Yorgunluk, solunum derinliği ve frekansında iyileşmeler kaydedildi. Hastanın solunum rehabilitasyonu ile kısa sürede DPS'ne adapte olduğu gözlemlendi.

SONUÇ: Servikal seviyeli SK yaralanması nedeniyle DPS takılan hastada uygulanan pre-post-operatif solunum rehabilitasyonu yaklaşımları postoperatif dönemde hastanın kliniğini olumlu yönde etkilemiştir. Benzer durumdaki hastalarda bu uygulamaların hastane içi rutin yaklaşımlar olarak yapılmasının yararlı ve önemli sonuçlar sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

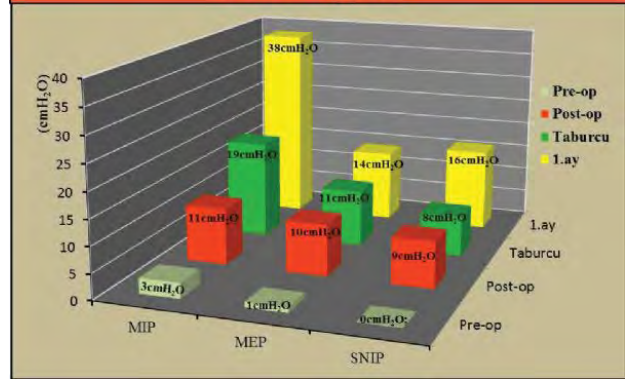
Tablo 1- Hastanın klinik özellikleri

Tablo 1: Hastanın Klinik Özellikleri

YAŞ (yıl)	29
BOY (cm)	169
KİLO (kg)	65
SİGARA (p-yıl)	6
HASTANE YATIŞ SAYISI	7
MMRC DİSPNE EVRESİ	4

Grafik 1- Hastanın ilk ve sonraki MIP, MEP, SNIP değerleri

Grafik 1: Hastanın İlk ve Sonraki MIP, MEP, SNIP Değerleri



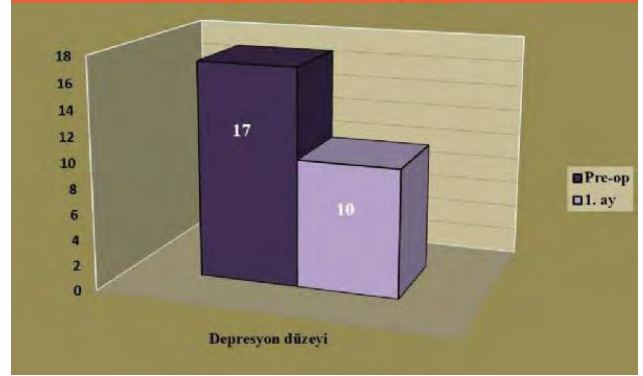
Tablo 2- Hastanın ilk ve sonraki göğüs çevre ölçümleri

Tablo 2: Hastanın İlk ve Sonraki Göğüs Çevre Ölçümleri

	Pre-op	Post-op	Taburculuk	1. ay
Aksillar (cm)	0	2	2	2
Epigastrik (cm)	0	1	1.5	2
Subkostal (cm)	1	3	3	6.5

Grafik 2- Hastanın ilk ve sonraki Beck Depresyon Ölçeği

Grafik 2: Hastanın İlk ve Sonraki Beck Depresyon Ölçeği



EP-367

Sağlıkla İlgili Bölümlerde Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Sigara Bağımlılığı İle İlişkisiZeynep Hoşbay Yıldırım¹, Alis Kostanoğlu²¹İstanbul Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD²İstanbul Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi AD

AMAÇ: Çalışmamızın amacı sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyi ve sigara bağımlılığını incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM: İstanbul Üniversitesinde sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören, fiziksel aktiviteyi engelleyebilecek ve tanısı konulmuş sistemik hastalığı veya ortopedik problem olmayan 82 kişi dahil edildi. Öğrencilerin, yaş, cins, boy, kilo, vücut kütle indeksi ve fiziksel aktivite düzeyleri değerlendirildi. Fiziksel aktivite düzeylerini değerlendirmek için Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) son yedi günü içeren kısa formu kullanıldı. Sigara içen kişilerin nikotin bağımlılığı Fagerström nikotin bağımlılık testi ile değerlendirildi. İstatistiksel analiz SPSS 21.0 ile yapıldı

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen kişilerin 42'si sigara içmeyen 40'ı sigara içen grubu oluşturdu. Sigara içmeyen grubun 20'si kız, 22'si erkek, yaş ortalaması 22,28±1,29, vücut kütle indeksi 22,66±3,13 idi.

Sigara içmeyen grupta toplam fiziksel aktivite düzeyi 3016±3585, oturma süresi 2456.66±1524 dk idi. Sigara içmeyen grubun 7'si düşük (%16,7) , 21'i orta (%50) 14'ü yüksek (%33) fiziksel aktivite düzeyine sahipti. Sigara içen grubun 19'u kız 21'i erkek, yaş ortalaması; 22,25±1,19, Vücut Kütle İndeksi 22,34±3,2 idi. Sigara içen grupta toplam fiziksel aktivite düzeyi 2575,65±2032 MET-dk/hafta, oturma süresi 2271±1757dk idi. Sigara içen grubun 4'ü düşük (%10) 27'si orta (%67,5), 9'u yüksek (%22,5) fiziksel aktivite düzeyine sahipti.

Sigara içen grubun Fagerström Nikotin Bağımlılık Skoru; 1,9±2,2 idi. Her iki gruptaki kişilerin toplam fiziksel aktivite düzeyi ve oturma süreleri karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05). Sigara içen grupta nikotin bağımlılığı ile fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı korelasyon bulunmadı (r:-,108).

TARTIŞMA: Sigara içen ve içmeyen kişilerin fiziksel aktivite düzeyleri arasında anlamlı farklılık bulunmamasının ve sigara bağımlılık derecesi ile fiziksel aktivite düzeyi arasında ilişki olmamasının yaş grubunun genç, nikotin bağımlılığı derecesinin az olması ve sigaranın fiziksel aktivite üzerine olumsuz etkilerinin henüz ortaya çıkmamasından kaynaklandığını düşünmekteyiz., Kişi sayısı ve değerlendirme parametreleri artırılarak yapılacak daha ileri çalışmalara ihtiyaç olduğu görüşündeyiz

Olguların özellikleri

	Sigara İçen (n:40)	Sigara İçmeyen (n:42)
Cinsiyet		
Kız	19 (%47,5)	20 (%47,6)
Erkek	21 (%52,5)	22 (%52,4)
Yaş (18-24)	22,25±1,19	22,28±1,29
Vücut Kütle İndeksi	22,34±3,2	22,66±3,13
Toplam Fiziksel Aktivite Düzeyi	2575,65±2032	3016±3585
Oturma Süresi	2271±1757	2456.66±1524
Fagerström Nikotin Bağımlılık Skoru (0-8)	1,9±2,2	-
Fiziksel Aktivite Düzeyi		
Düşük	4 (%10)	7 (%16,7)
Orta	27(%67,5)	21 (%50)
Yüksek	9 (%22,5)	14 (%33)

EP-368

Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Düzeylerinin İncelenmesi

Alis Kostanoğlu¹, Zeynep Hoşbay Yıldırım²¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeylerinin incelenmesidir.**GEREÇ-YÖNTEM:** Çalışmaya 20-25 yaş yaşları arasındaki 167 (86 kız, 81 erkek) üniversite öğrencisi dahil edildi. Üniversite öğrencilerinin yaş, cinsiyet, BKİ (beden kütle indeksi), sigara ve alkol kullanım durumları kaydedildi. Fiziksel aktivite düzeyleri uluslararası fiziksel aktivite anketi kısa form (UFAA) ile ölçüldü. Şiddetli fiziksel aktivite, orta dereceli fiziksel aktivite ve yürüme süreleri hesaplanarak toplam fiziksel aktivite süresi hesaplandı. Fiziksel aktivite düzeyleri düşük, orta ve yüksek olarak derecelendirildi. İstatistiksel analizde SPSS 21.0 kullanıldı.**BULGULAR:** Üniversite öğrencilerinin demografik bilgileri Tablo 1'de özetlendi. Kız öğrencilerin BKİ ile oturma süresi ve fiziksel aktivite düzeyi arasında korelasyon bulunmadı ($r:-,020$; $r:-,045$). Erkek öğrencilerin BKİ ile oturma süresi ve fiziksel aktivite düzeyi arasında zayıf korelasyon bulundu ($r:-,108$; $r:-,140$). Kız ve erkek öğrencilerin oturma süresi arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p:0.186$, $p:0.08$) ancak erkek öğrencilerin şiddetli fiziksel aktivite, orta düzey fiziksel aktivite, yürüme ve toplam fiziksel aktivite puanları kız öğrenciler ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$, Tablo 2). Öğrencilerin %13.8'inin fiziksel aktivite düzeyinin düşük, %41.9'unun orta, %44.3'ünün yüksek olduğu hesaplandı.**TARTIŞMA:** Çalışmamızın sonucunda kız ve erkek öğrencilerin fiziksel aktivite alışkanlıklarının farklı olduğu tespit edilmiştir. Erkek öğrencilerin BKİ ile oturma süresi ve toplam fiziksel aktivite arasındaki korelasyonun BKİ düşük olan bireylerin fiziksel aktiviteye yapma alışkanlığının daha iyi olması ile ilişkilendirilebilir. Kız öğrencilerin orta düzey fiziksel aktivite puanlarının erkek öğrencilerden daha fazla bulunmasına rağmen erkek öğrencilerin toplam fiziksel aktivite puanlarının fazla olması 20-25 yaş erkek öğrencilerinin takım oyunları içeren şiddetli fiziksel aktiviteleri daha çok tercih etmeleri olduğu düşünülmektedir. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite alışkanlığını etkileyen faktörlerin belirlenmesi için daha fazla parametrenin incelenmesi gerektiği görüşünderiz.

Tablo 1. Üniversite öğrencilerinin demografik özellikleri

	Kız (n=86)	Erkek (n=81)
	Ort±SS	Ort±SS
Yaş (yıl)	22.18±1.06	22.41±1.10
BKİ(kg/m ²)	21.50±3.26	23.66±2.40
Sigara	73 yok (%84.9)	64 yok (%79)
	13 var (%15.1)	17 var (%21)
Alkol	82 yok (%95.3)	63 yok (%77.8)
	4 var (%4.7)	18 var (%22.2)
Bölüm		
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	51 %59.3	38 %46.9
Tıp	27 %31.4	27 %33.3
Diş Hekimliği	8 %9.3	16 %19.8

Tablo 2. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite düzeyleri

	Kız (n=86)	Erkek (n=81)	p
	Ort±SS	Ort±SS	
Şiddetli fiziksel aktivite (MET-dk/hf)	86.51±314.355	1348.14±1487.37	0.001
Orta düzeyde fiziksel aktivite (MET-dk/hf)	634.41±1718.97	364.44±498.91	0.001
Yürüme (MET-dk/hf)	1260.33±1304.42	1922.94±1167.94	0.001
Oturma süresi (dk/hf)	2233±699.75	2455.40±1222.47	0.056
Toplam fiziksel aktivite (MET-dk/hf)	1981.26±2143.24	3635±2159.03	0.001

EP-369

Diyafram Paralizisi Gelişen Bir Olguda İnspiratuar Kas EğitimiNeslihan Durutürk¹, Gaye Ulubay², Metin Karataş³¹Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara²Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara³Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Diyafram paralizisi nadir görülen, başka bir nedenle inceleme yapılırken tesadüfen rastlanabilen, sıklıkla solda olan ve kolay tanı konulabilen bir klinik tablodur. İnspiratuar kas eğitiminin KOAH, astım ve sağlıklı kişilerdeki etkisi üzerine pek çok kanıt bulunmasına rağmen diyafram paralizindeki etkisi net değildir.

AMAÇ: Viral enfeksiyona bağlı unilateral (sol) diyafram paralizisi gelişen bir hastada inspiratuar kas eğitiminin etkisini değerlendirmek.

METHOD: Yükselmış olan diyafram ile progressif olabilen, özellikle eforla ve konuşma ile artabilen dispne gibi solunumsal şikayetler ile birlikte hastanemizin göğüs hastalıklarına başvuran 70 yaşındaki bayan hasta, ilaç tedavisinin yanında bu şikayetlerinin azalması amacıyla pulmoner rehabilitasyon programına yönlendirilmiştir. Program öncesinde solunum fonksiyonları (FEV1(lt):1.45), solunum kas kuvveti (MIP:3.5 kPa, MEP:3.8 Kpa), egzersiz kapasitesi (6 dk yürüme mesafesi:240m), yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilmiştir. İnspiratuar kas eğitimi, toplam 6 hafta, solunum kas eğitim cihazı (Powerbreathe) ile MIP'in %50-80'i arasında bir şiddette, günde 2 kez, 30'ar tekrar verilmiştir. Hastanın haftada 3 gün hastaneye gelerek basınç kontrolleri yapılmış ayrıca tüm solunum kaslarına yönelik solunum egzersizleri verilmiştir.

SONUÇ: 6 haftalık kontrollü solunum kas eğitimi sonucunda solunum fonksiyonlarında (FEV1(lt):1.83), solunum kas kuvvetinde (MIP:4.1 kPa, MEP:5.6 kPa), egzersiz kapasitesinde, yaşam kalitesi ve günlük yaşam aktivitelerinde öncesine göre olumlu sonuçlar elde edilmiştir.

TARTIŞMA: İnspiratuar kas eğitimi diyafram paralizisi geçiren bir hastada solunum kas kuvveti, solunum fonksiyonları ve diğer sonuç ölçümlerinde pozitif etkili bir tedavi yöntemi olduğu görülmüştür. Gelecekte bu hastalarda uygulanabilecek pulmoner rehabilitasyon programları ile ilgili daha geniş olgu ile daha kapsamlı, kontrollü araştırmalara ihtiyaç vardır.

İnspiratuar Kas Eğitimi Öncesi ve Sonrası Ölçüm Sonuçları

Parametreler	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası
Solunum Fonksiyon Testi		
FEV1(lt)	1.45	1.83
FEV1(%)	84	110
FVC(lt)	1.67	2.40
FVC(%)	79	118
FEV1/FVC	87	76
PEF(lt/sn)	3.18	4.49
Solunum Kas Kuvvet Ölçümü		
MIP (kPa)	3.5	4.1
MEP (kPa)	3.8	5.6
6DYM (m)	240	360
St.George Solunum Sistemi Anketi		
Semptom	54.8	16.4
Aktivite	86.5	42.5
Etki	68.9	13.6
Toplam	72.3	23.0
London Chest Günlük Yaşam Aktiviteleri Anketi (Toplam Puan)	43	29
Medical Research Council Dispne Skalası	1	4

EP-370**İleri Dönem KOAH ve Pulmoner Amfizemli Hastada Pulmoner Rehabilitasyon: Ne Zaman Yapılmalı?**

Mertay Boran¹, Leyla Yılmaz Aydın², Ertay Boran³, Fatih Alaşan², Ege Güleç Balbay²

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: KOAH, respiratuvar sisteminde kalıcı ve kısmi geri dönüşümlü hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize kronik bir hastalıktır. Pulmoner rehabilitasyon günlük aktivitelerinin etkilendiğini söyleyen ve semptom gösteren kronik respiratuvar hastalığı olan hastalara önerilir. Bu bildiride ileri KOAH ve büllöz amfizemi olan pulmoner rehabilitasyon tedavisi sırasında pnömotoraks gelişen ve endobronşial valf tedavisi uygulanan hastayı sunuyoruz.

OLGU: 64 yas erkek hasta 12 seans pulmoner rehabilitasyon alan hasta ağır dispne şikayeti sonrası sol spontan pnömotoraks tanısı ile Göğüs Cerrahisi servisine kabul edildi. 10 yıldır KOAH olan, 3 yıl önce koroner bypass uygulanan; 2 yıldır oksijen konsantratörü kullanan (FEV1 0.73-%25; DLCO SB 3.23 %41),Orta TY, PAB 45 mmHg olan ve 60 paket yıl sigara kullanım hikâyesi olan hastanın HRCT de yoğun yaygın, yer yer büllöz amfizemi mevcuttu. 24 Seanslık rehabilitasyon programı(Haftada 3 kez endurans egzersizi, koşu bandı, ağırlık kaldırma ve güçlendirme, bilateral quadrisepslere elektriksel nöromusküler kas stimülasyonu) nın 12 seansında pO2 53,sO2 89, olan hastada 4 gündür artan dispne nedeni ile çekilen PA akc grafi ve Toraks BT de sol alt lobu atelektaziye uğratan pnömotoraks saptandı. Sol tüp torakostomi uygulandı. Uzamış hava kaçağı olan ve ekspansiyon sağlanamayan hastaya kısıtlı solunum fonksiyonları (pO2 33 mmHg; sO2 %85) nedeni ile ileri bir cerrahi girişim uygulanamadı. Hava kaçağının kesilmesi için alt loba sedoanaljezi altında endobronşial valf tedavisi uygulandı.

TARTIŞMA: İleri dönem büllöz amfizem ve KOAH tanısı olan hastalarda Pulmoner rehabilitasyon ile solunum kaslarında güçlenme, solunum fonksiyonlarında düzelme hedeflenir. Hastamızda artan solunum gücünün büllöz akciğer dokusu zemininde pnömotoraks gelişimine neden olduğunu düşünüyoruz. Bu tür hastalarda öncelikle Volüm küçültücü girişimler(endobronşial valf tedavisi, videotorakoskopik cerrahi) veya akciğer transplantasyonun uygulanması gerektiğini öneriyoruz.

EP-371

Transbronşiyal Biyopsi İle Tanı Konan Tüberküloz Olgusu

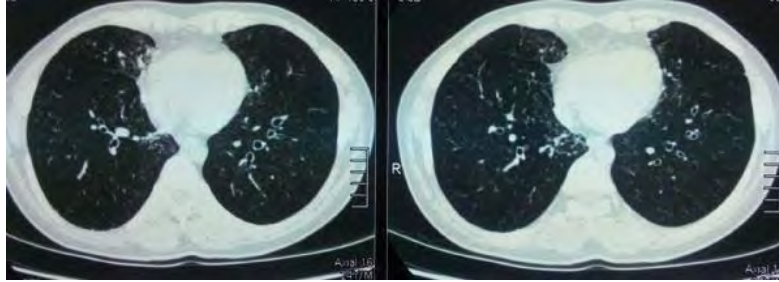
Ersin Demirer, Ömer Ayten, Sedat Demirsoy, Kadir Canoğlu, Dilaver Taş
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul

Yirmidört yaşında erkek hasta nefes darlığı, öksürük, balgam yakınmaları ile yatırıldı. Özgeçmişinde bir yıldır astım tanısı mevcuttu. Fizik muayenesinde oskültasyonda her iki hemitoraksta yaygın ronkus duyuldu. Akciğer grafisinde her iki akciğer orta ve alt zonda retikülodüler görünüm ve parakardiyak yoğunluk artımı mevcuttu (Resim 1). Spirometre'de: VC: 3.12 (%62.9), FVC: 3.16 (%66.6), FEV1: 1.92 (%47.3), FEV1/FVC: %82 olarak ölçüldü. Antibiyoterapi ve bronkodilatör tedavi başlandı. Otoimmün antikorlar negatif bulundu. CRP: 8.72, Sedim: 9 mm/saat idi. Rutin biyokimya ve tam kan ölçümleri normal sınırlarda idi. Toraks Bt'de: Sol akciğer alt lob, üst lob lingüler segmentlerde ve sağ akciğer orta lobda tübüler bronşektazik değişiklikler ile her iki akciğerde yaygın tomurcuklanan dal görünümleri izlendi. Apikal segmentler korunmuştu ve subkarinal 11 mm lenfadenopati mevcuttu (Resim 2). Bronkoskopi uygulandı. Sağ akciğer alt lob lateral segmentten transbronşiyal biyopsi uygulandı. Nonkazefiye granülomatöz inflamasyon görüldü. Hastanın bronkoskopik lavaj kültüründe tüberküloz basili üremesi tespit edilerek antitüberküloz tedavisi başlandı.

Resim 1



Resim 2



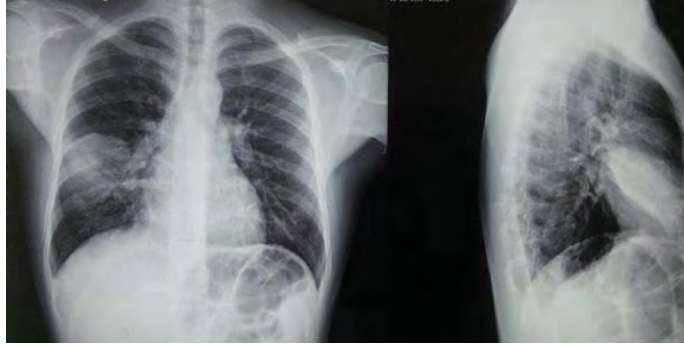
EP-372

Akciğerde Kitle Görünümünde İzlenen Tüberküloz Olgusu

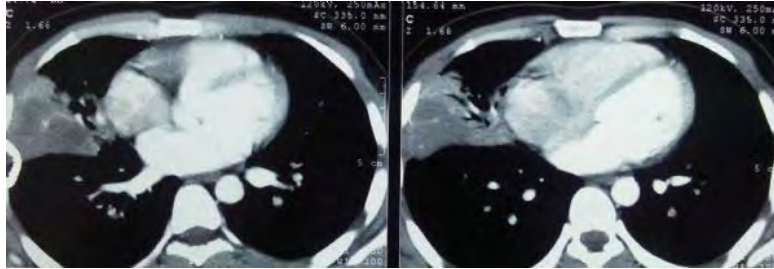
Ersin Demirer, Ömer Ayten, Sedat Demirsoy, Kadir Canoğlu, Dilaver Taş
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul

Yirmi yaşında erkek hastada yaklaşık altı aydır süren öksürük, nefes darlığı, göğüs ağrısı yakınmaları mevcuttu. Özgeçmişinde Bruselloz vardı ve çobanlık yapmaktaydı. Fizik muayanesinde sağ hemitoraksta ön bölgede raller duyuldu. Tam kan ve rutin biyokimyasal değerleri normal sınırlarda idi. CRP: 7.83 mg/L, sedim: 12 mm/saat ölçüldü. Kist hidatik araştırmasında İFA negatif bulundu. Akciğer grafisinde sağ akciğer alt zonda homojen dansitede kitlesel lezyon görüldü (Resim 1). Toraks BT'de: Subkarinal 12 mm LAP, sağ akciğer orta lobda konsolidasyon, orta ve alt lob posterior segmentte yaygın tomurcuklanan dal manzarası izlendi (Resim 2). Bronkoskopide sağ akciğer orta lob lateral segment ileri derecede daralmıştı ve geçişe izin vermemektedir. Üzerinde beyaz alanların görüldüğü kitlesel lezyondan biyopsi alındı. Yoğun kamam oluştu. Biyopsi sonucu nekrotik materyal geldi. Hasta cerrahi müdahaleye onay vermedi. PET incelemesinde sağ akciğer alt lobda 68x46 mm yumuşak doku kitlesinde heterojen FDG tutulumu (erken SUVmax 9.5, geç SUVmax 11.3), kitle komşuluğunda ve buzlu cam alanlarında artmış FDG tutulumu (erken SUVmax 5.9, geç SUVmax 5.7), sağ akciğer alt paratrakeal lenf nodunda artmış FDG tutulumu (erken SUVmax 3.4, geç SUVmax 3.7), subkarinal lenf nodunda artmış FDG tutulumu (erken SUVmax 7.6, geç SUVmax 9.9) izlendi. Bronş lavajı kültürü sonucu tüberküloz gelen hastaya antitüberküloz tedavi başlandı.

Resim 1



Resim 2



EP-373

Tüberküloz Plörezi Ve Abdominal Tüberküloz Birlikteliği

Ersin Demirel, Kadir Canoğlu, Ömer Ayten, Zafer Kartaloğlu, Oğuzhan Okutan
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul

Otuzaltı yaşında erkek hastanın öksürük, yan ağrısı, karında şişlik ve karın ağrısı yakınmaları ile yaklaşık bir ay önce başvurduğu sağlık merkezinde toraks ve abdominal Bt tetkiki yapılmış ve batın içerisinde yaygın asit saptanmıştı. Assit incelemesinde yaygın reaktif mezotel hücreleri ve inflamatuvar hücreler tespit edilmişti. Hasta ileri tetkik için Gastroenteroloji servisine başvurmuştu. Hastanın başvuru esnasındaki güncel akciğer grafisinde sağda orta düzeyde plevral sıvı görünümü mevcut olması üzerine servisimize nakli yapıldı (Resim 1). Solunum sistemi dinlemek ile sağ hemitoraksta solunum sesleri azalmış olarak duyuldu. Hastaya servisimize başvurusu sonrası torasentez ve plevra biyopsi uygulandı. ADA: 87 IU/L, patoloji sonucu kazeifiye granülomatöz inflamasyon olarak raporlandı. Torasentez ile yaklaşık 1200 cc sıvı drene edildi. Hastanın antitüberküloz tedavi sonrası klinik ve radyolojik düzelme görüldü. Bu olgu batında assit gelişimi ile bulguları başlayan daha sonra plevral sıvı gelişiminin izlendiği plevra ve batın tüberkülozu birlikteliği olan olgu olarak sunulmaktadır.

Resim 1



PA Akciğer grafisi

EP-374

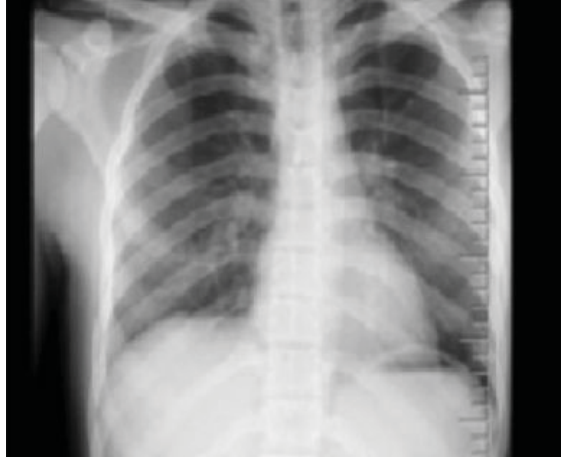
Akut Başlangıçlı Tüberküloz Plörezi

İbrahim Koç, Ayşen Dökme

Viranşehir Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları

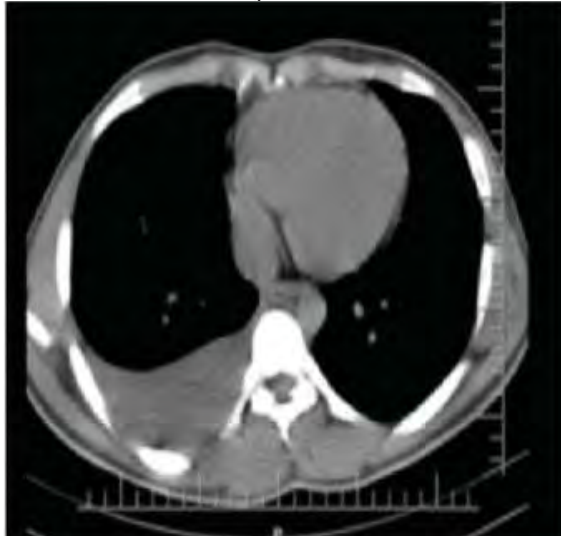
18 yaşında erkek hasta sağ yan ağrısı ve ateş şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Sorgulamasında yaklaşık üç gün önce tarlada çalıştıktan sonra duş alıp klimalı odada yattığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde sağ alt zonda solunum seslerinde azalma ve perküsyonda matite saptandı. Ateşi 38 oC olarak ölçüldü. Çekilen akciğer grafisinde sağ sinüsü kapalı olarak izlendi. Toraks BT'de sağ taraflı plevral efüzyonla uyumlu olan bulgulara rastlandı. Hastaya lokal anestezi altında torasentez yapıldı 20 cc seröz vasıfta plevral sıvı drene edildi. Antibiyoterapi başlandı. Takiplerinde sıvıda gerileme olduğu görüldü. Ancak ilerleyen dönemlerde sıvının tekrarladığı anlaşıldı. Plevral sıvıdan alınan örneklerde mikobakteriyum tüberkülozis üremesi oldu. Eksüdatif plevral sıvı nedenleri arasında parapnömonik sıvılar ve tüberküloz üst sıralarda yer almaktadır. Genç erişkinlerde plevral sıvılar akut başlangıç gösterdiğinde tüberküloz plörezi parapnömonik sıvılarla karışabilmektedir. Ekstrapulmoner tüberkülozun görülme sıklığı toplumlara ve bölgelere göre değişiklik gösterebilmektedir. Tüberküloz plörezi lenf bezinden sonra, ikinci sıklıkta karşılaşılan ekstrapulmoner tüberküloz formudur ve ülkemizde olduğu gibi insidansın yüksek olduğu bölgelerde plevral efüzyonun en önemli etkenlerindedir. Tüberküloz plörezi akciğer tüberkülozuna göre daha akut başlangıç gösteren bir hastalıktır ancak olgumuzda olduğu gibi birkaç gün içerisinde başlangıç çok sık rastlanan bir durum değildir. Sık görülen semptomlar arasında genellikle ateş, göğüs ağrısı ve balgamsız öksürük bulunmaktadır. Efüzyon genellikle tek taraflı ve sıvı hacmi az- orta düzeydedir. Sıvıda basil sayısı azdır ve tedavi edilmeyen olgularda hem semptomlar hem de efüzyonda gerileme olabilmektedir. Hekimlerin akut başlangıçlı olsa da özellikle tekrarlayan veya tedaviye cevap vermeyen olgularda tüberküloz açısından değerlendirme yapmalıdır.

Şekil 1



Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde sağ sinüs künt diyafram minimal eleve.

Şekil 2



Çekilen Toraks BT'de sağ akciğerde plevral efüzyon görülmekte.

EP-375

İlginç Bir Tüberküloz Olgusu

Feyyaz Kabadayı, Hasan Özgen, Ülkü Aka Aktürk, Dilek Ernam, Ali Metin Görgüner

Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları ve Tüberküloz, İstanbul

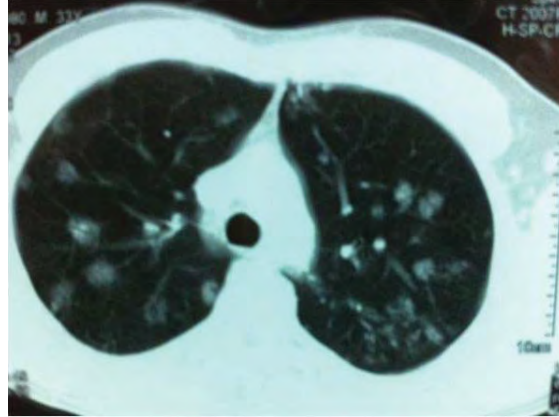
Kliniğimize öksürük, ses kısıklığı şikayetiyle başvuran 34 yaş erkek hastanın vital bulguları ve solunum sistemi muayenesi ve labortauvar parametreleri normaldi.20 yıl 1 paket/gün sigara dışında özgeçmişinde özellik olmayan hastanın 4 ay önce koroziv madde aspirasyonu(-peroksit, iyon tutucu içeren boya maddesi) anamnezi alındı.Akciğer PA grafisinde her iki akciğer üst zonlardan başlayan, orta zonlara ilerleyen yer yer birleşme eğiliminde olan nodüler dansite artışları görüldü.Alınan balgam ARB menfi ve non spesifik balgam kültürlerinde üreme olmadı.Hastanın fiberoptik bronkoskopisinde vokal kordlar hiperemik, ödematöz, litik normal endobronşiyal sistem.Sistem lavajı inflamasyon bulguları, bronş lavajı ARB'si menfiydi.Ayırıcı tanımızda; kimyasal pnömonitis, koroziv madde aspirasyonu ve multiple pulmoner nodül yapan nedenler vardı.Hastanın balgam ve bronş lavajı ARB kültürlerinde üreme saptanarak akciğer tüberkülozu tanısı konuldu.Takibinde klinik ve radyolojik düzelme görüldü.

Resim-1



PA akciğer grafisi

Resim-2



Toraks BT

EP-376

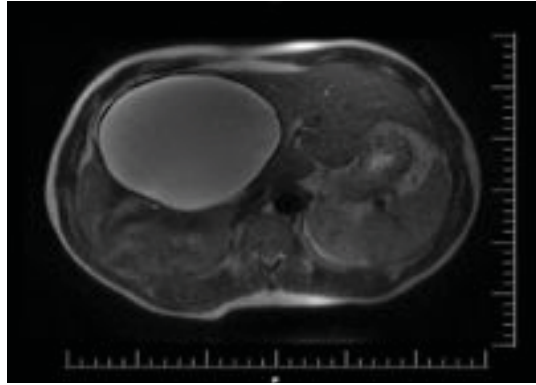
Karaciğer Kist Hidatik Hastalığı ve Karaciğer Tüberkülozu BirlikteliğiSongül Özyurt¹, Halit Çınarka¹, Mevlüt Karataş¹, Recep Bedir², Ünal Şahin¹¹Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Rize, Türkiye²Patoloji Anabilim Dalı, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Rize, Türkiye

GİRİŞ: Kist hidatik ve tüberküloz ülkemizde sık görülen enfeksiyon hastalıklarıdır. Bu iki hastalığın birlikteliği ise oldukça nadir bir durumdur. Olgumuzda eş zamanlı olarak karaciğerde kist hidatik hastalığı ve tüberküloz lezyonu bulunması dikkat çekici olmuştur.

OLGU: Kırkaltı yaşında, erkek hasta, inşaat işçisi, karın ağrısı yakınması ile acil servise başvurdu. Karın ağrısı iki yıldan beri devam ediyordu, bazen epigastrik bölgede bazen de sağ yan ağrısı şeklindeydi. Acil servis başvurularında peptik ülser veya renal kolik tanısı ile tedavi edildiğini belirtiyordu. Son on günden beri hastanın sağ üst kadranda lokalize zaman içinde şiddetlenen karın ağrısı, nefes almakla ve hareketle artıyordu. İştahsızlık şikayeti vardı ve son bir yılda yaklaşık beş kilo zayıflamıştı. İki yıldır gece terlemesi ve bazen ateş yakınması mevcuttu. Fizik muayenesinde sağ üst kadranda palpasyonla hassasiyet dışında patolojik bulgu yoktu. Tansiyon arteriyel: 120/70 mmHg, nabız: 74/dk, ateş: 36.70C saptandı. Laboratuvar bulgularında lökosit: 9.570uL (4-10) olup %28.5eozinofil (% 0.5-5) idi. Eritrosit sedimentasyon hızı 28 mm/h, C-reaktif protein: 1.5mg/dL (0-5mg/dL) saptanmıştı. Kan Biyokimyasında alkalenfosfataz (ALP): 331 U/L (30-120), Gama glutamil transferaz (GGT): 109 U/L (0-49), diğer değerleri normaldi. Özgeçmişinde 120 paket/yıl sigara içme öyküsü vardı. Hastanın akciğer grafisinde bilgisayarlı toraks tomografisinde ve direkt batın grafisinde patoloji saptanmadı. Karın ağrısı nedeniyle çekilen acil batın ultrasonografisinde karaciğer sağ lob anteriorunda 151x144x128 milimetre boyutlarında kistik lezyon saptandı. Dinamik karaciğer Manyetik Rezonans tetkikinde sağ lob anterior segmenti tamamen dolduran, yaklaşık 150x150 mm boyutlarında, kontrastlı serilerde kontrastlanmayan, belirgin bir solid komponenti izlenmeyen kistik görünüm saptandı (Resim1). Mevcut radyolojik bulgular kist hidatik ile uyumlu bulunarak kanda ekinokok indirekt hemaglutinasyon testi istendi. Sonuç 1/640 (pozitif) saptandı. Hastaya genel cerrahi kliniği tarafından genel anestezi altında kistektomi operasyonu uygulandı. Makroskopik olarak 1.5x10x2.5 santimetre ölçüde sedefli beyaz renkte kistik yapı ve aynı kap içerisinde gönderilen 8.5x5.6x0.4 santimetre düzensiz kist duvarına ait eksizyon materyalinin mikroskopik olarak incelenmesinde kist hidatik (Resim 2) ve karaciğer parankimi içinde kazeifiye nekrotizan granülomatoz inflamasyon saptandı (Resim 3). PPD testi 16 mm olarak ölçüldü. Akciğerleri normal olarak değerlendirilen hastaya primer karaciğer tüberkülozu nedeniyle antitüberküloz tedavi uygulandı.

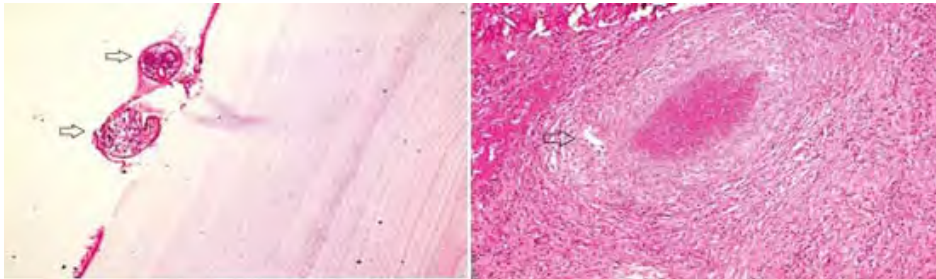
SONUÇ: Olgumuzda Kist hidatik bulguları ön planda olup, tüberkülozun varlığı patolojik incelemelerde saptandı. Ko-endemik alanlar dışında bu iki hastalığın karaciğeri birlikte etkilemesi nadir bir durumdur.

Resim 1:



Dinamik karaciğer Manyetik Rezonans tetkikinde sağ lob anterior segmenti tamamen dolduran, belirgin bir solid komponenti izlenmeyen kistik görünüm

Resim 2:



Kist hidatiğin kütiküler membranı ve skoleks yapıları (siyah ok) (H&EX200) Karaciğer parankim komşuluğunda kist hidatiğin fibröz kapsülünde kazeifiye nekrotizan granülom yapısı (siyah ok) (H&Ex200)

EP-377

Tipik ve Atipik Mikobakterinin Birlikte Bulunuşu

Özkan Devran, Fatma Esra Günaydın, Thierry Sibomana, Nihal Geniş, Veysel Yılmaz
Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

59 yaşında erkek hasta.14 yıl önce akciğer tüberkülozu nedeniyle ilk 2 ay izoniazit 300 mg, rifampisin 600 mg, etambutol 1500 mg, pirazinamid 2000 mg;sonraki 4 ay izoniazit 300 mg, rifampisin 600 mg şeklinde tedavi almış. 1 yıl önce öksürük, balgam ve gece terlemesi şikayetleri olması üzerine göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastanın balgamın direk bakısında ARB pozitif bulunmuş aynı balgam örneğinin Löwenstein kültüründe üreme saptanmış. Hastanın tedavisinin 14. gününde gönderilen balgam kültüründe Bakırköy Verem Savaş Dispanseri Labaratuvarı'nda eş zamanlı alınan diğer bir balgam örneğinde MOTT üremesi üzerine aynı örnek tanının doğrulanması ve tip tayini için İstanbul Üniversitesi DETAM'a gönderildi. DETAM' da yapılan incelemede M. Abscessus üredi. Hasta tüberküloz konseyinde tartışıldı ve nüks olgu olarak kabul edildi. Hastaya 8 aylık nüks tedavisinin düzenlenmesine, tedavi bitiminde atipik tüberküloz tedavisine başlanmasına karar verildi. Hastanın 2. ve 4. aylarda yapılan balgam incelemeleri ARB direk bakı negatif, kültür pozitif olarak raporlandı. Tedavinin 8. ayı tamamlandıktan sonra hasta yeniden değerlendirildi, hastanın herhangi bir yakınması yoktu. Fizik muayenesinde patolojik bir bulgu saptanmadı. Çekilen PAAG de sol üst zonda tüberküloz sekeline bağlı fibrotik değişiklikler mevcuttu, sol üstteki lezyonların kısmen gerilediği önceki akciğer grafilerinde olmayan yeni gelişen sağ hilustan periferde doğru uzanan üçgen şeklinde homojen dansite artışı saptandı. Hastanın tedavisi 8 aya tamamlandığı için nüks tüberküloz tedavisi sonlandırıldı ve m. abscessus a yönelik olarak tedavi planlandı. Antibiyotik duyarlılık testi göz önüne alınarak Amikasin 2*1 iv, Klaritromisin 500 tablet 2*1 oral, Linezolit 600 mg 2*1 oral başlandı. 1 ay süreyle hasta 3 lü tedavi aldı ve serviste takip edildi. Takiplerinde herhangi bir şikayeti olmadı, yan etki gözlemlenmedi. Tedavinin 15. Gününde balgam örneği gönderildi. Auramine boyamada ARB gözlenmedi. BACTEC de MOTT üredi. Hsp65-PCRREA+ Spoligotyping de M. Abscessus üremesi gözlemlendi. Tedavi devam etmekte olup, tedavi süresi kültür negatifliği sağlandıktan sonra 12 ay olarak planlandı. M.tuberculosis ile m.abscessus un birlikteliği nadir görülmesi nedeniyle olguyu sunmayı uygun gördük.

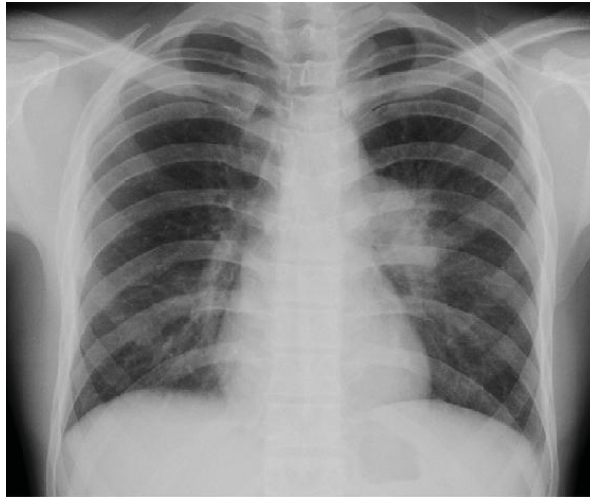
MOTT tedavi öncesi**MOTT tedavi sonrası**

EP-378

Yüksek Ateş ve Hiler Kitle İle Başvuran Tüberküloz OlgusuYusuf Aydemir¹, Abidin Şehitoğulları², Hasan Düzenli¹, Muzaffer Yılmaz²¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları ABD / Sakarya²Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi ABD / Sakarya

22 yaşında erkek hasta, 1 ay önce başlayan iştahsızlık ve 12 kg kilo kaybı, 10 gün önce başlayan ateş, titreme şikayetleri ile başvurmuş ve ateş etyolojisi araştırılması için enfeksiyon hastalıkları kliniğine yatırılmış. Hastanın akciğer grafisinde hiler kitle ve toraks tomografisinde santral kitle görülmesi üzerine göğüs hastalıklarınca konsülte edilerek kliniğimize yatırıldı. Özgeçmişinde 3 yıl boyunca uyuşturucu madde kullandığı, son 1 yıldır tamamen bıraktığı öğrenildi. Fizik muayenede genel durum orta, Ateş:39,6 C, deri soluk, kaşektik görünümde ve 46 kg ağırlığında idi. Solunum ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemesinde sedimentasyon: 70mm/saat, CRP:21,9 mg/L, WBC:2,7 K/uL, Hg:10,3g/dl Plt:150 K/uL, anti HCV:14,49 olarak ölçüldü. Diğer tetkikleri normaldi. PA akciğer grafisinde sol hiler kitle görünümü vardı (Resim:1) Toraks BT' de sol perihiler alanda, içerisinde hipodens nekrotik alanların izlendiği, 40x42mm boyutlarında kitle izlendi. (Resim:2) Hastaya bronkoskopi yapıldı. Tüm lob ve segment bronşları açık izlendi. Sol sistemden lavaj ve lingular segmentlerden TBİAB alındı. Bronş lavajında ARB, bakteri ve lökosit görülmüdü. Batın USG'de hepatomegali (170 mm), splenomegali (191 mm) izlendi. Prokalsitonin:0,19 ng/ml olması, ateş yüksekliğinin devam etmesi nedeniyle hastaya Seftriakson IV başlandı. Her gece ateşi 40C üzerine çıkan hastanın ateşli dönemlerinde 2 kez alınan kan kültürlerinde üreme olmadı. 3. gün sonunda ateşin düşmemesi nedeniyle tedaviye moksifloksasin eklendi. Ateş yüksekliği devam eden hastanın geçmişinde IV madde kullanımı öyküsü olması nedeniyle enfektif endokardit şüphesiyle Ekokardiyografi yapıldı. Sonuç normaldi. Bisitopeni olması nedeniyle (WBC:3,0, Hg:10,3) periferik yayma yapıldı, atipik hücreye rastlanmadı. Bronkoskopik biopsi ve lavajda patolojik inceleme sonucu malign hücreye rastlanmadı. Hastaya ele gelmemesine rağmen periferik Lenf bölgelerine USG yapıldı. Sol supraklaviküler ve her iki aksillar bölgede en büyükleri 28x8 mm LAP'lar izlendi. Hastaya sol supraklaviküler ve sol aksiller LAP eksizyonu yapıldı. Geçen sürede tedaviye rağmen ateşi hiç düşmeyen ve 41C'ye kadar çıkan hastanın genel durumu gittikçe kötüleşti. Kontrol akciğer grafisinde sol hiler lezyonun genişlediği ve mikronodüler milier görünüm oluştuğu izlendi. Hastanın tekrar çekilen toraks BT'sinde milier yayılım görüldü. Patoloji sonucu kazeifikasyon nekrozu olan granülomatoz lenfadenit olarak raporlanması üzerine hastaya antitüberküloz tedavi başlandı. Tedavinin dördüncü günü ateşi düşen hasta, onuncu gün taburcu edildi. Takiplerinde bronş lavajı kültüründe üreme saptandı. Direnç yoktu. Klinik radyolojik düzelme ile 6. ayın sonunda tedavi sonlandırıldı.

1



PA Akciğer grafide sol hiler kitle görünümü

2



Toraks BT'de sol perihiler alanda 40x42mm boyutlarında kitle

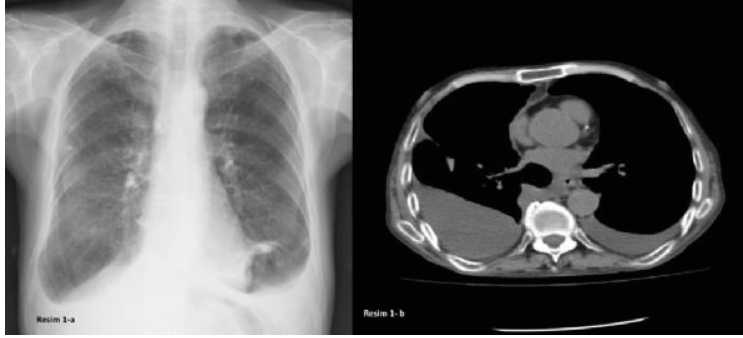
EP-379

İleri Yaşta Malignite Öyküsü Olan Hastalarda Tüberkülozu Düşünmek; Olgu Sunumu

Alper Gündoğan, Tuncer Özkısa, Cantürk Taşçı, Ergün Uçar, Hayati Bilgiç
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Ülkemizde başarılı bir tüberküloz kontrol programı yürütülmekte, tüberküloz prevalansı azalmakta, olgu yakalama ve tedavi etme oranları artmaktadır. Buna rağmen ülkemizde tüberküloz halen önemli bir sağlık sorunu oluşturmaktadır. Genç hastalarda tüberküloz kontrol altına alınmaya çalışırken dünyada artan HIV insidansı ile tüberküloz tekrar kendini göstermeye başlamıştır. Bunun yanında ileri yaşlara doğru artan tüberküloz vakaları immünsupresyon zemininde gelişmektedir. Bu artışa öncelikle artan maligniteler sebep olmaktadır. Bizde mide kanseri öyküsü bulunan ve bilateral plevrallı efüzyon nedeniyle değerlendirilen ve tüberküloz plörezi tanısı konulan bir olgu sunmaktayız. Mide kanseri nedeniyle opere olan 64 yaşında erkek hasta tedavisi tamamlanmış ve tedavisiz kontrol altındaydı. Kontrollerin birinci yılında hastada bilateral plevrallı efüzyon saptanması üzerine kliniğimize sevk edilmişti. (Resim 1-a) Hastanın öyküsünde 1-2 aydır rahatsız edici olmayan öksürük ve balgam dışında şikayeti yoktu. Öncelikle malign efüzyon düşünülen hastada tekrarlayan torasentezlerde malign efüzyon saptanmadı, eksudatif plevrallı mayide lenfosit hakimiyetinde inflamatuvar hücre artışı izlendi. Plevrallı sıvı ADA düzeyleri 24, 64 ve 66 olarak ölçüldü. Hastaya planlanan plevrallı biyopside nekrotizan granülatöz inflamasyon izlendi. HRCT’de metastaz lehine bulgu saptanmayan bilateral plevrallı efüzyon izlenen hastaya tüberküloz plörezi tanısı ile antitüberküloz tedavi başlandı (Resim 1-b). Takiplerinde üçüncü ay kontrolünde plevrallı efüzyonu regrese olan hastanın antitüberküloz tedavi ile takipleri devam etmektedir (Resim 2). Tüberküloz ve maligniteler dünyada milyonlarca insanı etkileyen küresel birer tehdit oluşturmaktadır. Bunların birbirleriyle işbirliği ise bu tehdidi önemli boyutlara taşımaktadır. HIV ile dünyada tekrardan hareketlenme izlenen tüberküloz vakaları yanında yüzyılımızın hastalığı olarak anılan malignitelerin sağladığı immünsupresyon da tüberkülozla başarılı mücadelede bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle maligniteler ile ilgilenen merkezlerinde bu artışın bilincinde olması gerekmektedir. Malignite ve tüberküloz birlikteliği yalnızca göğüs hastalıkları hekimlerince değil malignite tanı ve tedavisi ile uğraşan tüm branşlardan hekimlerce akılda bulundurulmalıdır. Vakamız bu anlamda malignite tüberküloz birlikteliğine vurgu yapmak ve malignite öyküsü olan hastalarda da efüzyon ayırıcı tanısında efüzyon bilateral olsa bile tüberküloz plörezinin hatırdan bulundurulması gerektiğini göstermesi açısından sunulmuştur.

Resim 1



Resim 1-a: PA Akciğer Grafide bilateral plevrallı efüzyon Resim 1-b: Toraks BT’de bilateral plevrallı efüzyon

Resim 2



Resim 2: Antitüberküloz tedavi ile takipleri devam eden hastanın kontrol BT’sinde plevrallı efüzyon regrese oldu ve metastatik lezyon izlenmedi.

EP-380

Pulmoner Tüberkülozun Nadir Bir Manifestasyonu: Endobronşial Tüberküloz

Ümran Toru

Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kütahya

GİRİŞ: Trakeobronşial ağacın tüberküloz enfeksiyonu olarak tanımlanan endobronşial tüberküloz erişkin popülasyonda sık görülmemektedir. Başvuru anında akciğer grafilerinde akciğer alt zonlarda tutulum ve nonkaviter lezyonu olan hastaların tanısında ise sıklıkla uzun gecikmeler yaşanmaktadır. Pulmoner tüberkülozun özel ve nadir görülen bir formu olan endobronşial tüberkülozun seyri sırasında ciddi bronkostenoz gelişme olasılığının yüksek olması nedeniyle erken tedavi edilmesi de önem taşımaktadır. Biz burada kronik öksürük nedeniyle başvuran ve endobronşial tüberküloz tanısı konarak tedavi edilen 22 yaşında bayan olgumuzu sunduk.

OLGU: 1,5 aydır devam eden kuru öksürük şikayetiyle polikliniğe başvuran 22 yaşında bayan hastanın anamnezinde son 1,5 ay içinde pek çok kez antibiyotik tedavisi verildiği fakat öksürüğünün devam etmesine rağmen hiç akciğer filminin çekilmediği öğrenildi. Çekilen PA Akciğer Grafisi'nde; sağ akciğer orta ve alt zonda infiltrasyon ile uyumlu opasite artışı izlendi (Resim 1). Tbc ön tanısıyla çekilen Toraks BT'de; sağ alt lob süperior segmentte hava bronkogramı ve 1x1,5 cm boyutlarında kavite alanı içeren yoğun parankimal konsolidasyon, diğer alt lob segmentlerinde ise nodüler tarzda yoğun parankimal konsolidasyon saptandı (Resim 2). Gönderilen balgam ARB'lerin 3 kez negatif saptanması üzerine hastaya Bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopi'de; sağ akciğer alt lob süperior segment girişinde sarı renkli plak tarzında endobronşial lezyon izlendi. Sağ alt lob süperior segmentten Bronş Lavajı ve lezyondan biyopsi alındı. Bronş Lavajı ARB negatif saptandı. Biyopsinin histopatolojik incelemesi tüberküloz ile uyumlu idi. Hastaya endobronşial tüberküloz tanısıyla 4'lü antitüberküloz tedavi başlandı. 6 ay süreyle standart antitüberküloz tedavi alan hastanın takibinde klinik iyileşme ve çekilen kontrol PA Grafi ve BT'lerde regresyon gözlemlendi. Bronkostenoz açısından tedavi sonrası kontrol bronkoskopi planlandı fakat hasta kabul etmediği için yapılamadı.

SONUÇ: Endobronşial lezyonların ayırıcı tanısında endobronşial tüberküloz göz önünde bulundurulmalıdır. Klinik ve laboratuvar bulgularla korele edilen detaylı bir bronkoskopik inceleme endobronşial tüberküloz için tanı oranını arttırmakta ve zamanında tedaviyi sağlamaktadır. Erken tanı ve zamanında tedavi başlanması ise endobronşial tüberkülozlu hastalarda komplikasyonsuz iyileşme sağlanabilmesi için önemlidir.

Resim 1



PA Grafi'de; sağ akciğer orta ve alt zonda opasite artışı

Resim 2



Toraks BT'de; sağ alt lob süperior segmentte 1x1,5 cm boyutlarında kavite lezyon

EP-381

Wegener Granülomatoz ve Akciğer Tüberkülozu Birlikteliği: Tanı GecikmesiSinem Güngör¹, Murat Yalçınsoy¹, Levent Alpay², Esra Akkütük Öngel¹, Esra Usta Bülbül¹, Esen Akkaya¹¹T.C. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İstanbul²T.C. Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi, İstanbul

WG'lu hastaların % 90-97'sinde tanıda veya izlem sırasında tek/multipl kaviter lezyonların oluşturduğu akciğer tutulumu görülmektedir. Kaviter akciğer tüberkülozunun(TB) da klinik ve radyolojik bulguları WG ile benzerdir. cANCA müsbetliği her iki hastalıkta da görülmektedir. TB, WG birlikteliği çok nadirdir ve tanı gecikmelerine yol açmaktadır. WG ve TB birlikteliği ile takip ettiğimiz olgumuzu nadir görülmesi ve tanı zorluklarına dikkat çekmek amacı ile sunduk.

OLGU: Kırkbeş yaşında erkek, öksürük şikayeti ile başvurdu. Oskültasyonda solda solunum sesleri azalmıştı. Laboratuvar testlerinde; ESH:120 mm/saat, idrarda 3-4 eritrosit, CRP 80 idi. Akciğer grafisinde, bilateral sağda daha çok multipl nodüller dansite artışları, solda orta zonda 4*4 cm kavite izlendi. Akciğer tomografisinde bilateral üst loblarda multipl kaviter lezyonlar, solda 43x34 mm boyutlarında kavite ve çevresinde içinde hava bronkogramlarının olduğu konsolidasyon ve üst loblarda ve sol alt lobs superior ve mediobazal segmentlerde bazılarında kavitasyon izlenen birbirleri ile birleşme eğiliminde çok sayıda nodüller izlendi. Bronkoskopide ana bronş distalinde lateral duvardan lingula girişine kadar devam eden mukozal infiltrasyon izlendi. Alınan patolojik ve mikrobiyolojik örnekler negatif bulundu. ARB direkt bakı ile menfi idi. TB?WG? düşünülen hastada, sinüs tomografisinde bilateral maksiller sinüs havalanması doğal, c-ANCA pozitif. Tekrarlanan FOB lavaj kültüründe tüberküloz basili üretildi. HRZE başlandı, radyolojik gerileme olmaması nedeniyle sol akciğerdeki lezyonlardan açık akciğer biopsisi yapıldı, tanı WG ile uyumlu. WG ve TB birlikteliği düşünülen hasta, halen kontrolde olup WG açısından romatoloji kliniğinin takibindedir. Sonuç olarak WG'de erken tanı, iyi prognoz için esas olmakla birlikte, ülkemiz gibi tüberkülozun yaygın olduğu toplumlarda, her iki hastalık da birbiri için tanı gecikmelerine yol açmaktadır. Olgumuzda kültürde ARB üremesi, WG tanısını beş ay geciktirmiştir.

resim 1



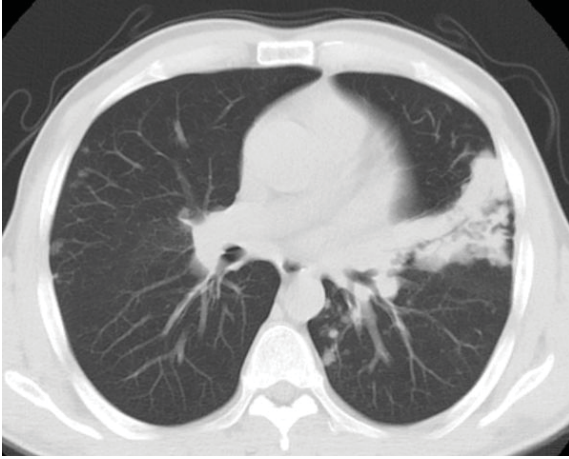
başvurudaki PA AC Gr

resim 2



toraks bt parankim penceresi üst loblar

resim 2



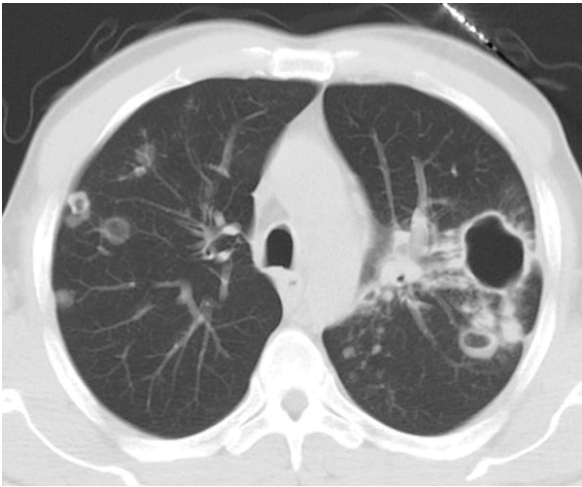
toraks bt parankim penceresi alt lob sp kesiti

Resim 3



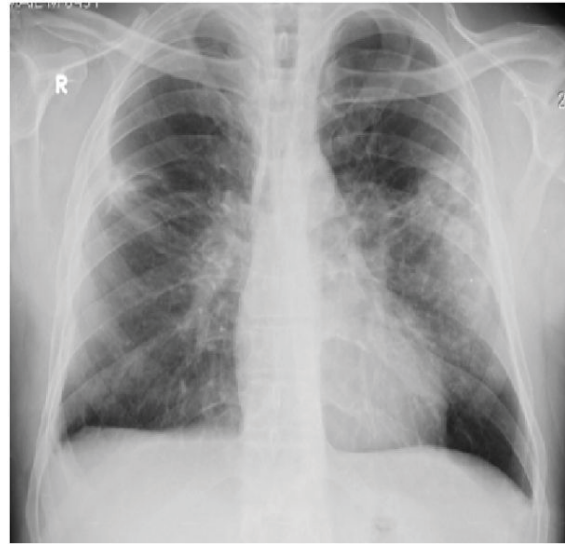
antitüberküloz 2. ayındaki pa acgr

resim 2



toraks bt parankim penceresi üst loblar

resim 4



ted sonu pa ac gr

EP-382

Akciğer Tüberkülozu Tedavisiyle İyileşen Diz Protez Operasyonu Sonrasında Gelişen Enfeksiyon OlgusuŞafak Yıldız¹, Cantürk Taşçı², Erdiç Ercan³¹Eskisehir Asker Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Eskişehir²GATA Göğüs Hastalıkları AD. Ankara³Eskisehir Asker Hastanesi, Yüksek Basıncılı Oksijen Tedavi Kliniği, Eskişehir

GİRİŞ: Tüberküloz, Mycobacterium tuberculosis adlı basil ile oluşan bir hastalıktır. %80'i akciğerlerde olmak üzere bütün organlarda görülebilir. Solunum sistemi semptomları, hastalığa spesifik olmayan sistemik semptomlar ve akciğer dışı diğer organ bulguları görülebilir. Tüberküloz(TBC) sıklıkla akciğer ve plevrayı tutmaktadır ancak vücuttaki diğer organlardan bir ya da birden fazlasını da tutabilmektedir. Akciğer ve plevra dışında hastalık oluştuğunda akciğer dışı tüberküloz(AD-TBC) olarak adlandırılır. Biz olgumuzda septik artrit nedeniyle yapılan diz protez operasyonu sonrasında gelişen tüberküloz vakasını sunduk.

OLGU: Olgumuz 38 yaşında kadın hastaydı. Yedi yaşında septik artrit geçirme öyküsü vardı. 34 yaşında sol diz protez operasyonu geçirmişti 2 yıl sonra aynı dizde oluşan kistik kitle eksize edilmişti. Sonrasında yara yerinden akıntı şikayeti mevcuttu. Hastaya yapılan nonspesifik kültürlerinde üreme olmadı. Defalarca verilen antibiyotik tedavisine rağmen akıntı bir buçuk yıl kesintisiz sürmüştü. Öksürük, halsizlik ve kırgınlık şikayeti olan hastaya çekilen akciğer grafisinde sağ orta zonda heterojen dansite artışı görülmesi üzerine balgam arb/ kültür planlandı. Hastanın balgam verememesi üzerine alınan mide suyu örneğinde ARB pozitif bulunması üzerine hastaya antitüberküloz tedavi başlandı. Toplam 6 ay tedavi kullanan hastanın solunumsal şikayetleri ile birlikte dizinde olan akıntısı da geçti.

TARTIŞMA: Kanıtlanmamış olsa bile hastanın bir buçuk yıl boyunca dizinden gelen akıntının tüberküloz tedavisi ile birlikte tamamen kaybolması enfeksiyon nedeninin tüberküloz olabileceğini düşündürmektedir. Ülkemiz gibi endemik bölgelerde kültürde üreme olmayan ve antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen akıntı ve enfeksiyonlarda TBC tanısı akılda tutulmalıdır. Yayma, kültür ve patolojik örnek alınmalıdır.

Tbc Tedavisi öncesindeki PA akciğer grafisi



Tbc Tedavisi sonrasında PA akciğer grafisi



EP-384

Bir Üniversitede İlk Yıl Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıkları ve Etkili Olan Faktörler

Sibel Öktem Ayık¹, Bülent Özkan², Ayşe Dallı¹, Elif Yumuk³, Nahit Can Karaburun³, Doğancaan Şaybakh³, Yunus Elkırmış³, Selahattin Aydın Göçmen³, Çağrı Balcı³, Hamza Patir³

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İzmir

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyoistatistik, İzmir

³İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fak 3. Sınıf Klinik Araştırma ve Uygulamalar Grubu, İzmir

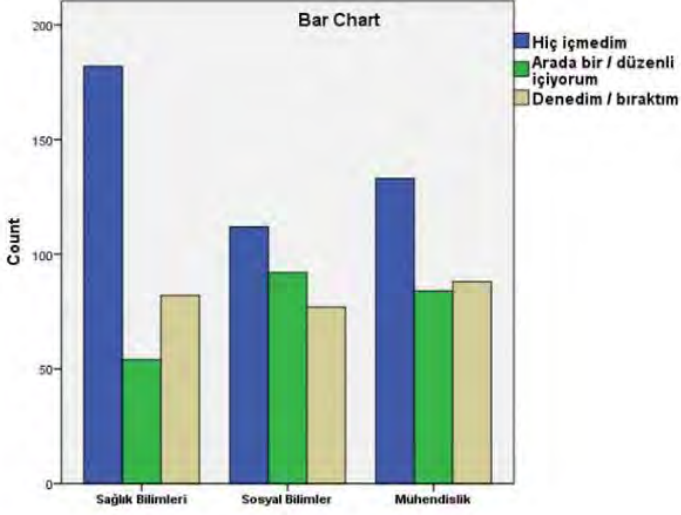
Üniversiteye yeni başlamış öğrenciler, sosyokültürel olarak yetiştiği çevrenin özelliklerini taşımakta, ailesel ve çevresel faktörler alışkanlıklarını ve algılarını etkilemektedir. Bu çalışmada, üniversiteye yeni başlamış öğrencilerin sigara içme alışkanlıklarını ve bu alışkanlıklarında etkili olan faktörleri araştırmayı amaçladık.

METOD: Tıp Fakültesi Dönem III öğrencilerinin Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Koordinatörlüğü'nde klinik araştırma ve uygulamaları dersi kapsamında bu çalışma oluşturuldu. Çalışmaya üniversitemize 2013 yılında kayıt yaptırmış tüm öğrencilerin alınması planlandı. Anket soruları; demografik özellikler ve sigara içme alışkanlıklarından oluşturuldu. Anket Üniversite Bilgi Sistem(UBS) üzerinden tüm öğrencilere gönderildi ve sistem aktive olmadan önce Tıp Fakültesi Dönem III öğrencileri, tüm hazırlık ve birinci sınıf öğrenci dersliklerinde yaklaşık 10 dakikalık anket hakkında bilgilendirme sunumu yaptı. Anketi doldurma gönüllülük esasına dayandırıldı. Yaklaşık 15 günlük dönemde tam olarak doldurulan anketler çalışmaya dahil edildi.

BULGULAR: Çalışmaya yaş ortalaması 20.92±5.09 (16-52) olan 904 (%55'i erkek, %45'i bayan) öğrenci katıldı. Katılımcı öğrencilerin bilim dallarına göre dağılımının, sağlık bilimleri 318 (%35.2), sosyal bilimler 281 (%31.1), ve mühendislik bilimleri 305(%33.7) olduğu görüldü. Katılımcılardan hiç sigara içmemiş (HSİ) öğrenci sayısının 427(%47.2), daha önce sigarayı denemiş ya da bırakmış (SDB) olanların sayısının 247(%27.3), arada bir ya da düzenli olarak günde en az bir tane içen (ASİ-DSİ) öğrencilerin sayısının ise 230(%25.4) olduğu tesbit edildi. Sağlık Bilimlerinde okuyan öğrencilerde HSİ oranının %57.2, sosyal bilimlerde okuyan öğrencilerde %39.9 olduğu gözlemlendi (p = 0.0001). Bölgeler arasında bir karşılaştırma yapıldığında, ASİ-DSİ Doğu Anadolu-Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yüksek iken Marmara-Ege bölgesinde ise HSİ oranı daha yüksekti(p=0.006). Aile gelir düzeyi 3000 TL üzerinde olan öğrenciler ile 500 TL altında olan öğrencilerde HSİ oranları daha düşük(p=0.0001) iken öğrencinin aylık gelirleri incelendiğinde, öğrencinin aylık geliri 600TL üzerine çıktığında sigara içme oranlarının arttığı gözlemlendi. Ailesi ile ilişkileri çok iyi olan öğrencilerde HSİ oranı daha yüksek, aile ilişkileri kötü olanlarda ASİ-DSİ oranlarının yüksek olduğu görüldü(p=0.0001). Öğrencinin daha önce yaşadığı yerin şehir ya da kasaba olma durumu ve daha önce okuduğu okul etkili değilken, annenin sigara içmesi ya da denemiş olması ile babanın sigara içiyor olması öğrencinin sigara içme alışkanlıklarını etkilediği gözlemlendi.

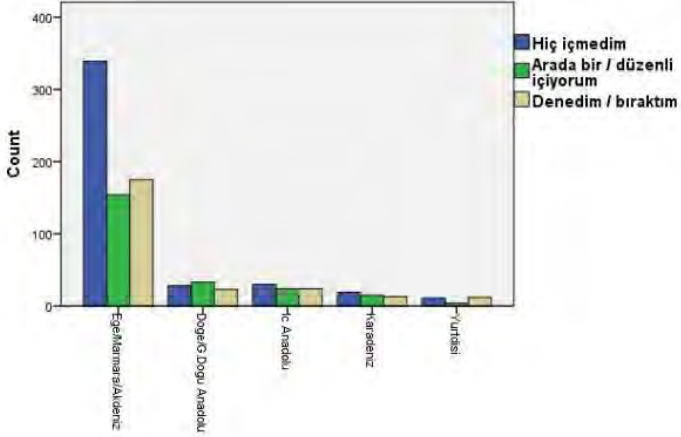
Sonuç olarak öğrencinin sosyokültürel ve ailesel durumu sigara içme alışkanlıklarını etkilemektedir.

Şekil 1.



Öğrencilerin okuduğu bölüme göre sigara içme alışkanlıkları

Şekil 2.



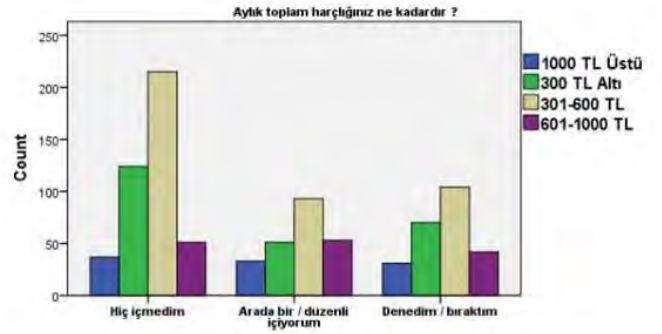
Öğrencilerin yaşadıkları bölgeye göre sigara içme alışkanlıkları

Şekil 3.



Ailelerinin aylık gelirine göre öğrencilerin sigara içme alışkanlıkları

Şekil 4.



Öğrencilerin aylık harçlıklarına göre sigara içme alışkanlıkları

EP-385

Balıkesir Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler

Nurhan Sarıoğlu¹, Coşkun Cüce², Fuat Erel¹, Mehmet Köse¹, Mehmet Arslan², Abdurrahman Said Bodur²¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD

Bu çalışmada Balıkesir Üniversitesi öğrencilerinin sigara içme alışkanlıkları, sigaraya bakışları, sigara içmede etkili olan faktörlerin incelenmesi ve sigara içenlerde nikotin bağımlılık düzeylerinin araştırılması amaçlanmıştır. Balıkesir Üniversitesi Rektörlüğü'nden izin alınmış ve Balıkesir Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan onay alınarak yapılmıştır. Araştırmaya 6 Fakülte 2 Yüksek Okul katılmıştır. Örneklem yöntemi olarak küme yöntemi kullanılmış, çalışmaya birinci ve son sınıf öğrencileri dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan 1096 öğrencinin yaş ortalaması 20.4 ± 2.2 bulunmuştur. Düzenli sigara içme oranı %25.5, alkol kullanma oranı %28, uyuşturucu madde deneme oranı %5 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin ortalama sigaraya başlama yaşınının 16.6 ± 2.2 olduğu görülmüştür. Sigaraya başlama nedeni birinci sırada merak, ikinci sırada ruhsal boşluk, üçüncü sırada arkadaşlara özenme ve uyum sağlama olarak belirtilmiştir. Fagerström anketine göre sigara içenlerin %53'ünde düşük düzey bağımlılık, %8.7'sinde orta düzey bağımlılık, %28.4'ünde yüksek düzey bağımlılık tespit edilmiştir. Ekek cins, 21 yaş ve üzeri olmak, arkadaşlarla veya yalnız evde ikamet etme, anne öğrenim düzeyi, ailede sigara içen olması, arkadaşların sigara içiyor olması, aileden alınan harçlık, alkol ve uyuşturucu madde kullanmak, sigara kullanımını etkileyen faktörler olarak gözlenmiştir. Bırakmak istiyor musunuz sorusuna %32 si evet, %25 hayır, %25.4 istiyorum ama başaramıyorum cevabını vermiştir. Sigarayı bırakmak istemede birinci sırada sağlık problemleri, ikinci sırada maddi nedenler yer almıştır. Sigara bırakmada en caydırıcı yöntemin kapalı yerlerde sigara içme yasağı olduğu vurgulanmıştır. Sonuç olarak üniversite öğrencilerinde birinci sınıfta sigara kullanımı daha azken son sınıfa gelindiğinde sigara kullanım oranı artmaktadır. Aile, sosyal çevre, başka madde bağımlılığı sigara kullanımını etkilemektedir. Sigarayla mücadelede bütün risk faktörleri birlikte değerlendirilmelidir.

Tablo1.

Sınıf	N	Sigara İçen %	Odds Ratio (%95 Güven Aralığı)	Adjusted Odds Ratio (%95 Güven Aralığı)
Birinci Sınıf	505	23,6%	1	1
Son Sınıf	591	44,8%	2,64 (2,03-3,43)***	2,10 (1,53-2,89)***
Cinsiyet				
Kadın	582	21,8%	1	1
Erkek	514	50,0%	3,58 (2,76-4,66)***	2,32 (1,68-3,19)***
İkamet				
Yurt	504	27,8%	1	1
Anne, Baba/Akraba yanında	197	34,5%	1,37 (0,96-1,95)***	0,92 (0,61-1,41)
Tek, Arkadaşlarıyla veya eşyle evde	395	44,6%	2,09 (1,58-2,76)***	1,25 (0,87-1,78)
Anne Eğitim Durumu				
İlkokul ve altı	744	31,9%	1	1
Ortaokul ve üzeri	352	41,8%	1,53 (1,18-1,99)**	1,07 (0,74-1,55)
Baba Eğitim Durumu				
İlkokul ve altı	544	32,5%	1	1
Ortaokul ve üzeri	552	37,5%	1,24 (0,97-1,60)	1,04 (0,73-1,47)
Annenin Sigara İçmesi				
İçmiyor	869	31,9%	1	1
İçiyor	227	47,1%	1,97 (1,42-2,57)***	1,80 (1,23-2,62)**
Babanın sigara içmesi				
İçmiyor	589	32,6%	1	1
İçiyor	507	37,9%	1,26 (0,98-1,61)	1,15 (0,85-1,55)
Sigara kullanan kardeş				
Yok	858	32,3%	1	1
Var	238	45,0%	1,71 (1,28-2,30)***	1,90 (1,33-2,71)***
Arkadaşların sigara içmesi				
Kullanmıyor	296	5,8%	1	1
Kullanıyor	890	41,8%	11,61 (6,38-21,11)***	6,23 (3,30-11,76)***
Alkolü içki				
Kullanmıyorum	771	22,4%	1	1
Kullanıyorum	325	64,9%	6,40 (4,82-8,50)***	4,20 (3,06-5,77)***
Uyuşturucu Madde				
Denemedim	1035	32,9%	1	1
Denedim	61	70,5%	4,86 (2,76-8,56)***	2,65 (1,30-5,37)*

***, p<0,001, **, p<0,01 *, p<0,05

Sigara kullanma sıklığı ve etkileyen faktörler

EP-386

Adolesan Öğrencilerin Sigara İçme ile İlgili Davranışları ve Görüşleri

Özlem Saniye İçmeli, Hatice Türker, Baran Gündoğuş, Merve Çiftçi, Ülkü Aka Aktürk
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Sigara, dünyada ve Türkiye’de önlenebilir hastalık, sakatlık ve ölümlerin en önemli nedenlerinden biridir. Çalışmamızda, adolesan öğrencilerin, sigara kullanma alışkanlıkları, sigarayı bırakma konusundaki düşünceleri, sigaranın vücutta hangi organa zarar verdiği ile ilgili bilgilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

METOD: İstanbul ili Anadolu yakasındaki özel bir üniversite hazırlık dershanesi öğrencilerine uygulanan ankette öğrencilerin demografik özellikleri, kendilerinin, ailelerinin ve arkadaşlarının sigara içme alışkanlıkları, sigaraya başlama nedenleri, sigarayı bırakmayı isteyip istemedikleri, bırakmayı deneyip denemedikleri ve sigaranın zararlı olduğunu bildikleri organların hangisi oldukları ile ilgili sorular soruldu. Elde edilen veriler The Statistical Pockage for the Social Sciences (SPSS) for Windows programı ile değerlendirildi.

BULGULAR: Anketleri eksiksiz cevaplamış 358 öğrencinin 152’si (%42,4) erkek ve 206’sı (%57,6) kız olup 264’ü (%73,7) halen lise öğrencisi, 94’ü (%26,3) lise mezunu idi. Öğrenciler 16-20 yaş aralığında olup ortalama yaş $18 \pm 1,15$ idi. Sigara içme alışkanlıkları sorulduğunda erkek öğrencilerin 54’ü (%15,2), kız öğrencilerin 30’u (%8,4) olmak üzere toplam 84 (%23,5) öğrenci aktif olarak sigara içmeye devam ediyordu. Toplam 14 öğrenci (%3,9) sigara içip bırakmış, 260 (%72,6) öğrenci ise hiç içmemişti. Sigaraya başlamada en sık belirtilen neden merakı (% 39), ikinci sırayı ise arkadaşları sigara içtiği için (%30,6) sigaraya başladığını belirtti.

SONUÇ: Gençlerimiz giderek daha küçük yaşlarda sigaraya başlamakta ve bu kötü alışkanlığın sorunlarını yaşamlarının sonraki yıllarına aktarmaktadırlar. Batı toplumlarının yaklaşımını örnek alarak hem devlet hem de toplum olarak sigarayı özendirci eylemlere ve koşullara karşı kararlılıkla mücadele etmeli ve gençlerin bu zararlı alışkanlıktan kurtulabilmesi için destek verebilecek kurumlara, ulaşabilmelerini kolaylaştıracak adımlar atılmaya devam edilmelidir.

Öğrencilerin sigara içme davranışları

	Özellik	N	%
Erkek	Cinsiyet*	152	57.6
Kız		206	42.4
	Sigara içenler	İçip bırakanlar	Hiç içmeyenler
	n %	n %	n %
Erkek	54-15.2	5-1.4	93-25.8
Kız	30-8.4	9-2.5	167-46.6
Toplam	84-23.6	14-3.9	260-72.6
	Sigara içme süresi	n	%
	< 6 ay	15	14.4
	6-12 ay	18	18.6
	1-2 yıl	26	26.8
	2-4 yıl	23	23.7
	> 4 yıl	16	16.5
	İçilen sigara sayısı/ gün		
	1-10	70	71.4
	11-20	25	25.5
	>20	3	3.1

* $p < 0.0001$

Sigaraya başlama nedenleri

Sigaraya başlama nedeni	Öğrenci sayısı (n)	%
Ailem içtiği için	6	6.1
Arkadaşlarım içtiği için	30	30.6
Sınav stresi	29	29.6
Aile içi sorunlar nedeniyle	14	14.3
Sosyal statü elde etmek için	6	6.1
Diğer(merak, tadını sevmeye, vs.)	39	39.8

Öğrencilerin sigaranın organlara verdiği zararlarla ilgili düşünceleri

Organ	%
Akciğer	100
Damarsal yapılar	86.4
Kalp	84.2
Cilt	79.9
Ağız-yutak	78.5
Üreme organları	76.3
İdrar torbası	50.6

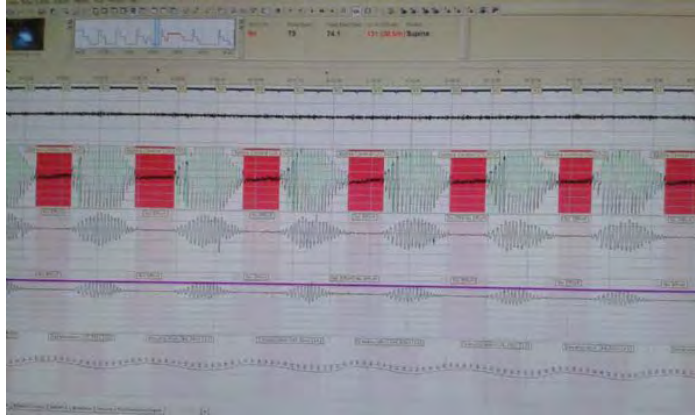
EP-387

Sık KOAH Alevlenmesi İle Hastaneye Yatan Santral Uyku Apne Sendromu Vakası

Ali Ekinci¹, Yeşim Hoşcan²¹Özel OFM Antalya Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği²Özel OFM Antalya Hastanesi Kardiyoloji Kliniği

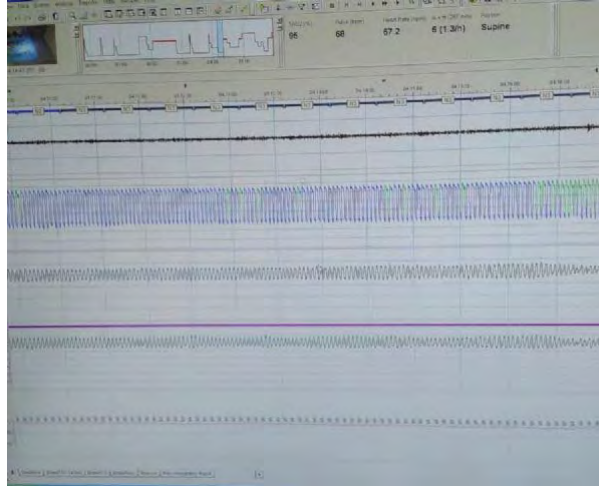
Uykunun hava yolu direnci, solunum kaslarının kasılması ve solunum kontrolü dahil olmak üzere solunum sistemi üzerine etkileri olduğu bilinmektedir. Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı(KOAH) olan hastalarda Uyku Apnesi Sendromu birlikteliğinin kötü prognoza işaret ettiği ve hastalığın hızlı progresyon gösterdiği de bildirilmektedir. Santral uyku apne sendromu (CSAS), uyku sırasında solunum çabası olmaksızın oluşan, tekrarlayan apne epizodları ile karakterize bir hastalık tablosudur. Uyku Apne Sendromlarında en sık semptomlar horlama, tanıklı apne ve gündüz uykuluk halidir. Hastamız uzun yıllardır KOAH ve Kalp Yetmezliği tanıları ile takip edilmekteymiş. Ekim 2013'de bize nefes darlığı ile başvurdu. Öyküsünde horlama, tanıklı apne veya gündüz uykululuğu yoktu. Uygun tedaviye rağmen her ay ağır KOAH Alevlenmesi geçirmekte ve hastaneye yatmaktaydı. Horlama, tanıklı apne veya gündüz uykululuk hali yakınmaları yoktu. Son yatışında hasta yakınlarının tesadüfen uykuda nefes durması olduğunu farketmesi üzerine yapılan polisomnografide Santral Uyku Apne Sendromu ve Cheyne Stokes solunum saptanması üzerine Kardiyoloji uzmanı ile konsülte edildi. Yapılan EKO'da EF:% 20 olması nedeniyle ASV titrasyonu yapıldı. ASV titrasyonundan fayda gören hastaya ASV cihazı yazıldı. Hasta şu anda her gece ASV kullanmakta, kendini çok daha rahat hissediyor, efor kapasitesinin arttığını tarifliyor ve yaklaşık 2 aydır KOAH Alevlenmesi yaşamıyor. Bu vaka sunumunda amacımız sık KOAH alevlenmeleri ile başvuran hastalarda hastanın yakınması olmasa dahi Uyku Apne Sendromu birlikteliğinin akla getirilmesini vurgulamaktır.

İlk gece polisomnografi kayıt örneği



İlk gece yapılan polisomnografiden 10dk'lık kayıt örneği, Santral Apneler ve Cheyne-Stokes Solunumu

ASV titrasyonu gecesi polisomnografi kayıt örneği



ASV titrasyonu gecesi yapılan polisomnografiden 10dk'lık kayıt örneği, Santral Apneler ve Cheyne-Stokes Solunumu tamamen düzelmiş

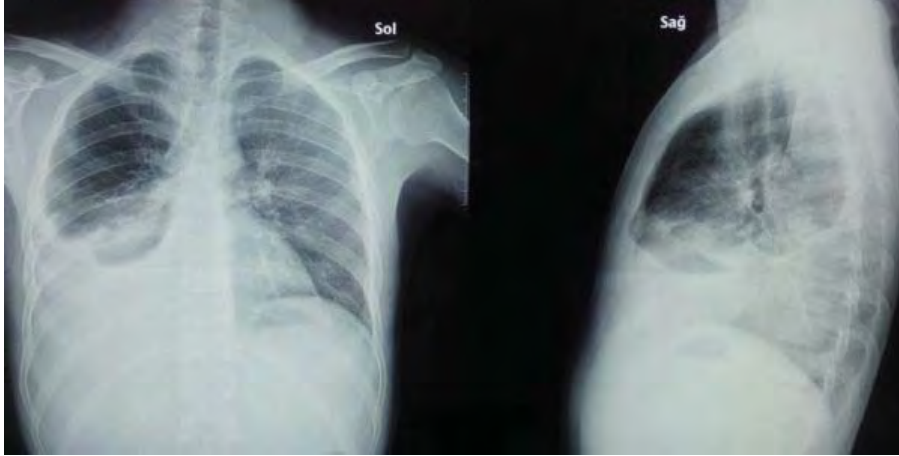
EP-388

Suda Boğulmaya Bağlı Arrest ve Yeniden Canlandırma Sonrası Pnömoni Komplikasyonu Görülen Olgu

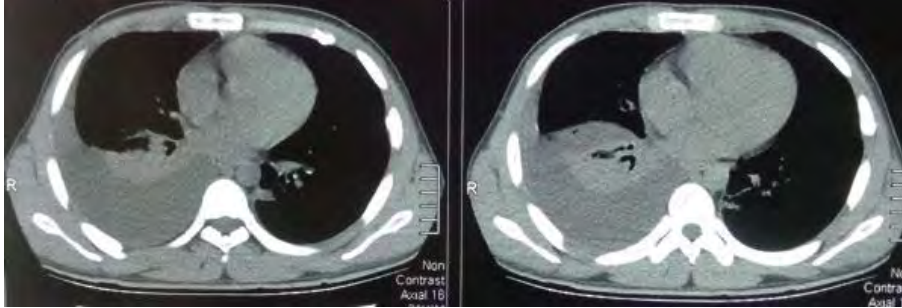
Ersin Demirer, Sedat Demirsoy, Ömer Ayten, Kadir Canoğlu, Dilaver Taş
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul

Yirmi yaşında erkek hasta suicid amaçlı denize atlama sonucu arrest gelişmesi üzerine yeniden canlandırma yapılarak entübe edildi. Entübasyonun 3. gününde ekstübe oldu. Karın ağrısı, öksürük ve nefes darlığı yakınmaları mevcuttu. Solunum sistemi fizik muayenesinde yaygın kaba raller duyuldu. CRP: 267.2 mg/L, LDH: 671 U/L, AST: 182 U/L, ALT: 222 U/L, WBC: 20910, %80 nötrofil hakimiyeti görüldü. Piperasilin/tazobaktam antibiyoterapisi uygulandı. Akciğer grafisinde sağ akciğer orta ve alt zonda konsolidasyon tespit edildi (Resim 1). Ultrasonografide sağ böbrek taşı ve hepatomegali mevcuttu. İskemik hepatit tanısı konuldu. Toraks BT'de: Sağ akciğer orta ve alt lobda kollaps, sağ akciğer alt lobda yoğunluk artımı, sağ akciğer üst lobda peribronşiyoler yamalı buzlu cam dansiteleri izlendi (Resim 2). Bulgular aspirasyon ile uyumlu. Bronkoskopide sol akciğer orta lobda medial segment daralmıştı. Bronş lavajı mikroskopisinde her sahada yaygın polimorfonükleer lökositler ve gr (-) basiller görüldü ve kültürde E. Coli (ESBL +) üremesi mevcuttu. Antibiyotrapisi sürdürülen hasta şifa ile taburcu edildi.

Resim 1



Resim 2



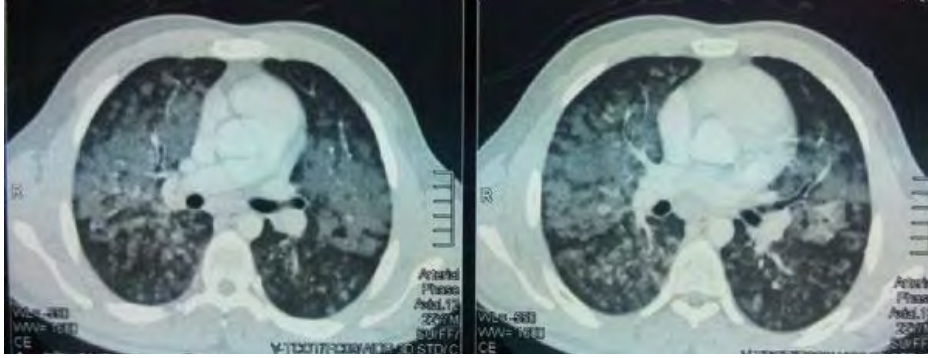
EP-389

Diffüz Alveoler Hemoraji Olgusu

Ersin Demirel, Sedat Demirsoy, Yasin Uyar, Ömer Ayten, Dilaver Taş, Faruk Çiftçi
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul

Yirmi yaşında erkek hasta nefes darlığı, öksürük ve kanlı balgam yakınması ile acil servise başvurdu. Akciğer grafisinde bilateral infiltrasyon alanları ve hipoksi tespit edilerek yoğun bakım servisine yatırıldı. TA: 120/70 mmHg, Nb: 98 vuru/dk, spO₂: %92 düzeyinde bulundu. Bk: 17000, %75.6 nötrofil, AST: 66 U/L, ALT: 94 U/L, CK: 810 U/L, Myoglobin: 311 ng/ml, CRP: 20.1 mg/L saptandı. Solunum sistemi fizik muayenesinde her iki akciğerde yaygın ince raller duyuldu. Toraks Bt'de: Her iki akciğer parankiminde subplevral alanların kısmen daha az etkilendiği yer yer birleşme eğiliminde olan yaygın buzlu cam dansitesinde alanlar (sekonder pulmoner lobullerin içerisinde intertisyumda hemoraji lehine bulgular) görüldü (Resim 1). Hastada vaskülit veya sistemik hastalık yönünde bulgu görülmeydi. Mikrobiyolojik yayma, gram boyama ve kültürlerinde bakteri saptanmadı. Viral markerları Ig G pozitif bulundu ve akut olay düşünülmeydi. ANA, ANCA, ASMA, AntidsDNA negatifti. Bronkoskopide kanama alanı izlenmedi. Bronkoskopik lavaj ve transbronşiyal biyopsi alındı. Hafif konjesyon ve kanama alanları izlenen akciğer parankimi görüldü. Vaskülit yada granülom yapısı izlenmedi. Hastanın tedavisinde oksijen tedavisi ve 250 mg IV metilprednizolon 3 gün uygulandı ve daha sonra idame tedavisine geçildi. Klinik ve radyolojik olarak düzelleme saptandı. Bu olgu sebebi tespit edilemeyen diffüz alveoler hemoraji olgusu olarak sunulmaktadır.

Resim 1



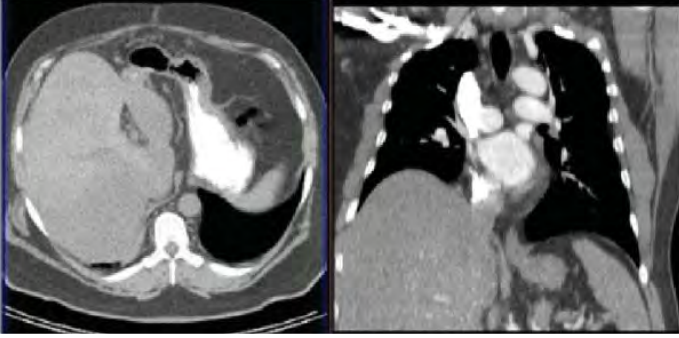
Her iki akciğerde diffüz alveoler hemoraji ile uyumlu alanlar

EP-390

Hepatik Epiteloid Hemanjoendotelyoma'ya Bağlı Gelişen Restrükatif Akciğer Hastalığı ve Akut Solunum Yetmezliği OlgusuRecep Akgedik¹, Deniz Kızıllırmak², Canan Eren Dağlı¹¹Ordu Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları AD, Ordu²Turgut Özal Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları AD, Ankara

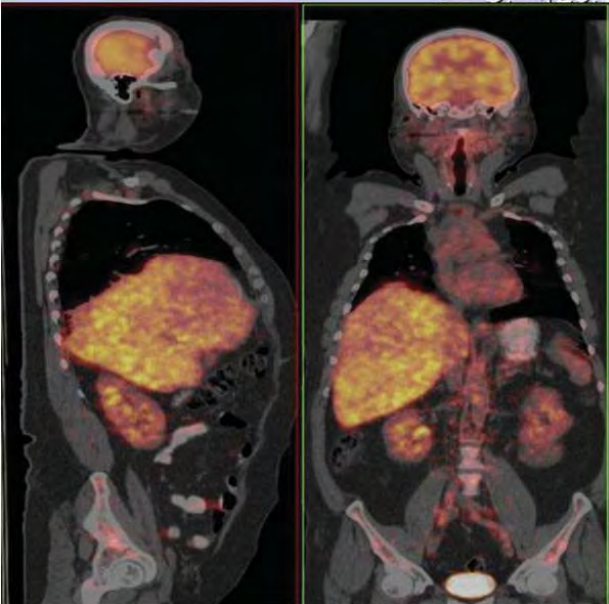
49 yaşında erkek hasta. 2 hafta öncesinde başlayıp giderek artan solunum sıkıntısı nedeniyle kliniğimize kabuledildi. 6 ay önce karaciğer(KC) sol lobda 8x9 cm ebatlarında kitle saptandığı ve sol lobektomi yapıldığı, malign epitelyal hemanjoendotelyoma tanısı aldığı ve 3 ay sonrasında kontrol ve Pozitron Emisyon Tomografisi(PET/CT)'de tutulum olmaması nedeniyle KT ve RT verilmediği öğrenildi. Fizik muayenesinde solunum sayısı 20-25/dk, ortopneik solunum, dudaklarda siyanoz ve boyun venöz dolgunluğu vardı. Akciğer grafisinde sağ diafram elevasyonu dışında bulgu yoktu. Ekokardiyografi de PAB 30-35 mmHg olması dışında normaldi. AKG'da ph:7,38, pCO₂:49 pO₂:44 HCO₃: 24 SO₂: 77 saptandı. SFT'de FEV₁: %52 FVC: %42 FEV₁/FVC: %83 olarak tespit edildi. Rezidüel volüm ve TLC normaldi. D-dimer 1820 ng/ml(0-500), karaciğer fonksiyon testlerinde hafif artış dışında diğer laboratuvar bulguları normaldi. Pulmoner CT anjiyografi ve alt ext venöz doppler incelemesinde emboli ve tromboz saptanmadı. Akciğer V/Q sintigrafisinde özellik yoktu. Tüm Batın Ultrasonografi(USG) ve KC Doppler USG'de; KC boyutları artmış ve konturları düzgündü. Sağ lobda jeografik tarzda steatoz mevcuttu. Solid veya kistik kitle lezyonu izlenmedi. Hastanın tanıklı apnesinin olması ve obesite nedeniyle polisomnografi yapıldı. AHİ:19 olarak bulundu. Titrasyonu yapılarak CPAP tedavisi başlandı. Karaciğerde boyut artışı ve öyküsü nedeniyle PET/CT istendi. Karaciğerde yaygın nodüler tutulum saptandı. Hasta CPAP ve USOT tedavisi altında takibe alındı. Ancak 2 ay içerisinde hızla KC yetmezliği gelişti ve hasta kaybedildi. Ultrasonografi ve tomografide saptanamayan yaygın karaciğer metastazlarının neden olduğu hepatomegaliye bağlı gelişen restriktif akciğer hastalığı ve de eşlik eden OSAS nedeniyle akut solunum yetmezliği(ASY) tanısı ile izlediğimiz çok ender rastlanan ve ne şekilde seyredeceği tahmin edilemeyen HEHE tanılı olgumuzu, kısa sürede yaygın KC metastazı yapması, bu şekildeki nodüler yaygın PET/CT tutulumunun bigimize göre literatürde olmaması ve bu durumun ASY neden olması nedeniyle vakamızı sunmayı uygun bulduk.

Resim A



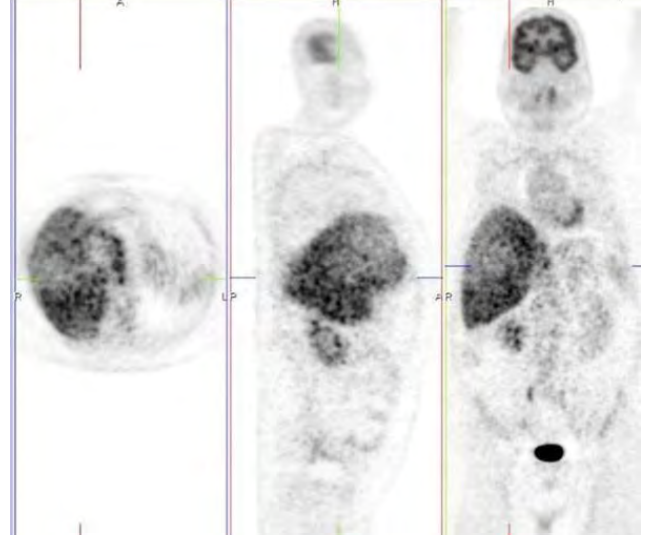
Tomografide karaciğer kesiti.

Resim B



PET/CT'de yaygın nodüler şekilde akciğer tutulumu

Resim C



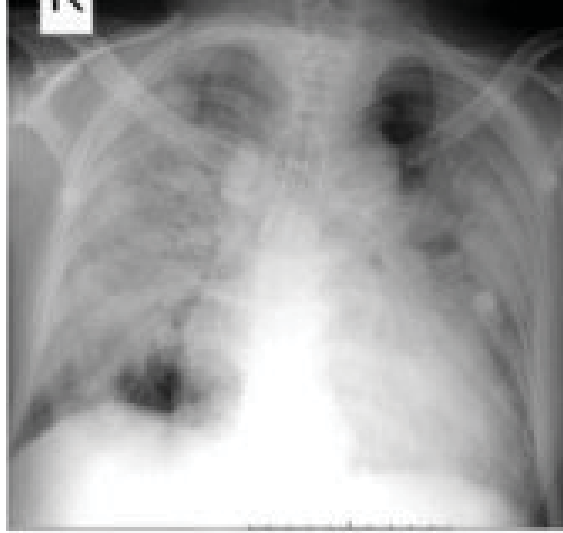
PET/CT de yaygın nodüler karaciğer tutulumu

EP-391

Abatacept Sonrası Akut Solunum Yetmezliği Gelişen Romatoid Artrit OlgusuBirsen Doğu¹, Nurhan Atilla², Gözde Yıldırım Çetin³, Nezir Yılmaz¹, Hafize Öksüz¹¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Anestezi ve Reanimasyon AD, Kahramanmaraş²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları BD, Kahramanmaraş³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Romatoloji BD

Yetmiş yaşında bayan hasta, nefes darlığı şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Nefes darlığı iki gün önce başlamış olup öksürük, balgam, göğüs ağrısı tariflemiyordu. Özgeçmişinde romatoid artrit dışında hastalığı yoktu. Solunum sistemi muayenesinde her iki akciğerde yaygın inspiyum sonu ral mevcuttu. Rutin kan tetkikleri non spesifikti. Arteriyel kan gazı analizinde ciddi respiratuar asidoz mevcuttu. Postero-anterior akciğer grafisinde her iki akciğerde yaygın infiltrasyonlar izlendi (Resim 1). Yaklaşık yirmi gün önce çekilen akciğer grafisi normaldi ve onbeş gün kadar önce Abatasept uygulanmıştı. Hastada klinik olarak ilaca bağlı akut eozinofilik pnömoni düşünüldü. Erken uygulanan steroid tedavisi hayat kurtarıcı olduğundan acil serviste pulse steroid uygulanmaya başlandı ve hastanın yoğun bakım servisine yatırışı yapıldı. Genel durumu kötü olan hasta entübe edildi. Tedaviye geniş spektrumlu antibiyotikler eklendi. Bronş lavaj sitolojisinde özellik yoktu, kültürler negatifti. Tedavinin üçüncü günü çekilen akciğer grafisi (Resim 2) ve alınan arteriyel kan gazında belirgin düzelme saptandı. Üç gün süreyle 1 gr / gün verilen steroid dozu dördüncü günden sonra 100 mg / gün'e düşüldü. Ancak yatışının ikinci haftasında sepsis gelişen hasta, üçüncü haftanın sonunda sepsis nedeniyle kaybedildi.4Literatürde Abatasept sonrası gelişen ikinci solunum yetmezliği olgusu olması nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

Resim 1



Resim 2



EP-392

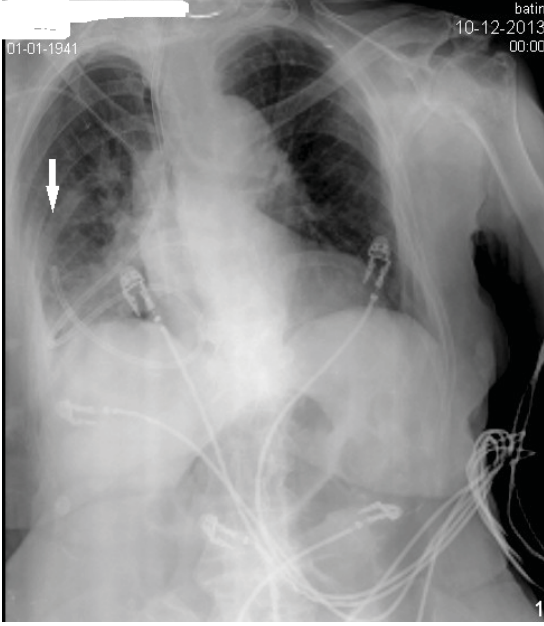
Beslenme Tüpü Takılmasına Bağlı Pnömotoraks Gelişen Hasta

Gökşen Öz, Zerrin Özçelik, Koray Altun, Seda Banu Akıncı

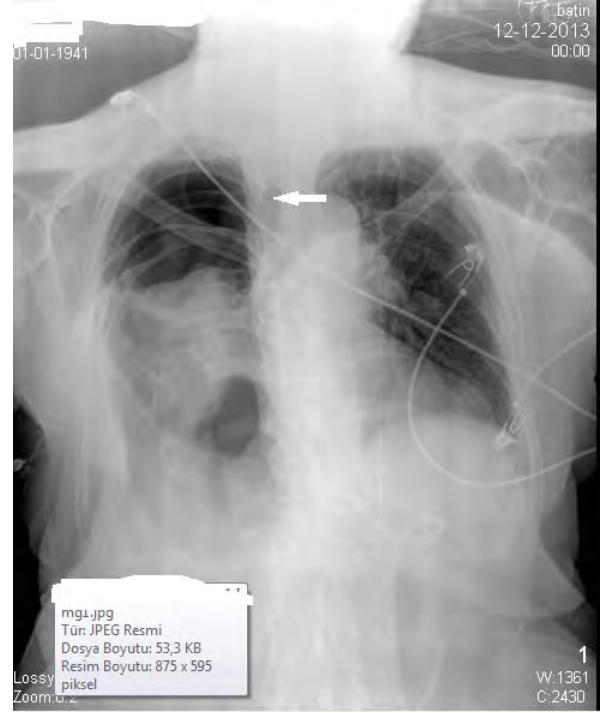
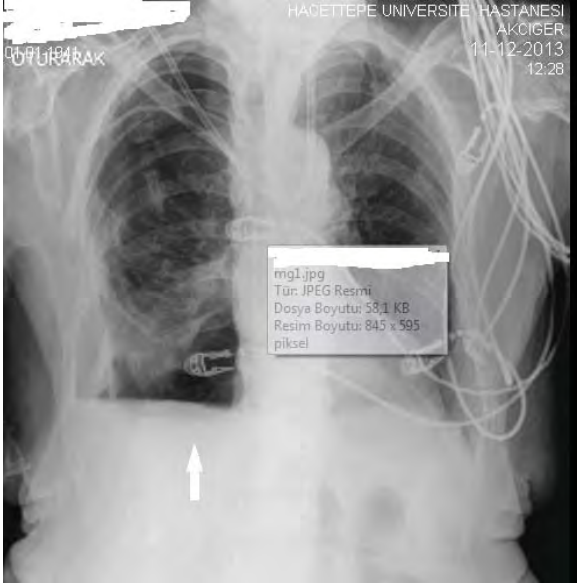
Hacettepe Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Nütrisyon desteği, yoğun bakım tedavisinin önemli bir parçasıdır. Enteral beslenme için nazogastrik tüpler, perkutan endoskopik gastrotomi ve jejunostomi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Nazogastrik tüpler, deneyimli personel tarafından takılmalıdır. Nazogastrik tüp takıldıktan sonra kontrol grafisiyle yeri doğrulanarak beslenme başlanmalıdır. Tüpün yanlış yerleşimi, özefagus veya akciğer perforasyonu komplikasyon olarak görülebilir. Biz de beslenme tüpü takılması sonrası pnömotoraks gelişen bir hastayı sunuyoruz: 82 yaşında bilinen Alzheimer, Parkinson, koroner arter hastalığı, hipertansiyonu olan kadın hasta genel durum ve oral alım bozukluğu nedeniyle HÜTF Büyük Acil Servisine başvuruyor. Acil servis izleminde ventriküler taşikardi ve ventriküler fibrilasyon gelişen hastaya toplam 15 kez defibrilasyon uygulanması sonrası hastanın spontan dolaşımı geri dönüyor. Elektrolit dengesizliği, aspirasyon pnömonisi ve mekanik ventilasyon desteğine ihtiyaç açısından hasta entübe şekilde Yoğun Bakım Ünitesine kabul edildi. İzleminde bilinci açık olan hastaya weaning planlandı, elektrolit dengesizlikleri için gerekli replasmanlar yapıldı ve solunum parametrelerinin iyi olması üzerine hasta ekstübe edildi. Nazogastrik tüp takılarak enteral beslenmesi planlandı. Beslenme tüpü takılması sırasında öksürme, öğürme refleksi gözlenmeyen hastada kontrol grafisinde beslenme tüpünün sağ ana bronşta olduğu görüldü. Tüp çekilerek tekrar takıldı, kontrol grafisinde piloru geçtiği doğrulanarak hasta beslenmeye başlandı. Kontrol akciğer grafisinde sağ akciğer bazalinde diyafram düzleşmesi ve pnömotoraks şüphesi olan hastanın oksijen ihtiyacında artış izlenmedi, takibine karar verildi. İzleminde apekte pnömotoraks belirginleşen hasta göğüs cerrahisine danışıldı. Göğüs tüpü kapalı sualtı drenajı takılması planlanan hastanın, toraks tüpü takılması esnasında tüp ilerletilemedi, hemoraji izlendi. Çekilen toraks BT'sinde sağda hidroprnömotoraks, plevral yapışıklıklar görüldü. Hastaya girişimsel radyoloji tarafından pig-tail kateter takılarak kapalı sualtı drenajı uygulandı. Hasta yoğun bakımda izlenmeye devam edildi. İzleminde hastanın pnömotoraks ve hematoraksında gerileme gözlemlendi. Hastaya aralıklı NIMV uygulandı. Ateş yüksekliği devam eden hastanın kan ve DTA kültürlerinde *Acinetobacter baumannii* ve *Candida albicans* görülmesi üzerine antibiyoterapisi yeniden düzenlendi. Solunum parametreleri bozulan hasta tekrar entübe edildi. Takiplerinde septik şok gelişen hasta exitus oldu. Beslenme tüpünün yanlış yerleşimi ile pnömotoraks gelişebileceği akılda tutulmalı, özellikle yoğun bakım hastalarında kontrol grafisi ile tüpün yeri kontrol edilirken akciğer parankimi de pnömotoraks açısından değerlendirilmelidir. Öksürme ve öğürme refleksi baskılanmış hastalarda beslenme tüpünün akciğere geçişi klinik olarak farkedilemeyebilmektedir. Geçirilmiş pnömonisi olan hastalarda olası yapışıklıklar göğüs tüpü takılmasını zorlaştırmakta ve komplikasyonları arttırmaktadır.

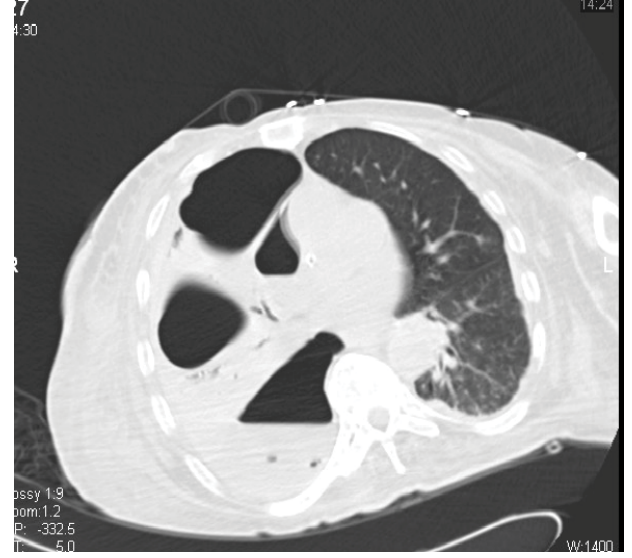
Akciğer yerleşimli beslenme tüpü



PAAC grafisinde beslenme tüpü

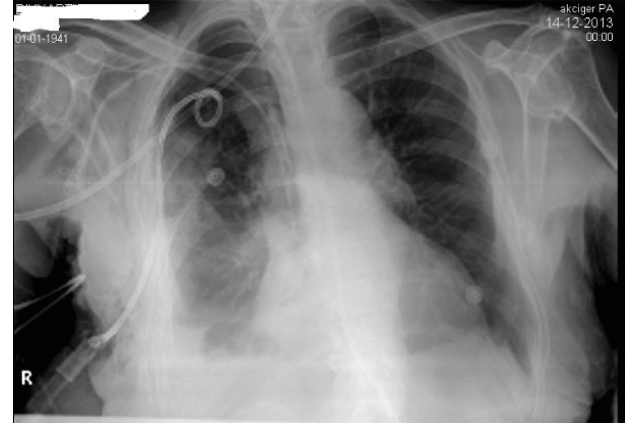
Beslenme Tüpü Takılması Sonrası
Belirgin Pnömotoraks- Akciğer GrafisiBeslenme Tüpü Takılması Sonrası
Pnömotoraks- Akciğer Grafisi

Hidropnömotoraks, plevral yapışıklıklar



BT görüntüsü

"Pig-tail" kateter takılması sonrası Akciğer Grafisi



EP-393

Hodgkin Lenfomalı Olguda Gelişen Pnömotoraksta Olağan Şüpheliler

İsa Sahar, Kezban Özmen Süner, Ebru Ortaç Ersoy

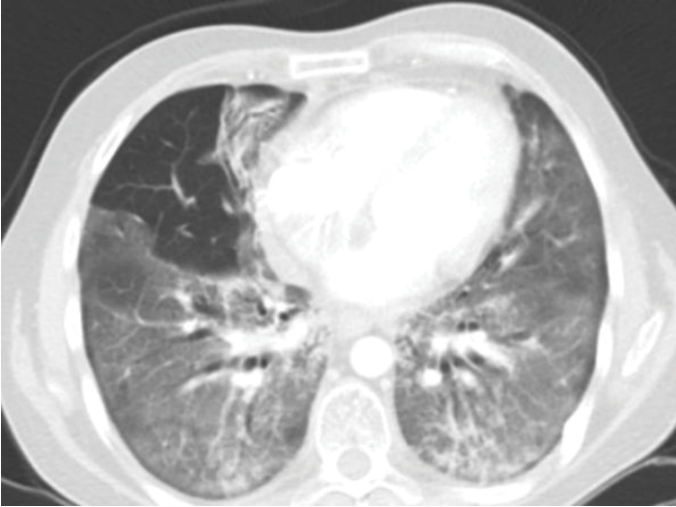
Hacettepe Üniversitesi, Dahili Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Pnömotoraks, değişik nedenlerle plevral boşlukta viseral ve pariyetal yapraklar arasında serbest hava birikimi ve buna sekonder gelişen akciğer kollapsıdır. Pnömotoraks spontan (primer ve sekonder) ve edinsel olarak sınıflanır. Altta yatan havayolu hastalıkları, enfektif akciğer hastalıkları, intertisyel akciğer hastalıkları ve bağ doku hastalıkları gibi nedenler sekonder spontan pnömotoraksa neden olurken, barotrauma ve diğer travmalar ile iatrojenik nedenler edinsel pnömotoraksa neden olabilir. Biz de Hodgkin Lenfoma tanısıyla yoğun bakımda takip ettiğimiz bilateral pnömotoraks gelişen olguyu, multiple pnömotoraks risk faktörü taşıması nedeniyle sunmayı uygun bulduk. 36 yaşında erkek hasta, Eylül 2012'de boyunda şişlik şikayeti sonrasında Hodgkin Lenfoma tanısı alan hasta 4 kür ABVD (adriamisin, bleomisin, vinblastin, dacarbazin) tedavisi almış. PET-BT'de progresyon saptanması üzerine 2 kür ICE (ifosfamid, karboplatin, etopozid) kemoterapisi aldıktan sonra hasta relaps/refrakter hodgkin lenfoma olarak değerlendirilmiş. Şubat 2014'te hastalığın progresyon gösterdiği kabul edilerek boyun ve mediasten bölgesine radyoterapi uygulanmış. Bilateral boyun ve mediastene radyoterapi alan hastanın tedavisi sırasında radyasyon pnömonisi gelişmiş. Nisan 2014'te çekilen toraks BT "mediastinal lenfadenopatilerde belirgin gerileme, her iki akciğer mediastene komşu alanlarda radyoterapiye sekonder fibrotik değişiklikler izlenmektedir" olarak raporlanmış.

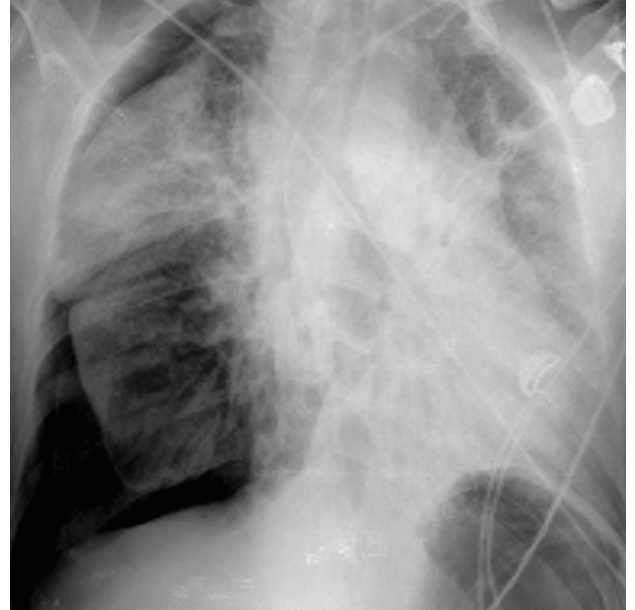
07.05.2014 tarihinde nefes darlığı, kuru öksürük ve ateş şikayetiyle hastaneye başvuran hasta aynı gün yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Solunum sayısı:48/dk ve yardımcı solunum kasları aktif olan hastanın 15L/dk'dan rezervuarlı maske ile oksijen saturasyonu 88'di. Hastaya noninvasiv mekanik ventilasyon (NIMV) uygulandı. Çekilmiş olan toraks BT'de radyoterapiye bağlı akciğer parankim değişiklikleri ve her iki akciğerde yaygın buzlu cam dansitesinde alanlar(öncelikle pnömosistis carinii ya da viral enfeksiyon düşünülmüştür) şeklinde raporlandı. Atipik pnömoni ve ARDS düşünülerek piperasilin+tazobaktam, klaritromisin, trimetprim-sulfometaksazol, gansiklovir ve radyasyon pnömonisine yönelik kortikosteroid başlandı. Günlük 16 saatten fazla NIMV'a bağlı hastada tedavinin 2. gününde rezervuarlı maskeyle oksijenasyonu sağlanırken ani göğüs ağrısı, saturasyon düşüşü ve bilinç bozukluğu olması üzerine acil entübe edildi. Çekilen akciğer filminde pnömotoraks saptanan hastaya tüp torakostomi uygulandı. Hastanın PaO₂/FiO₂<200 olarak hesaplandı ve ARDS olarak değerlendirildi. Takiplerinde karşı akciğerde de pnömotoraks saptanan hastaya tüp torakostomi uygulandı. Verilen uygun tedaviye rağmen klinik tabloda düzelme olmayan hasta yoğun bakım yatışının 17. gününde ex oldu.

Özellikle yoğun bakımlarda, kemoterapi ve radyoterapi almış, PCP gibi enfeksiyonlar nedeniyle takip edilen hastalarda mekanik ventilasyonun da kümülatif etkisiyle artan pnömotoraks riskine karşı uyanık olunmalıdır.

Resim 1



Resim 2



EP-394

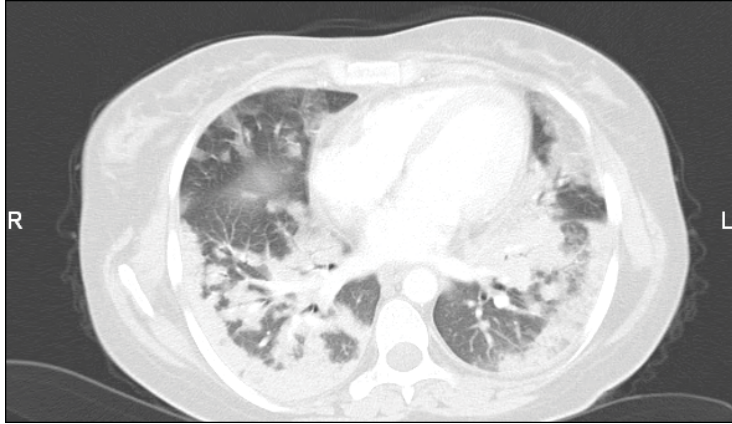
Gebe Hastada Dispne Ayırıcı Tanısı: Human Bocavirüs (HBoV) Pnömonisi

Zerrin Özçelik, Koray Altun, Seda Banu Akıncı

Hacettepe Üniversitesi, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Altındağ/Ankara

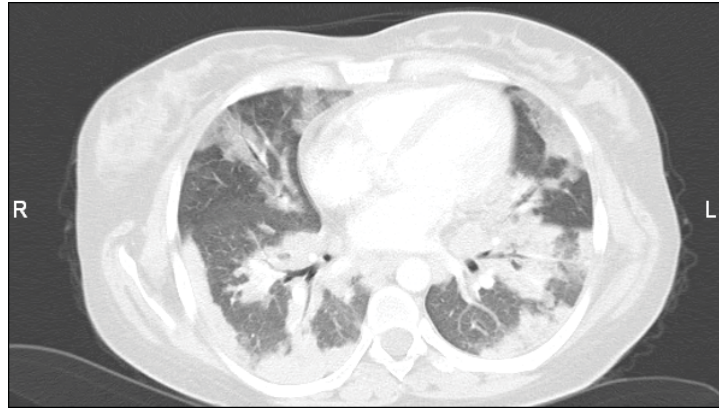
Dispne, gebelikte sıklıkla görülen fizyolojik bir bulgudur. Gebelikte immün yanıtın baskılanmasıyla enfeksiyonlara karşı duyarlılık artar, hastalıklar daha ağır seyredebilir. Bu nedenle dispne gelişen gebelerde ayırıcı tanı, atipik etkenlerin de görülebilme olasılığı arttığından zorlaşır. Biz de yoğun bakımda takip ettiğimiz dispneli gebe bir hastayı sunarak gebede solunum sıkıntısına yaklaşımı ve ayırıcı tanıları tartışmayı amaçladık. Bilinen otoimmün hemolitik anemi, kan transfüzyonu ve steroid alma hikayesi mevcut olan 33 yaşında, 28 haftalık gebe hastanın ateş, prodüktif olmayan öksürük, bilateral karın üst kadrantlarında ağrı şikayeti olması üzerine HÜTF Kadın Doğum Hastalıkları tarafından kabul edilmiş. Gelişinde hastanın ateşi: 39.3°C, TA:90/50, nabız:140/dk, 2lt/dk nazal oksijen desteğinde SPO₂:88 olması üzerine hasta yoğun bakıma kabul edildi. İlk alınan tetkiklerinde hemoliz markırları yüksek görülen hastaya Hematoloji tarafından G6PD eksikliği düşünüldü ve hastaya steroid önerildi. Hastanın izleminde, takipne, taşikardi, hipotansiyon ve oksijen ihtiyacında artış olması üzerine, hastada otoimmün hemolitik anemi, G6PD eksikliği, pulmoner tromboemboli, pnömoni, H1N1 ve TRALI ayırıcı tanı olarak düşünüldü. Hastanın tüm kültür ve yaymaları gönderildi. Hastaya pulmoner tromboemboli açısından alt ekstremitte doppler USG, transtorasik EKO yapıldı. Normal olarak değerlendirilen hastaya PTE protokollü BT çekildi. Her iki akciğerde buzlu cam dansitesi- konsolidasyon görünümünde parankimal opasiteler görülen hastada PTE izlenmedi. Alınan hemogramında WBC:16.700, HB:9.2, PLT 200.000 olarak görüldü. Hastanın antibiyoterapisi Seftriakson 2 gr + Azitromisin 2x500mg olarak düzenlendi. Hastanın solunum şikayetlerinde azalma görülmemesi üzerine mantar enfeksiyonu ve viral etkenler yönünden kültür taramaları gönderildi. Hastanın viral panelinde Human Bocavirüs(HBoV) pozitif saptandı. Diğer viral etkenler negatif saptandı. Yaklaşık 3 haftalık destek tedavi sonrası vital bulguları stabilleşen hasta kadın doğum hastalıkları servisine devredildi. HBoV genellikle çocuklarda ve immün yetmezliği görülen hastalarda alt solunum yolu enfeksiyonuna neden olan Parvoviridae ailesinin bir üyesidir. Bu virusun saptandığı hastalarda gözlenen başlıca klinik semptomların öksürük, ateş ve boğaz ağrısı olduğu, diğer klinik semptomların gribal semptomlar, baş ağrısı ve mide bulantısı ile kas ağrısı olduğu bildirilmiştir. Literatürde etkeni HBoV saptanıp, bu kadar ağır pnömoniyle seyreden bir olguya rastlamadık. Hastanın kültür üremelerinde HBoV dışında bir etken de saptayamadık. Bu nedenle nadir görülen bu etkeni çocuklar, gebeler ve immün yetmezlikli hastalarda pnömoninin atipik etkenler ayırıcı tanısında akla gelmesi açısından sunmayı uygun bulduk.

TORAKS BT-1



Her iki akciğerde buzlu cam dansitesi-konsolidasyon ve parankimal opasiteler

TORAKS BT-2



Her iki akciğerde buzlu cam dansitesi-konsolidasyon ve parankimal opasiteler

EP-395

Künt Travma Sonrası Geç Dönemde Görülen Diyafram Rüptürü ve Visseral Organların Herniasyonu

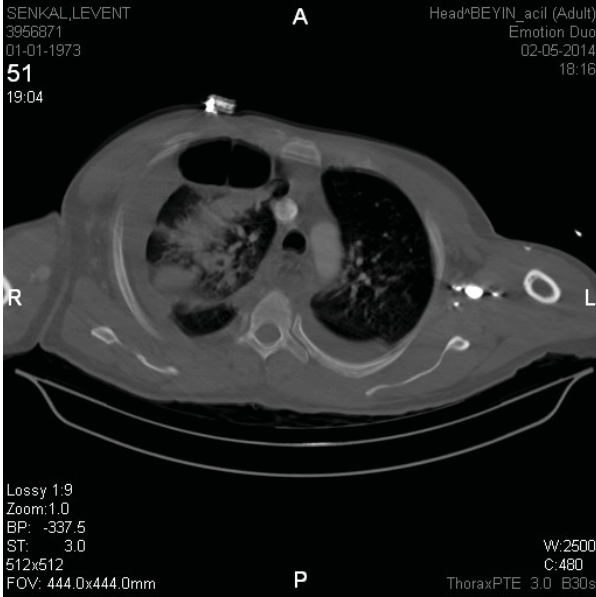
Koray Altun, Gökşen Öz, Zerrin Özçelik, Seda Banu Akıncı

Hacettepe Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

Diyafram yaralanmaları, künt veya penetre yaralanmalar sonrası nadir görülür. Genellikle trafik kazaları, yüksekten düşmeler sonucu olurken, tedavisi cerrahidir. Künt travmada toraks ile karın arasında oluşan ani basınç farkı sonucu diyafragma yaralanması oluşur. Diyafram yaralanmaları geç semptom verip, gözden kaçabilir. Tanı birkaç gün hatta birkaç yıl gecikebilir. Bu olgumuzda geç farkedilen diyafram hernisini sunmayı amaçladık. 9 metre yükseklikten düşen, 41 yaşında erkek hasta acil servise geldiğinde vital bulguları stabildi. Fizik muayenesinde bilateral solunum eşit, sağ toraks lateralinde cilt altı krepitasyon mevcuttu. Sağ kolda suprakondiler bölgede açık yara ve açık kırık vardı. Barsak sesleri dinlemekle normokinetik, defans, rebound yok idi. Sağ zigomatik ark üzerinde ekimoz, şişlik ve hassasiyet görüldü. Toraks BT'de sağ 5.6. kostalarda kırık, minimal pnömotoraks görüldü. Karaciğer parankiminde segment 4 düzeyinde minimal laserasyonla uyumlu bulgular saptandı. Hastanın açık humerus kırığına yönelik kapalı redüksiyon, eksternal fiksasyon ve debridman yapıldı. Ortopedi servisinde 7 gündür takip edilen hastaya zigoma plak redüksiyonu planlandı. Anestezi induksiyonu ile hematemez şekilde kusan hasta kardiak arrest sonrası mide içeriğini aspire ettiği görüldü. Entübe edilen hastanın CPR sonrası sinüs ritmi görüldü, aspirat içeriği fiberoptik bronkoskopi ile temizlendi. Cerrahi işlem uygulanmayan hasta anestezi yoğun bakıma kabul edildi. Post-op 2. gün ekstübe edilen hasta, oral beslenmeye başlandı. Aralıklı bulantısı olan hastanın takipnesi ve solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine kontrol toraks BT çekimi sırasında masif kusması oldu. Kardiak arrest olan hastaya CPR yapıldı. Entübe edilen hastanın BT'sinde sağ diyafragmada geniş defekt, mide ve kolon ve peritonun toraksa herniasyonu, sağ ve sol atriama basısı görüldü. Acil olarak sağ postero-lateral torakotomi ile diyafragma onarımı yapıldı. Perikard bütünlüğünün bozulduğu görülerek, perikard defekti onarıldı. Torakotomiden 5 gün sonra göğüs tüpü çekilerek ortopedi servisine devredildi.

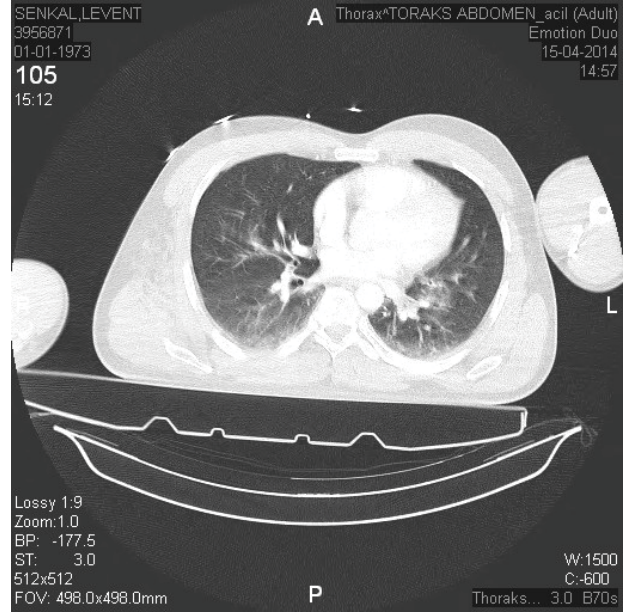
Hastamızda diyafram rüptürü ve herniasyon yatışının 17. günü fark edildi. Herniasyon literatürün aksine sağ taraftaydı. Herniye olan organlar mide, kolon ve omentum idi. Diyafram rüptürleri nadir görülen ve başlangıçta tanı almazsa karın içi organların göğüs boşluğuna herniasyonuna bağlı çeşitli komplikasyonlarla karşımıza çıkabilir. Tekrarlayan radyolojik tetkikler tanı koyma oranını daha da yükseltebilmektedir. Tanı konulduğunda komplikasyon gelişmeden cerrahi tamir yapılmalıdır. Sonuç olarak, künt travma sonrası diyafram rüptürleri kolayca gözden kaçabilir. Torakoabdominal travma sonrası respiratuvar veya gastrointestinal yakınmalarda şüpheli yaklaşım tanı koymada çok önemlidir.

17 gün sonra çekilen toraks BT



Sağ hemitoraksda herniasyon

Acile ilk geldiğindeki toraks BT



Herniasyon yok

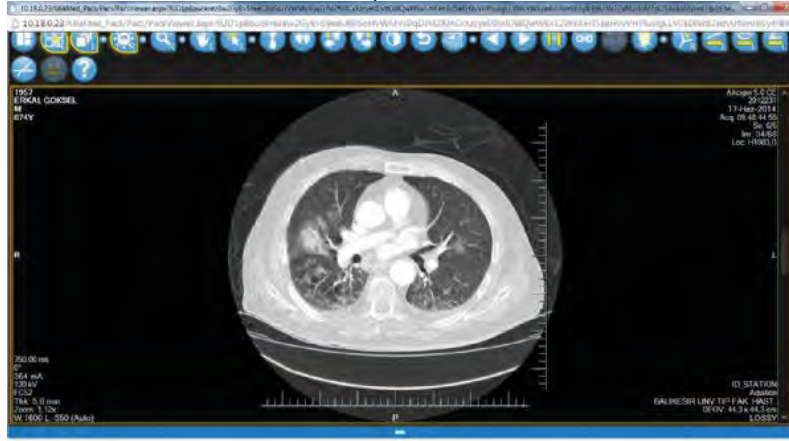
EP-396

Yağ Embolisi: Olgu Sunumu

Nurhan Sarıoğlu¹, Mehmet Köse¹, Aziz Atik², Fuat Erel¹¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir²Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi Anabilim Dalı, Balıkesir

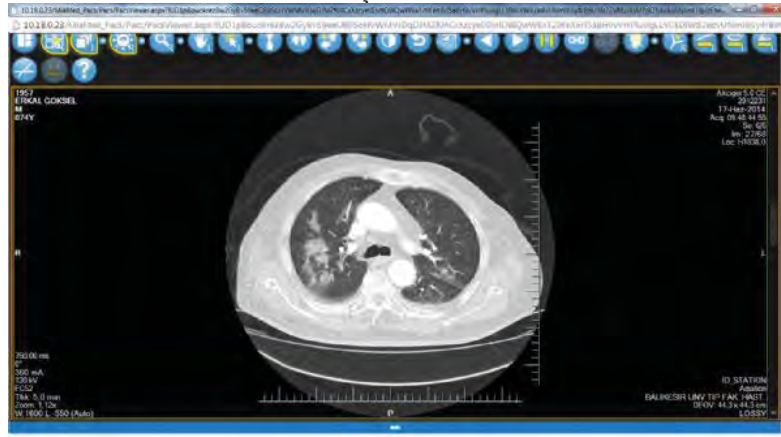
Yağ embolisi sendromu; solunum sıkıntısı, mental durum değişiklikleri ve peteşilerden oluşan triada verilen isimdir. Genellikle pelvis ve uzun kemik kırıklarında görülür. Yetmiş beş yaşında erkek hasta, 1 hafta önce düşme sonrası sol kalçasında ağrı şikayeti ile ortopedi kliniğine başvurmuş ve femur boyun kırığı saptanarak kalça protezi amacıyla yatırılmıştır. Yatışının üçüncü gününde ameliyathaneye transportu esnasında bilincinde ani kötüleşme ve solunum sıkıntısı nedeniyle yoğun bakıma alınmıştır. Tarafımızdan konsülte edilen hasta letarjik görünümde idi. Taşikardi ve subfebril ateşi mevcuttu. Arter kan gazında hipoksemi (PO₂: 51 mmHg, SaO₂: %86) saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde anemi, hafif lökositoz, eritrosit sedimentasyon yüksekliği görüldü. Toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağda daha belirgin olmak üzere her iki akciğerde dağınık yerleşimli buzlu cam sahaları, interlobüler septal kalınlaşmalar izlendi, pulmoner emboli saptanmadı. Predispozan neden varlığıyla beraber değerlendirildiğinde solunum sıkıntısı, nörolojik bulgular ve toraks BT bulguları ile yağ embolisi tanısı kondu. Maske ile oksijen desteği, hidrasyon ve metilprednizolon tedavisi başlandı. Venöz tromboemboli için profilaksi verildi. Oksijen desteği ile hipoksemi düzeldi, entübasyon ihtiyacı olmadı. Üçüncü günde bilinci tamamen açıldı. Altıncı günde kırığın fiksasyonu için opere edildi. İyileşme sonrası taburcu edildi. Yağ embolisi, bütünlüğü bozulan yağlı dokudan veya kemik iliğinden çıkan yağ globüllerinin sistemik dolaşıma geçmesi ile ya da metabolize olan ürünlerin biyokimyasal etkileri ile ortaya çıkmaktadır. Tanıda kullanılan majör kriterler: solunum sıkıntısı, nörolojik belirtiler, peteşial döküntülerdir. Peteşial döküntüler patognomonik olmakla birlikte %20-50 vakada gözlenir. Minör kriterler; taşikardi, ateş, retinal damarlarda yağ damlacıkları, anüri, oligüri, anemi, trombositopeni, eritrosit sedimentasyon hızı artışıdır. Tanı için en az bir majör ve dört minör kriter bulunmalıdır. Yağ embolisi sıklıkla travma sonrası ilk 3 günde ortaya çıkar. Olgumuz geç dönemde gelişmesi nedeniyle ilginç bir vaka olarak sunuldu

Şekil 1



Toraks Bilgisayarlı Tomografisi

Şekil 1.



Toraks Bilgisayarlı Tomografisi

EP-397

Ekstracorporeal Membran Oksijenasyonu Eşliğinde Tüm Akciğer Lavajı Yapılan Pulmoner Alveoler Proteinozis Olgusu

Aybüke Kekeçoğlu¹, Cengiz Özdemir², Levent Karasulu², Orçun Ünal³, Zeynep Nilgün Ulukol⁴, Nur Dilek Bakan², Fadime Keleşoğlu¹, Burcu Arpınar Yiğitbaş², Ayşe Filiz Koşar¹

¹Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, solunum yoğun bakım ünitesi, İstanbul

²Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, göğüs hastalıkları, İstanbul

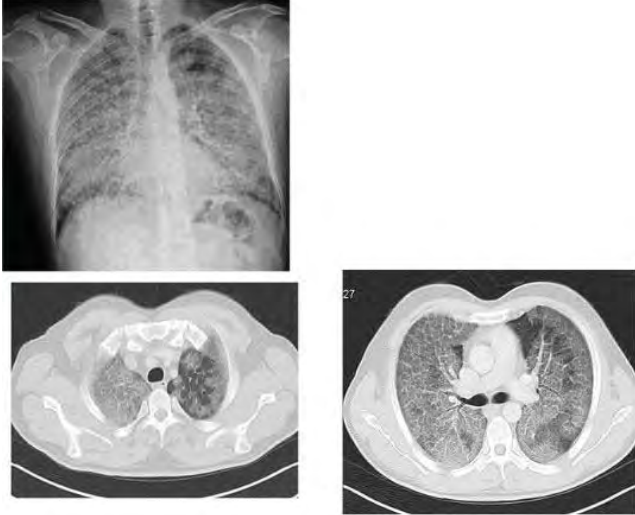
³Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, kalp ve damar cerrahisi, İstanbul

⁴Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, anestezi ve reanimasyon, İstanbul

Pulmoner alveoler proteinozis (PAP), sürfaktan proteinleri ve fosfolipidden zengin materyalin alveollerde ve bronşiolerde depolanmasıyla karakterize, nadir görülen bir hastalıktır. Progresif semptomatik hastalıkta total akciğer lavajı (TAL) yegane tedavi seçeneğidir. 33 yaşında erkek hasta öksürük, nefes darlığı solunum sıkıntısı yakınmaları ile dış merkezden hastanemiz solunum yoğun bakım ünitesine alındı. Fizik muayenesinde solunum sayısı 45 /dakika, 12 litre/dakika maske oksijen desteğinde oksijen saturasyonu %74, tansiyon arteriyel 130/86 mm/Hg, kalp tepe atımı 95/dakika idi. Arter kan gazı ölçümleri oda havasında Ph:7.4, PaO₂:36 mm/hg, PaCO₂:32 mm/hg idi. Toraks bilgisayarlı tomografisinde her iki akciğerde yaygın buzlu cam alanları ve kaldırım taşı manzarası mevcuttu. (Resim1) Ta-kiplerinde NIMV desteği aralıksız olarak uygulanmasına rağmen solunum sıkıntısı giderek artan hasta intravenöz genel anestezi altında, entübe edilerek tanısal fiberoptik bronkoskopi (FOB) yapıldı. Sağ akciğer orta loba bronkoalveolar lavaj alındı. Alınan materyal beyaz süt kıvamında idi. İşlem esnasında saturasyon değerleri maximum oksijen desteğine rağmen %50- %70 arasında seyretti. İşlem hızlıca sonlandırılarak hasta entübe halde yoğun bakım ünitesine alındı. Volüm kontrol modunda tidal volüm:500 ml, PEEP:10 cm H₂O, FIO₂ %100 ile desteklendi. Arter kan gazı ölçümünde Ph:7,3, PaO₂:68 mm/Hg, PaCO₂:53,9 mm/Hg arteriyel oksijen saturasyonu %91 idi. Patolojik olarak alveolar proteinozis tanısı kesinleşen hastaya ekstracorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) eşliğinde önce sağ akciğere total lavaj yapılması kararı alındı. Sol femoral arterden ve sağ femoral venden kanülasyon yapılarak ECMO ya başlanan hastada sağ akciğere 35 litre serum fizyolojik solüsyonu ile lavaj yapıldı. Entübe halde YBÜ ne alınan hastada 10. saatinde ECMO sonlandırıldı. İşlemin 5.gününde extübe edilen, ancak aralıklı NIMV desteği uygulanan hastada, 8 lt/dak maske ile oksijen ile solurken arteriyel oksijen saturasyonu %91 idi. Hastaya sol akciğere de tüm akciğer lavajı uygulandı. Aynı gün ekstübe edilen hastanın 5 litre /dakika maske oksijen ile saturasyon %95 e yükseldi. Çekilen akciğer grafi ve toraks tomografisinde alveoler infiltrasyonların belirgin gerilediği ancak her iki akciğerde fibrozis bulgularının olduğu görüldü. (Resim2) Oksijen desteği ile yoğun bakım ünitesinden taburcu edilen hasta, transplantasyon planlanması önerisi ile takibe alındı.

PAP ın doğal seyri değişken olmakla birlikte, olguların 1/3 ü progresif hipoksemi ya da araya giren sekonder infeksiyonlar nedeni ile kaybedilmektedir. Ciddi hipoksemisi olan olgularda ECMO desteği ile TAL hayat kurtarıcı olabilmektedir.

RESİM 1. Tomografide bilateral buzlu cam alanları ve kaldırım taşı manzarası



RESİM 2. Hastanın yoğun bakım ünitesinden taburculuk grafi ve toraks tomografi kesitleri



EP-398**Sistemik Tutulum Gösteren, Fatal Seyirli Wegener Granülomatozu: Olgu Sunumu**

Hasibe Sunul, Nedret Ergüven, Meltem Yaşar

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Wegener granülomatozu (WG), idiopatik, nekrotizan granülomatöz vaskülitte karakterize bir multisistem hastalığıdır. Genellikle üst ve alt solunum yollarıyla, akciğer ve böbrekleri etkilemektedir. Kadınlarda sınırlı tipte üst solunum yolu ve akciğerleri tutarken, sistemik tip erkeklerde daha sık görülmekte ve böbrekler de tutulmaktadır. Olgumuzda, solunum şikayetleriyle başlayıp yoğun bakımda WG tanısı alan bir erkek hastayı güncel literatür bilgileriyle özetlemeyi amaçladık.

OLGU: 42 yaşında erkek hasta 2 yıl gezici eklem ağrıları nedeniyle romatolojide takip edilirken son dönemde öksürük, nefes darlığı, hızlı kilo kaybı, gece terlemeleri nedeniyle hastaya BT çekildi. BT'de 4 cm çapa kadar ulaşan sol akciğer alt lob anteropozal segment seviyesinde parankimal lezyonlar ve sekel-amfizematöz değişiklikler izlendi. Nodüllerin araştırılması amacıyla PET-CT çekildi. Ani hemoptizi ve genel durumunun bozulmasıyla yoğun bakıma alındı. Laboratuvar bulguları üre: 171, Cr: 4.32, CRP: 256.1, D-Dimer: 4653.41, fibrinojen: 704, Hb 6.74. İdrarda protein ++, eritrosit +++. Antibiyotik ve bronkodilatatör tedavilerle WG ve Pulmoner Renal Sendrom öntanımları nedeniyle 3 gün Pulse Steroid tedavi, sonrasında 1 mg/kg/gün oral steroide geçildi. Dispne, kan gazlarının bozulmasıyla hasta entübe edildi. Kanda cANCA (+), pANCA (-), anti-glomerular basal membran (-), ANA (-), Anti-dsDNA (-) bulundu. 14 ü TDP ile 7 seans plazmaferez yapıldı. Kulakta seröz otit, nazofarenksde fragil doku tespitiyle nazofarenks biyopsisi yapıldı. Altıncı gün bilincini kaybetti. Onuncu gün sepsis ön tanısıyla üçlü antibiyotik tedavisi başlandı. Üre ve kreatin düzeylerinin çok yükselmesi üzerine hemofiltrasyon başlandı. Genel durumu ağırlaşan hasta, ondördüncü gün ex oldu.

TARTIŞMA: Wegener granülomatözisi nadir görülen, idiopatik nekrotizan bir vaskülitir. Wegener granülomatözünde akciğer tutulumu yaygındır. Oldukça agresif havayolu patolojisiyle seyreder. Nekrotizan vaskülitin trombotik tıkanma ve kanamaya sebep olup iskemi ve akciğer enfarktüsü oluşturduğu nekrotik pulmoner granülomların da bu iskemi ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir. WG'in radyolojik bulguları çeşitlilik gösterir. Yaygın tipinde hastaların % 90'ından fazlasında, renal tutulum olmayan Wegener granülomatözis'li hastaların % 75'inde c-ANCA titreleri pozitif olur.

Tedavi edilmemiş hastalar, hızlı ilerleyen fatal hastalığa gidiş gösterirler. Kortikosteroidler ve siklofosfamid ile tedavi hastaların çoğunda tam remisyona sağlar.

SONUÇ: WG ölümcül bir hastalıktır, tedavisiz bırakıldığında 1 yıllık mortalite % 83 civarındadır ve hızlı ilerleyen renal yetmezlik başlıca ölüm nedenidir. Böbrek yetmezliği hastaların % 70'inde ilk iki yıl içinde gelişir.

Yogun bakıma yatmadan önce çekilen PA AC grafisi



Yogun bakım yatışının 2. günü çekilen PA AC grafisi



yogun bakıma yatmadan önce çekilen Toraks BT



EP-399**Ağır Metal İntoksikasyonuna Sekonder Gelişen Amyotrofik Lateral Skleroz Ve Hızlı Seyirli Solunum Depresyonu**

Elmas Kara, Deniz Aydoğan Tavlı, Gülçin Sarı
sincan devlet hastanesi, Ankara

Amyotrofik Lateral Skleroz (ALS), medulla spinalis ön boynuz motor nöron hastalığıdır. Kaslardaki zayıflık ellerde, bacaklarda, ağız bölgesinde veya dilde başlayabilir. Sürekli ilerleyerek yayılan hastalığın ileri evrelerinde solunum yetersizliği gelişebilmektedir. 33 yaşında erkek hasta, 6 ay önce sol kol ve bacakta güçsüzlük şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş.Yapılan Abdomen -Toraks- Pelvik BT sonucu; akciğerde bilateral buzlu cam dansitesinde sentrilobüler nodüller (respiratuvar bronşiolit), Beyin MR sonucu; lateral ventriküllerde asimetri saptanmış. EMG sonucu yaygın ön boynuz ve alt kranial sinir çekirdek tutulumu bulguları ile uyumlu saptanmış. Hastaya ALS ön tanısıyla tedavi başlanmış. İlk yapılan SFT sonucu FEV1:4120 ml %98, FVC: 5000 ml FEV1/FVC:%101. Arteriel kan gazında pH:7.39 mmHg, PCO2:37.9 mmHg, PO2:82.6 mmHg, HCO3:22.8 mmol/lit O2 Saturasyonu:%96.8. Makine teknisyeni olan hastada, ağır metal intoksikasyonuna sekonder ALS düşünülerek çalışılan ağır metal parametrelerinden nikel düzeyi 71.9 mcg/lit (1-28 mcg/lit), yüksek olarak saptanmış. 10 gün önce başlayan solunum sıkıntısı sonrası yoğun bakıma alınan hasta tedavinin 1.gününde entübe edildi. CPAP+PSV (PEEP:5 birim? cmH2O? mmHg? PSV:5-8 birim?) modunda takip edildi. Ampirik olarak aspirasyon pnömonisi ön tanısıyla moksifloksasin başlandı.Tedavisinin 9. gününde SIMV moduna alındı. Balgam kültüründe Pseudomonas üreyen hastanın tedavisine piperasilin- tazobaktam eklendi.Otrakeal entübe iken yapılan spontan solunum denemesinde başarısız olundu. 11.gün cerrahi trakeostomi açıldı. Ev tipi ventilatör, aspiratör cihazı temin edildi. Hasta yakınlarına bakım için eğitim verildi. Hasta taburcu edildi. Sonuç olarak, bu vakada solunum sistemini etkileyen nöromuskuler hastalıklarda, pulmoner enfeksiyon ve solunum kasları tutulumunun morbidite ve mortalitenin en belirgin nedeni olduğunu vurgulamayı amaçladık.

EP-400

Status Astmatikus Olgusunda Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu Tedavisi

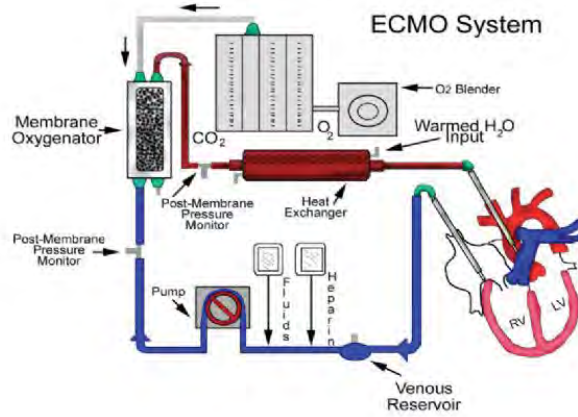
İsmail Kayaalp, Yasemin Tekdöş, Ebru Kaya, Murat Bağ, Özlem Acicbe, Sinan Aşar, Murat Doğan, Oya Hergünel, Gülay Eren Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Astım, vücuttaki bir çok hücre ve hücre ürününün rol oynadığı, havayollarının kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Kronik hava yolu inflamasyonu ve ilişkili bronş aşırı duyarlılığı nedeniyle değişen derecede tedaviyle ya da tedavisiz geri dönüşümlü hava yolu obstrüksiyonu sonucu ataklar gelişmektedir. Atak düzeyi, basit evde tedavi edilebilecek bir atak ile hayati tehdit eden bir atak arasında değişmektedir. Bu olguyla her türlü tedaviye ve mekanik ventilasyon desteğine rağmen düzelme sağlanamayan status astmatikusta son çare olarak ekstrakorporeal membran oksijenasyon (ECMO) ile tedavi ettiğimiz hastamızı sunmayı amaçladık.

OLGU: 25 yaşında, 4 yıldır astım tanısıyla düzenli bronkodilatatör tedavi kullanan 16 haftalık gebe hasta nefes darlığı, öksürük şikayetleri ile başvurdu. Acil serviste bronkodilatatör tedaviye rağmen solunum sıkıntısı giderek artan hasta tarafımızdan değerlendirilerek mekanik ventilasyon desteği için yoğun bakım servisimize alındı. Soy geçmişinde özellik yoktu. Glaskow Koma Skalası:15, dispneik ve ajiteydi. TA:140/80 mmHg, Nabız:150 atım/dak, Ateş:36,9°C, solunum sayısı:40/dakika. Dinlemekle inspiryum ve expiryumda yaygın ronküs duyuldu. Kan gazı (5lt/dak O₂'li); PH:7,19, PCO₂:66, PO₂:48, HCO₃:24. Bu bulgular eşliğinde hastaya non-invaziv mekanik ventilasyon desteği başlandı. Sonrasında yeterli yanıt alınmadığı için invaziv mekanik ventilasyona geçildi. Maksimum bronkodilatatör tedaviye inflamatuvar stokinlerin uzaklaştırılması amacıyla continue venö-venöz hemodiyafiltrasyon (CVVHDF) eklendi. Takiplerinde hiperkarbi ve solunumsal asidozunda (PH:7,12 PCO₂:94 PO₂:56) giderek artma olması üzerine ECMO tedaviye eklendi. ECMO başlandıktan sonra hastanın kan gazında PCO₂ değeri normal aralığa geriledi. Solunumsal asidozu ve hipoksemisi düzeldi. ECMO'nun da tedaviye eklenmesinden 6 gün sonra hastanın bronkospazmı çözüldü. Kliniği ve kan gazı değerleri stabil seyreden hastanın önce CVVHDF, invaziv mekanik ventilasyon desteği ve ardından da ECMO tedavisi sonlandırıldı. Obstetri konsültasyonu ile 17 haftalık fetusun da sağlıklı olduğu teyit edilen hasta önerilerle taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Son yıllarda artan astım bilinç düzeyine, tedavideki yeniliklere ve uzun etkili kombine inhaler bronkodilatör preparatlarının yaygın kullanılmasına rağmen hayati tehdit eden astım ataklarına azımsanmayacak sıklıkta rastlanmaktadır. Diğer destek tedavileri ve maksimum bronkodilatatör tedaviye rağmen, kan gazı değerlerinde görüldüğü gibi ECMO, maternal ve fetal mortalitesi yüksek olgumuzun klinik seyrini değiştirmiştir. Sonuç olarak, hayati tehdit eden astım ataklarında, yeterli bronkodilatasyon sağlanana kadar diğer destek tedavilerinin yetersiz kaldığı durumlarda ECMO tedavisi akılda tutulmalıdır.

Resim 3



ECMO sistemi

Tablo 1

	ECMO öncesi	ECMO 1.gün	ECMO 2.gün	ECMO 3.gün	ECMO 4.gün	ECMO 5.gün	ECMO6.gün
PEEP (cmH ₂ O)	12	10	9	8	6	5	-
PS (cmH ₂ O)	24	18	16	14	12	10	-
TV (ml)	550	400	285	250	230	345	-
pH	7,12	7,43	7,46	7,34	7,38	7,40	7,38
pCO ₂ (mmHg)	94	43	38	41	45	38	37
pO ₂ (mmHg)	56	97	92	104	115	102	98
FiO ₂	0,65	0,5	0,45	0,35	0,35	0,3	0,4nazal
Horowitz indeksi	86	194	204	297	328	340	350
Kan akışı (ml/min)	-	3200	3000	2200	1500	1200	1000
Sweep gaz akışı (l/min)	-	8	7	5	3	2	1
ECMO FiO ₂	-	0,7	0,6	0,5	0,4	0,3	0,3

Resim 1



Olgu

Resim 2



akciğer grafisi

OLGU KONSEYİ

OK-01

Sert Metal Akciğeri Hastalığı-1

Berna Gebeşoğlu Erden¹, Sevtap Gülgösteren¹, Canan Demir¹, Cebraail Şimşek¹, Funda Demirağ²

¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları, Ankara

²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Ankara

- 25 yaşında erkek hasta 3-4 aydır eforla nefes darlığı, çok az beyaz balgamlı öksürük şikayeti ile başvurdu. Sigara içmemiş olan hasta 7-8 yıldır, küçük bir işletmede elmas uçlu bıçak bileyleme işi yapıyor.
- Fizik muayene ve rutin laboratuvar sonuçları normaldi.
- SFT: FEV1: %61(2,53 lt) FVC:% 58 (2,87 lt) FEV1/FVC: %88 DLCO: %68 DLCO/VA: %107
- Kanda kobalt düzeyi 4.2 mikrog /L(referans değeri 1den az) BAL kobalt düzeyi 0,72. BPT: negatif EKO: EF: N PAB: 25
- PA akciğer grafisinde bazallerde retikülonodüler dansite artışı; HRCTde her iki akciğer bazal ve periferinde nodüler ağırlıkta interstisyel kalınlaşma,yer yer bronşial genişlemeler, asiner ve buzlu cam infiltrasyonları izlendi.
- Sert metal akciğer hastalığı ön tanısıyla yatırılan hastaya FOB yapıldı. BAL da CD4/CD8 oranı 0,24 idi. BAL örneğinde bazıları multi-nükleer görünümde antrakoz pigmenti içeren histiositler izlendi diye raporlandı. TBB örneği de;. görünüm interstisyel akciğer hastalığını temsil ediyor olabilir ancak bulgular spesifik değildir diye yorumlandı.
- Hasta yaptığı meslek, BAL ve TBB sonuçları ile beraber değerlendirilerek sert metal akciğer hastalığı kabul edildi. İşten uzaklaşma önerilerek,kortikosteroid tedavi başlandı. Tedavinin 15. gününde kontrol edilen hastanın öksürük ve nefes darlığı şikayetlerinde regresyon, SFT bulgularında düzelme farkedildi(FEV1: %86(3,61 lt) FVC:% 75 (3,70 lt) FEV1/FVC: %97 DLCO: %96 DLCO/VA: %112) Hasta halen tedavi almakta ve kontrolümüz altındadır.

OK-02**Sert Metal Akciğeri Hastalığı-2**

Berna Gebeşoğlu Erden¹, Sevtap Gülgösteren¹, Canan Demir¹, Cebraail Şimşek¹, Funda Demirağ²

¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs hastalıkları, Ankara

²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Ankara

- 33 yaşında, erkek hasta 2-3 yıldır olan kuru öksürük ve eforla nefes darlığı şikayeti ile başvurdu. Sigara: İçmemiş. 1997 den beri küçük bir işletmede elmas bıçak bileme işi yapmaktaydı.
- Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açık, koopere, oryante Solunum sisteminde bazallerde tek tük raller ve çomak parmak mevcuttu.
- Laboratuvar: Rutinleri (hemogram, biyokimya, sedimantasyon) normal.02 sat: %92 SFT: FEV1: %45(1,84 lt), FVC:%47(2.27 lt) FEV1/FVC:%81 DLCO: %54 DLCO/VA: %106
- Kanda kobalt düzeyi 5,5 mikrog/L(referans değeri 1den az) İdrarda kobalt düzeyi 51,7 mikrog/L (referans değeri 15 den az).Kobalt yama testi: negatif EKO: EF: N PAB: 25 idi.
- PA akciğer grafisinde bilateral özellikle bazallerde retikülonodüler dansite artışı vardı. HRCT de iki akciğerde yaygın düzensiz retiküler ve retikülonodüler interstisyel dansite artışları, peribronşial kalınlaşmalar, bronşiektazik değişiklikler, yer yer bal peteği görünümüleri ve eşlik eden buzlu cam ve milimetrik nodüler dansite artışları izlendi.
- Hasta klinik, fizik muayene ve radyolojik bulguları ile intersitisyel akciğer hastalığı ön tanısıyla servise yatırıldı. FOB yapıldı. BAL ve TBB alındı. Biyopsi örneğinde peribronşial akciğer parankimini normal yapısını kaybettiği intersitisyumun fibröz bağ doksu artışı gözlenmiş, histopatolojik bulgular bal peteği alanlarını düşündürmüştür şeklinde raporlandı.
- Etyolojide meslek anamnezinden yola çıkarak bulgular sert metal pnömokonyozu olarak değerlendirildi.
- Hastaya buzlu cam alanları nedeniyle sistemik kortikosteroid başlanmasına karar verildi.

OK-03

Polipropilen Pnomokonyozu Olgusu

Canan Demir, Berna Erden, Sevtap Gülgösteren, Cebraail Şimşek

Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve GÖğüs Cerrahisi EAH Meslek Hastalıkları Eğitim Kliniği

31 yaşında, erkek hasta öksürük şikayetiyle başvurdu. Doğum yerinin Kars olduğu, hiç sigara içmediği, komorbid hastalığı olmadığı öğrenildi. Meslek öyküsünde 1996-2014 yılları arasında toplam 16 yıl özel bir kuruluşta inşaatlarda su tesisatçısı olarak çalıştığı, PVC boruları birbirine ısıtılarak uygulayarak kaynatma/birleştirme işlemi uyguladığı öğrenildi.

Olgu, 2009 yılında kilo kaybı, halsizlik şikayetleriyle İzmir'deki bir hastanede tetkik edilmiş. Çekilen Toraks BT'de multipl mediastinal lap'ler saptanarak mediastinoskopi ile granulomatöz lenfadenit tanısı alması üzerine 1 yıl anti-tbc tedavisi almış. Çekilen kontrol Toraks BT'de mediastinal LAP'lerde progresyon tespit edilmesi üzerine hasta ileri tetkik amacıyla 2012 yılında hastanemize yönlendirilmiş. Muayenesinde bilateral akciğer bazallerindeki raller dışında patolojik muayene bulgusu saptanmadı. FOB ile BAL CD4/CD8 oranı 1.9'du. Balgam ve bronş lavaj ARB'leri negatifti. Tüberkülin deri testi (0). Difüzyon testinde FEV1:%93,FVC:%95,DLCO:%85'ti. Serum ACE düzeyi 31 ve 24 saatlik idrarda kalsiyum düzeyi 385'ti. Toraks bt'sinde; mediastinal ve bilateral hiler, yer yer konglomere yapıda, büyüğü 22 mm dar transvers boyutlu büyümüş lenf nodları ve her iki akciğerde yaygın milimetrik nodüler infiltrasyonlar ve büyüğü 1 cm boyutlu multiple nodüller izlendi. Açık akciğer biyopsisinin patoloji sonucu:" Nekrotizan granülomatöz enflamasyon. Hikayesinde var olan PVC maruziyeti göz önüne alınarak granülomların PVC'ye sekonder olduğu düşünüldü" şeklinde raporlandı. Elektron mikroskopik incelemesinde PVC partikülü açısından tanısız bulgu içermeyen akciğer parankimi olarak raporlanması üzerine hasta Polipropilen Pnomokonyozu olarak kabul edildi. r/r 2/2 olarak evrelendi. Olgunun meslek hastalığı yönünden bildiri yapıldı. Olgu işten uzaklaştırıldı, izlemde progresyon saptanması üzerine konsey kararı ile sistemik steroid tedavisi başlandı. İzlemde radyolojik ve klinik olarak stabil olduğu görüldü. Olgu, dünyada bildirilen ilk polipropilen pnomokonyozudur.

Ekim 2012 PAAC Grafisi



Ekim 2012 Toraks BT Kesiti



OK-04

Maluliyet Sürecinde Major Depresif Bozukluk Gelişen Kaynakçı Pnomokonyozu Olgusu

Canan Demir, Berna Erden, Sevtap Gülgösteren, Cebrail Şimşek

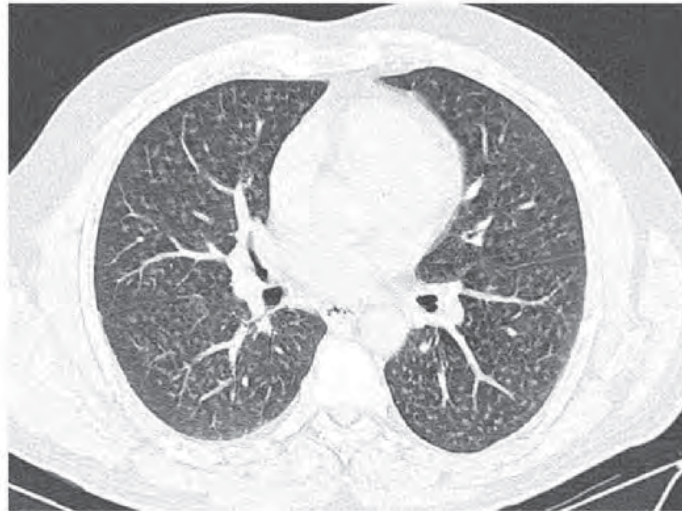
Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve GÖğüs Cerrahisi EAH, Meslek Hastalıkları Kliniği

40 yaşında, erkek hasta halsizlik, yorgunluk, nefes darlığı, göğüs ağrısı şikayetleriyle başvurdu. Doğum yerinin Kırşehir olduğu, 22 yıl x1 paket sigara içtiği, HT ve DM tanıları olduğu öğrenildi. Meslek öyküsünde 30 yıldır gaz altı ve elektrik kaynağı yaptığı öğrenildi. Kasım 2013'te 1 yıldır ara ara olan ancak son 10 gündür artmış olan sol göğüste ağrı ve beraberinde nefes darlığı yakınmaları ile başvuran hastanın yapılan fizik muayenesinde bilateral ronküsler saptandı. O₂sat: %94(oda havası)'tü. PAAC grafisinde bilateral hiler dolgunluk ve interstisyel işaretlerde belirginleşme saptandı. Kaynakçı pnomokonyozu öntanısı ile çekilen Toraks BT ve HRCT'sinde mediastinal ve hiler patolojik boyut artımı göstermeyen büyümüş lenf nodları ile her iki akciğerde interstisyel izlerde peribronkovasküler nodüller belirginleşmeler, ılımlı bronşektazik değişiklikler, plevraya uzanan lineer dansiteler ve subplevral nodüller düzensizlikler ve her iki akciğerde dağınık yerleşimli bir kısmı plevral çekintilerden ve vasküler yapılardan ayırt edilemeyen milimetrik boyutlu nodüller dansite artışları saptandı. SFT'sinde FVC:4,54lt (%100), FEV1:3,36lt (%90), FEV1/FVC: %74'tü. DLCO:15.30lt(%147)'tü. Hastada kaynakçı pnomokonyozu düşünülerek bildirim yapıldı. İşten uzaklaştırıldı ve sigarayı bırakması sağlandı. Şubat 2014'teki kontrollerinde radyolojik ve klinik olarak stabil olduğu görüldü. Hastaya bu süreçte major depresif bozukluk tanısı konularak antidepresan tedavi başlandı. Zorlu tanı ve bildirim sürecinde çoğu hastamızın ruh sağlığı bozulmaktadır. Bu olgumuz da bu durumun bir örneği olduğu için sunulmuştur.

Kasım 2013 PAAC Grafisi



Kasım 2013 Toraks BT Kesiti



OK-05

Milier Tüberküloz Tedavisi Görmüş Olan Pnomokonyoz Olgusu: Meslek Anamnezinin Önemi

Canan Demir, Berna Erden, Sevtap Gülgösteren, Cebraail Şimşek

Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Meslek Hastalıkları Eğitim Kliniği

33 yaşında, erkek hasta halsizlik, öksürük şikayetleriyle başvurdu. Doğum yerinin Muş olduğu, hiç sigara içmediği, geçirilmiş mide operasyonu ve kronik kolanjit dışında komorbid hastalığı olmadığı, dayısının 20 yıl önce akciğer tbc geçirme öyküsü olduğu öğrenildi. Meslek öyküsünde 1992-2008 yılları arasında bir otomotiv firmasında silindir gömleği imalatında demir dökümü yaptığı öğrenildi. İşlemler sırasında kömür dumanı, demir, bakır, çelik dumanları ve tozlarına maruziyet tarifliyordu. Sac eritme işi de yaptığını; ayrıca, kumlama, çapak giderme, kalıp bozma işlemleri sırasında da silika, krom, mangan maruziyeti olduğunu ifade etti.

6 ay önce öksürük, balgam, kilo kaybı olması nedeniyle bir üniversite hastanesine başvuran hastanın balgam ARB'leri menfi olarak görülmüş. Hastanın meslek anamnezi alınmamış. Alınan bronkoskopik biyopsisinde granümatöz enflamasyon saptanması ve radyoloji tarafından hastanın BT görüntülerinin "milier tbc" ile uyumlu olarak raporlanması üzerine hasta tbc kabul edilerek antitbc tedavi başlanmış. Toplamda 6 ay ayaktan antitbc tedavisi alan hastanın VSD'nde yapılan değerlendirmesinde radyolojik regresyon olmaması ve hastanın meslek anamnezi nedeniyle hasta hastanemize yönlendirilmiş. İleri tetkik ve tedavi amacıyla hastanemiz tüberküloz servisine yatırılmış. Hastanın balgam ARB'sinin 3 kez negatif gelmesi ve meslek öyküsü sebebiyle hastada aktif tbc düşünülmeyerek hasta ileri tetkik amacıyla servisimize devir alındı. Solunum sistemi fizik muayenesi olağandı. Balgam ARB 4 kez menfi olarak görüldü. Solunum fonksiyon testinde FVC:3.30 lt (%74), FEV1: 2.96lt (%78), FEV1/FVC: %90, DLCO: 8.87 lt (%85)'ti. Hasta tüm bu bulgularla pnomokonyoz kabul edilerek bildiri yapıldı. İşten uzaklaştırıldı ve antitbc tedavisi kesildi.

Agustos 2014 PAAC Grafisi



Agustos 2014 Toraks BT Kesiti



OK-06

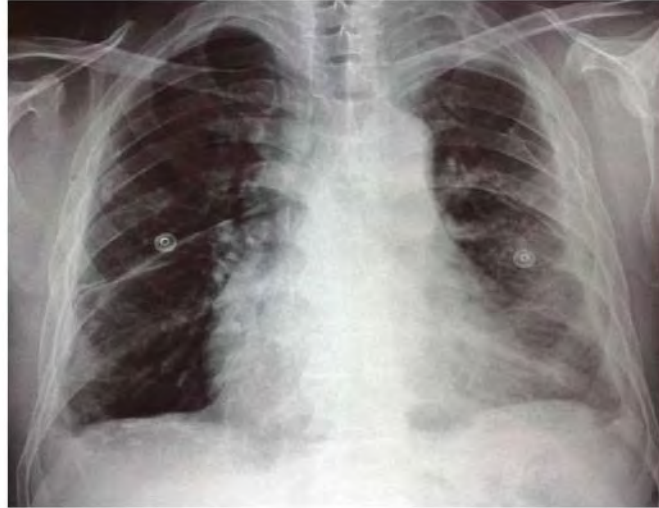
Asbestozis mi, Kaynakçı Akciğeri mi?

Serdar Berk¹, İbrahim Akkurt²¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları AD²Özel Akay Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Ankara

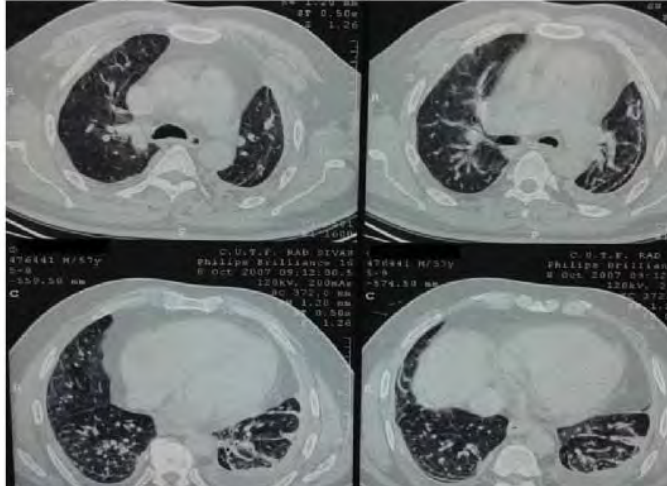
GİRİŞ: Asbestozis; asbest liflerinin inhalasyonuna bağlı gelişen pulmoner fibrozistir. Kaynakçı akciğeri; kaynak dumanı içerisindeki farklı maddelerin inhalasyonu ile hava yolları ve parankimi birlikte tutan bir hastalıktır. Bu yazıda solunum yetmezliği gelişen, çevresel asbest maruziyeti olan kaynak işçisi sunulmuştur.

OLGU: Dört yıldır gittikçe artan nefes darlığı yakınması olan 57 yaşında erkek hasta, öksürük, hırıltı, nefes darlığında artma yakınmaları ile başvurdu. Özgeçmişinde 20 yıl çevresel asbest maruziyeti, 40paket/yıl sigara içimi mevcuttu. Ayrıca 15 yıldır parkinson, bipolar bozukluk, organik psikoz, hipertansiyon, tanıları ile tedavi görmekteydi. Hastanın sorgusunda demiryolu ve vagon fabrikasında 26 yıl kaynak işçiliği yaptığı öğrenildi. Fizik muayenesinde dudaklar da siyanoz, solda daha belirgin bazallerde ince raller, nadir ronküs ve pretibial ödemleri mevcuttu. Çekilen akciğer grafisinde bilateral kostofrenik sinüslerde küntleşme ve pleval kalınlaşma, sağda fissürde belirginleşme, bazallerde daha belirgin bilateral retikülonodüler infiltrasyonlar mevcuttu (Resim 1). Akciğer tomografisinde milimetrik perikardiyal effüzyon ve kalsifikasyon, sol da daha belirgin her iki hemitoraksda 1 cm ye ulaşan pleval kalınlaşma ve plak tipi pleval lezyonlar mevcuttu. Ayrıca solda 1.5cm ye ulaşan, sağda fissürlere uzanan pleval effüzyon ile diafragmatik pleval kalsifikasyonlar, sol akciğerde volüm kaybı, her iki bazalde lineer çizgilenmeler izlendi (Resim 2). Arter kan gazı analizinde pH: 7.43, PaO₂: 40mmHg, PaCO₂: 52mm, SaO₂: %75 olarak saptandı. Solunum fonksiyon testinde FVC:1.47 %43, FEV₁: 1.04 %38, FEV₁/FVC:71 idi. Transtorasik ekokardiyografisinde sağ kalp boşluklarında genişleme, 2-3. derece triküspid yetmezliği ve sistolik PAB: 48mmHg olarak saptandı. Medikal tedaviye rağmen solunum yetmezliği kötüleşen ve 2.5 ay yoğun bakım ünitesinde invaziv mekanik ventilasyonda takip edilen hasta eksitus oldu.

Resim1



Resim2



OK-07

Asbestozis

Sevtap Gülgösteren, Canan Demir, Berna Erden, Cebrail Şimşek
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

-Genel Bilgiler:

- . Kadın Hasta,
- .64 Yaşında,
- .Alanya doğumlu, Alanya'da yaşıyor.

-Şikayeti:

- . Kuru öksürük,
- .Yorgunluk, halsizlik.

- Öz Geçmişi:

- . Bilinen bir hastalığı, kullandığı ilaç yok.

-Öyküsü:

- .Son bir aydır öksürük, göğüste ağrı baskı hissi, halsizlik, sarı renkte az miktarda balgam çıkarma şikayetleri olmuş.
- .Dış merkezde doktora başvurmuş, tetkikleri yapıp akciğerden biyopsi alınmış. Hasta kendi isteği ile AGHH'ye başvurmuş.
- . İleri tetkik ve tedavi amaçlı kliniğe yatırılmıştır.

-Sigara Öyküsü:

- .Kullanmamış

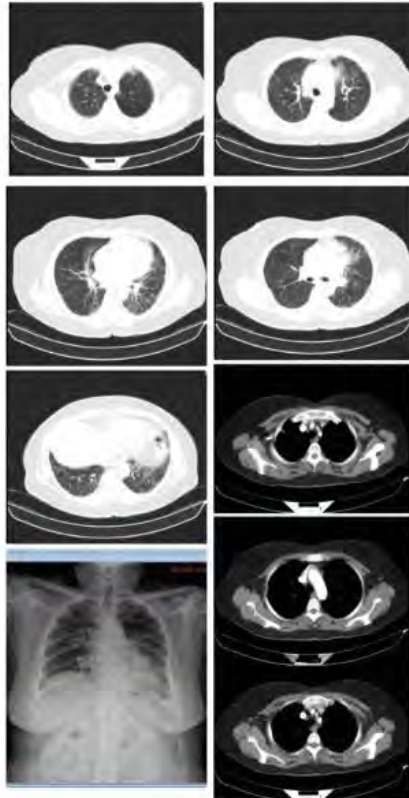
-Meslek Öyküsü:

- .38 yıl önce, Almanya'da, 11 yıl süre ile asbest fabrikasında işçi olarak çalışmış.
- .Pamuk iplik eğirme, tel ile iplik katlama, dokuma işi yapmış.
- .Çalışırken yapılan periyodik muayenelerde tetkikleri yapıp hastaneye yatırılmış, akciğer biyopsisi yapılmış, asbestozis hastalığı tanısı almış.
- .Daha sonra kendi isteği ile Almanya'dan Türkiye'ye dönüş yapmış, kendisine yapılan tetkik ve sonuçlar verilmemiş.
- .Yaşadığı ilde altı aylık radyolojik takiplere alınmış.
- .Yirmi yıl önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesinde yatarak tedavi olmuş. Heyete sunulması planlanmış, dosyası hazırlanmış, sonrasında bilmiyor.
- .2012 yılına kadar takipleri bu şekilde sürmüştü zaman zaman tedavi almış, 2012'de hastalığında ilerleme olduğu söylenmiş.
- .2014 yılında önce Alanya Başkent Hastanesine sonra kendi isteği ile AGHH Meslek Hastalıkları Kliniğine başvurmuş.

-Klinik Seyir

- .Asbestozis tanısı ile servise kabul edildi,
- .Pnömokonyoz t/t 2/2 şeklinde değerlendirildi,
- .Yasal süreç başlatılması için sağlık kuruluna sunuldu,
- .Semptomatik tedavi verilerek taburcu edildi

akciğer grafisi ve HRCT



OK-08**Kaynakçı Akciğeri**

Sevta Gülgösteren, Canan Demir, Berna Erden, Cebrail Şimşek
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

-Genel Bilgiler:

.54 yaşında,erkek
.Kırşehir Kaman doğumlu, Ankara'nın Sincan ilçesinde yaşıyor.

-Şikayeti:

.Öksürük,
.Göğüste ağrı, balgam çıkarma, halsizlik.

-Geçmişi:

.Bilinen bir hastalığı yok,
.Biyomas,beyaz toprak maruziyeti var.

-Öyküsü:

.Son bir aydır öksürük, göğüste ağrı baskı hissi, halsizlik, sarı renkte az miktarda balgam çıkarma şikayetleri olmuş,
.Dış merkezde doktora başvurmuş, tetkikleri yapıp akciğerden biyopsi alınmış, takibinde yer olmadığı için hastaneye yatışı yapılamamış,
.Kendi isteği ile AGHH'ye başvurmuş,ileri tetkik ve tedavi amaçlı kliniğe yatırılmıştır.

-Sigara Öyküsü:

.Halen içiyor, 25 yıl, 1 Paket/Gün

-Meslek Öyküsü:

.1973-1990 yılları arası on üç yıl inşaat işçisi olarak çalışmış,

.1990 yılından bu yana kaynakçılık yapıyor,

.Elektrot ve gaz altı kaynağı yapıyor,

.On yıl önce kendi isteğiyle emekli olmuş ancak aynı işi yapmaya devam ediyor,

.Kalorifer kazanı imalatı işinde çalışıyor günde bir iki saat kazan içinde (kapalı ortam) kaynakçılık yapıyor, yine günde altı yüze yakın elektrot kullanıyor,

.Maske kullanmıyor.

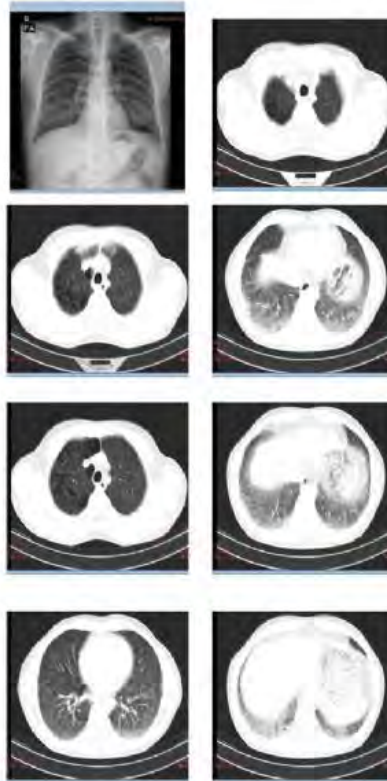
-Klinik Seyir:

.Halsizlik ve iştahsızlık nedenleri araştırıldı, vitamin b12 düzeyi düşük olan hastaya dodex ampul tedavisi başlandı.

.Kanda nikel,krom kobalt düzeyi normal ölçüldü.

.Dış merkezde yapılan biyopsi materyalleri hastanemiz patoloji bölümü ile konsülte edildi. İnflamasyon bulguları izlendi. Hücre bloğu tanısal olarak değerlendirilmedi.

.Fob yapıldı. BAL örneği alındı. Sonuçlarında özellik yoktu. İleri tetkik için açık akciğer biyopsisi önerildi. Hasta kabul etmedi. Oral steroid tedavisi başlanarak 3 ay sonra tekrar değerlendirilmek üzere taburcu edildi.

akciğer grafisi ve HRCT

OK-09

Akut Silikozis

Sevtap Gülgösteren, Canan Demir, Berna Erden, Cebraail Şimşek
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

1. Genel Bilgiler

- Erkek Hasta, 55 Yaşında,
- Sivas'ın İmranlı ilçesi doğumlu. Ankara'nın Keçiören ilçesinde yaşıyor.

2. Şikayeti

- Balgamla karışık kan tükürme.

3. Geçmişi

- Psöriazis tanılı, halen kullandığı medikal bir tedavi yok,
- Trafik kazası nedeni ile sol kalçaya protez takılmış.

4. Öyküsü

- Şubat 2014'te az miktarda balgamla karışık kan tükürmesi olmuş.
- AGHH acil servise başvurmuş.
- Pnömoni ön tanısı ile tetkik ve tedavi amaçlı AGHH'de servise yatırılmış.

5. Sigara Öyküsü

- 40 yıl, 1 Paket/Gün, halen içiyor.

6. Meslek Öyküsü

- 1978-2013 yılları arasında aralıklı olarak taş ocaklarında darbeli matkap ile ıslak-kuru çalışma yaparak taş kırma, tünellerde patlayıcı kullanarak tünel açma, tünel kazma işi yapmış.

7. Klinik Seyir

- Olgu Şubat 2014'te geçirilmiş akciğer tüberkülozu, tüberküloz reaktivasyonu?, sarkoidozis?, silikozis? Ön tanıları ile AGHH'de servise yatırılarak takip edilmiş. Non spesifik antibiyotik tedavisi uygulanmış. Bronkoskopi yapılmış, her iki sistem açık olarak izlenmiş, sağ üst lobdan lavaj alınmış, transbronşiyal biopsi yapılmış.

- Lavajsitoloji: İltihap tablosu, ARB teksif (negatif)

- Biyopsi Patoloji Raporu: Antrakotik akciğer parankimi.

- Olgu Mart 2014 tarihinde meslek hastalıkları Kliniğine devir alındı. Akut ve aksele silikozis olarak düşünüldü. Balgam ARB örnekleri altya tamamlandı,

- FOB tekrarlandı, BAL alındı.

- BAL: CD4/CD8: 0.58, Lenfosit:3.4/mm³ (%12), Neutrofil: 78/mm³ (%28), Makrofaq: 160/mm³ (%57), Eozinofil:8/mm³ (%3)

- Mediastinal LAP nedenini araştırmak için EBUS yapıldı. Subkarinal homojen, izoekoik yapılar içerisinde vasküler yapı geçen sınırları düzensiz, büyüğü 68 mm lenf nozu saptandı. Ancak TBİA uygulanmadı. Reaktif olarak değerlendirildi.

- Pet bt: bilateral derin servikal lenf nodlarında SUV max: 2.8lik tutulum.

- Hiler LAPlerde SUV max: 3.2, 3.6 tutulum.

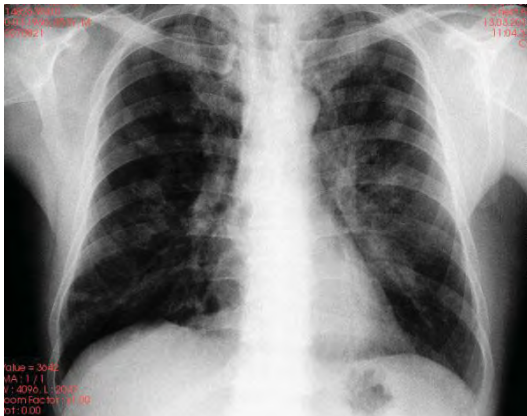
- Her iki akciğerde üst – orta zonlarda belirginleşen, konsolide görünümde sol akciğer apikalde SUVmax 7.73 olan tutulum.

- İnter aorta kaba (SUVmax:2.84) kalıncomman iliak(SUVmax:4.46) bilateral internal iliak (SUVmax:3.81) olan tutulum saptandı.

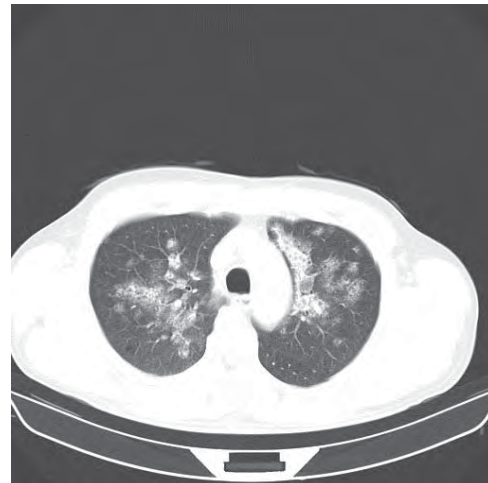
- Tanısal amaçlı sağ orta ve alt lobdan wedge biyopsi yapıldı. Alt lobda belirgin al ve ol lümenlerinde PAS + proteinöz materyal depolanması, her iki akciğerde interstisyumda daha çok bronkovasküler yapılar çevresinde yoğunlaşmış. Antrakos pigment depolanması gözlemlendi. Trikróm boyasında vasküler yapılar çevresinde subplevral alanda fibrozis izlendi.

- Akut silikozis tanısı ile yasal sürecin başlatılması için SGK'ya sunulmak üzere sağlık kuruluna çıkarıldı. Takibe alındı. 5 yıl sonra genel mağluliyet kriterlerine göre yeniden değerlendirilmesi planlandı.

akciğer grafisi



hrct kesit10



OK-10**Silikotüberkülozis**

Zehra Selim, Sevtap Gülgösteren, Berna Erden, Canan Demir, Cebrail Şimşek
Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

1. Genel Bilgiler

- Erkek Hasta, 52 Yaşında.
- Adana'nın Saimbeyli ilçesi doğumlu. 20 yıldır Adana'da yaşıyor.

2. Şikayeti

- Nefes darlığı
- Halsizlik

3. Geçmişi

- Bilinen herhangi bir hastalığı yok.

4. Öyküsü

- Mart 2014te ani başlayan nefes darlığı sonrası Çukurova Üniv. Balcalı Hastanesi'ne başvurmuş. İnterstisyel akciğer hastalığı, lenfoma, akciğer tüberkülozu, SLE ön tanıları ile tetkik edilmiş.
- Dış merkezde yapılan trucut biopsi sonucu silikozis ile uyumlu olarak raporlanmış.
- Balcalı Hastanesi'nde karaciğer iğne biyopsi materyalinde çalışılan tbc PCR'da M.tbc pozitif olarak raporlanması üzerine 08/04/2014'te 4lü anti tüberküloz tedavi başlanmış.
- Silikotüberkülozis tanısı ile tedavi ve maluliyet açısından değerlendirilmesi amaçlı AGHH'de servise yatırılmış.

5. Sigara Öyküsü

- 30 yıl, 1 Paket/Gün, 5 aydır içmiyor.

6. Meslek Öyküsü

- 15 yaşından itibaren 15 yıl boyunca çiftçilik
- 1994-2007 yılları arasında demir döküm fabrikasında motor gömleği dökümünde çalışmış.
- Çalışma ortamında yaptığı işten dolayı molibden, karbon, silis, bakır, demir, krom, nikel maruziyeti olmuş.

7. Fizik Muayene

- Bilateral solunum sesleri kabalaşmış.
- Sol bazalde ral mevcut.
- Sağ bazalde solunum sesleri azalmış.
- Diğer sistem muayene ve bulguları doğal.

8. Laboratuvar Bulguları (Mart 2014)

- Hemogram: WBC: 7.8 x10e3/uL, hemoglobin: 13.4 X10e3/uL, platelet düzeyi: 353X10e3/uL, sedim:65, CRP: 6.8,
- Biyokimya: Albumin:3.42, alkalin fosfataz:127, GGT:165, LDH:371
- Hepatit paneli normal sınırlarda,
- Balgam: ARB teksif üç kez (negatif),
- Tiroid fonksiyon testleri normal,
- EKG: Nonspesifik değişiklikler,
- SFT:FEV1: 1.93(%55) FVC:2.22(%51) FEV1/FVC:112
- Balgam ARB PCR: MTB pozitif

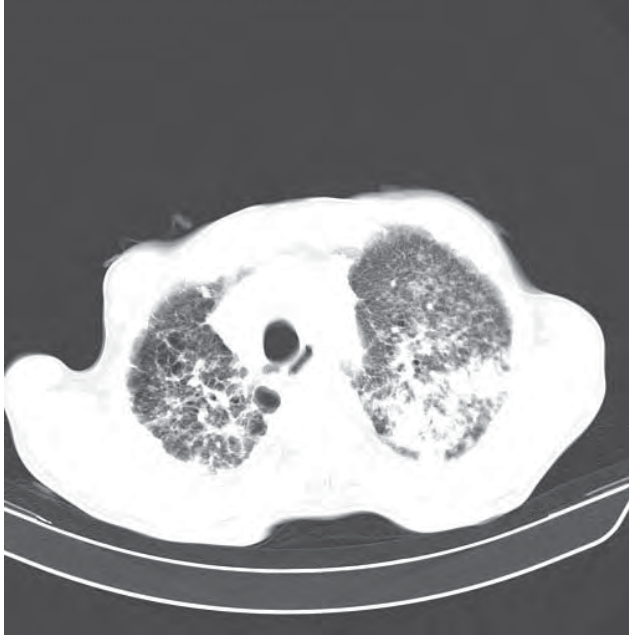
9. Klinik Seyir

- Olgu silikotüberküloz tanısı ile AGHH'de servise kabul edildi. Nisan 2014'te başlanan spesifik antitüberküloz tedavisine devam edildi.
- ILO'ya göre akciğer grafisi değerlendirilerek maluliyet açısından sağlık kuruluna sunuldu. Yasal süreç başlatıldı.
- Antitüberküloz tedavinin 12 aya tamamlanması planlandı.
- Yaşadığı yer olan Adana'da tedavi ve kontrollerinin devamı önerilerek hasta taburcu edildi.

akciğer grafisi, HRCT



hrct kesit8



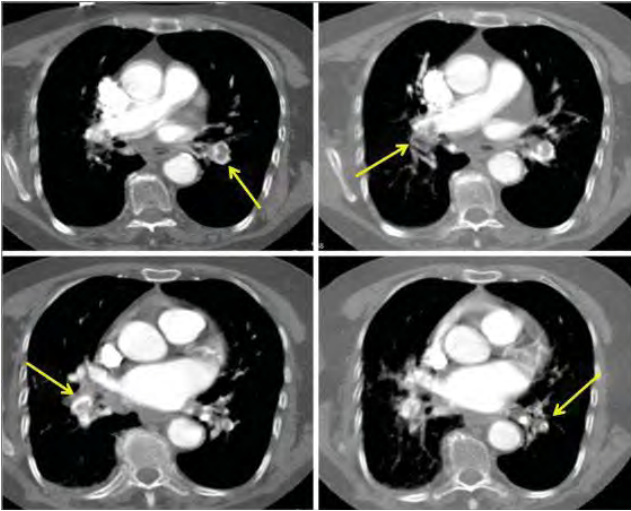
OK-11

Pulmoner Emboli mi? Akut Miyokard İnfarktüsü mü? Önce Hangisi Tedavi edilmeli?Recep Akgedik¹, Zeki Yüksel Günaydın², Berna Botan Yıldırım³, Canan Eren Dağlı¹¹Ordu Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları AD, Ordu²Ordu Üniversitesi, Kardiyoloji AD, Ordu³Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ordu

Pulmoner tromboemboli, ani ölüm nedenlerinden biridir ve tanısı oldukça zordur. Tanıda günümüzde en çok kullanılan yöntem Pulmoner CT Anjiyografi(PCAG)'dir.

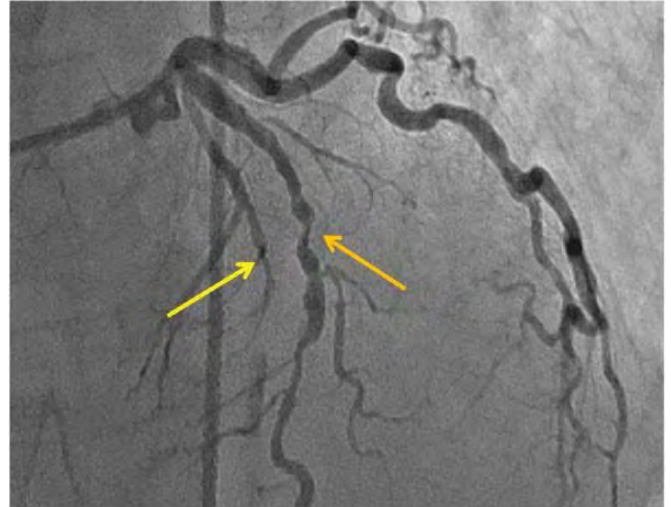
85 yaşında kadın hasta, acil servise 2 gündür olan ve son birkaç saattir belirginleşen dispne, göğüs ağrısı, hışıltılı soluma nedeniyle getirildi. Hastanın gelişinde takipnesi, ortopnesi, taşikardisi ve yaygın ronküsleri vardı. EKG sinde Hızlı ventriküler yanıt Atrial Fibrilasyon, V1-6 da ST elevasyonu bulguları vardı. D-Dimer, Pro-BNP, Troponin-I seviyesi yüksek saptandı. Ani başlayan şikayetleri ve daha öncesinde akciğer hastalığı olmamasına rağmen yaygın ronküsleri ve akciğer grafisinin normal olması nedeniyle PTE ve 2. olasılıkla AMİ düşünüldü. PCAG çekildi. Masif PTE saptandı(Resim 1). EKO da EF %50, Sağ başluklar dilate ve sağ yüklenme bulgularının yanında sol ventrikül lateral duvarda hipokinetik alan saptandı. Bu durumun yeni mi eski mi olduğu anlaşılamadı. Koroner anjiyografi düşünüldü ancak ortopneik soluma nedeniyle yapılamadı. Hastaya rTPA verildi. Kısmi rahatlayan hastanın troponin seviyesi sonraki takinbinde belirgin artması nedeniyle AMİ olduğu anlaşıldı. Koroner ajiyografi yapıldı. Sirkumfleks arterde tam okluzyon, Obtus marjinalis midportionda %90 darlık saptandı(Resim 2). Elektif CABG önerildi. Hasta sol kalp yetmezliğine bağlı akciğer ödeme girdi. NIMV ve kalp yetmezliği tedavisi başlandı. Solunum yetmezliğinden çıkamayan hasta İMV ye bağlandı. Hipotansif seyreden (+) inotropik desteğine yanıt alınamayan hasta 3. gün kaybedildi. PTE'de tanı ve tedaviyi yönlendirmede klinik olarak senkop ve hipotansiyon varlığı, ekokardiyografik bulgular ve kardiyak enzim seviyeleri önemlidir. Kardiyak enzim yüksekliği akut sağ kalp yetmezliği bulgularını destekler ve masif embolilerde görülür. Ancak bu enzim yükseklikleri ve PTE kliniği, AMİ'de de görülür. İkisinin ayırımı klinik, EKG, Ekokardiyografi, CTPAG ve Koroner Anjiyografi ile yapılır. Her iki hastalığın birlikte görülmesi oldukça nadirdir ve bu durumda hangisinin önce tedavi edileceği konusu bilinmemektedir. Biz de Masif PTE ve AMİ tanısı koyduğumuz vakamızı yol gösterici olması nedeniyle sunmayı uygun bulduk.

Resim 1



Herki ana pulmoner arter ve dallarında PTE'ye ait dolma defektleri(sarı oklar)

Resim 2



Sirkumfleks arterde tam okluzyon(sarı ok), Obtus marjinalis midportionda %90 darlık(turuncu ok)

OK-12

Akciğerde Kitle Görüntüsü ve Hemoptiziye Neden Olan Kronik Nekrotizan Aspergillozis OlgusuServet Kayhan¹, Ünal Şahin¹, Yıldırım Bekar², Halit Çınarka¹, Aziz Gümüş¹, Recep Bedir³¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Rize²Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi Bölümü, Trabzon³Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Rize

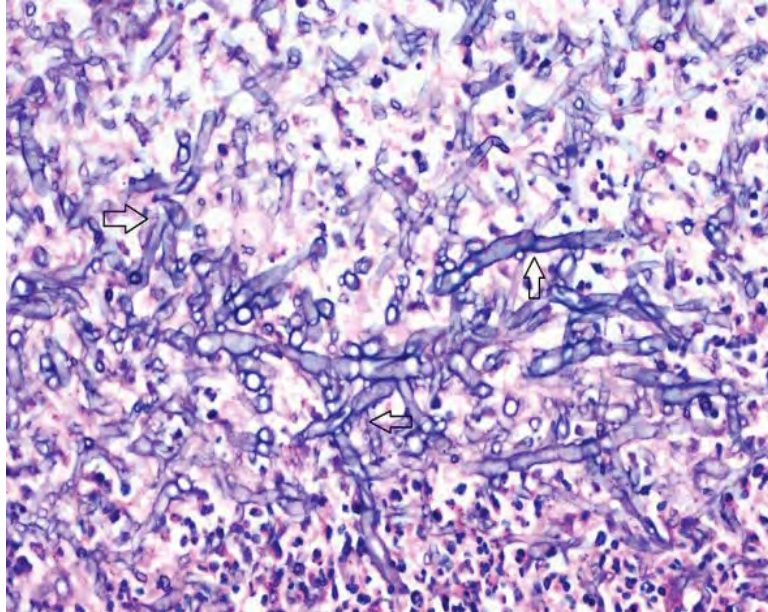
Kronik nekrotizan pulmoner Aspergillozis genellikle akciğer savunma mekanizması bozulmuş olan immün yetmezlikli hastalarda ortaya çıkmaktadır. Burada, son bir yıldır tekrarlayan alt solunum yolları enfeksiyonları, kronik produktif öksürük ve hemoptizi yakınmalarıyla kliniğimize başvuran daha öncesinde immün sistemi normal olan 62 yaşında bir erkek hastayı sunmaktayız. Bilgisayarlı tomografide sağ akciğer orta lobda düzensiz sınırlı kitlesel imaj izlendi. Pozitron emisyon tomografisinde lezyonun SUVmax değeri 6,60 olarak hesaplandı. Bronkoskopik incelemede orta lobun tıkalı ve kanamalı olduğu gözlemlendi. Alınan forseps biyopsilerde Aspergillus'a ait hifalar izlendi. Antifungal tedavi başlanan hastaya masif bir hemoptizi sonrası acil torakotomi yapılarak sağ orta lobektomi ve üst lob posterior segmentektomi uygulandı. Postoperatif patolojik inceleme sonucu kronik nekrotizan bronkopulmoner Aspergillozis ile uyumlu bulundu. Akciğerlerde atipik kitle görünümü olan hastalarda Aspergillus enfeksiyonları da akılda tutulmalıdır.

Olgunun BT görüntüsü



Kontrastlı toraks bilgisayar tomografisi, mediasten penceresinde sağ akciğer orta lobda plevraya uzanım gösteren, düzensiz sınırlı, 4.7x4.2 cm ebatlarında kitle görünümü

Patolojik inceleme



Histopatolojik incelemede Aspergillus Fumigatus'a ait 45 derece açıyla dallanan çok sayıda hifalar izlenmekte (siyah ok) (H&Ex400).

OK-13

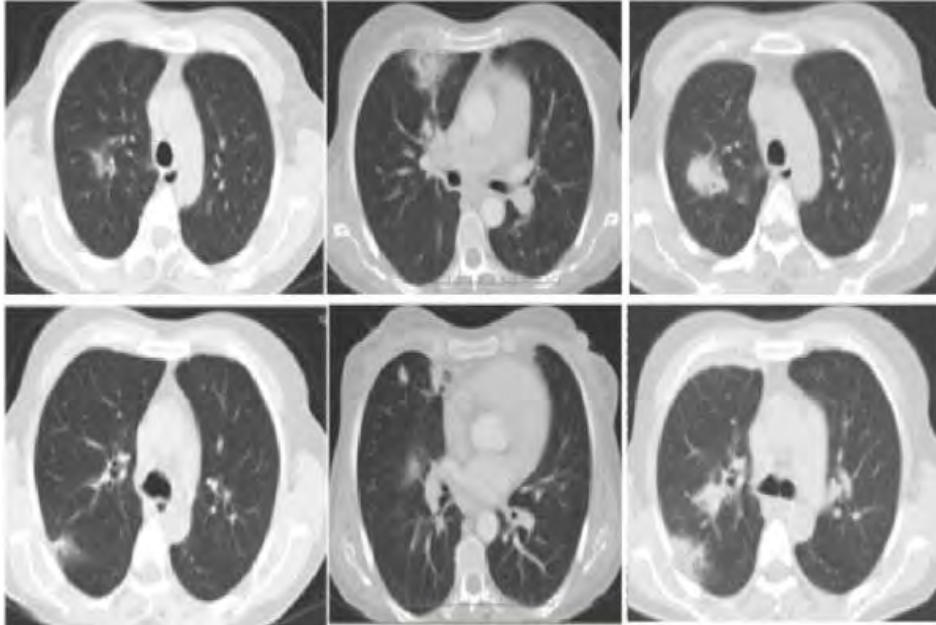
Yaygın Değişken İmmun Yetmezliğe(YDİY) Bağlı Tekrarlayan Pnömoni

Recep Akgedik¹, Berna Botan Yıldırım², Yasemin Kaya³, Canan Eren Dağlı¹¹Ordu Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları AD, Ordu²Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Ordu³Ordu Üniversitesi, İç Hastalıkları AD, Ordu

Yaygın Değişken İmmun Yetmezlik (YDİY), değişik klinik görünümle ortaya çıkan, hipogammaglobuliemi ile karakteristik bir primer immün yetmezliktir. Çok nadir bir hastalık olup prevalansı yaklaşık 1/50.000-200.000 dir. YDİY en sık 20-40 yaşları arasındaki yetişkinler görülürken çocuklarda ve ileri yaşta da görülebilmektedir. Rekürren bakterial enfeksiyonlar başlıca klinik görünümü oluşturur. Antijen spesifik IgG yetersizliği nedeniyle kapsüllü bakteri enfeksiyonları siktir. Rekürren ve dirençli pnömoniler en sık hastaneye yatış, morbidite ve mortalite nedenidir.

54 yaşında kadın hasta, üşüme-titrete, 40 C varan ateş, öksürük, hırıltılı solunum ve ishal ataklarıyla son 3 yılda en az 5 kez yatırılarak tedavi edilmişti. Yatışlarında çoğunlukla antibiyotik tedavisine geç yanıt veren ve çoğunlukla multilober, özellikle alt loblarda ve değişken lokalizasyonlarda pnömonik infiltrasyonlar saptandı. Hastada rekürren pnömoni etyolojisini aydınlatmak için FOB, endoskopi, toraks ve abdomen CT tetkikleri yapıldı. Bağı dokusu ve otoimmün hastalıklar için detaylı araştırma yapıldı. Kan ve balgam kültürleri ve ARB si negatifti. Açık akciğer biyopsisi planlanan hastanın serum immünofiksasyon elektroforezinde IgG(G1 ve G2), IgM ve IgA belirgin düşük olarak saptandı. 4 mg/kg dozda IVIG tedavisi başlandı. Bu tedaviyle hastanın kliniği belirgin düzeldi. Akciğer enfeksiyon sıklığı, şiddeti ve hatanede yatış süresi belirgin azaldı. Hasta halen klinimizce ayaktan takip edilmeye devam ediyor. Olgumuzu nadir görülen YDİY hastalığı ve rekürren pnömoni etyolojisinde primer immün yetmezliklere dikkat çekmek için sunmayı uygun bulduk.

Resim 1



Aralarında en az 3 ay süre olan 3 ayrı yatışa ait 2012-13 tarihli toraks BT görüntüleri.

OK-14

Genç Erişkin Yaşta Tanı Konulan Kronik Granülomatöz Hastalık Olgusu

Dilem Anıl Tokyay, Emine Aksoy, Oğuz Aktaş, Fatma Tokgöz, Yasemin Bodur, Tülin Sevim
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Kronik Granülomatöz Hastalık (KGH) nikotinamid adenin dinükleotid fosfat (NADPH) oksidaz sistemindeki defektlere bağlı olarak gelişen, tekrarlayan ve yaşamı tehdit eden enfeksiyonlar ve artmış enflamatuvar yanıtla bağlı granülom oluşumu ile karakterize heterojen, kalıtsal primer bir immün yetmezlik hastalığıdır. Genellikle erken çocukluk döneminde ve ilk beş yaşta tanı konulmaktadır. Kliniğimizde KGH tanısı konulan 19 yaşındaki olgu nadir görülmesi nedeniyle sunuldu.

OLGU: Ondokuz yaşında erkek olgu 1 haftadır ateş, göğüs ağrısı ve 2 aydır olan göğüs ön duvarında şişlik şikayeti ile başvurdu. Ayaktan kullandığı antibiyotik tedavisine rağmen şikayetleri devam eden hasta kliniğimize yatırıldı. Öğrenci olan hastanın, soy geçmişinde özellik yoktu. Son 2 yıl içinde 3 kez pnömoni geçirmişti.

Hastamızın yatışında genel durumu iyi, ateş: 37.4 C, oda havasında SpO₂: %99 idi. Solunum sistemi muayenesi doğaldı. Göğüs ön duvarında sağ tarafta 3X5 cm çapında üzeri kızarıklık, ısı artışı gösteren, fluktuasyon veren şişlik mevcuttu. Postero-anterior (PA) akciğer grafisinde sağ akciğer üst alanda periferde nonhomojen opasite artışı izlendi (Resim 1).

Bu bulgularla yatırılan hastaya ampicilin+sulbactam 4x1gr başlandı. Göğüs ön duvarındaki şişlikten 1,5 cc sarı yeşil renkli materyal aspire edilerek ARB, nonspesifik kültür ve patolojiye gönderildi. Yara kültür ARB ve iki balgam ARB negatif bulundu. Yara kültüründe üreme olmadı. Patolojide yoğun nötrofil lökosit olarak raporlandı. Yaşına göre gelişme geriliği görülen, tekrarlayan pnömoni atakları olan hastada immün yetmezlik düşünülerek IgG, IgM, IgA, IgE istendi. Hastanın ateşinin devam etmesi nedeniyle antibiyotik tedavisi piperasilin-tazobaktam 4.5 gr 3x1 olarak değiştirildi. Immünglobulinlerin normal sınırlarda olması üzerine hastada KGH düşünülerek yapılan tetkiklerinde Dihidrorhodamin testi otozomal resesif kronik granülomatöz hastalık ile uyumlu saptandı. Etkin izolasyonu için göğüs duvarındaki abse boşaltıldı ve abse materyalinde aspergillus üredi. Bu bulgularla varikonazol 200 mg 2x1, sefeksim 400 mg 1x1, trimetoprim-sulfametaksazol 160/800 mg 1x1 (pazartesi, çarşamba, cuma), İnterferon gama 1x1 s.c (pazartesi, çarşamba, cuma) başlandı. Aile taraması yapıldı ve herhangi bir yakınması olmayan kız kardeşine de KGH tanısı konularak tedavi başlandı. Sonuç olarak KGH dah çok çocukluk yaşta tanı konulan bir hastalık olmakla birlikte, akraba evliliklerinin sık görüldüğü ülkemizde erişkin yaş grubunda da ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir hastalıktır.

Başvuru PA akciğer grafi



OK-15**Tedaviye Dirençli Bronkospazmın Ayırt Edici Tanısında Mounier-Kuhn Sendromu: 2 Olgu Nedeniyle**

Ayşe Baççioğlu, Eylem Yıldırım, Füsun Kalpaklıoğlu

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İmmünoloji ve Allerji Hastalıkları Bilim Dalı, Kırıkkale

Mounier-Kuhn sendromu (MKS), trakea ve büyük bronşların genişlemesi, tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonları ve bronşektazi ile karakterize bir sendromdur. Burada MKS saptadığımız iki olguyu nadir görülmesi nedeniyle sunduk. Her iki olgunun ortak özellikleri yıllardır geçmeyen öksürük, balgam ve nefes darlığı nedeni ile zor astım veya KOAH tanılarıyla takip ediliyor olmalarıydı. Her iki olgunun radyolojik incelemesinde yaygın bronşektazileri vardı ve bronş sekresyonlarında nadir görülen bakterilerin üremesi oldu. Olgu-1 43 yaşında ve olgu-2 63 yaşında toraks radyolojisinde trakea ve ana bronş çaplarının ileri derecede geniş olması ile tanı aldılar. Olgu-1'e trakeaya stent konulmaya çalışıldı ancak belirgin faydalansa da her seferinde stent yerinden çıkıp hemoptiziye yol açınca vazgeçildi. Olgu-2'nin ise hipoksemisi olmamasına rağmen polistemisi ve trombositozu vardı ve antiagregan ve myelosupresif ajan kullanmaktaydı. Sonuçta her iki olgu destek tedavisi olarak bronkodilatör, mukolitik ve enfeksiyonları kontrol etmek için profilaktik antibiyoterapi ve immünizasyon ile takibe alındı. Kliniği bronşektazi hastalığı ile benzer olan MKS'nu sık tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonu, balgamda nadir bakteri üremeleri ve tedaviye dirençli bronkospazmda ayırt edici tanı olarak akla getirilmelidir.

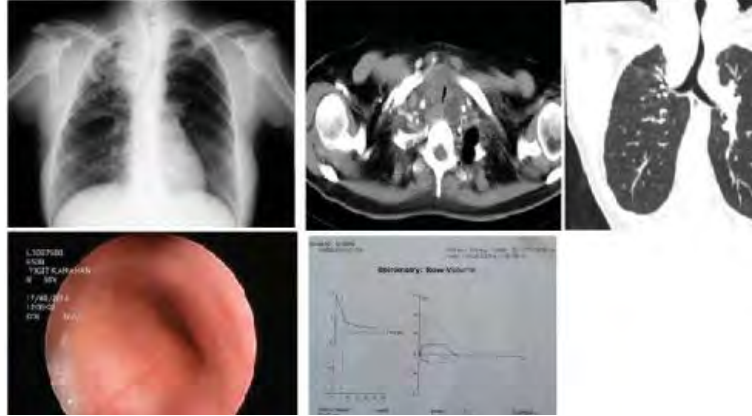
OK-16

Nadir Bir Benign Trakeal Stent Endikasyonu: Tüberküloz Lenfadeniti

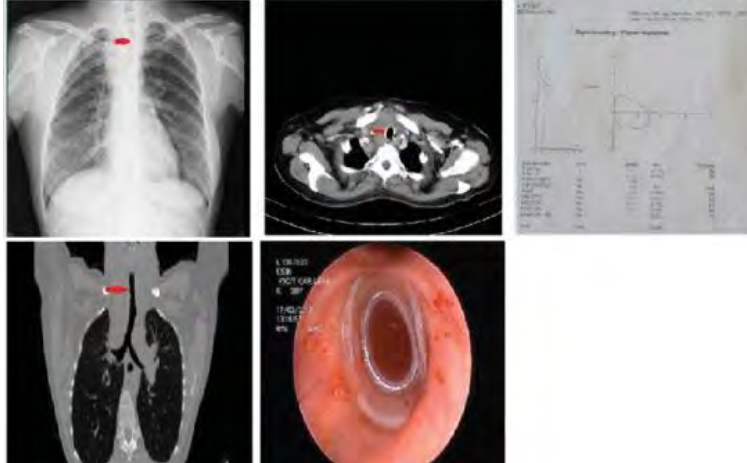
Ayperi Öztürk¹, Zafer Aktaş¹, Şeref Özkara², Aydın Yılmaz¹¹Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Pulmonoloji Kliniği, Ankara²Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tüberküloz Kliniği, Ankara

Trakea ve ana bronşların obstrüksiyonu endobronşiyal obstrüksiyon, ekstraluminal kompresyon ya da her ikisi sonucunda gelişebilir. Obstrüksiyona neden olan malign ya da benign hastalıklar tablo 1'de özetlenmiştir. Santral havayolu obstrüksiyonunda ortaya çıkan semptomlar, obstrüksiyonun yeri ve şiddetine göre farklılık göstermekle birlikte sıklıkla ses kısıklığı, nefes darlığı, stridor ve wheezingdir. Stentler, benign ya da malign santral havayolu darlıklarında havayolu açıklığının devamını sağlamak için kullanılan içi boş metal, silikon veya hibrit materyalden oluşan endobronşiyal protezlerdir. Stent endikasyonları tablo 2'de özetlenmiştir. Otuz sekiz yaşında bayan hasta, antitüberküloz tedavisinin 3. ayında aşırı terleme, halsizlik, ara ara ateş, nefes darlığı ve stridor şikayetleri ile kliniğimize yatırıldı. Özgeçmişinde gebelikte troidit ve 4 yıl önce nefrotik sendrom tanısı ile steroid kullanımı mevcuttu. 3 ay önce benzer şikayetlerle başvurduğunda çekilen boyun bilgisayarlı tomografisinde, sol ön servikal alandan sol akc apekse uzanan 6x5.5x4.5 cm lik kistik, nekrotik alanlar içeren lenf bezi izlenmiş; ekzisyonel biyopsi yapılarak kazeifiye nekrotizan granülom saptanmış ve 4 lü antitüberküloz tedavisi başlanmıştı. Kliniğimize başvurduğunda akciğer grafisinde trakeal darlık, takiben çekilen üç boyutlu toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) alt servikal alandan sağ alt paratrakeal alana uzanım gösteren, trakeayı sağdan basılayan konglomere lenfadenopati izlendi; solunum fonksiyon testi fiks obstrüksiyonla uyumlu idi (resim 1). Fizik muayenesinde; sol ön servikal alanda hiperemik, ağrılı, fikse, yaklaşık 2 cm çapında lenf bezi dışında anormal bulgu saptanmadı. Laboratuvar bulgularında; sedimentasyon ve CRP değerleri yüksekti, tüberkülin cilt testi 15mm idi. Hastaya total intravenöz anestezi altında rijid traekoskop ile entübasyonu takiben yapılan eksplorasyonda, kord vokallerin 3 cm distalinde sağ lateralden dış basıyla oluşan trakeal darlık izlendi; CP-EBUS eşliğinde sağ üst ve alt paratrakeal lenf bezleri örnekledi; rijid dilatasyon uygulandı ancak optimal trakeal açıklık sağlanamadığından silikon stenotik stent (Ç:18*16*18,B: 15*20*15 boyutlarında) yerleştirildi (resim1). Stent sonrası hastanın nefes darlığı, stridor şikayetleri tamamen geriledi. Kontrol solunum fonksiyon testi normaldi; kontrol akc grafisi ve toraks bt 'sinde minimal regresyon izlendi (resim 2). Antitüberküloz tedavisi 6 aya tamamlanarak kesildi. Hastanın takibinde nefrotik sendromu ağrı ve olup immünoloji bölümü tarafından steroid tedavisi başlandı. Stent ihtiyacı devam etmekte olan hasta, halen takibimiz altındadır. Bu olgu literatürde, tüberküloz lenf adenitine bağlı ender rastlanan trakeal stent gerektiren olgu olduğu için sunulmuştur.

Resim 1. İşlem öncesi radyolojik, rijid bronkoskopi görüntüleri ve solunum fonksiyon testi



Resim 2. İşlem sonrası radyolojik ve rijid bronkoskopik görüntüleri ve solunum fonksiyon testi



Tablo 1. Santral Havayolu Darlık Nedenleri

MALİGN	Primer endoluminal karsinom	Metastatik karsinom	Mediastinal tümörler	BENİGN	Lenfadenopati	Vasküler	Kartilaj	Granulasyon dokusu	Psödotümör	Webler	Hiperdinamik	Diğer
	Bronkojenik	Renal hücreli	Timus		Sarkoidoz	Sling	Tekrarlayan polikondrit	Endotrakeal tüp	Hamartom	İdiopatik	Trakeomalazi	Guatr
	Adenoid kistik	Meme	Germ hücreli		Enfeksiyon (ör: tüberküloz)			Trakeostomi tüp	Amiloid	Tüberküloz	Bronkomalazi	mukus plağı
	Mukoepidermoid	troid	Maligniteye bağlı lenfadenopati					Havayolu stenti	Papillomatosis	Sarkoidoz		vokal kord paralizi
	Karsinoid	Kolon	Lenfoma					Yabancı cisim				epiglottit
		Sarkom						Cerrahi anastomozlar				kan pıhtısı
		Melanoma						wegener granulatosis				
		Larinks										
		Özefagus										

Tablo 2. Stent Endikasyonları

Malign Nedenler	Endobronşiyal tümörler (tümör temizliğinin yetersiz oluşu, tedaviye rağmen relaps, lokal nüksün yüksek oluşu)
	Bronş, özefagus ya da baş-boyun tümörleri nedeni ile dıştan bası
	Mediastinal lenf bezlerinden dolayı dıştan bası
	Malign fistül (ör: trakeo-özefageal fistül)
	Hemoptizi
Benign Nedenler	Post-entübasyon stenozu
	Sistemik hastalıklar (vaskülit, tbc, tekrarlayıcı polikondrit)
	Post-anastomozlar (akc transplantasyonu, akc rezeksiyonu)
	Trakeobronkomalazi
	Dış yapılardan bası (vasküler veya mediastinal)

OK-17

Hipotiroidik Bir Olguda Topikal Lidokainin Yol Açtığı Akut Ciddi NörotoksisiteZehra Nur Töreyn¹, Tarık Şimşek¹, Özlem Göksel¹, Tuğba Cerrahoğlu Şirin², Tuncay Göksel¹¹Ege Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir²Ege Üniversitesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, İzmir

Tiroid papiller karsinomu tanısı ile total tiroidektomi operasyonu uygulanan 55 yaşında, 90 kg erkek hastada postoperatif birinci ayda akciğerde kitle lezyonu ve mediastende lenfadenopatiler saptanmıştır. Bronkoskopi planlanan hastaya, sedasyon yapılmadan önce toplam 16 cc %2 lidokain (total 320 mg) ile lokal anestezi yapılmıştır. Sedasyon öncesi, lokal anestezi dörd dakika sonra hastada lokalize konvulziyon ve bilinç bulanıklığı gelişmiştir. Kardiyak ve solunumsal komplikasyon izlenmeyen hasta işlem iptal edilerek ikinci basamak yoğun bakım ünitesine alındı. İki saat sonra bilinç bulanıklığı düzelen hastada çekilen kraniyal BT ile kraniyal ve boyun MR'da metastaz ya da serebrovasküler bir patoloji izlenmedi. Ürtiker/anjioödem, hipotansiyon, hava yolu obstrüksiyonu veya gastrointestinal sistem bulgusu olmayan hastada gelişen klinik tablo erken tip aşırı duyarlılık reaksiyonu veya anaflaksi ile uyumlu değildi. Hastada spesifik akut nörolojik ve allerjik durumlar dışlandıktan sonra, lidokainin topikal uygulaması sırasında gelişen akut nörotoksisite tanısı konmuştur. Lidokainin kardiyak ve nörolojik yan etkileri doza bağımlı olarak, total serum düzeyi 5mg/L'yi veya total topikal doz 7mg/kg'ı aştığında ortaya çıkmaktadır. Bizim hastamızda uygulanan total doz 3.5 mg/kg'dır. Bu normal dozda ciddi yan etki ortaya çıkması nedeni araştırıldığında hastanın kullandığı levotiroksin tablet 100 mcg/gün rağmen plazma tiroid hormon düzeyleri oldukça düşük bulunmuştur (sT3: 1.69 pg/mL, sT4: 1.06 ng/dL, TSH: 61.20 µIU/mL). Levotiroksin dozu arttırılan olguda hipotiroididen çıktıktan sonra yapılan lokal anestezi ile bronkoskopide komplikasyon izlenmemiştir. Hipotiroidi, anestezi ilaçların hepatik metabolizmasında azalmaya neden olarak perioperatif mortalite ve morbiditeye neden olan bir durumdur. Literatürde hipotiroidik olgularda perioperatif dönemde gelişen genel anestezi komplikasyonları bildirilmiş olsa da, lidokain ile lokal anesteziye bağlı akut nörotoksisite bildirilmemiştir.

OK-18

Son Derece Nadir Bir Subglottik Stenoz Nedeni; Endotrakeal Tiroidli Bir Olgu Sunumu

Ümit Aydoğmuş¹, Yasin Ekinci¹, Figen Türk¹, Emin Ayduran², Gökhan Yuncu¹

¹Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Denizli

²Servergazi Devlet Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Denizli

Burada multinodüler guatr nedeniyle 14 yıl önce opere olmuş bir hastada nükle birlikte benign tiroid dokusunca invazyona bağlı subglottik stenozlu bir olgu sunulmuştur.

OLGU: 14 yıl önce bilateral tiroidektomi operasyonu geçirmiş hastanın patolojisi multinodüler tiroid dokusu olarak raporlanmıştı. Son 6 yıldır astım tedavisi gören hastanın son zamanlarda solunum sıkıntısı artmış ve hırıltılı solunum başlamıştı. Durumunda ani bozulma üzerine acil servise getirilen hastayı, KBB değerlendirmiş ve yaptıkları indirek larengoskopide: "kord vokallerin hemen altında trakeal kitle" izleyip, servisi-mize yönlendirmişti. Öz geçmişinde konjenital işitme kaybı mevcuttu. Toraks tomografisinde tiroid bezi seviyesinde trakeada sol yan duvarda izlenen tiroid bezi ile izodens 15x11 mm boyutlu yumuşak doku görünümü nedeniyle belirgin daralma mevcuttu ve situs inversus totalis izlendi. Ciddi solunum sıkıntısı nedeniyle acil trakeostomiye alınan hastanın trakeası krikoid kartilajın 2,5 cm kadar altından vertikal insize edildi. Sol kord vokalden sınırı ayırılmayan 2 cm boyunca devam eden endotrakeal lezyon izlendi, hem bu lezyondan hem de trakea çevresindeki dokudan biyopsiler alındı. Sub glottik alandan distale uzanan Montgomery T tüp yerleştirildi. Patolojisi, "tiroid dokusu ile uyumlu histopatolojik bulgular" olarak raporlandı.

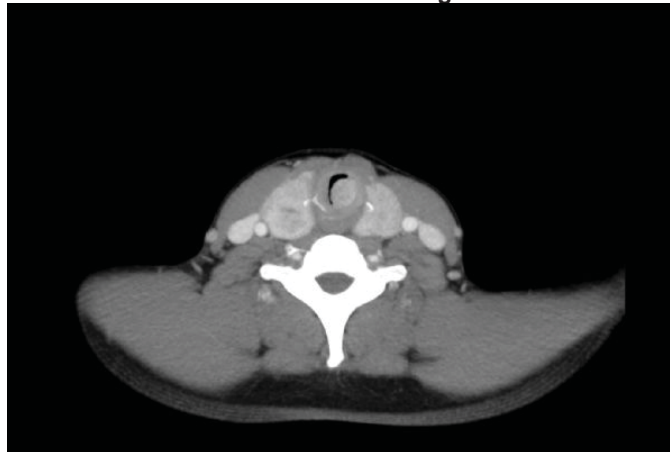
Hasta solunumsal yönden stabilize olduktan sonra SPECT ve Tiroid I-131 sintigrafisi yapıldı: "trakea içine invazyon gösteren hiperplazik normoaktif tiroid bezi" izlendi.

SONUÇ: Benign trakea tümörleri son derece nadirdir. Ayrıca tiroid kanserine bağlı trakea invazyonu sık olmamakla birlikte oluşabilmektedir. Bizim vakamızda ise benign tiroid dokusunun trakeayı invazyonu ilk tiroid cerrahisinin yetersizliği ve/ veya komplikasyonuna bağlı oluşmuş olabilir.

Servikal BT sagittal kesit görüntüsü



Servikal BT transvers kesit görüntüsü



OK-19

Wegener Granülomatozisine Bağlı Subglottik Stenozda Kompleks Cerrahi OnarımÜmit Aydoğmuş¹, Figen Türk¹, Neşe Dursunoğlu², Gökhan Yuncu¹¹Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Denizli²Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

Wegener granülomatozisinde (WG) solunum sistemi tutulumu siktir. Burada subglottik stenozisi olan bir WG'li hastanın kompleks cerrahi girişimle tedavisi sunulmuştur.

OLGU: 10 yıldır sinüzit nedeniyle takip edilen 56 yaşında kadın hastada 7 yıl önce semer burun gelişmiş. 18 ay önce nefes darlığı ve halsizlik şikayeti başlayan hastanın tetkiklerinde akciğer tutulumu olan WG tanısı konulmuş. Çekilen toraks tomografisinde subglottik stenoz ve bilateral akciğer tutulumu saptanmış. Steroid tedavisi ile takip edilen hastanın nefes darlığı giderek artmış, servisimize yönlendirilmiş. Radyolojik incelemesinde subglottik alanda 2 cm lik segment boyunca uzanan darlık ilave olarak sol ana bronşta kısmi darlık izlendi. FEV1; 1390 ml (%59) olan hastanın özellikle efor ile ciddi nefes darlığı şikâyeti mevcuttu. Operasyon kararı alındı. Cerrahi teknik; Genel anestezi ile rijit bronkoskopi ile dilatasyon yapıldı. 6 no. Tüp ile entübe edilerek operasyona geçildi. Krikoid seviye altındaki 15 mm'lik dar trakea segmenti rezeke edildi. Krikoid kartilaj anterior superiorundan tiroid kartilaja kadar insize edildi. Krikoid kartilajdan kod vokallere kadar darlık alanları (lümen içi) keskin diseksiyonla rezeke edildi. Krikoid kartilaj kesisinin arasına otolog kostal kartilaj grefti uygulanarak krikoid halka genişletildi. Subglottik alana damak mukoza grefti uygulandı. Distal trakeadan proksimal ucu kord vokallere ulaşan şekilde 13 numara standart Montgomery T tüp uygulandı. Trakea uç uca anastomoz edildi. Postoperatif komplikasyon izlenmedi. T tüp 6. Ayda sonlandırıldı. Hasta 9. ayında stenozsuz olarak takip edilmektedir.

SONUÇ: Steroid tedavisine cevap vermeyen subglottik stenozlu WG li hastalarda tedavi tartışmalıdır. Uygun hastalarda cerrahi tedavinin başarılı olabileceğini düşünüyoruz.

Cerrahi Öncesi sagittal plan BT görüntüsü



Preoperatif ve 9. ay takipte lateral servikal grafiler



a - preoperatif grafi

b - 9. aydaki grafi

OK-20

İdiyopatik Subglottik Trakeal Ve Bilateral Bronşial Stenozis OlgusuGökhan Yuncu¹, Ümit Aydoğmuş¹, Gökhan Öztürk¹, Figen Türk¹, Ferit Özen²¹Pamukkale Üniversitesi, Göğüs Cerrahi Ana Bilim Dalı, Denizli²Denizli Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, Denizli

Subglottik stenozis nadiren idiyopatikdir. Burada etyolojisi belirlenemeyen subglottik stenozisle birlikte bilateral bronşial stenozisin izlendiği bir olgu sunulmuştur.

OLGU: 13 yıldır astım nedeniyle tedavi gören 40 yaşında bayan hasta 9 yıl önce apendektomi geçirmişti. Son 4 yıldır ses kısıklığı başlayan hasta 2 hafta önce burun kanaması olmuş. Kulak burun boğaz tarafından değerlendirilen hastada sinüzit ve nazal kurtları tespit edilmiş. Kanaması tekrarlaması üzerine yapılan indirek larengoskopide "subglottik alanda darlık" izlenip polikliniğimize yönlendirilmiş. Fizik muayenesinde bilateral ronküs mevcuttu. Sedimantasyon ve CRP değerleri normaldi. Servikal ve toraks tomografisinde C6-7 düzeyinde ~2 cm'lik segmentte en dar yerinde koronal çapı 7.7 mm, sagittal çapı 12.1 mm ölçülen trakeal stenoz izlendi. Endobronşiyal lezyon saptanmadı. Sol akciğer alt lobda subsegmental lineer atelektazi görünümüleri mevcuttu. Fiberoptik bronkoskopide subglottik 2 cm segment boyunca devam eden darlık izlendi, aynı seansta rijit bronkoskopi yapıldı. Trakeabronşial ağacın tamamında beyaz, wedgeler içeren yaygın plaklar tesbit edildi, biyopsi yapılarak patolojiye ve mikrobiyolojiye gönderildi, bronşiyal lavajın bir kısmı patolojiye ve mikrobiyolojiye gönderildi. Darlık sol ana bronş girişinde sağ intermedier bronş seviyesinde belirgindi. Dilatasyon yapıldı. Patolojisi, "kronik aktif inflamasyon ve skuamöz hiperplazi" olarak raporlandı. Tüberküloz ve nonspesifik kültürlerinde üreme olmadı. Mikobakteri PCR çalışmaları negatifti. Gastrointestinal sistem incelemesinde reflü yoktu. Serlojik ve romatolojik yönden yapılan tetkiklerinin tamamı doğaldı. İdiyopatik subglottik stenozis son derece nadirdir. Bizim olgumuzda trakeal stenozla bronşial sistem stenozları eşlik etmekteydi.

Bronkoskopide sol ana bronş



Bronkoskopide trakea



OK-21

Olgu Sunumu: Obstrüktif Akciğer Hastalıklarını Taklit Eden Santral Havayolu Obstrüksiyonu

Hüseyin Lakadamyalı¹, Leyla Kansu², Hatice Lakadamyalı³

¹Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, Antalya

²Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Kulak Burun Boğaz Bölümü, Antalya

³Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Radyoloji Bölümü, Antalya

GİRİŞ: Santral havayolu obstrüksiyonu birçok malign ve benign olaya bağlı gelişebilir. Altta yatan nedene bağlı semptomlar ani (yabancı cisim aspirasyonu) veya yavaş yavaş (malignitelere bağlı) gelişme gösterir. Olgular kimi zaman astım veya KOAH olarak yanlış tanı konur ve tedavi edilirler. Bu durum tanıda ve tedavide gecikmelere sebep olur.

OLGU: 64 yaşında bayan hasta ilerleyici nefes darlığı ve hırıltılı solunum yakınmaları ile başvurdu. Solunum sistemi muayenesi doğaldı. Sadece inspiryum esnasında yüksek frekansı bir ses (stridor) işitilmekteydi. Öz geçmişinde 25 yıl önce tiroidektomi operasyonu olduğu öğrenildi. Hastanın yapılan SFT'sinde fiks havayolu obstrüksiyonu saptandı. Çekilen akciğer grafisinde, trakea dıştan bası ile sağa itilmişti ve üst mediastinal genişleme izlenmekteydi. Toraks BT'de üst mediasteni dolduran yaklaşık 15X9 cm boyutunda, trakeayı sağ iten ve lümenini belirgin daraltan kökenli kitle. Yavaş gelişen santral havayolu obstrüksiyonları obstrüktif havayolu hastalıkları ile karışabilir. Dikkatli fizik muayene, solunum fonksiyon testleri ve ileri görüntüleme yöntemleri altta yatan nedenin aydınlatılmasında kritik önem taşır.

Toraks BT kesiti



Üst mediasteni dolduran yaklaşık 15X9 cm boyutunda, trakeayı sağ iten ve lümenini belirgin daraltan kökenli kitle

OK-22**Transtorasik İğne Aspirasyon Biopsi Sonrası Gelişen Seeding**

Ali Cevat Kutluk, Yunus Seyrek, Levent Cansever, Suleyman Ceyhan, Merve Hatipoğlu, Celalettin İbrahim Kocatürk, Mehmet Ali Bedirhan

Yedikule Göğüs hastalıkları ve göğüs cerrahisi eğitim araştırma hastahanesi 3.Cerrahi

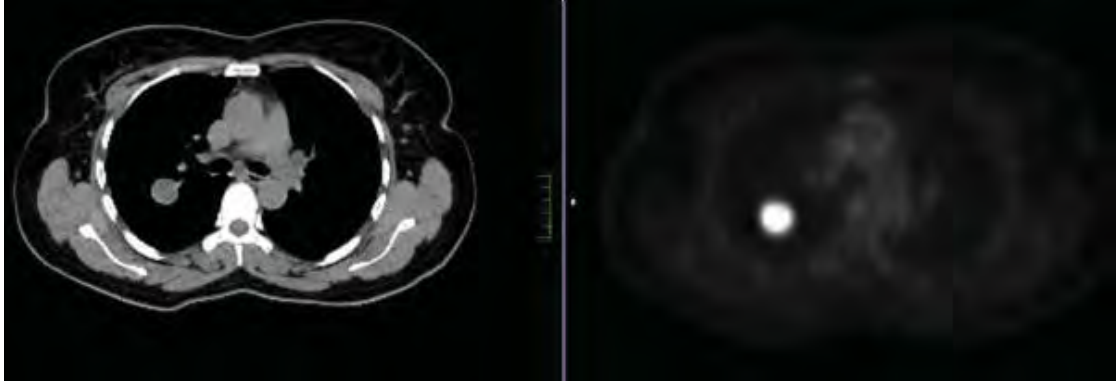
50 yaşında erkek hasta ağustos 2013 tarihinde ağrı ve öksürük şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan tetkiklerinde sol akciğer üst lobda 2,5 cm çapında spikule konturlu kitle saptanması üzerine TTIA kararı alındı. Sol göğüs ön duvarından yapılan TTIA sonucunda küçük hücreli dışı akciğer karsinom tanısı geldi. Preoperatif tetkiklerinde SFT, FEV1: 3.27 %83 ve diğer laboratuvar bulguları normal olarak değerlendirildi.Yapılan periferik taramalarında kranial MR ve PET-BT'sinde ekstra torasik tutulum gözlenmemesi üzerine yapılan ortak konsey sonucu kasım 2013 tarihinde mediastinoskopi ve sol üst lobektomi kararı alındı. Mediastinoskopi sonucu N0 olan hastaya sol üst lobektomi yapıldı. T1bN0M0R0 adenoskuamoz hücreli karsinom olarak evrelendi. Postoperatif 3. ay takibinde sol göğüs ön duvar üzerinde ağırlı kitle saptandı. Yapılan thoraks USG sinde 2.5x4.5 cm boyutlarında düzgün sınırlı pektoral kitle tespit edildi. Hastaya göğüs ön duvar kitle nedeniyle açık biopsi kararı alındı. Frozen patolojisi küçük hücreli dışı adenoskuamoz karsinom olarak geldi. Göğüs ön duvarındaki kitle pektoralis major ve parsiyel pektoralis minör kası ile birlikte güvenli cerrahi marjı korunarak eksize edildi. Göğüs ön duvar kitlesinin TTIA sonrası 'seeding' olabileceği düşünüldü. Hastaya radyoterapi ve kemoterapi tedavisi verildi. Yaklaşık 6 aydır takiplerinde nüks saptanmadı. Transtorasik iğne aspirasyonu toraks lezyonlarını tanısında kullanılan %88 sensitivite ve %96 spesifiteye sahip güvenilir bir tanı yöntemi-dir. Nadir de olsa işlem sonrası uygulama alanında inokulasyonlar bildirilmiştir. TTIA sonrası inokule olmuş ve başka bir yerde metastas çıkmamış olgular uygun bir şekilde tedavi edilmelidir.

OK-23

Benign Fibröz Histiyositoma'lı Olguda Malign Hastalığı Taklit Eden Yanlış Pozitif PET/BT BulgularıHülya Günbatar¹, Alpaslan Yavuz², Yusuf Demir³, Remzi Erten⁴, Aysel Sünnetçioğlu¹, Fuat Sayır⁵, Bünyamin Sertoğulları¹¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Van²Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Van³Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Nükleer Tıp Ana Bilim Dalı, Van⁴Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Van⁵Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Van

Primer benign fibröz histiyositom (BFH) genellikle yavaş büyüyen ve solid parankimal kitle şeklinde ortaya çıkan akciğerin çok nadir görülen bir kanserdir. Bu lezyonların histiyositlerden oluştuğu kabul edilir ve yumuşak dokuların diğer neoplazmları ile karışabilir. Florodeoksiglukoz (FDG)-pozitron emisyon tomografisi (PET), malign-benign lezyonları ayırt etmek için kullanılan ve geleneksel akciğer bilgisayarlı tomografisine göre (BT) daha etkili olduğu gösterilmiş bir görüntüleme yöntemidir. Ancak, FDG-PET kanser spesifik bir ajan değildir ve benign hastalıklarda yanlış pozitif bulgular, aktif enfeksiyon veya inflamasyon durumlarında bildirilmiştir. Kliniğimize göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran ve BT'indeki parankim penceresindeki kesitlerde; sağ akciğer üst lob posteriora 23x21mm ebatlı düzgün sınırlı nodül izlendi. Öncelikle benign natürlü olduğu düşünülen lezyonun malignite ayırımı açısından pozitron emisyon tomografisi (PET) çekildi. Olgunun PET/BT'inde toraks tomografilerindeki kitle görünümünde patolojik düzeyde 18F-FDG tutulumu(SUVmax: 16.5) tespit edildi.Üst lob posterior yerleşimli intraparenkimal düzgün sınırlı kitleye göğüs cerrahisi tarafından wedge rezeksiyon yapıldı, kitlenin patolojisi 'benign fibroz histiositom ile uyumlu benign mezankimal tümör 'olarak rapor edildi. Sonuç olarak,literatürde izlediğimiz kadarı ile maligniteyi taklit eden, PET/BT'de yanlış pozitif tutulum gösteren akciğerin ilk benign fibröz histiyositomlu olgusunu sunmakta ve nadir de olsa PET/BT'de yanlış pozitif durumlar arasında akıld tutulmasının gerektiğini düşünmekteyiz.

figür 1



Sağ akciğer üst lob posteriora 23x20 mm boyutlu nodüler elzyonda artmış FDG tutulumu (SUVmax: 16.5).

OK-24**Yoğun Bakımda Havayolu Obstruksiyonu Tedavisinde Girişimsel Bronkoskopi ve Argon Plazma Koagülasyon (APC) Uygulaması**

İpek Saadet Edipoğlu, Mustafa Akker, Yalım Dikmen, Salih Serdar Erturan

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Yoğun Bakım bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Trakea ve ana bronşlar, büyük havayollarını oluşturur. Büyük havayolu darlığının kesin olarak sıklığı bilinmemekle birlikte akciğer kanseri olgularının % 20- 30'unda havayolu darlığına bağlı komplikasyonların (pnömoni, atelektazi, soluk darlığı, vb) geliştiği ve akciğer kanseri ölümlerinin yaklaşık %40'ının intratorasik hastalığa bağlı olduğu bildirilmektedir. Argon plazma koagülasyon dokuya temas etmeden uygulanan elektrokoagülasyon yöntemidir. Elektrik akımını argon gazı iletir. Koagüle olan doku elektriği iletmediği için yüzeyel koagülasyon yapar. Bu nedenle lümeni tıkayan büyük endobronşiyalkitlelerin temizlenmesini (debulking), kanamalı lezyonlarda ise hızlı hemostaz sağlar.

OLGU: Akciğerde sağ alt lob posterobazalde subplevral yerleşimli kitle nedeniyle RT tedavisi uygulanan hasta solunum sıkıntısı nedeniyle yoğun bakım ünitesine (YBÜ) alınarak Non-invaziv-mekanik-ventilasyon (NIMV) desteği sağlanarak takip edildi. Klinik durumunun kötüleşmesi nedeniyle entübe edilip BIPAP modda mekanik ventilasyon desteği sağlanarak takip edilmeye başlandı. YBÜ'de yapılan bronkoskopide trakea açık, trakeal karinaya invaze kanamaya eğilimli kitlenin sol ana bronşu tama yakın, sağ ana bronşu %50 oranında daralttığı görüldü. Genel anestezi altında rijid bronkoskopi yapıldı.

Trakeayı küntleştirilen bulky LAP her iki bronşu tama yakın tıkiyordu. Önce sol tarafa APC (argon plazma koagülasyon) yapılarak kitle koagüle edildi, ardından rijid forseps ile debulking yapılarak sol ana bronş girişi açıldı. Aynı işlem daha sonra sağ tarafa da uygulandı. İşlem sonrası hastanın genel durumu iyileşti, akciğer gaz değişimi düzeldi ve servise taburcu edildi.

SONUÇ: Girişimsel bronkoskopi ve APC, YBÜ'de de uygulanabilen, özellikle büyük havayolu obstruksiyonuna sebep olan kitlelerin tedavisinde etkili, güvenilir yöntemlerdir.

Kaynakça:

1. Morice RC, Ece T, Ece F, Keus L. Endobronchial argon plasma coagulation for treatment of hemoptysis and neoplastic airway obstruction. *Chest* 119: 1968-1975, 2001

2. Cavaliere S, Venuta F, Foccoli P, et al. Endoscopic treatment of malignant airway obstruction in 2008 patients. *Chest* 110: 1536-1542, 1996

OK-25

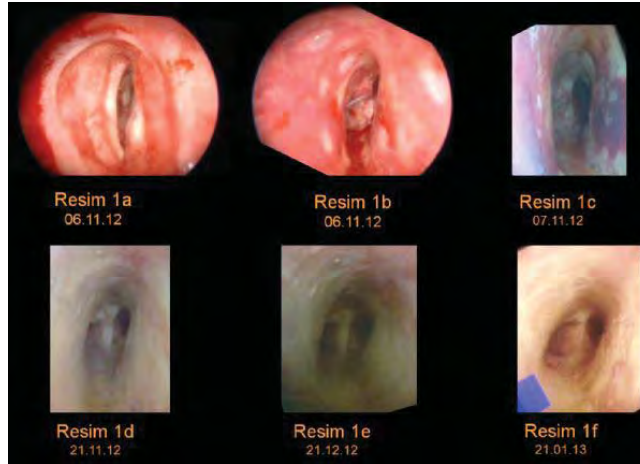
Malign Hava Yolu Darlığı Nedeniyle Uygulanan Silikon Stentin Uzun Dönem Takibi ve Komplikasyonları

Osman Akcan, Zafer Aktaş, Ayperi Öztürk, Aydın Yılmaz, Eda Akcan

Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

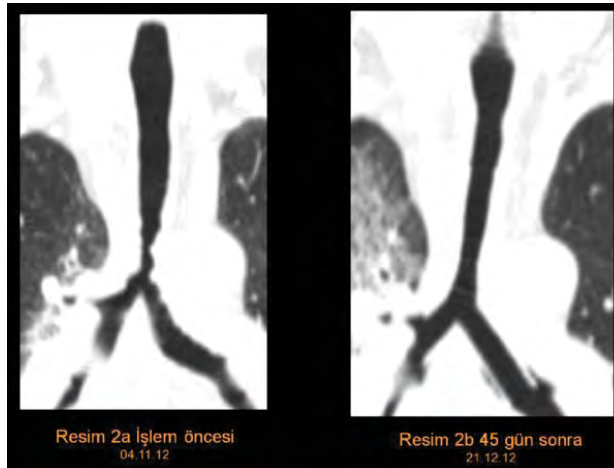
Santral hava yolu darlıklarının sık görülen sebeplerinden biri akciğer kanseridir. Hastalığın seyri sırasında hastaların %30'unda trakeada ve ana bronşlarda darlığa neden olur. Malign hava yolu darlıklarının tedavisi girişimsel bronkoskopi, radyoterapi ve cerrahidir. Girişimsel bronkoskopik yöntemlerden biri olan stent uygulaması ile tedavi edilen hastaların %80'inden fazlasının şikayetlerinde ani bir düzelme olduğu saptanmıştır. Stent uygulaması ayrıca daha ileri küratif tedavi uygulanana kadar hayat kurtarıcı bir işlemdir. 57 yaşında, erkek hasta 2010 senesinde dış merkezde fiberoptik bronkoskopinin tanısal olmaması üzerine mediastinoskopi ile sağ alt paratrakeal ve subkarinal lenf nodlarından alınan biopsi ile skuamoz hücreli akciğer kanseri tanısı aldı. T2aN2M0 Evre 3A olarak evrelenen hastaya Haziran 2010'da eş zamanlı kemoradyoterapi uygulandı. Şubat 2012'de ve Haziran 2012'de iki defa progresyon nedeni ile KT aldı. Yeni gelişen inspiratuar stridor nedeniyle Eylül 2012 de hastanemizde FOB ile değerlendirilerek trakea alt uçta lümeni %80 daraltan dış bası izlendi (Resim1a). Hastaya Ekim 2012'de trakeal darlık nedeni ile Tomoterapi 4000 cgy IMRT uygulandı. İspiratuar stridorunda düzelme olmayan hastanın Kasım 2012'de çekilen iki boyutlu MPR görüntülerinde trakea alt uçta ve her iki ana bronşta darlıklar izlendi (Resim2a). Hastaya 06.11.2014 tarihinde silikon Y stent uygulandı (Resim1b). Bir gün sonra kontrol FOB'unda trakea ve her iki ana bronş çapında belirgin artış izlendi (Resim1c). 15 gün sonra sekresyon retansiyonu nedeni ile gelen hastaya FOB yapıldı (Resim1d), sekresyon temizliği yapılan hastanın antibiyotik ve mukolitik tedavisi düzenlendi. İşlemden 45 gün sonra pnömoni nedeni ile değerlendirilen hastanın yapılan FOB'unda stent uygulamasına ait bir komplikasyon izlenmedi (Resim1e). İki boyutlu MPR görüntüsünde ise trakea ve her iki ana bronşun stent uygulaması sonrası belirgin genişlediği izlendi (Resim2b), sağ akciğer üst lobda radyasyon pnömonisi ile uyumlu görünüm mevcuttu. İşlemden 75 gün sonra hemoptizi ile başvuran hastaya tekrar FOB yapıldı (Resim 1f), sağ akciğer orta lob ağzından progrese olan kitle nedeniyle kanadığı saptandı, kanama kontrolü sağlanarak işleme son verildi. Hasta stent uygulamasından 192 gün sonra beyin metastazına bağlı olarak kaybedildi. Silikon Y Stent uygulaması, başlangıçta inspiratuar stridoru olan hastanın semptomunda palyasyon sağlamış, kalan yaşam süresi boyunca hava yolu darlığına bağlı semptom gelişmesini engelleyerek yaşam kalitesini artırmıştır.

Resim1a-f



Hastanın uzun süreli takibi sırasında komplikasyonlar nedeni ile değerlendirildiğinde yapılan FOB görüntüleri

Resim2a-b



İki boyutlu MPR görüntülerinde stent uygulaması öncesi ve stent uygulandıktan 45 gün sonraki karşılaştırmalı görüntüleri

OK-26

Pulmoner Langerhans Histiyositoz: Değişik Radyolojik Bulgulara Sahip İki Olgu SunumuHülya Günbatar¹, Alpaslan Yavuz², Bünyamin Sertoğulları¹, Selami Ekin¹, Selvi Aşker¹, Fuat Sayır³, İrfan Bayram⁴¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Van²Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Van³Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Göğüs Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Van⁴Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Van

Pulmoner Langerhans Hücreli Histiositozis (PLHH) akciğerin Langerhans hücre infiltrasyonu ile seyreden idiyopatik interstisyel akciğer hastalığıdır. PLHH non-spesifik belirtilere sahiptir ve hastaların çoğunun sigara geçmişi vardır. Stellate nodüller, retiküler ve nodüler opasiteler, üst bölge kistleri veya bal peteği, akciğer hacmi korunması ve kostofrenik açı koruyuculuğu PLHH için son derece spesifiktir. Literatüre katkıda bulunmak için, iki olgu sunulmuştur. İlk olgu 10 paket / yıl sigara öyküsü, öksürük ve sebat eden interstisyel opasiteler ile başvuran 30 yaşında bir erkek, ikinci olgu, 15 paket / yıl sigara içme öyküsü olan 34 yaşında persistan öksürük yakınması ile başvuran bir erkek idi. Toraks BT'de ilk olguda üst ve orta bölgelerde periferik retiküler opasiteler, ikinci olguda çok sayıda parankimal kistik nodüller lezyonlar izlendi. Açık akciğer biyopsisi yapıldı, immunohistokimyasal inceleme CD1a, CD68, S100 antijeni pozitif olarak izlendi, histolojik tespit ve radyolojik olarak PLHH teşhisi doğrulandı. Sonuç olarak, PLHH son derece nadir görülen benign bir hastalıktır. Hastalar farklı radyolojik bulgular ve klinikle presente olabilir.

olgu 1



Şekil 1: Multipl pulmoner nodüller gösteren biyopsi ile kanıtlanmış Pulmoner hücreli histiyositozisli 27 yaşındaki sigara içen erkek olgunun toraks CT görüntüsü. (a) Nodül çapı 1-5 mm arasında değişen çoğunlukla sentrilobüler dağılımlı (oklar), ama bir kaç subplevral bölgede (ok başı) yer alan nodüller. (b) Santral hipodens kaviteasyona giden bileşenler izlenmektedir.

olgu 2



(a) çapı 5-20 mm, çoğunlukla bir kaç milimetre duvar kalınlığına sahip kistler

OK-27

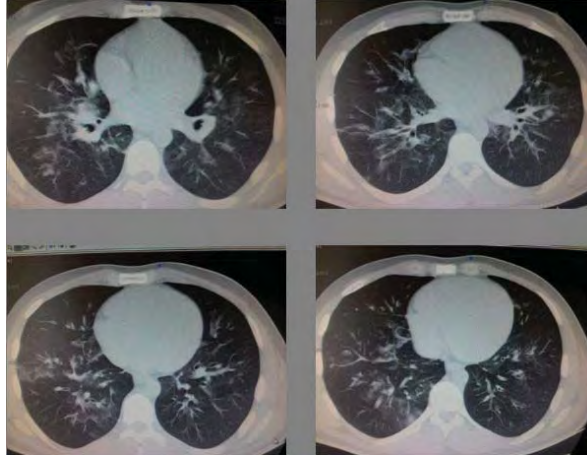
“Bonzai” İnhalasyonuna Bağlı Solunum Yetmezliği Tablosu ile Prezente Olan Akut Eozinofilik Pnömoni

Olgusu

Nesrin Öcal¹, Deniz Doğan¹, Ali Fuat Çiçek², Orhan Yücel¹, Hayati Bilgiç¹¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara²Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara

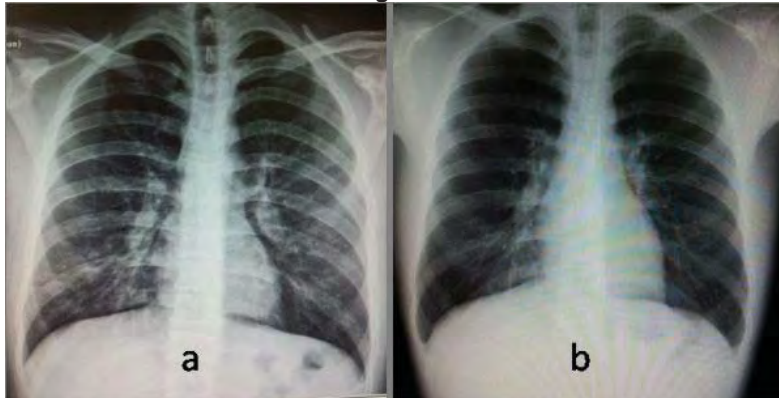
Son günlerde halk arasında ‘bonzai’ olarak adlandırılan uyuşturucu, özellikle gençleri tehdit eden büyük bir tehlike haline gelmiştir. ‘Cannabinoid’ olarak lanse edilen bu madde, tamamen sentetik birçok uyuşturucu kimyasallerin bazı bitkilerin kurutulmuş yapraklarına emdirilmesi ile yapılmaktadır. Kullanıcılar bu uyuşturucuyu çoğunlukla inhale etmek suretiyle almaktadırlar. Her geçen gün yeni zararları ortaya çıkan ‘bonzai’ nin tetiklediği bir akut eozinofilik pnömoni olgusu paylaşmak istedik. Yaklaşık bir hafta önce başlayan, giderek artan ve son 1-2 günde günlük işlerini kısıtlayacak dereceye gelen nefes darlığı şikayeti ile başvuran hasta dış merkezde yapılan değerlendirmede toplumda gelişen pnömoni öntanısı ile kliniğimize sevk edilmiş. Hastanın fizik muayenesinde ateşi 38.8 derece, oda havasında SpO₂ %85-86, nabız 105vuru/dk, AKB normal değerlerde saptanmış olup dinlemekle her iki hemitoraksta yaygın krepitan raller oskülte edilmekteydi. PA akciğer grafisinde, alt zonlarda ve parakardiyak alanlarda daha belirgin olmak üzere her iki orta alt zonlarda retiküler gölge koyuluğu artışı alanları izlenmesi üzerine çekilen toraks HRCT’de alt loblarda ve santral kesimlerde daha belirdin düzensiz sınırlı buzlu cam alanları izlenmekteydi. Detaylı anamnezde hastanın madde bağımlısı olduğu, uzun süredir esrar ve eroin kullandığı, son bir aydır ‘bonzai’ isimli uyuşturucuyu kullanmaya başladığı ve son bir haftadır ‘bonzai’ kullanma sıklığının arttığı öğrenilmiştir. Mevcut klinik tablosu ve solunum yetmezliği nedeniyle klinik serviste yakın takibe alınarak oral moksifloksasin ve bronkodilatör tedavi başlanan hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde periferik kanda WBC: 9100, total eozinofil 1100 olarak izlendi. Hastadan alınan balgam örneğinde mikrobiyolojik üreme olmamakla beraber sitolojik değerlendirmesinde balgam eozinofili %25 olarak değerlendirildi. Tanısal bronkoskopi önerilen hastanın işlemi kabul etmemesi üzerine mevcut klinik, radyolojik ve laboratuvar bulgularla akut eozinofilik pnömoni tanısı konuldu. Prednizolon 80 mg/gün tedavisi başlanan hastada tedavinin 3. gününde klinik ve radyolojik olarak anlamlı regresyon izlendi. Tedavinin birinci haftasının sonunda akciğer grafisi ve oda havasında oksijen satürasyonu normale geldiği gözlemlendi, AB kesildi, steroid dozu 60 mg/gün olarak azaltıldı, idame tedavisi planlandı ve 6 hafta da azaltılarak kesildi. Hastanın anamnezi (madde kullanım öyküsü ve daha önceden pulmoner hastalık öyküsü olmaması), klinik ve radyolojik bulguları, kortizona çok hızlı yanıt vermesi, periferik eozinofili ve balgam eozinofilisi bulguları ile hastaya akut eozinofilik pnömoni tanısı konulan bu olguyu yaygın karşılaştığımız ‘bonzai’ kullanımında karşımıza çıkabilecek bir tablo olarak sunduk.

figür 1



hastanın başvuru esnasında çekilen toraks HRCT görüntüleri (dağınık yerleşimli, yamasal buzlu cam opasiteleri izlenmektedir)

figür 2



steroid tedavisi öncesi (a) ve sonrası (b) PA akciğer grafisi görüntüleri

OK-28

Eroin İnhalasyonuna Bağlı Akut Eozinofilik Pnömoni Olgusu

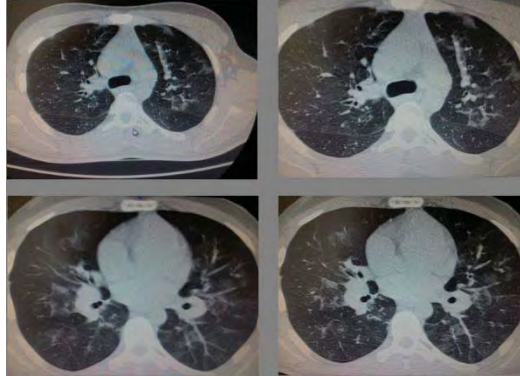
Deniz Doğan¹, Nesrin Öcal¹, Ali Fuat Çiçek², Gürhan Taşkın³, Orhan Yücel¹, Hayati Bilgiç¹¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Göğüs Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara²Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Patoloji Ana Bilim Dalı, Ankara³Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Yoğun Bakım Ana Bilim Dalı, Ankara

Akut eozinofilik pnömoni (AEP), nefes darlığı, yüksek ateş, halsizlik gibi semptomların izlendiği hızla akut solunum yetmezliğine doğru ilerleyen, yaygın akciğer infiltrasyonlarıyla karakterize, nadir görülen bir eozinofilik akciğer hastalığıdır. Etiyolojisinde çeşitli ilaçlar, sigara dumanı, toksik gazlar, narkotik maddeler suçlanmıştır. AEP tanısı; 1-5 gün süre ile akut febril hastalık, hipoksemik solunum yetmezliği, diffüz alveolar ya da mikst alveoler–interstisyel infiltrasyonlar, %25'in üzerinde BAL eozinofili, etyolojide rol oynayabilecek diğer infeksiyöz sebeplerin ekarte edilmesi, steroid tedavisine hızlı yanıt ve steroid tedavisinin kesilmesinden sonra rekürrens olmaması kriterleri ile konulur. Tedavisiz prognozu oldukça kötü olup olguların çoğu invaziv mekanik ventilasyona ilerlemektedir. Ancak doğru tanı konulduğunda steroid tedavisi ile 3-5 gün içerisinde dramatik düzelmeye izlenmektedir. Ancak doğru tanı konulmayıp enfeksiyon olarak değerlendirilmesi durumunda seyir kötüye doğru ilerlemektedir. bu nedenle biz nadir görülen ve doğru tedavi ile hızla düzelen AEP'i hatırlatmak amacıyla bir olgu paylaştık.

22 yaşında erkek hasta polikliniğimize astım+pnömoni öntanıları ile dış merkezden refere edilmiş. Hasta son 3-4 gündür artan yüksek ateş, ilerleyici nefes darlığı ve parmak uçlarında morarmadan şikayet etmekteydi. Hasta daha önceden astım tanısının olmadığını ve bu tür şikayetlerin ilk defa ortaya çıktığını ifade etmekteydi. Anamnez derinleştirildiğinde 8 paket/yıl sigara öyküsü olduğu, son iki aydır eroini inhale etmek suretiyle uyuşturucu madde kullandığı ve son 1-2 haftadır kullanma sıklığını arttırdığı öğrenildi. Dinlemekle bilateral hemitoraksta solunum sesleri kabalaşmış, ekspiryum hafif uzamış olarak oskulte edildi. Oda havasında arteriyel kan gazında SaO₂ %75, PaO₂ ise 47 mmHg olarak ölçüldü. Çekilen PA akciğer grafisinde bilateral, yaygın, heterojen infiltrasyonlar izlenmesi üzerine hastaya acil olarak toraks HRCT çekildi. HRCT'de de bilateral, dağınık, yamasal buzlu cam opasiteleri ve konsolidasyon alanları mevcuttu. Laboratuvar değerleri normal aralıktaydı. Klinik servise alınan hastanın solunum yetmezliği hızla derinleşmesi üzerine invaziv mekanik ventilasyona bağlanarak yoğun bakım ünitesine alındı. Mekanik ventilatördeyken AEP öntanısı ile endotrakeal tüp içinden bronkoalveolar lavaj (BAL) alındı. Mikrobiyolojik tetkiklerde mikroorganizma izlenmeyen hastanın BAL'da eozinofil %25'in üzerinde olarak ölçüldü.

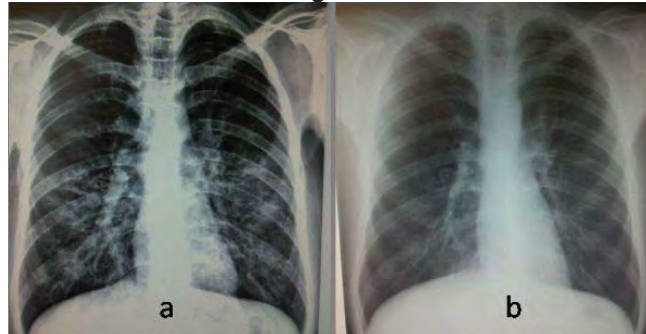
Hasta mevcut bulguları ile AEP olarak değerlendirildi ve 60 mg/gün IV prednizon tedavisi başlandı. Tedavinin 2. gününde ekstübe edilen hastanın tedavinin 5. gününde çekilen PA akciğer grafisinde tama yakın düzelmeye izlendi. steroid tedavisi doz azaltılarak kesildi. Bu olguyu nadir görülen AEP'yi hatırlatıcı olması bakımından paylaştık.

figür 1



hastanın başvuru esnasında çekilen toraks HRCT görüntüleri (dağınık yerleşimli, yamasal buzlu cam opasiteleri izlenmektedir)

figür 2



steroid tedavisi öncesi (a) ve sonrası (b) PA akciğer grafisi görüntüleri

OK-29

Ender bir olgu; Pulmoner Hemosiderrozis ve Konjenital Kistik Adenoid Malformasyon BirlikteliğiEkrem Şentürk¹, Erkan Şahin², Selim Serter², Ayşegül Baysak³, Ragıp Ortaç⁴¹İzmir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir²İzmir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Medicalpark hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir³İzmir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir⁴İzmir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

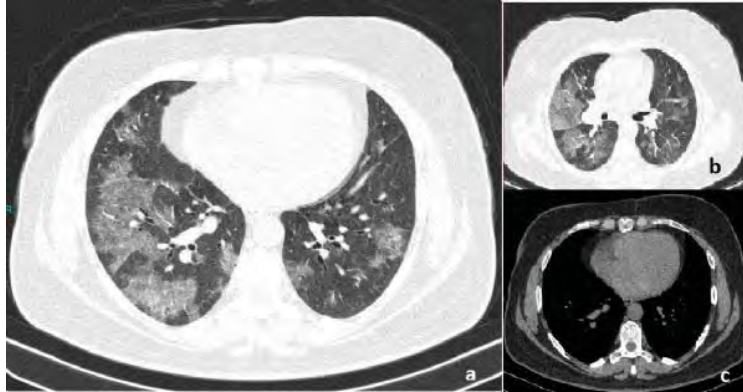
Pulmoner Hemosiderrozis (PHS); Genellikle çocukluk ve adolesan çağında, nadiren erişkinlerde görülen İPH; demireksikliği anemisi, hemoptizi ve akciğerlerde yaygın retikulonodüler infiltrasyon ile karakterizedir. Fizyopatolojide tekrarlayan alveolar hemorajiler vardır. Akciğer biyopsisinde alveollerde hemosiderin yüklü makrofajların gösterilmesi ile tanı konulmaktadır. Tedavisinde fikir birliği yoktur ve fatal seyirli olabilir. Ender görülen bir hastalık olmasına rağmen masif hemoptizi, dispne ve demireksikliği anemisi ile başvuran olgularda akılda tutulması gerekmektedir. Konjenital Kistik Adenoid Malformasyon (KKAM); akciğerin nadir görülen bir gelişim anomalisidir. Olguların %80-85'i solunum sıkıntısı nedeniyle neonatal dönemde veya tekrarlayan solunum yolu infeksiyonları nedeniyle iki yaşın altında görülür. Geç çocukluk çağında ve erişkinlerde nadirdir. Stocker ve arkadaşları tarafından histolojik özelliklerine göre üç tipe ayrılmış olup, tip 1 en sık görülendir ve en iyi prognoza sahiptir. Tedavide etkilenen kısmın cerrahi olarak çıkarılması, tercihan lobektomi yapılması önerilmektedir.

Elli bir yaşındaki kadın hasta; 2 yıldır süren şiddetli dispne şikayeti ile göğüs hastalıkları kliniğine başvurmuş. Zaman zaman oksijen ihtiyacı bulunan hastada akciğerde tanı konamayan bilateral yaygın infiltrasyonları mevcuttu, ayrıca lokalize bronşial dilatasyon sahaları dikkat çekmekteydi. (Resim 1; a,b,c). Yaygın yama tarzında akciğer infiltrasyonu olan olguya bronkoskopi ve lavaj ile tanı konamaması üzerinde akciğer biopsisi yapılması kararlaştırıldı.

Hastaya VATS ile biopsi yapıldı; patolojik inceleme sonucu; pulmoner hemosiderozis ve konjenital kistik adenoid malformasyon olarak raporlandı. (Resim 2; a,b,c,d).

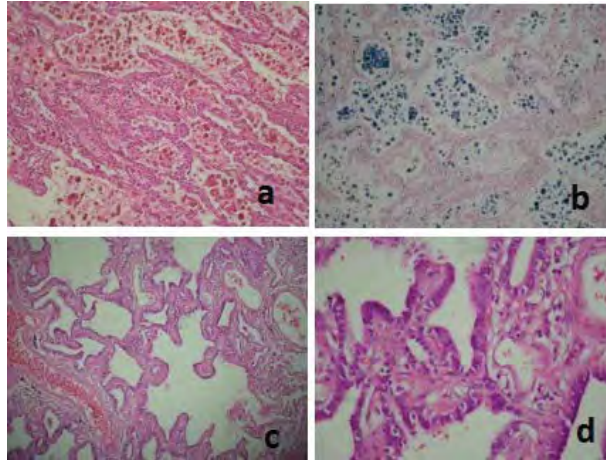
İki nadir hastalığın birlikteliğine literatürde rastlamadığımız için ender bir olgu olarak paylaşmak istedik.

Resim 1



Toraks Bt görüntüleri: a,b;Parankim penceresinde sağda fazla olmak üzere yaygın yama tarzı infiltrasyonlar, c;bronşial kistik dilatasyon alanları

Resim 2



Patolojik inceleme görüntüleri: a;Alveol boşluklarında yoğun hemosiderin ile yüklü makrofajlar (x100; HE), b; Yoğun demir depolamış alveoler makrofajlar (x100; Pearl boyası), c; Kübik epitel ile döşeli kistik boşluklar (x100; HE), d; Kübik epitel ile döşeli küçük kistik yapıda boşluklar (x400; HE)

OK-30

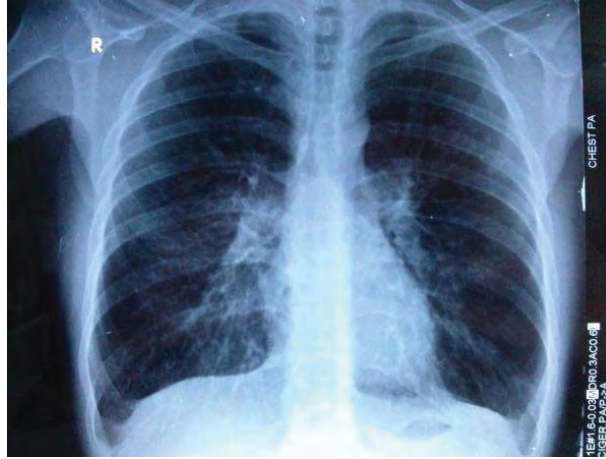
Madde Kullanımı İle İlişkili Bir Solunum Yetmezliği Olgusu

Sibel Boğa, Nağihan Durmuş Koçak, Emine Nilgün Ordu, Sinem Güngör
Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yirmidokuz yaşında erkek hasta, nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile başvurdu. Bilinen sistemik hastalığı olmayan hastanın, 20 paket/yıl sigara içimi ve 3 ay önce de nefes darlığı nedeniyle hastane yatışı mevcuttu. Fizik muayenede vital bulgular stabil olup, dispneik görünümde idi ve oskültasyonda bilateral yaygın ronküs işitildi. Oksijen saturasyonu %80 idi. Arter kan gazında dekompanse respiratuvar asidoz saptanan hastaya noninvaziv mekanik ventilasyon (NIMV) uygulandıktan sonra asidozun düzeldiği ve hiperkarbinin gerilediği görüldü. Serum lökosit (16300), C-reaktif protein (10.9 mg/dL) ve eosinofil (%8.5) seviyesi yüksek bulundu. Akciğer grafisinde bilateral havalanma artışı, spirometride restriktif tipte bozukluk izlendi.

Toraks Bilgisayarlı Tomografide parenkimde bilateral dağınık buzlu cam görünümü mevcut olan hastaya, NIMV yanında, bronkodilatör tedavi, sistemik steroid ve antibiyoterapi uygulandı. Anamnez derinleştirildiğinde, 5 aydır inhaler eroin kullanımı olduğu öğrenildi. Eroin, enjeksiyon, buruna çekme yada tütün şeklinde inhalasyon yoluyla alınabilmektedir. Nonkardiyak pulmoner ödem, astım, bronkospazm, aspirasyon pnömonisi, pulmoner infiltratlar ve eozinofili, granümatöz interstisyel akciğer hastalığı veya organize pnömoni'ye yolaçabilmektedir. Hastanede uyuşturucu ilaç kullanımı olmayan ve sistemik steroid alan olgumuzda; solunum yetmezliği, bronkospazm ve eozinofilik pnömoni tablosu kısa sürede düzeldi. Kliniği stabil hale gelen hasta, ayaktan bronkoskopi planlanarak taburcu edildi. Sonuç olarak, sigara ve alkol alışkanlığı yanında madde kullanımının da mutlaka sorgulanması ve ayrıntılı anamnez alınması, hasta yönetiminde en önemli faktörlerden biridir.

Şekil 1



Olgunun PA akciğer grafisi

Şekil 2



Olgunun BT parenkim kesiti

